



Hermanas
Hospitalarias

INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS

MONOGRÁFICO

XVI Jornadas de Actualización en Psicogeriatría

Barcelona, mayo 2011

Núm. **208**

2.º trimestre 2012

Informaciones Psiquiátricas

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

Fundada en 1955 por el Dr. D. Parellada

DIRECTOR

Dr. JOSEP TRESERRA TORRES

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Dr. J. A. LARRAZ ROMEO

Dr. CARLOS LINARES DEL RÍO

Dr. I. MADARIAGA ZAMALLOA

Dr. M. MARTÍN CARRASCO

Dr. F. DEL OLMO ROMERO-NIEVA

JEFE DE REDACCIÓN

Dr. J. M. CEBAMANOS MARTÍN

CONSEJO DE REDACCIÓN

Sr. J. M. GARCÍA FERNÁNDEZ

Prof. C. GÓMEZ-RESTREPO

Dr. J. ORRIT CLOTET

Dr. P. PADILLA MENDÍVIL

Dr. P. ROY MILLÁN

ASESORES CIENTÍFICOS

Prof. Dr. E. ÁLVAREZ MARTÍNEZ

Prof. Dr. ARANGO LÓPEZ

Prof. Dr. J. L. AYUSO MATEO

Prof. Dr. A. BULBENA VILARRASA

Prof. Dr. J. L. CARRASCO PARERA

Prof. Dr. M. CASAS BRUGUE

Prof. Dr. J. L. GONZÁLEZ RIVERA

Prof. Dr. J. GUIMÓN UGARTECHEA

Dr. M. GUTIÉRREZ FRAILE

Prof. Dr. P. MCKENNA

Dr. M. MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Prof. Dr. L. ORTEGA MONASTERIO

Prof. Dr. J. SÁIZ RUIZ

Prof. Dr. L. SALVADOR CARULLA

Dr. J. TIZÓN GARCÍA

Prof. Dr. M. VALDÉS MIYAR

Dr. E. VIETA PASCUAL

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>

DIRECTOR ADMINISTRATIVO

Sor Teresa López Beorlegui

BENITO MENNI, COMPLEJO ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL

Dr. Pujadas, 38 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

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

e-mail: inf-psiuiatrics@hospitalbenitomeni.org / <http://www.hospitalarias.org>

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

Informaciones Psiquiátricas

N.º 208 / 2.º trimestre 2012

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 Psiquiatría, Psicología o Medicina Psicosomática, y que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los trabajos serán clasificados de acuerdo con las secciones de que consta la Revista y que son las siguientes: Originales, Revisiones de Conjunto, Comunicaciones Breves y Notas Clínicas. A juicio del Comité de Redacción podrán aceptarse aportaciones sobre temas de actualidad, cartas al director, crítica de libros...
2. Los trabajos serán inéditos y no deberán estar pendientes de valoración o publicación en otra revista.
3. Serán remitidos a la Secretaría de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS, calle Doctor Antoni Pujadas, n.º 38, 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona).
4. Los trabajos deberán presentarse en disquete, utilizando el programa Word 97 e impresos en folios numerados escritos a doble espacio por una sola cara.
5. En la primera página deberán constar, exclusivamente, los siguientes datos:
 - Título del trabajo.
 - Filiación completa del autor principal y coautores.
 - Teléfono/s de contacto y correo electrónico.
 - Centro donde se realizó el estudio.
 - Cargo o cargos del autor o autores en el citado centro de trabajo.
6. En la segunda página figurará, nuevamente, el título del trabajo, un resumen del mismo y se deberán añadir de 3 a 6 palabras clave para la elaboración del índice de la revista, todo ello en español e inglés.
7. La estructura del texto se acomodará a la sección donde deberá figurar el trabajo en caso de su publicación.
En el caso de los trabajos originales de investigación, la estructura del texto deberá contar con los siguientes apartados y por el orden que se citan:
 - Introducción.

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

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

Thomas P, Vallejo J. Trastornos afectivos y bulimia nerviosa. En: Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Turón J (ed). Barcelona, Masson; 1997: 164-177.
 9. La iconografía que acompañe al texto (tablas, dibujos, gráficos...) deberá tener la suficiente calidad para su reproducción, estar enumerado correlativamente y se adjuntará al final del mismo.
 10. La Redacción de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS comunicará la recepción de los trabajos y, en su caso, la aceptación de los mismos y fecha de su publicación.
El Consejo de Redacción podrá rechazar los trabajos cuya publicación no estime oportuna, comunicándolo, en este caso, al autor principal. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de la Revista.
Una vez publicado el trabajo, el primer autor recibirá 20 separatas, totalmente gratuitas.

ÍNDICE

- 85 *Prólogo.*
XVI JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN PSICOGERIATRÍA
JOSÉ ANTONIO LARRAZ
- 89 INTRODUCCIÓN
MANUEL SÁNCHEZ
- 91 PATOLOGÍAS PSICÓTICAS INFRECIENTES
EN PSIQUIATRÍA GERIÁTRICA
PILAR DE AZPIAZU ARTIGAS Y JOAQUIM PUJOL DOMÈNECH
- 105 FOMENTANDO LA INCLUSIÓN DE LOS MAYORES
EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS.
RESULTADOS DEL ESTUDIO PREDICT
JOAQUIM ORISTRELL, XAVIER PLA, ALBERT FARRÉ, MARGARIDA PLA, GERMÁN DIESTRE,
ANTONIO NOGUERAS Y GRUPO DE INVESTIGADORES DEL ESTUDIO PREDICT
- 115 PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS
DE EDAD AVANZADA
JORGE PLA VIDAL, R. SÁNCHEZ OSTIZ, M. PLA RUIZ Y C. SÁNCHEZ OSTIZ
- 125 LOS ENSAYOS CLÍNICOS CON PSICOFÁRMACOS
EN LAS PERSONAS MAYORES
ÁNGEL MORÍÑIGO
- 131 EVIDENCIA SOBRE EL TRATAMIENTO DE
LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER CON INHIBIDORES
DE LA ACETILCOLINESTERASA Y/O MEMANTINA
RAMÓN REÑÉ, JAUME CAMPDELACREU Y JORDI GASCÓN-BAYARRI

- 137 LOS SERVICIOS PARA LAS DEMENCIAS EN ESCOCIA:
DE LA VOLUNTAD POLÍTICA A LA REALIDAD CLÍNICA
CÉSAR RODRÍGUEZ CASTELLÓ
- 147 INTERVENCIONES SISTÉMICAS EN PSICOGERIATRÍA:
UNA CUESTIÓN (TAMBIÉN) MÉDICA
MANUEL GONÇALVES-PEREIRA
- 157 PERSONAS CON DEMENCIA EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS:
CALIDAD DE VIDA, SATISFACCIÓN Y NECESIDADES
MARÍA CRESPO, M. MAR GÓMEZ, MÓNICA BERNALDO DE QUIRÓS,
ALFONSO SALGADO Y CARLOS HORNILLOS.
- 177 ANÁLISIS DE LA VALIDEZ DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN
GERIÁTRICA DE 5 ÍTEMS EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS
CON DEMENCIA
OLGA GUTIÉRREZ DUQUE
- 195 ESTADO ACTUAL DE LA PSICOGERIATRÍA SEGÚN
LA OPINIÓN DE RESIDENTES Y TUTORES DE PSIQUIATRÍA
JORGE CUEVAS ESTEBAN
- 215 ENVEJECIMIENTO Y DEMENCIA EN EL SÍNDROME DE DOWN
NATÀLIA CARMONA ROMERO

XVI JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN PSICOGERIATRÍA

JOSÉ ANTONIO LARRAZ

Director Médico. Hospital Sagrat Cor. Martorell.

Un año más, y son ya 16, vamos a dar comienzo a las jornadas de actualización en psicogeriatría que Sagrat Cor SSM de Martorell organiza anualmente junto con otras actividades formativas y docentes en este ámbito, con una finalidad múltiple:

1. Hacer presente la disciplina asistencial de psicogeriatría o psiquiatría geriátrica, dentro del campo de la salud mental.
2. Servir como elemento de formación continuada de profesionales en los aspectos de salud mental de las personas mayores, y
3. En definitiva de servir de intercambio entre profesionales del ámbito, que al final es el elemento clave de aprendizaje y avance de cualquier disciplina.

Este año además concurre el desarrollo de las mismas con un elemento del entorno importante. Como bien saben, nos encontramos en plena vorágine de los recortes en los Sistemas públicos de salud, como consecuencia de la conocida profunda crisis económico-social que estamos viviendo en todo el mundo occidental. En nuestro ámbito concreto, los recortes afectan seriamente a los sistemas públicos de atención en los que las personas mayores con trastornos mentales están impli-

cados, como son los servicios de salud mental y la red de atención sociosanitaria.

Habitualmente, pero en especial en épocas de limitación de recursos en los sistemas públicos, como el momento actual, nuestros gestores públicos tienden a priorizar e invertir más (limitar los recortes) en los servicios asistenciales de agudos y especializados, que abarcan a la mayor parte de la población útil; en relación a la asistencia que conlleva un alto componente socio-sanitario y/o social, como es el caso de nuestro colectivo de personas mayores con trastorno mental, se corre el riesgo de que el peso de la crisis afecte más a los colectivos de población de mayor fragilidad y vulnerabilidad. Es entonces cuando cobra todo su sentido el debate sobre el «utilitarismo» de los servicios dirigidos a las personas sobre cualquier otro valor:

- ¿Es menor el valor de la vida en el anciano que en el joven?
- ¿Al conseguir que aumenten los años de vida del adulto mayor, se obtienen vidas más felices necesariamente?
- ¿Qué objetivos pretende alcanzar el tratamiento médico en el adulto mayor?
- ¿Los tratamientos paliativos actuales para la enfermedad de Alzheimer permiten realmente mejorar la calidad de vida de los pacientes?
- ¿Los hemos de prescribir sistemáticamente a todos los pacientes de Alzheimer?
- ¿Debemos usar sistemáticamente la tecnología sofisticada en diagnósticos y tratamientos de la pluripatología de las personas mayores?
- En definitiva, ¿el valor de la vida es proporcional al de la productividad del sujeto y por tanto a la rentabilidad que aporta a la sociedad?

Para dar una respuesta adecuada a todos estos interrogantes, debemos decir que existen unos marcos

generales que recogen los derechos de las personas mayores afectas además de un trastorno mental, y que se basan en los siguientes valores fundamentales:

- **Autonomía.** Tienen derecho en función de su competencia mental, a tomar sus propias decisiones en temas que afectan a su vida.
- **Seguridad y dignidad.** Tienen derecho a vivir de forma segura, con una alimentación y vivienda adecuadas, libres de violencia, maltrato, negligencia y explotación.
- **Asistencia y tratamiento.** Deben poder beneficiarse de la asistencia, protección familiar y comunitaria. Ni la edad, ni la patología, ni la situación económica, pueden justificar una discriminación de las personas mayores con trastorno mental en el sistema sanitario y social.

Como he mencionado inicialmente, estas jornadas de actualización en psicogeriatría tienen como objetivo contribuir a la formación de buenos profesionales en el ámbito de la psiquiatría geriátrica, que es tanto como decir formar para diagnosticar mejor, dar con el/los mejores tratamientos posibles, y ofrecer unos servicios asistenciales adecuados y de calidad. Es decir, a los profesionales se nos ha transmitido que lo que la sociedad siempre ha esperado de nosotros es que seamos eficaces en nuestro trabajo (buenos especialistas).

Sin embargo, es también nuestra responsabilidad situarnos en una realidad que debería servir para cualquier época (de crisis económica o no), y que se enmarca dentro de lo que deben ser por un lado *las buenas prácticas en lo profesional*, y por otro lo que es *un sistema Sociosanitario justo*.

Las buenas prácticas en lo profesional suponen que los profesionales, además de valorar lo que es clínica y técnicamente correcto, debemos de tener en cuenta una serie de valores éticos, que deben de resultar determinantes, tales como *los deseos expresados por el paciente, la proporcionalidad de los medios diagnósticos y las*

medidas terapéuticas aplicadas, los resultados en la calidad de vida objetiva y subjetiva de la persona y su entorno, y también la disponibilidad y el coste de los recursos necesarios.

Un sistema Sociosanitario justo es aquel que ofrece a los pacientes muy discapacitados —dependientes y con necesidad de protección especial—, los recursos necesarios para cubrir sus necesidades básicas, que le proporcionen una existencia digna, y que den apoyo a quienes les cuidan y/o acompañan.

En definitiva, las buenas prácticas a nivel profesional y un sistema Sociosanitario justo, en una época de limitación y disminución de recursos asistenciales como la actual, estaría basada en la prevalencia del principio bioético de *justicia*, en el sentido de una redistribución justa, es decir, equitativa, de los recursos disponibles, para que las personas más vulnerables y frágiles, y que habitualmente no pueden reclamarlos por sí mismas, no queden abandonados y abocados a una existencia indigna.

INTRODUCCIÓN

MANUEL SÁNCHEZ

Coordinador Área Sociosanitaria y de Psiquiatría Geriátrica. Hospital Sagrat Cor. Martorell.

La atención a los ancianos con trastornos mentales presenta numerosos retos, desde la prevención a la terapéutica, pasando por una mejor comprensión de los complejos cuadros clínicos y el aseguramiento de una asistencia adecuada a las diferentes necesidades en Psicogeriatría.

De varios de estos aspectos se ha ocupado la XVI edición de las *Jornadas de Actualización en Psicogeriatría*, celebradas en el mes de mayo de 2011 en Barcelona, dentro del Máster en Psicogeriatría que el Hospital Sagrat Cor, de Martorell, organiza conjuntamente con el Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Entre los temas abordados en esta ocasión, se ha prestado especial atención a la problemática en la generación de evidencias basadas en ensayos clínicos para los tratamientos psicofarmacológicos en los ancianos. Se trata de un problema recurrente, también para otros grupos de fármacos, en los que, con demasiada frecuencia, el grupo de edad de más de 65 años queda frecuentemente excluido, dándose la paradoja de que es, precisamente, el grupo que mayor número de tratamientos farmacológicos recibe. En este caso, se analizan iniciativas novedosas internacionales para mejorar este tipo de evidencias, así como la experiencia en rela-

ción a los psicofármacos y a los denominados medicamentos anti-demencia.

Aspectos clínicos interesantes, como la difícil conceptualización de algunos cuadros psicóticos en la edad avanzada, también han sido tratados en profundidad, ayudando a arrojar nuevas luces sobre su análisis fenomenológico.

La experiencia de otras realidades asistenciales se ha centrado en esta ocasión en la realidad escocesa en lo referente a la organización asistencial en Psicogeriatría y, especialmente, para las demencias.

Otros aspectos han girado en torno a la valoración del bienestar y la calidad de vida en ancianos institucionalizados en residencias, así como la experiencia de la aplicación de estrategias sistémicas de terapia familiar en Psicogeriatría.

Junto con estos trabajos, provenientes de las ponencias presentadas en las Jornadas y, como también es costumbre en este número monográfico, se incluyen los tres trabajos premiados en la *12.ª edición del Máster y Diplomatura de Postgrado en Psicogeriatría*. En esta ocasión, los trabajos versan en torno al campo de la valoración instrumental de la depresión en pacientes demenciados, la percepción de la formación en Psicogeriatría por parte de residentes en Psiquiatría y sus tutores, en España y, finalmente, las características especiales de los procesos de demenciación de personas afectas de síndrome de Down.

Un año más, desde la organización de las Jornadas de Actualización en Psicogeriatría y del Máster y Diplomatura de Postgrado en Psicogeriatría, agradecemos a la revista *Informaciones Psiquiátricas* la oportunidad de publicar estos trabajos que, sin duda, seguirán contribuyendo a enriquecer el conocimiento en el creciente campo de interés de los trastornos mentales en la edad avanzada.

PATOLOGÍAS PSICÓTICAS INFRECUINTES EN PSIQUIATRÍA GERIÁTRICA

PILAR DE AZPIAZU ARTIGAS

Psiquiatra. Área de Psicogeriatría CASM Benito Menni Sant Boi de Llobregat.

JOAQUIM PUJOL DOMÈNECH

*Psiquiatra Ex Consultor Senior. Unitat de Psiquiatria Geriàtrica.
Institut Clínic de Neurociències. Barcelona.*

Recepción: 01-03-12 / Aceptación: 27-03-12

INTRODUCCIÓN

La sintomatología psicótica entendida en sentido amplio se relaciona habitualmente con la esquizofrenia cuya edad de presentación suele ser relativamente precoz, sin embargo puede observarse también en edades avanzadas con una frecuencia no desdeñable¹.

Repasando las diferentes entidades nosológicas en las que es posible observarla (tabla I), vemos cómo aparecen tanto en la patología esquizofrénica que ha ido evolucionando con los años como en la que ha aparecido de forma tardía ya que actualmente es unánimemente admitido que la esquizofrenia puede ser de inicio muy tardío, posterior a los 65 años.

Fuera del contexto de la esquizofrenia, las personas de edad avanzada pueden presentar fenómenos psicóticos en el contexto de patologías de origen tan diverso como los trastornos netamente orgánicos, demencias de diversos tipos, como los trastornos delirantes puros *no* esquizofrénicos cuya etiología sigue siendo desconocida².

Es interesante observar que algunos de estos fenómenos tienen una perfecta analogía clínica tanto si aparecen como expresión de un tipo u otro de etiología, lo que induce a pensar que existe una capa-

TABLA I

Enfermedades con fenómenos psicóticos en la edad avanzada

- *Esquizofrenia de inicio precoz.*
 - *Esquizofrenia de inicio muy tardío.*
 - *Trastorno delirante.*
 - *Trastornos afectivos delirantes.*
 - *Delirium.*
 - *Demencias con trastornos psicóticos:*
 - E. Alzheimer y Pick.
 - D. Vascular.
 - D. Cuerpos de Lewy.
 - *Otros trastornos:*
 - S. Fregoli.
 - S. Charles Bonnet.
 - S. Capgras.
 - S. Diógenes.
-

ciudad del SNC para el delirio y que este se desencadena por motivos aparentemente muy diversos.

TRASTORNO DELIRANTE

El trastorno delirante puro ha sido reconocido en todas las nosologías vigentes (véase en las tablas II, III y IV un resumen de las condiciones para el diagnóstico de cada una de ellas). Como se puede observar, la CIE-10 contempla mayor número de posibilidades probablemente por recoger más detalladamente la tradición nosológica europea³.

En edad avanzada los contenidos paranoides son los más frecuentes, y aparecen más a menudo en pacientes que se encuentran en residencias que en los que viven en la comunidad. La diferencia de

TABLA II
DSM-IV
297.10 Trastorno delirante

-
- Ideas delirantes no extrañas (situaciones que pueden ocurrir en la vida real) por lo menos durante un mes.
 - No cumple criterios para esquizofrenia.
 - No hay deterioro de la actividad psicosocial y el *comportamiento no es raro ni extraño*.
 - Si se han producido episodios afectivos, su duración total ha sido breve en relación al episodio delirante.
 - La alteración no es debida al consumo de alguna sustancia ni enfermedad física.
 - Tipos:
 - Somático o hipocondríaco.
 - Persecución.
 - Grandiosidad.
 - Como veremos pueden darse otros no contemplados en DSM-IV.
-

TABLA III
CIE-10
F 22.0 Trastorno de ideas delirantes persistentes

-
- Delirio monotemático.
 - Debe mantenerse durante al menos tres meses.
 - Ha de ser independiente de factores culturales.
 - No debe haber evidencia de lesión cerebral, voces alucinatorias, ni trastorno esquizofrénico.
 - Pueden existir alucinaciones táctiles y olfatorias.
 - Pueden presentarse síntomas depresivos de manera intermitente, o sin síndromes depresivos completos, no coincidentes con las ideas delirantes.
-

TABLA IV
F 22 (CIE-10) incluye

-
- Paranoia.
 - Psicosis paranoide sin especificar.
 - Estado paranoide.
 - Parafrenia tardía.
 - Delirio sensitivo de referencia.
 - Como veremos pueden darse otros.
-

presentación por géneros es muy evidente a favor del sexo femenino y el riesgo de presentación es mucho más elevado en personas con elementos de mala percepción sensorial⁵.

Este último hecho es de particular interés ya que es indispensable contar con una buena exploración de capacidades sensoriales antes de plantear un posible diagnóstico de trastorno delirante en una persona de edad, más adelante nos referiremos ampliamente al tema. Hay que tener en cuenta que siempre que sea posible revertir un déficit sensorial el pronóstico evolutivo será muchísimo mejor.

TABLA V
Características
del trastorno delirante en ancianos

- Más frecuentes ideas tipo paranoide 4% en la comunidad (Blazer, 1984).
- En residencias aumenta a 15% (Greene, 1986).
- Antecedentes de personalidad esquizoide o paranoide A.P.A. 1987.
- Inmigración y niveles socio económicos bajos.
- Más frecuente en mujeres (Rockwel, 1994).
- Aumenta con la deprivación sensorial.
- Diagnóstico diferencial con ideas delirantes en el curso: esquizofrenia, trastornos afectivos, demencia, otros trastornos orgánicos.

Este hecho apoya las hipótesis conductistas que basan la activación delirante en la recepción de información distorsionada, lo cual sin embargo, apoya a su vez la capacidad intrínseca del SNC para expresar a través del delirio múltiples tipos de trastornos⁶.

Las características más importantes del trastorno delirante, así como sus referencias bibliográficas, se resumen en la tabla V.

EL DELIRIO DE NEGACIÓN

Conocido como Síndrome de Cottard⁷, aparece preferentemente en el sexo femenino y se caracteriza por la presencia de ideas delirantes de tipo nihilista que pueden llegar a convicción de fin del mundo. Son habituales las falsas percepciones somestésicas de ausencia de órganos o de vacío interior de forma que el paciente puede llegar a negarse a la ingesta de alimentos ya que está convencido de carecer de aparato digestivo.

Cuando aparece en la forma clínica

más completa suele ser de etiología afectiva como una forma de expresión de una melancolía delirante autorreferida extremadamente grave que puede hacer peligrar la vida del paciente.

Sin embargo, especialmente en las formas clínicas incompletas, puede ser expresión de un inicio de un deterioro cognitivo y más raramente de un auténtico trastorno delirante.

A pesar de la escasa frecuencia con que aparecen estos cuadros, en las edades avanzadas hay que tener en cuenta la posibilidad de un trastorno dismorfofóbico tardío que suele ser la reactivación de una dismorfofobia previa que ha permanecido más o menos latente.

Las características fundamentales del delirio de negación se resumen en la tabla VI.

TABLA VI
Trastornos delirantes en el anciano.
Síndrome de Cottard

- Más frecuente en mujeres.
- Ideas delirantes de tipo nihilista.
- Sensación de muerte exterior (fin del mundo).
- Sensación de vacío interno, pérdida de las vísceras.
- Puede aparecer en el curso de un trastorno psicótico y en pacientes con trastorno afectivo, especialmente bipolar. Inicio deterioro cognitivo.

EL GRUPO DE LAS FALSAS IDENTIFICACIONES Y LAS IDENTIFICACIONES DELIRANTES

La característica común se basa en que el trastorno se refiere a una aparente interpretación deformada de la percepción con convicción delirante absoluta de realidad, en un sujeto con capacidades sen-

soriales periféricas perfectamente conservadas⁸.

Aunque muchas veces en la literatura se presentan como cuadros independientes, nos parece razonable agruparlos por la similitud básica de una identificación incorrecta.

TABLA VII

Falsas identificaciones delirantes

-
- Delirio de Capgras (Kahlbaum, 1866; Capgras y Reboul-Lachaux, 1923).
 - Delirio de Fregoli (Courbon y Fail, 1927).
 - Intermetamorfosis (Courbon y Tusques, 1932).
 - Delirio de los dobles subjetivos (1978).
 - Paraprosopia (Gruser y Landy, 1991).
 - Autoparaprosopia (Ellis, 1997).
-

TABLA VIII

Delirio de Capgras
L'illusion des sociés, 1923

-
- Paramnesia reduplicativa (Pick, 1903; Weinstein, 1996).
 - Otras personas, edificios, animales u objetos han sido reemplazados.
 - 1-5 % de la población psiquiátrica.
 - Más frecuente en dementes y ancianos.
 - Puede presentarse en todas las culturas.
 - Episódico o crónico.
 - Lesiones cerebrales o Psiquiátrico puro.
-

TABLA IX

Síndrome de Fregoli

-
- Otra persona perfectamente disfrazada como el sujeto o un conocido.
 - 1927 Courbon y Fail en esquizofrénica de 27 a. «perseguida por dos actores».
 - Lesión cerebral (sin delirio).
 - Sin lesión conocida (asociado a persecución).
-

TABLA X

Somatoparafrenia
(Gertsman, 1942)

-
- Descrito en lesiones extensas post-AVC (hemiplejía, hemianestesia, hemianopsia).
 - Convicción delirante absoluta de que su brazo paralizado no es suyo sino de un familiar.
 - Necesidad de distinguir percepción de interpretación.
 - Distinguir de: autotopagnosia, hemisomatognosia, anosodiaforia, misoplejía, Síndrome de negligencia.
-

(Citado por K. Jaspers, Psicopatología, 1917.)

TABLA XI

Prosopagnosia

-
- Incapacidad para reconocimiento de caras.
 - Lesiones temporales mediales derechas.
 - No afectación reconocimiento de la voz.
 - ¿Problema perceptivo o mnésico?
 - Test del reconocimiento encubierto.
 - Corteza visual + Áreas límbicas.
-

Las características de cada cuadro se detallan en las tablas VII a XI.

Es importante considerar que estos fenómenos se han descrito con frecuencia en pacientes con lesiones cerebrales conocidas que, sin embargo, pueden afectar a localizaciones diversas y ser de etiologías distintas. Cuando son de origen orgánico muy raramente se presentan como fenómeno único y aislado sino en el contexto de patologías más amplias.

Como que la característica básica común reside en la dificultad/imposibilidad de reconocimiento casi siempre de todo o partes de un organismo vivo puede establecerse una especie de continuum desde el trastorno más puramente neurológico —la prosopagnosia, descrita después de lesión cerebral temporal medial dere-

cha^{9, 10, 11}— con imposibilidad de reconocimiento de las caras mientras que el reconocimiento de la voz está conservado, hasta el delirio de Capgras cuando ocurre como síntoma en un paciente psicótico puro.

El hecho de que presentaciones clínicas análogas puedan aparecer, tanto en contextos orgánicos bien definidos, como en pacientes sin lesión cerebral conocida plantea la pregunta; ¿hasta cuándo una afectación «funcional» es «solo» funcional? Ello quizás nos ayude a adoptar una actitud más humilde ante la limitación de nuestros conocimientos cuando utilizamos los términos *orgánico* y *funcional* como conceptos explicativos básicos.

Según nuestra experiencia personal, la aparición de un síntoma de trastorno de identificación en una persona de edad avanzada obliga a un planteamiento diagnóstico amplio que descarte toda posible afectación orgánica del SNC.

A pesar de este reconocido origen orgánico es innegable que pueden presentarse también como síntomas psiquiátricos puros especialmente como un síntoma más o menos relevante en el contexto de una esquizofrenia.

EL GRUPO DE LOS TRASTORNOS DE BASE SENSORPERCEPTIVA

H. Ey escribió la máxima *L'Allucination est le socle sur lequel s'e rige et construit le delire*¹² detallando a continuación que las alucinaciones son sensaciones parásitas que afectan a cualquier sentido y que irrumpen como fenómenos sensoriales puros que se imponen a la conciencia del sujeto a pesar suyo.

Este tipo de observaciones perfectamente vigentes más de cincuenta años después facilitan la comprensión integradora de una serie de cuadros menos vin-

culados entre ellos precisamente por basarse su sintomatología en una percepción patológica que afecta a sentidos diversos.

ACAROFOBIA, DELIRIO DE PARASITACIÓN (SÍNDROME DE EKBOHM)

Sin duda es el que ha merecido mayor número de publicaciones desde 1894 en que fue descrito por primera vez¹⁴. Inicialmente considerado como una entidad psicótica pura, no fue modificado conceptualmente a síndrome hasta la publicación de una serie de casos¹³.

En el texto titulado *Der Presenile Dermatozoenvhans* este autor efectúa una amplia descripción del cuadro clínico y preciso que las causas del mismo pueden ser muy variadas, desde un cuadro psicótico puro hasta tener etiología afectiva u orgánica diversa.

La sintomatología fundamental consiste en la percepción patológica de desazón, de localización cutánea que puede abarcar cualquier zona del cuerpo, que lleva al paciente a la convicción delirante irrefutable de estar parasitado o infestado por variadísimos tipos de «bichos» que siempre son múltiples¹⁵.

Como consecuencia, aparecen graves alteraciones de conducta ya que el paciente intenta combatirlos con todo tipo de estrategias que pueden llegar a ser altamente peligrosas para su salud de forma que algunos pacientes recurren a lavados continuos con sustancias agresivas o se autoinfligen lesiones destinadas a la eliminación de los supuestos parásitos.

Una característica típica es la absoluta ausencia de conciencia de enfermedad psíquica y el convencimiento delirante de la infestación. Como consecuencia, el paciente jamás acude a un psiquiatra y en cambio lo hace muy a menudo a consultas Dermatológicas o de Medicina Tro-

pical, donde suelen acudir aportando una «muestra», que pueden ser trozos de la propia piel que el paciente se ha arrancado y que suministra a efectos de facilitar el estudio de los «parásitos»¹⁶. El síndrome también ha sido denominado «síndrome de la caja de cerillas» por la alta frecuencia con la que aportan las muestras dentro de una de estas cajitas.

Es muy frecuente que, cuando se identifica el cuadro como un delirio de parasitación y se aconseja al paciente consulta psiquiátrica, este monta en cólera, no acepta el consejo y sigue buscando por otras vías.

El alto riesgo de que el paciente permanezca desasistido hace aconsejable que se efectúen consultas «mixtas» en presencia de ambos especialistas siendo presentado el psiquiatra como un miembro más del equipo. En nuestra experiencia personal esta técnica ofrece los mejores resultados ya que el paciente suele aceptar el tratamiento siempre que no se mencione en ningún momento el aspecto psiquiátrico.

La convicción delirante es tan potente y la actitud de negación de causa psíquica tan intensa¹⁷ que incluso en pacientes que han respondido perfectamente al tratamiento y que llevan meses libres de molestias es recomendable evitar cualquier explicación sobre la etiología real del cuadro.

Al mismo tiempo resulta sorprendente que, en pacientes de buen nivel cultural cuando se hallan asintomáticos, se mantenga una actitud de negación de causa psíquica cuando en realidad no se les ha dado ninguna información sobre una posible causa que ellos tampoco reclaman. En general acaban elaborando una vaga explicación referida al «picor» pero ya no a los «bichos» ni a todas las conductas autoagresivas.

Todo lo dicho es válido para los auténticos delirios de parasitación pero no cuando la etiología es de otro tipo —orgánica,

TABLA XII

Etiología delirio de parasitación

-
- *Orgánicas*: trastorno tiroides.
 - *Trastorno afectivo*.
 - *Exógenas*: cocaína.
 - *Trastorno esquizofrénico*.
 - *Trastorno delirante inducido*.
 - *Trastorno delirante*.
-

TABLA XIII

Trastornos delirantes en el anciano. Delirio de parasitación

-
- Más frecuente en mujeres.
 - A partir de los 50 años (nuestra serie 75,5 años).
 - Delirio monotemático.
 - Alucinaciones cenestopáticas y/o visuales.
 - Frecuentes lesiones por rascado.
 - Encima, debajo de la piel o intra corporal.
 - En la mayoría de casos acuden con la caja que contiene los parásitos para análisis.
 - Responden al tratamiento con antipsicóticos.
 - A pesar del control sintomático es característico que no acepten la crítica de la idea delirante.
 - Alucinaciones visuales y/o táctiles.
-

Pujol y De Azpiazu, 1997.

por ejemplo—, entonces una vez remitida la sintomatología, el paciente puede efectuar una crítica adecuada sin actitudes defensivas¹⁶.

En la tabla XII se resumen las etiologías más habituales si bien nosotros hemos tenido ocasión de observarlo, también en cuadros tan diversos, como un inicio demencial, una hidrocefalia normotensiva o un episodio maníaco.

En la tabla XIII se resumen las características básicas de acuerdo con una publicación anterior de los autores¹⁶.

LAS ALUCINACIONES ACÚSTICAS EN LA EDAD AVANZADA

Como se ha mencionado en la *Introducción* os referiremos a los fenómenos alucinatorios que se presentan en sujetos con afectación de la vía sensorial.

La afectación de la calidad de la audición en ancianos puede manifestarse fundamentalmente en dos formas: la hipoacusia severa más o menos completa y la llamada sordera verbal como consecuencia de una disminución de la agudeza para la percepción de los tonos agudos. Ello conlleva una seria dificultad para la comprensión de conversaciones entre varias personas o cuando hay ruido de fondo.

Secundariamente, esta limitación favorece el retraimiento social y, en ocasiones, las interpretaciones paranoides sin que haya una auténtica aparición de fenómenos alucinatorios puros.

En pacientes con sordera grave, que afecta a todas las frecuencias, aparecen fenómenos alucinatorios sumamente curiosos en general en forma de alucinaciones musicales de forma que el paciente oye claramente —a veces en tono excesivamente elevado— determinadas músicas.

Prácticamente siempre percibe canciones o músicas conocidas que suelen repetirse de manera frecuente y que no necesariamente son desagradables. Algunos pacientes llegan a una suficiente convicción de la realidad alucinatoria como para culpar a los vecinos o efectuar denuncias porque estos «ponen música a media noche».

Es característico que las músicas percibidas sean canciones o marchas que el paciente aprendió en su infancia o bien

piezas musicales a las que era aficionado.

Cuando las alucinaciones sonoras son en forma de zumbidos o ruido de motores en marcha suelen ser perfectamente explicados y reconocidos como inherentes a su sordera.

Es muy excepcional encontrar alucinaciones verbales y cuando aparecen no es razonable atribuir las de entrada al fallo sensorial.

En la tabla XIV se resumen las características más relevantes.

TABLA XIV

Alucinaciones musicales

-
- Presencia de alucinaciones auditivas con la vía sensorial afectada.
 - Frecuente que oigan canciones infantiles o músicas que conocen.
 - También pueden oír campanadas.
 - Interfiere en la vida del paciente.
 - Dificultad en la conciencia de enfermedad.
 - Puede asociarse a ideas delirantes.
 - Respuesta al tratamiento con antipsicóticos.
-

LAS ALUCINACIONES VISUALES, EL SÍNDROME DE CHARLES BONNET

En sujetos con grave disminución de agudeza visual, con frecuencia pero no necesariamente ciegos, pueden aparecer curiosas alucinaciones visuales que fueron descritas por primera vez por un naturalista ginebrino, el Dr. Charles Bonnet, quien lo observó en un familiar suyo y, desgraciadamente para él, lo sufrió años después.

Suele tratarse de la visión clarísima de figuras, habitualmente personas, animales, raramente figuras geométricas, muchas veces de tamaño pequeño —como niños o como enanitos— siempre múltiples, coloreadas, variables y en movi-

miento. Ocurre en cualquier momento del día, si bien suele ser más frecuente al despertar y comporta una certeza de realidad importante.

Esta certeza de realidad se acompaña curiosamente de un cierto temor a haber perdido el juicio. Suele ser tan vívido como molesto, pero puede llegar a condicionar conductas de difícil comprensión por las personas que les rodean como por ejemplo andar de determinada manera o negarse a sentarse o acostarse «para no aplastar a los enanitos».

En muy raras ocasiones tienen características terroríficas.

En la entrevista el contacto afectivo con el paciente es bueno y no aprecian alteraciones de otro tipo. En pacientes con deterioro cognitivo manifiesto puede llegar a ser difícil valorar hasta dónde se trata de una alucinación secundaria al proceso demencial o a la amaurosis o incluso a ambas.

Es muy importante promover una consulta con el oftalmólogo ya que, si la disminución de agudeza visual es más o menos reversible, se puede lograr una desaparición completa de la sintomatología alucinatoria sin ninguna otra medida terapéutica.

Al revés de lo que ocurre en el síndrome de Ekbohm, los pacientes suelen aceptar con alivio la explicación sobre el ca-

rácter alucinatorio de sus percepciones lo que sin embargo no modifica por sí solo la aparición o frecuencia de las mismas.

Los autores han tenido ocasión de observar un caso en el que coexistían alucinaciones musicales y visuales en una paciente de más de 90 años perfectamente conservada cognitivamente y que estaba afectada de sordera-ceguera graves.

Todo ello no quiere decir que las alucinaciones visuales aparezcan exclusivamente en sujetos con afectación visual ya que estas son las más frecuentes en formas demenciales¹⁸.

En la tabla XV se resumen las características más importantes.

LAS ALUCINACIONES OLFATORIAS EN LA EDAD AVANZADA

Al tratarse de una percepción alucinatoria referida al propio cuerpo y que afecta a un solo sentido se la incluiría en los denominados trastornos delirantes monosintomáticos (lo cual quizás también sería válido para el caso del síndrome de Charles Bonnet y para las alucinaciones de los sordos), sin embargo la certeza delirante y la modificación de conducta secundaria inclinan a diferenciarlas.

Se trata de pacientes que experimentan alucinación olfativa de un olor profundamente desagradable que emana de su propio cuerpo y que, por tanto, comporta una necesidad de alejarse de los demás o justifica que estos se mantengan alejados¹⁸.

La convicción delirante suele ser inamovible y completamente resistente a todo tipo de razonamiento de forma que si se intenta la crítica se entra en un círculo vicioso de «yo sí lo huelo y sé que huelo mal y por esto es natural que los demás me rechacen».

No presentan fenómenos alucinatorios

TABLA XV

Trastornos alucinatorios en el anciano. Síndrome de Charles Bonnet

-
- Más frecuente en mujeres.
 - Alucinaciones visuales con la vía sensorial afectada.
 - No contacto psicótico con el paciente.
 - El contenido alucinatorio es agradable, aunque puede llegar a interferir su vida.
 - Responden al tratamiento con antipsicóticos.
-

en otro sentido y el cuadro interpretativo se circunscribe y justifica solamente por el mal olor.

Estos pacientes suelen ser sensibles al tratamiento neuroléptico establecido a dosis moderadas pero a largo plazo, y cuando mejoran, lo viven en el sentido de que el mal olor se ha amortiguado y ha dejado de preocuparles.

Los autores han observado que en algunos pacientes, la percepción del mal olor puede ser localizada en el exterior del propio cuerpo; el caso concreto observado se refería a alimentos, condicionando negativa a la ingesta.

Estas alucinaciones deben diferenciarse de las interpretaciones delirantes de perjuicio en forma de gases u otros productos tóxicos en las que el paciente puede también decir que los percibe.

LOS ACUMULADORES, SÍNDROME DE DIÓGENES

Las conductas de acumulación de todo tipo de objetos inútiles han adquirido relevancia en los dos últimos decenios al tener consecuencias sobre familiares y vecinos que pueden llegar a poner en peligro la salud pública¹⁸.

Por otro lado la difusión a través de los medios que se ha efectuado sobre este tipo de conductas ha contribuido a darles relevancia.

La magnitud de la acumulación puede llegar a ser muy importante en algunos casos precisándose de muchos camiones para retirar los objetos acumulados, a veces durante años. Estos casos son los que llegan a la opinión pública y pueden encontrarse reseñados incluso con imágenes fijas y en reportajes en las páginas de Internet bajo la simple entrada síndrome de Diógenes.

Sin embargo, si se indaga cuidadosamente sobre este tipo de conductas al reco-

ger los datos de las historias clínicas resulta mucho más frecuente la aparición de formas atenuadas que han sido toleradas por el entorno como simples rarezas del sujeto.

Cuando hablamos de síndrome de Diógenes nos referimos solamente a un tipo de conductas que pueden darse en pacientes afectos de patologías diversas, así un obsesivo grave puede acumular ciertas cosas ante la imposibilidad de tirarlas mientras que un paranoico puede conservarlas por el temor de que se las roben, sin embargo el hecho diferencial más característico, a nuestro criterio, es que además de la acumulación debe coexistir una firme falta de crítica ante la evidencia de la inutilidad de lo que se acumula y ante los riesgos que comporta la acumulación en sí misma.

Esta falta de crítica comporta además la rotunda negativa a aceptar cualquier sugerencia de los demás y a prescindir de las consecuencias de la conducta. La explicación más común que ofrecen los pacientes para justificar la acumulación es que se trata de «cosas que pueden servir» añadiendo razonamientos del tipo «esto no perjudica a nadie y no sé por qué se meten conmigo».

Todo ello comporta que estos sujetos se vayan aislando progresivamente encerrándose en un círculo vicioso del que les resulta imposible salir y del que en ocasiones acaban saliendo solo por intervención de la autoridad.

Según nuestra experiencia personal, resulta curioso que cuando existe una actitud decidida y firme por parte del ambiente que comporta la eliminación física de gran parte del material acumulado el paciente se adapta con bastante facilidad si bien lo más probable es que reinicie más o menos tímidamente la acumulación.

En la tabla XVI se resumen las características más notorias.

TABLA XVI
Síndrome de Diógenes

-
- Conducta de acumulación de objetos inútiles, que el paciente va recogiendo.
 - Justificación de la conducta por posible utilidad.
 - Secundariamente problema social y sanitario.
 - Diagnóstico múltiple.
 - A veces discutible contenido delirante.
-

TABLA XVIII
Criterios de elección del neuroléptico

-
- Considerar seriamente acción anticolinérgica.
 - Considerar seriamente acción extrapiramidal.
 - Correctores extrapiramidales proscritos.
 - Forma galénica disponible a dosis bajas/unidad.
 - Si resistencia, valorar presentaciones en solución o comp. de disolución inmediata.
-

POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS

La gran mayoría de estos cuadros deben considerarse como tratables siempre que se haya llegado a un diagnóstico multidisciplinar completo¹⁶.

Las preguntas que es indispensable poder contestar antes de plantear un tratamiento están resumidas en la tabla XVII.

Como que en un número importante de casos deberemos plantear la elección de medicación antipsicótica, ello vendrá condicionado por una serie de condicionantes específicos para estas edades. De que se tengan en cuenta siempre estos condicionantes puede depender el éxito del tratamiento.

Los planteamientos básicos indispensables se resumen en la tabla XVIII.

TABLA XVII
¿Qué preguntas debemos hacernos antes de indicar un antipsicótico?

-
- ¿Qué síntomas vamos a tratar?
 - ¿Requiere sedación?
 - ¿Qué estado funcional tiene el paciente?
 - ¿Qué estado cognitivo tenía previamente?
 - ¿Estamos realizando un tratamiento etiológico correcto?
 - ¿Los cuidadores entienden lo que tiene el paciente?
-

SITUACIÓN ACTUAL DEL EMPLEO DE ANTIPSICÓTICOS EN EDAD AVANZADA

El tratamiento farmacológico de la inmensa mayoría de cuadros citados se basa en el empleo de antipsicóticos, el uso de estos medicamentos en edades avanzadas ha sido objeto de variadas controversias en los últimos años por lo que resulta razonable actualizar el tema.

En primer lugar, la mayoría de opiniones negativas sobre las importantes consecuencias del uso de antipsicóticos se refiere al caso de su empleo en pacientes demenciados siendo muy escasos los trabajos en los que se estudian en pacientes sin demencia, por este motivo la mayoría de las opiniones en contra son solo extrapolaciones con escasa base²¹.

Por otro lado, la actitud contraria a su uso probablemente se genera, con razón, como consecuencia de un empleo muchas veces inadecuado tanto por las dosis como por el tiempo de administración sin replanteo de las necesidades del paciente en cada momento evolutivo.

Un tercer elemento que aparece en forma recurrente y que puede dar lugar a actitudes erróneas, especialmente entre los Geriatras y Médicos de Familia, es la recomendación de no utilizarlos «hasta

que se hayan agotado todos los tratamientos no farmacológicos»²².

Este hecho constituye una flagrante deformación ya que en primer lugar los tratamientos conductuales solo pueden ser eficaces cuando están indicados y no en general y también que los trabajos en que se sustenta su eficacia son escasísimos y sus resultados contradictorios²⁴.

Otro hecho a tener en cuenta reside en que cuando, para intentar aliviar el sufrimiento del paciente no existe otra opción, al médico no le queda más que aplicar cuidadosamente la ecuación riesgo-beneficio y obrar en consecuencia.

En personas de edad avanzada cualquier tratamiento tiene un riesgo, que a veces se puede correr y otras no, pero la no implementación del mismo también comporta una situación de riesgo si bien esta es diferente.

Con todo ello queremos dejar muy claro que nos parece tan mal el empleo de antipsicóticos con el mero objetivo de conseguir una conducta más aceptable socialmente, como su no utilización privando al paciente de los beneficios que puede comportar²³.

Una de las circunstancias que comporta más posibilidades de plantear un tratamiento antipsicótico son las conductas agresivas y la agitación. En la tabla XIX

TABLA XIX
Agitación-Agresividad

-
- No constituyen entidades nosológicas.
 - Considerar como síntomas.
 - Presentación transitoria (raramente crónico).
 - Habitualmente secundarios a causa identificable.
 - Producen grave distrés ambiental.
 - Comportan demanda de solución rápida.
 - Requieren pautas terapéuticas flexibles, adaptadas a la causa y al momento.
-

TABLA XX

Eficacia de los antipsicóticos atípicos en la demencia

-
- Metaanálisis: nueve ensayos controlados con placebo.
 - Mejoría agresividad risperidona y olanzapina, mayor incidencia AVC efectos extrapiramidales y otros efectos adversos.
 - Mejoría significativa psicosis en los tratados con risperidona.
 - Significativa tasa abandono con risperidona 2 mg/d y olanzapina de 5-10 mg/d.
 - Conclusiones: administrar si agresión o psicosis riesgo marcado o distrés severo.
-

Ballard C. et al. The Cochrane data base 2006, Issue 1.

resumimos los elementos básicos a tener en cuenta ante estas situaciones.

Basándose en la revisión de estudios lo más completos y rigurosos posible hemos elaborado la tabla XX que, si bien se refiere a los pacientes con demencia²⁶, representa una visión de conjunto sobre la eficacia-tolerancia que no podemos revisar en estudios aleatorizados efectuados en pacientes con síntomas psicóticos sin demencia por la sencilla razón de que estos no están disponibles en la bibliografía internacional.

La situación sobre la existencia de do-

TABLA XXI

Intervenciones NO farmacológicas

-
- Revisión: 162 estudios.
 - Solo 9!!! Nivel 1 evidencia Oxford Centre for evidence-based Medicine.
 - Entre ellos varios sobre depresión.
 - Revisión sistemática con Criterios Am. Psychol. Ass. **Solo 3** cumplen criterios.
 - Los tres ofrecen resultados **no** concluyentes.
-

Ayalon et al., 2006.

TABLA XXII

Criterios de elección del antipsicótico

- Ecuación riesgo/beneficio.
- Considerar seriamente acción anticolinérgica.
- Considerar seriamente acción extrapiramidal.
- Correctores extrapiramidales proscritos.
- Forma galénica disponible a dosis bajas/unidad.
- Si resistencia, valorar presentaciones en solución o comp. de disolución inmed.

TABLA XXIII

Rango de dosis antipsicóticos

- Risperidona: 0,5-1,5 mg.
- Olanzapina: 5-10 mg.
- Quetiapina: 50-200 mg.
- Aripiprazol: 7-12 mg. (no universalmente aceptado corresponden a basados en la evidencia).

ACNP White Paper, 2007.

cumentación sobre tratamientos no farmacológicos viene resumida en la tabla XXI.

A causa de la citada ausencia de trabajos experimentales existen una serie de consensos clínicos en los que podemos basarnos. Los datos más relevantes se resumen en la tabla XXII.

Como que es evidente que los criterios de dosificación establecidos para pacientes adultos no son superponibles a las personas de edad avanzada resumimos en la tabla XXIII las dosificaciones más consensuadas internacionalmente.

El empleo de dosis más o menos elevadas se verá condicionado por la gravedad de la sintomatología y el estado general y tolerancia individuales caso por caso y momento por momento.

Nos parece oportuno citar unas frases de un trabajo nuestro anterior (Pujol y

Azpiazu, 2008): *«en todas las Especialidades hay fármacos con problemas de uso y eficacia a veces moderada. Pero tendremos que seguir utilizándolos en tanto no estén disponibles opciones mejores».*

La valoración, dosificación y seguimiento de estos pacientes debería ser efectuada siempre por Equipos Multidisciplinares que comporten la presencia de, por lo menos, Psiquiatra y Geriatra formados y con experiencia en este tipo de patologías.

Es muy importante resaltar que el continuo replanteo del caso y sus opciones terapéuticas, comporta una frecuencia de revisiones, no siempre fácil dadas las presiones asistenciales, pero constituye la mejor garantía de buena praxis.

Nota

En la presentación original del presente trabajo se incluyen múltiples imágenes obtenidas por los autores para ilustrar el contenido. Dadas las características de esta publicación estas imágenes no han podido reproducirse si bien están a disposición de los interesados previa solicitud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agüera Ortiz L. Esquizofrenia de Inicio Tardío y Muy Tardío. En: *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona, Masson; 2006: Capt 22.
2. De Portugal E, Cervilla J. Historia y Conceptos del trastorno Delirante. En: *Trastorno Delirante*. Barcelona, Aula Médica; 2004: Capt I.
3. Criterios Diagnósticos DSM-IV TR. Barcelona, Masson (edición española); 2003.
4. Trastornos Mentales y del comportamiento, CIE-10. Organización Mundial

- de la Salud, Ginebra. Madrid, Meditor (edición española); 1993.
5. Brodaty H, Sachdev E, Rose E et al. Schizophrenia with onset after age 50 years. Phenomenology and risk factors. *Brit J Psychiatry* 1999;175:410-415.
 6. Garety P. Modelos Cognitivos de los Delirios. En: *Actualización en Delirios*. Cord. Vallejo J, Sánchez Planell L. Madrid, Aula Médica; 2001: 93-106.
 7. Berrios GE, Luque R. Cotard Syndrome: Clinical analysis of 100 cases. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995; 91:185-188.
 8. Banov MD, Kulik AR, Oepen G et al. A new identity for misidentification Syndromes. *Compr Psychiatry* 1993; 34:414-417.
 9. Bodamer J. Die Prosop Agnosie. *Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1947;179:6-54.
 10. Ellis HD. Delusional Misidentifications. En: Bhugra and Munro (eds). *Troublesome Disguises: Underdiagnosed Psychiatric Syndromes*. Oxford Blackwell Science. 1997; 7-23.
 11. De Renzi E. Current Issues on prosopagnosia. En: Ellis HD, Jeeves MA, Newcombe F, Young A (eds). *Aspects of Face processing*. Dordrecht, Nijhoff; 1986: 243-252.
 12. Ey H. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona, Masson (edición española).
 13. Ekbohm K. Der Praesenile Dermatosen. *Acta Psychiatr Neurol* 1938; 13-227.
 14. Thieberger G. Les Acarophobies. *Ann Derm Syphiliogr*. Paris, 1984: 7-129.
 15. Pujol J, Benavarré A, Navarro V, De Azpiazu P. *Piel* 1997;12:522-526.
 16. Pujol J, De Azpiazu P. Trastorno Delirante de Ideas Persistentes. En: *Psiquiatría Geriátrica*. Agüera L, Cervilla J, Martín M (eds). Barcelona, Masson; 2002.
 17. Munro A. A delusional Hypochondriasis. Clarke Institut of Psychiatry, Monograph N. 5. Toronto, Clarke Institut of Psychiatry; 1982.
 18. Marcos M, Gómez-Pellín MC. A tale of a misnamed eponym: Diogenes Syndrome. *Inte J Geriatric Psychiatry* 2008; 23:27-8, 990-91.
 19. Pryse-Philips W. An olfactory reference syndrome. *Acta Psychiatr Scandinavica* 1971;47:484-509.
 20. Ballard CG, O'Brien JT, Swann AG et al. The natural history of psychosis and depression in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. Persistence of new cases over 1 year of follow up. *J Clin Psychiatry* 2001;62:46-49.
 21. Maxner SM, Mellow AM et al. The efficacy, safety and tolerability of antipsychotics in the elderly. *J Clin Psychiatr* 1999;60(suppl 8):29-41.
 22. Escarbajal Arrieta MD. Intervenciones no farmacológicas en pacientes con demencia. Congreso virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2010. www.interpsiquis.com no farmacológicas.
 23. Pujol J, De Azpiazu. Antipsicóticos en ancianos ¿típicos o atípicos? *Med Clin* 2006;126(11):415-417.
 24. Pujol Domènech J, De Azpiazu Artigas P. Tratamiento de las conductas agresivas. *Agitación en ancianos con demencia*. *Informaciones Psiquiátricas* 2003; 171:123-131.
 25. Goldsmith MF. Environmental intervention Strategies for treatment of agitation in older persons with dementia. *JAMA* 1998;279:1170.
 26. Comité de Consenso de Catalunya en Terapéutica de los Trastornos Mentales. *Trastornos mentales orgánicos y Recomendaciones en Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona, Masson (2.ª edición); 2000.

FOMENTANDO LA INCLUSIÓN DE LOS MAYORES EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS. RESULTADOS DEL ESTUDIO PREDICT

JOAQUIM ORISTRELL

Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

XAVIER PLA

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona).

ALBERT FARRÉ

MARGARIDA PLA

Cátedra de Investigación Cualitativa. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra.

GERMÁN DIESTRE

ANTONIO NOGUERAS

Centro Sociosanitario Albada. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

GRUPO DE INVESTIGADORES DEL ESTUDIO PREDICT

Ver listado de investigadores en el anexo 1.

Estudio financiado por la Comisión Europea, proyecto HEALTH-F4-2008-201917

Recepción: 01-03-12 / Aceptación: 27-03-12

INTRODUCCIÓN

Las personas mayores constituyen el grupo de población con mayor prevalencia de enfermedades crónicas y polimedicación. A pesar de ello, es conocida la escasa inclusión de las personas mayores en los ensayos clínicos (EC), con las repercusiones que esto representa para garantizar la efectividad y seguridad de los medicamentos que se aplican a este segmento de la población¹.

Con el objetivo de identificar las causas de esta escasa inclusión y elaborar un decálogo para promover la participación de los mayores en los EC se llevó a cabo el estudio PREDICT (increasing the participation of the Elderly in Clinical Trials) que describimos a continuación.

MÉTODOS

El estudio PREDICT, financiado por la Comisión Europea (Support action HEALTH-F4-2008-201917) se llevó a cabo en ocho países de la Unión Europea e Israel, coordinados por el Medical Economics and Research Centre del Reino Unido, durante el período comprendido entre febrero del 2008 y julio del 2010.

El proyecto se desarrolló en cinco bloques, que se describen a continuación, desde una perspectiva multidisciplinar (participación de geriatras, internistas, éticistas, farmacólogos, investigadores clínicos, expertos en medicina social, psicólogos, pacientes, cuidadores y miembros de organizaciones de pacientes).

Bloque 1

En este bloque, llevado a cabo por miembros del Medical Research Council se efectuó una revisión sistemática de los estudios sobre participación de los mayores en ensayos clínicos, factores facilitadores y limitadores para su inclusión. Para ello se revisaron las bases de datos electrónicas MEDLINE (1966-2007), EMBASE (1980-2007), ISI Web of Science (1900-2007), CINAHL (1982-2007), PsycINFO (1887-2007), ASSIA (1987-2007), Cochrane Methodology Register y Cochrane Database of Systematic Reviews.

Bloque 2

En este bloque se analizó la exclusión de los mayores en los EC actualmente en marcha mediante el estudio del registro de EC de la Organización Mundial de la Salud (www.who.int/trialsearch/AdvSearch.asp) el cual, a su vez, se nutre de los registros ACTR, ISRCTN, Clinicaltrials.rev, Netherlands clinical trials registry y el Chinese Clinical trial registry. Dado el elevado número de ensayos en marcha registrados, se restringió el análisis a los EC en insuficiencia cardíaca. De cada ensayo se analizaron con detalle los criterios de inclusión y exclusión que, directa o indirectamente, podían limitar la participación de los mayores: exclusiones por razón de edad, por la existencia de comorbilidades, por expectativa reducida de vida, por polifarmacia, por déficits cognitivos, por limitación física o funcional, por dificultades en el seguimiento, por déficits visuales o auditivos, por dificultades en el lenguaje o exclusión por vivir en centros residenciales.

A su vez, dichos motivos de exclusión se clasificaron como justificados o poco justificados en base a una modificación

de los criterios de van Spall². Finalmente, se realizó un análisis de clústers y un análisis de asociación uni (chi cuadrado) y multivariante (regresión logística) para identificar aquellos tipos de estudio que se asociaron a un mayor porcentaje de exclusiones injustificadas.

Bloque 3

En este bloque se efectuó una encuesta a profesionales de diferentes sectores: geriatras, médicos de familia, enfermeras, investigadores de ensayos clínicos, profesionales de la industria farmacéutica y expertos en ética, sobre la participación de las personas mayores en los ensayos, los factores que pueden promover o limitar su inclusión, así como preguntas sobre la regulación de los EC.

Para ello se elaboró, por consenso, una encuesta piloto con preguntas de respuesta múltiple con una escala tipo Lickert de seis puntos y preguntas de tipo abierto, sobre aspectos de la exclusión de los mayores surgidos a raíz de la revisión sistemática de la literatura efectuada en el bloque 1. Las preguntas de dicho cuestionario piloto fueron elaboradas en inglés, traducidas a los diferentes idiomas de los países participantes y retraducidas al inglés para validar la traducción. En una segunda fase, los resultados del cuestionario piloto fueron analizados y debatidos generándose el cuestionario definitivo, con un total de 43 preguntas de respuesta múltiple y cuatro preguntas de tipo abierto, que nuevamente fue traducido y validado. En el cuestionario definitivo se formulaban tres preguntas generales sobre la infrarrepresentación de los mayores en los EC, 22 preguntas sobre barreras a la participación, 18 preguntas sobre factores favorecedores de la participación y cuatro preguntas sobre la regulación de los EC.

Bloque 4

En este bloque se llevó a cabo un estudio mediante investigación cualitativa con grupos focales para analizar las percepciones de pacientes y cuidadores sobre si los mayores deben incluirse en EC, bajo qué condiciones, e identificar las barreras y los factores facilitadores para su inclusión. El estudio fue aprobado por los CEICs de los hospitales participantes. El equipo de la Universidad de Keele (Reino Unido) facilitó a los diferentes equipos, para unificar los procedimientos, una guía de actuación que incluía un vídeo, un protocolo de preguntas a formular, un modelo de consentimiento informado y realizó un taller práctico de grupos focales. Esta fase del estudio se inició con un grupo focal piloto que fue seguido de cinco reuniones de grupos focales en cada uno de los países participantes. Las sesiones fueron grabadas, transcritas y analizadas localmente en cada país. Los resultados fueron traducidos al inglés y remitidos al centro coordinador de Keele para integrar los datos de todos los países.

Bloque 5

En este bloque se elaboró, teniendo en cuenta los resultados de los bloques previos, un decálogo para promover la investigación clínica en personas mayores. El primer borrador del decálogo fue redactado por el comité directivo del proyecto en julio del 2009. En septiembre del 2009 se generó un segundo borrador tras recibir las opiniones de los diferentes grupos nacionales. En octubre del 2009 se elaboró un tercer borrador incorporando opiniones de representantes de pacientes y líderes en el ámbito de la geriatría y la bioética.

Tras nuevas aportaciones de los grupos nacionales se estableció el cuarto y definitivo decálogo en diciembre del 2009.

Dicho documento, traducido a todos los idiomas de los países participantes, fue presentado públicamente y aprobado el día 1 de febrero del 2010 en Londres, en sesión pública en la sede de la British Medical Association.

RESULTADOS

Presentamos en este artículo un breve resumen de los resultados obtenidos, que serán objeto de publicación en revistas de difusión internacional.

Bloque 1

Los resultados confirmaron la poca participación de los mayores en los EC para patologías muy diversas.

Así pues, en el área de la insuficiencia cardíaca, la media de edad de los sujetos incluidos en 27 ensayos revisados fue de 63 años, calculándose que la media de los sujetos con insuficiencia cardíaca ingresados en los hospitales es de 75 años.

En el área de la hipertensión arterial, la edad media de los ensayos revisados fue de 63,5 años, mientras que es conocido que hasta un 44 % de los sujetos con hipertensión arterial tiene más de 70 años.

De forma similar, la revisión de 94 ensayos en cáncer colorrectal mostró una edad media de 62 años, muy inferior a la media de 70 años de los pacientes con este tipo de cáncer en el registro australiano de cáncer.

La edad media de los pacientes incluidos en 14 ensayos por enfermedad de Alzheimer fue de 74 años, si bien se conoce que la prevalencia de enfermedad de Alzheimer se incrementa notablemente más allá de los 75 años.

Bloque 2

Los resultados fueron publicados recientemente³. Brevemente, hasta un 25 %

de los EC actualmente en marcha en el ámbito de la insuficiencia cardíaca señalaban un límite máximo de edad para la inclusión de pacientes, con una cifra media de 80 años. Sorprendentemente, la exclusión por motivos de edad fue más común en ensayos farmacológicos, no multicéntricos, realizados en centros públicos. Asimismo, la exclusión por motivos de edad fue mucho más común en los ensayos efectuados en Europa que en EE.UU.

Al margen de la exclusión explícita por motivos de edad, hasta un 80,1 % de los EC presentaban exclusiones por la existencia de comorbilidad y un 18,7 % de los ensayos excluían pacientes por la existencia de tratamientos farmacológicos concomitantes.

En conjunto, se consideró que hasta un 43,4 % de los EC presentaban algún motivo de exclusión poco justificado que podía incidir negativamente en la inclusión de personas mayores.

Bloque 3

Los resultados han sido asimismo publicados recientemente⁴. Brevemente, se respondieron un total de 521 cuestionarios entre los seis grupos profesionales que se señala en el apartado de Material y Métodos. Una gran mayoría de los respondedores opinaba que los mayores están infra-representados en los EC y que ello genera problemas clínicos y desventajas en este grupo de población. Los motivos más relevantes para no incluir pacientes en los EC fueron, según los encuestados, la mayor comorbilidad, la polifarmacia y la presencia de déficits cognitivos.

Se consideraron como factores facilitadores para la inclusión, entre otros, que la inclusión de mayores en los EC sea un requisito legal, que exista un recono-

cimiento económico por el esfuerzo extra que se requiere y que se facilite el seguimiento, por ejemplo con visitas domiciliarias o facilitando el transporte. Una mayoría de los encuestados consideraron que las reglamentaciones actuales para los EC eran insatisfactorias y que deberían modificarse.

Bloque 4

Se efectuaron 42 reuniones de grupos focales en los nueve países participantes (12 con cuidadores y 30 con grupos de pacientes afectados de diversas patologías crónicas: insuficiencia cardíaca, depresión, cáncer, demencia, ictus, diabetes).

Los pacientes y cuidadores consideraron que la edad, por sí sola, no debería constituir una limitación para participar en ensayos y que debería justificarse la exclusión de pacientes por motivos de comorbilidad.

Como factores facilitadores señalaron que el altruismo, así como la confianza con el médico, son los principales factores que motivan a los mayores a participar en EC.

Por otro lado, consideraron importante que los EC tengan más en cuenta las ganancias en la calidad de vida que el incremento bruto en la supervivencia. Finalmente, se consideró imprescindible que el consentimiento informado incluya una información que sea comprensible para el paciente mayor.

Bloque 5

Tal como se señaló en el apartado Material y Métodos, en este bloque se elaboró un decálogo para fomentar la participación de los mayores en los EC cuyos resultados pueden consultarse online (<http://www.predicteu.org/>) y se describen brevemente en la figura 1.

FIGURA 1

Decálogo PREDICT para fomentar la participación de los mayores en ensayos clínicos

Decálogo PREDICT para la Participación de las Personas Mayores en Ensayos Clínicos

1 LOS MAYORES TIENEN DERECHO A TENER ACCESO A TRATAMIENTOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

1.1 Los mayores tienen derecho a que se les ofrezcan tratamientos basados en la evidencia.
1.1.1 Las personas mayores deben esperar que los fármacos y otros tratamientos que se les administre hayan sido evaluados en ensayos clínicos y hayan demostrado su eficacia en pacientes de su misma edad.

2 ES PRECISO FOMENTAR LA INCLUSIÓN DE LOS MAYORES EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS EVITANDO SU DISCRIMINACIÓN.

2.1 Los mayores no deberían ser discriminados en la fase de reclutamiento de los ensayos clínicos.
2.1.1 Se debe informar e invitar a las personas mayores a participar en los ensayos clínicos de tratamientos que se pretendan utilizar en pacientes de edad avanzada.
2.1.2 Los organismos reguladores nacionales e internacionales deben velar para que las personas mayores sean incluidas en los ensayos clínicos sin discriminación por la edad, sexo, raza o clase social.
2.1.3 Los Comités Éticos de Investigación Clínica, los promotores y los organismos reguladores deben revisar críticamente todos los estudios para detectar exclusiones no justificadas por motivos de edad, comorbilidad, discapacidad o por el uso concomitante de otros fármacos. Todas estas exclusiones deben justificarse.
2.2 Se debe fomentar la participación de pacientes con múltiples patologías en los ensayos clínicos.
2.2.1 Los organismos reguladores nacionales e internacionales deben velar para que los ensayos clínicos con fármacos u otros tratamientos destinados a las personas mayores incluyan pacientes con múltiples patologías comunes en edades avanzadas.
2.2.2 Los organismos reguladores nacionales e internacionales deben exigir que los ensayos clínicos con fármacos u otros tratamientos destinados a las personas mayores incluyan pacientes mayores que tomen otros fármacos d'uso común en esta edad.

3 LOS ENSAYOS CLÍNICOS DEBEN DISEÑARSE PARA QUE SEAN REALIZABLES POR LOS MAYORES

3.1 Los ensayos clínicos deben diseñarse de manera que los mayores puedan participar en ellos con facilidad.
3.1.1 Las personas mayores deben recibir información sobre los ensayos clínicos que les ayude a tomar una decisión informada sobre su participación.
El proceso del consentimiento informado debe adaptarse a las necesidades específicas de las personas mayores, teniendo en cuenta su nivel de estudios, sus posibles déficits sensoriales, e implicando a sus familiares o cuidadores si fuera necesario.
3.1.2 Es necesaria una formación específica para llevar a cabo ensayos clínicos en mayores.
Los investigadores deberían ser entrenados para realizar ensayos clínicos en personas con problemas de comunicación, sensoriales, de movilidad o con déficits cognitivos.
3.1.3 Los investigadores deben estar dispuestos a dedicar más tiempo con las personas mayores incluidas en los ensayos para apoyar su participación y mantener su adherencia.
3.1.4 Los promotores de los ensayos clínicos deben reconocer que las personas mayores pueden necesitar ayudas adicionales para participar en los ensayos.
Los promotores de los ensayos deberían ofrecer apoyo para incrementar la inclusión y adherencia de las personas mayores, en particular si padecen problemas de movilidad y comunicación, o si tienen responsabilidades en el cuidado de tercera persona.
3.1.5 Los organismos reguladores nacionales e internacionales deberían alentar la realización de ensayos clínicos con diseños que faciliten la participación de las personas mayores.

4 SEGURIDAD DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN PERSONAS MAYORES

4.1 Los ensayos clínicos en personas mayores deben ser lo más seguros posible.
4.1.1 Los investigadores deberían evaluar los beneficios y riesgos de la participación de las personas mayores en los ensayos clínicos.

5 LAS VARIABLES DE RESULTADO DE LOS ENSAYOS DEBEN SER RELEVANTES PARA LOS MAYORES

5.1 Los ensayos clínicos en enfermedades frecuentes en los mayores deberían analizar variables de resultado que sean relevantes para ellos.
5.1.1 Los investigadores, los promotores de ensayos clínicos y los organismos reguladores deberían garantizar que los ensayos clínicos en enfermedades que afectan a menudo a personas mayores analicen variables de resultado que sean importantes para los mayores, incluyendo medidas de la calidad de vida.
5.1.2 Los promotores de los ensayos clínicos deberían implicar a las personas mayores y a sus Cuidadores en el diseño de los mismos, así como en la elección de las variables de resultado en los estudios sobre enfermedades comunes en personas mayores.

6 DEBEN RESPETARSE LOS VALORES DE LAS PERSONAS MAYORES QUE PARTICIPAN EN ENSAYOS CLÍNICOS.

6.1 Se deben respetar los valores individuales de cada persona mayor que participe en un ensayo clínico.
6.1.1 Los investigadores deben respetar los valores de cada persona mayor como individuo.
6.1.2 Las personas mayores deben poder retirarse de un ensayo sin perjuicio de poder recibir otros tratamientos ni de su atención global.

Logos: MRC, UNIPG, Keele University, emgo, Hospital de Sabadell, Jagiellonian University Medical College, Ana Aslan, Medical Research Council, and others.

DISCUSIÓN

El progreso en la investigación médica en el último siglo ha sido motivado en gran parte por el desarrollo de los ensayos clínicos. Iniciados a principios del siglo XX no fue hasta 1948 en que Austin Bradford desarrolló el proceso de aleatorización.

En la década de los setenta, Archibald Cochrane introdujo los conceptos de eficacia y efectividad para distinguir los diferentes resultados obtenidos en condiciones experimentales de los obtenidos en la práctica clínica habitual y Sackett, en los años noventa, desarrolló los fundamentos de la medicina basada en la evidencia poniendo de relieve la superioridad del ensayo clínico respecto de los estudios observacionales o de la opinión de expertos, para conocer con certeza la eficacia de un determinado tratamiento.

Dichos conceptos han constituido la base para la elaboración, por parte de numerosas sociedades científicas, de las guías clínicas que cimientan nuestro proceder médico actual.

No obstante, a lo largo de la historia, los ensayos clínicos también han comportado problemas de tipo ético al ser aplicados en poblaciones vulnerables. Así pues, desde mediados del siglo pasado, se han ido desarrollando diversas regulaciones (código de Nuremberg en 1948, primera Declaración de Helsinki en 1964, informe Belmont en 1978)⁵⁻⁷ tendientes a proteger los derechos de dichas poblaciones obligando al consentimiento informado de los sujetos sometidos a ensayos (respeto a la autonomía), obligando a evaluar los riesgos y beneficios de los ensayos (principios de beneficencia y de no maleficencia), evitando los abusos en poblaciones vulnerables (principio de justicia social) y sometiendo los ensayos a una supervisión por co-

mités éticos. Así pues, podemos afirmar que la regulación de los aspectos bioéticos para la participación en EC se centró principalmente, durante los años 1940-1980, en garantizar la voluntariedad y la seguridad de los ensayos.

Esta regulación «protectora» ha conlucido, en las últimas décadas, a una limitada inclusión en los EC de determinados grupos de población y a desarrollar nuevas regulaciones para promover la justicia social y garantizar un acceso equitativo a los EC. Así pues, tras objetivarse en los años ochenta una menor participación en los EC de mujeres y de minorías étnicas, los Estados Unidos reguló por ley, en 1993, la necesidad de incluir una adecuada proporción de mujeres y de minorías étnicas en los EC clínicos financiados con fondos federales (Revitalization Act, 1993)⁸.

A principios de este siglo, la Declaración de Helsinki (edición 2000: «las poblaciones infrarrepresentadas deberían tener acceso a participar en los ensayos») y más explícitamente el CIOMS (guía n.º 12 de su International Ethical Guidelines for Biomedical Research in Human Subjects: «debe justificarse la exclusión de comunidades que puedan beneficiarse de participar en un estudio»⁹) han establecido recomendaciones en el mismo sentido.

Una de las poblaciones que podríamos considerar vulnerables es la población anciana. Las primeras regulaciones internacionales que hacen referencia a su especial protección aparecieron en 1993 de la mano del «International Conference on Harmonisation», organismo creado en 1990 y constituido por las principales agencias de control del medicamento de Estados Unidos, Europa y Japón, así como las patronales de la industria del medicamento de estos tres países, para armonizar la legislación sobre EC.

En su documento ICH E7¹⁰ «Studies in special populations: geriatrics» se afirma que los pacientes incluidos en los EC deben ser similares a los de la población que será tratada con el fármaco. Define la población geriátrica como la mayor de 65 años y regula la necesidad de incluir un mínimo de 100 pacientes mayores de 65 años en las fases III de desarrollo de un nuevo fármaco, si bien no exige la realización de estudios farmacocinéticos en ancianos en las fases I-II de desarrollo de un nuevo producto.

A pesar de las regulaciones establecidas, tal como el estudio PREDICT ha puesto nuevamente de manifiesto (bloques 1 y 2), la inclusión de mayores en los EC es aún muy limitada y, en la práctica, no se aplica la recomendación del ICH conforme los pacientes incluidos en ensayos deberían ser similares a los de la población diana para el fármaco.

Así pues, si bien se considera que los EC son la forma menos sesgada de medir la eficacia de nuevas intervenciones, fármacos o procedimientos (elevada validez interna), su diseño experimental y unos criterios de inclusión a menudo restrictivos, ocasionan una escasa capacidad para extrapolar los resultados a la población general (escasa validez externa)¹¹.

El estudio y el decálogo PREDICT urgen a garantizar la inclusión de los mayores en los EC para garantizar el principio de justicia social. Para ello, reclama a comités éticos, promotores y reguladores la revisión crítica de las exclusiones por motivos de edad, comorbilidad, discapacidad o por tratamientos concomitantes.

Asimismo, el estudio PREDICT pone énfasis en involucrar a pacientes y cuidadores en la definición de los objetivos de los EC para que sean relevantes para los sujetos mayores.

El estudio PREDICT también aporta

aspectos destacados en relación al proceso del consentimiento informado, remarcando la necesidad de que este se adapte para poder ser comprensible por los mayores, e incide en la necesidad de formar a los investigadores (especialmente en habilidades comunicativas) para facilitar la participación y promover la adherencia de los mayores.

El estudio PREDICT presenta algunas fortalezas, como son su aproximación multidisciplinar e internacional (incluyendo países del Este) y especialmente la participación de pacientes y cuidadores. Sin embargo, es preciso también señalar sus debilidades, como son el método, heterogéneo según los países, en la inclusión de los profesionales y de los pacientes participantes en los bloques 3 y 4 del estudio.

Asimismo, el decálogo PREDICT no abordó ningún punto específico sobre la realización de EC en pacientes mayores frágiles o en pacientes con demencia.

Finalmente, tampoco se establecieron recomendaciones concretas para garantizar la seguridad de los ensayos en personas mayores (e. g. necesidad de estudios farmacocinéticos durante las fases de desarrollo de nuevos productos, etc.).

El decálogo PREDICT ha recibido las adhesiones de la European Union Geriatric Medicine Society (EUMGS), de la Asociación Internacional de Gerontología y Geriátrica, región Europea (IAGGER), de la American Geriatric Society (AGS), de la Gerontological Society of America (GSA) y de la European Society of Anesthesiology (ESA).

BIBLIOGRAFÍA

1. Bartlett C, Doyal L, Ebrahim S, Davey P, Bachmann M, Egger M et al. The causes and effects of socio-demo-

- graphic exclusions from clinical trials. *Health Technol Assess* 2005;9:1-168.
2. Van Spall HGC, Toren A, Kiss A, Fowler RA. Systematic sampling review published in high-impact general medical eligibility criteria of randomized controlled. *JAMA* 2007;297:1233-1240.
 3. Cherubini A, Oristrell J, Pla X, Ruggero C, Ferretti R, Diestre G et al. The persistent exclusion of older patients from ongoing clinical trials regarding heart failure. *Arch Intern Med* 2011; 171:550-556.
 4. Crome P, Frank L, Cherubini A, Oristrell J, Beswick A, Clarfield A et al. Exclusion of older people from clinical trials: professional views from nine european countries participating in the PREDICT study. *Drugs & Aging* 2011; 28:667-677.
 5. The National Institutes of Health. Office of Human Subjects Research. Regulations and Ethical guidelines. The Belmont Report. Disponible en: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>
 6. The National Institutes of Health. Office of Human Subjects Research. Regulations and Ethical guidelines. The Nuremberg code. Disponible en: ohsr.od.nih.gov/guidelines/nuremberg.html
 7. World Medical Association. Declaración de Helsinki. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
 8. NIH policy and guidelines on the inclusion of women and minorities as subjects in clinical research. Disponible en: http://grants.nih.gov/grants/funding/women_min/guidelines_amended_10_2001.htm
 9. International Ethical Guidelines for Biomedical Research involving human subjects. CIOMS, Geneva 2002. Disponible en: http://www.cioms.ch/publications/layout_guide2002.pdf
 10. European Medicines Agency. ICH topic E7. Studies in support of special populations: geriatrics. Disponible: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2009/09/WC500002875.pdf
 11. Britton A, McKee M, Black N, McPherson K, Sanderson C, Bain C. Threats to applicability of randomised trials: exclusions and selective participation. *J Health Service Research and Policy* 1999;4:112-121.

ANEXO 1

Grupo de investigadores del estudio PREDICT

- **Medical Research Economics Centre (MERCs)**
Prof. D. Edbrooke, Dr. G. Mills, Dr. J. Sinclair-Cohen, Dr. C. Minelli, N. Faulks.
 - **Istituto di Gerontologia Geriatria. Università degli Studi di Perugia. Perugia (Italia).**
Prof. A. Cherubini, Prof. A. del Favero, Prof. M. L. Di Pietro, Dr. C. Ruggiero,
Dr. A. L. Longo.
 - **University of Keele. Keele Interdisciplinary Research Centre on Ageing (KIRCA).
Institute for Life Course Studies, Keele University (Gran Bretaña).**
Prof. P. Crome, Prof. T. Scharf, Dr. C. Roffe, Dr. B. Bartram, Dr. R. Beech,
Prof. I. Crome.
 - **Servei de Medicina Interna. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària i Universitària
Parc Taulí. UAB. Sabadell (España).**
Prof. J. Oristrell, Dr. X. Pla, Prof. A. Farré, Prof. M. Pla, Dr. A. Nogueras, Dr. G. Diestre.
 - **Vrije Universiteit Medisch Centrum. Dept. of Nursing Home Medicine. Amsterdam
(Holanda).**
Dr. C. Hertogh, Prof. M. W. Ribbe, Mrs. M. G. Dik, Dr. R. J. van Marum,
Prof. P. E. Postmus.
 - **The Jagiellonian University Medical College. Institute of Public Health. Cracovia
(Polonia).**
Dr. K. Szczerbinska, Prof. J. Hartman, Dr. Z. Zalewski, Prof. R. Spiewak,
Dr. A. Szymcczakiewicz-Multanowska.
 - **Kauno Medicinos Universitetas. Geriatric Clinic. Kaunas (Lituania).**
Prof. V. Lesauskaite, Dr. J. Macijauskiene, Dr. A. Visokinskas, Prof. I. Jakusovaite,
Prof. Z. Liubarskiene.
 - **Ana Aslan National Institute of Gerontology and Geriatrics. Bucarest (Romania).**
Prof. G. I. Prada, Dr. R. Pircalabu, Dr. A. Bojan, Dr. C. Popescu, Dr. I. G. Fita,
Dr. I. Raducanu, Prof. C. Balaceanu-Stolnici.
 - **Ben Gurion University of the Negev. Beer Sheva (Israel).**
Prof. A. M. Clarfield, Dr. T. Dwolatzky, Dr. A. Jotkowitz, Prof. D. Sinclair, Dr. E. Kagan.
 - **Univerzita Karlova v Praze. Praga (Republica Checa).**
Prof. E. Topinkova, D. Fialova, Prof. J. Simek, Dr. H. Hladka, Prof. P. Solich,
Dr. I. Dolezelova, Dr. J. Kure.
 - **Medical Research Council. Oxfordshire Medical Research Council (Gran Bretaña).**
Prof. P. Dieppe, Prof. Y. Ben-Shlomo, A. Beswick, Dr. J. Baird, Mrs. M. Burke.
-

PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA

JORGE PLA VIDAL

Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica.

R. SÁNCHEZ OSTIZ

Departamento de Geriatría.

M. PLA RUIZ

C. SÁNCHEZ OSTIZ

Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.

Recepción: 01-03-12 / Aceptación: 27-03-12

RESUMEN

Con los distintos avances técnicos y estadísticos que se han ido incorporando a la investigación en Psiquiatría, y el mejor conocimiento de la alteración que subyace a la enfermedad psiquiátrica, los tratamientos para nuestros pacientes deberían ser más curativos. Sin embargo, el reto al que nos enfrentamos los que trabajamos en esta área de la ciencia es el de ser capaces de ensamblar las distintas piezas del rompecabezas que vamos conociendo para que los tratamientos que utilicemos, ya sean biológicos o psicológicos, se dirijan a las causas que originan la enfermedad además de a sus síntomas. En este sentido, son evidentes los progresos para el estudio del enfermo mental tanto en lo estructural como en lo funcional, y son numerosos, también, los trabajos que describen distintas alteraciones o que proponen modelos para explicar lo que sucede en las distintas situaciones de nuestros pacientes. También en el conocimiento de la enfermedad psiquiátrica que

afecta al paciente de edad avanzada se ha avanzado en nuestros días, aunque solo sea impulsado por el creciente patrón demográfico que nos habla de que en solo unas décadas este grupo de la población constituirá un tercio del total.

El verdadero reto al que nos enfrentamos en Medicina es la posibilidad de prevenir la enfermedad, más cuando en este caso me estoy refiriendo a una enfermedad, la depresión, que se asocia a un importante sufrimiento y discapacidad en todos los que la padecen y que constituye la enfermedad psiquiátrica más prevalente entre las personas mayores de 65 años.

En este trabajo se pretende recopilar parte de esa información disponible sobre la enfermedad depresiva de la persona de edad avanzada y tratar de dar al conocimiento de esta enfermedad un enfoque desde la fisiopatología que nos permita profundizar en los distintos modelos psicobiológicos, desde la prevención como forma más eficaz de tratamiento, y desde la traslacionalidad como enfoque para la

investigación y la actitud del profesional que atiende a estas personas.

PREVENCIÓN, ¿QUÉ PREVENCIÓN?

«Es necesario realizar un esfuerzo para que haya más personas que, al envejecer, gocen de un buen estado de salud mental y, asimismo, hay que trabajar para prevenir los problemas mentales, y establecer las disposiciones necesarias para que los pacientes que sufren este tipo de trastornos tengan asegurado el acceso a un tratamiento y una asistencia de alta calidad»⁹. Estas palabras se incluyen en un documento de consenso elaborado bajo el auspicio de la Comunidad Europea.

En el mismo documento se hace referencia a la distribución poblacional que se espera en la Unión Europea en los años venideros, y se hace una comparación evolutiva de la población agrupada por edad desde 1950 hasta 2050. Lo que se observa a primera vista es el crecimiento porcentual de la franja de los mayores de 65 años desde un escaso 10% a un 30%, con un importante papel porcentual para los mayores de 80 años.

La prevención, entendida como se ha venido haciendo clásicamente, implica una forma primaria dirigida a evitar la aparición de la enfermedad, la secundaria que pretende diagnosticar de forma precoz la enfermedad una vez establecida y su tratamiento eficaz, y la terciaria que busca evitar o minimizar las secuelas de la propia enfermedad.

En una formulación más reciente, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos propone unos niveles de prevención de la enfermedad que empiezan con la promoción de la salud como primer paso. La prevención como tal se establece en tres ámbitos poblacionales: el universal, dirigido a toda la población; el selectivo,

dirigido al grupo de personas con factores de riesgo para padecer una determinada enfermedad; y el indicado, para aquellas personas que ya han manifestado algún síntoma de la enfermedad. Por último, en lo que se refiere al tratamiento y mantenimiento del paciente que ya padece la enfermedad, se establece, en este modelo, un primer nivel de detección de los casos, seguimiento del propio tratamiento establecido, la fase de cumplimiento y seguimiento a largo plazo con la mira puesta en evitar las recaídas y recurrencias de la enfermedad, y, una última fase centrada en aspectos rehabilitadores al terminar el tratamiento.

¿Por qué prevenir?

La depresión, junto con la demencia, es la enfermedad psiquiátrica más prevalente en la edad avanzada. Es una enfermedad incapacitante que se asocia a gran comorbilidad. Constituye, también, el principal factor de riesgo para suicidio en este grupo de edad.

La presentación de la enfermedad puede darse en una persona que ya había tenido episodios anteriores en otra época de la vida (antes de los 50 años: presentación temprana), y en el contexto de un trastorno depresivo recurrente, un trastorno bipolar, o en enfermedades crónicas como la distimia o un episodio depresivo único crónico. En esta presentación, la etiología se relaciona más con factores genéticos y familiares, y con alteración funcional.

El primer episodio depresivo puede presentarse por primera vez a esta edad (inicio después de los 50 años: presentación tardía), en el contexto de un episodio depresivo único, con una posible etiología asociada a mecanismos degenerativos y posible evolución a deterioro cognitivo de tipo Alzheimer, o en el de episodios recurrentes, con la implicación de pato-

genia cerebrovascular y disfunción ejecutiva. También pueden darse episodios de enfermedad bipolar que se inicien a esta edad con un episodio depresivo.

Las personas ancianas, tal como se las clasifica en nuestros días tanto en la clínica como con fines de investigación, deben dividirse en dos grupos: los ancianos jóvenes (65 a 75 años), más cercanos a los adultos de edades anteriores en lo que se refiere a su condición física y autonomía personal, y los ancianos más ancianos (mayores de 75 años), con otras enfermedades y cambios propios del envejecimiento, mayor discapacidad, dependencia y comorbilidad somática (figura 1).

Precisamente porque la mitad de los pacientes ancianos con depresión no son diagnosticados y solo una parte de los que reciben el diagnóstico correcto son tratados de forma adecuada, y ya que solo un tercio de los pacientes ancianos con depresión responden al tratamiento con un antidepresivo nuevo, o que las sucesivas intervenciones con nuevos fármacos son cada vez menos eficaces, como sucede en otras áreas de la Medicina, es mejor dedi-

car los esfuerzos a prevenir que a curar². La identificación de factores de riesgo sociodemográficos, psicopatológicos, de salud o de estrés, es esencial para la prevención de la enfermedad psiquiátrica en la edad avanzada¹¹.

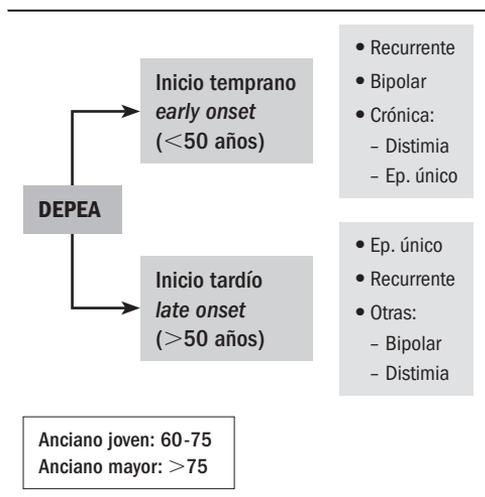
Incidencia, prevalencia y discapacidad

La depresión en personas de edad avanzada afecta al 10-15% de las personas. En Europa, la prevalencia media es 12,3% (14,1% en mujeres y 8,6% en hombres)⁷. En todo el mundo la prevalencia media es del 13,5%¹. Estos porcentajes aumentan en personas institucionalizadas o si se consideran los síndromes subdepresivos.

En un estudio publicado por Chou et al. (2011)⁶, sobre una muestra de 8.012 mayores de 60 años residentes en la comunidad, se describe que la aparición de nuevos casos de enfermedad psiquiátrica en la ancianidad no es tan infrecuente. En este estudio, la incidencia de Depresión Mayor referida a los tres años del estudio fue de 3,28% (2,35% en varones y 4,04% en mujeres). Los factores de riesgo identificados fueron al hacer un autoinforme de mala salud, padecer un trastorno por estrés posttraumático o trastorno límite de la personalidad. Ni el estado civil, ni el número de otras enfermedades médicas, ni el dolor, ni la edad, ni la raza, ni el nivel educativo, ni los ingresos familiares se detectaron como factores de riesgo.

Con datos extraídos del estudio ECA, Judd et al. (1998) concluyeron que en pacientes mayores de 65 años la prevalencia de depresión subumbral (depresión menor + depresión subsindrómica) es del 31,1%, frente al 6,3% para depresión mayor. Meeks et al. (2011)¹¹, en un reciente metaanálisis de lo publicado, encuentran una prevalencia creciente de este diagnóstico desde ancianos de la

FIGURA 1
Depresión en el anciano:
edad de inicio



comunidad (10 %), atención primaria (25 %), hospitalizados (30 %) e institucionalizados (45-50 %), siendo 2-3 veces más prevalente que la depresión mayor en cualquier medio. Según estos autores, los factores de riesgo más contrastados para la depresión subumbral serían la mayor sobrecarga médica, la discapacidad, el escaso apoyo social, ser mujer, y padecer una enfermedad neurológica (Parkinson, ACV o Alzheimer).

En el documento de consenso ya citado de Jané-Llopis y cols. (2008)⁹, ser mujer, soltero o vivir solo, tener una enfermedad somática o una discapacidad (sobre todo si hay dolor o alteración del sueño) aumenta el riesgo de padecer depresión. Por otra parte, tener depresión se propone como un factor de riesgo en las personas mayores para sufrir discapacidad funcional, mayor mortalidad, mayor asociación a enfermedades crónicas, y mayor frecuencia de la necesidad de asistencia profesional. Existe también un aumento del riesgo de ingreso prematuro en residencia de ancianos para estos pacientes.

La depresión constituye un importante factor de riesgo para la menor funcionalidad en los ancianos, detectándose hasta cuatro veces más probabilidad de desarrollar discapacidad para las actividades de la vida diaria en los que tienen depresión mayor en el estudio ECA. La discapacidad se refiere sobre todo a los problemas para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, las instrumentales, o la movilidad y refleja la dificultad para mantener la independencia. Además, la discapacidad, por sí misma, constituye un factor de riesgo para la depresión en este grupo de edad⁴.

Suicidio y demencia

El suicidio constituye un motivo principal para la prevención de la depresión en las personas de edad avanzada. Las tasas

de suicidio en este grupo poblacional son las más elevadas, y en más de tres cuartas partes de los casos existe sintomatología depresiva claramente establecida como principal factor de riesgo para la conducta suicida. También padecer una enfermedad crónica o dolorosa, o la exclusión social son importantes factores de riesgo.

Respecto a la relación entre depresión del anciano y demencia, es bien conocido que existe un riesgo mayor para el desarrollo de enfermedad demencial en aquellos ancianos que han padecido enfermedad depresiva, sobre todo cuando la enfermedad se presenta con deterioro cognitivo. En estudios realizados sobre esta relación con la enfermedad de Alzheimer y la posibilidad de que la depresión no solo constituyera un factor de riesgo sino que fuera una manifestación prodrómica de la propia enfermedad, la conclusión parece apuntar a un factor de riesgo en la mayoría de los casos¹³, y solo se vería como pródromo en aquellos casos conocidos como depresión amiloide por algunos autores²¹. Sin embargo, está cada vez más claro que ambas enfermedades comparten mecanismos fisiopatológicos comunes⁵. Se estima que si se consiguiera eliminar la depresión de la población anciana, se reduciría una media de **10,3 %** el número de casos nuevos de demencia en los siguientes siete años¹⁶.

Sobrecarga, comorbilidad y costes

La carga de la enfermedad depresiva constituye un importante problema de salud pública. A pesar del progreso real y una mejor tolerancia a los nuevos medicamentos antidepressivos, un número significativo de pacientes con depresión sufren aún de síntomas residuales graves. Esta relativa falta de eficacia claramente interfiere en su funcionamiento psicosocial y su calidad de vida. Además, es bien

conocido que el hecho de no alcanzar la remisión clínica completa tras el tratamiento antidepresivo implica un alto riesgo de recaída o recidiva en pacientes que sufren de depresión mayor.

Padecer una depresión subumbral supone un riesgo anual de desarrollar depresión mayor del 8-10 %, que es más alto en personas institucionalizadas y en aquellas con enfermedad coronaria. Los síntomas depresivos se han asociado con una mayor morbilidad cerebrovascular y cardiovascular, así como una mayor mortalidad en ancianos. Los estudios sobre mortalidad y depresión en ancianos muestran que es un factor de riesgo independiente, sobre todo en el grupo de ancianos más jóvenes¹⁸.

La OMS (2011)¹⁴ pronostica que esta enfermedad que ahora ya constituye la cuarta causa de sobrecarga por la discapacidad (disability-adjusted life years, DALYs) a nivel mundial, será la segunda causa en el 2020. El aumento de la población en edad geriátrica prevista para los próximos años es uno de los factores a tener en cuenta en el cálculo de los gastos generados en la atención sanitaria. Uno de los picos de mayor coste por la enfermedad psiquiátrica a lo largo de la vida se sitúa en torno a los 65 años.

¿QUÉ PREVENCIÓN ESTAMOS HACIENDO?

Con los datos de los que disponemos en nuestros días no es posible hacer una prevención primaria adecuada. Sin embargo, los trabajos realizados para desentrañar los distintos aspectos de la depresión del anciano plantean interesantes hipótesis de trabajo que están permitiendo avanzar en planteamientos diagnósticos, terapéuticos y fisiopatológicos, y que, por tanto, nos pueden permitir avanzar en la dirección de prevenir la enfermedad an-

TABLA I Fisiopatología de la depresión en las personas de edad avanzada

Hipótesis de trabajo:

1. **Inicio tardío:** cierta asociación con trastornos neurológicos.
2. **Disfunción ejecutiva:** disfunción frontal medial.
3. **Depresión vascular:** enfermedad cerebrovascular.
4. **Inflamatoria:** papel del envejecimiento del sistema inmune.

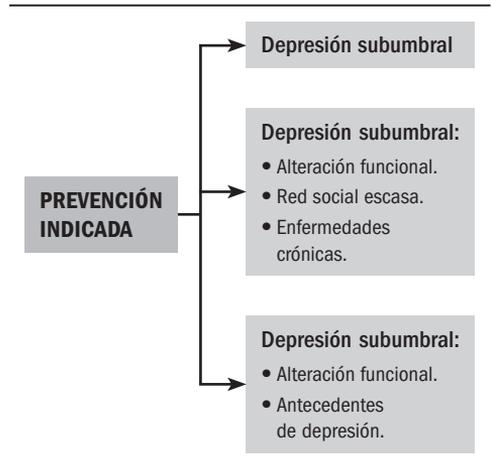
tes de que aparezca haciendo una promoción de salud en esta enfermedad, o una verdadera prevención primaria. En este momento, uno de los principales autores en la investigación de la depresión del final de la vida, George Alexopoulos, plantea cuatro acercamientos fisiopatológicos a esta enfermedad (tabla I):

- Las formas de inicio tardío pueden encerrar un mecanismo distinto de aquellas de inicio temprano y presentan cierta asociación con trastornos neurológicos.
- La disfunción ejecutiva detectada en la depresión del anciano como una de las manifestaciones cognitivas características, aporta algunas manifestaciones clínicas que hacen pensar en una disfunción frontal medial.
- La presencia de factores de riesgo cerebrovasculares y la propia enfermedad cerebrovascular, junto a los distintos hallazgos radiológicos y clínicos relacionados, en la depresión de la edad avanzada han dado lugar al concepto de depresión vascular.
- Los hallazgos serológicos y los factores inflamatorios alterados en este tipo de depresión, junto al papel del envejecimiento del sistema inmune, plantean también una hipótesis a favor de una fisiopatología inflamatoria.

En cuanto a la prevención secundaria, los principales esfuerzos se dirigen a detectar una enfermedad que en el 50 % de los casos se queda sin diagnosticar porque el paciente no acude a pedir ayuda o porque no se la tiene en cuenta como posibilidad diagnóstica. La escala GDS (*Geriatric Depression Scale*) desarrollada por Yesavage (1982)²², en su versión de 15 ítems con un punto de corte mayor de 5, parece un instrumento de fácil aplicación en la clínica diaria con buenos resultados de sensibilidad y especificidad¹⁰. Respecto del tratamiento, los instrumentos terapéuticos utilizados desde el principio incluyen los antidepresivos, sobre todo los Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina, a dosis suficientes y una duración adecuada; la psicoterapia de tipo cognitivo conductual, interpersonal o de solución de problemas, adaptadas en su caso a los pacientes con deterioro cognitivo; o la terapia electroconvulsiva para las formas más graves.

A la hora de elegir los grupos de población sobre los que ensayar las estrategias preventivas, parece que con el co-

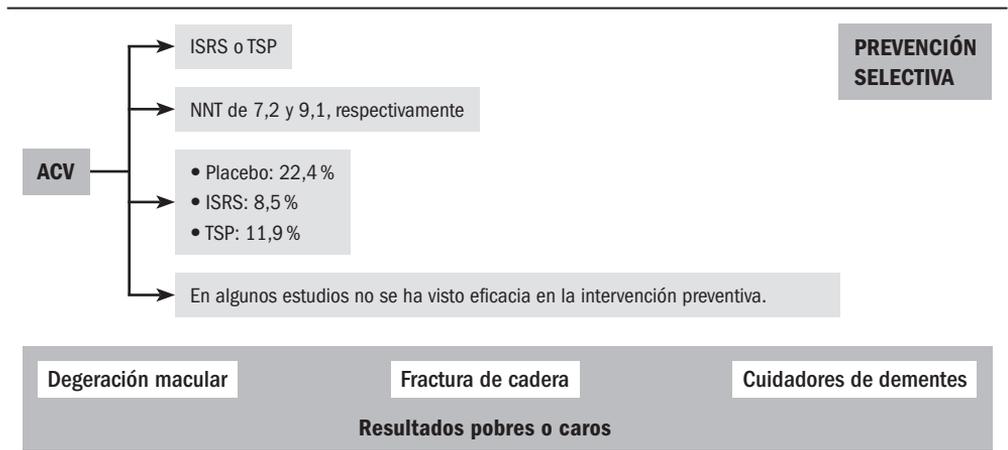
FIGURA 2
Prevención de la depresión en población geriátrica en Atención Primaria en pacientes con algún síntoma depresivo



Baldwin R. *International Psychogeriatrics* (2010), 22:8, 1216-1224.

nocimiento actual de la enfermedad solo los esfuerzos destinados a los grupos de alto riesgo de padecer la enfermedad o a los que han presentado ya algún síntoma

FIGURA 3
Prevención de la depresión en población geriátrica en Atención Primaria en pacientes de alto riesgo



Baldwin R. *International Psychogeriatrics* (2010), 22:8, 1216-1224.

de la misma serían realmente eficaces y eficientes³. En concreto, los esfuerzos que se han hecho en personas ancianas con depresión menor, distimia, depresión subumbral, grupos con pensamientos suicidas o residentes en instituciones geriátricas, producen buenos resultados. Igualmente se están desarrollando programas en atención primaria en distintos entornos geográficos (figura 2). Los grupos de alto riesgo como los pacientes que han sufrido un ictus, los que tienen degeneración macular, han sufrido una fractura de cadera o aquellos que son cuidadores de una persona con demencia entre otros, son objeto de los estudios de prevención con resultados desiguales (figura 3).

¿QUÉ PODEMOS HACER?

Al plantear una estrategia que nos permita hacer prevención en la depresión del anciano, según se plantea en un reciente trabajo de Baldwin (2010)², es importante considerar que sea una intervención eficiente, es decir:

- Que esté dirigida a un factor de riesgo que tenga una alta repercusión sobre la incidencia de la enfermedad.
- Que tenga un NNT (número de tratamientos necesarios) bajo, que sea necesario intervenir en el menor número de personas para prevenir un caso nuevo.

En resumen, que la intervención tenga alto impacto con mínimo esfuerzo. Para ello, parecen esenciales, junto al concepto de prevención que venimos manejando en este trabajo, considerar que la investigación debe basarse en dos pilares fundamentales: la fisiopatología de la enfermedad depresiva del anciano; y la traslacionalidad de lo investigado entendido como capacidad de llevar los resultados

de los distintos estudios a la cama del enfermo y a la lista de recursos de los profesionales que le atienden.

En el estudio fisiopatológico desde la clínica diaria, son de especial relevancia los factores de riesgo para padecer la enfermedad y los factores protectores. El conocimiento de los mismos y su implicación en el desarrollo de la enfermedad nos ayudarían a establecer políticas de prevención probablemente más eficaces y eficientes. En este sentido el modelo biopsico-social aporta ya desde las investigaciones realizadas una serie de planteamientos que nos deben servir de base para los trabajos que cada uno se plantee:

- **Biológico:** influencia de la genética; cambios en la neurotransmisión; mecanismos degenerativos, vasculares, inflamatorios.
- **Psicológico:** número de acontecimientos vitales de pérdida; inseguridad frente a la discapacidad; neuroticismo y mecanismos de afrontamiento.
- **Social:** la reducción o pérdida del apoyo social; y la soledad.

CONCLUSIONES

Como ya se esbozaba al inicio, es preciso hacer un esfuerzo de síntesis y de conexión de los conocimientos con los que contamos para desarrollar esquemas fisiopatológicos que nos ayuden a entender mejor la enfermedad depresiva de la persona que ha llegado a la edad avanzada.

El planteamiento de estudios en los que se consideren los datos clínicos:

- El seguimiento de los pacientes en diseños prospectivos.
- La consideración de mecanismos fisiopatológicos comunes con la demencia.

- La atención especial a síntomas como el deterioro cognitivo que puedan ensombrecer el pronóstico de los pacientes.
- La evaluación cognitiva detallada de nuestros pacientes cuando sea posible.
- La utilización de las distintas técnicas de imagen cerebral para correlacionar los hallazgos clínicos con áreas y circuitos cerebrales implicados.
- La presencia de determinados polimorfismos genéticos en formas concretas de enfermedad depresiva.

Todo ello, nos permitirá en un futuro no muy lejano atender a nuestros pacientes con estrategias más específicas para la enfermedad que les afecta, y proponer aspectos de prevención realmente eficaz y eficiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baldwin RC, Chiu E, Katona C, Graham N. Guidelines on depression in older people: practising the evidence. London, Martin Dunitz; 2002.
2. Baldwin RC. Preventing late-life depression: a clinical update. *International Psychogeriatrics* 2010;22:1216-1224.
3. Beekman ATF, Smit F, Stek ML, Reynolds CF, Cuijpers PC. Preventing depression in high-risk groups. *Current Opinion in Psychiatry* 2010;23:8-11.
4. Bruce ML. Depression and Disability in Late Life: Directions for Future Research. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9:102-112.
5. Butters MA, Young JB, López O, Aizenstein HJ, Mulsant BH, Reynolds CF et al. Pathways linking late-life depression to persistent cognitive impairment and dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*; 2008.
6. Chou KL, Mackenzie CS, Liang K, Saareen J. Three-year incidence and predictors of first-onset of DSM-IV mood, anxiety, and substance use disorders in older adults: results from wave 2 of the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2011;72:144-155.
7. Coppeland JRM, Beekman ATF, Dewey ME et al. Depression in Europe: geographical distribution among older people. *British Journal of Psychiatry* 1999;174:312-321.
8. Cui X, Lyness JM, Tang W et al. Outcomes and predictors of late-life depression trajectories in older primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16:406-415.
9. Jané-Llopis E, Gabilondo A. (Eds). *Mental Health in Older People. Consensus paper.* Luxembourg, European Communities; 2008.
10. Marc LG, Raue PJ, Bruce ML. Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16:914-921.
11. Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste DV. A tune in «a minor» can «b major»: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders* 2011;129:126-142.
12. Mossaheb N, Weissgram S, Zehetmayer S et al. Late-onset depression in elderly subjects from the Vienna Transdanube Aging (VITA) study. *J Clin Psychiatry* 2009;70:500-508.
13. Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, John V, Loewenstein D. Depression and risk for Alzheimer disease: Systematic review, meta-analysis, and meta-

- regression analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:530-538.
14. Organización Mundial de la Salud: Programas y Proyectos [online]. Citado el 15 de enero de 2011. Disponible en: URL: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html.
 15. Rapoport M, Mulsant BH. Pathway to prevention: great progress has been made but we are not yet there. *International Psychogeriatrics* 2010;22:1193-1195.
 16. Ritchie K, Carrière I, Ritchie CW, Berr C, Artero S, Ancelin ML. Designing prevention programmes to reduce incidence of dementia: prospective cohort study of modifiable risk factors. *BMJ* 2010;341:c3885.
 17. Smith GS, Gunning-Dixon FM, Lotrich FE, Taylor WD, Evans JD. Translational research in late-life mood disorders: implications for future intervention and prevention research. *Neuropsychopharmacology* 2007;32:1857-1875.
 18. Steffens DC. A multiplicity of approaches to characterize geriatric depression and its outcomes. *Current Opinion in Psychiatry* 2009;22:522-526.
 19. Sriwattanakomen R, McPherron J, Chatman J, Morse JQ, Martire LM, Karp JF et al. A comparison of the frequencies of risk factors for depression in older black and white participants in a study of indicated prevention. *International Psychogeriatrics* 2010;22:1240-1247.
 20. Wallace ML, Dombrowski AY, Morse JQ, Kouck PR, Frank E, Alexopoulos GS et al. Coping with health stresses and remission from late-life depression in primary care: a two year prospective study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011; wileyonlinelibrary.com.
 21. Xiaoyan S, Steffens DC, Au R, Folstein M, Summergrad P, Yee J et al. Amyloid-associated depression: a prodromal depression of Alzheimer disease? *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:542-550.
 22. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982;17:37-49.

LOS ENSAYOS CLÍNICOS CON PSICOFÁRMACOS EN LAS PERSONAS MAYORES

ÁNGEL MORÍNIGO

Estudio de Psiquiatría (www.e-psiQuiatria.com) y Universidad de Sevilla.

Recepción: 01-03-12 / Aceptación: 27-03-12

PLANTEAMIENTO GENERAL

Se necesitan urgentemente más Ensayos Clínicos (EC) en Psiconeurofarmacología en los mayores. Hay muy pocos EC en este campo.

La población mayor de 65 años no hace más que crecer, por lo que los sistemas de salud se enfrentan a un serio problema con este reto.

La prevalencia de los trastornos mentales en mayores es alta pero relativamente estable, pero la prevalencia de los trastornos relacionados con la edad, demencias por ejemplo, no hará más que crecer en las próximas décadas.

El suicidio consumado en varones mayores (> de 65 años) y muy mayores (> 80 años) es ya uno de los mayores problemas en Salud Pública y crecerá de manera epidémica si no somos más eficaces a la hora de prevenirlo y de tratar la depresión geriátrica con mayor eficacia.

En los EC que se hacen con psicofármacos, es frecuente la exclusión de los mayores de 65 años, por diversos motivos, a saber: la *comorbilidad*, que aumenta el riesgo de acontecimientos inespera-

dos; la *polifarmacia* que suelen tomar los mayores, con un aumento de interacciones farmacológicas (2/3 de mayores de 75 años toman cinco medicamentos/día, y la cuarta parte toman diez o más medicamentos al día); *los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos* que los mayores presentan, que son los responsables de un aumento de efectos adversos; y porque pueden quedar restos de una *antigua percepción* de que en los muy mayores no vale la pena investigar fármacos o nuevos procedimientos, «¿...para qué si les queda tan poco?», podrían aún preguntarse muchos sectores de la sociedad, e incluso algunos sectores de profesiones sanitarias, aunque otros, como los que nos dedicamos a la psiquiatría y psicofarmacología geriátricas, estamos profundamente motivados porque los EC en mayores avancen y esto nos permita en el futuro, tener más y mejores tratamientos, que nos permitan incrementar la calidad de vida de sociedades tan longevas como la nuestra.

También hay que señalar que a veces son los mismos pacientes o sus familiares los que ponen barreras para participar en los EC. Los mayores no son muy cons-

cientes de la importancia ni de la disponibilidad de EC; los Consentimientos Informados (CI) son muy complejos, en especial para aquellos pacientes con trastornos cognitivos. Las familias, a veces, no favorecen la participación. Y hechos aparentemente banales como las dificultades de transporte pueden limitar el acceso de los mayores a las consultas y centros clínicos donde se realizan los EC.

En el campo de los EC en los mayores, hay áreas clínicas de especial interés, en las que, por lo tanto, habrá que trabajar más. Se indican, a continuación, las que tienen mayor prioridad. La depresión, los trastornos bipolares de aparición tardía, las psicosis tardías, las demencias, diversos trastornos neuropsiquiátricos, como la epilepsia y los ictus vasculares, son sin duda las indicaciones más relevantes.

ENSAYOS CLÍNICOS (ECS) EN DEPRESIÓN EN LOS MAYORES

Son muchos los ECs específicos hechos y publicados en el ámbito de la Depresión Geriátrica (DG), lo que no se puede afirmar en otras áreas terapéuticas donde es patente la falta de ECs en población mayor.

Se revisarán a continuación los más relevantes, tanto en episodios agudos como en tratamientos a largo plazo.

Paroxetina fue mejor que el placebo tanto en tasas de respuesta como de remisión, en un EC con 319 pacientes, con una media de edad de 70⁸.

En otro EC, Sertralina fue superior al placebo tanto en respuesta como en remisión en una muestra de 749 pacientes, con una edad media de 69,8 años¹¹.

En otro EC con una cantidad muy variada de Antidepresivos (AD) el número de pacientes tratados necesarios para alcanzar mejoría (NNT) fue de cinco para los AD tricíclicos (ADT), ocho para

los ISRS y siete para el conjunto de AD¹⁴.

También se han publicado estudios con resultados negativos. En un EC clínico con Escitalopram y Fluoxetina vs. placebo, solo hubo diferencias significativas en las primeras semanas, no así al final del EC (Kasper et al., *Am J Psy*, 2005). Schatzberg y Roose publicaron en 2006 en el *Am J Ger Psychiatry*¹⁰ un estudio en el que no se encuentran diferencias significativas entre Venlafaxina, Fluoxetina y placebo.

Un EC con Duloxetina de 2007 ofrece resultados bien diferentes en población geriátrica⁷. En dicho estudio, Duloxetina fue superior al placebo. Este estudio está especialmente enriquecido con pacientes con Trastorno Cognitivo Leve (TCL). Además de la eficacia antidepressiva, Duloxetina mostró eficacia con una mejoría global en la batería cognitiva.

En otro interesante artículo con AD de segunda generación los autores⁶ señalan que hay que esperar más tiempo para encontrar una respuesta a los AD en los mayores: mejor cuanto mayor duración («it takes longer in older people»).

Sneed publicó hace relativamente pocos años¹³ un artículo en el que se analizan las causas por las que los mayores responden peor a los AD, señalando como las más importantes las siguientes: el hecho de incluir depresiones leves, la alta respuesta al placebo, la corta duración de los ECs, y los diversos tipos de AD usados como sustancia principal o comparador.

En tratamientos con AD a largo plazo en DG quiero destacar los siguientes estudios:

- El de Klynsner et al., *Br J Psychiatry* 2002⁴, en el que destaca una menor tasa de recaídas con Citalopram vs. placebo (33% vs. 80%).
- En el artículo publicado por Reynolds en 2006⁹, se destaca que la Paroxetina

fue más eficaz que el placebo independientemente de que se añada o no psicoterapia (IPT). En este artículo se destaca que los mayores que remiten presentan un alto riesgo de recaídas y recurrencias, por lo que se propone tratamiento de mantenimiento a largo plazo.

- Los estudios que comparan intervenciones estructuradas que incluyen terapia de apoyo y supervisión cercana (IMPACT) vs. el tratamiento habitual (Treatment As Usual-TAU)³.
- El estudio de Gorwood² señala menos recaídas con Escitalopram.

ESTUDIOS CON ANTIPSICÓTICOS

Los estudios con antipsicóticos, en especial desde la aparición de los atípicos (APA), hechos con pacientes mayores han sido muy abundantes, tanto en el campo de las psicosis tardías de tipo esquizofrénico (menos en las psicosis afectivas), como en el de las demencias y otros trastornos, con resultados muy diversos y, a veces, polémicos. Sería imposible enumerarlos todos.

Sobre los antipsicóticos convencionales, no me voy a detener en especial sino para decir un gran *no* a su uso en pacientes geriátricos por: la mayor incidencia de discinesia tardía, los efectos extrapiramidales en general, la cardiotoxicidad y los efectos anticolinérgicos: iniciadores o potenciadores intensos del déficit cognitivo.

Antipsicóticos en psicosis tardías

El APA más y mejor estudiado ha sido la Risperidona, con estudios por lo general favorables a la sustancia (Madhusoodanan et al., 1999; Davidson et al., 2000; Jeste et al. 2003). También los resultados

han sido favorables a la Risperidona de larga duración (Jeste et al. 2003).

Se cuentan con datos similares para la Olanzapina (Sajatovic et al., 1988; Kennedy et al., 2003).

Con Quetiapina, Amisulpiride, Ziprasidona y Aripiprazol, se han hecho menos ECs.

En 2008 apareció un EC específico con Paliperidona LP en pacientes geriátricos con psicosis esquizofrénicas en edad tardía: algunos casos de aparición real en dicha edad, y en los demás la aparición fue en edades juveniles, pero los pacientes habían alcanzado ya la edad geriátrica. Los pacientes tratados con Paliperidona LP mejoraron significativamente en la PANSS global en todas las fases y grupos. Además la diferencia con placebo se hace evidente y significativa tras el día 15 de tratamiento. Paliperidona LP fue bien tolerada en esta población (> 65 años, incluyendo pacientes con > 75 años) y no se añadieron efectos adversos a los seis meses de extensión⁵.

La escasez de estudios en trastorno bipolar en edad geriátrica es muy palpable si se revisa la literatura geriátrica. Young hace una interesante revisión al respecto, publicada en Bipolar Disorders en 2010.

Antipsicóticos en demencias

A pesar de las alertas y restricciones, los APA son muy usados en demencias.

La distribución del uso de los APA según las distintas indicaciones es de un 28 % en demencias, tanto con SCPD como sin ellos, un 38 % en las psicosis tardías, hasta un 5 % en ansiedad, y el resto se distribuye en una amplia miscelánea de otras indicaciones¹.

Las demencias son enfermedades con una alta prevalencia de síntomas psiquiátricos y trastornos de conducta (SCPD); los síntomas psicóticos son dentro de estos especialmente frecuentes. Pero no

está claro si los antipsicóticos en general y los APA en particular, son o no una ventaja, o si compensa el balance riesgos-beneficio.

De hecho hay una alerta (FDA, 06/16/2008) de las autoridades reguladoras por un aumento en la prevalencia de ictus vasculares y de mortalidad, la mayoría de las muertes lo fueron por complicaciones cardiovasculares (fallo cardíaco, muerte súbita) o infecciones (neumonía). Por tanto los AP *no* están aprobados para el tratamiento de los SCPD.

El riesgo de muerte súbita cardíaca con cualquier AP es de un 1.99 en comparación con sujetos que nunca tomaron AP, aunque dicho riesgo varía según las diversas sustancias.

Naturalmente se ha hecho también un CATIE en enfermedad de Alzheimer¹², con síntomas psicóticos y conducta agitada; el tratamiento tuvo cuatro ramas: placebo, risperidona, olanzapina y quetiapina, y se prolongó 36 semanas. Lamentablemente, los resultados no fueron en especial favorables a los APA, pero los síntomas de agresividad y agitación mejoraron con estos fármacos, y, por cierto, a lo largo del estudio no apareció caso alguno de ictus vascular.

La realidad clínica es que el médico ve y se confronta cada día con este tipo de situaciones tan graves y ha de dar una respuesta; hay por tanto que individualizar cada caso, buscando el mejor balance entre riesgos y beneficios, y monitorizar de manera estrecha a cada paciente, muy en especial a los pacientes con riesgo cardiovascular.

Antipsicóticos en otros trastornos

Desde siempre el uso de los APA en la ansiedad resistente ha sido una práctica muy extendida pero poco publicada.

En los últimos años están apareciendo estudios que enfatizan la eficacia ansiolítica o antidepresiva de los APA, algunos de ellos se refieren específicamente a la población geriátrica.

En ansiedad resistente hay datos específicos sobre la eficacia de risperidona⁵.

Varios artículos han señalado la eficacia de la Quetiapina en ansiedad generalizada, pero no son datos hechos específicamente en población geriátrica.

CONCLUSIONES

■ Es preciso hacer sistemáticamente Ensayos Clínicos con todo tipo de fármacos en las personas mayores.

■ Las causas de exclusión de los mayores en EC son subsanables y en todo caso pertenecen a las condiciones reales de los mayores.

■ Hay que subsanar las barreras que los mayores tienen ante los EC.

■ Los Ensayos Clínicos muestran que los AD son eficaces y efectivos en los mayores con depresión, más eficaces cuanto más severa es la depresión.

■ Los antipsicóticos son fármacos difíciles de manejar en los mayores, pero eficaces si se manejan e indican bien. Hay que conocer las alarmas existentes a la hora del tratamiento de los SCPD.

■ Hay que investigar más en el terreno de los normotímicos en mayores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cascade E, Kalali AH, Cummings JL. Use of atypical antipsychotics in the elderly. *Psychiatry* (Edgmont) 2008; 5(7):28-31.
2. Gorwood P, Weiller E, Lemming O, Katona C. Escitalopram prevents relapse in older patients with major de-

- pressive disorder. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15(7):581-93.
3. Hunkeler EM, Katon W, Tang L, Williams JW Jr, Kroenke K, Lin EH, Harpole LH, Arean P, Levine S, Grypma LM, Hargreaves WA, Unützer J. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ* 2006;4, 332(7536):259-63.
 4. Klysner R, Bent-Hansen J, Hansen HL, Lunde M, Pleidrup E, Poulsen DL, Andersen M, Petersen HE. Efficacy of citalopram in the prevention of recurrent depression in elderly patients: placebo-controlled study of maintenance therapy. *Br J Psychiatry* 2002;181:29-35.
 5. Morfíño A, Blanco M, Labrador J et al. Risperidone for resistant anxiety in elderly persons. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(1):81-82.
 6. Nelson JC. Anxious depression and response to treatment. *Am J Psychiatry* 2008;165(3):297-9.
 7. Raskin J, Wiltse CG, Siegal A, Sheikh J, Xu J, Dinkel JJ, Rotz BT, Mohs RC. Efficacy of duloxetine on cognition, depression, and pain in elderly patients with major depressive disorder: an 8-week, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007; 164 (6):900-9.
 8. Rapaport MH, Schneider LS, Dunner DL, Davies JT, Pitts CD, Rapaport et al. Efficacy of controlled-release paroxetine in the treatment of late-life depression. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(9):1065-74.
 9. Reynolds CF 3rd, Dew MA, Pollock BG, Mulsant BH, Frank E, Miller MD, Houck PR, Mazumdar S, Butters MA, Stack JA, Schlernitzauer MA, Whyte EM, Gildengers A, Karp J, Lenze E, Szanto K, Bensasi S, Kupfer DJ. Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl J Med* 2006;16;354 (11):1130-8.
 10. Schatzberg A, Roose S. A double-blind, placebo-controlled study of venlafaxine and fluoxetine in geriatric outpatients with major depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14(4):361-70.
 11. Schneider LS, Nelson JC, Clary CM, Newhouse P, Krishnan KR, Shiovitz T, Weihs K. Sertraline Elderly Depression Study Group. An 8-week multicenter, parallel-group, double-blind, placebo-controlled study of sertraline in elderly outpatients with major depression. *Am J Psychiatry* 2003;160 (7):1277-85.
 12. Schneider L, Tariot P, Lyketsos C, Dagerman KS, Davis KL, Davis S et al. National Institute of Mental Health Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) in Alzheimer disease. *N Engl J Med* 3 2006; 355;15:1525-1538.
 13. Sneed JR, Rutherford BR, Rindskopf D, Lane DT, Sackeim HA, Roose SP. Design makes a difference: a meta-analysis of antidepressant response rates in placebo-controlled versus comparator trials in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16(1): 65-73. Epub: 2007 Nov 12.
 14. Taylor W, Doraiswamy P. A systematic review of antidepressant placebo-controlled trials for geriatric depression: limitations of current data and directions for the future. *Neuropsychopharmacology* 2004;29(12):2285-99.
 15. Tzimos A, Samokhvalov V, Kramer M, Ford L, Gassmann-Mayer C, Lim P, Eerdeken M. Safety and tolerability of oral paliperidone extended-release tablets in elderly patients with schizophrenia: a double-blind, placebo-controlled study with six-month open-label extension. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16(1):31-43.

16. Young RC, Schulberg HC, Gildengers AG, Sajatovic M, Mulsant BH, Gyulai L, Beyer J, Marangell L, Kunik M, Ten Have T, Bruce ML, Gur R, Marino P, Evans JD, Reynolds CF 3rd, Alexopoulos GS. Conceptual and methodological issues in designing a randomized, controlled treatment trial for geriatric bipolar disorder: GERI-BD. *Bipolar Disord* 2010;12(1):56-67.

EVIDENCIA SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER CON INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA Y/O MEMANTINA

RAMÓN REÑÉ

JAUME CAMPDELACREU

JORDI GASCÓN-BAYARRI

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Bellvitge.

Recepción: 01-03-12 / Aceptación: 27-03-12

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) presentan desde fases precoces del proceso un déficit de acetilcolina-transferasa, enzima sintetizador de acetilcolina, en córtex e hipocampo¹. La gravedad del deterioro mnésico se ha correlacionado con la intensidad de la hipoactividad colinérgica². Estudios neuropatológicos han demostrado que los pacientes con EA muestran una marcada pérdida neuronal en algunos núcleos diencefálicos (núcleo basal de Meynert, banda diagonal, núcleo del septum) desde los que se originan la mayoría de las fibras colinérgicas destinadas a amígdala, hipocampo y neocórtex³. Todos estos hallazgos han permitido establecer las bases teóricas para intentar mejorar la función cognitiva, conductual y funcional en la EA mediante la administración de fármacos colinérgicos. Las tres estrategias posi-

bles para potenciar la actividad colinérgica en la EA son: fármacos precursores de la acetilcolina, agonistas nicotínicos/muscarínicos e inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE). Solo estos últimos han mostrado eficacia terapéutica y se emplean en la práctica clínica. Posteriormente a los IACE se ha introducido también la memantina, un antagonista no competitivo de los receptores N-Metil-D-Aspartato (NMDA) sola o en combinación con IACE.

En este trabajo resumimos brevemente el nivel de evidencia (NE) y grado de recomendación (GR) sobre la eficacia del tratamiento con IACE y memantina en la EA. Para ello se ha realizado una búsqueda bibliográfica (MEDLINE, EMBASE, The Cochrane Library). Se ha seleccionado información sobre: ensayos clínicos aleatorizados (ECA), revisiones sistemáticas (RS), metanálisis (MA) y guías de práctica clínica (GPC)⁴⁻⁸.

DONEPEZILO

Donepezilo ha mostrado eficacia en pacientes con EA leve, moderada y grave en diferentes ECA. La duración en la mayoría de los ECA ha sido de 12-24 semanas, en dos estudios la duración fue de 12 meses y en uno superó los 24 meses. La mayoría se realizaron con pacientes en fase leve o moderada de la EA (MMSE: 10-26 puntos), dos en EA moderada a grave (MMSE: 5-17) y uno en EA leve (MMSE: 21-26 puntos)⁸.

En una RS Cochrane hasta 2005 donde se incluyeron 23 ECA con un total de 5.272 participantes con EA leve a moderada⁹ se demostró que donepezilo consigue una mejora significativa en la función cognoscitiva medida con la escala ADAS-Cog a las 24 semanas de tratamiento respecto a placebo tanto con la dosis de 5 mg (-2,01 puntos) como con la de 10 mg (-2,80 puntos) y con el MMSE (1,84 puntos) a las 52 semanas con la dosis de 10 mg. También se evidenció mejoría en el estado clínico global: el número de pacientes con EA leve-moderada que mostraron mejoría en la escala CIBIC-Plus a las 24 semanas fue mayor en los tratados con donepezilo, tanto con 5 mg (OR = 2,18) como 10 mg (OR = 2,38), que con placebo. Estos estudios, de NE 1+, permiten afirmar que donepezilo es eficaz a dosis de 5 mg y 10 mg sobre la función cognitiva en los pacientes con EA leve a moderada siendo el GR: A⁸⁻¹¹.

Se ha demostrado beneficio con donepezilo a dosis de 10 mg sobre las actividades de la vida diaria (AVD) evaluadas mediante la escala PDS durante 52 semanas de tratamiento¹² y sobre los síntomas psicoconductuales medidos con el NPI^{8, 9, 13}. El beneficio sobre el retraso en la institucionalización ha mostrado resultados variables en estudios de peor calidad metodológica. Donepezilo no mos-

tró beneficio sobre la calidad de vida del paciente con EA tras 12 o 24 semanas de tratamiento¹⁰.

RIVASTIGMINA

Rivastigmina es eficaz en pacientes con EA leve y moderada. La dosis oral recomendada es 6-12 mg/día; se inicia el tratamiento con 1,5 mg/12 h aumentando a 1,5 mg/12 h cada cuatro semanas. Recientemente se ha introducido una presentación transdérmica de eficacia similar que ha mejorado la tolerabilidad. Se empieza con un parche de 4,6 mg durante cuatro semanas pasando seguidamente a un parche de 9,5 mg.

Una RS Cochrane hasta 2008 incluyó nueve ECA con un total de 4.775 pacientes con EA leve a moderada, con un seguimiento máximo de 24 semanas excepto un estudio que se prolongó 12 meses. Rivastigmina a dosis 6-12 mg/día mostró una mejoría media de 1,99 puntos en la escala ADAS-Cog respecto a placebo tras 24 semanas de tratamiento en pacientes con EA leve a moderada¹⁴. Rivastigmina a dosis de 6-12 mg/día también ha mostrado una mejoría modesta pero significativa en el funcionalismo global evaluado mediante las escalas CIBIC-plus, CGIC o GDS^{14, 15} así como una mejoría media de 2,15 puntos en la escala PDS de las AVD^{14, 15}. No se ha evidenciado mejoría sobre comportamiento y estado de ánimo¹⁵. El tratamiento con rivastigmina a dosis de 6-12 mg/día se ha asociado a una mejoría media de 2,15 puntos en la escala PDS de las AVD^{14, 15}.

GALANTAMINA

Galantamina ha mostrado eficacia en la EA leve a moderada. La dosis recomendada es de 16-24 mg/día, comenzando con

8 mg/día e incrementando 8 mg/día cada cuatro semanas. Puede ser administrada en comprimidos (1 toma cada 12 horas) o en cápsulas de liberación prolongada en dosis única diaria.

Una RS Cochrane hasta 2005 que incluyó 10 ECA con un total de 6.805 pacientes con EA leve a moderada tratados con galantamina a dosis de 16-24 mg/día durante 24 semanas concluyó que galantamina produce una mejoría de 3,1 puntos respecto a placebo en la escala ADAS-Cog¹⁶. En dicha revisión el número de pacientes que mostraron estabilidad o mejoría en la puntuación de las escalas CIBIC-plus o ADCS-CGIC fue mayor respecto a placebo (OR 1,6-1,8) para las dosis de 16 y de 36 mg/día. Galantamina mostró también una menor disminución que placebo en las escalas de actividades de la vida diaria ADCS-ADL y una mejoría de 3,7 puntos en la escala DAD de discapacidad con la dosis de 24 mg/día. Los resultados sobre la eficacia sobre los síntomas psicológicos y conductuales fueron menos consistentes.

La eficacia de galantamina en la EA grave se ha evaluado en un ECA que incluyó 407 pacientes institucionalizados que recibieron galantamina 24 mg/día o placebo durante tres años¹⁷; la puntuación media en la escala SIB mejoró 1,9 puntos en el grupo tratado con galantamina mientras que empeoró tres puntos en el grupo placebo.

MEMANTINA

Memantina ha demostrado su eficacia en pacientes con EA moderada y grave. La dosis recomendada es de 20 mg/día comenzando con 5 mg/día y aumentando 5 mg/día cada semana.

Un RS Cochrane hasta 2005 en pacientes con EA de moderada a grave tratados con 20 mg/día de memantina concluyó que, tras seis meses de tratamiento, se

apreciaba una mejoría media en la escala SIB de 2,97 puntos respecto a placebo sin que se produjesen cambios en el MMSE. El efecto sobre el funcionalismo global medido con la CIBIC-plus fue superior a placebo en 0,28 puntos, en las actividades de la vida diaria en 1,27 puntos en la ADCS-ADL-Sev y en 2,76 puntos en el NPI¹⁸.

Sin embargo, en la EA leve a moderada, memantina 20 mg/día solo mostró una mejoría mínima no significativa tras seis meses de tratamiento respecto a placebo en ADAS-Cog y CIBIC-plus sin observarse un importante efecto beneficioso sobre las AVD ni sobre las alteraciones de la conducta¹⁹⁻²⁰.

TRATAMIENTO COMBINADO DE IACE Y MEMANTINA

En un ECA en pacientes con EA moderada a grave tratados con dosis estables de donepezilo, la adición de memantina tuvo un efecto beneficioso discreto respecto a placebo pero de escasa relevancia clínica en la función cognitiva (SIB), AVD (ADCS-ADL) y en la impresión global de cambio (CIBIC-plus) tras seis meses de tratamiento²¹. Sin embargo, una RS de 2008²², tres GPC^{4, 8, 23} y un consenso de expertos²⁴ recomiendan la adición de memantina a IACE en la EA moderada a grave. En un ECA en pacientes con EA leve-moderada tratados a dosis estables con IACE, la adición de memantina no evidenció beneficio sobre la función cognitiva, impresión global de cambio ni sobre las AVD²⁵.

A modo de resumen, las principales recomendaciones elaboradas por el grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud en 2010⁸,

respecto al empleo de IACE y/o memantina en el tratamiento de la EA son las siguientes:

1. Existe NE de alta calidad 1++ y GR: A de la eficacia sobre la función cognitiva y la capacidad funcional de donepezilo (5-10 mg/día), rivastigmina (6-12 mg/día oral o vía transdérmica a dosis de 4,6-9,5 mg/d) y de galantamina a dosis de 16-24 mg/día en la EA leve o moderada.
2. Se recomienda el empleo de los IACE a las dosis antes referidas en el tratamiento de los síntomas conductuales de la EA si bien su eficacia es menor que sobre la función cognitiva, GR: A.
3. Los IACE pueden ser empleados en la EA grave pero su GR es menor, B.
4. Existe NE de alta calidad 1++ y GR: A de la eficacia sobre la función cognitiva y la capacidad funcional de memantina a dosis de 20 mg/día en la EA de moderada a grave.
5. La eficacia de los tres IACE es similar. No se han realizado estudios comparativos bien diseñados de eficacia entre ellos.
6. El tratamiento con donepezilo no ha sido beneficioso sobre la calidad de vida del paciente con EA en dos ECA de 12 y 24 semanas de duración. No se ha evaluado el efecto sobre la calidad de vida de pacientes o cuidadores con rivastigmina, galantamina o memantina, GR: B.
7. Se recomienda la adición de memantina al IACE en pacientes con EA de moderada a grave tratados a dosis estables, GR: B.
8. No se recomienda la adición de memantina a pacientes con EA leve a moderada tratados con dosis estables de IACE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Davies P, Maloney AJ. Selective loss of central cholinergic neurons in Alzheimer's disease. *Lancet* 1976;2(8000): 1403.
2. Perry EK, Tomlinson BE, Blessed G, Bergmann K, Gibson PH, Perry RH. Correlation of cholinergic abnormalities with senile plaques and mental test scores in senile dementia. *Br Med J* 1978;2(6150):1457-1459.
3. Whitehouse PJ, Price DL, Struble RG, Clark AW, Coyle JT, Delon MR. Alzheimer's disease and senile dementias: loss of neurons in the basal forebrain. *Science* 1982;215(4537):1237-1239.
4. Waldemar G, Dubois B, Emre M, Georges J, McKeith IG, Rossor M et al. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia. EFNS Guideline. *Eur J Neurol* 2007;14(1):e1-e26.
5. Molinuevo JL, Peña Casanova J. Grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones. Barcelona, Sociedad Española de Neurología (SEN), 2009; Guía N.º 8.
6. Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. Arlington, VA (US), American Psychiatric Association; 2007 (second edition).
7. Guideline for cognitive impairment-dementia. Diagnosis to management. Edmonton Ab (Canada): Working Group for Cognitive Impairment. Alberta Clinical Practice Guidelines Program; 2007.
8. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzhei-

- mer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AI/AIAQS. Núm. 2009/07.
9. Birks J, Harvey RJ. Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. N.º: CD00001190. DOI: 10.1002/14651858. CD001190.pub2.
 10. Courtney C, Farrell D, Gray R, Hills R, Lynch L, Sellwood E et al. Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD 2000): randomised double-blind trial. *Lancet* 2004;363(9427):2105-2115.
 11. Greenberg SM, Tennis MK, Brown LG, Gómez Isla T, Hayden DL, Schoenfeld DA et al. Donepezil therapy in clinical practice: a randomized crossover study. *Arch Neurol* 2000;57(1):94-99.
 12. Engedal K, Soinien H, Verhey F, Waldemar G, Winblad B, Wimo A et al. Donepezil improved or stabilized recognition over one year in patients with mild and moderate Alzheimer's disease. *Eur Neuropsychopharmacol* 2000;10(Suppl 3):S368.
 13. Holmes C, Wilkinson D, Dean C, Vethanayagam S, Olivieri S, Langley A et al. The efficacy of donepezil in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer disease. *Neurology* 2004;63(2):214-219.
 14. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1, Art. N.º CD00593. DOI: 10.1002/14651858. CD 00593.
 15. Loveman E, Green C, Kirby J, Takeda A, Picot J, Pyane E et al. The clinical and cost effectiveness of donepezil, rivastigmine, galantamine and memantine for Alzheimer's disease. *Health Technol Assess* 2006;10(1):iii-xi.
 16. Loy C, Schneider L. Galantamine for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art N.º: CD001747, DOI: 10.1002/14651858.CD0011747, pub3.
 17. Burns A, Bernabei R, Bullock R, Cruz Jentoft AJ, Frolich L, Hock C et al. Safety and efficacy of galantamine (Reminyl) in severe Alzheimer's disease (the SERAD study: a randomized placebo controlled, double blind trial). *Lancet Neurol* 2009;8(1):39-47.
 18. McShane R, Areosa SA, Minakaran N. Memantine for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art N.º: CD003154. DOI: 10.1002/1465518588.Cd003154, pub 5.
 19. Raina P, Santaguida P, Ismaila A, Patterson C, Cowan D, Levine M et al. Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2008;148(5):379-397.
 20. Guideline for Alzheimer's disease management. Assessing cognitive function. En: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. Delirium and acute problematic behaviour in the long term care setting. Columbia, MD (US), American Medical Directors Association (AMDA); 2008.
 21. Tariot PN, Farlow MR, Grossberg GT, Graham SM, McDonald S, Gergel I. Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291(3):317-324.
 22. Dementia: Diagnostic and therapeutic interventions. A systematic review. Stockholm (Sweden). The Swedish

- Council for Technology Assessment in Health Care; 2008.
23. Dementia. Singapore: Ministry of Health; 2007. MOH Clinical Practice Guidelines Informe Num. 3/2007.
 24. Fillit HM, Doody RS, Binaso K, Crooks GH, Ferris SH, Farlow MR et al. Recommendations for best practices in the treatment of Alzheimer's disease in managed care. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006;4(suppl A):S9-S24.
 25. Porsteinsson AP, Grossberg GT, Mintzer J, Olin JT. Memantine treatment in patients with mild to moderate Alzheimer's disease already receiving a cholinesterase inhibitor: a randomized, double blind, placebo-controlled trial. *Curr Alzheimer's Res* 2008;5(1):83-89.

LOS SERVICIOS PARA LAS DEMENCIAS EN ESCOCIA: DE LA VOLUNTAD POLÍTICA A LA REALIDAD CLÍNICA

CÉSAR RODRÍGUEZ CASTELLÓ

Consultant in Old Age Psychiatry.

Lead Clinician Older People's Service. Montrose, Angus (Escocia).

Recepción: 01-03-12 / Aceptación: 27-03-12

INTRODUCCIÓN

Es necesario, en primer lugar, poner en contexto la actualidad política y social de Escocia. Para ello hay que explicar la historia y posición de este pequeño país en relación al Reino Unido (de Gran Bretaña e Irlanda del Norte).

La población total del Reino Unido es de unos 62 millones, de los cuales 52 millones viven en Inglaterra y 5,2 millones en Escocia^a. El resto viven en Gales (3 millones) e Irlanda del Norte (1,8 millones).

Antes del «Acto de Unión» del 1707, que unió los reinos de Escocia e Inglaterra, Escocia gozaba de un parlamento independiente con su propia legislatura. Incluso antes de la formación del actual Gobierno Escocés en 1998, Escocia tenía leyes distintas al resto del Reino Unido.

El Parlamento Escocés está ubicado en Edimburgo, en un edificio innovador y de

vanguardia diseñado por el catalán Enric Miralles.

En la actualidad las diferencias que caracterizan a Escocia con respecto al resto del Reino Unido se pueden agrupar en las siguientes categorías que son pertinentes al tema que nos ocupa hoy:

1. **La legislación escocesa:** leyes de otras partes del Reino Unido no tienen jurisprudencia en Escocia. A destacar:
 - «*Adults with Incapacity (Scotland) Act 2000*»¹: fue una de las primeras leyes europeas dedicadas a proteger a individuos adultos con incapacidad y precedió a la ley de capacidad de Inglaterra y Gales por cinco años. La patología que produce más incapacidad legal en Escocia es la demencia. Esta ley (la primera en el Reino Unido que estipula cinco principios claros) abarca aspectos tanto financieros como de bienestar, incluyendo tratamientos médicos y participación en investigación para personas con incapacidad.

^a Comparación entre Escocia y Cataluña: *Escocia*: población = 5,2 millones, área = 78.782 km², densidad de población = 65 hab/km². *Cataluña*: población = 7,5 millones, área = 32.106 km², densidad de población = 234 hab/km².

- «*Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003*»²: estipula todas las leyes relacionadas con el cuidado y tratamiento de personas con enfermedades mentales (demencia es una enfermedad mental en todas las leyes del Reino Unido), en particular todo lo relacionado a tratamientos de forma involuntaria.
 - «*Adult Support and Protection (Scotland) Act 2007*»³: se centra en la colaboración entre Servicios Sociales, el cuerpo de Policía y Salud entre otros, para identificar y proteger adultos vulnerables a la explotación de cualquier tipo.
2. **Educación:** la tradición en educación, así como las leyes que la gobiernan, son distintas en Escocia respecto al resto del Reino Unido. Por ejemplo, para un país de solo 5,2 millones, hay cinco Facultades de Medicina (aunque en una de ellas, St. Andrews University, solo se cursa el ciclo de preclínicas). Escocia es, por tanto, una productora (y exportadora) de médicos que han contribuido históricamente al desarrollo del servicio sanitario escocés. Actualmente, hay una gran concentración de líderes médicos tanto en el ámbito clínico como académico.
 3. **Política social y de salud:** la independencia y trayectoria política e histórica de Escocia respecto a asuntos sociales y de salud ha creado diferencias considerables con respecto a Inglaterra. Por ejemplo, Escocia gasta un 15-20 % más en servicios sanitarios per cápita que Inglaterra (aunque algunos parámetros de salud, como por ejemplo la expectativa de vida, son menos favorables a Escocia). Sin embargo, una de las políticas sociales de mayor impacto en Escocia, que no existe en el resto del Reino Unido, fue la introducción

en julio del 2002 el «cuidado personal gratis» (*Free Personal Care*). Esto significa que cualquier persona mayor de 65 años, independientemente de su poder adquisitivo, tiene derecho a servicios gratis en casa (ayuda para cuidados personales, servicios de lavandería, ayuda con comidas, medicamentos...) o a una contribución del gasto semanal si viven en residencias (de 150 a 225 libras semanales).

EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE DEMENCIAS

Al igual que en el resto del Reino Unido, los servicios de psicogeriatría (*Old Age Psychiatry*) han sido los encargados de desarrollar los servicios para las demencias en el contexto del Servicio Nacional de Salud (*NHS*). Desde que esta especialidad se formó oficialmente en 1989, se ha ocupado del diagnóstico y manejo de las demencias. Otras especialidades médicas como neurología o geriatría han tenido un papel más secundario y esporádico al respecto.

Desde 1989, la especialidad ha evolucionado considerablemente, pasando de servicios mayoritariamente en grandes salas de psicogeriatría en hospitales psiquiátricos, a los servicios actuales, con más enfoque en diagnóstico temprano y servicios comunitarios. En la actualidad, se estima que un 15-20 % de los servicios de psicogeriatría en Inglaterra son ya exclusivamente servicios de demencias. Sin embargo, en Escocia queremos conservar los servicios genéricos de psicogeriatría donde tanto las demencias como las otras patologías psiquiátricas en el anciano son tratadas. Somos unos 90 psicogeriatras en Escocia (el colegio real de psiquiatras aconseja un psicogeriatra por cada 10.000 personas mayores de 65).

A destacar también es el *Dementia Fo-*

rum, presidido por la ministra de asuntos sociales donde profesionales, pacientes y cuidadores, ONGs y otros representantes se reúnen periódicamente para discutir y promover asuntos relacionados con la demencia en Escocia.

Otro grupo muy importante que ejerce una función de presión destacada es el *Scottish Dementia Working Group* formada por personas con demencia. Este grupo ejerció gran influencia en la Estrategia Nacional de Demencias en Escocia.

DEMENTIA SERVICES DEVELOPMENT CENTRE (DSDC)

Una institución escocesa que merece mención especial es el Centro para el Desarrollo de Servicios para las Demencias (*Dementia Services Development Centre*), en la Universidad de Stirling.

En los 22 años desde su constitución, este Centro ha conseguido reconocimiento internacional. Iniciado por la catedrática en Servicios Sociales, Mary Marshall, es ahora encabezado por su directora June Andrews. Su actividad se centra en la investigación de las demencias desde una perspectiva social y de servicios, a la educación de profesionales que trabajan con personas con demencia y sus cuidadores y en diseños apropiados para gente con demencia. Un claro ejemplo de este trabajo es el edificio donde se ubica el centro, el edificio Iris Murdoch (llamado así en memoria de la famosa filósofa y escritora británica que desarrolló la enfermedad de Alzheimer) donde el visitante puede apreciar cómo el ambiente y el diseño se pueden poner en práctica para mejorar la calidad de vida de aquellos con problemas cognitivos.

Parte de su trabajo se centra en la publicación de folletos, libros y otros materiales educativos orientados a todos los

que trabajan con personas con demencia así como pacientes y familiares.

También organizan diplomas y certificados en el campo de las demencias para profesionales de la salud y de servicios sociales. Los cursos son tanto de pregrado como de postgrado.

El Centro ha llevado a cabo proyectos específicos, en ocasiones junto con *Alzheimer Scotland* (la ONG en demencia escocesa más importante), a petición del gobierno escocés.

POLÍTICAS SOBRE DEMENCIA EN ESCOCIA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

Tras una campaña encabezada por *Alzheimer Scotland* en 2007, el Gobierno Escocés declaró que la Demencia sería una prioridad para la nación.

Haré un resumen de algunas iniciativas llevadas a cabo en Escocia y que están dando cuerpo a lo que serán (y en muchos casos, ya lo son) los servicios para gente con demencia y sus cuidadores en este país.

2007. *Integrated Care Pathways (ICP) en Salud Mental*⁴

En parte debido a la gran diversidad de servicios en Escocia, este documento claramente establece los cánones que toda persona con enfermedad mental debe esperar de los servicios de salud mental a los que acceden. Cada área de salud debe demostrar que cumplen con los requisitos necesarios. Además de criterios genéricos, el Gobierno Escocés seleccionó cinco enfermedades mentales que requerían criterios específicos:

- Trastorno Bipolar.
- Depresión.
- Esquizofrenia.

- Trastorno límite de la personalidad.
- Demencia.

Se reconoce así por primera vez la importancia de las demencias como enfermedades mentales. Los tres estándares específicos en que se concentra el trabajo del ICP en demencia son:

- El tratamiento de síntomas cognitivos.
- El tratamiento de síntomas psicológicos y conductuales.
- El desarrollo de planes de cuidado tempranos con respecto a fases terminales de la enfermedad.

2008. **Objetivos HEAT** (*Health improvement, Efficiency, Access and Treatment*)⁵

Desde 2006, el Gobierno Escocés ha querido implantar objetivos que todas las áreas de salud deben cumplir con respecto a varios aspectos de salud. En salud mental se concentraron en disminuir el número de suicidios, mejorar los servicios de psicoterapias, disminuir el número de personas reingresadas en servicios de salud mental, etc. En el 2008, por primera vez, aparece un objetivo específico para las demencias. El objetivo es el siguiente: «hasta el 31 de marzo del 2011, todas las áreas de salud tienen que hacer mejoras en el diagnóstico temprano de las demencias y en el manejo de estos pacientes». Para cuantificar este objetivo, todas las áreas de salud tendrán que conseguir que al menos el 61 % de la prevalencia de demencia estimada en ese área, esté en las listas de asistencia primaria.

En Escocia, la renumeración que reciben los centros de salud primaria está ligada a objetivos específicos que tienen que cumplir. Deben tener registros para la mayoría de las patologías de sus enfermos y dar evidencia de los tratamientos y

seguimientos recibidos. Todos los centros de salud tienen una lista de sus pacientes con el diagnóstico de demencia. Pues bien, este objetivo *HEAT* pide que al menos el 61 % de la prevalencia esperada (el número de pacientes con demencia que cada área espera tener, tal y como indica el estudio epidemiológico EUROMED) esté incluida en las listas. La importancia de que los pacientes estén en las listas es que los servicios de primaria tienen que hacer seguimientos y revisiones regulares tanto a los pacientes como a sus cuidadores.

En el 2008, mi área de salud solo tenía un 45 %, ahora estamos en un 65 %. Lo que ha supuesto para nosotros el alcanzar el objetivo ha sido una mejora en la comunicación entre el Servicio de Psicogeriatría y Atención Primaria, aumento en el número de personas con sospecha de demencia derivadas para valoración, el obtener nuestra propia lista de pacientes con demencia, tener una mejor idea de la magnitud de los casos de demencias en el área para poder diseñar mejor nuestros servicios.

2009. **Sin duda un año con mucha actividad respecto a las demencias en Escocia**

1. En Escocia, la «Comisión para el Bienestar Mental» (*Mental Welfare Commission for Scotland, MWC*¹) y la «Comisión de Cuidados» (*Care Commission*²) publican conjuntamente un informe que tendrá grandes repercusiones. El informe se titula «Recuerda, todavía soy yo» (*«Remember, I'm still me»*)⁶.

En Escocia, unas 67.000 personas tienen demencia y un 40 % viven en residencias. Se hicieron visitas no anunciadas a 30 residencias de ancianos. Seguidamente vemos algunos de los resultados negativos de estas visitas:

- Sobre un 70 % de residentes tenían algún grado de demencia.
- Solo un 24 % tenían claros informes detallando su historia personal.
- Casi un 50 % no habían salido de la residencia en el último año y había muy pocas salidas organizadas.
- Un 75 % de residentes tomaban una o más medicinas psicoactivas y un 33 % recibían antipsicóticos. Muchos de ellos no recibían seguimientos médicos regulares.
- En general, el personal de las residencias tenían muy poco conocimiento de las leyes de salud mental vigentes.
- Solo la tercera parte de las residencias habían proporcionado formación específica en demencias a su personal.

2. Después de dos años de trabajo, el catedrático de Psicogeriatría en Londres, Sube Banerjee, publica la *National Dementia Strategy*⁷ (Estrategia Nacional para las Demencias) para Inglaterra y Gales. En el mismo año, también publica *The use of antipsychotic medication for people with dementia: Time for action*⁸, donde expone el uso indiscriminado de neurolépticos en gente con demencia y la falta de seguimiento.

2010. Lo que acabo de exponer, en el 2009, hizo que el Gobierno Escocés completara su estrategia en seis meses y la publicara (*Scotland's National Dementia Strategy*)⁹ en junio del 2010

La estrategia define cinco retos clave:

1. El miedo y el estigma asociado a la demencia hace que mucha gente no busque el ser diagnosticada.

2. El apoyo y la información que los pacientes con demencia y sus cuidadores reciben no es adecuada.
3. Los servicios generales de salud no saben cómo responder adecuadamente a las necesidades de personas con demencia y de sus cuidadores.
4. Personas con demencia y sus cuidadores no siempre son tratados con respeto y dignidad.
5. Familiares y cuidadores no siempre reciben la ayuda que necesitan para proteger su propio bienestar.

La estrategia propone ocho acciones para obtener el cambio:

1. Cánones de cuidado comunes para todos los servicios de demencias.
2. Desarrollo de educación y conocimiento específico necesario en el cuidado de las demencias.
3. Apoyo gubernamental necesario para el cambio.
4. Mejor manejo de la información disponible sobre demencias.
5. Continuar mejorando aspectos del diagnóstico de las demencias.
6. Mejor respuesta a las conductas que los cuidadores ven difíciles de manejar en pacientes con demencia.
7. Acelerar la implementación del «*dementia ICP*».
8. Apoyar la investigación en el campo de las demencias.

La estrategia propone dos áreas clave de desarrollo en servicios:

1. Mejoras en el apoyo e información tras el diagnóstico a personas con demencia y sus familiares.
2. Mejoras en el cuidado de pacientes con demencia en hospitales generales (incluyendo alternativas al ingreso).

El Gobierno Escocés ha financiado tres áreas de salud piloto (una de ellas Perth and Kinross en Tayside, nuestra área de salud) para que lleven a cabo cambios, incluyendo mayor integración con servicios sociales, para conseguir los objetivos de la estrategia. Estas áreas piloto informarán de los primeros resultados durante el 2012.

EL ÁREA DE SALUD DE TAYSIDE

El área de salud de Tayside (unos 400.000 habitantes) está formada por tres zonas (cada una con su correspondiente gobierno local):

- El condado de Perth and Kinross (Perth & Kinross Council).
- La ciudad de Dundee (Dundee City Council).
- El condado de Angus (Angus Council).

	2011 (> 65)	2031 (> 65)
Perth & Kinross (36%)	30.164	44.355
Dundee (36%)	25.763	32.287
Angus (28%)	22.878	34.995

(% del total de la población en Tayside.)

Por lo tanto, en cada zona vamos a encontrar un servicio de psicogeriatría distinto ya que han evolucionado de forma separada debido a diferencias y preferencias locales (sobre todo las diferencias entre zonas urbanas y rurales).

SERVICIOS PARA LAS DEMENCIAS EN ANGUS

Angus es un pequeño condado con un total de 111.000 habitantes, 22.800 de ellos mayores de 65 años (en 20 años se pronos-

tica que serán 35.000, con el mayor aumento en los mayores de 85 años).

El condado está dividido en tres zonas:

- El Noroeste: el pueblo principal es Fofar (capital administrativa).
- El Noreste: el pueblo principal es Montrose.
- El Sur: el pueblo principal es Arbroath (el de mayor población en el condado).

Cada una de estas zonas tiene un psiquiatra especialista en psicogeriatría y un equipo de psicogeriatría comunitaria.

La mayoría de los servicios que voy a describir, cumplen con el deseo del Gobierno Escocés de mayor integración entre Sanidad y Servicios Sociales y con las recomendaciones de la estrategia nacional en cuanto a ayudas postdiagnóstico y el manejo de pacientes con demencia en hospitales y residencias.

Equipos de psicogeriatría comunitaria

Formados en 1999, fueron de los primeros equipos de psicogeriatría comunitaria «integrados» en Escocia. Los miembros del equipo son empleados bien de Sanidad o de Servicios Sociales pero todos ejercen funciones muy similares que cruzan fronteras entre psiquiatría y servicios sociales. Por ejemplo, un miembro del equipo puede hacer seguimientos de pacientes con medicación, hacer valoraciones cognitivas y conductuales a la vez que organiza ingresos de respiro en residencias o ayuda a los familiares a solicitar contribuciones gubernamentales. Esto significa que cuando un paciente entra en contacto con el equipo, el mismo trabajador (bien sea enfermero, trabajador social o terapeuta ocupacional) se hará cargo de todas las necesidades del paciente y sus cuidadores sin necesidad de pedir a otras agencias que intervengan.

Los equipos están formados por enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, con apoyo de psicólogos y psiquiatras, todos especializados en psicogeriatría. También hay ayudantes de enfermería (*support workers*) y administrativas.

Los equipos de psicogeriatría comunitaria ven pacientes mayores de 65 años con cualquier patología psiquiátrica y pacientes con demencias a cualquier edad.

Unidades hospitalarias de demencias

Este servicio es íntegramente responsabilidad de Sanidad y ha visto grandes cambios en los últimos 15 años con una reducción de más del 50% en el número de camas hospitalarias (con un aumento en la inversión de los servicios comunitarios) y cambios también respecto a la función de estas salas (por ejemplo, ya no hay camas de «cuidado continuado»).

Tenemos tres salas de demencias con 15 camas cada una. Una sala en cada zona del condado (una en Forfar, una en Montrose y una en Arbroath). Pacientes con demencia que necesitan valoración hospitalaria, tanto aguda como a medio plazo, son ingresados en estas unidades.

Hay un equipo multidisciplinar en cada sala donde el objetivo es valorar desde el punto de vista médico, psicológico, de enfermería y de terapia ocupacional, los síntomas asociados con las demencias y crear un plan de acción para el alta a la comunidad cuando ello es posible (bien en casa o en residencias) en colaboración con servicios sociales, el sector del voluntariado, pacientes y familiares.

En el hospital de Montrose también tenemos una sala de 12 camas para pacientes de psicogeriatría que no padecen demencias (llamadas allí «enfermedades funcionales»).

Servicio postdiagnóstico

Este también es un ejemplo de la colaboración entre Sanidad y Servicios Sociales con el apoyo de *Alzheimer Scotland* (ONG). Uno de los primeros en Escocia y que ha recibido aclamo nacional por su sencillez y resultados.

Está compuesto por una sola persona (una enfermera con experiencia de trabajo en servicios sociales y con diploma en psicoterapia específica para personas con demencia) con dedicación exclusiva al seguimiento de pacientes nada más ser diagnosticados. Trabaja en colaboración con la delegada de *Alzheimer Scotland* en Angus.

Los contactos ocurren normalmente en las casas de los pacientes donde se ofrece apoyo postdiagnóstico e información sobre la enfermedad tanto a pacientes como a familiares y cuidadores.

Los temas que se abarcan son diversos dependiendo de las necesidades del paciente e incluyen:

- Ayuda práctica del manejo diario de problemas derivados de la enfermedad y contacto con diversas agencias.
- Información sobre la enfermedad, su evolución y tratamientos disponibles.
- Información sobre cómo planificar el futuro a nivel legislativo.
- Información sobre ayudas económicas disponibles.
- Consejo sobre demencia y conducción.
- Psicoterapia de apoyo en casos específicos.

Este año se ha decidido finalmente financiar otro puesto para aumentar la capacidad del servicio.

Equipo de enlace para las demencias

Esta es la adquisición más reciente del Servicio. Comenzó en marzo del 2010 con dos miembros con dedicación exclusiva: una terapeuta ocupacional con especialización avanzada en demencias y una enfermera psiquiátrica especializada. Están apoyadas por un psicogeriatra, una psicóloga especializada en la vejez y una farmacéutica.

Debido a las dificultades en crear un hospital de día en una zona rural como Angus y debido a la existencia de centros de día dispersos por el condado, decidimos invertir el dinero en este equipo de enlace.

A pesar de ser un pequeño condado, Angus tiene 29 residencias de ancianos que varían en tamaño (de casas de campo con 15 residentes a geriátricos de 50-60 camas). Hay un total de 1.023 camas (con unas 120 de ellas exclusivas para personas con demencia severa). Al ser una zona rural, no hay un hospital general (este está ubicado en la ciudad de Dundee) pero hay cinco hospitales comunitarios con salas para pacientes de geriatría y salas de ingresos para médicos de familia.

El equipo de enlace se ocupa tanto de las residencias como de las salas de hospitales comunitarios donde haya pacientes con demencia cuyos síntomas hacen que su manejo sea difícil.

Sus funciones son, entre otras:

- Apoyar y educar a los profesionales que cuidan a pacientes con demencia con un énfasis en técnicas conductuales y ambientales.
- Organizar sesiones educativas para el personal de los centros y las salas en aspectos del cuidado y tratamiento de sus pacientes.
- Ayudar en la transición del paciente del hospital a la residencia.

El área de salud de Tayside decidió el año pasado hacer cambios para mejorar los problemas relacionados con medicación en personas mayores. Al respecto, Angus fue asignado como zona piloto para implementar cambios con respecto a la prescripción y seguimiento de antipsicóticos en personas con demencia que viven en residencias. El equipo de enlace ha comenzado esta tarea de forma gradual, involucrando personal, pacientes, familiares, médicos de cabecera y nuestro servicio. Llevando a cabo revisiones y aconsejando a residencias y profesionales de primaria sobre las indicaciones de los antipsicóticos, cuándo utilizarlos y cómo hacer el seguimiento. Una vez se ha identificado la posibilidad de reducir medicación, el equipo apoya al personal de la residencia a poner en práctica manejos alternativos.

También este servicio se beneficiará este año de otra enfermera para aumentar la capacidad del servicio.

Otros servicios para personas con demencia en Angus

Tanto Servicios Sociales como organismos voluntarios y privados ofrecen diversos servicios a las personas con demencia y sus cuidadores en Angus.

Desde centros de día (algunos de ellos específicos para personas con demencia) hasta grupos de apoyo, «comidas sobre ruedas», «alarma comunitaria», equipos de trabajadores sociales para el anciano, etc.

CONCLUSIONES

Me gustaría hablar del viaje de la persona con demencia (*The Dementia Journey*) como una manera de ilustrar y resumir lo que yo creo son los componentes más importantes a considerar cuando pensamos en servicios para personas con demencia.

En mi opinión, el viaje comienza antes del diagnóstico (que debe hacerse lo antes posible tras la aparición de síntomas) con campañas informativas para reducir el estigma asociado a las enfermedades mentales (y en especial a las demencias) y aumentar el conocimiento de esta enfermedad entre la población general y los profesionales.

Tras el diagnóstico, es fundamental y necesario que toda persona diagnosticada con esta enfermedad y sus familiares reciban información y apoyo lo antes posible.

Otros servicios que pueden ser necesarios a lo largo del viaje (tratamientos específicos, centros de día, ayuda especializada a domicilio, centros de respiro...). Y si la persona con demencia tiene que ingresar en el hospital general o en una residencia, que los servicios especializados continúen teniendo un papel en ayudar a otros profesionales en el cuidado a estos enfermos/residentes.

La persona con demencia puede que necesite unidades psiquiátricas hospitalarias en estados más complejos de la enfermedad.

Las personas con demencia también necesitarán cuidados al final de sus vidas, servicios paliativos que han de ofrecer el mismo cuidado que a cualquier paciente independientemente de la patología que presenten.

No debemos olvidar que otro «viaje» paralelo a este es el que toman los familiares y cuidadores de las personas con demencia.

Para poder desarrollar servicios apropiados para personas con demencia y sus familiares, se necesita:

- Voluntad política y compromiso de gobiernos de hacer de la demencia una prioridad.
- Presión por parte de profesionales, ONGs, personas con demencia y sus familiares.

- Crear un personal multiprofesional especializado y dedicado a las demencias.
- Un plan jurídico de apoyo y protección para las personas con demencia.
- Personalizar nuestros servicios alrededor de las necesidades de la persona con demencia y no olvidarnos nunca de que cada paciente tiene su propia y única historia, memorias y vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adults with Incapacity (Scotland). Act 2000: A short guide to the Act. The Scottish Government, Edinburgh, April 2008.
2. Mental Health (Care and Treatment) (Scotland). Act 2003: Code of Practice Volume 1. Scottish Executive, St. Andrew's House, Edinburgh, August 2005.
3. Adult Support and Protection (Scotland). Act 2007: Code of Practice. ISBN 978-0-7559-7161-9 (web only publication).
4. Standards for integrated care pathways for mental health. Health Care Improvement Scotland. December 2007.
5. Delivering for Mental Health. ISBN 0-7559-5226-X. The Scottish Executive, December 2006.
6. Remember, I'm still me: Care Commission and Mental Welfare Commission joint report on the quality of care for people with dementia living in care homes in Scotland. 2009.
7. Living well with dementia: A National Dementia Strategy. Department of Health, 291591 1p 15k, February 2009.
8. The use of antipsychotic medication for people with dementia. Time for action. A report for the Minister of State for Care Services by Professor Sube Banerjee. Department of Health, 299695 1P, November 2009.
9. Scotland's National Dementia Strategy. ISBN 978-0-7559-9534-9, October 2010.

INTERVENCIONES SISTÉMICAS EN PSICOGERIATRÍA: UNA CUESTIÓN (TAMBIÉN) MÉDICA

MANUEL GONÇALVES-PEREIRA

Profesor de Psicología Médica de la Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa e investigador de CEDOC. Médico psiquiatra, colaborador de la Clínica Psiquiátrica de S. José, Irmãs Hospitaleiras, Lisboa, Portugal. Miembro de la Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar.

Recepción: 01-03-12 / Aceptación: 27-03-12

RESUMEN

Los aspectos familiares de las enfermedades neuropsiquiátricas del anciano pueden ser importantes para el manejo clínico, como ha sido evidenciado para la depresión o los trastornos psicóticos. Los abordajes familiares suelen también ser cruciales en la demencia.

Hay muchas formas de trabajo clínico con familias en la vejez. Los abordajes psicoeducacionales están generalmente centrados en las necesidades de los familiares-cuidadores. En complemento o en alternativa, las intervenciones de inspiración sistémica, o las terapias sistémicas estructuradas, intentan mejorar la estructura o la dinámica familiar, potenciando la autonomía de todos en la familia.

La evaluación de resultados de las terapias sistémicas (en la demencia o en otros cuadros psicogeriatricos) es aún incipiente. Sin embargo, en lo que concierne al área psicoeducativa, son también varias las cuestiones que aún permanecen sin respuesta basada en la evidencia. El

proyecto FAMIDEM (estudio de Lisboa de familias de enfermos con demencia) analizó problemas relacionados. Muchos cuidadores se quedan en situaciones de riesgo, y las respuestas no siempre están disponibles.

La psicoeducación familiar suele ser suficiente cuando las dificultades de las familias se relacionan sobre todo con la enfermedad del paciente, mientras que las terapias sistémicas pueden estar indicadas en familias con problemas más graves, con disfunción previa a esa enfermedad o no relacionada tan estrechamente con ella.

El rol del médico es fundamental, sea psiquiatra, neurólogo o médico de cabecera. No solo puede hacer intervenciones sistémicas cuando está entrenado para ello, como hace en su clínica cotidiana —a un nivel elemental— sin que tenga que nombrarlas así. Además, sin el rol facilitador del médico, es más difícil para otros profesionales de la salud de intentar una intervención con familias en dificultad.

Palabras clave

Terapia familiar, terapia sistémica, psicoeducación, cuidador, familia, demencia, depresión, psicosis, trastorno mental.

INTRODUCCIÓN

Los aspectos familiares de las enfermedades neuropsiquiátricas del anciano son múltiples. Se pueden considerar factores familiares contribuyendo a los problemas clínicos (como, por ejemplo, problemas conyugales en la génesis de la depresión o la «emoción expresada» en las recaídas psicóticas). Al revés, son conocidas las consecuencias para la familia de que uno de sus elementos sufra de un trastorno clínico (carga familiar del cuidador e implicaciones sistémicas en el funcionamiento o la estructura familiar)¹.

Por ejemplo, en la demencia, Brodaty² sistematizó las alteraciones relacionales en la familia y, específicamente, en la pareja conyugal. Se verifica a menudo un deterioro de la relación sexual conyugal (e. g. desinterés o desinhibición «frontal») o malentendidos por los mecanismos de defensa (proyección de los sentimientos de desvaloración, transformados en celos, delirantes o no; resentimiento por la incapacidad originando irritabilidad). La ambigüedad de límites, con duelo bloqueado, suele originar la depresión del cuidador: la pérdida de un compañero físicamente presente y psicológicamente ausente se traduce en un duelo continuado e incompleto por las partes perdidas de la persona demenciada².

Muchas veces esperamos demasiado de los familiares. Por ejemplo, que se manejen con conductas y síntomas altamente complejos, sin conocimientos teóricos, sin entrenamiento, sin librar (24 horas al día) con una persona enferma con quien tienen un fuerte vínculo emocional. Y les decimos, en las consultas, cosas quizá

sensatas, pero que resultan a veces poco empáticas o poco útiles: por ejemplo «no se tendrá que implicar tanto», «un ingreso no va solucionar nada», «debería buscar ayuda para usted»³.

Se pueden intentar respuestas de intervención familiar en psicogeriatría, sean psicoeducacionales o de inspiración sistémica⁴⁻⁵. Estos abordajes deben ser seleccionados teniendo en cuenta el tipo específico de trastorno neuropsiquiátrico que ocurre en la familia y su estado evolutivo (influyendo el grado de deterioro cognitivo y de rigidez mental del enfermo). Pero también en cuadros similares hay múltiples posibilidades de intervenir, desde las más sencillas hasta las más estructuradas como la terapia familiar: esto estará de acuerdo con los objetivos y enfoque de la intervención, condicionados por la preparación técnica de los elementos del equipo de salud⁴⁻⁹.

En lo concerniente a la implementación de las intervenciones familiares en psicogeriatría, hay problemas transversales a todos los grupos profesionales. En el caso particular de los médicos (sean médicos de cabecera, psiquiatras o neurólogos), adquieren características que deberían ser más discutidas.

Por lo menos tres problemas prácticos se plantean. En primer lugar, la falta de conocimientos teóricos. Persiste alguna confusión en cuanto a designaciones y a indicaciones clínicas detalladas: por ejemplo, «psicoeducación» es diferente de «terapia familiar», pero no siempre esto queda claro. En segundo lugar, la falta de competencia técnica y de entrenamiento suficiente para trabajar con familias en estos contextos. Finalmente, y estrechamente relacionado con los anteriores, un problema de actitud. Para muchos médicos, estas cuestiones son consideradas a menudo como pertenecientes al área del psicólogo, del enfermero o del trabajador social, y no tanto de su área clínica. Eso

significa que, muchas veces, el médico no dificulta el trabajo que otros hagan con familias, pero no se implica en él o no lo facilita en su equipo multidisciplinar tan frecuentemente como podría. Más aún, existe el riesgo de que desvalore el trabajo que ya hace o podría hacer en su rutina clínica diaria, sea de inspiración psicoeducativa o sistémica. En lo que respecta a su influencia en los cambios de estructura o dinámica familiar al curso de un trastorno psicogeriátrico, el médico queda a veces responsable de decidir si debe facilitar estos cambios, o no se implica en cuestiones que no le conciernen (clínica y éticamente). Por ejemplo, en muchas situaciones de demencia existen hijos viviendo lejos aunque en contacto. El médico, entre los profesionales de salud, es frecuentemente cuestionado sobre la necesidad de cambiar aspectos de la organización familiar. Si muchas veces es claro lo que se debe aconsejar y cómo, muchas otras veces, el clínico se puede enfrentar con dilemas, sobre todo si no sabe cómo evaluar o trabajar con familias.

Así, a propósito de estas cuestiones, se revisan aspectos generales de las intervenciones familiares en psicogeriatría desde la perspectiva médica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Como paso preliminar, se presenta una revisión resumida, no sistemática, de la literatura relacionada. Se recuerdan las diferencias entre intervenciones de inspiración sistémica general, como las que el médico puede hacer en su práctica cotidiana, y las terapias familiares más estructuradas, o la psicoeducación familiar. Esta revisión, guiada por la experiencia clínica del autor, como médico de psiquiatría geriátrica y terapeuta familiar, se detalla en otros trabajos a consultar por el lector^{1, 7-8}.

En este artículo, el enfoque se dirige específicamente en el tema: ¿cuál es el rol del médico en las intervenciones familiares, sobre todo sistémicas, en psicogeriatría?

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Hay muchas formas de trabajo clínico con familias en la vejez, cuando existe un trastorno neuropsiquiátrico en la familia. Vamos a considerar la psicoeducación, la terapia familiar y sistémica, y finalmente, formas menos estructuradas de intervención. Resumimos inicialmente abajo algunos de los aspectos desarrollados en diferentes artículos^{1, 7-9}. Tenemos después principalmente en cuenta cuestiones adicionales desde la perspectiva médica. Debe ser enfatizado el aporte de autores como S. Zarit, J. Zarit, E. Asen o E. Curtis y M. Dixon, y aún de otros no citados directamente en la bibliografía de este trabajo, como C. Richardson et al., S. Benbow, A. Marriott o S. Quall^{1, 7-8}.

En general, los abordajes psicoeducacionales están centrados en las necesidades de los familiares-cuidadores. Tienen como objetivos añadir conocimiento sobre la enfermedad y mejorar las estrategias de afrontamiento⁷. Suelen ser suficientes cuando las dificultades más importantes de las familias se relacionan con las manifestaciones de la enfermedad del paciente.

La efectividad de la psicoeducación familiar ha sido estudiada, sobre todo en la demencia⁷. Sin embargo, en lo que concierne a la evidencia científica en esta área, son varias las cuestiones que aún permanecen sin respuesta satisfactoria.

El proyecto FAMIDEM (estudio de Lisboa de familias de enfermos con demencia)¹⁰ analizó algunos problemas relacionados, incluso por considerar no solo a cuidadores informales principales sino también a otros elementos de la familia.

Estos otros elementos, como los cuidadores principales, pueden tener necesidades no satisfechas de cuidados (conocimiento, sufrimiento psicológico)¹¹, y no es frecuente que la exploración de estas necesidades se haga en la clínica. Además, el hecho de estar informado (uno de los enfoques de la psicoeducación) no parece proteger en sí mismo de la carga familiar ni del sufrimiento psicológico¹⁰, y estos datos parecen extrapolables para otras enfermedades.

Un punto crucial para el clínico (y no suficientemente estudiado en investigación) es que los resultados prácticos de las intervenciones suelen depender de la adecuación de los objetivos a las necesidades específicas de las familias. Además, esto parece ser así no solamente en psicogeriatría¹². Por ejemplo, no parece sensato reclutar cuidadores muy conocedores sobre temas relacionados con demencia para grupos con enfoque casi exclusivamente educativo: sus necesidades de cuidados podrían estar relacionadas sobre todo con el desarrollo de competencias prácticas para afrontar los problemas diarios, o quizá con el soporte emocional^{3, 10}.

Por su conocimiento directo del enfermo, muchas veces como terapeuta-clave, el rol del médico será fundamental en la exploración directa de algunas necesidades familiares, teniendo una palabra directa en la orientación para formas diferentes de psicoeducación. Mejor, colaborando en ellas. Como ejemplo, el diagnóstico de depresión resistente a la terapéutica en la vejez tiene a menudo un origen o patología vascular. Aclarar este tipo de información en una consulta médica, incluso repetidamente, no siempre es suficiente para que la familia pueda reformular la representación de los síntomas de apatía y menor motivación como teniendo una base orgánica y no, por ejemplo, como pasivo-agresividad. Así, puede haber indicación para un abordaje psicoeducacional

más prolongado: el médico deberá insistir en su utilidad, influenciando la adhesión de los cuidadores, y discutir el caso en profundidad con el terapeuta psicoeducacional para que se adecúe el proceso a las necesidades reales de la familia.

No raramente, la psicoeducación en psicogeriatría puede ser optimizada incluyendo elementos técnicos importados de otros contextos de edad. En el área de las psicosis, se acuerda el concepto de «emoción expresada» (descrito en la esquizofrenia del adulto más joven, con sobreimplicación, hostilidad y comentarios críticos por parte del familiar-cuidador, con evidencia de riesgo de nuevos brotes psicóticos)¹³. El enfoque en la «emoción expresada» sigue siendo trabajado de acuerdo con las propuestas del grupo del Instituto de Psiquiatría de Londres y el concepto puede ser útil también en otras patologías. A propósito, están siendo estudiados factores familiares de riesgo en el pronóstico de la depresión del anciano⁴. También la «terapia familiar comportamental» (el modelo de Falloon) ha sido desarrollada en las psicosis del enfermo más joven, pero es aplicable en familias de enfermos mayores, con esquizofrenia de inicio precoz o en trastornos psicóticos tardíos¹⁴. Algunos grupos, incluido el nuestro, empiezan ahora su aplicación experimental en algunos casos de demencia o de depresión del anciano⁸.

Dos cuestiones interesantes se deben plantear a propósito de estas intervenciones sobre «emoción expresada» o de enfoque comportamental.

En primer lugar, a pesar de que inicialmente han sido desarrolladas para cuadros clínicos no psicogeriátricos, se aplican con cambios al contexto de la vejez. Mientras que su aplicación en la patología específicamente psicogeriátrica carece de evidencia experimental, el límite de edad para aplicarlas en la esquizofrenia no está definido y es fatal que el trabajo

con las familias incluía personas mayores al menos entre los familiares-cuidadores. En un estudio de evaluación de la efectividad de una intervención grupal con familiares de sujetos con esquizofrenia o psicosis esquizo-afectiva, más de un tercio de las familias incluían cuidadores mayores, con problemas graves de salud y preocupaciones sobre el futuro¹². A veces, presentan déficits cognitivos en evolución y no raramente demencias aún no diagnosticadas, en lo que se plantea como un desafío adicional para el terapeuta psicoeducacional. También aquí, el médico del equipo puede ser fundamental en el diagnóstico y la orientación terapéutica.

En segundo lugar, es claro para quien las practica que estas intervenciones, aunque psicoeducacionales en su naturaleza, también exhiben técnicas sistémicas¹³ y pueden tener implicaciones indirectas en la organización o las dinámicas familiares. Esto suele ser suficiente en la mayoría de los casos, pero se puede necesitar algo más^{1, 4-5, 7}.

En complemento o en alternativa a la psicoeducación familiar, las terapias de inspiración sistémica intentan mejorar la comunicación intra-familiar y los desequilibrios en los roles o relaciones, potenciando la autonomía de todos en la familia. Pueden estar indicadas en familias con disfunciones más graves o no relacionadas tan estrechamente con la enfermedad en la cual la psicoeducación estaría centrada. Estas dificultades familiares suelen ser, incluso, previas a la enfermedad en cuestión. El enfoque no es tanto la ayuda específica a los cuidadores, como a toda la familia y para más allá de la situación de «cuidar»^{1, 5-6}.

Hay algunas estrategias básicas para intervenir sistémicamente con familias. Para apoyar los mecanismos de adaptación, incluyendo mejorar conocimientos o proporcionar sugerencias prácticas (como en psicoeducación clásica), se intenta

expandir la experiencia emocional individual y familiar, fomentar habilidades interpersonales (de comunicación, de resolución de problemas), quizá de reorganizar la estructura de la familia, mejorar el *insight* o ayudar a la familia a encontrar formas nuevas y más positivas de comprender su situación (como en la perspectiva «narrativa»)¹⁵.

Mientras que las diferentes escuelas de la terapia familiar han evolucionado históricamente hacia perspectivas integradoras y pragmáticas, teniendo en cuenta los determinantes biológicos de las enfermedades mentales⁵, algunas corrientes proponen abordajes heurísticos desde la perspectiva constructivista para problemas de la familia-sistema, incluso en la edad mayor¹⁶. De forma más generalizada, hay formas fundamentales de trabajar en terapia familiar sistémica (como usar genogramas, alentar la transmisión de las historias familiares, o abordar las interacciones circulares)¹⁷. En la demencia, la reacción de la familia y la forma de enfrentar los problemas suelen ser influenciados por elementos no solo interpersonales sino también transgeneracionales¹⁸. Tisher y Dean describirán también abordajes diferentes, partiendo:

1. Del paciente «identificado» geriátrico.
2. De un familiar de este paciente que busca ayuda para sí mismo.
3. De un paciente «identificado» no geriátrico, sin referencia inicial a los mayores en la familia.
4. De una institución, por ejemplo un asilo de ancianos, como foco de la intervención sistémica¹⁷.

Se pueden encontrar en la literatura muchos ejemplos ilustrativos de la indicación clínica y resultados de la terapia sistémica en familias de personas mayores, incluso en la demencia y otros trastornos orgánicos (conflictos filiales en turno de

decisiones de institucionalización o médico-legales, problemas por sobrecarga distribuida de forma desigual entre los familiares cuidadores, etc.)^{1, 4-5, 7-8, 19}. Pero hay que reconocer que, mientras que la psicoeducación familiar ha sido evaluada más exhaustivamente^{7, 20}, la investigación sobre la eficacia, efectividad o eficiencia de las terapias sistémicas en la demencia u otros cuadros psicogerítricos es aún incipiente^{e. g. 21, 22}. En áreas específicas como el alcoholismo, existen terapias integrando el manejo farmacológico del disulfirán en consultas familiares con aportes cognitivo-conductuales y sistémicos²³. Estas pueden ser adaptadas al contexto geriátrico (y aquí solo el médico lo puede hacer), pero no han sido aún evaluadas específicamente en los mayores.

La verdad es que, sin que podamos al presente recomendar la aplicación de intervenciones sistémicas como basadas en la evidencia científica experimental, muchos cuidadores y familias se quedan en situaciones de riesgo: la psicoeducación estricta no es suficiente para ellos y las respuestas no siempre están disponibles en los servicios de salud.

¿En este senario, cuál puede o debe ser el rol del médico? Los médicos no tienen que ser terapeutas de psicoeducación familiar, en sentido estricto, ni terapeutas familiares sistémicos. Pero hay diferencias de grado en las intervenciones, desde las más estructuradas a otras más sencillas.

Por ejemplo, la terapia familiar clásica raramente tiene indicación en el día a día de un servicio de salud mental ni sería deseada por las familias, pero muchas formas de intervención con algún tipo de impacto menor en la estructura, la dinámica o la comunicación familiar, son muchas veces deseadas o indicadas clínicamente.

Claro que un médico entrenado en psicoeducación o terapia familiar estará más

disponible y técnicamente habilitado para intervenir con familias. Pero no será necesario que tenga tanta preparación para que haga mejor o con más frecuencia lo que ya se dispone a hacer en su práctica diaria. Las escuelas médicas, en general, están interviniendo en sus programas de pre y post grado para mejorar las actitudes y competencias de los estudiantes de medicina en lo que concierne al contacto con familias.

A propósito del contexto de los cuidadores informales, se acuerda a menudo la frase de Ortega y Gasset, aparecida en *Meditaciones del Quijote*: «Yo soy yo y mi circunstancia y si no la salvo a ella no me salvo yo». Saberlo y aplicarlo, cuando uno se afronta, por ejemplo, con los problemas clínicos planteados por las alteraciones psicológicas y comportamentales de la demencia en las familias, es un comienzo perfecto. No siendo tan sencillo como parece, hay que aprender conocimientos, aptitudes y actitudes para el trabajo con familias. Saber preguntar sobre las necesidades de cada uno, no olvidando el enfermo, puede tornarse difícil cuando el tiempo o las competencias empáticas escasean.

Además, después de una evaluación inicial, es importante adecuar a las necesidades concretas de las familias las diferentes estrategias y modalidades de ayuda familiar existentes en el equipo de salud o en los recursos comunitarios. Cuando no existen, ahí la arte médico puede ser de cambiar algunos minutos de su consulta en algo aún más importante para la familia.

El hecho simple de reunir algunos miembros de la familia (quizá evitando hablar directamente de sus problemas en los últimos tiempos) suele ser importante en la clínica. Hay momentos en que será necesario ser un tanto «abogado» del paciente, otros momentos en que otros familiares (quizá también enfermos) de-

ben ser simultáneamente atendidos. Muchas veces lo difícil (no imposible) es hacerlo con respeto a la neutralidad terapéutica.

Volviendo al ejemplo de la familia en que alguien mayor con diagnóstico de demencia vive solo con su esposo ya también con algún deterioro cognitivo, mientras existen hijos en otra ciudad aunque en contacto y preocupados. El médico es consultado para aconsejar si es mejor de promover el ingreso del enfermo en una institución, o de que uno de los hijos cambie por completo su vida al menos transitoriamente y vuelva a casa. Pudiendo considerar varias soluciones, será posible reunir la familia (idealmente) o los que puedan venir, preguntando lo que piensan y ayudando a elegir, quizá no tanto la mejor solución, sino la menos mala. Una solución que no va a crear desequilibrios o resentimientos más grandes en la familia, o que pueda ser considerada como una experiencia a re-evaluar. Pero sobre todo una decisión que no sea del médico cuando no tiene que serlo, aunque deba obviamente ser informada por él.

En todo esto, se debe destacar un elemento psicoterapéutico fundamental que es propio de la *praxis* médica, como de otras profesiones de salud: infundir esperanza entre las dificultades, tiendan a ser individuales o familiares²⁰.

Así, el rol del médico es esencial, sea psiquiatra, neurólogo o médico de cabecera. No solo puede hacer intervenciones sistémicas cuando entrenado para tal, como las hace a veces en su clínica cotidiana —a un nivel más elemental— sin que tenga que nombrarlas así.

Todo pasa como en el personaje principal del *Bourgeois Gentilhomme* de Molière, Monsieur Jourdain. Cuando el personaje principal está haciendo su «educación», y después de aprender a rimar, su profesor de filosofía le dijo que

va a aprender la prosa. Ahora Monsieur Jourdain se da cuenta que, al final, ya sabía lo que era la prosa e incluso la escribía regularmente, solo que no conocía que se llamase así.

Finalmente, sin el rol facilitador del médico, es mucho más difícil para el psicólogo, enfermero o trabajador social intentar una intervención de éxito con familias en dificultad. En efecto, es más frecuente que un profesional no médico lleve a cabo algún tipo de intervención claramente dirigida a la familia. Pero defendemos que el rol insustituible de estos profesionales debe estar basado en un trabajo de equipo del que el médico no se puede apartar.

En conclusión, se comienza a generar alguna evidencia de que la intervención de los equipos multidisciplinares sobre los aspectos familiares puede tener gran importancia para la protección y la promoción de la salud mental⁷. Esto se aplica, con los cambios necesarios, a diferentes cuadros psicogerítricos. El trabajo con familias, aunque no siempre estructurado, sigue siendo un área fundamental en psiquiatría geriátrica^{1, 4-10}. En este trabajo clínico, el rol del médico nos parece esencial.

NOTA DEL AUTOR Y AGRADECIMIENTO

Este artículo es la transcripción libre de una ponencia presentada en las *XVI Jornadas de Actualización en Psicogeriatría* (Barcelona, 2011). Parte de los contenidos se basan en artículos y capítulos de libros del autor (referencias bibliográficas 1, 3 y 7-10), en portugués.

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

1. Gonçalves-Pereira M, Sampaio D. Trabalho com famílias em psiquiatria geriátrica. Aceptado para publicação em Acta Médica Portuguesa 2011.
2. Brodaty H. Dementia in the family. En: *The family in clinical psychiatry*. Bloch S, Hafner J, Harari E, Szmukler G (eds). Oxford, Oxford University Press; 1994: 224-246.
3. Gonçalves-Pereira M, Mateos R. A família e as pessoas com demência: vivências e necessidades dos cuidadores. En *Psicogeriatría*. Firmino H, Cortez Pinto L, Leuschner A, Barreto J (eds). Coimbra, Ed. Psiquiatria Clínica; 2006: 541-560.
4. Zarit SH, Zarit JM. Mental disorders in older adults. *Fundamentals of assessment and treatment*. New York, The Guilford Press; 2007.
5. Asen E. Systemic interventions with older adults and their families. En *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry*. Jacoby R, Oppenheimer C, Dening T, Thomas A (eds.). Oxford, Oxford University Press; 2008: 263-272.
6. Curtis EA, Dixon, MS. Family therapy and systemic practice with older people: where are we now? *J Fam Ther* 2005; 27: 43-64.
7. Gonçalves-Pereira M, Sampaio D. Psicoeducação familiar na demência. Da clínica à saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2011; 29(1): 3-10.
8. Gonçalves-Pereira M, Martín Carrasco M, Sampaio D. Aspectos práticos da intervenção familiar na clínica psicogeriatrica. Mosaico (Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar, com la colaboración de la Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar) 2011; 47: 14-22.
9. Gonçalves-Pereira M. Perspectiva do psiquiatra no cuidar do idoso e sua família. En: *Jornadas de Gerontopsiquiatria*. Fernandes L, Gonçalves Pereira M, Cortez Pinto L, Firmino H, Leuschner A (eds.). Associação Portuguesa de Gerontopsiquiatria; 2011: 75-78.
10. Gonçalves-Pereira M, Carmo I, da Silva J, Papoila AL, Mateos R, Zarit SH. Caregiving experiences and knowledge about dementia in Portuguese clinical outpatient settings. *Int Psychogeriatr/ IPA* 2010; 22(2): 270-280.
11. Gonçalves-Pereira M, Alves da Silva J, Carmo I et al. Preliminary data from FAMIDEM survey: can we assume who is at risk regarding informal caregiving in dementia? *Eur Psychiatry* 2009; 24 (Suppl 1): S1100.
12. Gonçalves-Pereira M. Famílias de pessoas com síndromes psicóticas. Análise dimensional e avaliação da efectividade de uma intervenção em grupos para familiares. Tesis doctoral. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; 2009.
13. Kuipers E, Leff J, Lam D. Family work for schizophrenia. A practical guide. London, Gaskell, The Royal College of Psychiatrists; 2002 (2nd ed.).
14. Falloon IR, Boyd JL, McGill CW. Family care of schizophrenia. New York, The Guilford Press; 1984.
15. Glick ID, Berman EM, Clarkin JF, Rait DS. Marital and family therapy. Washington DC, American Psychiatric Press; 2000 (4th ed.).
16. Viney L, Benjamin Y, Preston C. Constructivist family therapy with the elderly. *Journal of Family Psychology* 1988;2(2):241-258.
17. Tisher M, Dean S. Family therapy with the elderly. *ANZJ Fam Ther* 2000; 21 (2):94-101.

18. Couto MC, Prati L, Falcão D, Koller S. Terapia familiar sistémica e idosos. Contribuições e desafios. *Psicologia Clínica* 2008;20(1):135-152.
19. Peisah C. Practical application of family and systems theory in old age psychiatry: three case reports. *Int Psychogeriatr/IPA* 2006;18(2):345-353.
20. Thompson CA, Spilsbury K, Hall J, Birks Y, Barnes C, Adamson J. Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. *BMC Geriatr* 2007;7:18.
21. Cantegreil-Kallen I, Rigaud AS. La thérapie familiale systémique dans le cadre de la maladie d'Alzheimer: approche théorique et pratique. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2009;7(4):253-263.
22. Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA, Cardemil EV, Beevers CG. Inclusion of family therapy improves the outcome of post-hospital care for depressed patients. *Am J Psychiatry* 2005;162:2131-2138.
23. Neto D, Lambaz R, Aguiar P, Chick J. Effectiveness of sequential combined treatment in comparison with treatment as usual in preventing relapse in alcohol dependence. *Alcohol and Alcoholism* 2008;43(6),661-668.

PERSONAS CON DEMENCIA EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS: CALIDAD DE VIDA, SATISFACCIÓN Y NECESIDADES

MARÍA CRESPO

M. MAR GÓMEZ

MÓNICA BERNALDO DE QUIRÓS

ALFONSO SALGADO

CARLOS HORNILLOS

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Recepción: 01-03-12 / Aceptación: 27-03-12

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto ha contado con la financiación de la Fundación Centro de Investigaciones en Enfermedades Neurológicas (Fundación CIEN) y ha sido realizado en colaboración con AFALcontigo. Queremos expresar nuestro agradecimiento por su colaboración en la realización del mismo a AFALcontigo, así como al resto de asociaciones participantes (Asociación Alzheimer de Córdoba, AFA León, ALZHEIMUR de Murcia y AFA Soria) y a las residencias (SANYRES de León, Artevida de Rivas, Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía, San Basilio de Murcia, Nuestra Señora de Fátima de Murcia, Los Royales de Soria y cinco centros más que han preferido mantenerse en el anonimato).

RESUMEN

Los datos más recientes indican que un alto porcentaje de las personas que viven en las residencias, tanto en España como

en otros países, padecen demencia. Es más, repetidamente se constata que las personas que viven en las residencias son ahora más frágiles y dependientes. Ante esta situación la asociación AFALcontigo se planteó la necesidad de analizar la situación de las personas con demencia en las residencias. El estudio supone el primer trabajo que aborda las necesidades y la calidad de vida de las personas con demencia en nuestro país, incorporando además una perspectiva integral, que incluye los puntos de vista de los propios residentes, sus familiares y el personal de las residencias. La metodología utilizada combina estrategias cuantitativas y cualitativas e implica cinco focos paralelos, desarrollados en cinco ciudades españolas (Córdoba, León, Madrid, Murcia y Soria). La evaluación se articula en función de tres ejes de actuación interrelacionados que proporcionan una visión global de las necesidades y la calidad asistencial de las residencias para personas con demencia, y en los que se incluyen los tres grupos claves en la vida residencial: residentes, familiares y profesionales. Así,

el estudio supuso la realización de cinco grupos de discusión en los que participaron 49 residentes, cinco grupos de discusión de 43 familiares, y otros cinco grupos de 44 miembros del personal de las residencias, así como la evaluación cuantitativa (mediante baterías de cuestionarios) de 209 residentes (para los que se obtuvo información de las tres fuentes indicadas).

En este documento se presentan los resultados obtenidos mediante la evaluación cuantitativa. En concreto, se presentan resultados sobre los siguientes aspectos: la calidad de vida de los residentes (evaluada por los propios residentes, sus familiares y el personal del centro); las variables predictoras de la calidad de vida de los residentes según cada una de estas fuentes; satisfacción (de residentes, familiares y personal) con las distintas áreas o aspectos de la vida en la residencia; necesidades percibidas de los tres grupos; necesidades no satisfechas de los tres grupos; y variables relacionadas con las necesidades no satisfechas de los tres grupos. En función de los resultados se establecen algunas recomendaciones para la mejora de la atención a las personas con demencia en las residencias.

Palabras clave

Demencia, residencia, calidad de vida, necesidades.

INTRODUCCIÓN

Los datos más recientes indican que un alto porcentaje de las personas que viven en las residencias, tanto en España como en otros países^{1, 2} padecen demencia. El estudio más amplio sobre este tema en nuestro país es el denominado RESYDEM¹, en el que participaron 54 residencias de toda España, encontrándose una prevalencia global de de-

mencia del 61,7%. En concreto la enfermedad de Alzheimer se presentó con una prevalencia del 16,9% (4,9% en varones y 23,0% en mujeres; 20,5% en el grupo de 85-89 años). Por su parte, la demencia vascular supuso el 7,3% de los participantes (9,5% en varones vs. 6,1% en mujeres). Finalmente, la prevalencia de deterioro cognitivo leve fue del 14,3%, dándose con mayor frecuencia en menores de 70 años con un 25,6%. Los datos mostraron además que el género femenino se asoció de forma independiente con una mayor frecuencia de demencia. Igualmente, se evidenció una mayor prevalencia de esta patología a medida que aumentaba la edad. Por el contrario, se obtuvo una menor prevalencia a medida que aumentaba el nivel de estudios.

Adicionalmente y de manera repetida se constata que las personas que viven en las residencias son ahora más frágiles y dependientes. Como señalaba ya hace una década el IMSERSO, cuando el porcentaje de personas con demencia en las residencias era menor que el actual, este dato justificaba la atención prestada a estos procesos que «son la primera causa de multimorbilidad institucional asociada a ingreso o permanencia en centros gerontológicos asistidos del Instituto»³. Y la situación no parece haber cambiado desde entonces, por lo que podemos sumarnos hoy al requerimiento que ya entonces se hacía desde el Instituto sobre la necesidad de un análisis en profundidad para conocer la situación actual de las personas con demencia en las residencias.

Las personas con demencia en las residencias tienen a menudo múltiples necesidades no satisfechas, tales como actividades diarias inadecuadas, aislamiento, ansiedad, depresión⁴... Estas necesidades no satisfechas pueden llevar a un deterioro de su calidad de vida, incrementando los problemas de salud mental de los residentes y su insatisfacción con el servicio,

y, por ende, un incremento en los costes del cuidado^{5, 6}. Por todo ello se hace precisa una adaptación de los centros residenciales para proporcionar una mejor atención a este tipo de residentes. Sin embargo, en la actualidad nos encontramos que dispositivos como las residencias no tienen ni la capacidad ni los recursos para atender a este grupo creciente.

Ante esta situación, la asociación *AFALcontigo* se planteó la necesidad de analizar la situación de las personas con demencia en las residencias de nuestro país. Este estudio se encuadra en el grupo de acciones desarrolladas en esta asociación dirigidas a conseguir una buena calidad de vida para el enfermo de Alzheimer u otra demencia y sus familiares, y una mejora de la asistencia a estos pacientes a todos los niveles. El estudio supone el primer trabajo que aborda las necesidades y la calidad de vida de las personas con demencia en nuestro país, incorporando además una perspectiva integral, que incluye los puntos de vista de los propios residentes, sus familiares y el personal de las residencias. La metodología utilizada combina estrategias cuantitativas y cualitativas y sigue las propuestas de los dos trabajos pioneros en el mundo sobre las necesidades y la calidad de vida de las personas con demencia en las residencias: por un lado, un estudio⁷ centrado en la satisfacción de los familiares con la atención residencial a sus parientes con demencia; y por otro, y más específicamente, los estudios realizados recientemente en Estados Unidos dentro del *Dementia Care Study* (financiado por la *Alzheimer's Association* de ese país), y los desarrollados en el *University College* de Londres, Reino Unido (actualmente principal centro de investigación sobre las necesidades y la calidad de vida de las personas con demencia en centros residenciales). De este modo el estudio posibilitará también la comparación de la

situación en nuestro país con la de otros países.

En este marco, el *objetivo general* del estudio es mejorar la calidad asistencial ofrecida en las residencias a partir del análisis de la satisfacción percibida por los agentes implicados y las necesidades consideradas más notables en la atención institucional a las personas con demencia. Para alcanzar este objetivo general, la presente investigación se centra en los siguientes *objetivos específicos*:

- Analizar los aspectos clave que afectan a la calidad de vida de las personas con demencia institucionalizadas.
- Analizar la satisfacción y las necesidades (percibidas y no satisfechas) en la atención a personas con demencia en las residencias.
- Analizar las variables relacionadas con las necesidades no satisfechas.
- A partir de todo lo anterior, establecer propuestas de actuación con objeto de atender a las necesidades identificadas y de mejorar la calidad de vida de mayores con demencia institucionalizados.
- Sentar las bases para el desarrollo de sistemas de valoración de necesidades que permitan ir adecuando, en cada momento, las dinámicas funcionales y asistenciales a las nuevas necesidades que se van generando.

MÉTODO

Planteamiento general del estudio

El estudio se articula en función de tres ejes de actuación interrelacionados que proporcionan una visión global de las necesidades y la calidad asistencial de las residencias para personas con demencia y que abarca a todos los agentes relacionados con el funcionamiento de las mismas:

TABLA I
Resumen de las actividades realizadas para cada eje del estudio

	Residentes	Familiares	Personal
<i>Evaluación cualitativa</i>	– 5 grupos de discusión (1 grupo por ciudad)	5 entrevistas 5 grupos de discusión (1 grupo por ciudad)	7 entrevistas 5 grupos de discusión (1 grupo por ciudad)
<i>Evaluación cuantitativa</i>	170 (11 centros)	185 (11 centros)	201 (11 centros)

En la aplicación de las entrevistas habían de seleccionarse personas de referencia generalmente vinculadas a alguno de los centros residenciales participantes; en el caso de los grupos de discusión, la composición de los mismos había de incluir personas vinculadas o relacionadas con los dos centros participantes de cada ciudad.

- El Eje I implica a los propios residentes, y más específicamente a *personas mayores residentes con demencia*.
- El Eje II analiza la valoración de la calidad y las necesidades percibidas por los *familiares de las personas mayores con demencia institucionalizadas*.
- Finalmente, el Eje III se centra en las necesidades identificadas por los miembros del *personal de las residencias* que prestan atención directa a mayores con demencia.

Se trata de un estudio multicéntrico en el que se incluían inicialmente diez centros residenciales distribuidos en cinco provincias españolas (Córdoba, León, Madrid, Murcia y Soria). En torno a esos diez centros había de desarrollarse toda la recogida de datos del estudio, que seguía un esquema similar en las cinco provincias participantes.

En la línea de estudios previos se decidió combinar estrategias cualitativas y cuantitativas, siguiendo las indicaciones de, por ejemplo, el consenso de la *International Psychogeriatric Association*⁸. Ambos tipos de estrategias se aplicaban a los tres ejes básicos del estudio, tomando como referencia las cinco provincias participantes y, más en concreto, los diez centros residenciales seleccionados, dos por cada provincia. Aunque, hay que se-

ñalar que existieron algunas desviaciones sobre las previsiones iniciales, por lo que el esquema de las actividades efectivamente realizadas se corresponde con los datos recogidos en la tabla I. No obstante el presente artículo se centrará en la parte cuantitativa del estudio^a.

Participantes

Como paso previo a su selección, se estableció el número de participantes procedentes de cada centro que habían de incluirse en el estudio. Para ello se utilizó como punto de partida los datos sobre el número de residentes y porcentaje de residentes con demencia de las residencias en las que iba a desarrollarse el estudio. Se optó por establecer un número fijo de participantes para cada ciudad, para distribuirlos luego proporcionalmente entre las residencias de esa ciudad, teniendo en cuenta el número de personas con demencia que residen en cada una de ellas. Se estableció como tamaño muestral 250, lo que suponía la selección de 50 participantes por ciudad.

En todos los casos se seleccionaron

^a La parte cualitativa de este estudio se recoge con amplitud en Crespo y Salgado (2011). *Las voces de la demencia: valoración de las residencias por usuarios, familiares y profesionales*. Madrid: AFALcontigo.

residentes que cumplieran los siguientes criterios de inclusión:

- a) Usuarios permanentes de la residencia, que lleven residiendo en ella al menos tres meses.
- b) Mayores de 60 años.
- c) Probable o posible demencia siguiendo los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IVTR) y los del NINCDS-ADRDA, según la información de la historia del residente.
- d) Que presenten deterioro cognitivo medio, moderado o severo (puntuaciones menores a 27 en el MMSE-Mini Examen del Estado Mental o Mini Examen Cognoscitivo).
- e) Sin analfabetismo funcional en castellano.

Los participantes se seleccionaban aleatoriamente en cada centro entre todos aquellos que cumplían los criterios de inclusión. Una vez seleccionados los residentes, para cada uno de ellos se seleccionaba un familiar y un miembro del personal del centro atendiendo a los siguientes criterios:

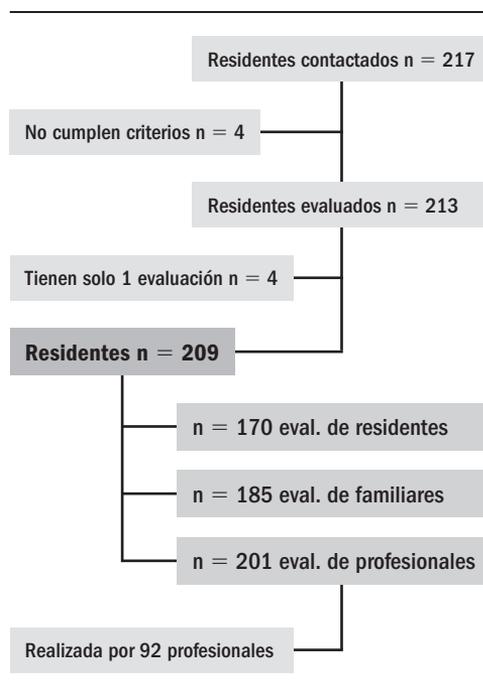
- En el caso de los *familiares*, se seleccionaron familiares en primer grado del residente seleccionado, que sean la persona de referencia o contacto, que visiten regularmente al familiar en el centro (con un mínimo de una visita a la semana y una duración aproximada de estancia en la residencia de al menos dos horas a la semana) y sin analfabetismo funcional en castellano.
- Para los *miembros del personal*, y siguiendo las indicaciones de Hoe et al. (2006), que señalan la necesidad de utilizar entre el personal a la persona «llave» por ser la que mejor conoce al residente, se seleccionó a la persona del centro encargada del cuidado y la atención directos al residente seleccio-

nado⁹. En consecuencia, podía darse la circunstancia de que el miembro del personal de referencia de varios residentes fuera una misma persona, que podía, por tanto, evaluar a varios residentes.

En aquellos casos en los que el residente no era capaz de completar la batería de evaluación, se realizó igualmente la evaluación del familiar y de la persona que se ocupaba de su cuidado directo entre el personal de la residencia, recogiendo además información sobre las características sociodemográficas del residente a través de estas fuentes. Para que un participante fuera incluido en el estudio se precisaba que se completaran las evaluaciones de al menos dos de las fuentes.

A pesar de las previsiones iniciales, y por distintos motivos, no fue posible acce-

FIGURA 1
Proceso de selección y evaluación de los participantes



der a los 250 residentes previstos inicialmente. Tal y como se resumen en la figura 1, se contactaron un total de 217 residentes, de los que se descartaron cuatro por no cumplir criterios de inclusión. De esos 213, no se pudo obtener al menos dos evaluaciones de cuatro, por lo que la muestra final estuvo constituida por 209 residentes, que fueron evaluados por 185 familiares. Asimismo hubo 92 miembros del personal de las residencias que proporcionaron información sobre 201 de los residentes participantes en el estudio.

Variables e instrumentos

Para la recogida de datos se diseñaron baterías de evaluación amplias con las que se obtenía información de las tres fuentes (i. e. residente, familiar y trabajador del centro) sobre la satisfacción y necesidades percibidas en la atención residencial por cada uno de ellos y sobre su propia percepción de la calidad de vida de los residentes, así como sobre los distintos aspectos relacionados con estas variables de acuerdo con investigaciones previas. De este modo, las dos variables dependientes del estudio, satisfacción con el centro y calidad de vida de los residentes, se evaluaban a través de las tres fuentes, si bien en el caso de la calidad de vida las tres evaluaban su percepción de la calidad de vida del residente, mientras que en el de la satisfacción con el centro se les pedía su propia valoración de la misma (i. e. satisfacción de los residentes, satisfacción de los familiares y satisfacción de los trabajadores). Todas las variables, así como los instrumentos y la fuente de información utilizados para evaluar cada una de ellas aparecen resumidos en la tabla II.

En concreto se diseñaron cuatro baterías de evaluación: la primera, la batería del residente (Batería-R), permitía obtener información directamente del re-

sidente; la segunda, la batería del familiar (Batería-F) se aplicaba al familiar, el cual proporcionaba algunos datos sobre el residente (e. g. calidad de vida), y otros sobre su propio estado y situación (e. g. carga, depresión...); la tercera batería (Batería P-r) se aplicaba a los profesionales para recoger información sobre diferentes aspectos del residente (e. g. calidad de vida, capacidad funcional, depresión...) y había de ser cumplimentada por el trabajador para cada residente al que hubiera de evaluar; finalmente, la cuarta batería (Batería P-p) permitía obtener información sobre diversos aspectos del trabajador (e. g. satisfacción laboral, burnout...) y solo había de ser cumplimentada una vez por cada profesional participante. La tabla III muestra las pruebas concretas incluidas en cada batería.

RESULTADOS

Caracterización de los centros

Un 45% de los centros participantes en el estudio tienen una antigüedad igual o superior a los 10 años, siendo mayoritariamente de titularidad y gestión privadas (64% y 73%, respectivamente). En general son residencias grandes, con un 55% de ellas con un tamaño superior a las 100 plazas, y solo un 9% por debajo de las 50 plazas. En conjunto las residencias evaluadas ofertaban un total de 1.316 plazas, con un porcentaje de ocupación en el momento de la evaluación del 92%. Esas plazas eran fundamentalmente públicas (48%) o privadas (36%), siendo menos frecuentes las plazas concertadas, y estaban mayoritariamente destinadas a grandes dependientes (47%), y en menor medida a personas con dependencia ligera o media (27%) o válidos (27%). Más de la mitad de los centros (54%) contaban con un módulo específi-

TABLA II
VARIABLES, INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Variable	Instrumentos	Fuente de información
VARIABLES DEL RESIDENTE		
Características	Ficha de datos de diseño propio	Residente/Familiar/ Profesional*
Características atención	Ficha de datos de diseño propio	Profesional
Deterioro cognitivo	Mini-Examen Cognoscitivo (MMSE) ¹⁰	Residente
	Escala de Deterioro Global (GDS) ¹¹	Profesional
Capacidad funcional	Índice Barthel ¹²	Profesional
Problemas de conducta	Inventario de Agitación de Cohen-Mansfield (CMAI) ¹³	Profesional
Depresión	Escala de Depresión en Demencia de Cornell ¹⁴	Residente + + Profesional
Calidad de vida	Calidad de Vida en Enfermedad de Alzheimer de Logsdon (AD-QOL) ¹⁵	Residente + Familiar + + Profesional
Satisfacción con el centro	Cuestionario de diseño propio	Residente
VARIABLES DEL FAMILIAR		
Características	Ficha de datos de diseño propio	Familiar
Carga subjetiva	Escala de Carga del Cuidador de Zarit (CBI) ¹⁶	Familiar
Depresión	Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) ¹⁷	Familiar
Satisfacción con el centro	Cuestionario de diseño propio	Familiar
VARIABLES DEL PROFESIONAL		
Características	Ficha de datos de diseño propio	Profesional
Satisfacción laboral	Cuestionario de Satisfacción Laboral S21/26 ¹⁸	Profesional
Burnout	Inventario de Burnout de Maslach (MBI) ¹⁹	Profesional
Satisfacción con el centro	Cuestionario de diseño propio	Profesional

* En este caso y con objeto de no perder información sobre las principales características de los residentes, algunos datos (características sociodemográficas) podían ser proporcionados por cualquiera de las tres fuentes, si bien el resto de datos habían de ser proporcionados por el propio residente.

TABLA III
**Instrumentos de evaluación incluidos
 en las baterías de evaluación**

Batería de Residentes (Batería R)
<ul style="list-style-type: none"> – Ficha de datos (elaboración propia). – Mini-Examen Cognoscitivo (MMSE)¹⁰. – Escala de Depresión en Demencia de Cornell¹⁴. – Calidad de Vida en Enfermedad de Alzheimer de Logsdon (QOL-AD)¹⁵. – Cuestionario de Satisfacción (elaboración propia).
Batería de Familiares (Batería F)
<ul style="list-style-type: none"> – Ficha de datos (elaboración propia). – Escala de Carga del Cuidador (CBI)¹⁶. – Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)¹⁷. – Calidad de Vida en Enfermedad de Alzheimer de Logsdon (QOL-AD)¹⁵. – Cuestionario de Satisfacción (elaboración propia).
Batería de Profesionales para la evaluación del Residente (Batería P-r)
<ul style="list-style-type: none"> – Ficha de datos del residente (elaboración propia). – Índice de Barthel (BI)¹². – Escala de Deterioro Global (GDS)¹¹. – Inventario de Agitación de Cohen-Mansfield (CMAI)¹³. – Escala de Depresión en Demencia de Cornell¹⁴. – Calidad de Vida en Enfermedad de Alzheimer de Logsdon (QOL-AD)¹⁵.
Batería de Profesionales para su propia evaluación (Batería P-p)
<ul style="list-style-type: none"> – Ficha de datos (elaboración propia). – Cuestionario de satisfacción laboral S21/26¹⁸. – Inventario de Burnout de Maslach (MBI)¹⁹. – Cuestionario de Satisfacción (elaboración propia).

co de demencia, con un porcentaje de ocupación en el momento de la evaluación del 91 %. En el momento en que se realizó el estudio, por tanto, los centros participantes albergaban un total de 1.203 residentes, de los que un 49 %, esto es, 588, presentaban demencia, siendo estos en los que se centró el presente estudio.

Caracterización de los participantes

La mayoría de los *residentes* de la muestra son mujeres (81 %), están viudas (61 %) y tienen hijos (75 %). Su nivel educativo es bajo, ya que más de un 91 % de los participantes carecen de estudios o han alcanzado como máximo un nivel elemental o primario. En cuanto a su edad, son personas que pueden considerarse mayores entre los mayores, con una media cercana a los 86 años y una moda de 90 años; estando la mayoría de los participantes (casi un 61 %) por encima de los 84 años. El tiempo medio de estancia en la residencia está por encima de los tres años, superando los cinco años en un 20 % de los casos. Además, algo más de un tercio de los residentes evaluados vivieron con anterioridad en otro centro residencial, con una duración media de sus estancias algo superior al año y medio. La mayoría de los residentes de la muestra (58 %) ocupaban una plaza pública, y en algo menos de la mitad de los casos (47 %) se ubicaban en unidades específicas de demencia. En cuanto al tipo de habitación, se distribuían equitativamente entre habitaciones individuales y dobles, mientras que los cuartos de baño de los que disponían eran en la mayoría de los casos compartidos por dos personas, siendo para algo más de un tercio de los residentes de la muestra, individuales.

Entre los *familiares* de los residentes también predominan las mujeres (62 %), con una edad media entorno a los 59 años

y que son en su mayor parte hijas del residente (67 %). De hecho, la mayoría de los familiares evaluados son o hijas o esposas de los residentes; tan solo un 22 % de ellos presenta otro tipo de parentesco, principalmente sobrinos y hermanos, y en mucha menor medida yernos o nueras, nietos u otros. Los familiares están mayoritariamente casados (76 %); y entre los que están casados, un 14,3 % lo están con el residente. Su nivel de estudios es mayoritariamente primario o secundario (casi el 72 % de los participantes). En cuanto a su situación laboral predominan los trabajadores por cuenta ajena (32 %), las amas de casa (23 %) y los jubilados (22 %). Tal y como se buscaba al establecer los criterios de inclusión, los familiares de la muestra visitaban con frecuencia a su familiar institucionalizado; en un 71 % de los casos declaraban visitarle más de una vez por semana, llegando en un 35 % de los casos a realizar visitas diarias. En cuanto a la duración de estas, también tendían a ser prolongadas: en un 71 % de los casos era superior a una hora, llegando en un 32 % de los familiares a superar las dos horas. En la mayoría de los casos (78 %) mantener a su familiar en la residencia supone un coste económico, si bien este se abona mayoritariamente (74 %) con los bienes o ingresos del propio residente.

Finalmente, entre los *miembros del personal* seleccionados para participar en el estudio predominan los auxiliares, ya sea de geriatría o fundamentalmente de enfermería (más del 88 %), en relación con los criterios de inclusión establecidos. En cuanto a sus características sociodemográficas, la gran mayoría (casi un 97 %) son mujeres, y tienen una edad media de casi 40 años. La mayor parte de ellos (75 %) ocupan un puesto fijo en la residencia, siendo también mayoritarios (83 %) los turnos rotatorios. Se puede considerar que los trabajado-

res entrevistados tienen experiencia en los centros de referencia ya que como promedio llevan trabajando en ellos casi cuatro años, si bien la variabilidad es muy grande. En cualquier caso, más de la mitad de los entrevistados (55 %) llevaban más de dos años trabajando en el centro. Es más, una buena parte de los miembros del personal entrevistados (58 %) habían trabajado con anterioridad en otra u otras residencias, con una duración promedio en el puesto superior a los dos años, aunque con una gran variabilidad. Respecto a la formación relacionada con el trabajo que desempeñan, la gran mayoría (92 %) dice haber recibido formación específica sobre mayores, bajando un poco (a un 76 %) cuando se les pregunta sobre formación específica en Alzheimer u otras demencias.

Estado de los participantes

Los datos del MMSE muestran un nivel promedio que se consideraría indicativo de daño cognitivo moderado, casi severo. De hecho casi todos los sujetos de la muestra (90 %) tienen daño cognitivo moderado o severo, llegando a severo en un 45,4 % de los casos. Tal y como se requería en los criterios de inclusión, ninguno de los participantes presentaba un nivel cognitivo normal.

En relación con ello, los residentes evaluados muestran un nivel de autonomía personal bajo, con puntuaciones medias en el índice Barthel que les sitúan en un nivel de dependencia total (< 20). De hecho un 66 % de los residentes de la muestra presentan niveles de dependencia grave o total (total para un 46 % de ellos) según el profesional encargado de su cuidado directo.

Sin embargo, el nivel de depresión de los residentes es bajo, tanto en la evaluación realizada durante la entrevista a los residentes con la Escala de Depresión de

Cornell como en las valoraciones realizadas por los profesionales. Los valores medios de ambas evaluaciones se sitúan en niveles indicativos de ausencia de depresión, mostrando la mayoría de los participantes puntuaciones correspondientes a ese mismo nivel. De hecho, los porcentajes de residentes que presentan niveles indicativos de depresión mayor son bajos (0,9 % en la evaluación directa a los residentes y 7,2 % en la evaluación realizada por los profesionales). Cabe reseñar, no obstante, que los niveles de depresión son más altos en las evaluaciones de los profesionales que en las realizadas directamente por el evaluador en su entrevista con el residente.

Calidad de Vida (CV) de los residentes

La evaluación de la calidad de vida de los residentes se llevó a cabo mediante la aplicación del QOL-AD en su versión para residencias de Edelman et al., 2005 a las tres fuentes de información²⁰. Los resultados aparecen en la tabla IV.

El primer dato a destacar es el elevado porcentaje de residentes que respondieron al cuestionario: un 49 % de los residentes evaluados contestaron a un número suficiente de ítems del QOL-AD (i. e. 13 o más) según los criterios establecidos en la aplicación de la prueba. La puntuación media en el MMSE de quienes respondieron al cuestionario fue de 13,30 (DT = 5,88), indicativa de un daño cognitivo moderado.

Dado que no existen baremos establecidos para la interpretación de estos datos, se compararon con los dos únicos estudios encontrados que utilizan esta misma versión del QOL-AD aplicada a personas con demencia institucionalizadas en centros residenciales^{20, 21}. Los datos indican que los niveles de CV de los residentes son menores en el presente estudio, tanto cuando los evalúa el propio

residente como cuando la evaluación la realizan informadores externos (proxy), en concreto miembros del personal encargado de la atención directa de los residentes con Alzheimer. De hecho los análisis ponen de manifiesto que dichas diferencias son significativas en todos los casos [$t(101) = -13,38, p < ,001$ y $t(101) = -7,82, p < ,001$, para la CV evaluada por el propio residente en los trabajos de Edelman y Zimmerman^{20, 21}, respectivamente; $t(196) = -9,83, p < ,001$ y $t(196) = -23,07, p < ,001$, para la CV evaluada por el personal del centro]. No existen datos de referencia para la evaluación de la CV de los residentes evaluada por sus familiares para esta versión del instrumento.

Por otro lado, los datos ponen de manifiesto, que, en concordancia con lo obtenido en estudios previos, las valoraciones que hacen los residentes de su CV son superiores a las realizadas por los informadores próximos, ya sean estos familiares o personal del centro residencial. El correspondiente ANOVA de medidas repetidas sobre la puntuación total de la escala pone de manifiesto que dichas diferencias alcanzan la significación estadística [$F(2,132) = 21,86, p < ,001$]. Más específicamente fueron significativas las diferencias entre las evaluaciones de Residentes y Familiares, y entre Residentes y Profesionales (ambas $p < ,001$ con ajuste Bonferroni). La correlación entre las tres valoraciones fue baja, alcanzando la significación únicamente en el caso del par Familiares-Profesionales [$r = ,096$ para Residentes-Familiares; $r = ,166$ para Residentes-Profesionales; y $r = ,208, p < ,01$, para Familiares-Profesionales]. En consecuencia, los datos parecen indicar que las puntuaciones de los propios residentes sobre su calidad de vida son superiores a las de los proxy, existiendo una correlación significativa entre las puntuaciones de los distintos

TABLA IV
Media y desviación típica (entre paréntesis) de la calidad de vida
de los residentes según los propios residentes, sus familiares
y el personal de atención directa de la residencia

	Residente N = 102	Familiar N = 184	Profesional N = 197
1. Salud física	2,58 (0,72)	2,05 (0,91)	2,23 (0,84)
2. Energía	2,51 (0,74)	1,80 (0,86)	2,10 (0,86)
3. Estado de ánimo	2,53 (0,82)	1,98 (0,89)	2,14 (0,80)
4. Condiciones de vida	2,62 (0,70)	2,45 (0,94)	2,56 (0,85)
5. Memoria	1,84 (0,71)	1,30 (0,58)	1,48 (0,71)
6. Familia	2,88 (0,66)	2,65 (0,94)	2,79 (0,94)
7. Amigos	2,64 (0,77)	1,92 (0,93)	1,92 (0,97)
8. Usted mismo en general	2,69 (0,63)	2,64 (0,94)	2,76 (0,82)
9. Capacidad para mantenerse ocupado	2,42 (0,78)	1,58 (0,78)	1,56 (0,80)
10. Capacidad para hacer cosas por diversión	2,37 (0,80)	1,46 (0,74)	1,35 (0,70)
11. La vida en general	2,51 (0,62)	1,92 (0,86)	2,06 (0,87)
12. Las personas que trabajan aquí	2,90 (0,53)	2,98 (0,79)	2,98 (0,74)
13. Capacidad de cuidar de uno mismo	2,24 (0,72)	1,33 (0,63)	1,56 (0,88)
14. Capacidad de vivir con otras personas	2,72 (0,65)	1,99 (0,97)	2,09 (0,96)
15. Capacidad de hacer elecciones en la propia vida	2,12 (0,78)	1,29 (0,61)	1,39 (0,73)
PROMEDIO	2,51 (0,71)	1,95 (0,82)	2,06 (0,83)
QOL-AD (rango 15-60)	37,60 (6,71)	29,31 (7,57)	30,95 (7,21)

grupos de estos (i. e. familiares y personal del centro).

Variables relacionadas con las puntuaciones de CV de los residentes

Para conocer este aspecto se realizaron diversos análisis de correlaciones y de regresión, para las puntuaciones en esta variable de cada una de las fuentes evaluadas. Los resultados de los análisis de regresión aparecen resumidos en la tabla V. Como puede verse, en el caso de la CV evaluada por el propio paciente, los datos indicaron que la variable que explicaba el mayor porcentaje de la varianza era depresión seguida de funcionamiento cognitivo. Menores niveles de depresión

y mejor funcionamiento cognitivo predicen mayores puntuaciones en calidad de vida (según la evaluación realizada por el propio residente), explicando un 36,6% de la varianza de esta variable. Para las puntuaciones de CV según el familiar se encontró que una mayor autonomía para las AVD del residente, el que el familiar hable con el residente durante las visitas, el que no se hayan utilizado tubos o jeringuillas en la alimentación del residente en el último mes, menores niveles de depresión del familiar, menor tiempo de estancia del residente en el centro y el que el familiar no participe en el pago de la residencia, predicen mayores puntuaciones en la valoración que el familiar hace de la CV del residente, explicando un

TABLA V
Análisis de regresión múltiple por pasos sucesivos de la calidad de vida de los residentes para las tres fuentes de información

	β	ΔR^2	p
Residentes (n = 102)			
Depresión (Cornell-R)	-,509	,263	,000
Funcionamiento Cognitivo (MMSE)	,322	,103	,000
Familiares (n = 184)			
Autonomía AVD (Barthel)	,258	,134	,000
El familiar habla con el residente durante las visitas de forma regular	,201	,062	,000
Utilización tubos o jeringuillas de alimentación ult. Mes	-,183	,032	,007
Depresión del familiar (BDI-II)	-,146	,023	,020
Meses totales en residencias	-,159	,023	,018
El familiar participa en el pago de la residencia	-,151	,020	,027
Personal (n = 197)			
Autonomía AVD (Barthel)	,198	,261	,000
Horario de trabajo (0 = rotatorio; 1 = otros)	,172	,063	,000
Deterioro Cognitivo (GDS)	-,234	,031	,003
Gestión residencia (0 = pública; 1 = privada)	,199	,031	,002
Depresión (Cornell-P)	-,150	,027	,003
Presencia Incontinencia Urinaria ult. mes	-,152	,012	,044
Utilización tubos o jeringuillas de alimentación ult. Mes	-,116	,012	,045

29,4% de la varianza de esta variable. Finalmente, para la valoración de la CV del residente según los miembros del personal del centro se encontró que una mayor autonomía para las AVD del residente, el que el profesional no tenga un turno de trabajo rotatorio, que el residente tenga menor deterioro cognitivo, que la residencia sea de gestión privada, que el residente presente menores niveles de depresión según la valoración del profesional, que el residente no haya presentado incontinencia urinaria en el último mes, y que no se hayan utilizado tubos o jeringuillas en su alimentación en ese tiempo, predicen mayores puntuaciones en la valoración que el miembro del personal del centro hace de la CV del residente, explicando un 43,7% de la varianza de esta variable.

En suma, los datos sobre las variables relacionadas con la CV del residente evaluada por las distintas fuentes apuntan a que la valoración de los propios residentes se ve muy influida por su estado emocional y funcionamiento cognitivo, mientras que en las valoraciones de los proxy tiene una mayor influencia el nivel de autonomía funcional, que se pone de manifiesto tanto de manera directa (peso de las puntuaciones del Barthel) como de manera indirecta (a través de variables como la posibilidad o no de que el familiar hable con el residente durante las visitas, la no presencia de incontinencia urinaria, o el no tener que recurrir a dispositivos como tubos o jeringuillas para su alimentación). En el caso de los familiares influyen también algunas características propias (nivel de depresión, no contribuir al pago de la residencia), si bien su peso es menor (las tres variables indicativas del estado funcional explican un 23% de la varianza, aportando el resto de variables menos de un 7%). Hay que indicar, además, que en el caso de los familiares la valoración de la CV es mejor

cuando el residente lleva menos tiempo en la residencia, lo que podría indicar una actitud más positiva hacia la misma en una fase inicial que podría relacionarse a su vez con el período de adaptación a la misma y de aceptación de la institucionalización. En el caso de las valoraciones del personal del centro tienen influencia también algunas características de su trabajo (tipo de turno) y del centro (tipo de gestión), explicando ambas variables un 9% de la varianza. Cabe reseñar que en este caso también influye la valoración que el miembro del personal hace del nivel de depresión de ese residente, lo que podría estar indicando que las evaluaciones que hacen los profesionales en ambas variables relativas al residente presentan cierta interdependencia. En la misma línea cabe señalar la influencia del deterioro cognitivo evaluado por el profesional a través del GDS, si bien en este caso podría relacionarse también con la ya comentada valoración del nivel de autonomía funcional.

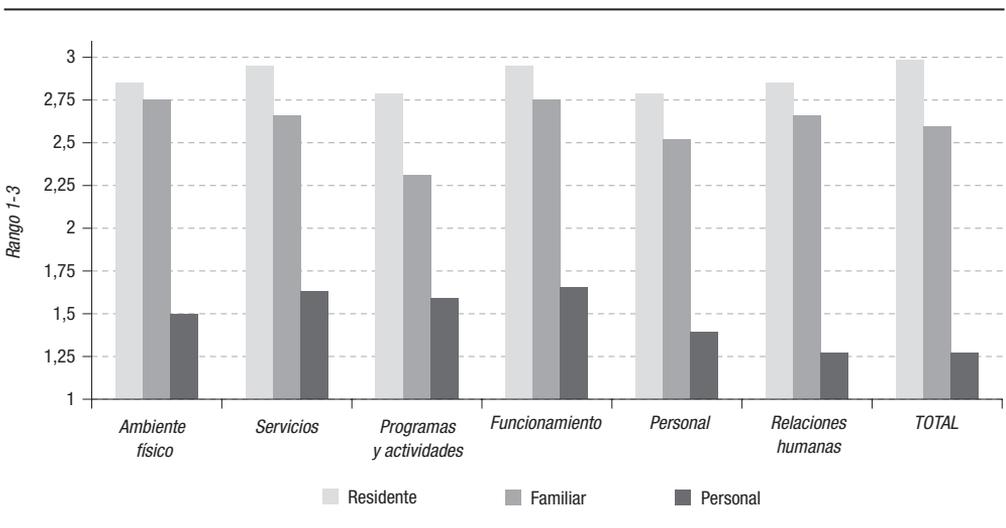
Satisfacción con la residencia

Al considerar los datos generales de satisfacción con la residencia, se constató que esta es mayor en los residentes, seguidos de los familiares y en último lugar de los miembros del personal. Las diferencias alcanzaron significación estadística ($F = 13,04$, $p < ,001$), indicando que los miembros del personal estaban menos satisfechos que residentes ($p = ,002$) y que familiares ($p = ,001$), sin que hubiera diferencias significativas entre los dos grupos de proxy.

El mismo patrón se repite cuando se considera la satisfacción con las distintas áreas o aspectos de la residencia y la atención residencial (i. e. ambiente físico, servicios, programas y actividades, funcionamiento, personal y relaciones humanas), tal y como puede observarse en

GRÁFICO I

Satisfacción media (escala 1-3) por áreas, entre los que responden y dicen estar familiarizados con ese aspecto



el gráfico I. Los análisis estadísticos mostraron que existían diferencias significativas entre los grupos en todas las áreas. Las pruebas post-hoc mostraron que las diferencias significativas para todas las áreas se producían entre Residentes y Profesionales (mostrando los primeros una mayor satisfacción), y entre Familiares y Profesionales (también en este caso con los primeros con mayores niveles de satisfacción). En el caso de la Satisfacción con los Programas y Actividades, y con las Relaciones Humanas, también alcanzaron significación las diferencias entre Residentes y Familiares (mostrando los primeros mayores niveles de satisfacción). Además hay que resaltar que todas las diferencias fueron altamente significativas ($p < ,001$).

Necesidades no satisfechas

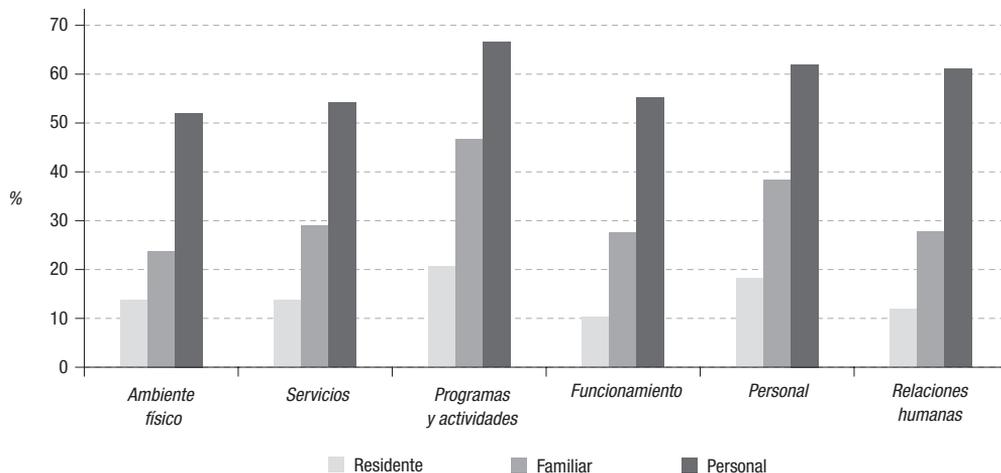
En el gráfico II se presentan, para cada una de las áreas de atención residencial evaluadas, los porcentajes promedio de participantes de cada grupo que indican

que se precisa mejora, ya sea esta alguna mejora o una gran mejora. El mayor grado de satisfacción y menor necesidad de cambio se observa en el funcionamiento de los centros, los servicios ofrecidos y el ambiente físico e instalaciones; las necesidades de cambio se centran en programas y actividades, personal y relaciones humanas, si bien en este último aspecto se requieren «algunas mejoras», más que grandes mejoras. En general los profesionales son los que señalan una mayor necesidad de cambios y mejoras, seguidos de los familiares. Los residentes, por su parte, son los que manifiestan menores necesidades de cambio en general y en todas las áreas.

Para hacer una valoración global del número de necesidades no satisfechas en la atención residencial para cada uno de los grupos participantes en el estudio, se hizo un cómputo del número de aspectos para los que consideraban que era necesaria alguna mejora o una gran mejora. De modo complementario se computó el

GRÁFICO II

Porcentajes promedio de participantes que indican que se precisa mejora (alguna o grande) en ese aspecto

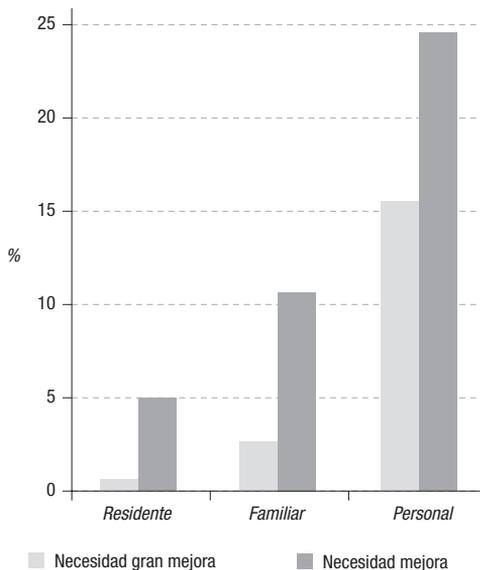


número de aspectos para los que consideraban que era necesaria una gran mejora. Estos datos oscilaban entre 0 y 67, por ser este el número de ítems del Cuestionario de Satisfacción. No obstante, para facilitar la interpretación de los datos, se transformó en una escala de 0-100 que permitía conocer el porcentaje de aspectos para los que identifican necesidad de mejora (en sentido amplio) o de una gran mejora. Los datos para cada grupo se presentan en el gráfico III.

Los correspondientes análisis de varianzas mostraron que las diferencias entre grupos eran estadísticamente significativas [$F(2,373) = 164,18, p < ,001$, para Necesidad de una gran mejora; $F(2,373) = 77,06, p < ,001$, para Necesidad de Mejora]. Las comparaciones post hoc arrojaron diferencias significativas entre los miembros del personal y los otros dos grupos ($p < ,001$) para Necesidad de una gran mejora, y diferencias significativas en todas las comparaciones ($p < ,001$) para Necesidad de mejora.

GRÁFICO III

Porcentaje de necesidades no satisfechas sobre los 67 aspectos evaluados



VARIABLES RELACIONADAS CON LAS NECESIDADES NO SATISFECHAS

Para conocer las variables relacionadas con la satisfacción en los tres grupos se realizaron diversos análisis de correlaciones y de regresión teniendo en cuenta tanto características de los participantes de cada uno de los grupos, como de los propios centros. Los resultados de los análisis de regresión aparecen resumidos en la tabla VI. Como puede verse, los datos ponen de manifiesto que un mayor nivel de depresión y un menor deterioro cognitivo del residente predicen puntuaciones más altas en necesidades no satisfechas en este, explicando un 19,2% de la varianza de esta variable. Por su parte el análisis de la satisfacción de los familiares indica que la baja satisfacción del familiar con el personal de atención directa, la no disponibilidad en el centro de

servicio de voluntariado, el que el familiar ordene la habitación durante las visitas, que sea más joven y que tenga mayor nivel de carga, predice mayor número de necesidades no satisfechas, explicando un 35,4% de la varianza de esta variable. Finalmente, los datos referentes a la satisfacción de los miembros del personal muestran que menores niveles de satisfacción laboral, la no disponibilidad en el centro de terapia ocupacional, el mayor número de personas a las que atiende directamente y un menor nivel de realización personal predicen un mayor número de necesidades no satisfechas en el personal, explicando un 39,7% de la varianza de esta variable.

De los análisis de las variables relacionadas con las necesidades no satisfechas de los tres colectivos, se puede concluir, en suma, que mientras que en el caso de los residentes se relacionan fundamental-

TABLA VI
Análisis de regresión múltiple por pasos sucesivos de las necesidades no satisfechas de los residentes, familiares y miembros del personal

	β	ΔR^2	p
Residentes (n = 102)			
Depresión (Cornell-Residente)	,307	,132	,004
Deterioro Cognitivo (GDS)	-,299	,086	,013
Familiares (n = 184)			
Satisfacción con las relaciones con el personal de atención directa	-,413	,204	,000
Disposición en el centro de servicio de voluntariado	-,251	,070	,000
El familiar ordena la habitación durante las visitas	,184	,039	,004
Edad del familiar	-,145	,021	,004
Carga (CBI)	,141	,019	,039
Personal (n = 197)			
Satisfacción laboral (Total S21/26)	-,362	,198	,000
Disposición en el centro de Terapia Ocupacional	-,235	,111	,001
Número de personas a las que atiende directamente	,247	,052	,014
Realización Personal (MBI)	-,200	,036	,037

mente con un mayor nivel de depresión y un menor deterioro cognitivo, en el caso de familiares y profesionales tienen mayor peso elementos relativos a la satisfacción. Así, en el caso de los familiares lo más determinante es la relación que mantienen con el personal de atención directa al residente (factor que explica por sí solo un 20 % de la varianza del número de necesidades no satisfechas). Factores personales, como la edad o la percepción de sobrecarga, tienen un peso mucho menor (entorno a un 4 %). Del mismo modo, en el caso de los profesionales lo más determinante es la satisfacción laboral. Cabe reseñar que en este caso aparece como un elemento a considerar la disponibilidad de servicio de Terapia Ocupacional en el centro. Este servicio, que no está presente en todos los centros evaluados, pero sí en una mayoría (en más del 80 %) puede constituirse en un elemento importante en la valoración de los profesionales, de modo que su ausencia en el centro marque una diferencia importante.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El estudio que aquí se presenta resulta novedoso por cuatro razones, principalmente:

- Por ser el primero realizado en nuestro país que se centra de manera específica en el análisis de las condiciones de vida de las personas con demencia en las residencias. De hecho los estudios sobre residencias en general son aún escasos en España, y, en ocasiones, no suficientemente rigurosos desde un punto de vista metodológico. Añadiéndose que hasta la fecha ninguno se ha centrado de manera específica en las circunstancias de las personas con demencia, un grupo en notable incremento en las residencias en los últimos años.

- Por incluir evaluaciones sobre los mismos temas tanto de residentes como de familiares y miembros del personal. Este tipo de evaluación permite contrastar los puntos de vista de los tres grupos sobre cada aspecto evaluado y puede proporcionar una panorámica más ajustada de la problemática de las personas con demencia y de las necesidades que han de ser tenidas en cuenta en su atención en centros residenciales.
- Por emplear conjuntamente metodología cuantitativa y cualitativa, de manera que ambos tipos de procedimiento se complementan y aumentan la validez y calidad científica de los resultados.
- Por sugerir actuaciones concretas para mejorar la calidad de la atención a la dependencia de las personas mayores con demencia a partir de las valoraciones directas que realizan los tres agentes principales —residente, familia y trabajador— de la atención actual.

En su conjunto los datos del presente estudio indican que la calidad de vida de los residentes y su satisfacción con la atención recibida en el centro es mayor en aquellos que presentan un mejor estado emocional (menores niveles de depresión). Asimismo se constata que los residentes que presentan un mejor funcionamiento cognitivo consideran que tienen una mejor calidad de vida, si bien se muestran más críticos a la hora de valorar la atención que reciben, lo que podría relacionarse con las dificultades de expresión de necesidades en personas con niveles de deterioro cognitivo más avanzado.

Frente a ello la valoración que las personas próximas a los residentes (i. e. familiares y personal de atención directa) hacen de la calidad de vida de estos se ve muy influenciada por sus niveles de auto-

nomía para las actividades de la vida diaria: mayores niveles de autonomía se relacionan de manera consistente con mayores puntuaciones en calidad de vida. No obstante, la autonomía funcional no resulta determinante en la valoración que los propios residentes hacen de su calidad de vida, siendo más relevante, como se ha comentado, su estado emocional.

En el caso de los familiares, los datos ponen de manifiesto que el aspecto más relevante en la predicción de su satisfacción con el centro residencial es su satisfacción con sus relaciones con el personal de atención directa. Esta opinión es compartida por los profesionales que resaltan la importancia de esta relación, y, de manera particular, del correcto afrontamiento de los posibles conflictos con la familia y de la minimización de estos, para lo que reclaman actividades y servicios específicos para familias.

Por su parte, la percepción que los miembros del personal tienen de la atención residencial se relaciona con su situación laboral, y en concreto, con el número de personas a las que atienden directamente y, sobre todo, con su satisfacción laboral, especialmente con la satisfacción intrínseca y la realización personal que obtienen con su trabajo.

Por lo que respecta a las características de los centros, los datos apuntan a una mayor satisfacción, con las residencias de titularidad y gestión privada y de menor tamaño (algo que los profesionales consideran fundamental para alcanzar el objetivo del trato personalizado a los residentes). No obstante, el efecto de las características del centro en la satisfacción con los distintos aspectos de la vida en la residencia es menor que el de los elementos citados anteriormente. De manera más específica, la utilización de unidades específicas de demencia se considera útil por parte de los tres grupos, si bien el hecho de que un paciente esté

ubicado o no en este tipo de dispositivos no tiene influencia en su calidad de vida ni en sus niveles de satisfacción.

En función de todo lo anterior se pueden establecer las siguientes recomendaciones generales para la mejora de las condiciones de vida de las personas con demencia en las residencias geriátricas:

- A la hora de realizar acciones en residencias, es necesario obtener el punto de vista de los residentes, aún cuando tengan deterioro cognitivo. El estudio ha demostrado la posibilidad de evaluar directamente a los residentes con deterioro cognitivo.
- Asimismo, es conveniente contar con distintas fuentes de información. Hay que tener en cuenta que las personas con demencia tienden a expresar menos sus necesidades, lo que puede traducirse en cierto conformismo. Por otro lado cabe señalar que los profesionales tienden a informar de mayor nivel de depresión y menor calidad de vida de los residentes que puede ser debido a una mala interpretación de la conducta de los residentes y a la dificultad para evaluar la calidad de vida de otra persona.
- Es preciso prestar atención y establecer acciones específicas para mejorar el estado emocional de los residentes, y en concreto, sus niveles de depresión, por ser este un aspecto que mediatiza sus percepciones del centro y su vivencia de la estancia en la residencia.
- Asimismo es necesario potenciar las actividades de la vida diaria de los residentes, mediante programas específicos, pero también mediante la consideración de este aspecto en las rutinas diarias de cuidado y la información a los familiares sobre la relevancia de la autonomía del residente en su esta-

do general. Junto a estos programas, deben incluirse estrategias específicas de motivación de los residentes para asegurar su participación en estas actividades.

- Sería conveniente prestar atención a la satisfacción laboral de los miembros del personal del centro, y en especial al desarrollo de la motivación intrínseca por su trabajo, particularmente en aquellos miembros del personal implicados en la atención directa a los residentes. En este sentido parece importante cuidar la formación continua, así como una mejora en el reconocimiento social e institucional del trabajo realizado.
- Es preciso llevar a cabo acciones concretas para la mejora de las relaciones entre los distintos agentes de la vida de las residencias, con particular atención a las relaciones entre familiares y miembros del personal, por un lado, y a las relaciones entre residentes, por otro. Se trata de ofrecer información clara acerca de las funciones de los distintos profesionales y dotar a familiares y profesionales de habilidades de relación interpersonal y estrategias de solución de conflictos.

En definitiva, el camino recorrido en los últimos años en la atención residencial geriátrica en nuestro país ha sido grande. Sin embargo, los logros obtenidos no pueden hacer que nos detengamos; el camino es todavía largo. Es más, la necesidad de adaptación es constante ya que las personas que utilizan hoy nuestras residencias poco tienen que ver con quienes las utilizaban hace unos años. Esperamos por ello que este «retrato» de las necesidades actuales se traduzca en nuevos logros; nuevos logros en este caso para ese grupo cada vez más numeroso, y sin embargo tan poco estudiado, que son los residentes con demencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Mongil R, López-Trigo JA. Prevalencia de deterioro cognitivo y demencia en residencias españolas: estudio Resydem. *Informaciones Psiquiátricas* 2007;188:97-110.
2. MacDonald A, Dening T. Dementia is being avoided in NHS and social care. *British Medical Journal* 2002;324:548.
3. IMSERSO (Madrid). Las personas mayores en las residencias (2 tomos). IMSERSO; 2000.
4. Hancock GA, Woods B, Challis D, Orrell M. The needs of older people with dementia in residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2006;21:43-49.
5. WHO QOL Group (Ginebra). World Health Organization Quality of Life-100. World Health Organization Division of Mental Health; 1995.
6. Mozley CG, Huxley P, Sutcliffe C et al. «Not knowing where I am doesn't mean I don't know what I like»: cognitive impairment and quality of life responses in elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1999; 14:776-783.
7. Ejaz FK, Noelker LS, Schur D, Whitchatch CJ, Looman WJ. Family satisfaction with nursing home care for relatives with dementia. *Journal of Applied Gerontology* 2002;21:368-384.
8. Katona C, Livingston G, Cooper C, Ames D, Brodaty H, Chiu E. On behalf of the Consensus Group. International Psychogeriatric Association consensus statement on defining and measuring treatment benefits in dementia. *International Psychogeriatrics* 2008; 19:345-354.

9. Hoe J, Hancock G, Livingston G, Orrell M. Quality of life in people with dementia in residential care homes. *British Journal of Psychiatry* 2006;188: 460-464.
10. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, Cámara C, Ventura T, Morales Asín F, Pascual LF, Montañés JA, Aznar S. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Medicina Clínica* 1999;112: 767-774.
11. Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry* 1982;139:1136-1139.
12. Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965;14(2): 61-65.
13. Cohen-Mansfield J. Instruction Manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). 1991. Disponible tras solicitud al autor.
14. Pujol J, de Aspiazu P, Salamero M, Cuevas R. Sintomatología depresiva de la demencia. Escala de Cornell: validación de la versión en castellano. *Revista de Neurología* 2001;33:397-398.
15. Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Quality of life in Alzheimer's disease: Patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health and Aging* 1999;5:21-32.
16. Martín M, Salvado I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz, Taussing MI. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología* 1996;6:338-346.
17. Sanz J, García-Vera MP, Espinosa R, Fortín M, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud* 2005;16:121-142.
18. Meliá JL. Cuestionario de Satisfacción Laboral S21/26. 1998. Disponible en http://www.uv.es/meliajl/Research/Cuest_Satisf/S21_26.PDF.
19. Seisdedos N. Manual MBI: Inventario «Burnout» de Maslach. Madrid, TEA; 1997.
20. Edelman P, Fulton BR, Kuhn D, Chang CH. A comparison of three methods of measuring dementia-specific quality of life: perspectives of residents, staff, and observers. *The Gerontologist* 2005; 4:27-36.
21. Zimmerman S, Sloane PD, Williams CS, Reed PS, Preisser JS, Eckert JK, Boustani M, Dobbs D. Dementia care and quality of life in assisted living and nursing homes. *The Gerontologist* 2005;4(special issue I):133-146.

ANÁLISIS DE LA VALIDEZ DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE 5 ÍTEMS EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS CON DEMENCIA

OLGA GUTIÉRREZ DUQUE

Geriatra. Hospital Sant Antoni Abat. Vilanova i la Geltrú (Barcelona).

Trabajo premiado con el Primer Premio de la edición 2009-2011 del Máster en Psicogeriatría de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Recepción: 01-03-12 / Aceptación: 27-03-12

RESUMEN

El aumento del envejecimiento en nuestro entorno, la alta prevalencia de los trastornos depresivos en la población anciana, la dificultad en identificar e interpretar sus síntomas y la frecuente comorbilidad de la depresión con patologías típicas de la vejez como la demencia, argumentan entre otras razones, la considerable importancia del estudio del trastorno depresivo en este tipo de pacientes. El hecho de que el trastorno depresivo en los ancianos sea una de las causas más frecuentes de atención médica, que sea tratable de un modo efectivo y que existan indicios epidemiológicos de carencias en su detección, hacen de la depresión una de las áreas de mayor actividad investigadora de los últimos años dentro de la psiquiatría geriátrica.

La escala de depresión geriátrica de Yesavage (*GDS, siglas en inglés*) de 30 ítems (*GDS-30*) fue diseñada específicamente

para el cribado de depresión en ancianos, siendo ampliamente utilizada en distintos niveles asistenciales. A pesar de su eficacia, la falta de tiempo en la atención médica diaria, se planteó la necesidad del uso de escalas más cortas, como la versión de 15 ítems (*GDS-15*). Actualmente están en estudio de validación versiones ultracortas como la de 5 ítems (*GDS-5*), especialmente en atención primaria, siendo el objetivo principal de nuestra investigación, su validez a nivel hospitalario y en pacientes con demencia.

INTRODUCCIÓN

En los países desarrollados el sector de la población anciana es el que ha sufrido una mayor tasa de crecimiento en las últimas décadas, ocasionando un impacto significativo en la salud pública y en la atención sanitaria. De todas las regiones del mundo, Europa tiene la mayor pro-

porción de personas mayores de 65 años y este porcentaje se va a duplicar hasta más del 28 % en el año 2050. Datos recientes del EUROPOP2008 muestran que el tramo poblacional mayor de 65 años va a aumentar del 17,1 % al 30 % y el número pasará de 84,6 millones en 2008 a 151,5 millones en 2060. El coste del cuidado de esta población supondrá entre el 5 % y el 20 % del producto interior bruto en el año 2025¹.

La depresión es probablemente el trastorno psiquiátrico, de entre los que requieren tratamiento, más habitual en la población anciana. La incidencia de depresión en el anciano ha aumentado en los últimos años, un 30 % de personas mayores de 65 años refieren padecer de algún trastorno afectivo². Se ha establecido que los trastornos depresivos afectan acerca del 10 % de los ancianos que viven en la comunidad y al 15-35 % de los que viven en residencia, elevándose la cifra al 25 % en hospitalizados y al 50 % en pacientes con patología cerebral como la enfermedad de Alzheimer (EA) o enfermedad de Parkinson^{3, 4}.

A pesar de ello, las manifestaciones clínicas del trastorno depresivo mayor o menor en el anciano, presentan ciertas peculiaridades que hacen más difícil su diagnóstico. La depresión tiende a ser menos ideacional y más somática; claves de la depresión en el anciano son las quejas somáticas, los sentimientos de desesperación, la ansiedad e inquietud, la disminución o ausencia de la sensación de placer, movimientos enlentecidos y la disminución en el cuidado y aseo personal^{5, 6}.

Diversos estudios transversales han demostrado que el trastorno depresivo en los ancianos se asocia a un aumento de la discapacidad y dependencia con el consiguiente aumento de la comorbilidad, deterioro cognitivo y cambios conductuales o afectivos⁷. La depresión en el anciano

contribuye a un empeoramiento en su calidad de vida y a un aumento de la mortalidad debido al suicidio y enfermedades médicas. A pesar de la gran repercusión socio-sanitaria que conlleva, actualmente la depresión sigue siendo infradiagnosticada y tratada en este grupo de edad⁸.

Los criterios diagnósticos del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado (*DSM-IV-TR, siglas en inglés*), son válidos para muchos de los casos de depresión en el anciano, aún así, es evidente que las peculiaridades clínicas en estos sujetos pueden dificultar la tarea diagnóstica del clínico, por ello, resulta conveniente recurrir a instrumentos clínicos de cribado, para detectar la presencia de un síndrome depresivo en el anciano. El GDS es la escala más utilizada clínicamente y la recomendada para su utilización en la persona mayor.

Inicialmente se diseñó con 30 preguntas de respuestas dicotómicas (GDS-30), obteniendo en diversos estudios, una elevada sensibilidad del 84 %, especificidad del 95 % y una buena correlación en comparación con otras escalas clásicas de cribado de depresión⁹, actualmente validada al castellano¹⁰.

Posteriormente Sheikh y Yesavage propusieron una versión abreviada de la GDS-30, formada por 15 preguntas dicotómicas (GDS-15), que solo requiere de 5 a 7 minutos para su realización, evitando así los problemas de fatiga y pérdida de atención propio en este grupo de edad y más aún en los casos con algún grado de deterioro cognitivo, siendo su sensibilidad y especificidad similar a la versión original de 30 ítems¹¹, actualmente validada al castellano¹².

Recientemente, varios autores han propuesto escalas ultracortas, basadas en la escala abreviada GDS-15, que cuentan con diez ítems (GDS-10)¹³, cinco ítems (GDS-5)^{14, 15}, cuatro ítems (GDS-4)^{2, 16} o incluso con tan solo de una pregunta

(GDS-1)^{4, 17}. De cualquier forma, la mayoría de los estudios establecen que, pese a las buenas perspectivas de estas versiones, se precisan estudios más amplios para poder recomendar su uso generalizado¹⁸.

A pesar del uso clínico de las versiones ultracortas del GDS y otras escalas de cribado de depresión en el anciano, actualmente los médicos se preocupan por la validez de dichas escalas en la detección de depresión en pacientes con demencia, siendo importante su estudio por ser individuos con un alto riesgo de depresión.

Existen escalas para la detección de depresión en ancianos con demencia como la escala de Cornell (*CSDD, siglas en inglés*), pero debido al poco tiempo en las consultas médicas, no tener un informador fiable, las manifestaciones clínicas del síndrome demencial que se solapan con síntomas depresivos, hacen que dichos pacientes no reciban un adecuado cribado; por ello, actualmente se investiga el uso de versiones ultracortas del GDS en pacientes con deterioro cognitivo¹⁹. Igualmente, se recomienda el cribado de depresión en ancianos hospitalizados, especialmente en unidades de agudos, para así mejorar resultados adversos de salud²⁰.

En la literatura científica, se ha analizado la validez de diferentes versiones ultracortas del GDS en pacientes con o sin deterioro cognitivo en los diferentes niveles asistenciales, que se comentan en la discusión tras el análisis de los resultados de nuestro estudio.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

La escala de depresión geriátrica de Yesavage de 5 ítems es un instrumento válido en la detección de depresión en ancianos hospitalizados con demencia.

OBJETIVOS

Este estudio tiene como objetivo principal analizar la viabilidad y validez de la escala GDS-5 en el cribado de depresión mayor o menor, en individuos mayores de 64 años con demencia de cualquier perfil y grado de severidad, ingresados en un medio hospitalario.

Como objetivos secundarios, se pretende realizar un análisis descriptivo de la cohorte y un análisis comparativo entre la variable dependiente y variables independientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica

Previa a la realización del diseño del estudio, efectuamos una revisión bibliográfica en las bases de datos MEDLINE, EMBASE, SCISEARCH y Cochrane Library con las siguientes palabras claves en inglés: *Geriatric Depression scale, GDS-5, depression, reliability, aged y adult*.

Con la siguiente búsqueda, *geriatric depression scale [TI]* obtuvimos 151 referencias bibliográficas en relación a revisiones sistemáticas, estudios analíticos y estudios de validación en diferentes países, de las diversas versiones de la escala de depresión geriátrica. Para una mayor precisión, realizamos las siguientes búsquedas: *GDS [TI] AND depression* obteniendo 45 referencias bibliográficas; *geriatric depression scale short form [TI]* obteniendo siete referencias y *GDS-5 [TI]* encontrando un único artículo.

Seleccionamos y examinamos aquellos estudios que analizaron la validez del GDS-5 en el cribaje de depresión en individuos con o sin demencia en cualquier nivel asistencial, con especial énfasis en el medio hospitalario. La lista de referencias bibliográficas obtenida como resultado de

la búsqueda, la hemos guardado en el programa informático de gestión de referencias, *reference manager*, para un manejo más eficaz y versátil de la información.

Diseño del estudio

Estudio observacional, descriptivo, trasversal. Estudio de validación.

Población y muestra

La población diana, a la que se desea generalizar los resultados, serían los sujetos mayores de 64 años residentes en España, hospitalizados, con demencia. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, definimos la población a estudio, y tras un muestreo no probabilístico tipo casual o incidental, reclutamos una muestra de 100 sujetos ingresados en el hospital socio-sanitario Sant Antoni Abat, en las unidades de subagudos, convalecencia y psicogeriatría, durante el período comprendido entre enero y junio de 2011. El número de individuos necesarios a estudiar para tener las mínimas garantías de poder detectar una determinada diferencia entre los grupos de estudio, es orientativo según la experiencia de estudios similares.

Estimación de errores

En este estudio de validación, hemos estimado los errores derivados de las propias variaciones individuales, variaciones causadas por el observador o por el instrumento utilizado.

Las estrategias llevadas a cabo en nuestro estudio para aumentar la validez del GDS-5 fueron seleccionar los instrumentos de medida más objetivas posibles, para ello utilizamos como *test gold standar* los criterios diagnósticos de depresión mayor o menor del DSM-IV-TR en aquellos ancianos con un Mínimal (*MMSE, siglas en inglés*), versión espa-

ñola (MMSE-30), $MMSE \geq 18$ puntos y la CSDD en aquellos ancianos con un $MMSE < 18$ puntos²¹.

Estandarizamos la definición de las variables en el protocolo de recogida de datos, para que el investigador utilice siempre los mismos criterios, incluso en situaciones dudosas y entrenamos al observador en la forma de formular la encuesta, duración y contenido de la entrevista y en la forma de aplicar las escalas de medición según sus instrucciones de uso estandarizadas.

Intervenciones

Protocolo de recogida de datos

Las variables del estudio analizadas fueron recogidas a través de definiciones estándar, utilizadas y validadas previamente por otros investigadores. La fuente de obtención de los datos la realizamos a través de la observación directa, entrevistas al sujeto de estudio e/o informador indirecto y a través de registros previos informatizados.

Los individuos fueron seleccionados según los siguientes criterios de inclusión: edad mayor de 64 años; aceptación del consentimiento informado²² por escrito por parte del paciente y en su defecto, por incompetencia o incapacitación legal, por el cuidador principal o tutor legal; pacientes con demencia diagnosticados a través del MMSE-30²³ y criterios DSM-IV-TR²⁴, previo reclutamiento de aquellos individuos con sospecha de demencia a través del cuestionario corto del estado mental de Pfeiffer²³. Incluimos en el estudio cualquier tipo de demencia y grado de severidad.

Los criterios de exclusión fueron la inestabilidad clínica definida como temperatura $\geq 37,8$ °C y/o tensión arterial sistólica ≤ 90 mmHg y/o frecuencia cardíaca ≥ 100 lpm y/o frecuencia respirato-

ria ≥ 32 rpm; presentar patología psiquiátrica grave no depresiva recogida a través de los antecedentes personales del paciente según DSM-IV-TR; alteración del nivel de conciencia medida por la escala de Glasgow, siendo el punto de corte de exclusión ≤ 14 puntos; delirium evaluado a través del test *Confutional Assess Method* (CAM, siglas en inglés); tener un déficit motor severo del miembro superior dominante evaluado, a través de la escala de Oxford, para la fuerza muscular siendo excluyentes los individuos con una puntuación $\leq 3/5$ y, escala de Ashworth, para la espasticidad siendo excluyentes aquellos individuos con una puntuación ≥ 4 ; alteración del lenguaje diagnosticado a través de una detallada historia clínica y exploración neurológica (mutismo, disartria, afasia motora y/o sensitiva); déficit sensorial severo que incapaciten al sujeto para la realización de los test del estudio, la hipoacusia moderada-severa fue evaluada por el test del susurro y el déficit visual con el optotipo de Snellen, siendo grave una pérdida visual mayor del 70% ($\geq 20/160$).

La variable primaria o dependiente (factor de estudio), variable cualitativa dicotómica (sí/no), es el diagnóstico de depresión medido a través del GDS-5⁴ (Anexo 1).

Las variables secundarias o independientes (variables respuestas), variables cualitativas dicotómicas (sí/no) y ordinales, son el diagnóstico de depresión mayor medido a través del DSM-IV-TR²⁴; el diagnóstico de depresión mayor medido a través de la CSDD²⁵ en aquellos individuos con demencia estadio moderado severo, es decir, con un MMSE-30 < 18 puntos²¹; el diagnóstico del tipo de demencia (Alzheimer, vascular, mixta u otras) según DSM-IV-TR y el grado de severidad de la demencia según la escala de deterioro global de Reisberg (*GDS-Reisberg*, siglas en inglés)²⁶.

Hemos analizado y controlado el efecto de las variables que puedan estar asociadas tanto al factor de estudio como a la variable respuesta (factores de confusión), para ello, decidimos que el *test gold standard* para la validación del GDS-5 fueran los criterios diagnósticos de depresión del DSM-IV-TR y no el GDS-15, ya que los ítems del GDS-5 serían factores de confusión por encontrarse también presentes en el GDS-15.

Es importante medir las variables que puedan actuar como modificadoras del efecto para conocer y describir mejor el efecto del factor de estudio. Consideramos posibles variables modificadoras al sexo, el analfabetismo y los estudios máximos completados. Igualmente, es interesante recoger datos sobre los pasos intermedios de la cadena causal para evaluar cómo han evolucionado y cómo se han comportado ante el resto de los factores. En nuestro estudio, el diagnóstico de un posible episodio depresivo menor, medido a través del DSM-IV-TR, sería un paso intermedio en el diagnóstico de un episodio depresivo mayor.

Las variables universales que describen las características de los sujetos estudiados, de forma que pueda evaluarse la capacidad de generalización de los resultados a otros grupos de sujetos o poblaciones fueron el estado civil, la comorbilidad según el índice de comorbilidad de Charlson abreviado²³; la pluripatología definida como la presencia de dos o más enfermedades crónicas sintomáticas en un mismo paciente; las patologías por aparatos y los grandes síndromes geriátricos; el diagnóstico principal del ingreso codificado a través del conjunto mínimo de base de datos y agrupados por categorías; el grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria según el índice de Barthel²³ (IB), considerando dependencia leve un IB ≥ 60 , dependencia moderada un IB 45-59 y dependencia severa un

IB ≤ 44 ; uso de ayuda técnica como bastón, muletas, tetrápode, andador balconera, andador ruedas y silla de ruedas; situación social evaluada por la escala de valoración sociofamiliar de Gijón abreviada²³; y el grado de dependencia recogido por el documento acreditativo por la ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Cuaderno de recogida de datos (Anexo 2)

Los datos obtenidos de cada uno de los individuos a través de la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias fueron registrados en los cuadernos de recogida de datos y posteriormente almacenados en la base de datos del *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, siglas en inglés) para su ulterior análisis estadístico.

Entregamos una carta de presentación, hoja de información y el consentimiento informado al participante y en su defecto al cuidador principal o tutor legal. Toda la información recogida en los cuadernos está sujeta a las especificaciones de la ley orgánica 15/99 de protección de datos de carácter personal.

Análisis estadístico

Realizamos un análisis estadístico descriptivo y comparativo mediante la utilización de diferentes pruebas estadísticas, con una significación estadística (p) de 0,05 e intervalo de confianza del 95 % de probabilidad. La evaluación estadística de los datos se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0 para Windows. Realizamos un análisis descriptivo de las características socio-demográficas y de los diagnósticos mediante la determinación de las medidas de tendencia central y distribución de frecuencias. El estudio de asociación entre

dos variables cualitativas o categóricas se realizó mediante la comparación de sus proporciones utilizando la prueba Chi-cuadrado de Pearson y para el estudio de la asociación entre una variable cuantitativa y una variable cualitativa se utilizó la prueba de T-student.

Para establecer la validez de criterio, grado en que los resultados de la escala GDS-5 se correlaciona con el diagnóstico de depresión según los criterios diagnóstico de depresión del DSM-IV o a través de la CSDD según la severidad de la demencia, se calculó la sensibilidad (S), especificidad (E), el valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) y las razones de probabilidad positiva (RPP) y negativa (RPN).

RESULTADOS

Descripción de la muestra

Durante el período de estudio, se reclutaron 127 pacientes diagnosticados de demencia, de los cuales, 100 pacientes (78,74 %) cumplieron los criterios de inclusión en el estudio.

La mayoría de los pacientes de la muestra seleccionada ($N = 100$) fueron mujeres (64 %), la edad media fue de $84,04 \pm 5,47$ años (71-95 años), siendo el 70 % de los pacientes ancianos añosos (≥ 80 años). El 42 % estaban casados y vivían en pareja, y a nivel educativo, un 60 % habían recibido en la infancia una educación básica, solo el 26 % eran analfabetos.

Realizamos una valoración geriátrica integral, en cuanto a la valoración clínica, el 42 % presentó una comorbilidad alta y un 62 % tenían pluripatología. Los antecedentes personales y los síndromes geriátricos más frecuentes están reflejados en los gráficos I y II. En cuanto a la valoración funcional, la mayoría de los pacientes eran grandes dependientes (58 %)

GRÁFICO I
Antecedentes personales

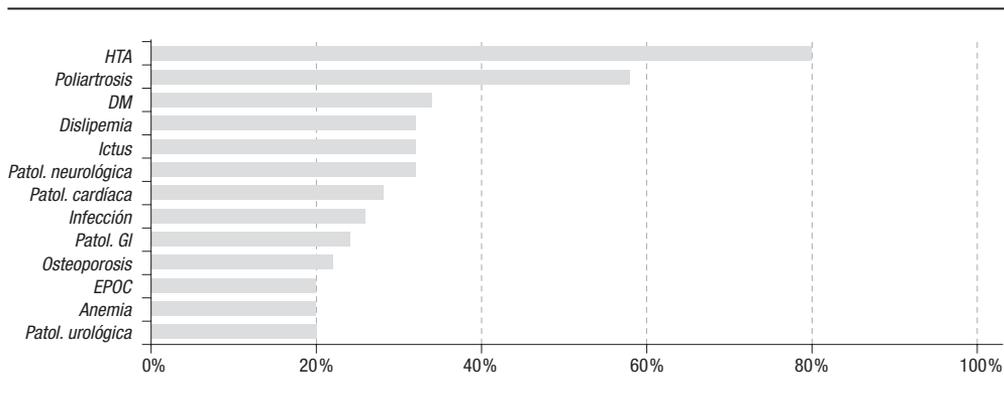
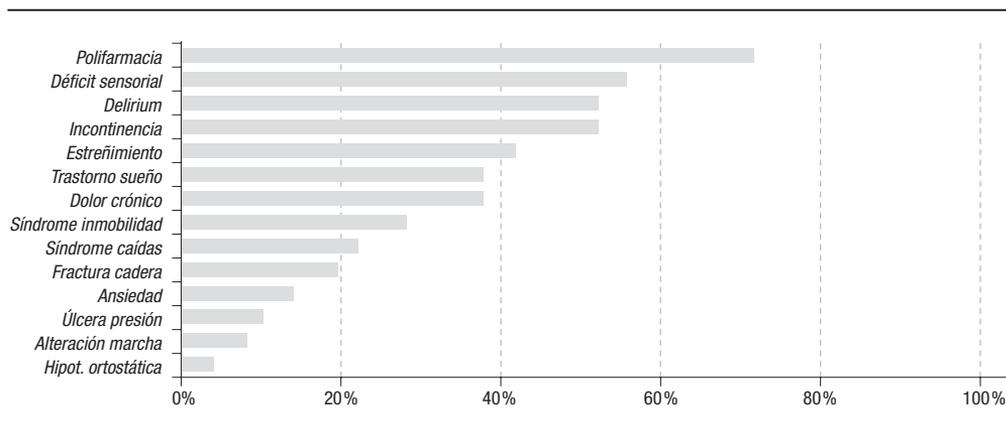


GRÁFICO II
Grandes síndromes geriátricos



con un IB ≤ 44 . El 86% precisaban de una ayuda técnica para la movilidad (50% silla de ruedas). A nivel social, según la escala abreviada de Gijón, la situación social era grave en un 24% de los pacientes. El 40% fueron valorados por la ley de la dependencia, de los cuales, a un 30% se les otorgó el grado más elevado de dependencia (PRODEP grado 3.2).

En cuanto a la valoración cognitiva (gráficos III y IV) y a los instrumentos de valoración, la media en el cuestionario

de Pfeiffer fue de $6,7 \pm 2,15$ errores y mediana de 7 errores (3-10 errores). Con respecto al MMSE-30, la media fue de $12,92 \pm 5,33$ puntos y la mediana de 13,5 puntos (3-23 puntos). En referencia a la valoración afectiva, el porcentaje de diagnóstico de depresión fue mayor con el GDS-5 (56%) (gráfico V).

En relación al análisis comparativo, el diagnóstico de depresión según DSM-IV-TR o CSDD y el GDS-5, se asocia de manera estadísticamente significativa con

GRÁFICO III

Valoración cognitiva. Diagnóstico del tipo de demencia según los criterios diagnósticos DSM-IV-TR

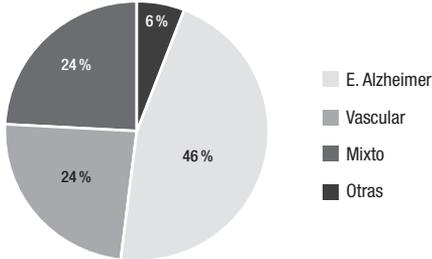


GRÁFICO IV

Valoración cognitiva. Grado de severidad de la demencia según la escala GDS de Reisberg

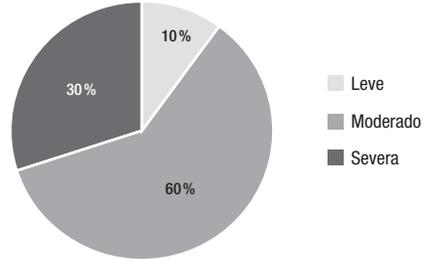
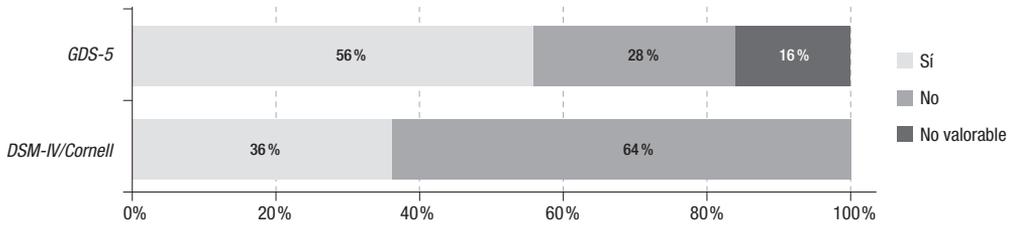


GRÁFICO V

Diagnóstico de depresión según criterios DSM-IV-TR o escala de Cornell y escala GDS-5



el antecedente previo de depresión ($p < 0,004$), la pluripatología ($p < 0,047$), el síndrome de inmovilidad ($p < 0,003$), la patología cardiovascular (arteriopatía periférica $p < 0,023$, arritmia $p < 0,035$ e hipertensión arterial $p < 0,049$), el grado de dependencia valorado a través de la ley de la dependencia ($p < 0,002$), siendo más frecuente la depresión (16%) en los sujetos con alto grado de dependencia (PRODEP grado 3) y el grado de severidad de la demencia (GDS-Reisberg) ($p < 0,001$), siendo más frecuente la depresión (38%) en aquellos sujetos con un GDS-Reisberg moderado (GDS-R 4-5).

En cuanto al estudio de validación, en

consenso con la opinión de expertos, consideramos viable el GDS-5 por su sencillez y amenidad del formato, el interés, la brevedad y la claridad de las preguntas, así como la facilidad de la puntuación, el registro y la codificación, y la interpretación de los resultados. El tiempo empleado en la cumplimentación de la escala fue de aproximadamente tres minutos. Los sujetos encontraron dificultad en la comprensión de la primera pregunta (¿siente que su vida está vacía?) e interpretación de los adverbios de frecuencia.

A través de una tabla de contingencia (tabla I) se determinó la validez de criterio. Los sujetos que no pudieron ser valo-

TABLA I

Tabla de contingencia. Diagnóstico de depresión según escala GDS-5 y diagnóstico de depresión según criterios DSM-IV-TR y escala de Cornell

		Diagnóstico depresión DSM-IV/E. Cornell			
		No	Sí	Total	
Diagnóstico depresión GDS-5	No	Recuento % del total	40 40,0 %	4 4,0 %	44 44,0 %
	Sí	Recuento % del total	24 24,0 %	32 32,0 %	56 56,0 %
Total		Recuento % del total	64 64,0 %	36 36,0 %	100 100,0 %

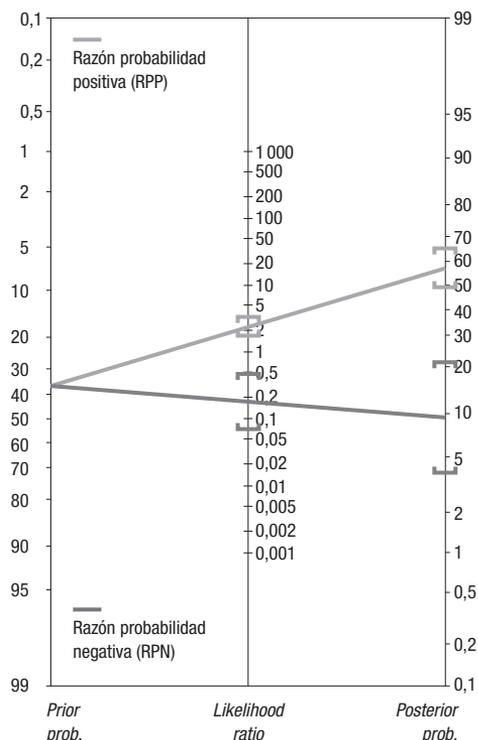
rados por el GDS-5 (16%), fueron incluidos en la muestra de sujetos diagnosticados de depresión según DSM-IV-TR y CSDD. La S del GDS-5 fue 0,89 (0,79-0,99), la E 0,63 (0,51-0,74), el VPN 0,91 (0,82-0,99) y VPP 0,57 (0,44-0,7). La RPP fue 2,37 (1,69-3,32), nos indica que un GDS-5 positivo es dos veces más probable en un paciente con depresión diagnosticado con los criterios DSM-IV-TR o CSDD, que en otro sujeto sin depresión y la RPN de 0,18 (0,07-0,46) (gráfico VI).

DISCUSIÓN

La depresión en el anciano presenta una prevalencia e incidencia elevadas, hecho observado en diversos estudios^{3, 4}, con similares resultados en nuestro estudio, con una prevalencia de depresión en ancianos hospitalizados con demencia del 36%. Igualmente, en el análisis descriptivo, se observa una muestra de individuos con una alta comorbilidad, pluriopatología y dependencia, en relación al elevado porcentaje de pacientes con demencia estadio moderado severo.

GRÁFICO VI

Diagrama de razón de probabilidades



El GDS es una herramienta de detección de uso común, pero su uso en los adultos mayores con deterioro cognitivo ha sido motivo de controversia. En la última década, se ha cuestionado la validez del GDS en pacientes con deterioro cognitivo, siendo los posibles factores que pueden influir: la pérdida de la memoria, la severidad de la demencia y la falta de conciencia de enfermedad, publicándose recientemente diversos estudios de investigación con resultados similares a los obtenidos en nuestro estudio. A pesar de ser un instrumento de medida de depresión válido en pacientes con demencia tipo EA leve a moderada, estos pacientes niegan los déficits cognitivos, también tienden a negar los síntomas depresivos, por lo que el GDS se debe utilizar con precaución en este tipo de patologías²⁷.

Varios estudios analizaron si el GDS es una herramienta de detección fiable para los síntomas depresivos en pacientes de edad avanzada con deterioro cognitivo. Para determinar la fiabilidad del GDS-30 en la detección de síntomas depresivos en ancianos con deterioro cognitivo leve o demencia, utilizaron como *test gold standar* la CSDD. Demostraron que el GDS-30 y GDS-15 son una herramienta de detección fiable para los síntomas depresivos en ancianos con deterioro cognitivo leve, pero no en los pacientes con demencia tipo EA²⁸⁻³¹.

Otro estudio comparó las formas abreviadas, GDS-30, GDS-15 y GDS-5, con el diagnóstico clínico de depresión según los criterios DSM-IV-TR en personas con distintos grados de severidad de demencia, obteniéndose como resultado una aceptable S y E en todas las versiones del GDS. En relación a la versión ultracorta GDS-5, la S fue 93 %, E del 62,3 %, VPN 92,3 % y VPP 64,6 %³², resultados similares a los obtenidos en nuestro estudio, con una elevada S y VPN.

El objetivo de otro estudio fue investigar si el GDS-4 es válido en el cribado de depresión en pacientes con demencia leve, comparando su rendimiento diagnóstico con las versiones del GDS-15 y 30. Incluyeron una muestra de 442 individuos. La versión GDS-4 obtuvo un rendimiento similar a las versiones de 15 y 30 ítems, independientemente de su edad y estado de demencia. El GDS-4 puede ser utilizado en sustitución a las otras versiones más largas, por requerir menos tiempo en su aplicación, conservar los recursos clínicos y de investigación y poder ser aplicada en todos los ámbitos³³. De la misma forma, concluimos en nuestro estudio, una validez y viabilidad del GDS-5 en el cribado de depresión en ancianos hospitalizados con demencia.

Como ya sabemos, se ha estudiado la validación de dos escalas de depresión en pacientes ancianos con demencia, el GDS y la CSDD. Las versiones más cortas del GDS (15, 10, o la versión de 4 ítems) tuvieron una menor correlación. La escala de mayor validez fue la CSDD con una S y E del 93 % y 97 % respectivamente, siendo las sensibilidades y especificidades de las distintas versiones del GDS, variables entre el 82 %-90 % y del 75 %-94 % respectivamente. El GDS y CSDD son las dos herramientas de cribado validadas para la depresión en los ancianos, sin embargo, el CSDD es la única escala validada para el cribado de depresión tanto en ancianos con o sin demencia³⁴.

En contraposición, se ha investigado el efecto del deterioro cognitivo en la validez del GDS en ancianos en la comunidad. Los estudios igualmente sugieren una limitada utilidad de la escala GDS en el cribado de depresión en ancianos con demencia tipo EA³⁵. Otro estudio concluye que el GDS es una escala importante en la evaluación de depresión en ancianos dada su ventaja sobre otras escalas más difíciles de aplicar a este grupo de edad,

sin embargo, el GDS no mantiene su vigencia en pacientes con demencia debido a que no logra identificar la depresión en personas con demencia leve a moderada³⁶. En relación a nuestro estudio, observamos una alta S en el cribado de depresión en ancianos con demencia leve y moderada, no siendo válida en el cribado de depresión en ancianos con demencia severa.

Hemos encontrado diversos estudios en relación a la validez de las versiones ultracortas en el cribado de depresión en ancianos sin deterioro cognitivo, a nivel de atención primaria. Los resultados de S y E son similares a los resultados obtenidos en otros estudios. La alta fiabilidad y validez de estas versiones ultracortas, nos lleva a recomendar la realización de nuevos estudios que permitan aplicar estas versiones para que se consoliden como una opción válida y rápida de ejecutar para el diagnóstico de la depresión en pacientes ancianos^{4, 37, 38}.

En un estudio, el GDS-5 fue tan eficaz como el GDS-15 para el cribado de la depresión en esta población, con una marcada reducción en el tiempo de administración de la escala. Su validación en otros niveles asistenciales, puede llegar a ser una herramienta de elección para el cribado de depresión en ancianos³⁹.

Las versiones más cortas de 4 y 1 ítems tienen un valor limitado en la clínica debido a su baja fiabilidad y falta de seguimiento de la gravedad del episodio depresivo. Los médicos generales pueden beneficiarse de la utilización sistemática de la versión corta y ultracorta del GDS para incrementar las tasas de detección de depresión entre los ancianos de la comunidad⁴⁰.

Un hecho importante a tener en cuenta, para mejorar la eficacia del cribado, es el riesgo de suicidio que también deberían ser incluidos en estas escalas ultracortas, incluso una medida de un ítem sobre la

ideación suicida puede mejorar enormemente las decisiones clínicas⁴¹.

Los estudios encontrados en relación a la validez de las versiones ultracortas del GDS en el cribado de depresión en ancianos a nivel hospitalario fueron una revisión retrospectiva de 816 pacientes de la unidad de cuidados intensivos en un centro médico en Estados Unidos. La versión GDS-5 mostró la mayor S (97,9 %) en comparación con otras versiones ultracortas, con una E del 72,7%⁴². En otro estudio, analizaron la validez del GDS-5 en tres diferentes niveles asistenciales, en la comunidad, en la unidad de agudos de geriatría del hospital y en una residencia geriátrica. Obtuvieron una muestra de 181 ancianos cognitivamente intactos. El GDS-5 se comparó con el GDS-15 y con los criterios diagnósticos de depresión según DSM-IV-TR. El GDS-5 tuvo una S 94 %, una E 81 %, un VPP 81 %, un VPN 94 %, RPP 4,92 (4,39-5,5) y una RPN 0,07 (0,06-0,08). Concluyeron que el GDS-5 es tan eficaz como el GDS-15 para el cribado de la depresión en ancianos cognitivamente intactos, independiente del nivel asistencial en el que se encuentren ubicados⁴³.

En relación a las limitaciones de nuestro estudio, no se pudo analizar la fiabilidad del GDS-5, una de las exigencias necesarias en todos los instrumentos de medida, por la imposibilidad de aplicar la escala a la misma población en dos ocasiones diferentes en el tiempo, imposibilidad de evaluar el grado de concordancia entre dos o más evaluadores y la consistencia interna; tampoco pudimos determinar la sensibilidad al cambio o capacidad del GDS-5 para detectar cambios clínicos importantes en el atributo verdadero que se mide, análisis importante en los estudios de validez y la imposibilidad de una valoración mental más exhaustiva por parte de un especialista, psiquiatra o neuropsicólogo.

CONCLUSIÓN

Según los resultados obtenidos en nuestro estudio y en comparación con otros estudios publicados, podemos concluir que la versión ultracorta de 5 ítems de la escala de depresión geriátrica, versión traducida al español, es una escala viable, con una elevada sensibilidad y elevado valor predictivo negativo en la detección de depresión en ancianos hospitalizados con demencia leve moderada, por lo que consideramos una escala válida como herramienta de cribado, precisando en los casos positivos, la utilización de escalas o criterios más exhaustivos para su diagnóstico.

Igualmente concluimos que no es una escala válida en individuos con demencia severa, que requerirá de ciertas modificaciones en la elaboración de los ítems, más adaptadas a este tipo de paciente, siendo en el momento actual, la escala de Cornell el instrumento de elección.

En el futuro, las escalas ultracortas pueden ser unas herramientas útiles para su utilización habitual en el cribado de depresión en ancianos hospitalizados y también útiles en ancianos con demencia leve-moderada. De cualquier forma, se necesitarán estudios más precisos y específicos de validación que establezcan de forma más fidedigna la capacidad psicométrica de estas versiones ultracortas en ancianos con demencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. Issue number 72/2008. Recuperado de: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code = KS-SF-08-072
2. Colasanti V, Marianetti M, Micacchi F, Amabile GA, Mina C. Tests for the

evaluation of depression in the elderly: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr* 2010 Mar;50(2):227-30.

3. Katona CL. The epidemiology of depression in old age: the importance of physical illness. *Clin Neuropharmacol* 1992; 15(Suppl 1 Pt A):281A-2A.
4. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Arias Blanco MC. [Abbreviating the brief. Approach to ultra-short versions of the Yesavage questionnaire for the diagnosis of depression]. *Aten Primaria* 2005 Jan;35(1):14-21.
5. Serby M, Yu M. Overview: depression in the elderly. *Mt Sinai J Med* 2003 Jan;70(1):38-44.
6. Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *Am Fam Physician* 1999 Sep 1;60(3):820-6.
7. Schillerstrom JE, Royall DR, Palmer RF. Depression, disability and intermediate pathways: a review of longitudinal studies in elders. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2008 Sep;21(3):183-97.
8. Small GW. Differential diagnoses and assessment of depression in elderly patients. *J Clin Psychiatry* 2009 Dec; 70(12):e47.
9. Yesavage JA. Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacol Bull* 1988;24(4):709-11.
10. Fernández-San Martín MI, Andrade-Rosa C, Molina JD, Muñoz PE, Carretero B, Rodríguez M et al. Validation of the Spanish version of the geriatric depression scale (GDS) in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002 Mar; 17(3):279-87.
11. Leshner EL, Berryhill JS. Validation of the Geriatric Depression Scale-Short Form among inpatients. *J Clin Psychol* 1994 Mar;50(2):256-60.

12. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam* 2002;12(10):620-630.
13. Shah A, Herbert R, Lewis S, Mahendran R, Platt J, Bhattacharyya B. Screening for depression among acutely ill geriatric inpatients with a short Geriatric Depression Scale. *Age Ageing* 1997 May;26(3):217-21.
14. Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, Josephson KR, Pietruszka FM, Koelfgen M et al. Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *J Am Geriatr Soc* 1999 Jul;47(7):873-8.
15. Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, Ercolani S, Bregnocchi M, Menculini G et al. Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *J Am Geriatr Soc* 2003 May;51(5):694-8.
16. Goring H, Baldwin R, Marriott A, Pratt H, Roberts C. Validation of short screening tests for depression and cognitive impairment in older medically ill inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004 May;19(5):465-71.
17. Castelo MS, Coelho-Filho JM, Carvalho AF, Lima JW, Noleto JC, Ribeiro KG, Siqueira-Neto JI. Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. *Int Psychogeriatr* 2010; 22(1):109-13.
18. Lach HW, Chang YP, Edwards D. Can older adults with dementia accurately report depression using brief forms? Reliability and validity of the Geriatric Depression Scale. *J Gerontol Nurs* 2010 May;36(5):30-7.
19. Watson LC, Pignone MP. Screening accuracy for late-life depression in primary care: a systematic review. *J Fam Pract* 2003 Dec;52(12):956-64.
20. Cullum S, Tucker S, Todd C, Brayne C. Screening for depression in older medical inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006 May;21(5):469-76.
21. Muller-Thomsen T, Arlt S, Mann U, Mass R, Ganzer S. Detecting depression in Alzheimer's disease: evaluation of four different scales. *Arch Clin Neuropsychol* 2005 Mar;20(2):271-6.
22. Guía sobre el consentimiento informado (versión revisada) octubre 2002. Comité de bioética de Cataluña.
23. Miralles Basseda R, Esperanza Sanjuan A. Instrumentos y escalas de valoración. En: Núñez JF, Guillén Llera F, Ribera Casado JM (editores). *Tratado de geriatría para residentes*. Sociedad española de geriatría y gerontología. Madrid, 2007 (1.ª ed.); 771-89.
24. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. López-Ibor AJ, Valdés-Miyar M (editores). Barcelona, Masson; 2002 (1.ª ed.).
25. Pujol J, De Azpiazu P, Salamero M, Cuevas R. [Depressive symptoms in dementia. The Cornell scale: validation of the Spanish version]. *Rev Neurol* 2001;33(4):397-8.
26. Global Deterioration Scale (escala de deterioro global) de Reisberg. Recuperado de: <http://www.hipocampo.org/reisberg.asp>
27. Feher EP, Larrabee GJ, Crook TH. III. Factors attenuating the validity of the Geriatric Depression Scale in a dementia population. *J Am Geriatr Soc* 1992 Sep;40(9):906-9.
28. Debruyne H, Van BM, Le BN, Aries M, Audenaert K, De Deyn PP et al. Is

- the geriatric depression scale a reliable screening tool for depressive symptoms in elderly patients with cognitive impairment? *Int J Geriatr Psychiatry* 2009 Jun;24(6):556-62.
29. Burke WJ, Roccaforte WH, Wengel SP. The short form of the Geriatric Depression Scale: a comparison with the 30-item form. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1991 Jul;4(3):173-8.
 30. Burke WJ, Houston MJ, Boust SJ, Roccaforte WH. Use of the Geriatric Depression Scale in dementia of the Alzheimer type. *J Am Geriatr Soc* 1989 Sep;37(9):856-60.
 31. Leshner EL, Berryhill JS. Validation of the Geriatric Depression Scale-Short Form among inpatients. *J Clin Psychol* 1994 Mar;50(2):256-60.
 32. Lach HW, Chang YP, Edwards D. Can older adults with dementia accurately report depression using brief forms? Reliability and validity of the Geriatric Depression Scale. *J Gerontol Nurs* 2010 May;36(5):30-7.
 33. Cheng ST, Chan AC. Comparative performance of long and short forms of the Geriatric Depression Scale in mildly demented Chinese. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005 Dec;20(12):1131-7.
 34. Korner A, Lauritzen L, Abelskov K, Gulmann N, Marie BA, Wedervang-Jensen T et al. The Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia. A validity study. *Nord J Psychiatry* 2006;60(5):360-4.
 35. Gilley DW, Wilson RS. Criterion-related validity of the Geriatric Depression Scale in Alzheimer's disease. *J Clin Exp Neuropsychol* 1997 Aug;19(4):489-99.
 36. Montorio I, Izal M. The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *Int Psychogeriatr* 1996;8(1):103-12.
 37. Ortega OR, Salinero Fort MA, Kazemzadeh KA, Vidal AS, de Dd V. [Validation of 5 and 15 items Spanish version of the geriatric depression scale in elderly subjects in primary health care setting]. *Rev Clin Esp* 2007 Dec;207(11):559-62.
 38. Hoyle T, Valenzuela E, Marín PP. [Depression in the aged: preliminary evaluation of the effectiveness, as a screening instrument, of the 5-item version of the Geriatric Depression Scale]. *Rev Med Chil* 2000 Nov;128(11):1199-204.
 39. Hoyle MT, Alessi CA, Harker JO, Josephson KR, Pietruszka FM, Koelfgen M et al. Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *J Am Geriatr Soc* 1999 Jul;47(7):873-8.
 40. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999 Oct;14(10):858-65.
 41. Cheng ST, Yu EC, Lee SY, Wong JY, Lau KH, Chan LK et al. The geriatric depression scale as a screening tool for depression and suicide ideation: a replication and extension. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010 Mar;18(3):256-65.
 42. Weeks SK, McGann PE, Michaels TK, Penninx BW. Comparing various short-form Geriatric Depression Scales leads to the GDS-5/15. *J Nurs Scholarsh* 2003;35(2):133-7.
 43. Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, Ercolani S, Bregnocchi M, Menculini G et al. Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *J Am Geriatr Soc* 2003 May;51(5):694-8.

ANEXOS**ANEXO 1****Escala de Depresión Geriátrica de 5 ítems. Versión española⁴**

-
- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Siente que su vida está vacía? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Con frecuencia se siente abandonado/a o desprotegido/a? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿Se siente lleno/a de energía? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
-

Total: _____/5

ANEXO 2**Cuaderno de recogida de datos**

-
- | | |
|---|---|
| <p>1. Número del cuestionario</p> <ul style="list-style-type: none"> • _____ <p>2. Número de historia clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> • _____ <p>3. Cuestionario corto del estado mental de Pfeiffer</p> <ul style="list-style-type: none"> • _____/10 <p>4. Mini-mental State Examination de Folstein (MMSE-30)</p> <ul style="list-style-type: none"> • _____/30 <p>5. Tipos de demencia según criterios diagnósticos DSM-IV-TR</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Alzheimer <input type="checkbox"/> 2. Vascular <input type="checkbox"/> 3. Mixta <input type="checkbox"/> 4. Otras <p>6. Fecha de nacimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • ____/____/____ <p>7. Muy ancianos (≥80 años)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí | <p>8. Sexo</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Hombre <input type="checkbox"/> 2. Mujer <p>9. Estado civil</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Soltero <input type="checkbox"/> 2. Casado <input type="checkbox"/> 3. Viudo <input type="checkbox"/> 4. Separado/divorciado <p>10. Analfabeto</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <p>11. Estudios máximos completado</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. No sabe <input type="checkbox"/> 1. Ninguno <input type="checkbox"/> 2. Elemental <input type="checkbox"/> 3. Medio <input type="checkbox"/> 4. Universitario <p>12. Comorbilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. No <input type="checkbox"/> 1. Baja <input type="checkbox"/> 2. Alta |
|---|---|
-

ANEXO 2 (continuación)
Cuaderno de recogida de datos

13. Pluripatología

- 0. No
- 1. Sí

ANTECEDENTES PERSONALES

14. Insuficiencia cardíaca crónica

- 0. No
- 1. Sí

15. Cardiopatía isquémica

- 0. No
- 1. Sí

16. Arritmias

- 0. No
- 1. Sí

17. Hipertensión arterial

- 0. No
- 1. Sí

18. Diabetes mellitus

- 0. No
- 1. Sí

19. Dislipemia

- 0. No
- 1. Sí

20. Arteriopatía periférica

- 0. No
- 1. Sí

21. EPOC

- 0. No
- 1. Sí

22. TVP/TEP

- 0. No
- 1. Sí

23. Insuficiencia venosa crónica

- 0. No
- 1. Sí

24. Ictus

- 0. No
- 1. Sí

25. Depresión

- 0. No
- 1. Sí

26. Ansiedad

- 0. No
- 1. Sí

27. Patología gastrointestinal

- 0. No
- 1. Sí

28. Patología hepatobiliar

- 0. No
- 1. Sí

29. Patología tiroidea

- 0. No
- 1. Sí

30. Anemia

- 0. No
- 1. Sí

31. Patología infecciosa

- 0. No
- 1. Sí

32. Patología neurológica

- 0. No
- 1. Sí

33. Insuficiencia renal crónica

- 0. No
 - 1. Sí
-

ANEXO 2 (continuación)

Cuaderno de recogida de datos

-
- | | |
|--|--|
| 34. Osteoporosis | 44. Inestabilidad de la marcha |
| <input type="checkbox"/> 0. No | <input type="checkbox"/> 0. No |
| <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 1. Sí |
| 35. Patología osteoarticular | 45. Síndrome de caídas |
| <input type="checkbox"/> 0. No | <input type="checkbox"/> 0. No |
| <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 1. Sí |
| 36. Neoplasias | 46. Fractura de cadera |
| <input type="checkbox"/> 0. No | <input type="checkbox"/> 0. No |
| <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 1. Sí |
| 37. Patología ginecológica | 47. Incontinencia urinaria y/o fecal |
| <input type="checkbox"/> 0. No | <input type="checkbox"/> 0. No |
| <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 1. Sí |
| 38. Patología urológica | 48. Estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> 0. No | <input type="checkbox"/> 0. No |
| <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 1. Sí |
| 39. Problemas cutáneos | 49. Síndrome de inmovilidad |
| <input type="checkbox"/> 0. No | <input type="checkbox"/> 0. No |
| <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 1. Sí |
| GRANDES SÍNDROMES
GERIÁTRICOS | 50. Trastornos del sueño |
| 40. Delirium | <input type="checkbox"/> 0. No |
| <input type="checkbox"/> 0. No | <input type="checkbox"/> 1. Sí |
| <input type="checkbox"/> 1. Sí | 51. Úlceras por presión |
| 41. Síncope | <input type="checkbox"/> 0. No |
| <input type="checkbox"/> 0. No | <input type="checkbox"/> 1. Sí |
| <input type="checkbox"/> 1. Sí | 52. Polifarmacia (≥ 6 fármacos) |
| 42. Hipotensión ortostática | <input type="checkbox"/> 0. No |
| <input type="checkbox"/> 0. No | <input type="checkbox"/> 1. Sí |
| <input type="checkbox"/> 1. Sí | 53. Síndrome ansiedad |
| 43. Dolor crónico | <input type="checkbox"/> 0. No |
| <input type="checkbox"/> 0. No | <input type="checkbox"/> 1. Sí |
| <input type="checkbox"/> 1. Sí | 54. Déficit sensorial |
| | <input type="checkbox"/> 0. No |
| | <input type="checkbox"/> 1. Sí |
-

ANEXO 2 (continuación)
Cuaderno de recogida de datos

55. Diagnóstico principal.**Motivo de ingreso**

- 1. Deterioro funcional secundario a descompensación cardiopulmonar
- 2. Deterioro funcional secundario a proceso infeccioso
- 3. Deterioro funcional secundario a otras patologías
- 4. Ictus hemorrágico
- 5. Ictus isquémico
- 6. Fractura humeral
- 7. Otras fracturas/intervenciones miembro superior
- 8. Fractura pelvis
- 9. Fractura cadera
- 10. Otras fracturas/intervenciones miembro inferior

56. Diagnóstico principal motivo ingreso codificado

- CIE-10: _____

57. GDS de Reisberg

- GDS ____/7

58. Diagnóstico depresión según GDS-5

- 0. No
- 1. Sí
- 2. No valorable

59. Escala GDS-5

- GDS-5: ____/5
- No valorable

60. Diagnóstico depresión mayor DSM-IV

- 0. No
- 1. Sí
- 2. No valorable

61. Diagnóstico depresión menor DSM-IV

- 0. No
- 1. Sí
- 2. No valorable

62. Escala de Cornell

- Cornell: ____/38
- No valorable

63. Diagnóstico depresión según escala de Cornell

- 0. No
- 1. Sí
- 2. No valorable

64. Índice de Barthel

- IB: ____/100

65. Índice de Barthel

- 0. Independiente
- 1. Dependencia leve (≥ 60)
- 2. Dependencia moderada (45-59)
- 3. Dependencia grave (≤ 44)

66. Grado de dependencia

- 0. No dependiente
- 1. Grado 1
- 2. Grado 2
- 3. Grado 3
- 4. No valorado

67. Uso de ayudas técnicas

- 0. No
- 1. Bastón/muleta/tetrápode
- 2. Andador balconera/ruedas
- 3. Silla de ruedas

68. Valoración social

- 1. Buena
 - 2. Intermedia
 - 3. Grave
-

ESTADO ACTUAL DE LA PSICOGERIATRÍA SEGÚN LA OPINIÓN DE RESIDENTES Y TUTORES DE PSIQUIATRÍA

JORGE CUEVAS ESTEBAN

Psiquiatra. Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental-Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

Trabajo premiado con el Segundo Premio de la edición 2009-2011 del Máster en Psicogeriatría de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Recepción: 01-03-12 / Aceptación: 27-03-12

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población se ha convertido en un fenómeno mundial. Se prevé que el número de personas por encima de los 65 años a nivel mundial se incrementa de los 420 millones que había en el año 2000 a una cifra cercana al billón de personas en el año 2030. Los países desarrollados experimentarán el mayor incremento, en números absolutos, de personas ancianas. Como consecuencia, el porcentaje total de personas con una edad superior a 65 años de todo el mundo, se concentrará en los países desarrollados, aumentando del 59 % actual, al 71 %¹. Las previsiones demográficas en Europa prevén que en el año 2030 más del 24 % de la población europea será mayor de 65 años². Según el INE (Instituto Nacional de Estadística de España), la población mayor de 64 años en España, se duplicaría en 40 años, y pasaría a representar más del 30 % del total de la población, debido al envejecimiento de la pirámide poblacional³.

La Psiquiatría Geriátrica (PG), según la declaración de consenso de la OMS, es una rama de la psiquiatría y forma parte de la provisión de atención multidisciplinar a la salud mental del anciano. La especialidad es denominada a veces «psiquiatría geriátrica», «psiquiatría de la vejez» o «psicogeriatría». Su campo de acción es la atención psiquiátrica a personas en edad de jubilación y por encima de esta. Muchos servicios fijan una edad «de corte» a los 65, pero esta puede variar según los países y las prácticas locales: varios servicios especializados contemplan la ayuda a personas más jóvenes con demencia. La especialidad se caracteriza por su orientación comunitaria y su aproximación multidisciplinar a la evaluación, diagnóstico y tratamiento⁴. La PG es todavía una subespecialidad joven. A pesar de que ha habido numerosos programas y guías de formación desde 1979, los criterios formales para una formación en PG no fueron adoptados hasta 1989 en Gran Bretaña, EE.UU. en 1993, Canadá en 1994, Australia y Nueva Ze-

landa en 1999. La necesidad de un tratamiento específico para los pacientes en edad geriátrica no es un fenómeno nuevo. Más de 32 países en todo el mundo han logrado un reconocimiento pleno de la PG como una subespecialidad de la psiquiatría. En el año 2003, Camus et al., realizó una encuesta entre los países representados en la World Psychiatry Association acerca del estado de la disciplina PG en dichos países. Concluyó que la PG estaba precariamente desarrollada a lo largo del mundo, a excepción de los países clásicamente pioneros en este área (Gran Bretaña, Nueva Zelanda, Canadá, Australia y EE.UU.)⁵.

Existe una considerable preocupación acerca de que exista un número insuficiente de Psiquiatras especialistas en Geriátrica para cubrir la creciente demanda de atención de las personas en edad avanzada⁶. Este aumento de la demanda junto a la imposibilidad de los sistemas sanitarios para asumir las necesidades de las personas ancianas (así como la calidad y la adecuación de los servicios), se han convertido en los principales caballos de batalla de la PG. La atención especializada, la valoración y tratamiento profesional, servicios de interconsulta adecuados a pacientes ancianos y sus familiares, emergen como objetivos principales en el cuidado asistencial geriátrico⁷.

La importancia de una formación efectiva para todos aquellos involucrados en el cuidado de ancianos con trastornos mentales está ahora ampliamente reconocida. En un documento publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1998 acerca de la formación en PG, resaltaban que, aunque se han conseguido múltiples avances, incluyendo el desarrollo de excelentes recursos de formación, todavía existen en muchas situaciones la necesidad apremiante del establecimiento y ejecución de programas de formación específicos. Una de las pro-

puestas debería ser: facilitar mejor acceso a recursos ya existentes a través de intercambio internacional y la investigación continuada⁸.

Recientemente, en el año 2010, Andrew y Shea, publicaron un trabajo en el que explicaban la trayectoria recorrida en un país como Canadá, para la implementación y reconocimiento de la subespecialidad de PG⁹. El ejemplo de Canadá sugiere que la formación en PG durante los períodos de residencia en psiquiatría, es muy influyente a la hora de que los psiquiatras decidan especializarse en esta rama de la profesión^{10, 11}.

En el año 2010, Draper proponía algunas estrategias para incrementar el interés y el número de especialistas de cara al futuro: aumentar la exposición de los estudiantes de medicina a la psiquiatría y a la PG durante las prácticas clínicas, posibilidad para los geriatras de formarse en psiquiatría, incentivos para los facultativos que ejercen en el ámbito privado, incentivos para psiquiatras dispuestos a trabajar en el ámbito rural o lugares aislados, incluyendo telepsiquiatría; estrategias para promover el desarrollo de la psicogeriatría como una elección de subespecialización⁶.

Recientemente, el Dr. Carmelo Pelegrín, en el año 2009, dedicó una editorial de la publicación de la Sociedad Española de Psicogeriatría, a analizar el estado actual de la formación en psicogeriatría en nuestro país. En dicho artículo, repasaba las iniciativas que se habían llevado a cabo para fomentar la formación en PG, concluyendo que estas iniciativas habían sido aisladas y en equipos distribuidos por toda la geografía española. Define la formación del médico interno residente en psicogeriatría como insuficiente y muy fragmentada. Finalmente, propone algunas medidas a implementar para conseguir el reconocimiento de la subespecialidad en psiquiatría: primero que existan en cada equipo o servicio, uno o varios ex-

peritos en psiquiatría geriátrica; posteriormente estos servicios deberían conseguir la acreditación de las sociedades científicas, siempre y cuando se pusiese de manifiesto su competencia en la enseñanza en psicogeriatría; finalmente, estos centros acreditados deberían contar con distintas unidades clínicas donde se evaluara al anciano de forma integral y específica, y favorecer la creación de foros de discusión y formación específica MIR¹².

El objetivo de nuestro estudio es poner de manifiesto la opinión de los residentes y tutores de residentes de Psiquiatría acerca de la formación que reciben en sus respectivas unidades docentes, en el área de PG, así como la opinión personal acerca de la propia PG como subespecialidad. A nuestro parecer, este es el primer trabajo en el que se realiza una encuesta a residentes, en un intento de tomar el pulso de las opiniones de los mismos, y tratar de generar mayor interés, así como enfatizar la precariedad de la formación en PG en nuestro país.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Diseño y muestra

Se trata de un estudio de diseño transversal descriptivo multicéntrico, realizado en dos fases diferenciadas. La primera fase fue un estudio piloto realizado para su exposición como comunicación en forma de póster en el Congreso de la IPA (International Psychogeriatric Association) celebrado en Santiago de Compostela en septiembre del 2010. Para ello se pidió la colaboración de cinco centros hospitalarios: Hospital Clínico Universitario y Hospital Miguel Servet de Zaragoza, Hospital Santa María de Lleida, Hospital Parc Taulí de Sabadell (Barcelona) y Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Sant Boi de Llobregat (Barcelona). Para

esta comunicación, se logró una muestra de 27 residentes y cinco tutores de los diferentes hospitales. Se obtuvieron resultados significativos pero sin suficiente potencia estadística. Ante el interés despertado por el trabajo entre nuestros compañeros de distintas procedencias, decidimos continuar con la segunda fase del mismo. Reflexionamos acerca de posibles mejoras en la elaboración de las encuestas, refinando algunas de las preguntas (se modificaron los «anclajes» de las respuestas de opinión personal).

Para la segunda fase, realizada entre octubre del 2010 y enero del 2011 se remitieron las encuestas vía *e-mail*, a las distintas unidades docentes que estaban adscritas al Grup de Treball de Tutors/es de Residents de Psiquiatria de Catalunya y del Foro Nacional de Tutores de Psiquiatría. Junto a la encuesta se envió una descripción del estudio y una invitación a participar en el mismo a los tutores de Psiquiatría, que fueron los encargados de distribuir las encuestas entre los residentes de sus respectivas unidades docentes. Se realizaron sendos recordatorios, también vía *e-mail*, un mes y 15 días antes de la finalización del plazo de recepción de las encuestas.

Del total de 112 unidades docentes en Psiquiatría y Psicología que existen en nuestro país, se consiguió respuesta de 25 de ellas, sumadas las encuestas de tutores y de residentes. No se pudo obtener el total de unidades docentes vinculadas al Grup de Treball de Tutors/es de Residents de Psiquiatria de Catalunya y del Foro Nacional de Tutores de Psiquiatría, por lo que no se pudo obtener la tasa de respuesta. Las 25 unidades previamente mencionadas, suponen un 22,32% del total de unidades del país. La totalidad de las encuestas fueron cumplimentadas informáticamente y remitidas vía *e-mail*. Las encuestas fueron respondidas por un total de 81 residentes, representando a 21 unida-

des docentes, y 21 tutores, representando a un total de 18 unidades docentes.

2. Instrumento

Las encuestas fueran elaboradas por parte de tres Psiquiatras expertos en PG. Crearon una encuesta anónima ideada tanto para residentes de Psiquiatría de segundo, tercer y cuarto año, como para los tutores de Psiquiatría. La encuesta dirigida a residentes (Anexo 1) constaba de un total de 20 ítems divididos en tres apartados.

- A) El primero de ellos se corresponde con datos demográficos, en el que se recogen edad, sexo, año de residencia, centro en el que realiza la residencia y la facultad de medicina en la que cursó los estudios universitarios.
- B) El segundo apartado corresponde a la experiencia personal durante la residencia en relación a la PG. Este apartado consta de 10 ítems, en su mayor parte de ítems de respuesta sí/no.
- C) En el último apartado se pide la opinión de los residentes acerca de la especialidad de Psiquiatría Geriátrica mediante ítem con cuatro posibles respuestas, y otros cuatro ítems en escala de 1 a 10 según la percepción personal del residente.

Estos ítems exploran la percepción acerca de los siguientes aspectos de la especialidad: importancia que se aplica a la formación en PG, grado de comodidad a la hora de valorar a pacientes en edad geriátrica, conocimientos en PG, e interés en la especialidad.

La encuesta dirigida a tutores (Anexo 2) constaba de 17 ítems, también estructurada en tres apartados: datos demográficos, opinión acerca de la formación de los residentes de psiquiatría en la especialidad y opinión personal acerca de la especialidad.

El tiempo para cumplimentar las encuestas se estimó entre 4 y 5 minutos aproximadamente.

3. Análisis estadístico

Los datos recolectados de las encuestas fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS Statistics 17.0. Se utilizaron estadísticos descriptivos para mostrar las respuestas percentuales. Para medir la asociación entre distintas variables, en relación al apartado de opinión personal de los residentes, se aplicaron técnicas de regresión logística y regresión lineal. Para ello, antes de aplicar estas técnicas, se comprobó la distribución de las variables cuantitativas, mediante el test de normalidad elaborado por D'Angostino, por ser más restrictivo¹³. En aquellas que seguían una distribución normal se utilizó la regresión lineal. Para la variable que no cumplía esta condición, se realizó una dicotomización y se aplicó regresión logística.

Para estudiar qué factores se asociaban con cada una de las variables de dependientes (interés en la PG, comodidad con los pacientes >65 años y conocimientos), se realizaron análisis donde se consideró el sexo, la edad, el año de residencia, el conocimiento del programa de PG y el hecho de haber recibido entrenamiento en PG, como variables independientes. Además, también se evaluó la posible asociación entre las variables dependientes. Se introdujeron en el modelo final multivariado aquellas variables cuyo $p < 0,200$ en estos análisis.

RESULTADOS

Encuestas residentes

A) *Datos epidemiológicos* (tabla I)

La edad de los residentes que respondieron a los cuestionarios se situaba en-

TABLA I
**Características demográficas
 de los residentes encuestados**

Sexo	
Masculino	25,9 %
Femenino	74,1 %
Edad	29,19 (d.s.: 4,53)
Año de Residencia	
R-2	40,7 %
R-3	37 %
R-4	22,2 %
Universidad estudios medicina	
España	86,4 %
Extranjeras	13,6 %
Comunidades Autónomas	
Cataluña	53 %
Aragón	16,04 %
Navarra	9,8 %
País Vasco	2,5 %
Comunidad Valenciana	7,4 %
Comunidad de Madrid	4,93 %
Galicia	2,5 %
Castilla La Mancha	3,7 %

tre los 25 y los 45 años, siendo la media 29,19 años (SD = 4,53). Los hospitales o Unidades Docentes a los que pertenecían los residentes figuran en el gráfico I. De las 17 comunidades que conforman el territorio geográfico, se obtuvieron respuestas desde ocho de ellas. La participación por comunidades se distribuyó, en porcentajes, de la siguiente forma: 53 % Cataluña (n = 43); 16,04 % Aragón (n = 13); 9,8 % Navarra (n = 8); 7,40 % Comunidad Valenciana (n = 6); 4,93 % Madrid (n = 4); 2,46 % Galicia (n = 2); 2,5 % País Vasco (n = 2); 3,7 % Castilla La Mancha (n = 3). Un porcentaje elevado de residentes que respondieron a las encuestas, habían realizado la formación pregrado en universidades extranjeras (13,6 %; n = 11).

B) *Experiencia en Psiquiatría Geriátrica durante la Residencia*

Ver resultados en la tabla II. Menos de la mitad de los residentes que completaron el estudio habían realizado o tenían

GRÁFICO I
Centros en los que realizan residencia

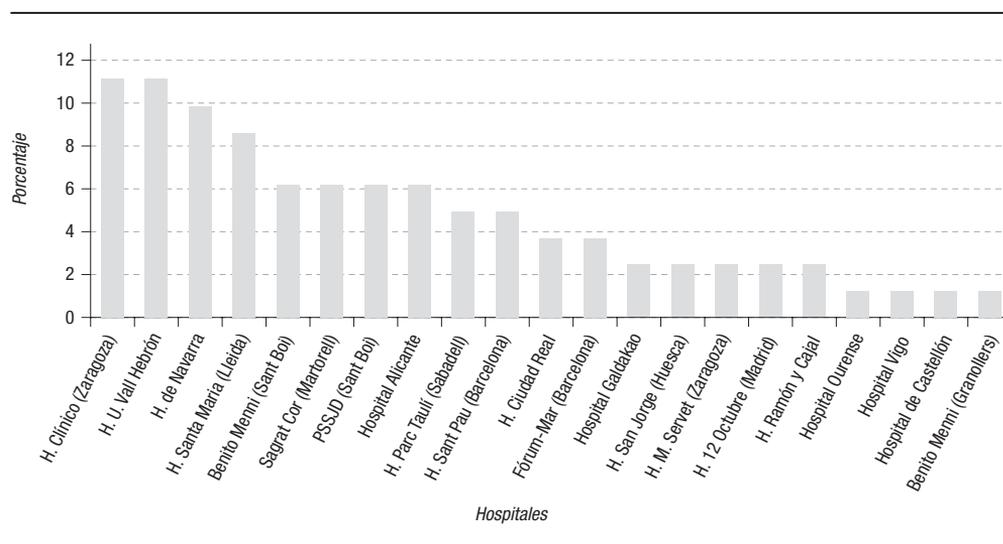


TABLA II
Experiencia en Psiquiatría Geriátrica durante la Residencia

Cuestionario	Residentes
1. ¿Has realizado entrenamiento específico en PG?	
Sí	42 %
No	58 %
2. Meses empleados en formación PG	
0 meses	55,6 %
1-2 meses	19,8 %
2-4 meses	13,6 %
4-6 meses	7,4 %
> 6 meses	3,7 %
3. Porcentaje aproximado de pacientes en edad geriátrica	
0-5 %	1,2 %
5-10 %	13,6 %
10-20 %	23,5 %
20-30 %	35,8 %
30-40 %	18,5 %
40-50 %	4,9 %
> 50 %	2,5 %
4. Consideración especial con estos pacientes	
Sí	97,5 %
No	2,5 %
5. Fármacos anticolinesterásicos	
Sí	34,6 %
No	66,4 %
6. Dispositivo específico rotación libre	
Sí	48,1 %
No	51,9 %
7. Investigación en PG	
Sí	23,5 %
No	73,5 %
8. Sesiones, talleres, módulos en PG	
Sí	33,3 %
No	66,7 %
9. Dispositivos específicos PG en tu hospital	
Sí	29,6 %
No	79,4 %

TABLA II (continuación)

Experiencia en Psiquiatría Geriátrica durante la Residencia

Cuestionario	Residentes
10. Programa oficial de la especialidad	
Sí	23,5 %
No	76,5 %
11. Opinión acerca de PG como subespecialidad	
Agraviada	7,4 %
No considerada	87,7 %
No necesaria	1,2 %
Adecuadamente considerada	3,7 %
12. Importancia que tiene la formación en PG (0-10)	3,36 (d.s.: 0,9) - Poca
13. Grado de comodidad PG (0-10)	5,54 (d.s.: 1,9) - Cómodo
14. Conocimientos en PG (0-10)	4,21 (d.s.: 1,5) - Suficientes
15. Interés en PG (0-10)	6 (d.s.: 1,9) - Moderado/bastante

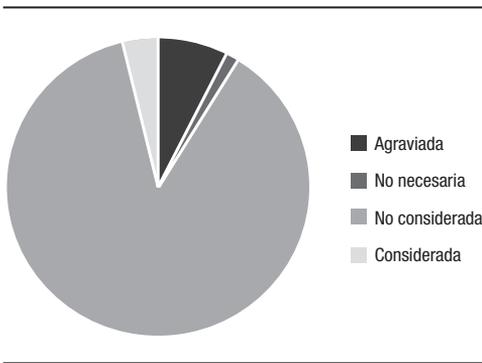
pensado realizar entrenamiento específico en PG (42 %, n = 34), lo que resulta congruente con el porcentaje de residentes que no tenían pensado utilizar ningún mes del período de residencia en dicho entrenamiento (55,6 %, n = 45). El resto de los que respondieron, habían empleado o pensaban emplear entre 1 a 6 meses de tiempo en la subespecialidad, correspondiendo la mayoría al período de uno a dos meses (19,8 %, n = 16). A la pregunta de estimar el porcentaje de pacientes en edad geriátrica que atendían en el rango de edad geriátrica, la respuesta más frecuente fue la de 20-30 % (35,28 %, n = 29). La práctica mayoría de los encuestados respondieron que tenían una consideración especial a la hora de atender a los pacientes en edad geriátrica (97,5 %, n = 79). Más de la mitad de los encuestados no se sentían familiarizados con el uso de inhibidores de la Acetilcolinesterasa (65,4 %, n = 53). El resultado de la pregunta acerca de dispositivos especializados en Psiquiatría Geriátrica a los que dirigirse para hacer una rotación específica, fue muy parejo, decantándose

por la respuesta negativa (51,9 %, n = 42). Tan solo una cuarta parte de los encuestados está realizando o tiene planificado realizar investigación en Psiquiatría Geriátrica (23,5 %, n = 19). Una tercera parte de los residentes afirmaba que se realizan talleres y/o módulos y/o sesiones clínicas específicas en PG (33,3 %, n = 27), mientras que un porcentaje menor responde que hay dispositivos específicos para PG en sus respectivos hospitales (29,6 %, n = 24). La última pregunta de este apartado, era la referente a lo que estipula el Programa Oficial de la Especialidad de Psiquiatría acerca de la formación en Psiquiatría Geriátrica. Pues bien, tan solo el 23,5 % de los residentes (n = 19), aseguraba conocer lo que el programa postula al respecto.

C) Opinión personal de los residentes de Psiquiatría

Al preguntar a los residentes acerca de su percepción personal de la PG (gráfico II) como subespecialidad: en un 87,7 % (n = 71) de los casos contestaron que es

GRÁFICO II
Opinión de la PG
como subespecialidad



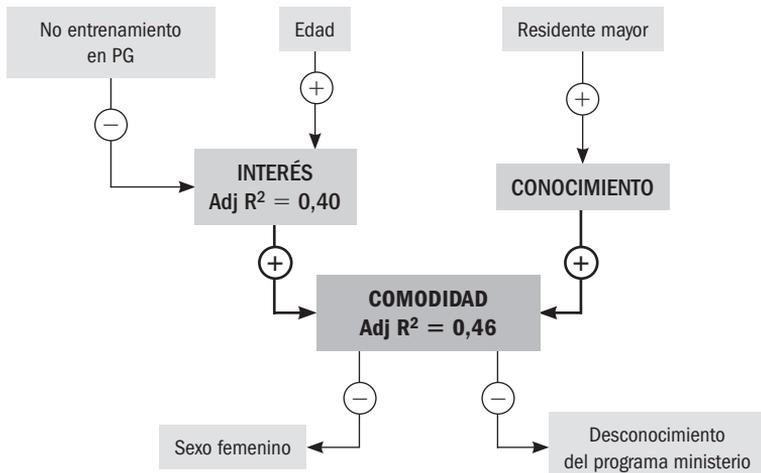
importante pero no está suficientemente considerada, en un 7,4% (n = 6) de los casos consideraron que estaba agraviada con respecto al resto de especialidades, en un 3,7% (n = 3) que estaba adecuadamente considerada, y en un 1,2% (n = 1) que no era necesaria. Las últimas cuatro preguntas se basaban en una escala de puntuación de 0 a 10, que se correspon-

día con una variable cualitativa. Los encuestados respondieron a la importancia que se le da a la subespecialidad con una media de 3,36 (Rango = 1-7; SD = 0,926), que se correspondería con poca importancia. Cuando se preguntaba acerca del grado de comodidad al atender a pacientes en edad geriátrica, la media fue 5,54 (Rango = 2-10; SD = 1,98), correspondiente con cómodo. A la percepción personal del grado de conocimientos en PG, la media fue de 4,21 (Rango = 2-7; SD = 1,9), que se corresponde con suficientes. Por último se preguntaba acerca del interés personal en esta subespecialidad, siendo la media de 6 (Rango = 3-10; SD = 1,93), correspondiente con moderado interés.

D) Factores asociados a las variables de interés, comodidad y conocimientos (figura 1)

Las variables que mostraron una asociación estadísticamente significativa con

FIGURA 1
Factores asociados a las variables de interés, comodidad y conocimientos



el **interés** de los residentes en PG fueron: la edad, incrementándose el interés a medida que se incrementa la edad ($\beta = 0,08$; 95 % CI 0,01-0,16; $p = 0,027$); la percepción de comodidad con este tipo de pacientes ($\beta = 0,38$; 95 % CI 0,19-0,58; $p < 0,001$); y el hecho de no haber recibido entrenamiento en PG, que reducía el interés ($\beta = -1,37$; 95 % CI $-2,05, -0,68$; $p < 0,001$). Este modelo logra explicar el 39,8 % de la variabilidad total del interés en nuestra muestra.

Para el segundo modelo, la variable dependiente fue la **comodidad** a la hora de valorar pacientes geriátricos. En este modelo, las mujeres, comparadas con los hombres, mostraron un asociación negativa, es decir, se mostraban menos cómodas ($\beta = -1,34$, 95 % CI $-2,08-0,60$); $p = 0,001$). Del mismo modo el hecho de no conocer el programa de la especialidad también se asociaba negativamente a la comodidad ($\beta = -1,05$; 95 % CI $-1,83, -0,28$; $p = 0,008$). Por el contrario, tanto el interés en PG ($\beta = 0,42$; 95 % CI 0,25-0,60, $p < 0,001$) como la percepción personal de tener suficientes conocimientos ($\beta = 1,13$; 95 % CI 0,45-1,81); $p = 0,001$), se asociaron positivamente a la percepción de comodidad. Este modelo logra explicar el 46,52 % de la variabilidad total de la comodidad.

Para el tercer modelo con la variable de percepción de conocimientos en PG, se utilizó regresión logística, ya que la variable violaba la asunción de normalidad. A partir de una puntuación igual o mayor a cinco se consideró que se disponía de suficientes conocimientos. Comparado con los residentes de segundo año, estar en el cuarto año de residencia aumentaba la probabilidad de considerar que se tenían suficientes conocimientos (OR = 6,39; 95 % CI 1,54-26,58; $p = 0,011$). En la misma línea, a medida que se aumenta la sensación de comodidad con pacientes en edad geriátrica, se

incrementa la probabilidad de tener la percepción de que los conocimientos son suficientes (OR = 1,67; 95 % CI 1,17-2,39; $p = 0,005$).

Encuestas Tutores

A) Datos epidemiológicos (tabla III)

La edad de los tutores se estableció entre los 32 y los 53, con una media de 42,52 años (SD = 6,53). La media de años ejerciendo como tutor se situó en 5,60 años (Rango = 1-18; SD = 4,89). El predominio de respuestas, vino del sexo femenino (57,1 %, $n = 12$).

TABLA III
Características demográficas
de los tutores encuestados

<i>Sexo</i>	
Masculino	42,9 %
Femenino	57,1 %
<i>Edad</i>	
	42,52 (d.s.: 6,53)
<i>Año ejerciendo como tutor</i>	
	5,6 (d.s.: 4,89)
<i>Universidad estudios medicina</i>	
España	100 %
<i>Comunidades Autónomas</i>	
Cataluña	43,1 %
Aragón	14,4 %
Andalucía	9,6 %
Comunidad Valenciana	4,8 %
Comunidad de Madrid	14,4 %
Galicia	9,6 %
Baleares	4,8 %

B) *Formación de residentes en Psiquiatría Geriátrica*

Ver resultados en la tabla IV. Más de la mitad de los encuestados pensaban que la formación en PG no era suficiente (61,9%, n = 13). Un abrumador 95,2% (n = 20), consideró de utilidad la forma-

ción en este área. Cuando se preguntó acerca de la posibilidad de que esta especialidad fuese de realización obligatoria, la gran mayoría respondió de forma afirmativa (81%, n = 17). La mayor parte de los tutores respondieron que los recursos docentes no estaban adaptados a las recomendaciones planteadas en los planes

TABLA IV
Formación de residentes en Psiquiatría Geriátrica

Cuestionario	Tutores
1. Reciben residentes suficiente formación en PG	
Sí	38,1 %
No	61,9 %
2. Consideras de utilidad la formación en PG	
Sí	95,2 %
No	4,8 %
3. Debería ser obligatoria la formación en PG	
Sí	81 %
No	19 %
4. Recursos docentes adaptados	
Sí	14,3 %
No	85,7 %
5. Talleres, módulos, sesiones al año	
0	38,1 %
1-2	47,6 %
2-3	0 %
3-4	9,5 %
5-6	0 %
>6	4,8 %
6. Grado de importancia que recibe PG (0-10)	4,29 (d.s.: 1,79) - Adecuada
7. Grado de comodidad de residentes en PG (0-10)	4,71 (d.s.: 1,45) - Cómodo
8. Conocimientos de residentes en PG (0-10)	4,76 (d.s.: 1,72) - Suficientes
9. Interés de los residentes en PG (0-10)	4,9 (d.s.: 1,6) - Moderado

directores de salud mental (85,7 %, n = 18). Un tercio de los encuestados respondió que en sus unidades docentes no se realizaban talleres ni módulos específicos relacionados con la PG (33 %, n = 7), y en la mitad de los casos tan solo se realizaba uno o dos talleres al año (47,6 %, n = 10). La media de talleres realizados fue de 1,05 (SD = 1,43).

C) *Opinión personal Tutores de Psiquiatría de la subespecialidad*

En relación a las preguntas de opinión personal, estas daban lugar a una respuesta en un continuum de 0 a 10, que se correspondía con un valor cualitativo. Los encuestados respondieron a la importancia que se le da a la subespecialidad con una media de 4,29 (SD = 1,29) cercana a adecuada importancia. En lo relativo al grado de comodidad que creen los tutores que tienen los residentes cuando valoran a un paciente mayor de 65 años, fue de 4,71 (SD = 1,45), correspondiente con «cómodo». A la pregunta sobre conocimientos de los residentes en PG, las respuestas obtuvieron una media de 4,76 (SD = 1,72) correspondiente con «suficientes». Por último, a la pregunta del interés que perciben en los residentes por la PG, se obtuvo una media de 4,90 (SD = 1,9), correspondiente con «moderado».

DISCUSIÓN

La especialidad de PG y su formación en la residencia, han sido plenamente justificadas desde varios puntos de vista en la introducción de este trabajo. La actitud positiva mostrada por parte de los encuestados en este estudio, sugiere que la subespecialidad es valorada como una parte de la psiquiatría aceptada y necesaria.

Prácticamente todos los residentes respondieron que la PG era una subespe-

cialidad importante, pero no suficientemente considerada (87,7 %). Especulamos que gran parte de los residentes que respondieron a las preguntas fueron los que estaban interesados o muy interesados en PG. A pesar de este supuesto interés que inferimos que podrían tener los residentes, menos de la mitad habían hecho o tenían proyectado hacer un rotatorio en PG, lo cual resulta llamativo teniendo en cuenta la supuesta motivación que estos podrían tener. Además, resulta destacable que una elevada tasa de respuestas vino dada desde Hospitales o Unidades Docentes que tradicionalmente más interés o más potencial han demostrado en esta área. Si existe interés y motivación por parte de los residentes y la consideran un área importante para su profesión, ¿por qué un porcentaje tan bajo de los mismos realizan formación en PG? Nos preguntamos cuál podría ser una posible explicación para este hallazgo. Algunas respuestas posibles serían: la escasez de recursos supra especializados, la ausencia de una obligatoriedad en el programa de formación de residentes del Ministerio, el nihilismo terapéutico ante pacientes en edad geriátrica, y la escasez de módulos, talleres y sesiones dirigidas a los residentes. Un 66,7 % de los encuestados contestó que no se realizaba ningún tipo de taller, ni sesión enfocadas en este ámbito, dato sin duda alguna preocupante, que podría reflejar el bajo peso específico de la PG dentro de los servicios de psiquiatría.

La evidencia en Canadá sugiere que la experiencia en PG durante la residencia es muy importante a la hora de decidir especializarse en este área en el período posterior a la residencia^{10, 11}. Si este interés no se fomenta en este período, después será complicado que el psiquiatra se interese por la Psicogeriatría. La evidencia en nuestro país está en la línea de lo observado en la mayor parte de los paí-

ses de Europa, en los que se ha observado que la Psicogeriatría no es un área tan solicitada como debería serlo para hacernos cargo del bienestar de los ancianos^{14, 15}. En la línea de lo previamente mencionado, resulta imprescindible destacar el papel que desempeña la formación en PG en los estudiantes de medicina, que ya fue puesto de manifiesto en un consenso realizado en el año 2001 por parte de la WPA y la World Federation for Medical Education¹⁶.

Cuando a los residentes se les preguntó acerca de la percepción de sus conocimientos en PG, más de la mitad de los encuestados respondió que estos eran insuficientes. Quizás la pregunta más adecuada habría sido preguntar de forma genérica cuáles son los conocimientos necesarios para atender de forma adecuada a los pacientes mayores. En Canadá, años antes de que se obtuviese el reconocimiento como subespecialidad, se sugirió que los residentes obtuviesen una experiencia mediante la supervisión, no necesariamente en una rotación específica, que fuese suficiente como para asegurar la competencia necesaria en PG⁹. En el año 2003, la Asociación Europea de Psiquiatría Geriátrica, junto a la OMS desarrollaron los «Skill-based objectives for specialist training in old age psychiatry». Estas guías se generaron como respuesta a la ausencia de programas de formación acreditados en la mayoría de países europeos, en un intento de aunar criterios de formación, y asegurar las habilidades necesarias en la valoración de pacientes en edad geriátrica¹⁷. Es probable que pocos residentes tuviesen conocimiento de estos objetivos de aprendizaje y áreas de competencia propuestas, por lo que sería recomendable fomentar y promover el conocimiento de las mismas.

Uno de los grandes debates a la hora de conseguir el reconocimiento de la subespecialidad, es la necesidad de consi-

derar la rotación en PG como un módulo obligatorio dentro de la formación del residente. Esto se ha considerado un obstáculo a la hora de implementar programas específicos de entrenamiento en la residencia¹⁷. En este sentido, los tutores de psiquiatría, en un 81 % de los casos, consideraron que debería tratarse de un rotatorio obligatorio. A tenor de esta respuesta, la obligatoriedad de realizar el rotatorio por parte del Ministerio, podría suponer un estímulo en este sentido, tal y como plantean los tutores. Sobre todo, teniendo en cuenta que la PG suele ser un «interés adquirido», tal y como reconocen los residentes tras las rotaciones clínicas, o al final de las mismas¹⁹.

En una reciente revisión (2007) de los estudios europeos llevados a cabo en PG en los últimos 60 años, Fernández-Balasteros¹⁴ halló que el número de publicaciones de temas relacionados con la edad geriátrica era 360 veces mayor entre los años 2001 y 2005, de lo que era a finales de los años 40. Se objetivó que los países diferían considerablemente en la cantidad de investigación, siendo los países más occidentales y septentrionales los que presentaban unos programas de investigación más amplios²⁰. Por ello no resulta extraño que en nuestra muestra exista un porcentaje tan bajo de residentes que haya investigado en alguna ocasión en temas relacionados con la PG a lo largo de la residencia. Quizás no sea tanto reflejo del interés y motivación de los residentes, sino de la escasez de programas y proyectos de investigación relacionados con la PG.

Tras aplicar el modelo de regresión utilizando como variables dependientes el interés, la comodidad a la hora de atender a los pacientes en edad geriátrica y el interés por la PG, se obtuvieron resultados interesantes (figura 1). La comodidad se correlacionaba de forma positiva tanto con el interés como con los conocien-

tos, es decir, que cuánto más cómodo se encuentra el residente a la hora de valorar a estos pacientes, más interés tiene y mayor percepción de conocimiento. De la misma forma, según nuestros resultados, se podría afirmar que cuánto más interés tiene el residente y mayor percepción de conocimientos, más cómodo se encuentra asistiendo a pacientes en edad geriátrica. No se encontró una asociación entre el interés y los conocimientos del residente. Por ello, el fomentar la comodidad de los residentes en el manejo de los pacientes ancianos, sería fundamental para que se sintiesen más motivados y su percepción de aprendizaje mejorase. Posibles factores que mejorarían la comodidad al valorar estos pacientes podrían ser la supervisión directa por parte de expertos en PG, las sesiones de casos clínicos de manejo complejo, módulos y talleres centrados en aspectos específicos de la asistencia del paciente geriátrico. En nuestro estudio observamos que había dos factores que influían negativamente en la comodidad: el sexo femenino y el desconocimiento de lo que el Programa de Formación de la Residencia de Psiquiatría del Ministerio estipula al respecto de la PG. Con respecto al primero, una posible explicación de este hecho, sería la asociación que existe entre el rol de cuidadora que tradicionalmente ha desempeñado la mujer en la sociedad occidental, lo que le podría generar cierto rechazo a la hora de valorar a estos pacientes. En cuanto al conocimiento del programa, parece obvio que todos los residentes deberían conocer el programa de formación, no obstante, a la vista de los resultados, quizás se debería reforzar el acceso a esta información.

El interés puede verse influido por otros factores además de la comodidad. En nuestro estudio se aprecia que cuánto mayor es el encuestado, mayor interés tiene en PG. Es posible que con el paso del tiempo sea más fácil apreciar las ne-

cesidades de las personas ancianas, porque con la edad es más probable que se vivan situaciones personales y familiares, que de alguna forma estén relacionadas con la patología psicogeriatrica. Esto podría ser una posible argumentación para explicar el mayor interés según se incrementa la edad. En la línea de lo que ya en otros estudios se ha observado⁹, cuando no se realiza entrenamiento en PG, se tiene menos interés por la especialidad. Al parecer, el interés no únicamente depende de una motivación personal, sino también de que se tenga la posibilidad de realizar la formación específica. Si no somos capaces de facilitar y estimular la rotación en PG, difícilmente podremos exigir que los residentes se interesen más por este área de la psiquiatría. Por último, cuando se analizó la percepción personal del conocimiento, se observó que esta era mayor cuánto más se avanzaba en la residencia, es decir, el residente de cuarto año tiene la percepción de mayor conocimiento de la PG que el de segundo año. Tal y como ocurre en otros países, los residentes que realizan formación en PG, habitualmente lo hacen en el último año de la residencia⁸. De hecho, tal y como está planteado el Plan de Formación del Residente en nuestro país, resulta complicado que se pueda realizar esta formación en otro momento. Por tanto, resulta congruente con lo observado en la realidad.

Nuestro trabajo tiene importantes limitaciones. Una de ellas es el bajo porcentaje de unidades docentes que respondieron a las encuestas y la ausencia de un sistema en el que todas las unidades docentes estén adscritas y permita una mayor accesibilidad a las mismas. Las unidades de las que se recibió respuesta fueron aquellas en las que más interés y recursos dirigidos a psiquiatría geriátrica existían. Este estudio representa tan solo a 25 Unidades Docentes, por lo que los resultados son difícilmente generalizables.

Las respuestas llegaron en su mayor parte desde Comunidades Autónomas contiguas, en su mayor parte del Nordeste de España, lo que impidió establecer una imagen del panorama nacional más amplia y homogénea, si bien es cierto que las universidades en las que se cursaron los estudios de medicina cubrían una extensión geográfica más amplia. La imposibilidad para establecer un censo de residentes de psiquiatría, no permitió establecer el porcentaje de residentes que respondió a las preguntas. La ausencia de preguntas en las que se pidieran a los encuestados opiniones de descripción libre, impide conocer otras inquietudes o propuestas diferentes a las de las preguntas estipuladas. Los residentes que respondieron a las preguntas eran en un alto porcentaje de segundo año, y según los resultados obtenidos en nuestro estudio; ser residente de tercer y cuarto años, se asocia con tener mayor conocimiento en PG.

CONCLUSIONES

Los residentes y tutores de psiquiatría son uno de los grandes pilares en los que se sustenta la formación en la especialidad de psiquiatría. Este estudio nos ha dado la posibilidad de explorar un área concreta, como es la de PG. Esto ha permitido obtener una visión más formal de las carencias e inquietudes de los residentes y de los tutores.

Nuestros datos sugieren que, aunque por regla general la PG es percibida como una subespecialidad necesaria y útil para los residentes, actualmente existe un programa de formación muy pobre a pesar de las evidencias de un incremento de pacientes en edad geriátrica. Es posible que incrementar el número de talleres y sesiones de formación, así como establecer unos criterios mínimos de formación en PG, pudiera ayudar a mejorar la for-

mación y la calidad de la asistencia en psiquiatría de la senectud.

Este es el primer estudio, al menos en lo que nuestra búsqueda ha permitido obtener, en el que se trata de recoger la opinión de tutores y residentes de psiquiatría acerca de la formación en PG. Resulta evidente que se han de realizar estudios en este área para que las hipótesis planteadas en nuestro trabajo tengan mayor envergadura, o por el contrario sean rechazadas o modificadas. Este no pretende ser más que una primera piedra y un estímulo para seguir investigando en esta área, y conseguir finalmente la acreditación de la subespecialidad, como en nuestra opinión merece.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cummings JL. Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2004 Jul 1;351(1):56-67.
2. Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona, octubre 2006.
3. INE: Instituto Nacional Estadística. Proyección de la Población de España a Largo Plazo. <http://www.ine.es/prensa/np587.pdf>
4. OMS. Psychiatry of the elderly: a consensus statement. (Doc.: WHO/MNH/MND/96.7). Ginebra, OMS; 1996.
5. Camus V, Katona C, de Mendonça Lima CA, Abdel-Hakam AM, Graham N, Baldwin R et al. World Psychiatric Association section on old age psychiatry. Teaching and training in old age psychiatry: a general survey of the World Psychiatric Association member societies. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003 Aug; 18(8):694-9.
6. Draper B, Reutens S, Subau D. Workforce and advanced training survey of

- the RANZCP Faculty of Psychiatry of Old Age: issues and challenges for the field. *Australas Psychiatry* 2010 Apr;18(2):142-5.
7. Ribeiro O, Fernandes L, Firmino H, Simões MR, Paúl C. Geropsychology and psychogeriatrics in Portugal: research, education and clinical training. *Int Psychogeriatr* 2010 Sep;22(6):854-63.
 8. OMS. Education in Psychiatry of the elderly: a technical consensus statement (DOC.:WHO/MNH/MND/98.4). Ginebra, OMS; 1998.
 9. Andrew MH, Shea C. Geriatric psychiatry education in Canada: the pathway to subspecialty recognition. *Int Psychogeriatr* 2010 Sep;22(6):919-26.
 10. Lieff SJ, Clarke D. What factors contribute to senior psychiatry residents' interest in geriatric psychiatry? A Delphi study. *Can J Psychiatry* 2000 Dec;45(10):912-6.
 11. Lieff S, Clarke D. Canadian geriatric psychiatrists: why do they do it? A Delphi study. *Can J Psychiatry* 2002 Apr;47(3):250-6.
 12. Pelegrín-Valero C. La formación en psicogeriatría en nuestro país. *Psicogeriatría* 2009;1(2):65-66.
 13. D'Agostino RB, Belanger AJ, D'Agostino RB Jr. A suggestion for using powerful and informative tests of normality. *American Statistician* 1990;44:316-321.
 14. Fernández-Ballesteros R, Pinquart M, Torpdahl P. Geropsychology: demographic, sociopolitical, and historical background. En: Fernández-Ballesteros R (ed.). *Geropsychology: European Perspectives for an Ageing World*. Berlín, Hogrefe & Huber Publishers; 2007: 1-14.
 15. Firmino H, Tataru N. Old age psychiatry: actual problems in European countries. *European Psychiatry* 2009;24 (Suppl. 1):S199.
 16. World Psychiatric Association, World Federation for Medical Education. Core curriculum in psychiatry for medical students. WPA. 2001.
 17. Gustafson L, Burns A, Katona C, Bertolote JM, Camus V, Copeland JR et al. European Association of Geriatric Psychiatry. Skill-based objectives for specialist training in old age psychiatry. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003 Aug;18(8):686-93.
 18. Kennedy GJ, Goldstein MZ, Northcott CJ et al. Evolution of geriatric curriculum in general residency training. Recommendations for the coming decade. *Acad Psychiatry* 1999;23:187-197.
 19. Herrmann N. Geriatric psychiatry: a subspecialty whose time has come. *Can J Psychiatry* 2004 Jul;49(7):415-6.
 20. Pinquart M. Main trends in geropsychology in Europe: research, training, and practice. En: Fernández-Ballesteros R (ed.). *Geropsychology: European Perspectives for an Ageing World*. Berlín, Hogrefe & Huber Publishers; 2007: 15-39.

ANEXOS

ANEXO I
Preguntas para residentes

Datos epidemiológicos

Edad: Sexo: Año de residencia:

Centro en el que realiza residencia: Universidad en la que cursaste estudios de medicina:

Encuesta

1. ¿Has realizado (o vas a realizar) entrenamiento específico en psiquiatría geriátrica a lo largo de tu residencia?
 Sí No No sabe/no contesta

2. ¿Cuántos meses de tu residencia has empleado o emplearás en la formación en esta subespecialidad?
 0 meses 1-2 meses 2-4 meses 4-6 meses >6 meses

3. ¿Qué porcentaje aproximado de pacientes en edad geriátrica (>65 años) has atendido a lo largo de tu residencia?
 0-5 % 5-10 % 10-20 % 20-30 % 30-40 % 40-50 % >50 %

4. A la hora de iniciar un tratamiento en pacientes en edad geriátrica ¿tienes alguna consideración especial con respecto a los pacientes de edad menor?
 Sí No No sabe/no contesta

5. ¿Estás familiarizado con el uso de fármacos anticolinesterásicos?
 Sí No No sabe/no contesta

6. Si quisieras hacer rotación libre en un dispositivo de referencia en Psiquiatría Geriátrica, ¿sabrías a dónde dirigirte?
 Sí No No sabe/no contesta

7. ¿Has dedicado parte de la residencia a investigar en temas relacionados con la Psiquiatría Geriátrica?
 Sí No No sabe/no contesta

8. En tu hospital, ¿se realizan sesiones, talleres o módulos específicos de temas relacionados con Psiquiatría Geriátrica?
 Sí No No sabe/no contesta

ANEXO I (continuación)

Preguntas para residentes

9. ¿Existen dispositivos específicos para Psiquiatría Geriátrica en tu hospital?

- Sí No

10. ¿Sabes lo que estipula el Programa Oficial de la especialidad de Psiquiatría acerca de las rotaciones en Psiquiatría Geriátrica?

- Sí No No sabe/no contesta

11. ¿Cuál es tu opinión acerca de la Psiquiatría Geriátrica como subespecialidad? Marca las respuestas que consideres adecuadas.

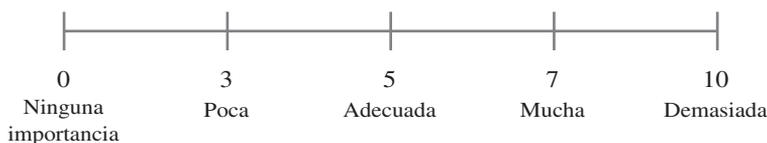
11.1 Está «agraviada» con respecto al resto de subespecialidades de la psiquiatría.

11.2 No es necesaria.

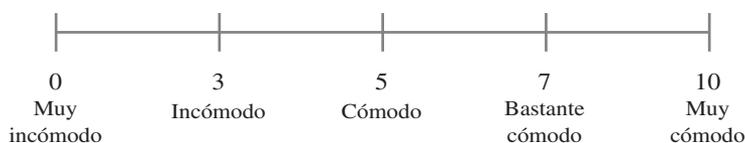
11.3 Es importante, pero no está suficientemente considerada.

11.4 Está adecuadamente considerada.

12. En tu opinión, consideras que se le da suficiente importancia a la formación en Psiquiatría Geriátrica? Puntúa de 0 a 10.



13. Puntúa de 0 a 10 el grado de comodidad cuando tratas a un paciente >65 años.



14. Puntúa entre 0 y 10 tus conocimientos acerca de Psiquiatría Geriátrica.



15. Puntúa de 0 a 10 tu interés sobre la Psiquiatría Geriátrica.



ANEXO II

Preguntas para tutores de residentes

Datos epidemiológicos

Edad: Sexo: Años ejerciendo como tutor de residentes:

Centro en el que realiza dicha función:

Centro en el que realizó la residencia:

Año en que acabaste la residencia:

Universidad en la que cursaste estudios de medicina:

Encuesta

1. ¿Consideras que los residentes reciben suficiente formación en Psiquiatría Geriátrica?
 Sí No

2. ¿Consideras de utilidad la formación en Psiquiatría Geriátrica?
 Sí No

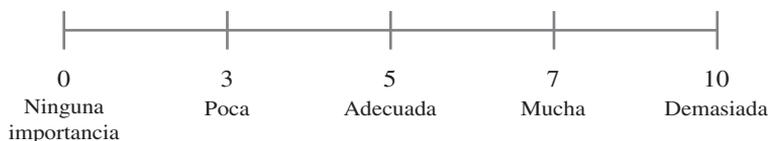
3. ¿Piensas que debería ser obligatoria la formación en esta subespecialidad?
 Sí No

4. ¿Están los recursos docentes adaptados a las necesidades planteadas en los planes directores de salud mental?
 Sí No

5. Se realizan talleres, módulos, jornadas, sesiones o similares relacionadas con Psiquiatría Geriátrica en tu hospital?
 Sí No

6. Si es así cuántos por año.
 1-2 2-3 3-4 5-6 > 6

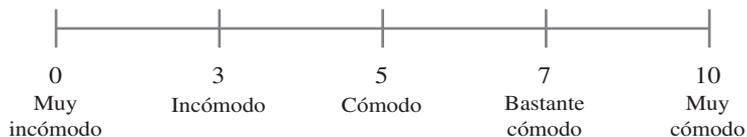
7. En tu opinión, consideras que se le da suficiente importancia a la formación en Psiquiatría Geriátrica? Puntúa de 0 a 10.



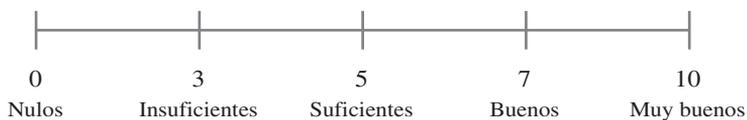
ANEXO II (continuación)

Preguntas para tutores de residentes

8. Puntúa de 0 a 10 el grado de comodidad de los residentes cuando tratan a un paciente > 65 años.



9. Puntúa entre 0 y 10 los conocimientos de los residentes acerca de Psiquiatría Geriátrica.



10. Puntúa de 0 a 10 el interés de los residentes en la Psiquiatría Geriátrica.



ENVEJECIMIENTO Y DEMENCIA EN EL SÍNDROME DE DOWN

NATÀLIA CARMONA ROMERO

Terapeuta Ocupacional.

Trabajo premiado con el Tercer Premio de la edición 2010-2011 del Máster y Diplomatura de Postgrado en Psicogeriatría de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Recepción: 01-03-12 / Aceptación: 27-03-12

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, las personas con síndrome de Down pueden llegar a vivir más de cincuenta años. La esperanza de vida ha aumentado considerablemente y se debe destacar que su envejecimiento no tiene una evolución como las personas sin este tipo de síndrome.

Este estudio, entonces, se basa en la prevalencia que tienen estas personas de llegar a una edad avanzada con demencia. El tipo más común en el síndrome de Down es la enfermedad de Alzheimer.

La información ha estado recogida de la Asociación Centro Pedralbes, que es un taller ocupacional con otros servicios como el hogar residencia.

EL SÍNDROME DE DOWN: GENÉTICA

El Síndrome de Down es una alteración genética producida por la presencia de un cromosoma extra (o una parte de él) en la pareja cromosómica 21, de tal manera que las células de estas personas tienen tres cromosomas en esta pareja

(por eso se llama trisomía 21), cuando lo habitual es que solamente existan dos.

Este error congénito se produce de forma espontánea, sin que exista una justificación aparente sobre la que poder actuar para impedirlo.

Existen tres aspectos que derivan en Síndrome de Down:

- a) **Trisomía 21.** Con diferencia, el tipo más común de síndrome de Down es el denominado trisomía 21, resultado de un error genético que tiene lugar muy pronto en el proceso de reproducción celular.

La pareja cromosómica 21 del óvulo o del espermatozoide no se separa como debería separarse y uno de los dos contiene 24 cromosomas en lugar de 23.

Cuando un óvulo o espermatozoide con un cromosoma extra se combina con otros del sexo contrario, se obtiene como resultado una célula (cigoto) con 47 cromosomas. El cigoto, al reproducirse por mitosis para ir a formar el feto, da como resultado células iguales, es decir, con 47 cromosomas, produciéndose así el síndrome en la persona. Es la trisomía regular o la trisomía libre.

- b) **Traslocación cromosómica.** En algunos casos pasa que, durante el proceso de meiosis, un cromosoma 21 se rompe y algunos de los fragmentos (o el cromosoma completo), se une de manera anómala a otra pareja cromosómica, generalmente al 14. Es decir, que además de la pareja cromosómica 21, la pareja 14 tiene una carga genética extra: cromosoma 21, o un fragmento suyo roto durante el proceso de meiosis. Los nuevos cromosomas reorganizados se denominan cromosomas de traslocación. No será necesario que el cromosoma 21 esté completamente triplicado para que estas personas presenten las características físicas típicas de la trisomía 21, pero estas dependerán del fragmento genético traslocado.
- c) **Mosaicismo o trisomía en mosaico.** Una vez fecundado el óvulo el resto de células se originan por un proceso mitótico de división celular. Si durante este proceso el material genético no se separa correctamente podría pasar que una de las células hijas tuviera en su pareja 21 tres cromosomas y, en el otro, solamente uno. En tal caso, el resultado será un porcentaje de células trisómicas y el resto con su carga genética habitual.

TRASTORNOS MÉDICOS ASOCIADOS AL SÍNDROME DE DOWN

Desde el momento del nacimiento de una persona con Síndrome de Down, algunos trastornos se pueden diagnosticar:

- Retraso mental.
- Problemas de conducta.
- Depresión.
- El hipertiroidismo congénito caracterizado por un metabolismo basal redu-

cido; con un examen de sangre corriente se puede determinar la presencia de esta condición.

- Alteraciones del sistema nervioso autónomo.
- Enfermedades cardíacas congénitas y en relación con estas pueden aparecer hipertensión pulmonar o alta presión sanguínea en los pulmones. Afectan a un 50% de estos pacientes.
- Pérdida de capacidad auditiva: del 66% al 89% tienen una pérdida de la capacidad auditiva mayor (de 15 a 20 decibelios) en al menos un oído debido al hecho de que el oído externo y los huesos del oído mediano y el interno pueden corregirse pero los que no, se deberá tener en cuenta para cuando estas personas lleguen a edad más avanzada ya que puede ocasionar un problema de comunicación con ellos; contando que muchos pueden tener demencias y problemas cognitivos adquiridos.
- Alteraciones de la visión: el 80%. Es frecuente en ellos las cataratas que actualmente son fácilmente operables.
- Trastornos con convulsiones: afectan entre un 5% y un 13% de los individuos, una incidencia 10 veces mayor que en la población general. Algunas de estas convulsiones se pueden tratar con antiepilépticos.
- Otras complicaciones como la leucemia o la inmunodeficiencia.

ENVEJECIMIENTO Y ESPERANZA DE VIDA

Actualmente, podemos hablar de envejecimiento porque son ya muchas las personas con Síndrome de Down que envejecen. Lo hacen antes que el resto de la población, ciertamente, pero un gran nú-

mero de personas llegan a los 60 años y no pocas los superan, un hecho que hace bien pocos años parecía imposible. Existe, entonces, un largo período en la vida de estas personas que está lleno de experiencias, de alegrías, de méritos y de fracasos. Inexorablemente, los acontecimientos de estas varias decenas de años condicionará la manera en que envejecerán.

Así y de acuerdo con el estado actual de los acontecimientos, se deben de tener en cuenta los siguientes datos:

- a) La esperanza mediana de vida de las personas con Síndrome de Down se aproxima a los sesenta años. Esta cifra es claramente inferior a la que ofrece la población general y la población con discapacidad intelectual que no tiene este síndrome. La cifra es una mediana y su intervalo es amplio. Son diversos los informes que aparecieron sobre personas con síndrome de Down que han llegado a la época de los setenta e incluso ochenta sin signos de demencia (Chicoine y MacGuire, 1997).
- b) El síndrome es un claro factor de riesgo en lo que respecta a la anticipación del envejecimiento y a la mortalidad. Existe una clara precocidad de envejecimiento.
- c) El porcentaje de la aparición de la enfermedad de Alzheimer en este tipo de población es muy superior a la del resto de la población, incluida la que tiene discapacidad intelectual sin síndrome de Down. Además, la edad a la que se presenta la enfermedad de Alzheimer en estas personas acostumbra a ser relativamente precoz, con una evolución mediana de cuatro o cinco años.
- d) La aparición y la evolución de la enfermedad de Alzheimer muestran un alto grado de variabilidad interindividual. De hecho, hay personas que no

desarrollan demencia a edades muy avanzadas.

- e) Se plantea que el 25 % pueden mostrar signos y síntomas de demencia tipo Alzheimer a partir de los 35-40 años. El porcentaje aumenta con la edad, de manera que en la década de los sesenta el porcentaje llega a cifras que son muy variables según las diversas estadísticas: entre el 30 % y el 75 %.
- f) El envejecimiento precoz no es sinónimo de enfermedad de Alzheimer en el síndrome de Down. Se hace preciso distinguir entre lo que es un deterioro o declive (que incluye la cognición) relacionado con la edad en el síndrome, y lo que es la instauración y presencia de demencia. De la misma manera, es necesario diferenciar muy bien la demencia de la sintomatología que ofrecen otros procesos que pueden aparecer en el adulto con síndrome de Down, como son la depresión, el hipertiroidismo o las pérdidas sensoriales, en especial la visión y la audición.
- g) La precocidad del envejecimiento de las personas con síndrome de Down es una realidad. Entre sus manifestaciones destacan:
 - La disfunción inmunitaria.
 - La formación de cataratas.
 - La presbiacusia: pérdida progresiva de la capacidad de escucha de otras frecuencias debido al deterioro generado por la edad, a nivel interno y del nervio auditivo principalmente.
 - Atrofia de la piel.
 - La disminución de algunas habilidades cognitivas.
 - La neuropatología de tipo Alzheimer (sin demencia).
 - La aparición plena de la enfermedad de Alzheimer.
 - La aparición de algunas neoplasias.

CURSO DEL ENVEJECIMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LA DEMENCIA

El primer riesgo que podemos sufrir es considerar que cualquier cambio o deterioro en la capacidad cognitiva o en la conducta de un adulto con síndrome de Down expresa el inicio de la demencia tipo Alzheimer. Nada más lejos de la realidad. Existe todo un conjunto de cuadros patológicos que pueden aparecer en las personas con síndrome de Down, y que

tienen características que pueden parecer demencia; los principales quedan expuestos en la tabla I.

Un estudio longitudinal y prospectivo es el realizado en 128 personas con síndrome de Down durante tres años, (Prasher et al., 1998) en el que se insiste en el concepto que un simple declive asociado a la edad en las capacidades adaptativas no significa que haya enfermedad de Alzheimer. Para llegar a diagnosticar la demencia, según estos autores, se deben observar los cambios importantes en la cognición, la conducta y el funcionamiento social, de acuerdo con los criterios diagnósticos de la DCR-10 (Diagnostic Criteria for Reserch) establecidos por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1993, y que se mantengan o agraven durante un mínimo de dos años. De esta manera distinguieron entre grupos: el de los no afectados por demencia y el de los afectados (tabla II).

En el de los no afectados, los síntomas relacionados con el funcionamiento independiente (vestirse, comer, realizar la higiene) puntuaron significativamente más altos a lo largo de los tres años que el grupo de los afectados, mientras que pasó

TABLA I
Diagnóstico diferencial de enfermedad de Alzheimer y síndrome de Down

-
- Depresión.
 - Disfunción tiroidea.
 - Cardiopatía no diagnosticada.
 - Trastornos epilépticos.
 - Problemas de insomnio.
 - Pérdida de la audición.
 - Pérdida de la visión.
 - Compresión de la médula cervical.
 - Neoplasias no diagnosticadas.
-

TABLA II
Datos demográficos

	No afectados	Con demencia	Otras patologías
<i>N.º</i>	86	17	25
<i>Mediana de edad al inicio (años)</i>	42,26 ± 10,78	53,0 ± 9,89	– Hipotiroidismo: 10 – Depresión: 2
<i>Intervalo (años)</i>	16-71	36-72	– Otros trastornos: 4
<i>Retraso mental:</i>			– Demencia menos de dos años: 9
– Leve	15	3	
– Moderado	56	12	
– Grave	15	2	

Prasher et al., 1998.

TABLA III
Diferencias entre depresión y Alzheimer

La persona con depresión	La persona con Alzheimer
Acostumbra a quejarse de mala memoria.	No acostumbra a ser consciente de problemas de memoria.
Tendencia a decir: «No lo sé» a preguntas que requieren pensar o concentrarse.	Inventará respuestas a las preguntas que requieren concentración o buena memoria y no parecerá darse cuenta de que la respuesta es incorrecta.
Presenta fluctuaciones de capacidades y deterioros desiguales en las pruebas cognitivas.	Tiende a mostrar un deterioro global constante en las pruebas cognitivas.
Se rinde fácilmente, siente poca motivación e interés.	Lo intenta.
Puede ser lenta, pero realizar tareas complejas con éxito; es consciente de los errores.	No realiza con éxito las tareas que requieren concentración. Parece no darse cuenta de los errores.

lo contrario en los síntomas relacionados con la adaptación. Cuando la conducta adaptativa cae o empeora aumenta la aparición de conductas mal adaptadas.

Por otro lado, en el grupo de los no afectados por la demencia, el declive va a ser menor o inexistentes cuando no existía ninguna otra patología asociada.

Cabe destacar también el estudio español realizado en Lérida presentado como tesis doctoral llamado *Ribes, 1999*. Aunque tiene las limitaciones de ser un trabajo transversal y no longitudinal y de no analizar en profundidad los problemas de carácter médico, este trabajo de 81 personas con deficiencia mental, de las que 39 tenían síndrome de Down (12 entre 19 y 29 años, 16 entre 30 y 38 años y 14 de edad superior a los 39 años), los datos de Ribes confirman la existencia de un declive que es más precoz y más rápido en general, en la población con este tipo de síndrome si se compara con la que tiene otros tipos de deficiencia intelectual.

Es particularmente necesario remarcar

la frecuencia con la que pueden iniciarse procesos depresivos (tabla III) coincidiendo con acontecimientos variados que pasan en la vida de un adulto: muerte de familiares, cambios de domicilio y ambiente, pérdida de un amigo, temas laborales... (tabla IV).

En otras ocasiones son pérdidas de la visión o de la audición, o la aparición de hipertiroidismo que, si no son reconocidas y no son expresadas pueden ocasionar graves modificaciones de conducta. Por eso es importante crear, mantener y potenciar las relaciones de compañía y amistad que sustituyan la pérdida de seres queridos; la importancia de conseguir y promover la comunicación durante la vida del adulto, para que sepan y se acostumbren a explicar sus problemas y notifiquen las molestias y dificultades que experimenten ya sea utilizando la comunicación verbal o la gestual.

Desde el punto de vista de la evaluación cognitiva y conductual, se deberá aplicar el uso de unas determinadas escalas de evaluación psicométrica que han

TABLA IV
Síntomas de depresión y de demencia en adultos con síndrome de Down

Síntomas propios de las dos	Síntomas de demencia	Síntomas de depresión
Apatía/Inactividad.	Convulsiones.	Tristeza.
Pérdida de habilidades de atención a uno mismo.	Cambios de personalidad.	Crisis de llanto.
Depresión.	Declive en la memoria visual.	Fácil cansancio.
Incontinencia.	Pérdida del lenguaje.	Declive psicomotor.
Retraso psicomotor.	Desorientación.	Cambios de apetito.
Irritabilidad.	Preocupación excesiva sobre su propia salud.	Conductas auto agresivas.
Falta de cooperación, tozudez.	Incapacidad de orientarse.	Conductas de auto lesión.
Aumento de dependencia.	Conducta estereotipada.	
Pérdida de interés.	Trastorno en la capacidad de aprendizaje.	
Pérdida de peso.	Pérdida de habilidades laborales.	
Deterioro emocional.	Temblor fino de los dedos.	
Conducta destructiva.	Modificaciones del EEG.	
Alucinaciones, delirios.	Deterioro intelectual.	
Dificultades para el sueño.		

Aylward, 1995; Burt, 1992; Zigman, 1993.

estado progresivamente adaptadas y perfeccionadas para su aplicación en personas con deficiencia mental y específicamente con síndrome de Down (tabla V).

Visser et al. (1997), en un estudio longitudinal que duró 10 años, establecieron como criterios diagnósticos para definir el comienzo de una demencia: la aparición de, como mínimo, 10 síntomas incluidos en su *Early Signs of Dementia Checklist*, la alteración de al menos el 25% en el Inventario de habilidades sociales para personas con retraso mental, y la reeducación de al menos 1 Hz en el ritmo dominante de base del EEG en la región occipital. Naturalmente había per-

sonas que tenían también deterioros, pero en menor grado; se considera que presentan un proceso en el que ciertamente existen modificaciones de conducta, pero sin llegar a diagnosticarlas de demencia. Esto significa que hay personas con síndrome de Down que desarrollan demencia, y hay otras que muestran un cierto declive y deterioro en su evolución con la edad, sin que tengan que presentar una demencia.

Existe así, un declive funcional en los adultos de edades más avanzadas con síndrome de Down, que es propio de la edad y no de la enfermedad de Alzheimer, con un pronóstico favorable, que requerirá,

TABLA V

Escalas para el diagnóstico diferencial de enfermedad de Alzheimer en personas con deficiencia mental

-
- Aylward ED, Burt OB, Thorpe LU, Lai AC, Dalton A. Diagnosis of dementia in individuals with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 1997;42:152-164.
 - Castelló A, Carrillo M, Barnosell E. Tests d'Aptituds Cognitives per a deficiència del 65 %, TACD-65. Barcelona, Coordinadora de Centros para minusválidos psíquicos de Catalunya; 1996.
 - Evenhuis HM. Evaluation of a screening instrument for dementia in aging mentally retarded persons. *J Intellect Disabil Res* 1992;36:337-347.
 - Gedge A. Dementia scale for Down Syndrome. P. O. Box 39081. Point Grey, Vancouver BC. V6R 4P1 Canada.
 - Haxby JV. Neuropsychological evaluation of adults with Down syndrome: patterns of selective impairment in non-demented old adults. *J Ment Defic Res* 1989;33:193-210.
 - Prasher VP. Dementia questionnaire for persons with mental retardation (DMR): modified criteria for adults with Down syndrome. *J Appl Res Intellect Disabil* 1997;10:54-60.
 - Visser FE, Aldenkamp AP, van Huffelen AC et al. Early signs of dementia checklist. *AM J Ment Retard* 1997;101:400-412.
-

como es lógico, sus propias atenciones y curas.

El deterioro acostumbra a comenzar con síntomas clínicos poco específicos (una disminución del interés, de la velocidad con la que se mueven, de la motivación), que se acompañan de cambios de humor o de una exageración en sus características psicológicas. Aparece el deterioro en la capacidad de atender en las necesidades diarias habituales (alimentación, higiene), y en la capacidad para comunicarse verbalmente, signos de pérdida progresiva de la orientación tiempo-espacial, y pueden tener graves dificultades en la marcha. Con frecuencia hay incontinencia urinaria y es también frecuente la aparición de crisis epilépticas.

Así, los criterios para confirmar la presencia de un declive no son absolutos pero deben demostrar que existe una progresiva pérdida funcional, diferente de la que es propia del envejecimiento normal. Se puede ver en las siguientes áreas:

- Memoria: existen problemas en la adquisición de nueva información (acordarse de encuentros sociales, ubicación de objetos colocados recientemente, tareas rutinarias que se deben hacer).
- Otras funciones cognitivas. Cambios en el deterioro del juicio y en el razonamiento (organización, planes...).
- Orientación. Se va perdiendo la orientación en el tiempo y en el espacio.
- Comunicación, control emocional, motivación, conducta social. Existen cambios en el lenguaje, en el estado emocional, irritabilidad, apatía, retraimiento social; cambios de humor, pérdida de la actividad en general, inicio de conductas anómalas (agresividad, alucinaciones, pérdida de atención).

Como se puede comprender, la detección precoz y la evaluación de todas estas funciones exigen primeramente que haya registros previos, en los que consten la evolución temporal de estas funciones; y

TABLA VI
Aparición y prevalencia de la demencia tipo Alzheimer

Edad-años	Población general (Hofman, 1991)	Deficiencia sin síndrome (Cooper, 1997)	Deficiencia con síndrome (Van Dyke, 1998)
30-39			0-10%
40-49			10-25%
50-59			20-55%
60-64	1%		60-69 años: 30-75%
65-69	1,4%	65-74 años: 15,6%	
70-74	4,1%		
75-79	5,7%	75-84 años: 23,4%	
80-84	13%		
85-89	21,6%	85-94 años: 70%	
90-95	32,2%		

en segundo lugar, que los cuidadores observen y anoten con diligencia las modificaciones que vayan surgiendo (tabla VI).

La utilización de los cuestionarios constituye una importante ayuda para hacer un seguimiento sistemático, constante y homogéneo. A este análisis del estado cognitivo, afectivo y comportamental se debe incluir la exploración de las constantes biológicas que servirán, además, para descartar la presencia de otra patología adicional, y la realización de pruebas neurológicas como son el EEG y la resonancia magnética.

RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE DOWN Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Para intentar entender las causas de esta marcada variabilidad en la presencia de la demencia tipo Alzheimer en la población con síndrome de Down, es necesario recorrer algunos conocimientos sobre las características y la biología molecular de la enfermedad. En anteriores

artículos (Flórez, 1993) han quedado descritas las características fundamentales de esta enfermedad y ciertos elementos que la asocian al síndrome de Down. Uno de los más importantes es la presencia asegurada de uno de los principales factores desencadenantes, como es la proteína beta-amiloide, que es expresada por genes del cromosoma 21 y según los estudios de neurobiología y genética que existen, se afirma que es esta sobreproducción y depósito en el cerebro de la proteína anómala, la que hace que aumente la predisposición de esta enfermedad en las personas con síndrome de Down.

TERAPÉUTICA EN LA PERSONA MAYOR CON SÍNDROME DE DOWN

Después de toda la información expuesta, se debe analizar el tratamiento y las curas que se deben aplicar a estas personas con síndrome de Down, desarrollen o no la enfermedad de Alzheimer.

Si no la desarrollan, será una persona

TABLA VII
Diferencias objetivas entre la persona afectada con la enfermedad de Alzheimer y la no afectada

Persona mayor sin enfermedad de Alzheimer	Persona mayor con enfermedad de Alzheimer
<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el conocimiento de los factores específicos de riesgo (cuando se conozcan) de la presentación atípica de los síntomas. - Promover la observación atenta por parte de los cuidadores: es un punto en que la práctica cambia según si la persona con deficiencia consigue mayores grados de autonomía y resulta menos «vigilada». - Realizar exploraciones de forma regular y pautada que cubran aspectos más básicos, al menos con la misma frecuencia que se recomienda para el resto de la población. - Ver si aparecen o aumentan problemas de conducta y de insomnio, como síntomas atípicos de una patología orgánica. - Instaurar un régimen en general preventivo e higiénico: control de peso, trastornos de movilidad y deambulación, tabaquismo... 	<ul style="list-style-type: none"> - Conservar las habilidades, sobre todo las que afectan a su propia dignidad (comer, higiene personal), más que enseñarle de nuevas. - Reducir al mínimo los cambios en el ambiente y en la rutina diaria. - Simplificar las rutinas y reducir las posibilidades de elección para minimizar la ansiedad y la frustración. - Tener paciencia, redirigir y que las órdenes verbales sean sencillas; dirigir toda la atención a la persona. - Mantener la consciencia en la manera de lo posible, trayendo recuerdos y hablando de experiencias pasadas. - Mantener la orientación. - Dar seguridad aunque la persona no responda. - Intentar comprender el habla y símbolos para una buena comunicación. Hablarle con voz tranquila. - Nutrición e hidratación. - Tener en cuenta la medicación que sí tiene beneficios y retirar la que no. - Reducir riesgos de accidentes y proporcionar un ambiente familiar y seguro. - Modificar, si es necesario, el programa del individuo para aumentar su autonomía en la medida de lo posible. - Seguir los aumentos de episodios de confusión, desorientación o lapsus de memoria. - Informar al personal, familiares y cuidadores sobre cambios de planes de atención. - Intentar identificar los factores que ocasionen una conducta inapropiada o peligrosa e intentar disminuir la probabilidad que vuelvan a pasar en un futuro.

TABLA VIII
Las etapas de la enfermedad de Alzheimer

Etapa inicial	Etapa intermedia y avanzada
– Crisis.	– Pérdida de movilidad.
– Apatía e inactividad general.	– Depresión.
– Pérdida de memoria a corto plazo.	– Alucinaciones.
– Pérdida de habilidades en la vida diaria.	– Delirios.
– Pérdida de sociabilidad.	– Llantos irracionales.
– Pérdida de interés por las aficiones.	– Gemidos.
– Retraimiento de la comunicación espontánea.	– Incontinencia.
– Pérdida del sentido de la circulación.	– Agresión verbal.
– Desorientación y confusión.	– Agresión física.
– Pérdida de comprensión.	
– Deambulación creciente.	

Dalton, Seltzer, Adlin y Wisnieski, 1993.

mayor con deficiencia mental, la atención de la cual ofrece características un poco distintas de las de la persona mayor en general (tabla VII).

No existe actualmente ningún fármaco que cure la enfermedad de Alzheimer, tampoco ninguna que interrumpa su evolución progresiva y degenerativa. Si se quiere actuar de manera contundente, sería preciso atacar directamente a la raíz de la enfermedad, es decir, impedir que se vayan produciendo y precipitando las proteínas de carácter tóxico.

Los únicos fármacos que en la actualidad se admite que ofrecen alguna ligera mejora para algunos síntomas y en las etapas más iniciales de la enfermedad, son unos fármacos que incrementan la actividad de los sistemas neuronales de acción colinérgica en el cerebro. Los fármacos hasta ahora aprobados por las autoridades sanitarias son los inhibidores de la acetilcolinesterasa y se llaman así porque su acción consiste en impedir que la enzima acetilcolinesterasa rompa la mo-

lécula de la acetilcolina acabada de liberar por la neurona.

Actualmente en nuestro país, existen tres fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa. Por orden de aparición: la latacrina, el donepezilo y la rivastigmina. El segundo es menos tóxico que el primero y su acción dura más que los otros dos.

Mejoran un poco la actividad en general y la cognitiva. Se han usado bastante ya en personas con enfermedad de Alzheimer y desde hace pocos años se está empezando a usar en personas con Alzheimer y síndrome de Down. Los resultados no han estado demasiado exitosos debido a la evolución ya avanzada de esta enfermedad (tabla VIII).

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES

- La persona con diagnóstico doble tiene las mismas necesidades que cualquier otra.

TABLA IX
Proceso de evaluación

• Período de evaluación.	• Implicar a la persona.
• Comunicación con la persona.	• Reconocer el posible conflicto de intereses.
<i>Estimulación/actividad social</i>	Compañía y actividades.
<i>Inducción/supervisión</i>	Garantía de que la persona sale adelante.
<i>Asistencia física</i>	Ayudando que haga las tareas de la persona.
<i>Complementos y adaptaciones</i>	Para la persona, o el entorno e incluyen el cambio por este.
<i>Evaluación de especialista</i>	Si hace falta otra evaluación o ayuda profesional.
<i>Orientación de la persona</i>	Para ayudar a la superación emocional.
<i>Control de conducta</i>	Para hacer frente a las conductas complicadas.
<i>Asesoramiento/ formación del cuidador</i>	Para cuidadores formales e informales, para ayudarlos a ayudar a la persona.

- Cualquier evaluación de las necesidades debe englobar los cuatro campos del funcionamiento humano: físico, intelectual, emocional y social (tabla IX).
- El entorno debe de ser uniforme y se debe poder prevenir.
- Mantenerlo en su entorno familiar el mayor tiempo posible.
- Modificar nuestro comportamiento sin esperar que ellos modifiquen el suyo.
- Intentar entender su realidad sin exigirles a ellos que entren en la nuestra cuando esta es demasiado complicada.
- Ayudarlos a preservar sus habilidades y libertades el máximo de tiempo posible.
- Servicios adecuados para sus necesidades específicas.
- Ver en primer lugar a la persona y en segundo, a la enfermedad. Para con-

seguir eso se debe ver su singularidad y reconocer que cada uno experimenta la enfermedad de manera diferente.

ASPECTOS DEL ENTORNO

- Como el mundo es cada vez más imprevisible y confuso, conviene conservar los hábitos diarios.
- Evitar hacer cambios innecesarios.
- Intentar no usar el mismo espacio para realizar diferentes actividades.
- Utilizar la música.
- Si hay una reunión especial, intentar que la persona reciba la atención individual.
- La persona necesita que la ayuden a orientarse.
- Tienen problemas para diferenciar colores, sobre todo los de la banda inferior del espectro.

- Como la persona responderá a los desencadenantes sin poder juzgarlos, la visión de una puerta es una invitación a salir al exterior.
- Utilizar al máximo las pistas visuales.
- Pensar en los espejos.
- Utilizar sistemas de iluminación antirreflectores para evitar sombras confusas.
- Intentar que el acabado del suelo sea mate, no brillante.
- Tienen problemas con la visión tridimensional, por lo tanto se debe vigilar a la hora de cambiar el color de las alfombras y suelos.
- Mantener un entorno estimulante a lo largo de toda la enfermedad.

CUIDADORES

- Ser informados del diagnóstico.
- Tener información completa sobre el curso probable de la enfermedad. Necesitan saber qué cambios son atribuibles al desarrollo de la enfermedad.
- Información sobre la importancia de la interacción entre el entorno y la enfermedad.
- Apoyo para permitir al paciente que conserve las habilidades el mayor tiempo posible.
- Ayuda, que puede ser económica, sobre todo si hace falta realizar cambios estructurales.
- Apoyo y asesoramiento que los ayude a superar su sentimiento de pérdida.
- Información sobre los recursos disponibles, que implica que el asistente social debe informar sobre la idoneidad de los diferentes con doble diagnóstico.

- Apoyo para tomar decisiones difíciles sobre las curas que necesita el familiar.

ESTUDIO: PREVALENCIA DE DEMENCIA EN PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN

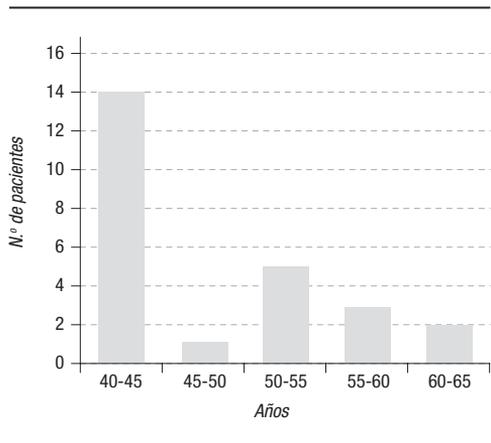
El estudio está realizado en un Taller Ocupacional donde asisten diariamente personas que tienen como diagnóstico primario establecido el síndrome de Down. La cantidad de personas de las que se ha realizado el estudio es de veinticinco.

Las edades (gráfico I) comprendidas de estas personas son entre los cuarenta y sesenta y tres años. Hay que viven con los familiares y hay que viven en el hogar-residencia que también ofrece esta empresa.

Hipótesis

La prevalencia de demencia en el síndrome de Down cada vez es más elevada. Se evalúa su estado actual mediante «El

GRÁFICO I
Edad



inventario de signos precoces de demencia» de F. E. Visser, 1999. Este test estandarizado es una prueba en la que se evalúan los cambios en la personalidad, la disminución del rendimiento, el deterioro de las habilidades de comunicación, el deterioro de la marcha, la desorientación,

la incontinencia, la epilepsia y la pérdida de habilidades escolares (tabla X).

Información de los gráficos

Como ítem general del test, hay ciertas personas en este centro con síndrome de

TABLA X
Inventario de signos precoces de demencia

	Sí	No	3 m	6 m	12 m	+12 m
GENERAL						
1. ¿Ha disminuido el interés por el trabajo, aficiones, objetos, actos determinados o relaciones sociales?						
2. ¿Ha disminuido el ritmo general o la iniciativa?						
CAMBIOS EN LA PERSONALIDAD						
3. ¿Se han exagerado sus rasgos de carácter?						
4. ¿Ha cambiado su estado de ánimo?						
5. ¿Está más excitado?						
6. ¿Presenta inestabilidad emocional, ansiedad o nerviosismo?						
DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO						
7. ¿Ha disminuido la calidad o el ritmo del trabajo?						
8. ¿Ha perdido la capacidad para trabajar?						
9. ¿Se ha deteriorado el rendimiento en las tareas domésticas?						
10. ¿Precisa de asistencia en las tareas domésticas?						
11. ¿Ha aparecido la necesidad de supervisión en las AVD?						
12. ¿Se ha vuelto dependiente para llevar a cabo las AVD?						
13. ¿Se ha vuelto dependiente para tener cuidado de sus propias necesidades?						
DETERIORO DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN						
14. ¿Se ha deteriorado el habla o la fluidez de palabras?						
15. ¿Ha perdido completamente la capacidad para hablar?						
16. ¿Ha disminuido la reacción cuando le hablamos?						

TABLA X (continuación)
Inventario de signos precoces de demencia

	Sí	No	3 m	6 m	12 m	+12 m
DETERIORO EN LA MARCHA						
17. ¿Se ha deteriorado la calidad de la marcha o tropieza con mayor frecuencia?						
18. ¿Se ha vuelto dependiente, precisando ayuda para caminar?						
19. ¿Se ha vuelto incapaz para andar?						
DESORIENTACIÓN						
20. ¿Se pierde en el vecindario, en su domicilio o en su propia habitación?						
21. ¿Tiene miedo de ir a la cama?						
22. ¿Han cambiado los ritmos día/noche?						
23. ¿Está ansioso durante la noche?						
24. ¿Quiere comer, acudir al trabajo a horas incorrectas?						
25. ¿Ha dejado de reconocer a cuidadores/monitores?						
26. ¿Ha dejado de reconocer a miembros de la familia?						
INCONTINENCIA						
27. ¿Presenta ocasionalmente incontinencia urinaria durante el día?						
28. ¿Presenta continuamente incontinencia urinaria durante el día?						
29. ¿Presenta ocasionalmente incontinencia urinaria durante la noche?						
30. ¿Presenta siempre incontinencia urinaria durante la noche?						
31. ¿Presenta incontinencia fecal?						
EPILEPSIA						
32. ¿Ha aparecido epilepsia recientemente?						
PÉRDIDA DE HABILIDADES ESCOLARES						
33. ¿Se ha deteriorado su habilidad para leer?						
34. ¿Ha empeorado su habilidad para escribir?						
35. ¿Se ha deteriorado su habilidad para contar?						
36. ¿Ha aparecido una disminución de la capacidad de tocar un instrumento en aquellos sujetos que eran capaces?						
37. ¿Se ha deteriorado la capacidad para realizar manualidades y objetos artísticos?						

F. E. Visser, 1999.

Down que han disminuido el interés por el trabajo, por las aficiones, por los objetos, por actos determinados y/o por las relaciones sociales y/o algunas más que también han disminuido el ritmo en general y la iniciativa. Cabe destacar que estas decaídas las han hecho las personas de edad más avanzada, las cuales ya había varios ítems que denotan una disminución general de las capacidades que antes poseían (gráfico II).

La mayoría de estos aspectos detonan-

tes han aparecido hace más de doce meses aunque hay un porcentaje donde los síntomas están apareciendo desde hace tan solo seis meses (gráfico III).

En las personas mayores de cuarenta años existe un notable cambio en la personalidad donde se han exagerado algunos aspectos de carácter y también ha habido un cambio del estado de ánimo presentando inestabilidad emocional, ansiedad o nerviosismo en ciertas situaciones de la vida diaria durante los últimos

GRÁFICO II
Ítem 1. General

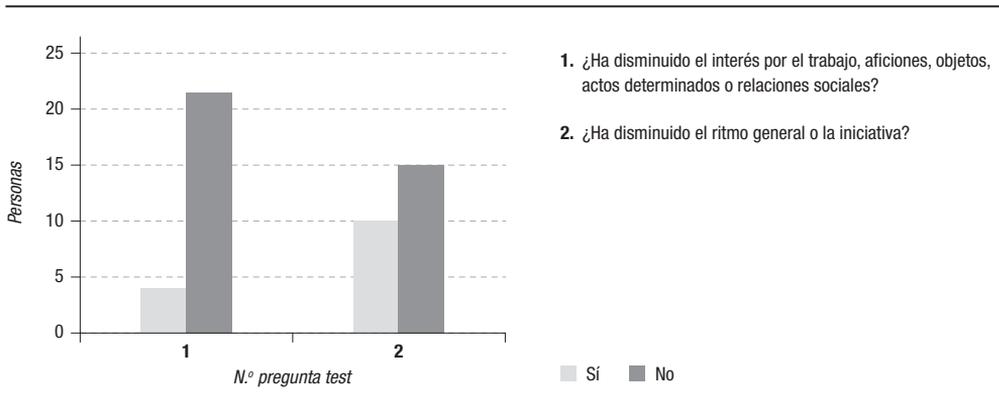


GRÁFICO III
Ítem 1. Duración

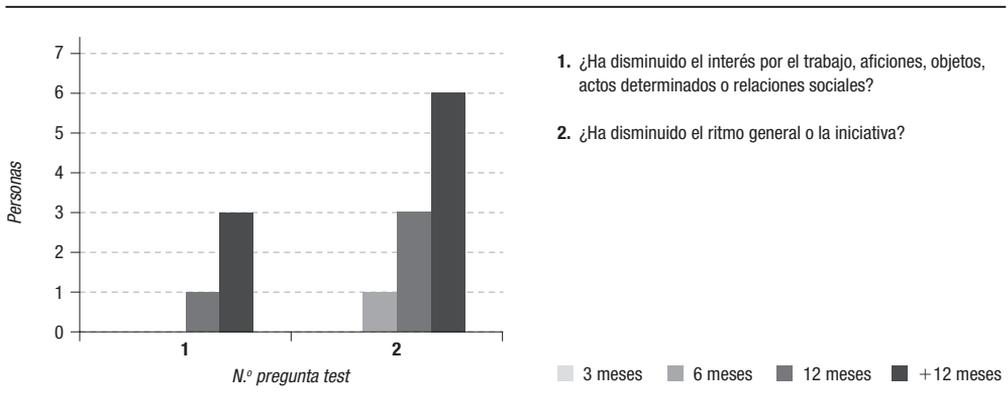


GRÁFICO IV
Ítem 2. Cambios en la personalidad

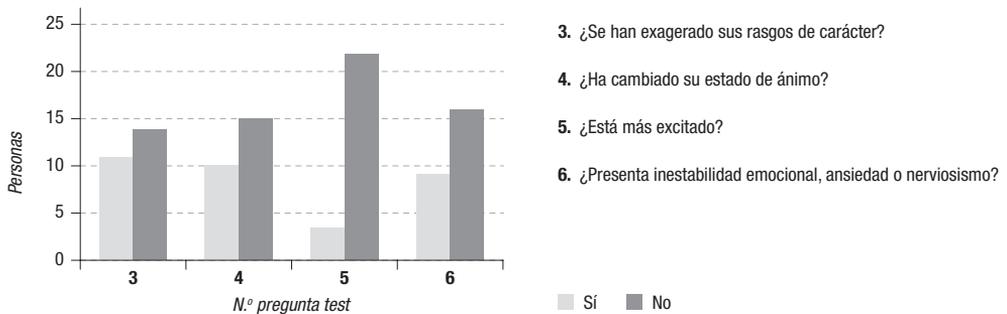
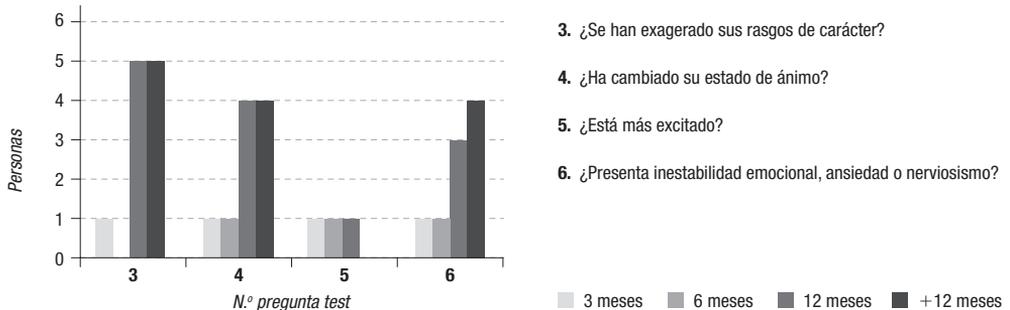


GRÁFICO V
Ítem 2. Duración



doce meses o más (gráfico IV). El único aspecto del test que no ha dado afirmativo en general ha sido el estado de excitación ya que solamente tres personas han experimentado este cambio en los últimos tres meses (gráfico V).

En las personas mayores de cincuenta años se ha disminuido la calidad y el ritmo del trabajo. Aunque, exceptuando una persona, las otras aún conservan la capacidad para trabajar. En cuanto a la supervisión en las actividades de la vida diaria y el cuidado de las propias necesidades, ha habido una clara decaída en más de la mitad de los pacientes. Actualmente la

gran mayoría no necesitan la asistencia completa en las tareas domésticas pero cabe destacar también que las que sí lo precisan son las personas mayores de cuarenta y cinco años (gráfico VI).

Curiosamente, el ítem que hace más tiempo que predomina y que es informativo, es el de la necesidad de asistencia en las tareas domésticas que hace más de doce años que aparece (gráfico VII).

No existe ningún caso en el que se haya perdido completamente la capacidad del habla pero sí que hay alguna persona la cual ha sufrido un deterioro de las habilidades de comunicación, la fluidez

GRÁFICO VI
Ítem 3. Disminución en el rendimiento

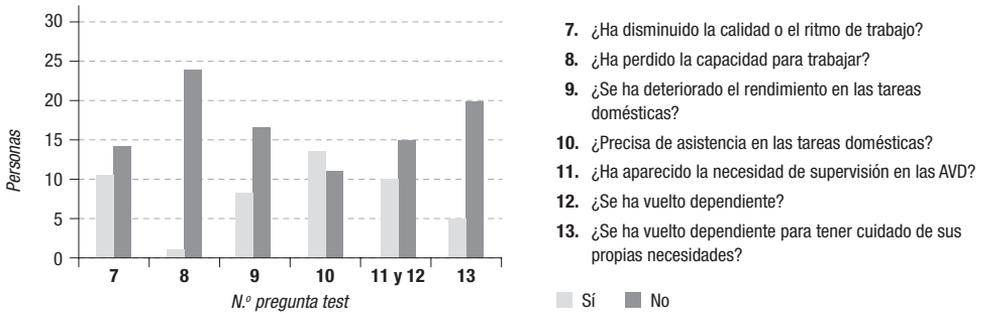


GRÁFICO VII
Ítem 3. Duración

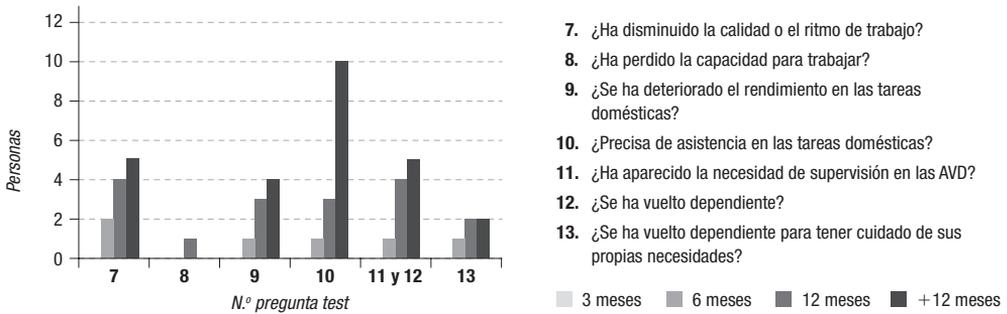


GRÁFICO VIII
Ítem 4. Deterioro de las habilidades de comunicación

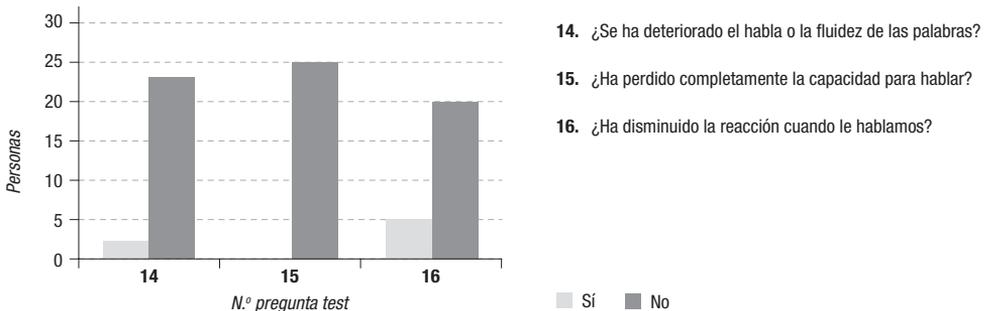


GRÁFICO IX
Ítem 4. Duración

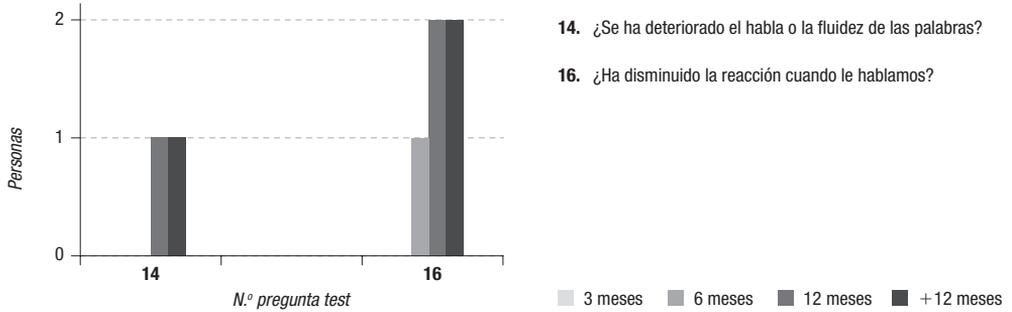


GRÁFICO X
Ítem 5. Deterioro en la marcha

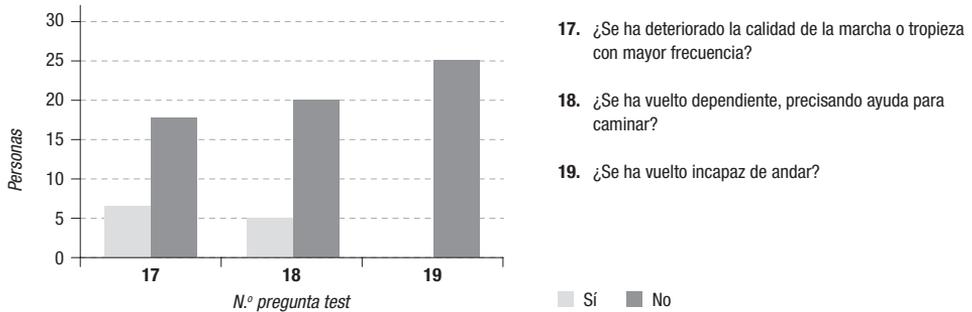
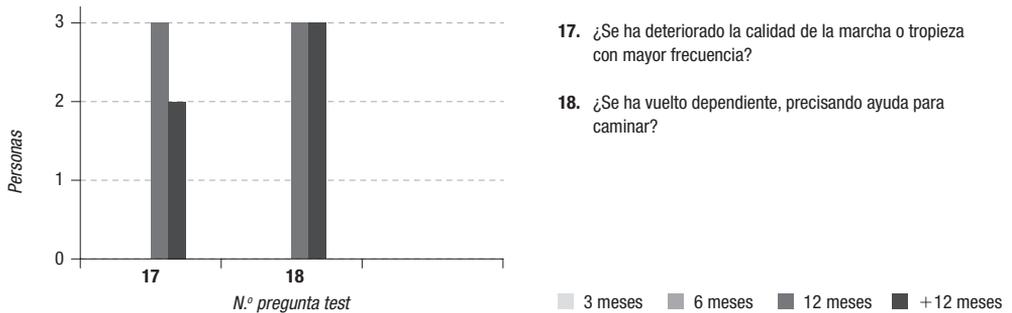


GRÁFICO XI
Ítem 5. Duración



de las palabras y la capacidad de reacción ha disminuido considerablemente. Son las personas de edad más avanzada: de los cincuenta y cuatro a los sesenta y tres años (gráfico VIII).

Hace un año que ha aparecido este deterioro del habla y la fluidez de las palabras en algunos pacientes y la reacción de atención aparece como sintomatología en un usuario desde hace seis meses; en el resto, hace un año o más que lo sufre (gráfico IX).

Existen problemas claros en la marcha de siete pacientes. Ha habido un deterioro de la calidad de la marcha y tropiezan con más facilidad y frecuencia.

Aún así, no todos estos pacientes necesitan ayuda y ninguno de ellos se ha incapacitado para caminar actualmente (gráfico X). La franja de tiempo en este caso afirmativo de deterioro de la marcha es de un año o más (gráfico XI).

Generalmente, la orientación espacio-temporal se comienza a perder a partir de los cuarenta y cinco años en determinados pacientes junto con otros síntomas como son el ritmo día/noche, la ansiedad y el reconocimiento de otras personas (gráfico XII). En casos afirmativos, hace un año o más que han aparecido estos factores (gráfico XIII). El ítem más claro de desorientación es la pérdida en espa-

GRÁFICO XII
Ítem 6. Desorientación

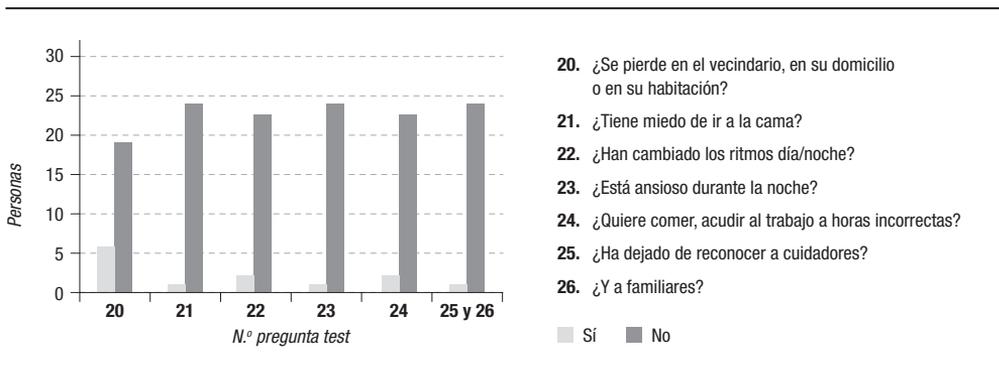


GRÁFICO XIII
Ítem 6. Duración

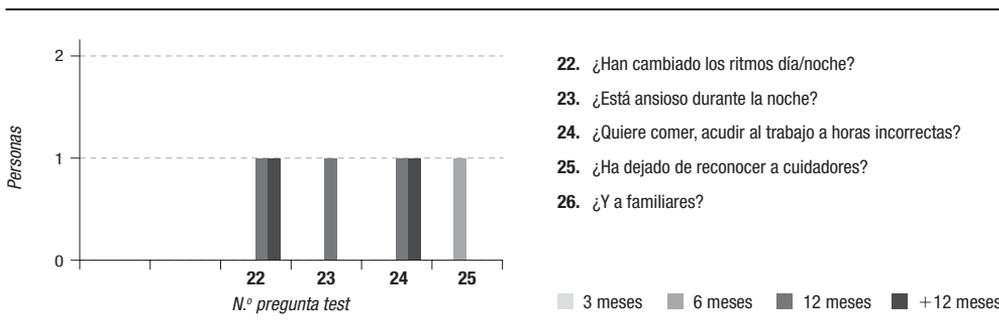


GRÁFICO XIV Ítem 7. Incontinencia

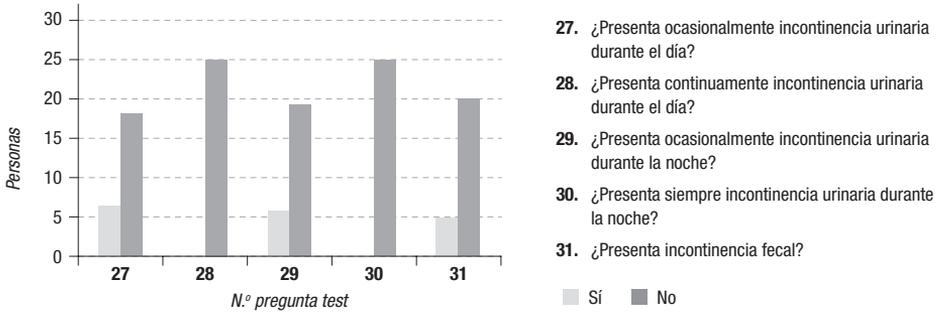


GRÁFICO XV Ítem 7. Duración

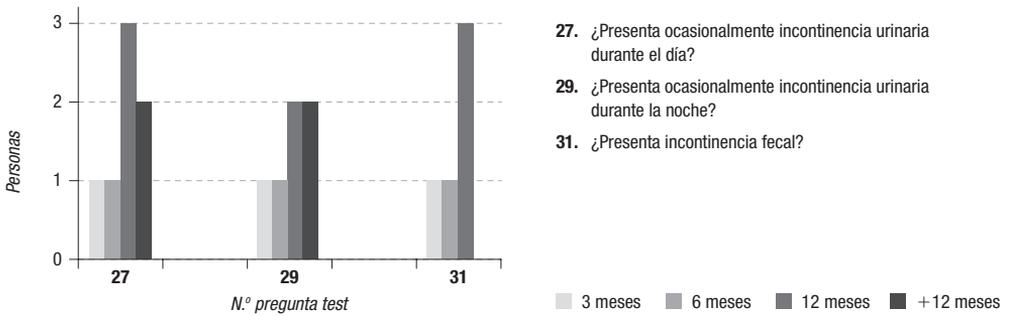


GRÁFICO XVI Ítem 8. Epilepsia

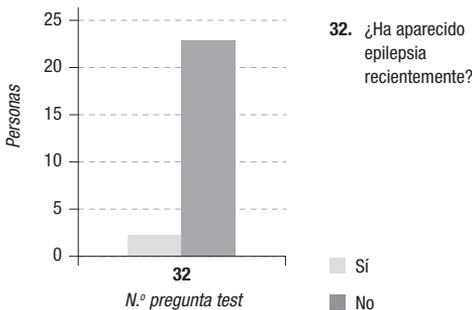
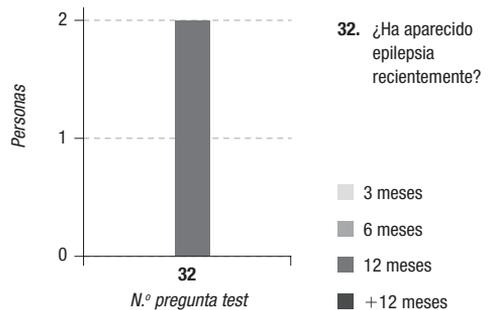


GRÁFICO XVII Ítem 8. Duración



cios conocidos e incluso en su habitación donde están diariamente.

La incontinencia urinaria diaria y nocturna no aparece en ninguno de los casos a no ser que sea ocasionalmente. Volvemos a destacar que estos déficits de esfínteres los tienen las personas entre cincuenta y cuatro y sesenta y tres años (gráfico XIV). La gran mayoría los tienen desde hace un año o más aunque están apareciendo casos más actuales, desde hace tan solo tres meses (gráfico XV).

Hace un año aparecieron dos casos de ataque epiléptico en una sola ocasión

(gráficos XVI y XVII). Por lo tanto, no es una característica demasiado común contando que el estudio está hecho sobre veinticinco personas de este centro.

El porcentaje de personas que han sufrido un deterioro en la habilidad para leer, escribir, contar y realizar manualidades y objetos artísticos es de unas cinco o seis personas; pero se debe destacar que son las mismas personas las que han tenido el deterioro en todas estas áreas (gráfico XVIII).

Existe una variabilidad de estas funciones en cuanto al tiempo de aparición.

GRÁFICO XVIII
Ítem 9. Pérdida de habilidades escolares

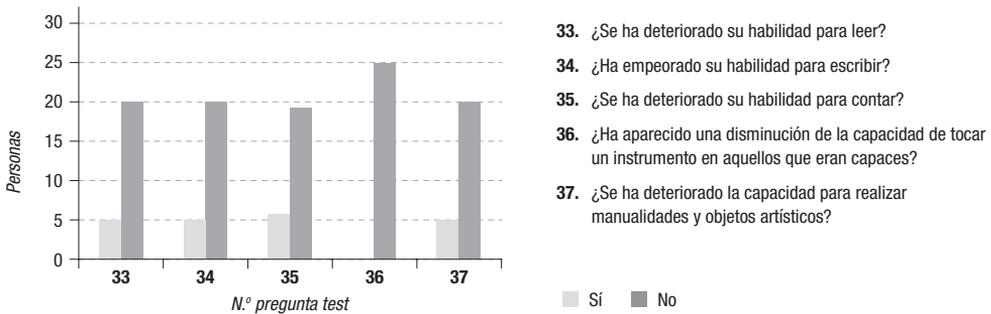
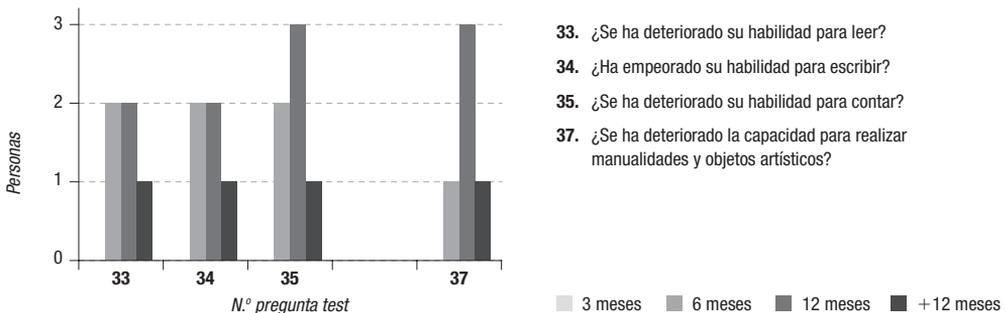


GRÁFICO XIX
Ítem 9. Duración



Hay personas a las que hace poco que se les ha detectado este déficit y hay otras que ya hace más de un año y han hecho el deterioro muy progresivamente (gráfico XIX).

El ítem número treinta y seis del test no se ha valorado ya que ninguno de los usuarios ha tocado nunca un instrumento musical.

CONCLUSIONES

Cuando nace una persona con síndrome de Down, los profesionales tenemos muy claras sus necesidades e informamos a los familiares y/o cuidadores principales de todas las capacidades y habilidades que podrá o no tener. Después pasan a ser institucionalizados en escuelas de educación especial donde se desarrollan con el propósito de tener una vida lo más normalizada posible dentro de sus posibilidades.

En la edad adulta, más o menos hacia los veinte o veintitún años, los familiares pueden optar por una serie de servicios como son: el servicio de taller ocupacional (S.T.O.), el servicio ocupacional de inserción (S.O.I.), los centros especiales de trabajo (C.E.T.) o los centros ocupacionales sin especificar (C.O.) según el nivel intelectual y la capacidad de trabajar que tengan.

Mientras tanto, pueden vivir en hogares residencias o pisos tutelados, donde los servicios son de supervisión continua y hay una estructura ordenada de sus vidas por parte de los diversos profesionales. En estos edificios acostumbra a haber todo tipo de servicios (terapia ocupacional, medicina, psicología, psiquiatría, peluquería, podología...) que requieren este tipo de personas.

¿Pero qué pasa cuando estas personas llegan a «su» tercera edad? Considerando que «su» tercera edad es mucho más

pronto que el resto de las personas mayores, se debe tener en cuenta la fragilidad añadida debido a su patología. Es decir, ¿es adecuado tener a una persona con síndrome de Down de más de cincuenta años y con posible enfermedad de Alzheimer en una residencia convencional?

Mi estudio y futuro proyecto profesional es poder llegar a crear un nuevo servicio establecido y llamado como: «Residencia Terapéutica Especial». La finalidad principal de este nuevo centro es que todas estas personas a las que el ICASS (Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales) actualmente está dando permisos para ir a residencias convencionales, tuvieran la posibilidad de ir a una residencia especial para ellos; con las atenciones pertinentes para que aumente su calidad de vida ya que, a medida que pasa el tiempo, es mucho más larga de lo que nunca nadie pudo imaginar.

BIBLIOGRAFÍA

Busciglio J, Yankner BA. Apoptosis and increased generation of relative's oxygen species in Down's syndrome neurons in vivo. *Nature* 1995.

Kim SH, Vikolinsky R, Cairns N, Lubec G. Decreased levels of complex III core protein 1 and complex V beta chain in brains from patients with Alzheimer's disease and Down syndrome. *Cell Mol Life Sci* 2000.

Pelsman A, Hoyo-Vadillo C, Gudasheva TA, Seredenin SB, Ostravskaya RU, Busciglio J. GVS-111 prevents oxidative damage and apoptosis in normal and Down's syndrome human cortical neurons. *Int J Devl Neuroscience* 2003.

Canals G. Proyecto Aura-Habitat. *Rev Síndrome de Down* 2003.

Fernández-Ballesteros R, Odies J. Libro blanco sobre la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines. 2001.

García-Sánchez C, Estévez-González. Estimulación cognitiva en el envejecimiento y la demencia. Rev psiquiatría Fac Med Barna 2002.

Peña-Casanova J. Activemos la mente. Fundación «La Caixa»; 1999.

Ribera, Gil. Función mental y envejecimiento. 2002.

Visser FE, Adenkam p AP, van Huffelen AC et al. Early signs of dementia checklist. Am J Ment Retard 1997;101:400-412.

Evenhuis HM. Evaluation of a screening instrument for dementia in aging mentally retarded persons. J Intellect Disabil Res 1992;36:337-347.

Devenny DA, Silverman WP, Hil AL, Jenkins E, Sersen EA, Wisniewski KW. Envejecimiento normal en adultos con síndrome de Down: un estudio longitudinal. Rev Síndrome de Down 1997.

Flórez J. Envejecimiento y síndrome de Down ¿Alzheimer, sí o no? Rev Síndrome de Down, 1993.

Flórez J. Nuevos tratamientos. Rev síndrome Down, 1999.

Flórez J. Aspectos médicos del anciano con deficiencia mental. Deficiencia mental y problemas éticos entorno al final de la vida. Madrid, Pub Univ Pontificia Comillas; 2000.

Kerr D. Síndrome de Down y demencia. Guía práctica. Barcelona, Fundación Catalana Síndrome de Down; 1999.

McGuire DE, Chicoine BA. Trastornos depresivos en los adultos con síndrome de Down. Rev Síndrome de Down 1997.

Ribes R. El proceso de envejecimiento en la persona con el síndrome de Down. Indicadores del proceso de deterioro cognitivo y funcional relacionados con la demencia Alzheimer. Tesis doctoral, Universidad de Lleida; 1999.

Informatizado

<http://www.down21.org/>

<http://www.fcsd.org-fundación catalana síndrome de Down.>

[http://empresas.mundivia.es \(downcan/envejecimiento.html. Revista española de información e investigación sobre el síndrome de Down.](http://empresas.mundivia.es (downcan/envejecimiento.html. Revista española de información e investigación sobre el síndrome de Down.)

<http://www.elpais.com. Envejecer con síndrome de Down, 13 nov 2007.>

<http://www.wikipedia.org>

<http://www.nacersano.org>

<http://www.síndromedown.net>

<http://www.downmadrid.org>

<http://www.infodoctor.org>

<http://www.discapnet.es>

<http://www.downmx.com>

<http://www.fundacioace.com>

<http://www.familialzheimer.org>



Universitat
Autònoma
de Barcelona



Máster y Diplomatura de Postgrado en PSICOGERIATRÍA

Decimoquinta edición

2012 - 2014

Organizan. Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universidad Autónoma de Barcelona y Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental, Martorell (Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús). **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.

Máster. Dos cursos académicos, para licenciados en Medicina y Psicología.

Diplomatura. Un curso académico, para diplomados en Enfermería, Trabajo social y Terapia ocupacional.

Inicio del curso. 19 de octubre de 2012.

Información

Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal UAB
Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental

Tel. 93 581 23 81
Tel. 93 775 22 00

<http://www.masterpsicogeriatría.com>



Hermanas
Hospitalarias

Dr. Pujadas 38. 08830 Sant Boi de Llobregat. BARCELONA
Tel.: 936 529 999. Fax: 936 400 268