

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 212 / 2.º trimestre 2013

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

- 125 *Prólogo*
XVII JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN PSICOGERIATRÍA
JOSÉ ANTONIO LARRAZ
- 127 INTRODUCCIÓN
MANEL SÁNCHEZ PÉREZ
- 129 NEUROPSIQUIATRÍA DE LA ENFERMEDAD
DE HUNTINGTON
JESÚS M. RUIZ IDIAGO
- 137 ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS EN LAS DEMENCIAS
MARTA HERNÁNDEZ FERRÁNDIZ
- 153 TOLERANCIA CERO A LAS SUJECIONES EN ANCIANOS.
DIFÍCIL PERO NO IMPOSIBLE
ANTONIO A. BURGUEÑO
- 169 CONSIDERACIONES SOBRE EL USO DE CONTENCIONES
EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO DE EDAD AVANZADA
PILAR DE AZPIAZU ARTIGAS
- 175 PARTICULARIDADES DE LOS TRASTORNOS
DE ANSIEDAD EN EL ANCIANO
M. DOLORES FRANCO FERNÁNDEZ

- 185 EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE ANCIANO
FRANCESCA AMORES GUEVARA
- 203 PREVALENCIA DEL SÍNTOMA ANSIEDAD EN PACIENTES
CON DEMENCIA EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA
Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ASOCIADO
NÚRIA RIERA MOLIST, FRANCESC ESCABIA RODRÍGUEZ Y ÀNGELS TAÑÀ COMAS
- 217 EVALUACIÓN DE LAS REACCIONES
PSICOSOCIALES DE LA SOBRECARGA DE FAMILIARES
DE PACIENTES CON SÍNDROME DEMENCIAL
BERTHA TORRES
- 235 ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS MAYORES
CON POSIBLE DETERIORO COGNITIVO Y A SUS CUIDADORES
CAROLINA CANAL CHAVERO

XVII JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN PSICOGERIATRÍA

JOSÉ ANTONIO LARRAZ

Psiquiatra.

Director Médico. Hospital Sagrat Cor. Martorell (Barcelona).

Iniciamos un año más las XVII Jornadas de Actualización en Psicogeriatría, que el Hospital Sagrat Cor de Martorell celebra cada año en el contexto de un amplio programa formativo-docente que tradicionalmente organizamos.

La temática del envejecimiento (normal y patológico) está ampliamente recogida en todos los foros tanto a nivel social como académico, y tanto en el campo de la sociología como en el de las ciencias de la salud. Esto es así porque, no nos engañemos, el envejecimiento de la población es un problema; máxime, si hay patologías diversas añadidas a la edad avanzada, lo cual es muy frecuente.

Y es un problema a nivel global, por la dimensión del número de personas envejecidas, pero también lo es para la *propia persona*, que va viviendo con su declive, y que se acerca a su meta final.

El año 2012 fue designado por la Unión Europea como el año europeo del envejecimiento activo y de la solidaridad entre generaciones, en una Europa que se encuentra sumida en una profunda crisis económica y social, y que ha perdido las tradiciones y valores, tanto a nivel social como humanos clásicos, que la distin-

guían. Los signos distintivos de nuestra sociedad post-moderna, se han basado en el individuo y la competitividad como instrumentos para conseguir una buena posición económica y social. En este contexto hemos pasado de un estado de bienestar, en el que *el estado* se ocupaba de todo por medio de la solidaridad de todos; a no poderse ocupar de tantas personas dependientes y no productivas, de la misma manera. Probablemente este modelo social imperante ha sido el principal motor del fracaso social, y la profunda crisis económica que existe en la actualidad.

En este contexto, y a pesar de las dificultades y la crisis, las personas queremos vivir cada vez más; y la ciencia progresa y lo consigue, con lo cual el problema se agranda. Por ello fuera bueno, que esta situación nos llevara a reflexionar y a aprender de los errores cometidos, recuperando *antiguos valores*, que eran inherentes a las personas, como *la solidaridad*, que en el caso del envejecimiento, supondría que *los hijos* se cuidaban de los padres mayores o *la sensibilidad*, tanto a nivel *social* con las personas mayores y dependientes, como a *nivel* de profesionales sanitarios, que a la larga, a parte de resultar más satisfactoria a nivel humano, acaba contribuyendo a racionalizar el uso de recursos sanitarios.

INTRODUCCIÓN

MANEL SÁNCHEZ PÉREZ

*Psiquiatra. Coordinador del Área Sociosanitaria y de Psicogeriatría.
Hospital Sagrat Cor. Martorell (Barcelona).*

Las *XVII Jornadas de Actualización en Psicogeriatría* han permitido acceder nuevamente a diversas puestas al día sobre diferentes aspectos de la clínica y la asistencia en Psicogeriatría. En este número monográfico de la revista *Informaciones Psiquiátricas*, se recogen algunas de estas aportaciones. Una buena parte de ellas ha girado en esta ocasión en torno a una problemática de elevada prevalencia en los ancianos como son los síntomas de ansiedad. Esta condición clínica es tan frecuente como, a menudo, escasamente estudiada en el ámbito del paciente anciano, tanto en su precisión diagnóstica como en su conceptualización y manejo terapéutico en algunas situaciones particulares, como la demencia, de especial importancia en psicogeriatría. Las consideraciones nosológicas, de valoración diagnóstica instrumental y de estrategias terapéuticas, constituyen valiosas aportaciones en esta ocasión que, seguramente, serán acogidas con interés por el profesional interesado en este importante capítulo de la psicopatología del anciano.

Otro tema de interés ampliamente tratado en las Jornadas tuvo como eje central la valoración de la contención física en el paciente anciano institucionalizado. Esta cuestión suscita habitualmente debates tan densos

como tensos alrededor de la pertinencia o no de este recurso ante determinadas situaciones. La situación, única en terapéutica, del recurso a la restricción involuntaria, plantea frecuentes debates desde la praxis clínica, la bioética y las consideraciones de carácter legal, que fueron ampliamente tratados en las Jornadas como bien reflejan los trabajos publicados basados en sendas intervenciones sobre este tema.

Junto a estos dos bloques temáticos, también hubo lugar para debatir cuestiones no menos interesantes en psicogeriatría, como la problemática asociada a la revelación al paciente del diagnóstico de demencia, las estrategias de tratamiento no farmacológico en el deterioro cognitivo —cada vez más implicadas en los planteamientos terapéuticos de estos trastornos— o la complejidad del manejo de los problemas conductuales en pacientes afectados de algunos trastornos neurodegenerativos, como es el caso particular de la enfermedad de Huntington. Como en ocasiones anteriores, este monográfico recoge también los trabajos ganadores de la última edición del Máster y Diplomatura de postgrado en Psicogeriatría de la Universidad Autónoma de Barcelona, reconociendo con ello la vitalidad y la calidad de los jóvenes profesionales implicados en el campo de los trastornos mentales de los ancianos, cada vez más necesitado de personas expertas en las complejidades de un tratamiento integral y de calidad.

NEUROPSIQUIATRÍA DE LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

JESÚS M. RUIZ IDIAGO

Coordinador Área de Psicogeriatría.

Coordinador Unitat Polivalent Barcelona Nord. Unitat de Neuropsiquiatria.

Hospital Mare de Déu de la Mercè. Barcelona. Hermanas Hospitalarias.

Recepción: 09-04-13 / Aceptación: 10-04-13

RESUMEN

La enfermedad de Huntington es una patología de base genética, neurodegenerativa y con una clínica caracterizada por sintomatología motora, cognitiva, funcional y psiquiátrica.

Se revisa la sintomatología neuropsiquiátrica presente tanto en personas consideradas portadores asintomáticos (aque-llos con un test predictivo positivo, pero sin evidencia de signos motores característicos) como en pacientes con enfermedad de Huntington manifiesta.

La apatía, la irritabilidad y la sintomatología depresiva son los síntomas más prevalentes en portadores asintomáticos, pudiendo preceder en años al debut motor.

En pacientes con EH manifiesta, se observa la presencia de clústers sintomáticos: depresión, disfunción ejecutiva, irritabilidad y psicosis.

Dada la importancia de la ideación suicida y de los suicidios consumados se profundiza en esta sintomatología.

Palabras clave

Enfermedad de Huntington, neuropsiquiatria, suicidio.

ABSTRACT

Huntington's disease is a genetically based disease, neurodegenerative and with clinical symptoms characterized by motor, cognitive, and psychiatric functional.

We review the neuropsychiatric symptoms present in both people considered asymptomatic carriers (those with a positive predictive test, but no evidence of characteristic motor signs) and in patients with Huntington's disease manifests.

Apathy, irritability and depressive symptoms are the most prevalent symptoms in asymptomatic carriers and may appear years before the debut motor.

In HD patients manifest, revealing the presence of symptomatic clusters: depres-

sion, executive dysfunction, irritability and psychosis.

Given the importance of suicidal ideation and completed suicides in these symptoms deepens.

Keywords

Huntington's disease, neuropsychiatric symptoms, suicide.

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Huntington es una enfermedad neurodegenerativa crónica que evoluciona lentamente, de forma progresiva y deteriorante. Se produce por una expansión anómala del triplete CAG que codifica una proteína anómala, la huntingtina mutada, responsable de los diversos mecanismos que finalmente provocarán la muerte celular. La herencia de esta anomalía es autosómica dominante, confiriendo a los descendientes de estas personas un riesgo del 50 % de padecer la enfermedad.

La enfermedad de Huntington (EH) fue descrita en 1872 por George Huntington quien describió las características clínicas fundamentales de esta patología y su carácter hereditario. Ya en su primera descripción, este médico señaló la tendencia «a la locura y al suicidio» como parte esencial de su presentación clínica.

Desde el punto de vista histórico, otras fechas a recordar con respecto a la investigación desarrollada sobre la EH son el año 1983 en el que se descubre el gen marcador en el brazo corto del cromosoma 4, y el año 1993, cuando se inicia la comercialización de la prueba diagnóstica.

La enfermedad de Huntington es considerada una enfermedad rara o minoritaria (prevalencia menor a 5 casos por cada 100.000 habitantes). En una reciente revisión¹ que llevaba a cabo un metaanálisis

riguroso de estudios de incidencia y prevalencia de la enfermedad se obtuvieron unas cifras de incidencia de 0,38/100.000/año y una prevalencia de 2,71 casos/100.000 habitantes. Existe una variabilidad entre las cifras que revelan los diferentes estudios según el área geográfica, encontrándose cifras significativamente más bajas en los estudios asiáticos que en los occidentales. En nuestro medio no disponemos de momento de datos de prevalencia propios, por lo que las cifras que se manejan se extrapolan de estudios epidemiológicos realizados en otros países. Sí que disponemos de un estudio de incidencia llevado a cabo en Navarra y el País Vasco que revela una cifra de 0,47 casos/100.000 habitante/año².

Existe un test predictivo que evalúa el número de repeticiones del triplete CAG. Los individuos con 39 o más repeticiones desarrollarán la enfermedad. El rango de entre 36 y 39 repeticiones implica una penetrancia reducida y un número menor de 36 repeticiones significa que no se desarrollará la enfermedad; pero considerando el rango de entre 27 y 36 repeticiones, esta puede transmitirse mediante un proceso de amplificación intergeneracional en los casos de transmisión paterna.

El diagnóstico clínico se basa en la presencia inequívoca de una alteración del movimiento en una persona con un test predictivo positivo o con antecedentes familiares de la enfermedad. El trastorno del movimiento habitualmente se cuantifica mediante la escala UHDRS (Unified Huntington Disease Rating Scale). A pesar de que el trastorno del movimiento se ha considerado como la alteración nuclear de la enfermedad, existen evidencias de que, años antes del debut de estas alteraciones, existen cambios en aspectos psicológicos y cognitivos del individuo. Esta fase prodrómica actualmente centra el interés en el campo de la investigación, en la búsqueda de identificar marcadores

biológicos que sirvan para evaluar la eficacia de terapias modificadoras del curso de la enfermedad.

Se distinguen diferentes estados en función de la situación del individuo con respecto al test genético:

1. *Individuo a riesgo*: persona con algún progenitor diagnosticado de enfermedad de Huntington.
2. *Portador asintomático*: test predictivo positivo, pero sin sintomatología motora.
3. *Persona con enfermedad de Huntington*: test predictivo positivo, o antecedentes familiares de enfermedad de Huntington, y manifestaciones neurológicas inequívocas.

Dependiendo de la funcionalidad, la enfermedad de Huntington se divide en distintos estadios. Habitualmente se utiliza la Capacidad Funcional Total (TFC) para clasificar la enfermedad en cinco fases. La escala TFC evalúa la capacidad del individuo de mantener su trabajo habitual, gestionar sus finanzas, realizar tareas domésticas, mantener las Actividades de Vida Diaria y el nivel de cuidados que precisa.

La evolución de la enfermedad lleva indefectiblemente a una situación de dependencia funcional absoluta y las comorbilidades médicas asociadas a la progresión de diversos síntomas neurológicos (infecciones respiratorias secundarias a disfagia, traumatismos repetidos por la alteración del equilibrio y de la marcha) conducirán finalmente a la muerte.

De modo muy resumido, desde el punto de vista clínico, pueden distinguirse cuatro dimensiones de la enfermedad:

1. *Dimensión motora*

Caracterizada por la presencia de movimientos coreicos (rápidos, brus-

cos, no estereotipados e involuntarios) que en su fase inicial afectan predominantemente a la cara y a las manos (hipergesticulación, muecas, movimientos de los dedos «contando monedas») y que en fases avanzadas afectan a pelvis, tronco y extremidades, confiriendo al paciente una marcha abrupta e irregular, incrementando el riesgo de caídas.

Otros síntomas motores son la impersistencia motora, la alteración en el seguimiento ocular y los movimientos sacádicos. Conforme avanza la enfermedad presentan disartria con un lenguaje en ocasiones difícilmente inteligible y problemas de disfagia que pueden provocar atragantamientos e infecciones respiratorias de repetición.

2. *Dimensión cognitiva*

Está presente en todos los pacientes con EH de características predominantemente subcorticales. Se observan en las distintas fases de la enfermedad alteraciones en el lenguaje (hipofluencia, perseverancia) con una afectación en la expresión, a expensas de la disartria, previa a la afectación de la comprensión. También expresan alteraciones de memoria reciente, atencionales, en habilidades visuoespaciales y menor flexibilidad cognitiva. Se considera de especial relevancia la presencia de un síndrome disejecutivo caracterizado por dificultades en la organización, planificación, organización de prioridades, en la capacidad de predecir el comportamiento de otras personas, disminución del aprendizaje de errores y dificultades en el control de impulsos y en la resolución de problemas.

La demencia es característicamente tardía, constituyéndose como la causa fundamental de claudicación familiar y el factor más relevante que

determina la institucionalización. Su presencia empeora el pronóstico y aumenta la comorbilidad.

3. Dimensión funcional

Como en otras enfermedades neurodegenerativas, la presencia de alteraciones cognitivas, psiquiátricas y el propio trastorno motor hace que los pacientes pierdan progresivamente su independencia funcional afectándose inicialmente las actividades avanzadas pasando posteriormente a las instrumentales y a las básicas. El estadio más avanzado de la enfermedad resulta en una dependencia funcional severa.

4. Dimensión psiquiátrica

Será tratada en profundidad a lo largo del presente artículo.

Dada la imposibilidad de abarcar aspectos terapéuticos en este artículo, no revisaremos el tratamiento de la sintomatología neuropsiquiátrica.

2. NEUROPSIQUIATRÍA DE LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

2.1. Estudios en portadores

Dos grandes estudios longitudinales han evaluado los síntomas neuropsiquiátricos en portadores asintomáticos: PREDICT-HD (estadounidense)³ y TRACK-HD (europeo)⁴.

En el estudio PREDICT-HD se examinaron 681 individuos en estadio de portador asintomático comparándolos con una muestra de individuos a riesgo. Evaluados mediante la escala Symptom Checklist 90 - Revised (SCL-90-R) los individuos con expansión positiva (pre-

sintomáticos) mostraron de manera significativa un mayor número de síntomas psiquiátricos (depresión, ansiedad, síntomas obsesivo compulsivos). A destacar también la relación observada entre las puntuaciones obtenidas en el SCL-90-R y las habilidades reportadas en el desempeño de actividades de vida diaria.

Este estudio concluye que los síntomas psiquiátricos están presentes en la muestra de individuos presintomáticos incluso diez años antes de la fecha estimada del diagnóstico de la enfermedad, pudiendo considerarse como los marcadores más precoces de la enfermedad.

En el estudio TRACK-HD se estudiaron 366 individuos: 123 controles, 120 portadores asintomáticos y 123 pacientes con EH en estadios iniciales.

Se realizó la valoración psiquiátrica mediante la escala PBA-S⁵. Los resultados mostraron que la apatía y la irritabilidad son marcadores sensibles tanto antes como tras el diagnóstico, mostrando diferencias significativas entre los individuos presintomáticos y los controles así como entre los pacientes con EH y los controles. Las puntuaciones del PBA-S relacionadas con la afectividad (depresión, ansiedad) eran significativamente superiores en individuos con EH que en portadores asintomáticos y en controles.

El estudio TRACK concluye de manera consistente con otros estudios previos que los síntomas neuropsiquiátricos son sustanciales en la EH y que síntomas como la depresión, la irritabilidad, la conducta agresiva y la apatía pueden preceder en años a la aparición de sintomatología motora.

La puntuaciones de los ítems *irritabilidad* y *apatía* fueron significativamente mayores en individuos presintomáticos que en sus cónyuges, a pesar de compartir el mismo entorno social. Por ello se pensó que este hecho implica que existe una base más neurobiológica que psico-

lógica o reactiva en los síntomas conductuales.

Otro importante aspecto a destacar de este estudio es que casi la mitad de los participantes estaban siendo tratados con medicación que tenía efectos sobre el sistema nervioso central, con la consiguiente posibilidad de enmascaramiento de síntomas como la depresión y las conductas agresivas o la irritabilidad.

2.2. Estudios en la EH manifiesta

La sintomatología psiquiátrica es una manifestación común en las personas con EH impactando negativamente en otras dimensiones de la enfermedad tales como la calidad de vida y la capacidad funcional, lo cual incrementa el riesgo de institucionalización⁶. A pesar de ello y siguiendo el ejemplo de otras enfermedades neurodegenerativas hay escasos estudios que investiguen en profundidad la dimensión psiquiátrica de la enfermedad, circunscribiéndose la investigación a los aspectos motores. Siguiendo el paralelismo del «paradigma cognitivo» de la enfermedad de Alzheimer, existe un «paradigma motor» en la EH.

Datos extraídos del protocolo REGISTRY de la Red Europea de Huntington sugieren que aproximadamente el 20% de los participantes en este protocolo presentan síntomas psiquiátricos graves, tales como ideación o conducta suicida, irritabilidad, agresividad o psicosis⁷. La ansiedad, los síntomas depresivos y la irritabilidad/agresividad se asocian de manera significativa con la ideación suicida^{8, 9}. Asimismo, los datos analizados sugieren la presencia de distintos clusters sintomáticos en la EH: depresión, disfunción ejecutiva, irritabilidad y psicosis¹⁰.

Los síntomas psiquiátricos no se presentan de manera predecible: cualquier síntoma puede aparecer en cualquier momento de la enfermedad, con la única ex-

cepción de la apatía que, al igual que en otras enfermedades neurodegenerativas, empeora cuando estas progresan.

Ideación suicida en la EH

La ideación suicida es un hallazgo frecuente en pacientes con EH. En un estudio transversal, aproximadamente el 9% de los individuos a riesgo contemplaron el suicidio como mínimo ocasionalmente¹¹ quizá como resultado de convivir con un progenitor afectado, con lo que conlleva experimentar en proximidad la evolución tan deteriorante de la enfermedad.

En la fase previa al diagnóstico genético la proporción alcanza incluso un 22%. De manera quizá inesperada, el porcentaje de presentación de ideas suicidas disminuye en aquellos casos que han sido recientemente diagnosticados.

Dada la prevalencia de ideación suicida, es importante que todo el proceso de diagnóstico genético siga estrictamente las recomendaciones de las guías clínicas consensuadas al respecto¹².

El suicidio se estima que es aproximadamente entre cinco y diez veces más frecuente que en la población general (sobre un 5-10% de los casos).

La correlación entre las ideas de suicidio y el suicidio no ha sido estudiada específicamente en esta población, pero los intentos de suicidios son bastante comunes. En un estudio los investigadores estimaron que más del 25% de los pacientes intentan suicidarse en algún momento de su enfermedad¹³. En cuanto a los factores de riesgo de suicidio, encontramos que aquellas personas sin hijos tienen un riesgo aumentado. La presencia de síntomas afectivos, acciones en busca de aislamiento (divorcio, desprenderse de mascotas) deben alertarnos¹⁴.

Contrariamente a la creencia popular, recibir un diagnóstico de una enfermedad fatal no exacerba sino más bien atempera

el riesgo de suicidio. Esto es lo que concluye un estudio llevado a cabo sobre 4.117 individuos por el Huntington Study Group¹⁵. Los pacientes fueron clasificados según la evaluación neurológica estandarizada en tres grupos: de 0 (examen normal) a 3 (EH definitiva). Este último grupo se dividió en cinco estadios, del 1 a 5.

Los resultados mostraron que la frecuencia de la ideación suicida se dobló entre personas a riesgo (grupo 0) a personas con signos menores de EH (grupo 1). Pasó del 9,1 al 19,8 % y se incrementó al 23,5 % en individuos con probable EH (grupo 2).

En el grupo 3 (EH inequívoca), el 16,7 % de los incluidos en el estadio 1 mostraron ideación suicida; en estadio 2, el 21,6 %, disminuyendo en las siguientes fases.

Estos hallazgos sugieren la existencia de dos momentos críticos que muestran un riesgo de suicidio aumentado: el primer período crítico es aquel inmediatamente anterior a recibir el diagnóstico de EH, y el segundo es la fase 2 de la enfermedad, momento en el que se inicia la pérdida de independencia funcional.

Enfermedad de Huntington.

Modelo de atención

La enfermedad de Huntington debe considerarse una enfermedad crónica compleja y, al igual que otras enfermedades minoritarias carece de un abordaje específico, ya que al contrario que las enfermedades crónicas prevalentes, las enfermedades raras no son motivo de actuaciones de salud programadas, a efectos de gestión, provisión y coordinación de servicios. Su tendencia a la cronicidad y a la discapacidad, conlleva una importante carga de enfermedad que limita la calidad de vida en las personas afectadas y en las de su entorno suponiendo un alto coste familiar, social y sanitario.

En este sentido, se hace imprescindible

una integral de la enfermedad, una proactividad hacia la misma, anticipándonos a las necesidades que puedan surgir en las distintas fases de enfermedad y una flexibilidad de los servicios sanitarios y sociales.

La escasa prevalencia, la dispersión territorial, los distintos servicios implicados, tanto sanitarios como sociales, hacen indispensable la presencia de un equipo gestor de casos que tenga como principales objetivos los siguientes:

1. **Valoración integral:** perspectiva holística.
 - a) *Situación actual:* estado (a riesgo, portador asintomático, paciente), sintomatología predominante, valoración psiquiátrica, NRL y NPS si precisa. Genograma.
 - b) *Necesidades:* evaluación del soporte formal e informal. Conexión a redes (asociaciones familiares). Evaluación de cuidadores: valoración de sobrecarga. Educación sanitaria. Grupos de ayuda terapéutica. Abordaje psicoterapéutico individual. Tratamiento farmacológico si precisa.
2. **Definición de un plan de atención integral** que incluya aspectos clínicos y de integración familiar y social.
3. **Impulsar el conocimiento en red:** posibilita el cambio de información entre profesionales físicamente distanciados.
4. **Coordinación con los diferentes dispositivos asistenciales:** atención primaria, especializada, domiciliaria, hospitalaria. Enfermería de enlace.
5. **Acompañamiento** a lo largo de todo el proceso evolutivo al paciente y familia.
6. **Revisión periódica** del plan de atención integral. Replanteamiento de los objetivos terapéuticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pringsheim T, Wiltshire K, Day L, Steeves T, Jette N. The incidence and prevalence of Huntington's disease: A systematic review and meta-analysis [abstract]. *Movement Disorders* 2012; 27(Suppl 1):193.
2. Ramos Arroyo MA, Moreno S, Valiente A. Incidence and mutation rates of Huntington's disease in Spain: experience of 9 years of direct genetic testing. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:337-342.
3. Duff K, Paulsen JS, Beglinger LJ, Langbehn DR, Stout JC. Psychiatric symptoms in Huntington's disease before diagnosis: the predict-HD study. *Biol Psychiatry* 2007;15;62(12):1341-1346.
4. Tabrizi SJ, Scahill RI, Durr A, Roos RA, Leavitt BR, Jones R, et al. Biological and clinical changes in premanifest and early stage Huntington's disease in the TRACK-HD study: the 12-month longitudinal analysis. *Lancet Neurol* 2011;10(1):31-42.
5. Craufurd D, Thompson J, Snowden JS. Behavioural changes in Huntington's disease: the Problem Behaviours Assessment. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioural Neurology* 2001;14(4):219-226.
6. Reedeker N, Bouwens JA, van Duijn E, et al. Incidence, course, and predictors of apathy in Huntington's disease: a two-year prospective study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2011; 23:434-441.
7. Orth M, Handley OJ, Schwenke C, et al. Observing Huntington's disease: the European Huntington's Disease Network's REGISTRY. Version 2. *PLoS Curr* 2010 [revised 2011]; 2:RRN1184.
8. Hubers AA, Reedeker N, Giltay EJ, et al. Suicidality in Huntington's disease. *J Affect Disord* 2012;136:550-557.
9. Wetzel HH, Gehl CR, Dellefave-Castillo L, et al. Suicidal ideation in Huntington disease: the role of comorbidity. *Psychiatry Res* 2011;188:372-376.
10. Rickards H, De Souza J, van Walsem M, et al. Factor analysis of behavioural symptoms in Huntington's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2011; 82:411-412.
11. Fiedorowicz JG, Mills JA, Ruggle A, et al. Suicidal behavior in prodromal Huntington disease. *Neurodegener Dis* 2011;8:483-490.
12. «Guidelines for the molecular genetics predictive test in Huntington's disease» *J Med Genet* 1994;31:555-559.
13. Farrer LA. Suicide and attempted suicide in Huntington disease: implications for preclinical testing of persons at risk. *Am J Med Genet* 1986;24:305-311.
14. Maris RW. Suicide. *Lancet* 2002;360: 319-326.
15. Paulsen JS, Hoth K, Nehl C, Stierman L. The Huntington Study Group. Critical Periods of Suicide Risk in Huntington's Disease. *Am J Psychiatry* 2005;162:725-731.

ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS EN LAS DEMENCIAS

MARTA HERNÁNDEZ FERRÁNDIZ

*Adjunta de Psicología/Neuropsicóloga. Unitat de Valoració de la Memòria i les Demències (UVaMiD).
Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona).*

Recepción: 05-04-13 / Aceptación: 10-04-13

RESUMEN

Las estrategias no farmacológicas (ENFs) o intervenciones psicosociales se caracterizan por abordar la demencia desde una perspectiva psicosocial tratando tanto los problemas del paciente como de sus familiares. La base teórica de estas estrategias se fundamenta en los conceptos de neuroplasticidad, reserva cerebral y reserva cognitiva. Estas ENFs, también conocidas como «terapias blandas» pueden clasificarse en cinco: terapias de enfoque emocional, terapias de aproximación conductual, terapias de enfoque cognitivo, terapias de estimulación y terapias dirigidas a los cuidadores.

Palabras clave

Estrategias no farmacológicas, demencia, rehabilitación cognitiva, cuidadores.

SUMMARY

Non-pharmacological Strategies (NPSs) or Psychosocial Interventions are characterized by addressing dementia from a psychosocial perspective, treating the problems of both, the patients and the family. The theoretical basis of these strategies is based on the concepts of neuroplasticity, brain reserve and cognitive reserve. These NPSs, also known as «soft therapies», can be classified into five groups: emotional therapy approach, approximation conduct therapy, cognitive therapy approach, stimulation therapy and therapies aimed at providing support to caregivers.

Keywords

Non-pharmacological strategies, dementia, cognitive rehabilitation, caregivers.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, a pesar de los avances que se han realizado en el tratamiento farmacológico de las demencias, no existen fármacos que curen o modifiquen el curso de la enfermedad¹. Algunos fármacos han demostrado, que proporcionan una mejoría evidente en relación al placebo, en el control de los síntomas cognitivos, conductuales y en la capacidad funcional²⁻³. Por ese motivo cada vez es de mayor importancia combinar el tratamiento farmacológico con las estrategias no farmacológicas⁴ (ENFs). Ambos tratamientos tienen como objetivo principal aumentar la calidad de vida del paciente y la de su entorno socio-familiar⁵. Como objetivos intermedios pretenden⁶:

1. Retrasar el deterioro cognitivo durante todo el tiempo que sea posible.
2. Recuperar las funciones cognitivas perdidas o mantener las conservadas.
3. Mejorar el control de los trastornos psicológicos y conductuales.
4. Conservar las actividades de la vida diaria.
5. Aumentar la calidad de vida, tanto del paciente como la de su entorno socio-familiar.

PLAN TERAPÉUTICO Y DE CUIDADOS

Dada la heterogeneidad en la presentación como en el curso clínico de los diferentes tipos de demencia, el patrón de deterioro cognitivo, funcional, emocional y conductual que presentan es muy variable. Además, debe tenerse en cuenta que cada individuo y su cuidador principal (CP) poseen unas características propias que deberán tenerse en consideración an-

tes de iniciar cualquier abordaje. La interacción de todas estas variables (tipo de demencia, etapa evolutiva, edad del paciente y del cuidador, rasgos de personalidad del paciente y del cuidador, entre otros) es la que tenemos que evaluar antes de la realización del plan terapéutico y de cuidados, que debe de ser siempre individualizado, flexible y revisable periódicamente⁷. Esta valoración integral incluirá una amplia evaluación (tabla I)⁷ del paciente, del CP, de la familia, y de su entorno socio-ambiental⁷.

Una vez realizada la valoración integral deberemos seguir los siguientes pasos para elaborar un plan terapéutico y de cuidados que se adapte a las necesidades de cada paciente y de su familia:

1. **Establecer el diagnóstico.** No se puede iniciar la intervención sin conocer qué tipo de demencia padece el paciente, por ese motivo el diagnóstico ya lo deberemos haber efectuado durante la valoración integral. Realizar el diagnóstico adecuado y temprano del tipo de demencia será fundamental para establecer el plan de intervención individualizado y nos ayudará a informar correctamente a la familia y al paciente sobre el tipo de demencia y su pronóstico. Será de suma importancia conocer en qué fase de la demencia se encuentra el paciente para dar la información pertinente, según la etapa evolutiva, y responder a las necesidades al binomio paciente/familia según se requieran.
2. **Identificar los síntomas problema.** Se identificarán qué síntomas presenta y la relevancia que estos tienen para el paciente y su familia/cuidadores (deberemos identificar la severidad del deterioro cognitivo, los trastornos psicológicos y conductuales, los problemas motores, así como el deterioro funcional y el riesgo de sobrecarga del cuidador).

TABLA I
Evaluación global del paciente con demencia

Paciente	CP	Familia	Hogar	Población
Edad.	Parentesco con el paciente.	Organigrama familiar.	Tipo de vivienda.	Tipo de población: rural/urbana.
Sexo.	Edad.	Dinámica familiar.	Características arquitectónicas.	Actividades socioculturales locales.
Nivel escolarización.	Sexo.			Recursos sociosanitarios locales.
Ocupación principal.	Escolaridad.			Recursos de la comunidad autónoma.
Hobbies/aficiones.	Ocupación.			
Relaciones sociales.	Situación laboral.			
Tipo de demencia.	Relación premórbida con el paciente.			
Fase evolutiva.	Relación actual con el paciente.			
Perfil neuropsicológico.	Relaciones sociales.			
Otros diagnósticos médicos.	Estado de salud.			
Estado físico.	Estado físico.			
Estado anímico.				
Insight.				
Nivel de motivación.				

3. **Establecer la intervención farmacológica.** Para establecer el tratamiento farmacológico individualizado se tendrá en cuenta el tipo de demencia y los trastornos psicológicos y del comportamiento que presenten los pacientes. El abordaje farmacológico abarcará tanto los síntomas cognitivos como los no cognitivos, sin olvidar el tratamiento de otras patologías que presente de forma asociada, puesto que pueden repercutir en la evolución y pronóstico de la demencia.

4. **Intervención no farmacológica.** Se aplicará el tratamiento no farmacológico que mejor responda a las ca-

racterísticas y necesidades tanto del paciente como de sus cuidadores, según la etapa evolutiva en la que se encuentre. Se educará a los pacientes y a los cuidadores de la naturaleza de los síntomas que se presenten en las diferentes fases y se facilitarán estrategias para afrontarlos.

En resumen, este plan terapéutico y de cuidados dará cobertura a todas las áreas implicadas (médica, psicológica, de enfermería...), deberá ser consensuado por el equipo interdisciplinar, ser flexible, individualizado e implicará tanto al paciente, al CP como a su familia, animándolos

y recompensándolos en todo momento por los logros conseguidos durante el proceso.

El CP y la familia cobran una importancia clave en el abordaje no farmacológico en las demencias, por ese motivo se les deberá realizar una exhaustiva valoración. El CP tendrá un papel importante como coterapeuta en todo el proceso y será quien nos aportará más información sobre el seguimiento y evolución del plan de cuidados a aplicar. Será importante evaluar su capacidad para manejar al paciente y de aplicar todos los aspectos necesarios para la consecución del plan de cuidados (aplicación del plan funcional, supervisión de tareas en casa, facilitación de la generalización...), así como identificar las necesidades que tiene cada cuidador para poder realizar mejor el plan de cuidados (el tipo de apoyo emocional y físico del que dispone, qué información sobre la enfermedad necesita, qué estrategias de afrontamiento le pueden ayudar, de qué ayudas sociosanitarias y económicas se puede beneficiar...) para cubrir las en todo momento. El profesional deberá tener la habilidad de detectar la sobrecarga del CP puesto que no siempre es verbalizada explícitamente por este y contribuirá a disminuirla con el tratamiento no farmacológico que crea más conveniente.

Es importante escoger de forma adecuada las ENFs que vamos a utilizar y sobre qué síntomas iniciaremos la intervención. Las estrategias escogidas deben contribuir a conseguir el objetivo marcado y su aplicación no debe añadir ansiedad o frustración ni al paciente ni a su CP. Siempre se optará por la ENF que más beneficios directos e indirectos aporte tanto al paciente como a su CP, eliminando cualquier ENF que perjudique la aplicación del plan de cuidados que se haya determinado. Los objetivos escogidos para este plan de cuidados deben ser realistas y se modificarán teniendo en cuenta

las necesidades del paciente y del cuidador, por ello será flexible y se revisará periódicamente. Si bien los planes de cuidados se pueden aplicar en cualquier fase, sobre quién recaigan irán cambiando en el transcurso de la enfermedad. Es decir, al principio los planes de cuidados se suelen centrar más en el paciente pero a medida que la enfermedad avanza, las ENFs se suelen centrar más en la familia, en general y en el CP, en particular.

TIPOS DE ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS

Cada vez existen más evidencias de los beneficios de las ENFs en la demencia⁵. Pero para que el tratamiento no farmacológico sea eficaz, debemos escoger la ENF más adecuada para nuestro plan terapéutico y de cuidados, por lo que será necesario conocer todas las ENFs de las que disponemos.

Las ENFs en la demencia se conocen como «terapias blandas» y se basan en los modelos psicosociales⁸. Estos modelos se fundamentan en tratar al sujeto con demencia desde una perspectiva global dando apoyo a los problemas cognitivos, afectivos y de la conducta que acontecen durante el proceso de adaptación a las consecuencias de la demencia⁶.

La *American Psychiatry Association* (APA) clasifica en cinco grupos las distintas intervenciones psicosociales⁸:

1. **Terapias de enfoque emocional.** En este grupo se hallan terapias como la reminiscencia, terapia de validación, integración sensorial, terapia de presencia estimulada... Estas terapias estimulan la memoria y el estado de ánimo del paciente en el contexto de su historia personal.
2. **Terapias de aproximación conductual.** Incluyen tanto terapias para

minimizar las alteraciones de conducta como terapias para fomentar la independencia.

3. **Terapias de enfoque cognitivo.** Son terapias cuyo objetivo es conseguir una mejora en el rendimiento cognitivo o en algún proceso cognitivo concreto. Incluyen terapias como la terapia de orientación a la realidad, la psicoestimulación cognitiva, la rehabilitación cognitiva (RC)...
4. **Terapias de estimulación.** Incluyen actividades o terapias recreativas, como juegos, mascotas... y terapias artísticas, como por ejemplo actividades de ocio, arteterapia, musicoterapia...
5. **Terapias dirigidas a los cuidadores.** Estas terapias tienen como objetivo dar soporte a los cuidadores y minimizar las repercusiones negativas del proceso de estrés mediante estrategias dirigidas principalmente a

optimizar los recursos de los cuidadores. Incluyen psicoterapia de apoyo, grupos de soporte, grupos psicoeducativos...

En la tabla II se recogen las diferentes ENFs que existen en la actualidad.

De todas las ENFs que tenemos a nuestro alcance se escogerán aquellas que mejor cumplan los requisitos para llevar a cabo el plan terapéutico y de cuidados diseñado para cada uno de los pacientes y sus familias. Es importante recordar que las ENFs deben centrarse no solo en el sujeto con demencia sino en su familia en general, y en su CP en particular. El CP es el eje fundamental en el plan de cuidados¹⁰. Es en el CP sobre quien suele recaer el estrés y la sobrecarga del cuidado del enfermo y quien normalmente ejerce el papel de coterapeuta¹¹. Por tanto, las ENFs elegidas deberán contribuir a aumentar la autonomía, preservar

TABLA II
Terapias no farmacológicas

Según el enfoque	Tipos de terapia
<i>Emocional</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Reminiscencia. – Psicoterapia de soporte. – Terapia de validación. – Análisis de las rupturas conversacionales. – Integración sensorial. – Terapia de presencia estimulada.
<i>Conductual</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Intervenciones sobre el entorno. – Intervenciones para fomentar la independencia. – Psicomotricidad. – Estimulación física. – Modificación de conducta. – Resocialización. – Remotivación.

TABLA II (continuación)
Terapias no farmacológicas

Según el enfoque	Tipos de terapia
<i>Cognitivo</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Orientación a la realidad. – Psicoestimulación cognitiva. – Estimulación cognitiva. – Taller de memoria. – Entrenamiento cognitivo. – Rehabilitación cognitiva. – Logopedia. – Programas de estimulación cognitiva. – Programas por ordenador.
<i>Estimulación</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Musicoterapia. – Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea. – Aromaterapia. – Arteterapia. – Estimulación multisensorial (Snoezelen). – Toques o masajes terapéuticos. – Taller de relajación. – Terapia de la luz. – Acupuntura. – Terapia con animales. – Jardinería. – Actividades ocupacionales.
<i>Para cuidadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Psicoterapia de apoyo al cuidador. – Grupos de soporte. – Asesoramiento y gestión de casos. – Programas de respiro. – Programas psicoeducativos. – Grupos de ayuda mutua (GAM). – Grupos de ayuda terapéutica (GAT). – Asociación para familiares. – Programas multimodales. – Terapias orientadas al cuidador profesional. <ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en los cuidados generales. • Prevención de sujeciones físicas o químicas.

la autoestima y mantener la calidad de vida no solo del paciente sino también de su CP. Las ENFs seleccionadas para el plan terapéutico y de cuidados se irán modificando y cambiando a medida que la enfermedad progrese para poder responder a las demandas y necesidades tanto del paciente como de su familia. Por este motivo el plan terapéutico debe de ser individualizado y flexible, para que durante las revisiones periódicas que se establezcan puedan modificarse todos aquellos aspectos necesarios para la consecución efectiva y eficiente del plan individualizado de actuación.

Estrategias no farmacológicas centradas en el cuidador

En estos últimos años se han desarrollado diversos programas centrados en el cuidador para minimizar la carga que representa el atender de forma prolongada a enfermos con demencia. Todos estos programas tienen tres aspectos en común: aportan información, aprendizaje de habilidades y apoyo emocional al CP y a su familia¹².

Las intervenciones centradas en los cuidadores muestran en diversos estudios una disminución del estrés del cuidador, mejora la depresión del paciente, el desarrollo de estrategias en el plan de cuidados del paciente y retrasa la institucionalización⁵⁻¹². Las ENFs centradas en el cuidador se pueden clasificar en las siguientes categorías¹³⁻¹⁴ (tabla III):

1. **Grupos de apoyo mutuo o autoayuda.** Son grupos organizados por un profesional o por otros cuidadores. Estos grupos ofrecen apoyo emocional, se comparte información, sentimientos y experiencias. Como ejemplo tenemos los grupos organizados por las asociaciones de familiares.

TABLA III
Estrategias no farmacológicas

Centradas en el cuidador

1. Grupos de apoyo mutuo o autoayuda.
2. Intervenciones psicoeducativas.
3. Intervenciones basadas en las nuevas tecnologías.
4. Intervención familiar.
5. Intervenciones educativas.
6. Programas de «respiro».
7. Programas multimodales, multicomponentes o «extensos».
8. Otros tipos de ayuda.

2. **Intervenciones psicoeducativas.** Estas intervenciones las dirigen profesionales especializados y tienen como objetivo transmitir conocimientos a los cuidadores acerca de la enfermedad para poder afrontarla mejor, así como ofrecerles soporte emocional y social. Durante varias sesiones se abordan diversos temas, tales como información general de la enfermedad, estrategias para cuidarse como cuidador, para favorecer la autoestima, para afrontar los síntomas psicológicos y de conducta del enfermo, para favorecer su autonomía, para adaptar el entorno y minimizar el estrés, estrategias de comunicación verbal y no verbal, de resolución de problemas, de planificación de futuro, de estimulación cognitiva e información sobre aspectos legales, recursos sociales, ayudas económicas y aspectos fiscales de las demencias.
3. **Intervenciones basadas en las nuevas tecnologías.** Son intervenciones que ofrecen formación y entrenamiento al cuidador mediante procedimientos como las nuevas tecnologías (ordenador e internet) y el teléfono.

Por ejemplo, la ayuda telefónica a cuidadores, entrenamiento a cuidadores por ordenador...

4. **Intervención familiar.** En este tipo de intervenciones se abordan aspectos relacionados con la enfermedad y su proceso de forma particular e individualizada. Se analizan las necesidades específicas de cada familia en el momento de la demanda y se les orienta sobre la organización de las actividades de cuidado, se les presta ayuda para la resolución de problemas, se les da estrategias para el manejo de los problemas de conducta, se les facilita información sobre los recursos sociosanitarios y las ayudas económicas, etc.
5. **Intervenciones educativas.** Son intervenciones en las que los profesionales especializados proporcionan información a los cuidadores informales sobre aspectos relacionados con la enfermedad como el pronóstico, tratamiento, estrategias de afrontamiento, información de cómo adaptar y optimizar el ambiente físico, etc. Un ejemplo pueden ser las charlas en centros de Servicios Sociales o de Salud...
6. **Programas de «respiro».** Son servicios que proporcionan al CP un tiempo libre de descanso en el que no tienen por qué atender al familiar. Podemos encontrar SAD (servicio de ayuda a domicilio), centros de día, hospitales de día, estancia temporal en residencia, etc.
7. **Programas multimodales, multi-componentes o «extensos».** Estos programas intentan responder de un modo integral a las distintas necesidades que presentan los cuidadores, incluyendo varias estrategias como podrían ser servicios de respiro, grupos psicoeducativos...

8. **Otros tipos de ayuda.** Hace referencia a otras opciones que pueden proporcionar apoyo social a los cuidadores, reducir el estrés y la carga subjetiva tales como psicoterapia, programas de ejercicio físico, etc.

Estrategias no farmacológicas centradas en el paciente

Las intervenciones que se centran en el paciente pueden ir dirigidas a mejorar la conducta, la capacidad funcional, la cognición y la emoción¹⁵. Todas estas ENFs tienen como objetivo compensar y enlentecer al máximo el proceso del deterioro, permitiendo a los enfermos funcionar de forma adaptativa llevando a cabo durante el máximo tiempo posible la mayoría de las actividades diarias.

Los primeros síntomas de la demencia suelen ser alteraciones de la función cognitiva como la memoria, el lenguaje, las gnosias, las praxias, las funciones ejecutivas, entre otras. Por ese motivo, las terapias basadas en la cognición juegan desde hace mucho tiempo un papel importante en la intervención psicosocial de las personas con demencia. Las terapias cognitivas consisten en una serie de actividades neurofuncionales estructuradas que inciden, de forma reiterativa y plurimodal, sobre las capacidades cognitivas residuales, con el objetivo de mejorar los rendimientos cognitivos y funcionales del paciente¹⁶. En la actualidad se identifican tres enfoques principales¹⁷ (tabla IV).

1. Orientación a la realidad (OR)/ Estimulación cognitiva

Estas intervenciones parten de los trabajos realizados con personas con demencia en estadios de moderadas a graves, aunque también se ha aplicado en las primeras fases de la enfermedad.

TABLA IV
**Estrategias no farmacológicas
 centradas en el paciente**

Intervenciones centradas en la cognición
1. Orientación a la realidad (OR)/Estimulación cognitiva.
2. Entrenamiento cognitivo.
3. Rehabilitación cognitiva.

Orientación a la realidad (OR). Es una intervención psicosocial para las personas con demencia y uno de los primeros enfoques estructurados que se utilizó en instituciones. Se ha utilizado principalmente en fases de moderada a grave para trabajar los problemas de memoria y los déficits cognitivos. Tiene como objetivo principal reducir el impacto de la desorientación temporal, espacial y personal por medio del suministro constante de información que facilite la orientación y permitan optimizar el rendimiento del enfermo. Intenta mejorar la orientación, el funcionamiento cognitivo y conductual de la persona a través de actividades cognitivas, de la interacción social y de la utilización de claves. Esta técnica se pueda aplicar en sesiones o siguiendo un programa de 24 horas¹⁷.

Estimulación cognitiva. Se ha desarrollado más recientemente y engloba a todas aquellas actividades que tienen como objetivo mejorar el funcionamiento cognitivo en general, trabajando las funciones cognitivas de forma integrada, más que centrándose en dominios específicos¹⁸. Las tareas incluidas en este tipo de sesiones tienen como objetivo proporcionar una estimulación general y potenciar las asociaciones; serían actividades como la categorización, denominación de objetos concretos, asociaciones de palabras, frases o refranes, actividades numé-

ricas, entre otras¹⁷. Si bien, este tipo de intervención se ha utilizado en fases avanzadas de la demencia, también se ha aplicado en las fases iniciales y en personas con deterioro cognitivo leve¹⁹.

Este tipo de intervenciones no tienen en cuenta las necesidades emocionales de los pacientes por lo que se administran integradas con otras técnicas psicosociales diseñadas para favorecer el bienestar emocional de la persona enferma y la empatía con quien presta los cuidados, como la reminiscencia, la validación o la estimulación sensorial.

2. Entrenamiento cognitivo

Tiene como finalidad mantener el funcionamiento y prevenir el deterioro. Aunque tiene sus orígenes en el trabajo con personas mayores sanas, en la actualidad se aplica tanto a personas con demencia como con deterioro cognitivo leve. El objetivo principal de esta intervención es ejercitar las diferentes capacidades cognitivas y sus componentes. Implica un enfoque estandarizado y sistematizado que proporciona una práctica guiada en uno o más dominios cognitivos concretos, tales como la memoria, la atención, el lenguaje o la función ejecutiva. Se fundamenta en que la práctica habitual tiene el potencial de mejorar o mantener el funcionamiento en un dominio cognitivo específico. El entrenamiento cognitivo puede llevarse a cabo mediante sesiones individuales o grupales. Las tareas pueden presentarse en lápiz o papel o mediante ordenador. Las actividades se presentan en distintos niveles de complejidad que permiten seleccionar el nivel de dificultad más apropiado para cada persona. Sus resultados se evalúan a partir del rendimiento en tareas cognitivas. Este tipo de intervenciones no se centran en aspectos emocionales o conductuales, salvo de forma secundaria¹⁷⁻²⁰.

3. La rehabilitación cognitiva

Engloban intervenciones individualizadas planteadas para resolver dificultades prácticas específicas derivadas de la alteración cognitiva identificada por la persona con demencia y/o por el CP²¹. La RC no pretende mejorar el rendimiento en la ejecución de las tareas cognitivas, sino que tiene como finalidad mejorar el funcionamiento en el contexto diario, abordando los problemas de la vida real directamente en el entorno habitual de la persona para reducir la incapacidad funcional. El progreso se evalúa primordialmente en relación con la ejecución en las áreas específicas a las que se dirige, en vez de en términos de las puntuaciones en pruebas neuropsicológicas. Se plantean distintos mecanismos de intervención orientados tanto a:

1. Utilizar al máximo la capacidad de memoria residual^{22, 23}.
2. Mantener o mejorar las actividades prácticas e importantes de la vida diaria²⁴.
3. Desarrollar estrategias dirigidas tanto a la restauración de la función como a la compensación de los déficits²⁰.

La RC se incluye en un contexto de actuación más amplio que recibe el nombre de «rehabilitación neuropsicológica» definida como el proceso activo que ayuda al paciente con daño cerebral, junto con profesionales de la salud, a optimizar la recuperación de sus funciones superiores, comprender mejor la naturaleza de las alteraciones que presenta y desarrollar estrategias que permitan compensar estos trastornos que surgen tras una afectación neurológica²⁵. Por lo tanto la rehabilitación neuropsicológica se basa en la combinación de estrategias de intervención cognitiva y sistemas compensatorios

con métodos de intervención conductual y otras estrategias dirigidas a reducir los problemas emocionales y favorecer la integración social y laboral²⁶.

Las ENFs en general y las intervenciones cognitivas en concreto, no se pueden desvincular de los conceptos de neuroplasticidad, reserva cerebral y reserva cognitiva, dado que son la base científica de estas terapias. La plasticidad neuronal o neuroplasticidad es la capacidad del sistema nervioso central para reorganizarse en compensación ante los cambios ambientales y lesiones. Se define como «*la respuesta que da el cerebro para adaptarse a las nuevas situaciones y restablecer el equilibrio alterado, después de una lesión*»²⁷.

Por otro lado, la reserva cerebral hace referencia a las medidas cuantitativas tales como el tamaño del cerebro o recuento neuronal²⁸, mientras que la reserva cognitiva es la capacidad para compensar la histopatología haciendo un mejor uso de la reserva cerebral que aún se tiene disponible²⁹.

En los últimos años se ha comprobado que todavía existe neuroplasticidad o potencial de aprendizaje en personas con demencia en fase leve y moderada, aunque de forma más limitada³⁰. Es principalmente en estas fases cuando las intervenciones cognitivas podrían favorecer más los procesos cognitivos afectados, dado que todavía se conserva un grado significativo de plasticidad cerebral y reorganización cognitiva³¹.

En definitiva, las ENFs en general y las centradas en la cognición, en concreto, favorecen mediante la realización de intervenciones específicas y adaptadas para cada individuo, aumentar la reserva cognitiva de forma que el deterioro pueda ralentizarse y retardar también sus efectos sobre el funcionamiento en la vida diaria del enfermo.

Consideraciones generales antes de iniciar un programa de rehabilitación cognitiva

Antes de iniciar cualquier programa de rehabilitación es importante valorar los posibles déficits sensoriales del sujeto, conocer su contexto así como sus experiencias subjetivas. Debemos valorar el nivel de consciencia que tiene el paciente de sus déficits, para poder determinar cualquier limitación que nos pueda causar a lo largo de la intervención. Es imprescindible conocer el perfil neuropsicológico del paciente para poder identificar sus déficits así como determinar su impacto en la realización de las actividades cotidianas. La obtención del perfil neuropsicológico nos permitirá establecer cuándo debemos trabajar con las capacidades preservadas o cuándo es mejor aplicar estrategias compensatorias de ayuda para afrontar las dificultades específicas de la vida diaria.

Todas las capacidades cognitivas deberán ser valoradas detalladamente, pero debemos poner especial atención en algunas de ellas para que la intervención sea la más adecuada y específica para cada paciente. Es importante poner especial énfasis en:

1. *La capacidad de aprendizaje*: para saber cuándo incidir sobre los aspectos conservados de la memoria, compensar los aspectos alterados y, cuándo está implicado el aprendizaje episódico nuevo, proporcionar orientación apropiada tanto en la codificación como en la evocación¹⁷.
2. *La capacidad atencional*: puesto que es una capacidad multifactorial que está relacionada con otras áreas del funcionamiento cognitivo³². Por ejemplo, los déficits atencionales podrían producir dificultades para seguir una explicación, alteraciones en el aprendizaje de nueva información...
3. *El lenguaje*: conocer la capacidad de expresión y de comprensión nos será muy útil para elaborar las estrategias de comunicación más apropiadas para cada paciente.
4. *La capacidad ejecutiva*: los pacientes con problemas ejecutivos tienen problemas de autorregulación de las emociones y de la conducta, no tienen consciencia de sus déficits, muestran dificultades para utilizar las estrategias aprendidas, no generalizan su uso y tienen dificultades para adaptarse a situaciones novedosas.

Asimismo no podemos empezar la intervención sin valorar si el paciente presenta alteraciones conductuales y/o emocionales. Si las hubiera deberían ser tratadas primero para que no nos distorsionen u obstaculicen la intervención a seguir.

En resumen, para que se logren los mejores resultados posibles con la intervención que hayamos diseñado, debemos tener en cuenta las siguientes pautas:

1. Aplicar un tratamiento basado en un modelo teórico.
2. Establecer metas relevantes, en relación a las capacidades funcionales de la persona y mediante acuerdo mutuo.
3. Proporcionar las tareas organizadas de forma jerárquica.
4. Conocer el perfil neuropsicológico del sujeto, poniendo especial atención en sus capacidades preservadas porque serán nuestro apoyo para trabajar las estrategias de sustitución y compensación.
5. Intervenir precozmente, puesto que los beneficios del tratamiento son mayores cuanto antes se inicie la rehabilitación neuropsicológica.

6. Establecer el período de tratamiento. Las ENFs se pueden ir aplicando en cualquier fase de la enfermedad, utilizando siempre la que responda más a las demandas del paciente y familia. En cuanto a las intervenciones cognitivas, no tienen momento para su finalización, pues el objetivo es mantener el rendimiento cognitivo del paciente tanto tiempo como sea posible. Será necesario informar e implicar al familiar en todo el proceso para que nos dé su apoyo durante toda la intervención.
 7. Proporcionar *feedback* inmediato en relación con los aciertos y errores.
 8. Tener en cuenta los aspectos afectivos y emocionales.
 9. Ser flexible y adaptar la terapia a cada paciente.
 10. Revisar la intervención periódicamente.
 11. Implicar al CP y a la familia.
2. Es un instrumento ecológico, pues la existencia de ordenadores domésticos o de consolas de videojuegos es cada vez más común en los hogares y centros de rehabilitación.
 3. Permite mejor calidad y versatilidad en la presentación de materiales en comparación de otros sistemas tradicionales.
 4. Permite la creación de un clima lúdico y motivador en la presentación de las tareas.
 5. Proporciona un *feedback* con relación a los errores y aciertos de forma inmediata.
 6. Los ejercicios pueden ser repetidos múltiples veces.
 7. Permite la introducción y análisis de datos de forma económica y fiable.
 8. Permite ser flexible: modificar los parámetros de las tareas (características de los estímulos, nivel de dificultad, duración de las sesiones, criterios de éxito...) lo que facilita su adaptabilidad al perfil psicomotor, sensorial, cognitivo y ritmo de aprendizaje del usuario.

LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TICS) APLICADAS A LA REHABILITACIÓN COGNITIVA

Los grandes avances tecnológicos acontecidos en los últimos años han dado lugar a la creación de diversos programas dirigidos a la RC a través del ordenador, que sirven para estimular y ejercitar las distintas capacidades cognitivas, logrando así un mejor funcionamiento en las actividades de la vida diaria³³.

Podemos destacar las siguientes ventajas que ofrece la informática sobre el uso del lápiz y papel^{34, 35}:

1. Permite una gestión cómoda y eficaz de los materiales.

Algunos de estos programas son: Grador³⁶, THINKable³⁷, REHACOM³⁸, Smartbrain³⁹, COGNIFIT⁴⁰, NeuronUP, entre otros.

MATERIAL DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y MATERIAL DE APOYO PARA CUIDADORES

Cada vez se ha publicado más material dirigido a la RC. Es importante conocer bien este material para recomendar el más adecuado para cada paciente. Existen libros sobre técnicas y estrategias mnemotécnicas. Se pueden encontrar libros sobre ejercicios de estimulación cog-

nitiva con distintos niveles de dificultad para cada una de las capacidades, los hay que trabajan una capacidad específica, como la memoria, atención, capacidad ejecutiva, etc. Conocer este material nos será muy útil para aquellos casos en que la rehabilitación se lleve a cabo en el domicilio. En muchas ocasiones los pacientes no pueden desplazarse hasta el centro de salud para llevar a cabo la intervención. Con ayuda del coterapeuta, la colaboración y el consentimiento del paciente se podrá llevar a cabo, en el domicilio, el plan de cuidados individualizado que se haya diseñado. Se le recomendará al paciente el material que exista en el mercado que mejor responda a sus necesidades.

Por otro lado existe, actualmente, material muy variado de apoyo a los cuidadores. Se pueden hallar muchas guías, así como páginas web, que informan sobre cómo cuidar mejor a los enfermos con demencia. Este material tiene como objetivo dar estrategias que ayuden a afrontar mejor la enfermedad. Los temas que se tratan son muy variados, tales como información sobre la enfermedad en general y sus fases, sobre cómo adaptar el entorno, cómo afrontar los síntomas psicológicos y alteraciones conductuales, etc. Es importante escoger qué material le aconsejaremos al CP y su familia, porque por una lado debe responder a las necesidades que tengan en cada etapa de la enfermedad y por el otro debe ser fácil de entender y asimilar en todo momento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stone JG, Casadesús G, Gustaw-Rothenberg K, Siedlak SL, Wang X, Zhu X, et al. Frontiers in Alzheimer's Disease Therapeutics. *Ther Adv Chronic Dis* 2011;2(1):9-23.
2. Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther L, et al. Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56(9): 1154-66.
3. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;25(1):CD005593. Review.
4. Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler MM, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology* 2000;54(5):S4-9.
5. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña Casanova J, Del Ser T, et al. Non-pharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010;30(2):161-78.
6. Tárraga LI. Tratamiento no farmacológico de las demencias. En: Alberca R, López Pousa S, editores. *Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. Madrid, Médica Panamericana; 2006: 307-22.
7. Lozano M, Hernández M. Tratamiento no farmacológico de la demencia con cuerpos de Lewy y soporte al cuidador principal. En: Berlanga B, Pujol M, editores. *Demencia con cuerpos de Lewy*. Barcelona, Prous Science; 2002: 113-27.
8. Tárraga L. Terapias blandas: Programa de Psicoestimulación Integral. Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol* 1998;27(1):S51-S62.

9. American Psychiatric Association: Practive guideline for the treatment of patients with Alzheimer's Disease and other dementia of late life. *Am J Psychiat* 1997;154(5):1-39.
10. Nourhashémi F, Olde Rikkert MG, Burns A, Winblad B, Frisoni GB, Fitten J, et al. Follow-up for Alzheimer patients: European Alzheimer Disease Consortium position paper. *J Nutr Health Aging* 2010;14(2):121-30.
11. Schulz R, Martire LM. Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004; 12(3):240-9. Review.
12. Olazarán J, González MF, Amador B, Morillas N, Muniz R. Recursos socio-sanitarios para la atención a la demencia: hacia un modelo centrado en la enfermedad. En: Bermejo F, director. Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia. Madrid, Díaz de Santos; 2004: 27-39.
13. Castilla JG, Losada A, Izal M, Montorio I. La ayuda a los familiares de pacientes con demencia: diversas técnicas de intervención con cuidadores. En: Bermejo F, director. Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia. Madrid, Díaz de Santos; 2004: 51-62.
14. Losada A, Moreno Rodríguez R, Cigarán M, Peñacoba C. Análisis de programas de intervención psicosocial en cuidadores de pacientes con demencia. *Informaciones psiquiátricas* 2006; 184(2):173-86.
15. Yanguas JJ. Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer. Madrid, IMSERSO; 2007.
16. Requena E, Nglés N, Hervás E, Culléll N. Eficacia de los programas de psicoestimulación. En: Deví J, Deus J, editores. Las demencias y la enfermedad de Alzheimer. Una aproximación práctica e interdisciplinar. Barcelona, ISEP; 2004: 535-57.
17. Clare L. Intervención de la memoria en el envejecimiento y las demencias. En: Bruna O, Roig R, Puyuelo M, Junqué C, Ruano A, directores. Rehabilitación neuropsicológica. Intervención y práctica clínica. Barcelona, Masson; 2011: 319-31.
18. Breuil V, Rotrou J, Forette F, Tortrat D, Ganansia-Ganem A, Frambourt A, et al. Cognitive stimulation of patients with dementia: preliminary results. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994;9:211-17.
19. Wenisch E, Cantegreil-Kallen I, De Rotrou J, Garrigue P, Moulin F, Batouche F, et al. Cognitive stimulation intervention for elders with mild cognitive impairment compared with normal aged subjects: preliminary results. *Aging Clin Exp Res* 2007;19(4):316-22.
20. Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD003260. Review.
21. Wilson BA. Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation. *Neuropsychol Rehabil* 2002;12(2):97-110.
22. Clare L, Wilson BA, Carter G, Hodges JR, Adams M. Long-term maintenance of treatment gains following a cognitive rehabilitation intervention in early dementia of Alzheimer type: a single case study. *Neuropsychol Rehabil* 2001;11:477-94.
23. Clare L, Wilson BA, Carter G, Roth I, Hodges JR. Relearning of face-name associations in early-stage Alzheimer's disease. *Neuropsychology* 2002; 16(4): 538-47.

24. Josephsson S, Backman L, Borell L, Bernspang B, Nygard L, Ronnberg, L. Supporting everyday activities in dementia: an intervention study. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993;8:395-400.
25. Wilson BA. *Memory problems after head injury*. Nottingham: National Head Injuries Association; 1989.
26. Paúl Lapedriza N, Bilbao Bilbao A, Ríos Lago M. Rehabilitación neuropsicológica. En: Tirapu J, Ríos M, Maestú F, directores. *Manual de Neuropsicología*. Barcelona, Viguera Editores; 2008: 473-94.
27. Geschwind N. Mechanisms of change after brain lesions. *Ann N Y Acad Sci* 1985;457:1-11.
28. Adrienne M, Tucker D, Yaakov D. Cognitive reserve in aging. *Curr Alzheimer Res* 2011;8(4):354-60.
29. Jones RN, Manly J, Glymour MM, Rentz DM, Jefferson AL, Stern Y. Conceptual and measurement challenges in research on cognitive reserve. *J Int Neuropsychol Soc* 2011;17(4):593-601. Review.
30. Fernández Ballesteros R, Botella J, Zamarrón MD, Molina MÁ, Cabras E, Schettini R, et al. *Clin Interv Aging*. Cognitive plasticity in normal and pathological aging 2012;7:15-25.
31. Yamaguchi H, Maki Y, Yamagami T. Overview of non-pharmacological intervention for dementia and principles of brain-activating rehabilitation. *Psychogeriatrics* 2010;10(4):206-13.
32. Posner M, Peterson SE. The attention system of the human brain. *Annual Review of Neuroscience* 1990;13:25-42.
33. Basco L, Fariñas S. Neuroplasticidad y psicoestimulación en enfermos de Alzheimer. *Alzheimer Real Invest Demenc* 2012;53:39-44. Doi:10.5538/1137-1242.2013.53.39.
34. Franco M, Bueno Y. Uso de las nuevas tecnologías como instrumentos de intervención en programas de psicoestimulación. En: Agüera L, Martín M, Cervilla J, editores. *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona, Masson; 2002: 665-77.
35. Ruíz Sánchez de León JM. Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. *Rev logop Fon Audiol* 2012; 32:57-66.
36. Franco MA, Orihuela T, Bueno Y, Cid T. Programa Grador. Programa de evaluación y rehabilitación cognitiva por ordenador. Valladolid, Intras; 2000.
37. Cullell N, Vendrell JM. Aplicación de las nuevas tecnologías en los programas de intervención cognitiva para personas con deterioro. *Alzheimer. Real Invest Demenc* 2008;38:14-20.
38. Fernández E, Bringas ML, Salazar S, Rodríguez D, García ME, Torres M. Clinical impact of RehaCom software for cognitive rehabilitation of patients with acquired brain injury. *MEDICC Rev* 2012;14(4):32-5.
39. Tàrrega L, Boada M, Modinos G, Espinos A, Diego S, Morera A, Guitart M, Balcells J, López OL, Becker JT. A randomised pilot study to assess the efficacy of an interactive, multimedia tool of cognitive stimulation in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006;77(10):1116-21.
40. Peretz C, Korczyn AD, Shatil E, Aharonson V, Birnboim S, Giladi N. Computer-based, personalized cognitive training versus classical computer games: a randomized double-blind prospective trial of cognitive stimulation. *Neuroepidemiology* 2011;36(2):91-9. doi: 10.1159/000323950.

TOLERANCIA CERO A LAS SUJECIONES EN ANCIANOS. DIFÍCIL PERO NO IMPOSIBLE

10 argumentos a favor de la tolerancia cero al uso de sujeciones en personas mayores. Lo aprendido por el programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer» de España

ANTONIO A. BURGUEÑO

Director médico del programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer».

Recepción: 12-03-13 / Aceptación: 10-04-13

RESUMEN

En la ponencia se expusieron los argumentos que maneja el programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer» a favor de una actitud de tolerancia cero con el uso de sujeciones en personas mayores institucionalizadas, adquiridos a través de la literatura científica revisada, así como de la propia experiencia desarrollada en España. Los argumentos se explican a través de las siguientes secciones:

1. Una persona mayor con deterioro cognitivo progresivo será sometida a sujeciones con toda seguridad.
2. Las razones para usar sujeciones son mitos y la realidad actual los ha derribado.
3. Variabilidad de uso y escenarios. Base cultural.

4. Consecuencias del uso de sujeciones en la salud de las personas mayores.
5. Consecuencias del uso de sujeciones para profesionales y organizaciones de cuidados.
6. Uso de sujeciones por conveniencia.
7. Repuntes de uso y desarrollo de nuevas formas de sujeción más sutiles.
8. Es una práctica que genera conflictos éticos y legales.
9. Centros libres de sujeciones.
10. Tolerancia cero es motor de mejora. Todos ganan.

Este documento pretende facilitar la toma de decisiones mediante sólidos argumentos a favor de una actitud de rechazo al uso de sujeciones, basados en evidencias, nuevos conocimientos y nuevas experiencias que invitan a un cambio de paradigma de cuidados.

Palabras clave

Personas mayores, sujeciones, centros libres de sujeciones, ética, prevención, tolerancia cero.

ABSTRACT

The paper made the case that handles the program «Untie the elderly and Alzheimer patient» in favor of a zero tolerance attitude to the use of restraints in institutionalized older persons, acquired through peer-reviewed scientific literature, well as the experience developed in Spain. The arguments are explained through the following sections:

1. At present we can be sure that a person with a progressive cognitive impairment will be physically or chemically restrained someday.
2. Reasons for using restraints are myths and reality has disproved them.
3. Variability of use.
4. Consequences of the use of restraints on the health of the patients.
5. Professional consequences of the use of restraints, and for caring organizations.
6. Use of restraints for convenience.
7. Resurgence in the use and development of new and subtler forms of restraint.
8. It's a practice which generates ethical and legal conflicts.
9. Restraint-free facilities.
10. Zero tolerance is an engine of improvement. Everyone wins.

This document is intended to facilitate the resolution of the conflict through strong arguments in favor of this attitude of rejection of the use of restraints, based on new knowledge and new experiences

that invite us to change the paradigm of care.

Keywords

Older people, physical restraints, centers unrestrained, ethics, prevention, zero tolerance.

INTRODUCCIÓN

Programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer»

La tolerancia cero a las sujeciones puede ser una actitud de los profesionales que cuidan a las personas mayores. Es una actitud que se está extendiendo en España entre los profesionales de distintas disciplinas que entienden que recurrir a ellas es un fracaso.

La tolerancia cero es una actitud ya común en otros ámbitos sanitarios, y se enmarca en lo que se ha dado en llamar *prevención cuaternaria*, es decir, la prevención de consecuencias negativas de las intervenciones médicas. La tolerancia cero es una actitud que da resultados claros y sostenidos (*por ejemplo: tolerancia cero a la neumonía asociada a la ventilación mecánica por parte de los profesionales de las unidades de cuidados críticos*).

La tolerancia cero establece como regla no utilizar sujeciones, una regla que, como toda regla, tiene excepciones, pero solo para situaciones extremas y puntuales.

Conociendo bien el efecto de las sujeciones usadas a diario, muchos profesionales han comenzado a rechazar la sujeción como una opción, si bien para adquirir una actitud de tolerancia cero han de afrontar un conflicto ético entre el deber de cuidar y proteger y el deber de respetar a la persona y promover su autonomía aceptando cierto grado de riesgo como parte esencial de un buen cuidado.

Los datos que tenemos en el programa «Desatar» sobre las condiciones de los residentes en los centros libres de sujeciones nos permiten afirmar que *cuidar sin atar* es seguro para ellos, tan seguro, o más, que en los centros donde se utilizan sujeciones diariamente. Esos mismos datos nos permiten saber que tras meses, e incluso años de trabajar sin sujeciones, no se han producido en los centros libres de sujeciones esas situaciones extremas que hayan obligado a hacer una excepción.

Hemos trabajado con las *definiciones* con mayor consenso internacional, a saber:

- **Sujeción física.** Limitación de la libertad de movimientos de una persona, o su actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método físico aplicado sobre ella, o adyacente a ella, del que no puede liberarse con facilidad.
- **Sujeción química.** Un medicamento que se utiliza para controlar el comportamiento o restringir la libertad de movimiento del paciente y que no es un tratamiento estándar para la condición médica o psicológica del paciente.

Sobre el programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer»

El programa «Desatar» se creó en España en 2003, sobre la base de que el problema tenía en nuestro país una dimensión especial (España ocupa el número uno del ranking en prevalencia de uso

de sujeciones, de entre los países que publican datos), y sobre la base de la complejidad de este fenómeno (tabla I).

En los primeros años se trabajó en:

- Entender bien el problema del uso de sujeciones en España, identificando nuestras características para ese fenómeno.
- Investigar la prevalencia de uso de sujeciones en España, y de los factores clínicos relacionados.
- Investigar la percepción de los trabajadores sobre el uso de sujeciones.

A continuación se trabajó en la creación de un escenario propicio para «Desatar», con:

- Campañas de información.
- Promoción de leyes específicas.
- Formación.
- Actividades científicas (dos jornadas internacionales en España sobre las sujeciones).

Y durante ese tiempo:

- Trabajo de campo en docenas de centros españoles para identificar los factores organizativos y ambientales relacionados con el uso de sujeciones, y encontrar las claves para evitarlas.
- Y seguimos nutriendo una base de datos de prevalencia y factores relacionados que hoy en día cuenta con datos de 717 centros y de 29.732 residentes.

TABLA I

Comparación de prevalencia de uso de restricciones físicas en ocho países (Ljunggren, 1997)

País	Dinamarca	Francia	Islandia	Italia	Japón	España	Suecia	EE UU
%	2,2	17,1	8,5	16,6	4,5	39,6	15,2	16,5

En los últimos años hemos enfocado el trabajo en lograr «centros libres de sujeciones» que sirvan como ejemplos. Hemos aprendido que el trabajo sin sujeciones es posible, seguro, y que la clave para lograrlo es la tolerancia cero. Tenemos ahora 28 centros sin sujeciones en España, de los cuales 16 han sido acreditados por el Programa.

ARGUMENTOS

Argumento 1

Una persona mayor con deterioro cognitivo progresivo será sometida a sujeciones con toda seguridad

El deterioro cognitivo es un predictor de uso de sujeciones claramente identificado en la literatura¹⁻⁷. Al déficit cognitivo se asocian algunos factores que precipitan la aplicación de sujeciones, tales como el vagabundeo, alteraciones conductuales, o riesgo de caídas más frecuentemente. Nuestras observaciones y datos muestran que todos los residentes sometidos a sujeciones en centros españoles presentan algún grado de déficit cognitivo.

Si bien es difícil tener datos fiables sobre sujeciones químicas, sí que existen sobre uso de fármacos psicotrópicos que tienen efectos restrictivos potenciales⁸⁻¹¹, y sabemos que, en España, el uso de esos fármacos son la aproximación dominante para el manejo de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias (SCPD), al igual que parece ocurrir en otros países donde se ha analizado este problema¹²⁻¹⁵.

El programa «Desatar» hizo un estudio cualitativo del uso de esos fármacos (en seis residencias y 216 residentes con diagnóstico de demencia), revisando las hojas de prescripción y planes asistenciales,

TABLA II
Estudio cualitativo del uso de fármacos con efectos restrictivos potenciales

-
- No es posible encontrar la causa/motivación/indicación/objetivos: 76 %.
 - No es posible evaluar el impacto negativo de una forma objetiva (AVD's, función cognitiva, sujeciones físicas, etc.).
 - Elevada frecuencia de pauta «si precisa»: 36 %. Baja frecuencia de ajustes de dosis: 18 %.
 - Uso crónico (superior a tres meses, mismo fármaco y dosis): 69 %.
 - Prescrito fuera del contexto del «plan de cuidados»: 100 %.
-

Algunas características de uso de la tabla están relacionadas con el uso de psicotrópicos con fines restrictivos.

que mostró lo que puede verse en la tabla II.

Argumento 2

Las razones para usar sujeciones son mitos y la realidad actual los ha derribado

Todavía hoy se sigue justificando el uso de sujeciones porque, con ellas se evitan caídas, porque cuidar sin usar sujeciones es inseguro para algunas personas con demencia, porque evitarlas implica contar con más personal, o porque las familias exigen seguridad absoluta para sus seres queridos incapaces de tener cuidado por sí mismos, y también se sigue pensando que se pueden evitar sujeciones físicas utilizando a cambio sujeciones químicas, o que los fármacos antipsicóticos son siempre útiles para controlar la conducta de las personas con demencia. Hoy día sabemos que todo ello es falso.

Realidades

- Hoy día ya no se acepta que aplicar sujeciones sea una fórmula válida para prevenir caídas, ya que siempre se traduce en un uso diario, un uso que tiene iguales o peores consecuencias que una posible caída. Diversos estudios muestran que el uso rutinario de sujeciones aumenta el riesgo de caídas, y sobre todo aumenta el riesgo de que los daños por la caída sean más graves¹⁶⁻²². También sabemos que los ancianos residentes en residencias que reciben tratamiento con fármacos antipsicóticos tienen de dos a tres veces más probabilidades de sufrir una fractura de cadera que los residentes que no reciben estos medicamentos²³⁻²⁵.
- Sabemos también con suficiente certeza que quitar sujeciones es seguro si se hace bien²⁶⁻³².
- Sabemos que no es efectivo sustituir sujeciones físicas por sujeciones químicas, ya que las dos van de la mano. Los fármacos psicotrópicos que pueden utilizarse con fines restrictivos están claramente relacionados con alto riesgo de caídas graves^{14, 33-36} y sabemos que el riesgo de caídas es la principal razón esgrimida para utilizar sujeciones físicas a diario³⁷⁻³⁹. Los residentes que están sometidos a sujeciones físicas presentan dos veces más frecuentemente agitación que los que no^{40, 41}, lo que aumenta el riesgo de que se utilicen fármacos psicotrópicos tranquilizantes para restringir esa conducta.
- Sabemos también que, en general, el uso de antipsicóticos no es una buena medida para controlar la conducta de las personas con demencia, salvo en pocos casos, y solo por períodos cortos de tiempo⁴²⁻⁴⁴. En general las TNF son tan útiles o más que esos fármacos para manejar los SCPD, y desde luego más seguras⁴⁵⁻⁴⁹.

La literatura sobre el uso de antipsicóticos en demencia se puede sintetizar como sigue:

Esas drogas son perjudiciales, en general son ineficaces para tratar las conductas y su uso varía significativamente de un centro a otro, más de acuerdo con la cultura del centro, que con las características de los pacientes.

- Sabemos también que no es necesario más personal para trabajar sin sujeciones. Trabajar con sujeciones, y trabajar sin sujeciones, son dos paradigmas de cuidado, diferentes pero con semejantes cargas de trabajo, aunque el trabajo realizado sea distinto^{50, 51}. Los centros que se han convertido en libres de sujeciones en España, y antes las usaban, lo han hecho sin ningún aumento de sus plantillas.
- También hemos aprendido desatando en España que los familiares que son bien informados en general aceptan que se prescindan de las sujeciones como algo bueno. En un centro se puede ofrecer una seguridad razonable sin usar sujeciones, lo que hace más probable lograr un mayor grado de bienestar, y una mayor autonomía física, mental y psicosocial para las personas que en él viven. Los familiares bien informados suelen elegir que se trabaje por la calidad de vida.

Argumento 3

Variabilidad de uso y escenarios. Base sociocultural

La variabilidad de uso de sujeciones que se observa en los distintos estudios de prevalencia^{14, 52, 53} no se explica por las condiciones de los residentes de los

centros que aportan datos. En la base de datos del programa «Desatar» español tenemos desde centros con una prevalencia de sujeciones físicas de cero, hasta prevalencias superiores a un 67 %, tratándose unos y otros de centros muy homogéneos en cuanto a la casuística atendida. Es fácil deducir que el determinante principal de las diferencias de uso observadas es la cultura de las organizaciones, y por tanto las diferentes actitudes que se observan en ellas.

Pensamos que existen también factores del contexto (escenarios) que influyen de forma determinante en la actitud de las organizaciones y sus profesionales sobre esa práctica, y pensamos que, de todos ellos, los más importantes son los que generan una percepción de inseguridad legal en los trabajadores y sus mandos, y la tolerancia prevalente a ciertas formas de sujeción y para ciertos casos. Se observan diferencias de uso significativas también entre países⁵⁴⁻⁵⁸, lo que lleva a pensar que existe también una base social (tabla III).

TABLA III
Escenario propicio
para desatar/lograr centros libres
de sujeciones

-
- Marco ético.
 - Seguridad legal.
 - Referencias científicas, técnicas, y de expertos (programa «Desatar» y otros).
 - Sociedad informada (general) (asociaciones de enfermos).
 - Centros de referencia (centros libres de sujeciones acreditados).
 - Sistema de acreditación con credibilidad/ estímulo/reconocimiento social.
 - Entidades que ayudan a desatar.
-

Argumento 4

Consecuencias del uso de sujeciones en la salud de las personas mayores

Existen ya muchas referencias que ponen en evidencia los efectos de las sujeciones sobre la salud de la persona mayor⁵⁹⁻⁶². La mayoría son las consecuencias de inducir inmovilismo en la persona, ya sea por imposibilidad de moverse, ya sea por postración en el caso de las sujeciones químicas. El inmovilismo está considerado como un síndrome geriátrico y están bien documentados sus efectos sobre la persona.

Las sujeciones físicas producen otras complicaciones además de las relacionadas con el inmovilismo, unas relacionadas con el rechazo y lucha o forcejeo, y otras relacionadas con el efecto psicológico de estar atado, con graves alteraciones conductuales y sobre todo agitación^{63, 64}. Los fármacos utilizados con fines restrictivos tienen efectos secundarios negativos serios en las personas mayores, especialmente si se administran diariamente y mezclados con otros^{65, 66}.

Según la alerta hecha por el Dr. Banerjee⁶⁷, estima que solo un 20 % de las prescripciones de fármacos antipsicóticos a personas con demencia en Reino Unido responden a tratamientos adecuados, considerándose el resto como uso inapropiado y con pretensiones restrictivas. En su informe, el Dr. Banerjee, alerta de la elevada morbilidad y mortalidad debida a esos fármacos entre personas con demencia.

Finalmente, la suma de efectos de las sujeciones sobre la salud se traduce en una pérdida sustancial de autonomía funcional, que puede ser irreversible. En algunos casos, cuando se trata de personas especialmente frágiles, el efecto de las sujeciones puede ser catastrófico.

En definitiva, las sujeciones se oponen en mayor o menor grado a la necesaria movilidad de la persona mayor, impidiendo

do su normal desenvolvimiento y que conserve sus funciones.

La función hace al órgano.

Argumento 5

Consecuencias del uso de sujeciones para profesionales y organizaciones de cuidados

En los centros en los que la utilización de sujeciones es la primera aproximación para manejar problemas de conducta disruptivos repetidos, o para manejar el riesgo de caídas de personas que se caen repetidamente, existe un elevado riesgo de empobrecimiento del trabajo de los profesionales, ya que renuncian a adquirir experiencia en otras prácticas clínicas eficaces. Esta es una afirmación que nosotros, en el programa «Desatar» español, hemos contrastado cuando hemos realizado las intervenciones en centros que usan sujeciones diarias. En nuestras intervenciones, que han sido 92, hemos observado que:

- Los registros de caídas contienen escasa información.
- El análisis de las caídas es insuficiente, sin obtenerse todos los patrones de caídas posibles que ayuden a prevenirlas, especialmente patrones ambientales y organizativos.
- Solo se valoran los SCPD que tienen un impacto en la convivencia o que interfieren con el trabajo asistencial.
- No se aplican algunas terapias no farmacológicas (TNF) útiles para el manejo de las demencias y sus síntomas conductuales.
- No se aplican estrategias de racionalización de uso de fármacos psicotrópicos.

- No se aplican estrategias de racionalización de polimedicación.
- No se tratan, de forma exhaustiva, el uso de fármacos psicotrópicos y el manejo de síntomas conductuales en las reuniones de los equipos interdisciplinarios.
- Fracaso al retrasar la incontinencia de las personas con demencia.
- Escasa promoción de la movilidad, y de la fuerza y resistencia muscular.
- Las decisiones del equipo sobre aplicación de sujeciones están fuertemente influenciadas por el personal de atención directa y por las familias.
- Existe una pobre o nula deliberación ética sobre el uso de sujeciones.

Todo ello permite decir que existe una *práctica clínica pobre* de los profesionales universitarios de los equipos interdisciplinarios inducida por el uso de sujeciones, lo cual es expresado igualmente por otros autores que investigan en sujeciones⁶⁸.

El uso de sujeciones también tiene consecuencias anímicas en los profesionales, tales como ansiedad, frustración y sentimiento de culpabilidad^{69, 70}. Nosotros hemos observado que en los centros donde se utilizan más sujeciones se encontró más prevalencia de burn-out evaluado con la escala Maslach para profesionales sanitarios.

Según nuestras observaciones, las organizaciones que utilizan sujeciones diarias renuncian al desarrollo de estrategias organizativas creativas para aumentar la seguridad de los residentes, y desconocen aspectos ambientales y técnicos que promueven la movilidad de las personas mayores. En nuestras intervenciones se observaron serias deficiencias de seguridad física pasiva en el entorno, tales como libres accesos a zonas peligrosas,

escasa iluminación de ciertos lugares, elevado número de obstáculos en zonas de paso, hacinamientos en ciertas áreas, aglomeraciones a ciertas hora, etc. Y con respecto al mobiliario, destacar las escasas posibilidades que se encontraron de adaptar la altura de la cama a las necesidades de las personas, o la escasa variedad de asientos, insuficiente para las distintas características de los residentes.

Según nuestra experiencia, las organizaciones también sufren mayor inseguridad legal por el uso de sujeciones, y mayor conflictividad con las familias de sus residentes. Nosotros pensamos que estos negativos efectos se deben a la falsa percepción de seguridad física que crean las sujeciones, con la consecuente relajación del necesario tono de vigilancia y acompañamiento que deben tener los profesionales de atención directa, y la consecuente convicción de los familiares de que en un centro donde se recurre a las sujeciones no tiene por qué sucederles nada a sus seres queridos. Nuestra revisión de la jurisprudencia española muestra mayor incidencia de juicios por negligencias, faltas de diligencia debida, y abandono del cuidado (si bien es escasa para obtener una conclusión definitiva).

Argumento 6

Uso de sujeciones por conveniencia

El uso por conveniencia es aquel uso que se traduce en un ahorro de trabajo o esfuerzo, o de recursos, del centro o sus trabajadores, y no en el mejor beneficio para la persona.

Cuando se analiza bien la afirmación de que es necesario más personal para evitar el uso de sujeciones, una idea muy prevalente en la sociedad, se deduce que existe cierta tolerancia universal, ya que se deja ver que se admite ahorrar recursos humanos mediante esa práctica. Es algo

que invita a una reflexión de toda la sociedad. Afortunadamente esa afirmación está basada en el falso mito de que no se pueden evitar las sujeciones sin incrementar la plantilla.

Las sujeciones nunca pueden cubrir una deficiencia, falta de capacidad profesional, o defectos organizativos o en el entorno.

En los estudios realizados por el programa «Desatar» español, hemos detectado que la práctica totalidad de las sujeciones utilizadas son diarias, y que los patrones con los que se utilizan responden mayoritariamente a la conveniencia del centro o de su personal. Es curioso pero, precisamente cuando los profesionales tratan de utilizar las sujeciones por el menor tiempo posible es cuando se pone de manifiesto que el uso es por conveniencia directa de ellos, o por motivos organizativos, deficiencias del entorno o del mobiliario. Es el caso de las sujeciones que se utilizan solo por la noche, o las sujeciones que se utilizan solo por un breve período de tiempo todos los días a la misma hora, o las que se utilizan solo en un tipo de silla y no en otra, o las que se utilizan solo en unos lugares y no en otros, o que se repiten todos los días en las mismas circunstancias. Para que no sean interpretadas como de conveniencia, habría que explicar por qué se necesitan solo en la cama y no durante el día, o por qué se necesitan solo a unas horas y no a otras, y por qué todos los días se necesita a la misma hora, o por qué son necesarias solo en ciertos lugares y no en otros. Todas esas sujeciones pueden evitarse si se modifican horarios y organización del trabajo, si se adaptan camas y sillas, y si se cambian las normas del centro y el entorno.

Hay que decir que se trata de una falsa conveniencia, pues solo resulta rentable

a corto plazo, ya que las consecuencias de usar diariamente sujeciones terminarán dando más trabajo y complicaciones a la organización.

Argumento 7

Repuntes de uso y desarrollo de nuevas formas de sujeción más sutiles

Existen referencias a este fenómeno de repunte tras una reducción de la prevalencia de uso de sujeciones, en aquellas iniciativas de reducción que se han seguido a largo plazo⁷¹. Nosotros hemos aprendido una lección muy importante en nuestras propias experiencias «Desatar» en España. Las primeras 56 intervenciones se realizaron con un objetivo más modesto que las 36 siguientes. El objetivo de las primeras era lograr una reducción de la prevalencia, pero no la erradicación de las sujeciones. La experiencia nos enseñó que en el proceso de reducción se buscaban otras formas más sutiles de sujeción, y lo que es más interesante, tras unos meses de lograr la máxima reducción considerada como posible se producía un repunte. A partir de finales de 2009 se comenzaron a lograr centros libres de sujeciones con nuestra ayuda, hasta un total de 28 a finales de 2012, que nos han enseñado que no cambia la mentalidad hasta que se lleva tiempo trabajando sin sujeciones, y que no se mantienen libres de sujeciones si no se produce ese cambio de mentalidad.

Sobre la posibilidad de trabajar sin sujeciones prevalece un gran escepticismo. Es lo de VER PARA CREER. Los profesionales solo se lo creen cuando lo logran ellos, y se mantienen tiempo sin utilizarlas.

Así, prevenir el repunte de uso es asegurarse de que el centro logra erradicar

todas las sujeciones, y se mantiene sin utilizarlas al menos seis meses, para que se consolide el cambio de mentalidad necesario, pero además es necesario que el escenario donde eso ocurre sea facilitador, es decir que no existan amenazas legales o presiones sociales que hagan cambiar la actitud de tolerancia cero que se adoptó para lograr la erradicación.

Prevenir el repunte de uso, o nuevas formas de sujeción, pasa por crear un escenario en el que desaparezcan los estímulos no médicos a utilizar sujeciones.

Argumento 8

Es una práctica que genera conflictos, éticos y legales

Según nuestras observaciones el principal motivo de conflictos éticos para los profesionales de las residencias es el uso de sujeciones. Existen referencias también de estudios realizados en otros países⁷²⁻⁷⁴. En el primer estudio que se realizó de forma amplia entre personal de enfermería (577) sobre los malos tratos a personas mayores, los entrevistados estaban mayoritariamente de acuerdo en que el abuso de las sujeciones físicas era la forma más frecuente de abuso físico⁷⁵.

Hemos detectado también que los directores de los centros y los médicos tienen «miedo» a las consecuencias legales que puedan tener las contingencias que les puedan ocurrir a los residentes en relación a la obligación de proveerles seguridad.

Las enfermeras de las residencias sufren tensiones internas entre sus deberes de proteger y de respetar los derechos humanos de sus residentes⁷⁶⁻⁷⁹.

El programa «Desatar» español ha comprobado que, una vez que se com-

prueba que es seguro trabajar sin sujeciones y que el centro es conocido como libre de sujeciones, los profesionales se tranquilizan. Según nuestra experiencia, el estrés que padecen los profesionales por desatar prevalece entre tres y seis meses.

Los profesionales que tienen una mentalidad no restrictiva comparten con sus compañeros, y con los familiares de los residentes, la pregunta **¿cuánta seguridad es segura?** y la discusión para responderla en cada caso de duda. Esa práctica resuelve muchos conflictos éticos, y previene en muchos casos del riesgo de que se produzcan litigios por la decisión de evitar las sujeciones.

Argumento 9

Centros libres de sujeciones

Existen centros en los que no se utilizan sujeciones físicas o químicas, son los denominados «centros libres de sujeciones», que en España, comprobados por el programa «Desatar», suman en la actualidad 28.

Cuando hemos ayudado a un centro a convertirse en un centro libre de sujeciones, proponemos que se preparen para evitar nuevas sujeciones, con las estrategias necesarias, y que marquen una fecha a partir de la cual las evitarán, y que mientras tanto, por otro lado, inicien un proceso de eliminación de las que existen. Los propios profesionales, tras un período de formación y experiencia, admiten que es más fácil evitar una sujeción nueva que eliminar las que ya se venían utilizando desde hace tiempo. Tiene sentido que sea mejor prevenir que reaccionar, pues antes de aplicar sujeciones diarias a una persona, normalmente la persona aún conserva cierta capacidad, que suele ser mejorable incluso, y sin embargo tras un período de tiempo de

aplicación diaria de una sujeción muchas personas pierden funciones de forma irreversible, y su nuevo estado puede hacer que sea muy difícil manejarles sin sujeciones.

Los centros libres de sujeciones lo son porque sus profesionales y sus líderes han adoptado una actitud de tolerancia cero en contra incluso de la mentalidad inicial que puedan tener al respecto.

Hoy sabemos que mantener cierto grado de tolerancia al uso de sujeciones lleva a no lograr su eliminación total aun siendo posible.

Los centros que nos están enseñando todo lo que hoy sabemos son los que utilizaban sujeciones y han erradicado su uso totalmente. Esos centros nos han enseñado que se puede lograr sin aumento de personal, sin serios conflictos con los familiares, y sin mayor incidencia de quejas o demandas. Además nos han enseñado las fórmulas más eficaces para lograrlo, que son más seguras que las que siguen utilizando sujeciones (tomando por ejemplo como indicador de seguridad la incidencia de fracturas de cadera), y nos muestran también que se mejora en muchos otros resultados, como veremos en el siguiente argumento.

Argumento 10

Tolerancia cero es motor de mejora. Todos ganan

Adquirir una actitud de tolerancia cero obliga a enfrentarse a los retos que plantean las personas mayores cada día, con más conocimientos, mejores estrategias, más creatividad, lo que además aporta nuevas experiencias que aún mejoran más la capacidad de los profesionales. Cuando llevan un tiempo trabajando así se ganan un mayor respeto. Siempre

según nuestra propia experiencia, mejoran los conocimientos sobre prevención de caídas, demencias y sus SCPD, gestión del entorno y ayudas técnicas, TNF, manejo de psicofármacos, manejo de polimedización, etc. Y se adquiere experiencia manejando esos problemas con estrategias de prevención. En la medida en la que los equipos interdisciplinarios mejoran en todo esto se hacen más solventes para trabajar sin usar sujeciones y de modo seguro.

Los profesionales ganan en capacidad y también en trabajar con mejor ánimo (desciende el burn-out), y en un mejor ambiente laboral (aumenta la fidelidad de los trabajadores a la empresa; ya no quieren ir a trabajar a un centro donde tengan que volver a utilizar sujeciones).

Hemos observado que incluso el personal de atención directa mejora su conocimiento de las demencias y sus síntomas. Algunos de estos profesionales, en las entrevistas realizadas, expresan que han vivido la experiencia de descubrir a las personas que estaban ocultas tras las sujeciones, personas que muchas veces han vuelto a hablar y a caminar. Estos profesionales mejoran también en la organización de su trabajo, que se torna más flexible e individualizado, con el objetivo de adaptarse más a las peculiaridades de cada residente.

Hemos detectado también que muchos profesionales, al saber de estos centros, han mostrado interés en trabajar en ellos, con la idea de que en un centro libre de sujeciones podrán desarrollarse mejor profesionalmente.

Pero no solo ganan los profesionales. También se muestran más satisfechos los familiares (que tienen una relación más fluida y frecuente con los profesionales del centro). Pero sobre todo ganan las personas mayores que viven el centro, con claros indicadores de mejora funcional. También disminuye la prevalencia de

síntomas conductuales serios, lo que se traduce en un mejor ambiente en el centro (los residentes se muestran más tranquilos).

Los centros mejoran su seguridad física pasiva, o seguridad ambiental, lo que propicia la mayor movilidad de los residentes, algo especialmente interesante para los que conservan autonomía, o pueden recuperarla.

El centro en su conjunto, como institución mejora su imagen social (hoy contamos en España con un sistema de acreditación de centros libres de sujeciones). Mejora también su imagen frente a las Administraciones Públicas, que en muchas ocasiones están representadas en los actos de entrega de las acreditaciones.

La nueva forma de trabajar, que además se basa en mejores protocolos y procedimientos, y en el conocimiento público de que se trata de un centro libre de sujeciones, mejoran la seguridad legal de los trabajadores, que se sienten cómodos trabajando así, reforzando la actitud de tolerancia cero.

CONCLUSIONES

Una intervención con conocidos efectos potenciales negativos sobre la persona debe generar una actitud preventiva. Nosotros llamamos a esa actitud preventiva «tolerancia cero».

La variabilidad de uso entre centros se debe más a la cultura del centro que a las características de sus residentes. La tolerancia cero es una actitud profesional, que dentro de un contexto organizativo se convierte en cultura de la organización si es una actitud compartida por todos los miembros del equipo.

La tolerancia cero se está mostrando como un motor de mejora de la calidad.

Los centros libres de sujeciones nos están enseñando que es posible la total

erradicación de esa práctica, y que ello no conlleva menos seguridad para los residentes, ni aumento de personal.

Es un deber moral aceptar cierto grado de riesgo como parte esencial de un buen cuidado.

En general el uso prolongado de sujeciones responde a uso por conveniencia, y por ello es un deber moral de los profesionales erradicarlas de la práctica asistencial. Las sujeciones nunca pueden cubrir una deficiencia, falta de capacidad profesional, o defectos organizativos o en el entorno.

La tolerancia cero al uso de sujeciones es una actitud preventiva, basada en la norma de no aplicar una sujeción, o no considerar una sujeción como una opción, ya que quedan reservadas a situaciones extremas que normalmente no se dan, situaciones que pueden obligar a hacer una excepción puntual, que nunca podrá ir mas allá de ese episodio. Las excepciones a esa regla son las sujeciones que se aplican para salvaguardar la vida, o la integridad mínima necesaria, cuando están amenazadas de forma grave e inminente. En la práctica son raras, y se viene demostrando que lo normal es trabajar sin tener que usar sujeciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bredthauer D, Becker C, Eichner B, Koczy P, Nikolaus T. Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: a paradigm for elder abuse. *Z Gerontol Geriatr* 2005 Feb; 38(1):10-8.
2. Luo H, Lin M, Castle N. Physical restraint use and falls in nursing homes: a comparison between residents with and without dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2011;26(1):44-50.
3. Kirkevold O, Sandvik L, Engedal K. Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004 Oct;19(10): 980-8.
4. Bredthauer D, Becker C, Eichner B, Koczy P, Nikolaus T. Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: a paradigm for elder abuse. *Gerontol Geriatric* 2005 Feb;38 (1):10-8.
5. Hughes J. Toward restraint-free care for people with dementia: considering the evidence. *British Journal of Neuroscience Nursing* 2008;5(5):222-226.
6. Evans LK, Strumpf NE. Tying down the elderly: A review of the literature on physical restraint. *Journal of the American Geriatrics Society* 1989;37 (1):65-74.
7. Hamers JPH, Gulpers MJM, Strik W. Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 45(3):246-251.
8. Snowdon J, Day S, Baker W. Why and how antipsychotic drugs are used in 40 Sydney nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:1146-52.
9. Ray WA, Federspiel CF, et al. A study of antipsychotic drug use in nursing homes: epidemiologic evidence suggesting misuse. *Am J Public Health* 1980;70(5):485-91.
10. Giron MS, Forsell Y, Bernsten C, et al. Psychotropic drug use in elderly people with and without dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:900-6.
11. Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, et al. Expert consensus panel for using antipsychotic drugs in older patients. *J Clin Psychiatry* 2004;65(2): 5-99; discussion 100-2; quiz 103-4.

12. Margalló Lana M, Swann A, O'Brien J, Fairbairn A, Reichelt K, Potkins D, Mynt P, Ballard C, Int J. Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. *Geriatr Psychiatry* 2001 Jan;16(1):39-44.
13. Mott S, Poole J, Kenrick M. Physical and chemical restraints in acute care: Their potential impact on rehabilitation of older people. *International Journal of Nursing Practice* 2005;11:95-101.
14. Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier JN, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009 Mar;12.
15. Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Front Neurol* 2012;3:73.
16. Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. *J Am Geriatr Soc* May 2001;49(5):664-672.
17. Capezuti E, Evans L, Strumpf N, Maislin G. Physical restraint use and falls. *Journal of the American Geriatric Society* 1996;44(6):627-633.
18. Evans L, Strumpf N. Myths About Elder Restraint. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship* 1990;22(2).
19. Kmietowicz Z. GPs' prescribing of antipsychotics falls as cases of dementia rise. *British Medical Journal* 2012 July;345(21):2.
20. Thapa P, Gordon P, Fought R, Ray W. Psychotropic Drugs and Risk of Recurrent Falls in Ambulatory Nursing Home Residents. *American Journal of Epidemiology* 1995;142(2).
21. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and metaanalysis: I. Psychotropic drugs. *J Am Geriatric Soc* 1999;47(1):30-9.
22. Dunn K. The effect of physical restraints on fall rates in older adults who are institutionalised. *Journal of Gerontologic Nursing* 2001;27(10):40-8.
23. Liu B, Anderson G, Mittmann N. et al. Use of selected serotonin reuptake inhibitors or tricyclic antidepressants and risk of hip fractures in elderly people. *Lancet* 1998;351:1303-7.
24. Gambassi G, Lapane KL, Sgadari A. et al. Elderly patients, use of antidepressants, and hip fractures [letter]. *Lancet* 1998;352:400-1.
25. Cumming RG. Epidemiology of medication related falls and fractures in the elderly. *Drugs Aging* 1998;12(1):43-53.
26. Capezuti E, Evans L, Strumpf N, Maislin G, Grisso J. Relationship between physical restraint and falls and injuries among nursing home residents. *Journal of Gerontology, Medical Sciences* 1998;53(1):M47-M52.
27. Koch S, Lyon C. Case study approach to removing physical restraint. *International Journal of Nursing Practice* 2001;7(3):156-161.
28. Frank C, Hodgetts G, Puxty J. Safety and efficacy of physical restraints for the elderly. Review of the evidence. *Can Fam Physician* 1996 Dec;42:2402-2409.
29. Neufeld R, Libow L. et al. Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. *Journal American Geriatrics Society* 1999;47:1202-7.

30. Ejaz FK, Jones JA, Rose MS. Falls among nursing home residents: an examination of incident reports before and after restraint reduction programs. *Journal of the American Geriatrics Society* 1994 Sep;42(9):960-964.
31. Capezuti E, Strumpf N, Evans L, Maislin G. Outcomes of nighttime physical restraint removal for severely impaired nursing home residents. *American Journal of Alzheimer's Disease* 1999; 14(3):157-164.
32. Werner P, Cohen-Mansfield J. Outcomes of removal of physical restraints, in *Toward a Restraint-Free Environment*, Braun J and Lipson S, Eds. Baltimore, Md, USA, Health Professions Press; 1993:47-156.
33. Phillips CD, Spry KM, Sloane PD, Hawes C. Use of physical restraints and psychotropic medications in Alzheimer special care units in nursing homes. *Am J Public Health* 2000 Jan; 90(1):92-96.
34. Mott S, Poole J, Kenrick M. Physical and chemical restraints in acute care: Their potential impact on rehabilitation of older people. *International Journal of Nursing Practice* 2005;11:95-101.
35. Harrington C, Tompkins C, et al. Psychotropic drug use in long-term care facilities: a review of the literature. *Gerontologist* 1992;32(6):822-33.
36. Agens JE. Chemical and physical restraint use in the older person. *British Journal of Medical Practitioners* 2010; 3(1):302.
37. Hamers JP, Gulpers MJ, Strik W. Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *J Adv Nurs* 2004 Feb;45(3):246-51.
38. Evans D, Fitzgerald M. Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *Int J Nurs Stud* 2002 Sep; 39(7):735-43.
39. Hamers JP, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr* 2005 Feb;38(1): 19-25.
40. Ryden MB, Feldt KS, Oh HL, Brand K, Warne M, Weber E, Nelson J, Gross C. Relationships between aggressive behaviour in cognitively impaired nursing home residents and use of restraints, psychoactive drugs, and secured unit. *Archives of Psychiatric Nursing* 1999;13(4):170-178.
41. Castle NG, Mor V. Physical restraints in nursing homes: a review of the literature since the nursing home reform act of 1987. *Medical care research and review* 1998 June;55(2):139-170.
42. Olazarán Rodríguez J, Agüera Ortíz LF, Muñoz Schwochert R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev neurol* 2012;55:598-608.
43. Ray WA, Federspiel CF, et al. A study of antipsychotic drug use in nursing homes: epidemiologic evidence suggesting misuse. *Am J Public Health* 1980; 70(5):485-91.
44. Furniss L, Burns A. et al. Effects of a pharmacist's medication review in nursing homes. *Randomised controlled trial. Br J Psychiatry* 2000;176: 563-7.
45. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003;51: 657-664.
46. Joling KJ, van Hout HPJ, Scheltens P, et al. (Cost)-effectiveness of family meetings on indicated prevention of anxiety and depressive symptoms and disorders of primary family caregivers of patients with dementia: design of a

- randomized controlled trial. *BMC Geriatr* 2008;21;8:2.
47. Olazarán J, Poveda Bachiller S, Martínez Martínez U, Muñoz Schwochert R. Capítulo 7. Estimulación cognitiva y tratamiento no farmacológico. *Alzheimer 2007: recapitulación y perspectivas*. Eds Martínez Lage JM, Carnero Pardo C. Aula médica; 2007.
 48. Livingston G, Johnston K, Katona C, et al. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005;162:1996-2021.
 49. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010;30:161-178.
 50. Phillips CD, Hawes C, Fries BE. Reducing the use of physical restraints in nursing homes: Will it increase costs? *American Journal of Public Health* 1993;83(3):342-348.
 51. Koch S, Lyon C. Case study approach to removing physical restraint. *International Journal of Nursing Practice* 2001;7(3):156-161.
 52. Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing* 1997 Sep;26(2):43-7.
 53. Woo J, Hui E, Chan F, Chi I, Sham A. Use of restraints in long-term residential care facilities in Hong Kong SAR, China: predisposing factors and comparison with other countries. *Journals of Gerontology-Series A* 2004;59(9):921.
 54. de Veer J, Francke AL, Buijse R, Friele RD. The use of physical restraints in home care in the Netherlands. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2009;57(10):1881-1886.
 55. Meyer G, Kopke S, Haastert B, Muhlhauser I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs* 2009 Apr;18(7):981-90.
 56. Kirkevold O, Laake K, Engedal K. Use of constraints and surveillance in Norwegian wards for the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003 Jun;18(6):491-7.
 57. Phillips CD, Hawes C, Mor V, Fries BE. Facility and area variation affecting the use of physical restraint in nursing homes. *Medical Care* 1996;34(11):1149-1162.
 58. Kirkevold O, Sandvik L, Engedal K. Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004 Oct;19(10):980-8.
 59. Castle NG, Engberg J. The health consequences of using physical restraints in nursing homes. Sanders K, Grafton Inc. *Med Care* 2009;47(11):1164-1173.
 60. Engberg J, Castle NG, McCaffrey D. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Gerontologist* 2008 Aug;48(4):442-452.
 61. Ibe T, Ishizaki T, Oku H, Ota K, Takabatake Y, Iseda A, Ueda A. Predictors of pressure ulcer and physical restraint prevalence in Japanese acute care units. *Japan Journal of Nursing Science* 2008;5(2):91-98.
 62. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian Journal of Psychiatry* 2003;48(5):330-337.
 63. Evans D, Fitzgerald M. The experience of physical restraint: a systematic review of qualitative research. *Contemporary Nurse* 2002;13(2-3):126-135.

64. Gallinagh R, Nevin R, McAleese L, Campbell L. Perceptions of older people who have experienced physical restraint. *British Journal of Nursing* 2001;10(13):852-859.
65. Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J, et al. Risk of death in elderly users of conventional vs. atypical antipsychotic medications. *N Engl J Med* 2005 Dec; 353(22):2335-2341.
66. Furniss L, Burns A, et al. Effects of a pharmacist's medication review in nursing homes. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2000;176:563-7.
67. A report for the Minister of State for care services by professor Sube Banerjee. The use of antipsychotic medication for people with dementia: Time for action.
68. Castle NG, Engberg J. The health consequences of using physical restraints in nursing homes. *Med Care* 2009; 47(11):1164-1173.
69. Gelkopf M, Roffe Z, Werbluff N, Bleich A. Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues in Ment Health Nurs* 2009;30:758-763.
70. Lee DT, Chan MC, et al. Use of physical restraints on elderly patients: An exploratory study of the perceptions of nurses in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing* 1999;29:153-9.
71. Capezuti E, Brush BL, Won RM, Wagner LM, Lawson WT. Least restrictive or least understood? Waist restraints, provider practices, and risk of harm. *Journal of Aging & Social Policy* 2008; 20(3):305-322.
72. Yamamoto M, Aso Y. Placing physical restraints on older people with dementia. *Nurs Ethics* 2009 Mar;16(2): 192-202.
73. Quinn CA. Nurses' perceptions about physical restraints. *Western Journal of Nursing Research* 1993;15(2):148-158.
74. Lee DTM, Chan MC, et al. Use of physical restraints on elderly patients: An exploratory study of the perceptions of nurses in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing* 1999;29:153-9.
75. Pillemer K, Moore DW. Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 1990;2(1/2):5-29.
76. Bigwood S, Crowe M. It's part of the job, but it spoils the job: A phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing* 2008;17(3):215-222.
77. Hughes J. Toward restraint-free care for people with dementia: considering the evidence. *British Journal of Neuroscience Nursing* 2008;5(5):222-226.
78. Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. *Journal of advanced nursing* 2012;68(6):1198-121.
79. Koch S. Tension between protective custody and human rights. A grounded theory study describing the transition from restraint to restraint free aged care. School of Nursing and Midwifery. Bundoora, Victoria, La Trobe University; 2002: 341.

CONSIDERACIONES SOBRE EL USO DE CONTENCIONES EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO DE EDAD AVANZADA

PILAR DE AZPIAZU ARTIGAS

Médico Especialista en Psiquiatría.

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

Recepción: 02-04-13 / Aceptación: 10-04-13

RESUMEN

La contención mecánica consiste en el empleo de medidas estandarizadas y protocolizadas, destinadas a mejorar la seguridad del paciente y de los que le rodean. La contención mecánica debe estar consensuada por el equipo asistencial, valorando la fragilidad de cada paciente y las necesidades en función de cada individuo en su globalidad. El riesgo de caídas y fracturas no disminuye con la contención mecánica. Esta ocasiona un mayor riesgo de pérdida funcional. La formación específica del equipo asistencial reduce la práctica de contenciones mecánicas y mejora la calidad de vida del paciente.

Palabras clave

Contención, psiquiatría geriátrica, caídas.

ABSTRACT

Physical restraint consists to employ standardized and protocol rules, in order to improve the patient's security and also the safety of the people who is around him. Physical restraint should be agreed by the care team, taking into account the fragility of each patient and its needs depending on each person in its totality. The risk of falls and breaks doesn't decrease with the physical restraint, since this produce a higher risk of a functional loss. Specific formation to the care team reduces the use of physical restraint and improves the patient's quality of life.

Keywords

Physical restraints, psychiatry of the elderly, falls.

INTRODUCCIÓN

Antes de empezar a escribir sobre la contención en el paciente psiquiátrico anciano, es necesario comenzar con una reflexión sobre las características del paciente geriátrico, las dificultades que nos encontramos en el diagnóstico de estos pacientes, cómo debemos abordar el tratamiento, y qué características deberían tener las personas que les atienden; para ello podemos basarnos en las recomendaciones realizadas por la OMS¹.

La psiquiatría geriátrica atiende a personas en edad de jubilación, o a aquellas que, por motivos de patología orgánica cerebral, devienen progresivamente dependientes en edades más tempranas. La declaración de la OMS considera que la psiquiatría geriátrica debe tener una orientación comunitaria y como objetivos debe proponerse la evaluación, el diagnóstico y la orientación terapéutica.

El diagnóstico plantea diversas dificultades, ya que pueden coexistir varios diagnósticos psiquiátricos y/o de otras patologías orgánicas. No disponemos de sistemas de clasificación específicos para ancianos, tanto DSM-IV y CIE 10 están diseñados para adultos; también estos pacientes pueden presentar síndromes llamados «raros» o poco frecuentes. En general algunos pueden tener necesidad de supervisión, ayuda o estar en total dependencia.

Los pacientes que se atienden en las unidades de psiquiatría geriátrica son: pacientes con patología psiquiátrica crónica que envejecen, pacientes con antecedentes psiquiátricos y los que debutan con patología psiquiátrica en la edad avanzada incluyendo los procesos degenerativos cerebrales.

Las características del paciente anciano obligan a realizar un trabajo multidisciplinar, que nos ayuda a abordar al paciente de una forma global en la totalidad

de la persona y de sus necesidades así como las de sus cuidadores¹.

El equipo interactúa, cada uno de los profesionales realiza su parte de trabajo, con objetivos comunes diseñados para atender las necesidades de cada paciente y de familia.

La contención mecánica debe estar consensuada por el equipo asistencial, valorando la fragilidad de cada paciente y las necesidades en función de cada individuo en su globalidad y siguiendo las normas específicas del protocolo del centro, si en este se tienen en consideración las poblaciones especiales².

La contención mecánica comporta el empleo de medidas estandarizadas y protocolizadas, destinadas a mejorar la seguridad del paciente y de los que le rodean. Sin olvidar que con las mismas le estamos privando de la libertad de moverse y que puede tener efectos adversos.

Por ello al hablar de contención en el paciente geriátrico, es muy importante tener en cuenta las características que hemos descrito y reflexionar sobre los distintos escenarios en que puede ser necesaria, útil o contraindicada.

En el paciente con pérdida funcional no recuperable y alteración cognitiva, el riesgo de caída es elevado, por ello es necesaria la contención de cintura, para evitar que el paciente se levante. Actualmente existen alternativas a la contención mecánica, sillones reclinables de los que un paciente tranquilo no se puede levantar fácilmente. En este caso estamos privando de libertad de movimiento al paciente, posiblemente no, ya que la pérdida funcional era previa a la contención (en muchos casos por la propia evolución de la enfermedad degenerativa), y en cambio lo que estamos evitando es la caída.

Repasemos algunos supuestos:

- Paciente psiquiátrico crónico que en una reagudización sufre episodio de

agitación. En algunas ocasiones el propio paciente por miedo a hacer daño a terceras personas o a perder el control puede solicitar la contención. Si se considera indicada, será razonable la prescripción.

- Paciente que se levanta de noche inestable, con riesgo a sufrir caídas y se le contiene de cintura para que nos llame antes de caerse. Podría estar justificada esta medida en algunos casos, por supuesto; especialmente en aquellos pacientes con deterioro cognitivo que pueden no acordarse de llamar. Cuando el personal de enfermería acude a la habitación, lo descontiene, le quita las barandillas y lo acompaña al baño. El mismo paciente, sin el componente deterioro, podría dejarse descontentado.
- Paciente en situación de delirium con clínica de agitación, se recomienda contención de cintura con barandillas, hasta que responda al tratamiento farmacológico. Es importante recordar que la contención en sí misma puede condicionar un aumento del riesgo de delirium. A su vez el delirium dobla el riesgo de mortalidad en relación a ancianos sin delirium^{3, 4}.

Lo ideal en geriatría siempre será reforzar la marcha, evitar BZD especialmente de vida media larga que pueden dar somnolencia diurna, tener camas bajas y/o móviles para que se adapten a las posibilidades del paciente. En general favorecer el ejercicio y la independencia del paciente.

Si nos fijamos, la mayoría de indicaciones de la contención son en evitación de que el paciente sufra lesiones y otras para que no realice conductas auto o hetero agresivas.

Los protocolos y las guías definen la contención, explican normas, como la utilización de material homologado, tipos de efectos adversos, físicos y psicológicos, aspectos legales, registros, controles, etc.⁵⁻⁷.

TABLA I

Efectos adversos de las contenciones

-
- *Físicos*
 - Atrofia muscular.
 - Disminución densidad ósea.
 - Lesiones por presión.
 - Infecciones nosocomiales.
 - Estrangulación.
 - Pérdida funcional.
 - Incontinencia.
 - Estrés cardíaco.
 - *Psicológicos*
 - Síntomas depresivos.
 - Pérdida cognitiva.
 - Aislamiento.
 - Confusión, agitación.
-

Es importante tener presente que la contención mecánica no es inocua, su aplicación debe ser muy correcta y a pesar de ello puede comportar riesgos que se clasifican en físicos psíquicos (tabla I).

ALTERNATIVAS A LA CONTENCIÓN MECÁNICA

Es de gran interés tener en cuenta la disponibilidad de múltiples técnicas para la realización de una contención. A pesar de que la intención de este trabajo versa

TABLA II

¿Qué tipos de contención podemos utilizar?

-
- Medidas farmacológicas.
 - Psicoterapia de soporte.
 - Medidas de contención mecánica.
 - Técnicas de modificación de conducta.
 - Medidas destinadas a modificación ambiental.
-

sobre contención mecánica, debemos recordar que existen otras técnicas menos agresivas que nos pueden ayudar a contener a un paciente sin necesidad de privarle de su libertad (tabla II).

Caídas y fracturas

En la práctica diaria, los propios cuidadores, familiares de los pacientes, solicitan la contención, en otros casos son los cuidadores profesionales quienes la solicitan. En ambos casos, el miedo a las caídas y fracturas es la causa más frecuente de la demanda.

En un estudio de revisión realizado desde la Asociación Americana de Alzheimer⁶, se concluye que el riesgo de caídas y fracturas no disminuye con la contención mecánica. Esta ocasiona un mayor riesgo de pérdida funcional, favorece la pérdida de masa muscular que la propia vejez también propicia. Por ello recomiendan una revisión sistemática de los tratamientos, programas de ejercicio físico, control ambiental y una atención individualizada.

En un estudio randomizado sobre caídas en pacientes residenciales, se llega a la conclusión de que lo que reduce más eficazmente las caídas, es disponer de un coordinador de caídas que mejore la información, y que realice programas de formación sobre prevención de caídas, para el personal de enfermería y el resto del equipo. En ninguna conclusión valoran la contención como un factor de reducción de caídas⁸.

En relación a los aspectos éticos según Strumph, en las residencias o unidades de psicogeriatría debemos proporcionar la mejor calidad de vida posible a los pacientes. Ello requiere motivación y la comprensión de cada individuo como persona, valorando sus necesidades⁹.

En relación a los aspectos legales, cuando realizamos un ingreso voluntario,

el paciente debe firmar la autorización. Si el paciente está incapacitado o se trata de un ingreso involuntario, se pedirá la autorización al tutor legal, o en su defecto al médico responsable informando siempre a la familia¹⁰.

Las contenciones deben quedar en todos los casos registradas, con constancia del nombre, n.º de colegiado, firma del médico que la indica y el nombre, firma y n.º de colegiado de la enfermera que la controla y supervisa.

Revisando la literatura y las recomendaciones de las guías y protocolos de contención podemos concluir que:

- Las medidas de contención son técnicas *extraordinarias*, que vienen impuestas por la necesidad de controlar conductas lesivas del paciente.
- La contención farmacológica es competencia *exclusiva* del médico responsable.
- La contención farmacológica siempre debe ir destinada a *mejorar la calidad de vida del paciente*.
- *NO se debería justificar la restricción* por:
 - Comodidad del familiar.
 - Contentar al personal auxiliar o por restricciones de este.
 - Política social y/o sociosanitaria.
- La contención mecánica en pacientes psicogerítricos *incrementa el riesgo de pérdida funcional* (caídas, fracturas).
- *La contención de 5 debe evitarse* en pacientes ancianos.
- En pacientes con pérdida funcional establecida y demencia se recomienda la *contención de cintura*.
- La *formación específica* del equipo asistencial reduce la práctica de contenciones mecánicas.

- La *combinación de técnicas de contención* reduce la necesidad de contención mecánica.
- El *tratamiento conductual en ancianos* requiere mayor número de personal del que se dispone habitualmente. Debería calcularse el coste/beneficio entre el riesgo de caída y fractura por pérdida funcional y complicaciones de los pacientes geriátricos con contención mecánica permanente.
- Debería *contemplarse la relación coste/beneficio* como elemento decisorio en la definición de la plantilla asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Declaraciones de Consenso de la OMS y WPA sobre Psiquiatría Geriátrica. Ginebra, 1996.
2. Protocolo de contención mecánica. Comité de contenciones. CASM Benito Menni, Sant Boi de Llobregat.
3. Altimir S, Prats M, et al. *Medicina Clínica* 2002;119(10):386-9.
4. Inouye SK. *N Engl. Journal Medicine* 1999;340:669-76.
5. Guidelines on the use of restraint in the care of the older person. *Irish Nurses Organisation Focus Group from the care of the older person section*. 2003.
6. Protocolo de contención de movimientos en pacientes. Hospital La Fuenfría. Hospital Clínico San Carlos. Edita Hospital Clínico San Carlos dirección y redacción comité de ética para la asistencia sanitaria y grupo de trabajo en contención de movimientos. 2010.
7. Protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización. Comité de ética asistencial (CEA) Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental. Martorell (Barcelona). *Informaciones Psiquiátricas* 2004;1.
8. Tilly J, Hand P, Reed P. Falls, wandering, and physical restraints: interventions for residents with dementia in assisted living and nursing homes. *Alzheimer's Association* 2006 Aug.
9. Kerse N, Butler M, Robinson E, Todd M. Fall prevention in residential care: a cluster, randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatric Society* 175(52):524-531.
10. Strumph NE, Evans LK. The ethical problems of prolonged physical restraint. *Journal of Gerontological Nursing* 1991;17(2).
11. Calcedo Barba A. *Derechos de los pacientes en la práctica clínica*. Edit. Entheus; 2005.

PARTICULARIDADES DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL ANCIANO

M. DOLORES FRANCO FERNÁNDEZ

Departamento de Psiquiatría. Universidad de Sevilla.

Recepción: 09-04-13 / Aceptación: 10-04-13

RESUMEN

Se revisa en el presente artículo los aspectos peculiares de los trastornos de ansiedad en el anciano, trastorno de alta prevalencia y que genera una importante carga asistencial y económica, deterioro en la calidad, así como afectación en el rendimiento neurocognitivo del individuo. Se revisan los diversos factores de índole biológica, psicológica y social que se han vinculado con la aparición de estos trastornos en población geriátrica y se señala la particular expresión clínica que estos trastornos tienen en los mayores para así permitir una mejor identificación, diagnóstico y tratamiento.

Palabras claves

Ansiedad, ancianos, factores de riesgo, manifestaciones clínicas.

ABSTRACT

We review articles in this peculiar aspect of anxiety disorders in the elderly, a highly prevalent disorder that generates a significant health care and economic burden, deterioration in the quality of life and the individual neurocognitive performance. We review various factors of a biological, psychological and social development that have been related to the occurrence of these disorders in geriatric population and identifies the particular clinical expression of these disorders in the elderly have which allows a better identification, diagnosis and treatment.

Keywords

Anxiety, elderly, risk factors, clinical manifestations.

INTRODUCCIÓN

La palabra *ansiedad* puede representar conceptos diferentes aunque íntimamente relacionados. Es, en cierto sentido, polisémica y, previo a abordar las manifestaciones clínicas de los trastorno por ansiedad en los ancianos, debemos establecer los diferentes significados de la misma.

Ansiedad es una emoción del hombre. Se experimenta como inquietud, desasosiego, agobio, nerviosismo... Es la respuesta ante lo nuevo, lo desconocido, ante el estrés. La ansiedad tiene, eminentemente, un carácter adaptativo y ha permitido la supervivencia del hombre.

Sin embargo, la ansiedad puede adquirir características que le confieren un carácter patológico. Así ocurre cuando la ansiedad aparece sin desencadenante, es más intensa, desproporcionada o persistente de lo esperado. En estos casos, el individuo experimenta un estado doloroso que anticipa un mal o la presencia de un peligro no identificado. La ansiedad patológica es generalizada, no controlada y ha perdido su carácter adaptativo. Se ha transformado en morbosa, en un síntoma y se suele experimentar como la vivencia o el presentimiento inminente de la destrucción del Yo, bien Yo físico (muerte), bien Yo psíquico (locura). Sus manifestaciones clínicas son proteiformes, pudiendo expresarse en la esfera psíquica (dificultades de concentración, temor, inquietud, nerviosismo, hiperestesias...) o física (palpitaciones, disnea, cefaleas, opresión torácica...).

En ocasiones, esta ansiedad patológica se constituye como el núcleo sintomatológico de diferentes trastornos mentales. Se habla entonces de los trastornos de ansiedad, síndromes específicos, de características definidas y delimitados por criterios diagnósticos operativos que constituyen entidades clínicas reconocibles.

Es a estos últimos a los que nos referiremos. La ansiedad como síntoma acompaña a numerosas entidades físicas y a muchos trastornos mentales. Su correcto reconocimiento y abordaje debería ser objeto de una aproximación detallada, pero no es el objetivo de la presente.

¿SON LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD UNA PATOLOGÍA LEVE?

Hay cierta tendencia a considerar los trastornos de ansiedad como cuadros menores, sobre todo en la población anciana. Pudiera ponderarse así, si lo comparamos con otras patologías, también prevalentes en los mayores y de pronóstico más sombrío como son las demencias, pero sería una conclusión errónea. Lo cierto es que su alta prevalencia en poblaciones cada vez más longevas genera muchos años de sufrimientos. Además, tienen un considerable efecto en la funcionalidad del individuo, jugando un papel fundamental en la génesis de la discapacidad y deterioran de forma notable la calidad de vida. Todo ello se traduce en una alta carga asistencial, con mayor demanda de asistencia, mayor número de consultas, hospitalizaciones más frecuentes y prolongadas y realización de un número más alto de pruebas complementarias (Sable, Jeste, 2001). Representan un importante coste económico para considerarlos como «patología ligera».

A estas razones se le añaden las evidencias publicadas en los últimos años sobre el efecto neurotóxico de la ansiedad en los mayores y su papel en el aceleramiento del deterioro cognitivo (Lenze, Whetherell, 2011). La asociación parece establecerse a través del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA), eje mediador en la respuesta al estrés. La ansiedad y el estrés crónicos inducirían una hiperacti-

vidad del eje que tendría un efecto deletéreo sobre memoria y funciones ejecutivas. El efecto de concentraciones elevadas de cortisol sobre las sinapsis y estructuras de hipocampo y córtex y su transcripción en la neurocognición parece claramente establecido.

Hay otras vías que conectan ansiedad y deterioro en el rendimiento cognitivo como son el impacto sobre respuesta inmune, en la respuesta cardiovascular, en la funcionalidad autonómica, sobre la reactividad endotelial así como los efectos sobre función serotoninérgica y la observación de la asociación estrés-acortamiento de telómeros.

Ante estas evidencias, difícilmente podría considerarse a los trastornos de ansiedad como patología banal. El peligro de no reconocerlos y tratarlos es alto y sus consecuencias serias. El efecto del estrés y la ansiedad sobre la cognición es reversible, siempre que se instaure un tratamiento adecuado.

¿SON MUY FRECUENTES LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LOS ANCIANOS?

Los trastornos de ansiedad en los mayores son, en apariencia, poco frecuentes en las consultas especializadas y en hospitalización, pero están muy presentes cuando se realizan estudios epidemiológicos en población general, mostrando un claro sesgo de asistencia.

Aunque se observa la esperable discrepancia en los diversos tipos de estudios que se han realizado, discrepancias sustentadas en los diferentes diseños metodológicos, todos los autores concluyen que están muy presentes en la población de mayores, con tasas que oscilan entre 3,3 % (prevalencia actual, Forsell, Winblad, 1997) al 15,3 % (prevalencia vida, Kessler et al., 2005). Son más frecuentes

entre las mujeres que en los varones, en una ratio entre 2-6,5.

Por categorías, el trastorno más habitual es el trastorno de ansiedad generalizada que se reconoce en el 3,6 % de la población anciana. Posiblemente esta tasa sea en la realidad más elevada ya que se suele presentar de forma comórbida con depresión y, en estos casos, el trastorno de ansiedad queda diluido en el cuadro afectivo (Wolitzky-Taylor et al., 2010).

Los trastornos fóbicos están también muy presentes (4-7,5 % de la población anciana), especialmente las fobias específicas. La fobia social parece tener menor incidencia y significación en edades avanzadas.

De forma recurrente los estudios epidemiológicos se plantean si los trastornos de ansiedad son más o menos frecuentes en edades avanzadas que en las más jóvenes. Prácticamente todos coinciden (Wolitzky-Taylor et al., 2010) en observar menor prevalencia en poblaciones de más edad. Podría tratarse de un efecto cohorte, y una generación más ansiosa estaría sustituyendo a otra con menor nivel de ansiedad, o de un efecto edad y el envejecimiento sería un factor de protección ante la ansiedad. En este sentido pudiera alegarse que las modificaciones y cambios biológicos asociados al envejecimiento bloquearían la respuesta de ansiedad ante el estrés o que con los años se produce una menor sensibilización emocional y se adquiere un mayor y mejor control de las emociones. En cierta forma, avanzar por la vida proporcionaría una cierta «inmunización al estrés».

La respuesta a esta pregunta no es fácil ya que deben considerarse otros factores intervinientes. Pudiera tratarse, no de menor prevalencia real, sino de dificultades en la identificación (menor capacidad de detección y diagnóstico) o que el cuadro de ansiedad se atribuya errónea-

mente a otra patología somática o mental o que los pacientes con patología ansiosa sobrevivan menos por una mortalidad más elevada. Las diferencias en función de la edad en las tasas de prevalencia también pueden tener bases metodológicas: con frecuencia se emplean instrumentos diagnósticos que no son adecuados o no están validados para población anciana, se usan criterios diagnósticos no aplicables (como el impacto en la funcionalidad) o se emplean reglas diagnóstica jerárquicas, como se tiende a hacer en el caso de comorbilidad con depresión o demencia.

¿CUÁNDO Y CÓMO APARECEN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD?

La mayoría de los casos de trastornos de ansiedad que se observan en la senectud se han iniciado en etapas anteriores de la vida, aunque hay que matizar esta afirmación en función del trastorno concreto del que se trate (Wolitzky-Taylor et al., 2010). Los trastornos de ansiedad que cursan con fuerte componente autonómico (trastorno de pánico, trastorno por estrés postraumático) son más frecuentes en edades jóvenes y parecen mitigarse a lo largo de la vida, posiblemente por los cambios estructurales cerebrales y fisiológicos asociados a la edad.

Las fobias, en general, están presentes antes de los 30 años. Una proporción elevada de estos cuadros se iniciaron al final de la infancia o de la adolescencia. Los trastornos de ansiedad generalizada muestran una incidencia distribuida según una curva de bimodal (Sable, Jeste, 2001) con un pico al final de la infancia y otro en la edad senecta. Casi la mitad de los TAG que están presentes en los mayores se han iniciado en esta etapa última de la vida.

La edad influye no solo en la incidencia de estos trastornos sino en la presen-

tación clínica, en el contexto en el que se mostrará y en la demanda de atención que genera. Un mismo cuadro clínico ansioso producirá alteraciones de conducta en el medio escolar en un niño y síntomas de la estirpe somática y sobrecarga en el medio sanitario en un anciano (Lenze, Wetherell, 2011).

Los trastornos de ansiedad suelen tener un curso crónico y recurrente. Solo una pequeña proporción de ellos evolucionan espontáneamente hacia la resolución. La media de evolución es de más de 20 años. Como son trastornos muy proteiformes, muchos de ellos pueden variar a lo largo de los años, no solo en su intensidad, sino en su caracterización clínica, cambiando de categoría clínica. Esta situación se manifiesta en el caso del trastorno de ansiedad generalizada que muestra una baja estabilidad diagnóstica. Schoevers et al. (2005), en un estudio de seguimiento de tres años, encuentran que uno de cada cuatro trastornos de ansiedad (24 %) termina siendo diagnosticado de trastorno depresivo.

¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA APARICIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL ANCIANO?

Deben señalarse las escasas investigaciones que se han centrado en la identificación de los factores de riesgo para presentar un trastorno de ansiedad en la senectud. La mayoría de ellas se han realizado en adultos y se han inferido sus conclusiones para ancianos. Aún son más escasos los estudios centrados en factores de protección.

Los factores que implican mayor riesgo pueden ser agrupados en tres órdenes (Franco, Antequera, 2009): factores biológicos, psicológicos y sociales.

1. **Factores biológicos.** Los factores genéticos han estado implicados, aunque son mucho más importantes para los trastornos de ansiedad que debutan en etapas tempranas. Parece existir una cierta heredabilidad específica para presentar algunos trastornos (trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo) y una heredabilidad más inespecífica que conferiría una vulnerabilidad a presentar trastornos de este grupo. Esta mayor vulnerabilidad podría configurarse a través de los rasgos de personalidad.

El factor género también juega su papel. Ser mujer y tener más edad define a un grupo con especial riesgo a enfermar, pero no podemos afirmar si la conexión se establece a través de los aspectos biológicos o tiene un origen más psicosocial, vinculada al estilo de vida y rol de la mujer.

Los datos que proporciona la neuroimagen son más complejos y difíciles de interpretar ya que se muestran dudosos o claramente contradictorios, de manera que no es posible afirmar si el envejecimiento cerebral se constituye como factor de riesgo o de protección.

A nivel neuroquímico han sido implicados en la aparición de los trastornos de ansiedad los circuitos serotoninérgicos, dopaminérgicos, gabaérgico, los péptidos cerebrales, las hormonas tiroideas y la somatoestatina. El hallazgo más consistente es la implicación del eje HHA y su efecto noradrenérgico. Los ancianos con trastornos de ansiedad muestran una disregulación de este circuito con alteraciones en el *feedback* que lo controla (Lenze, Wetherell, 2011).

Un factor de riesgo importante es la presencia de diferentes enfermedades que tienen clara capacidad ansiógena. Es el caso de patologías cardiovasculares (isquemia, arritmias...), respiratorias (enfermedades disnei-

zantes o que perturban el sueño, embolismo pulmonar...), neurológicas (enfermedades neurodegenerativas, tumores cerebrales, enfermedades neurovasculares...), endocrinológicas (patología de tiroides, de paratiroides, adrenal, síndrome carcinoide...), metabólicas (hiponatremia, hipo e hiperkaliemia...) o los efectos de fármacos o sustancias (intoxicación y abstinencia). No se puede olvidar que los pacientes ancianos son un colectivo pluripatológico y polimedcado.

El peso de cada uno de estos factores no está firmemente establecido. Vink et al. (2009) realizan una revisión de los factores de riesgo para depresión y ansiedad en el anciano. Intentan establecer dos órdenes de factores, los vinculados con la vulnerabilidad y los que intervienen en la aparición. En su análisis son escasos los factores biológicos que se relacionan con la aparición de trastorno de ansiedad en la senectud y señalan como más importantes el deterioro cognitivo, la hipertensión vascular, un mayor número de enfermedades crónicas y la presencia de limitaciones funcionales, factores que además suelen ser concurrentes.

2. **Factores psicológicos.** Estos factores han sido observados tanto en estudios longitudinales como transversales, lo que indica la presencia de una relación etiopatogénica que se establece mediante el incremento de la vulnerabilidad y como precipitante, facilitando la aparición y expresión clínica. De forma consistente se ha señalado la existencia de rasgos de personalidad (neuroticismo) y la presencia de un locus de control externo.
3. **Factores sociales.** La adversidad social (dificultades económicas, malas condiciones sociales de vida...) aumenta los niveles de la dimensión ansiedad aunque su valor etiológico con

los trastornos mentales, en general, y con los trastornos de ansiedad, en particular, es menos potente.

El papel de los acontecimientos vitales adversos ha sido claramente establecido para poblaciones de adultos e inferido en los ancianos. Es conveniente recordar que para valorar el impacto de un acontecimiento vital hay que considerar el significado que tiene para el individuo y si ha ocurrido en «su tiempo» o fuera de él. Los acontecimientos son más ansiógenos si implican amenazas y si ocurren a «des-tiempo». El hombre, en su devenir, adquiere estrategias que le permiten afrontar los diferentes acontecimientos vitales que sucedan en las diferentes etapas de su vida. Cuando el acontecimiento ocurre en la etapa prevista, el impacto es menor. Por eso, los ancianos tienen estrategias más exitosas que los jóvenes para afrontar pérdidas.

Los acontecimientos vitales asociados de forma más intensa a la ansiedad durante la vejez son la jubilación y la institucionalización. El valor patógeno de cada uno de ellos deberá establecerse para cada individuo en función del impacto que genera y de las estrategias que sea capaz de desarrollar.

Las experiencias tempranas, tan importantes en la aparición de estos trastornos en los jóvenes, parece tener un menor valor patogénico en los ancianos. Sin embargo, la asociación se establece de forma indirecta a través de los rasgos de personalidad, los estilos cognitivos y las estrategias de afrontamiento que determinan respuestas disfuncionales ante acontecimientos adversos.

La red social, tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos, juega un importante papel. La soledad, los escasos contactos sociales y la falta de apoyo son factores que aumentan la vulnerabilidad y la aparición de trastornos de ansiedad.

Frente a estos factores de riesgo se han podido identificar factores que actúan proporcionando una mayor protección. Un adecuado soporte social, la actividad física realizada de forma regular, un estilo de vida que favorezca la estimulación cognitiva, poseer estrategias de afrontamiento eficaces y adecuadas y una dimensión religiosa de la vida son potentes protectores ante la aparición de trastornos de ansiedad.

¿CÓMO SE EXPRESAN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL ANCIANO?

Como se señaló ya, la cuestión más interesante es que la edad puede conferir diferentes expresiones clínicas a los trastornos de ansiedad. Esta variedad sintomatológica está justificada por la interconexión con otras patologías, la presencia de cambios biológicos relacionados con la edad y la diferente expresión de las emociones en función de la edad, con menor expresividad de los afectos negativos por parte de los mayores. Es necesario conocer estas particularidades para poder realizar un correcto diagnóstico y tratamiento.

El *trastorno de pánico* es una entidad relativamente poco frecuente en ancianos. En la mayoría de los casos se trata de cuadros de inicio más precoz que se han ido manteniendo a lo largo de la vida aunque pueden existir cuadros de inicio tardío. Las crisis de pánico suele cursar de forma más frecuente en los mayores con disnea, mareos, sensación de caer, pero, en general, tienen menor correlato somático que en los pacientes jóvenes, con menos evitación y menor intensidad sintomatológica. Durante la crisis de angustia, los ancianos suelen tener menos miedo a morir y temen menos que los síntomas relacionados con la ansiedad

tengan consecuencias negativas (Sheikh et al. 2004).

El trastorno de pánico puede presentarse en la clínica de forma comórbida con otras patologías. Pueden facilitar la aparición de agorafobia o presentarse asociado a cuadros depresivos o a abusos/dependencia de alcohol o benzodiazepinas.

La aparición de crisis de pánico obliga a realizar un diagnóstico diferencial, no siempre fácil, con otras patologías somáticas, diagnóstico que no puede ser por exclusión. La negatividad de las pruebas complementarias no indica exclusión de causa somática ya que hay patologías difíciles de captar.

El *trastorno de ansiedad generalizada* es un cuadro que cursa con vivencias de temor excesivo, aprensión, anticipación, tensión motora, hipervigilancia... importante correlato somático (temblor, tensión motora, inquietud, cansancio...), hiperactividad autonómica (disnea, palpitaciones, parestesias...) y aumento del arousal.

Este cuadro puede haberse iniciado en períodos algo más jóvenes y se reagudiza por los acontecimientos vitales adversos aunque un número importante de ellos se ha iniciado en edades avanzadas.

En el anciano este cuadro tiene expresiones clínicas similares a las presentes durante el período adulto aunque la temática de los temores puede diferir. Los más jóvenes tienen miedo a morir, los mayores a perder su autonomía, la funcionalidad motora, la salud, a ser abandonados o a no ser queridos (Diefenbach et al., 2001).

Es un trastorno que con frecuencia se muestra diluido en otra patología somática o mental (por ejemplo, depresión) lo que dificulta su correcto reconocimiento. Merece la pena reseñar la alta presencia de cuadros subsindrómicos de esta categoría, cuya intensidad sintomatológica no

alcanza severidad para poder ser diagnosticado como categoría clínica pero presentes y que generan un importante nivel de malestar.

Las *fobias* son muy frecuentes entre los ancianos. En la mayoría de los casos se iniciaron en la juventud y han persistido. La excepción es la agorafobia, que puede ser de inicio tardío. El temor más frecuente es a caer, a salir de casa, a viajar en transportes públicos, a caminar solo o alejarse del hogar. La evitación puede llegar a recluir al paciente en su domicilio, pero su severidad puede pasar desapercibida dado el estilo de vida más limitado de los ancianos y la ocultación bajo síntomas somáticos.

Las fobias comunes del anciano no son sino continuación de cuadros que se iniciaron en otras etapas. Por el contrario, la fobia social parece perder protagonismo y solo persiste en el 1 %.

El *trastorno obsesivo-compulsivo* suele iniciarse antes de los 50 años y tiene una evolución crónica, persistiendo en las etapas más avanzadas de la vida. La clínica es similar a la experimentada en otras etapas. Las obsesiones suelen girar sobre ideas de contaminación, dudas, religiosidad y son frecuentes los rituales de comprobación. La clínica puede parecer más mitigada porque el paciente ha aprendido a vivir con sus síntomas.

En relación con el *trastorno por estrés postraumático* los estudios parecen señalar la similitud clínica con los cuadros manifestados por adultos más jóvenes aunque suelen tener menos síntomas de reexperimentación. Sin embargo, siempre queda la duda sobre si solo se estarán reconociendo aquellos cuadros que se adaptan al modelo de los adultos. Otra cuestión pendiente es abordar el estudio de cuadros asociados a estrés tras abusos o maltratos, que pueden cursar con clínica muy diferente y ser difíciles de reconocer y diagnosticar.

Cuando se analizan las diferencias en las expresiones clínicas de los trastornos de ansiedad no puede ignorarse el problema de la comorbilidad, tanto con enfermedades físicas como con otros trastornos mentales (Wolitzky-Taylor 2010). Los cuadros ansiosos se pueden (y suelen) presentar asociados a trastornos del sueño, a problemas relacionados con el consumo de alcohol y sustancias, a demencias y, especialmente, a patología depresiva. Esta última asociación es tan frecuente que ha llevado a algunos autores a reivindicar, en los ancianos, el trastorno mixto ansioso-depresivo, constructo, en términos generales, rechazados por su escasa definición y delimitación, pero que sería una realidad clínica en población geriátrica. La presencia de estos cuadros comórbidos implica una mayor severidad sintomática que si aparece de forma aislada el trastorno de ansiedad e implica mayor peligro de ideación suicida. Además, suelen responder peor a los tratamientos y la respuesta terapéutica es más retardada.

La presencia comórbida de los trastornos de ansiedad, tanto con patología física como mental, complica el reconocimiento ya que modifica las manifestaciones clínicas y dificulta la correcta atribución de los síntomas, hace más complejo el diagnóstico diferencial y añade problemas al tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES

Es fácil caer en la tentación de considerar los trastornos de ansiedad del anciano como patología infrecuente o menor. Nada más lejos de la realidad. Los estudios epidemiológicos observan que, aunque menos prevalente que en edades más jóvenes, están muy presentes en la población de mayores. Su aparición implica sufrimiento, carga asistencial y eco-

nómica y afectación de la funcionalidad y del rendimiento neurocognitivo.

Suelen ser cuadros que se han iniciado en etapas más precoces de la vida y tienen un curso crónico, acompañando al individuo a lo largo de su devenir. Los estudios han señalado la existencia de numerosos factores de riesgo para estos cuadros como ser mujer, tener patología orgánica y la presencia de determinados acontecimientos vitales adversos.

En los mayores las entidades clínicas más frecuentes son el trastorno de ansiedad generalizada y las fobias. Su expresión clínica puede diferir de la presentada por adultos jóvenes, tanto en sus manifestaciones somáticas como en el contenido de los temores y miedos. Además, con más frecuencia se presenta de forma comórbida con otros cuadros, especialmente con los depresivos.

El reto más importante es poder realizar un correcto diagnóstico y que los pacientes mayores puedan acceder a su adecuado tratamiento con el fin de evitar mayor discapacidad, merma en la calidad de vida y los posibles efectos neurotóxicos asociados a los trastornos de ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA

Diefenbach GJ, Stanley MA, Beck JG. Worry content reported by older adults with and without generalized anxiety disorder. *Aging Ment Health* 2001;2:269-274.

Forsell Y, Winblad B. Anxiety disorders in no-demented and demented elderly patients: prevalence and correlates. *J Neurol* 1997;62:294-295.

Franco MD, Antequera DR. Trastornos de ansiedad en el anciano. *Psicogeriatría* 2009;1:37-47.

Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the Natio-

nal Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:595-606.

Lenze EJ, Wetherell JL. A lifespan view of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 2011;13(4):381-399.

Sable JA, Jeste DV. Anxiety disorders in older adults. *Curr Psychiatry Rep* 2001;3(4):302-307.

Schoevers RA, Deeg DJ, van Tilburg W, Beekman AT. Depression and generalized anxiety disorder: co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(1):31-39.

Sheikh JI, Swales PJ, Carlson EB, Lindley SE. Aging and panic disorders: phenomenology, comorbidity and risk factors. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004;12:102-109.

Vink D, Aartsen MJ, Cimijs HC, et al. Onset of anxiety and depression in the aging populations: comparison of risk factors in a 9-years prospective study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009;17:642-652.

Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety* 2010;27(2):190-211.

EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE ANCIANO

FRANCESCA AMORES GUEVARA

*Psicóloga clínica. Neuropsicóloga. Hospital Sagrat Cor.
Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús. Martorell (Barcelona).*

Recepción: 09-04-13 / Aceptación: 10-04-13

RESUMEN

La ansiedad es una reacción de adaptación y de hiperalerta, que se manifiesta como un *estado emocional de malestar y aprensión, con síntomas subjetivos y objetivos derivados de la hiperactividad de la función noradrenérgica, que se desencadena ante una amenaza potencial, real o imaginaria, hacia la integridad física o psíquica del individuo*. En las últimas décadas ha habido un incremento muy escaso de la investigación sobre evaluación de la ansiedad en la vejez. Una de las revisiones más recientes (Thérrien y Hunsley, 2012) pone de manifiesto que la mayoría de instrumentos utilizados para evaluar la ansiedad en el anciano no son específicos para personas de edad avanzada, así como que solamente cinco de las medidas más comúnmente utilizadas (GMSE de Copeland, 1976; BAI de Beck, 1988; PSWQ de Meyer, 1990; WSOA de Wisocki, 1986 y 1994; y GAI de Pachana, 2007) muestran datos normativos pertinentes

para ancianos y datos psicométricos que apoyen su uso. Para ancianos españoles se dispone de versiones adaptadas y con datos normativos de las escalas PSWQ (Inventario de preocupación de Pensilvania, IPP, Nuevo et al., 2002) y de la escala WSOA (Escala de preocupaciones para personas mayores, EPPM, Nuevo et al., 2004). Se recomienda evaluar las escalas que ya hay para jóvenes para ver su validez y utilidad en ancianos, a la vez que desarrollar medidas específicas para ancianos.

Palabras clave

Ansiedad, ancianos, evaluación, revisión.

ABSTRACT

Anxiety is a reaction of adaptation and hyperarousal, which manifests itself as an *emotional state of discomfort and ap-*

prehension, with subjective and objective symptoms resulting from an overactive noradrenergic function, which occurs by a potential threat, real or imagined, to physical or mental integrity of the individual. In recent decades there has been increasing very little research on assessment of anxiety in the elderly. One of the latest reviews (Therrien and Hunsley, 2012) shows that the majority of instruments used to assess anxiety in the elderly are not specific to older people, and that only five of the most commonly used (GMSE, Copeland, 1976; BAI, Beck, 1988; PSWQ, Meyer, 1990; WSOA, Wisocki, 1986 and 1994, and GAI, Pachana, 2007) show relevant normative data for elderly and psychometric data to support its use. For Spanish older people they have available adapted versions with normative data from the scale PSWQ (Inventario de preocupación de Pensilvania, IPP, Nuevo et al., 2002) and from the scale WSOA (Escala de preocupaciones para personas mayores, EPPM, Nuevo et al., 2004). Is recommended to evaluate the scales for young for determine validity and utility in the elderly, as well as develop specific measures for the elderly.

Keywords

Anxiety, elderly, assessment, review.

INTRODUCCIÓN

Todos sabemos qué es la ansiedad. Todo ser humano ha sentido alguna vez ese *estado emocional de malestar y aprensión, con síntomas subjetivos y objetivos derivados de la hiperactividad de la función noradrenérgica, que se desencadena ante una amenaza potencial, real o imaginaria, hacia la integridad física o psíquica del individuo.*

TABLA I
Síntomas de ansiedad

-
- *Psicológicos*
 - Nerviosismo.
 - Preocupaciones.
 - Miedo.
 - Tensión.
 - Pensamiento acelerado.
 - Temores excesivos.
 - Irritabilidad.
 - Alteración de la concentración.
 - Sensación de «muerte inminente».
 - Expectación aprensiva.
 - ...
 - *Conductuales*
 - Conductas evitativas.
 - Tensión muscular.
 - Conductas repetitivas.
 - Hiperactividad.
 - Discurso acelerado.
 - ...
 - *Fisiológicos*
 - Hiperventilación.
 - Taquicardia.
 - Palpitaciones.
 - Opresión torácica.
 - Sequedad de boca.
 - Parestesias.
 - Sudoración.
 - Cefaleas.
 - Poliaquiuria.
 - Mareo.
 - Dolor.
 - Fatiga.
 - ...
-

Modificado de varios autores.

La ansiedad es una reacción de adaptación y de hiperalerta, que se manifiesta con componentes psicológicos, conductuales y físicos, y que prepara al individuo para responder activamente ante esa amenaza percibida. Los síntomas que acompañan a la ansiedad pueden ser muy variados, no siempre se manifiestan igual en todos los individuos ni siempre de la misma manera en un mismo sujeto. En la tabla I se detallan algunos de los síntomas más habituales de la ansiedad.

Formas clínicas de la ansiedad

Atendiendo a la severidad de los síntomas, es posible encontrar desde una preocupación excesiva acerca de acontecimientos cotidianos relacionados con la salud, la economía o la familia, por ejemplo, hasta episodios de intensa ansiedad y miedo que llegan a paralizar al sujeto.

A nivel clínico, la desproporcionalidad de los síntomas y su repercusión negativa en la calidad de vida del individuo, es lo que va a diferenciar entre la *ansiedad «normal» adaptativa*, relacionada con un estímulo y proporcional a este, que no afecta al rendimiento cotidiano del sujeto, y la *ansiedad patológica* desproporcionada al estímulo, en intensidad, frecuencia y duración, que repercute de diversas formas en los rendimientos y con consecuencias que pueden ser graves para la calidad de vida del individuo. Esta ansiedad patológica es la que da lugar a los **trastornos de ansiedad** (tabla II).

La ansiedad patológica puede ser *primaria* o *secundaria*. La ansiedad patológica es secundaria cuando acompaña a otros cuadros somáticos o psicológicos, bien sea de forma comórbida, bien provocada por estos. En cambio, cuando la ansiedad patológica aparece sin que ha-

TABLA II
Formas clínicas de la ansiedad

-
- Ansiedad situacional.
 - Trastorno de adaptación.
 - Trastorno de pánico (con o sin agorafobia).
 - Fobias.
 - Trastorno de ansiedad generalizada (TAG).
 - Trastorno de estrés postraumático.
 - Trastorno obsesivo compulsivo (TOC).
 - Ansiedad asociada a demencia.
 - Síndrome de ansiedad orgánico.
-

ya una causa desencadenante —causada, por tanto, por factores constitucionales propios del sujeto—, se trata de ansiedad primaria endógena (nuclear). En el caso de que sea una prolongación patológica de la ansiedad normal, favorecida por la existencia de una predisposición genética, que se desencadena ante una causa externa, se trataría de ansiedad primaria exógena o reactiva.

Epidemiología de la ansiedad en el anciano

A pesar de que la ansiedad es mucho más prevalente que la depresión a cualquier edad (un 13,23 % de ansiedad frente a un 6,33 % de depresión según Ford et al., 2007), el número de estudios epidemiológicos sobre ansiedad es muy inferior. Aún teniendo en cuenta la variedad de cifras que ofrecen los diferentes estudios, parece claro que con la edad disminuye la prevalencia de ansiedad prácticamente a la mitad (de un 30-35 % en jóvenes a un 15,3 % en ancianos, según datos del NCS-R, Kessler et al., 2005). Las cifras referentes a la presencia de trastornos de ansiedad se sitúan alrededor del 10-20 % en ancianos, con mayor prevalencia en mujeres. Aunque no hay una-

TABLA III
Prevalencia de ansiedad en el anciano. Submuestras

– Muestras comunitarias (Bryant, 2009; Wolitsky-Taylor, 2010).	1,2% a 15%
– Muestra comunitaria española (Montorio, 2001).	11,3%
– Muestras clínicas (Bryant, 2009).	1% a 28%
– Pacientes hospitalizados (Kvaal, 2001).	hasta 43%

nimidad entre los autores, parece que los trastornos más frecuentes son el trastorno por ansiedad generalizada (TAG), los trastornos adaptativos y los trastornos de ansiedad secundarios a enfermedades médicas (en la tabla III se presentan algunos datos detallados por submuestras).

Sin embargo, estos datos de prevalencia pueden ser a la vez convincentes y engañosos, puesto que a nivel clínico, la impresión es que la prevalencia aportada por los estudios puede estar infraestimada, especialmente en los primeros estudios de la década de los años 80. De hecho, parece ser más prevalente la ansiedad subclínica o subsindrómica, es decir, la presencia de síntomas de ansiedad que no reúnen criterios para trastorno de ansiedad, pero provocan discapacidad significativa y un bajo nivel de calidad de vida, con una afectación tan negativa en el sujeto anciano como la de los que sí reúnen criterios de trastorno de ansiedad (entre un 15% y un 56% en muestras comunitarias y clínicas, Bryant, 2009). Además, entre las razones de esta infraestimación, se apuntan algunas razones de tipo metodológico, como las diferentes metodologías de investigación (la mayoría con muestras comunitarias, en las que la prevalencia de ansiedad es generalmente menor), la variedad de instrumentos utilizados en los estudios (en su mayoría no validados para ancianos), o la utilización de criterios diagnósticos desarrollados para población más joven. Asimismo, la

alta comorbilidad de la ansiedad con enfermedades *médicas* (con la posibilidad de atribución errónea de síntomas de ansiedad a enfermedad física) y *psicológica* (en las que la ansiedad puede quedar diluida en la depresión o la demencia del sujeto), puede dificultar su diagnóstico. No hay que olvidar también el posible *efecto cohorte* en los datos (si la generación que participa de los estudios es de por sí más ansiosa) o el efecto de la edad, considerando el envejecimiento como un agente protector ante la ansiedad dada la tendencia a un mayor control de las emociones con el paso de los años. Por último, podría ser también un factor que incida en una estimación de la ansiedad inferior a la real, el hecho de que los individuos ansiosos presenten unas *tasas inferiores de supervivencia*.

EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE ANCIANO

Aunque ha habido un incremento, aunque limitado, de la investigación en el tratamiento de los trastornos de ansiedad específicos en el anciano, no se ha producido un incremento sustancial en la investigación de la evaluación de la ansiedad en la vejez en la última década, por lo que nos encontramos con limitaciones relevantes cuando el paciente es una persona de edad avanzada.

Dificultades y limitaciones en la evaluación de la ansiedad en el anciano

Se deben tener en cuenta diversos factores que pueden incidir en una correcta y apropiada evaluación de la ansiedad en la vejez:

a) Factores asociados con el *envejecimiento* (Salzman, 1991):

- Elevada *comorbilidad con problemas psicológicos y médicos*, que puede conllevar:
 - Dificultades de diagnóstico diferencial entre ansiedad y depresión.
 - Los pacientes con deterioro cognitivo pueden presentar dificultades para comunicar sus síntomas de ansiedad, lo que puede interferir en su diagnóstico.
 - Determinados síntomas somáticos de la ansiedad pueden ser atribuidos erróneamente a una enfermedad física (tensión muscular, insomnio, hipervigilancia...) en lugar de a un trastorno de ansiedad que exista de forma concomitante.
 - Algunas enfermedades físicas, más frecuentes en ancianos que en jóvenes, pueden incluir síntomas de ansiedad (enfermedades cardiovasculares, respiratorias, hipertiroidismo, dificultades pulmonares, entre otras).
 - La ansiedad puede aparecer como un efecto secundario de la medicación prescrita al paciente para tratar una enfermedad médica.
- Dificultades por parte del evaluador y del propio anciano para *reconocer los síntomas emocionales*:

- En los ancianos se observan más dificultades que en personas más jóvenes para poder expresar sus emociones *verbalmente*, pudiendo ser más *reacios* a informar sobre sus síntomas psicológicos (Lasoski, 1986; Stanley, 1998).
- Los ancianos, en general, presentan una mayor tendencia a manifestar las emociones como síntomas somáticos y a no identificar sus síntomas como psicológicos, pudiendo atribuir erróneamente síntomas de ansiedad al proceso normal de envejecer, como la fatiga o los problemas de concentración, por ejemplo.

b) Limitaciones relacionadas con aspectos *metodológicos*:

- *Escasa investigación sobre evaluación basada en la evidencia* en ancianos (Edelstein, 2001).
- La mayoría de instrumentos disponibles han sido desarrollados para *población joven*, con propiedades psicométricas poco investigadas en muestras geriátricas.
- Las medidas y los criterios diagnósticos actuales de ansiedad han sido ponderados en gran medida con *ítems somáticos*, lo que puede conllevar un aumento de falsos positivos si hay enfermedad somática comórbida.
- Los instrumentos deberían reflejar las diferencias en la experiencia de la ansiedad a lo largo de la vida (a fin de evitar alterar su *validez de contenido*), puesto que, entre otras razones, los ancianos pueden experimentar los miedos y preocupaciones de forma diferente, o interpretar los términos afectivos de forma diferente (Lawton, 1993). Además, pue-

den haber patrones afectivos diferentes con la edad (mayor control emocional, menor sensibilidad emocional, inmunización psicológica al estrés...) y cambios en la respuesta fisiológica al estrés con la edad.

Técnicas e instrumentos de evaluación de la ansiedad en el anciano

La elección de las medidas de evaluación adecuadas es crucial para conocer el nivel de funcionamiento del anciano y poder desarrollar una sólida formulación del caso, incluyendo el diagnóstico, con el objetivo de poder tomar decisiones terapéuticas adecuadas.

Para evaluar la ansiedad del anciano, se recomienda llevar a cabo una evaluación multimétodo, es decir, que incluya diferentes modalidades de obtención de información a fin de obtener una perspectiva global y detallada a la vez, de todos los componentes y síntomas que conforman el cuadro clínico del sujeto. Es aconsejable incluir en el proceso evaluativo las siguientes técnicas:

- Entrevista clínica.
- Entrevistas estructuradas o semiestructuradas.
- Cuestionarios/Escalas de valoración.
- Evaluación conductual:
 - Autorregistros.
 - Observación y medidas conductuales.
- Medidas psicofisiológicas.
- Examen de laboratorio para descartar causas médicas de la ansiedad (Análítica general; ECG).

Por lo que respecta a la evaluación conductual, el uso de *autorregistros* requiere que el sujeto observe determinados

aspectos de su propio comportamiento y realice un registro de dichas observaciones, centrándose en sucesos específicos tal como ocurren en la vida cotidiana del paciente. Esto permite contrastar la información sobre antecedentes y consecuentes extraídos mediante otras técnicas de evaluación y puede ser una medida dependiente muy apropiada para valorar el éxito de una intervención. En cuanto a las *técnicas de observación y medidas conductuales*, la utilización de estrategias de este tipo con ancianos sería similar a la que se realiza con personas de menos edad, requiriendo tan solo algunas adaptaciones para su uso (Montorio, I; 2000). Aún así, son escasos los ejemplos en la literatura sobre el empleo de autorregistro y de las técnicas de observación con ancianos (Montorio, I; 2000).

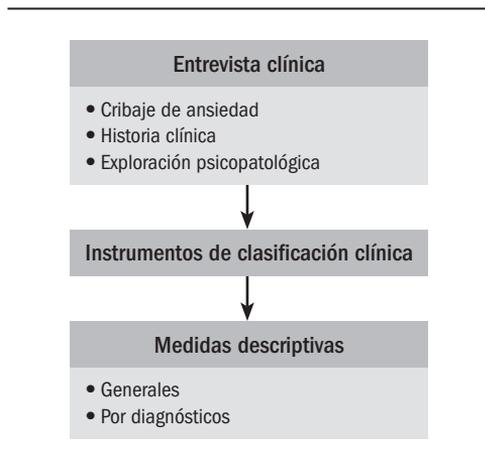
Algo similar ocurre con las *medidas psicofisiológicas*, ya que, si bien se asume la existencia de un patrón de respuestas psicofisiológicas característico de la ansiedad, definido como un incremento de la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo (Méndez, 1994), este patrón es de difícil evaluación dada su baja fiabilidad. Este hecho unido a la carencia de estudios en edad avanzada, hacen que las medidas psicofisiológicas no formen parte habitual de un protocolo clínico de evaluación.

Proceso de evaluación de la ansiedad en el anciano

Existen variedad de propósitos y formas posibles de evaluación, pero sea cual sea la que se siga, debe partir de la *entrevista clínica* como herramienta esencial en la evaluación de la ansiedad, relegando el uso de instrumentos de clasificación clínica y de medidas descriptivas, generales o por diagnósticos, a un segundo momento en el proceso de evaluación (ver figura 1).

FIGURA 1

Proceso de evaluación de la ansiedad



Entrevista clínica

La entrevista clínica es una técnica esencial de evaluación de la ansiedad del anciano, que por sí misma ya puede tener efecto terapéutico.

En personas a las que les cuesta hablar de sus emociones, como puede ser el caso de los ancianos, es de suma importancia establecer una adecuada relación terapeuta-paciente, que incluya saber escuchar lo que dice y lo que no dice, la observación de su comportamiento y su mímica corporal, prestando especial atención a la expresión verbal y no verbal, a fin de poder captar el problema de forma global. Para ello, es necesario tener en cuenta la subjetividad del paciente, especialmente en relación a cómo vive los desencadenantes del problema (puede que lo que es importante para el paciente no tenga el mismo valor emocional para el terapeuta). Así como asegurarse de que se han captado y entendido bien los síntomas del paciente, resumiéndole al final de la entrevista sus quejas y síntomas.

Una opción aconsejable es empezar la entrevista con *preguntas de cribado* que

permitan valorar de forma general la presencia de ansiedad y/o de conductas de evitación que causen malestar significativo o deterioro de las rutinas diarias del individuo. En la tabla IV se pueden ver

TABLA IV

Ejemplo de preguntas «guía» para el cribado de la ansiedad

- ¿Es Vd. una persona aprensiva/excitable/nerviosa? (*Ansiedad.*)
- ¿Se encuentra habitualmente nervioso, asustado, tenso, ansioso?
- ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño, palpitaciones, dolor torácico, mareo, hormigueos, sudoración, debilidad, miedo intenso a perder el control, a morir, a desmayarse o a volverse loco? (*Crisis de angustia.*)
- ¿Se preocupa mucho por lo que pueda pasar? (*Ansiedad generalizada.*)
- ¿Alguna vez ha experimentado bruscamente un ataque de gran ansiedad, falta de aire, palpitaciones, dolor torácico, mareo, hormigueos, sudoración, debilidad, miedo intenso a perder el control, a morir, a desmayarse o a volverse loco? (*Crisis de angustia.*)
- ¿Evita lugares o situaciones (donde se acumula mucha gente) que usted no puede soportar? (*Evitación.*)
- ¿Cómo afectan a su vida diaria la ansiedad o conducta de evitación? ¿Le causan un malestar significativo? (*Repercusión.*)
- ¿Tiene pensamientos que le vienen a la cabeza una y otra vez, y que considere anormales? (*Obsesiones; pensamientos recurrentes intrusivos.*)
- ¿Repite acciones una y otra vez sin poder evitarlo, como comprobar cosas, lavarse constantemente las manos...? (*Compulsiones.*)
- ¿Tiene un miedo irracional a animales, alturas, ascensores, lugares cerrados, multitudes...? (*Fobias.*)
- ¿Se siente molesto o turbado al ser el centro de atención? ¿Encuentra difícil relacionarse con la gente? (*Ansiedad social.*)

algunos ejemplos de preguntas «guía» para este cribado de la ansiedad del anciano.

Después de este primer cribado general de la ansiedad, debe seguirse con la realización de la *historia clínica* completa del sujeto y de una *exploración psicopatológica* amplia. Esta parte central de la entrevista debe incluir toda aquella información que nos ayude a realizar el *análisis funcional* y a valorar las *repercusiones* del problema sobre la vida del anciano, así como la que permita realizar el *diagnóstico diferencial* con las condiciones comórbidas.

La historia clínica del paciente anciano con ansiedad debe incluir:

- Antecedentes personales psicológicos y médicos.
- Antecedentes familiares psicológicos y médicos relevantes.
- Comorbilidad psicológica: depresión; deterioro cognitivo; agitación.
- Comorbilidad médica: enfermedades que pueden *causar ansiedad* o complicar el tratamiento (como enfermedades cardiovasculares, hipertiroidismo, enfermedades respiratorias, tromboembolismo pulmonar, entre otras. Si es necesario, se deben solicitar pruebas complementarias).
- Medicación que toma y otras sustancias (productos de herbolario, cafeína, alcohol, tóxicos...).
- Enfermedad actual:
 - Historia y fluctuaciones de la ansiedad (momento de inicio, curso, duración e intensidad de los síntomas, ansiedad aguda vs. crónica...).
 - Síntomas actuales de ansiedad: *psicológicos, conductuales y físicos*.

- Estresores psicosociales cotidianos o vitales (valorar la relación temporal con la ansiedad).
 - Condiciones desencadenantes o agravantes del problema.
 - Variables situacionales y personales que lo mantienen.
 - Comportamiento del sujeto ante la ansiedad (respuestas de evitación, intentos de control, acciones que funcionan como señales de seguridad y disminuyen su miedo...).
 - Habilidades de afrontamiento. Factores positivos para hacer frente al problema.
 - Limitaciones que le ocasiona. Consecuencias e interferencias en la vida del paciente y su entorno. Repercusión funcional en su vida cotidiana.
- Intentos previos para tratar el problema y resultados.
 - Motivación para el tratamiento y expectativas.

Es importante remarcar que, al igual que se recomienda en otras áreas de evaluación en psicogeriatría, la recogida de datos debe hacerse tanto con el paciente como con la familia.

Instrumentos de evaluación

Como ya se ha comentado anteriormente, los instrumentos de medida no sustituyen a la historia clínica del paciente ni a la exploración psicopatológica en el marco de la entrevista clínica. Su propósito, desde un punto de vista clínico, puede ser múltiple. Por un lado, ayudar al proceso de diagnóstico. Por otro, proveer información descriptiva que pueda ser utilizada para obtener una perspectiva sobre los síntomas y/o el funcionamiento del paciente. Y, por último, proporcionar

un medio para monitorear el progreso en el tratamiento.

En la evaluación de la ansiedad se dispone de *instrumentos de clasificación diagnóstica o clínica*, por un lado, y de *medidas descriptivas generales o por diagnóstico*, por otro.

Instrumentos de clasificación diagnóstica o clínica

La mayoría tiene formato de entrevista estructurada o semiestructurada. Sus principales ventajas se basan en su alta fiabilidad y en que permiten una valoración exhaustiva de la psicopatología del paciente. Sin embargo, tienen también limitaciones, como la necesidad de un entrenamiento sustancial, el hecho de requerir un tiempo de administración elevado (aproximadamente 90 minutos), o que pueden utilizar terminología infrecuente para ancianos (Mohlman, 2011).

Tres de las entrevistas semiestructuradas recomendadas en manuales y artículos sobre la ansiedad del anciano son la ADIS-IV (Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV) de Brown et al., 1994; la SCID-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) de First et al., 1997 y la GMSE (Geriatric Mental State Examination) de Copeland et al., 1976. Aunque hay pocos estudios que las hayan examinado detalladamente, las tres muestran adecuadas propiedades psicométricas en ancianos. De las dos primeras, basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV, parece que la SCID-IV es algo más adecuada que la ADIS-IV, mientras que la GMSE es la única específica para ancianos. Esta última se centra en la evaluación de la salud mental en ancianos, y mide una serie de síntomas agrupados en *ocho clústers*: organicidad, esquizofrenia, manía, depresión, hipocondriasis, fobias y neurosis obsesivas y de ansiedad. Es una de las

evaluaciones integrales estructuradas de salud mental para ancianos más ampliamente usadas, aunque menos en la última década. Ha demostrado ser útil para evaluar ansiedad en ancianos en contextos médicos, con baremos y puntos de corte específicos.

Medidas descriptivas generales y por diagnósticos

Tanto las medidas descriptivas generales como las medidas por diagnósticos son un medio para conocer los componentes subjetivos de los síntomas experimentados por las personas que manifiestan ansiedad.

En su mayoría tienen formato de autoinforme, auto o heteroaplicados, y presentan algunas limitaciones en su uso con ancianos. Por un lado, en relación a validez de contenido, los estímulos y condiciones bajo los que los ancianos pueden experimentar ansiedad puede diferir respecto a personas de menos edad. Aunque no está demostrado empíricamente, se recomienda cautela (Fisher, 1996). Por otro, sigue siendo muy escaso el número de autoinformes que contienen datos normativos para personas de edad avanzada.

- **Medidas descriptivas generales.** Son escalas usadas para cribar o describir síntomas de ansiedad y su severidad, y miden la ansiedad como un constructo general. Unas son exclusivas para síntomas de ansiedad y otras incluyen una subescala de ansiedad entre una variedad de síntomas o síndromes. En la tabla V se presenta un listado de las medidas descriptivas generales de ansiedad más usadas en los estudios sobre ansiedad del anciano o recomendadas en manuales sobre evaluación de la ansiedad en el anciano en las últimas décadas.

TABLA V
**Medidas descriptivas generales más usadas y/o recomendadas
 en la evaluación de la ansiedad del anciano**

– STAI	<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>	Spielberger et al., 1983.
– BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>	Beck et al., 1988.
– DASS	<i>Depression Anxiety Stress Scale</i>	Lovibond et al., 1995.
– GAI	<i>Geriatric Anxiety Inventory</i>	Pachana et al., 2007.
– HARS	<i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i>	Hamilton, 1959.
– ZSAS	<i>Zung Self-Rating Anxiety Scale</i>	Zung, 1971.
– HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>	Zigmond et al., 1983.
– GADS	<i>Goldberg Anxiety and Depression Scale</i>	Goldberg, 1988.
– GHQ	<i>General Health Questionnaire</i>	Goldberg, 1978.
– BSI	<i>Brief Symptom Inventory</i>	Derogatis et al., 1982.
– SCL-90	<i>Symptom Checklist 90-R</i>	Derogatis et al., 1994.

- **Medidas descriptivas por diagnósticos.** Son escalas desarrolladas para evaluar la ansiedad en relación a diagnósticos específicos. De toda la sintomatología relacionada con la ansiedad, la «preocupación», como síntoma esencial del TAG, es de las pocas áreas con medidas específicas desarrolladas para ancianos. En la tabla VI se presenta un listado de las medidas descriptivas por diagnósticos más usadas en los estudios sobre ansiedad del anciano o recomendadas en manuales sobre evaluación de la ansiedad en el anciano en las últimas décadas.

Idoneidad de los instrumentos de evaluación de la ansiedad en ancianos

Todos estos instrumentos, algunos de los cuales llevan utilizándose desde hace más de veinte años, han demostrado ampliamente tener garantías psicométricas para su uso en población joven. Sin embargo, ¿hasta qué punto son adecuados e idóneos para su uso con ancianos? Es más, ¿son idóneos para ancianos españoles?

Algunos requisitos que deberían cum-

plir los instrumentos utilizados en la evaluación de la ansiedad en pacientes ancianos españoles para ser considerados idóneos son los siguientes (adaptado de «Guías generales para ser usadas en la selección de los instrumentos adecuados» Hunsley, 2008; Holmbeck, 2009):

1. Presentar propiedades psicométricas adecuadas para ancianos.
2. Tener datos normativos para ancianos en la versión original o en inglés.
3. Disponer de adaptación o versión española con datos normativos adecuados para ancianos españoles.

En este sentido, en la última década se ha producido una mayor atención hacia este tema con la publicación de algunos manuales sobre evaluación en psicogeriatría que incluyen la evaluación de la ansiedad (Lam RW, et al., 2007; Burns A, et al., 2009; Lichtenberg PA, 2010) y de tres revisiones bibliográficas específicas sobre evaluación de la ansiedad en el anciano (Edelstein, 2001; Kogan, 2002 y Thérien, 2012).

TABLA VI
**Medidas descriptivas por diagnósticos más usadas y/o recomendadas
 en la evaluación de la ansiedad del anciano**

<i>Trastorno de pánico y agorafobia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Evalúan ataques de pánico, ansiedad anticipatoria y evitación. • Pocos para ancianos y estudiados en muestras pequeñas. 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Phobia Scale</i>; Marks et al., 1979. – <i>Sheeman Patient-Rated Anxiety Scale</i>; Sheeman, 1986. – <i>Stanford Agoraphobia Severity Scale</i>; Telch, 1985. – <i>Geriatric Fear of Falling Measure</i>; Huang, 2006. – <i>Fear Questionnaire</i>; Marks et al., 1979.
<i>Trastorno de ansiedad generalizada</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas de «preocupación» específicas desarrolladas para ancianos. 	<ul style="list-style-type: none"> – GADSS. <i>Generalized Anxiety Disorder Severity Scale</i>; Shear et al., 2006. – WSOA. <i>Worry Scale for Older Adults</i>; Wisocki et al., 1986. – PSWQ. <i>Penn State Worry Questionnaire</i>; Meyer et al., 1990. – WAQ. <i>Worry and Anxiety Questionnaire</i>; Dugas et al., 1995, 2001.
<i>Trastorno obsesivo compulsivo</i>		<ul style="list-style-type: none"> – PI. <i>Papua Inventory</i>; Sanavio, 1988.
<i>Trastorno por estrés postraumático</i>	<ul style="list-style-type: none"> • No descritas para ancianos. 	
<i>Trastorno de ansiedad social</i>	<ul style="list-style-type: none"> • No descritas para ancianos. 	

Uno de los artículos más actuales y exhaustivos sobre evaluación de la ansiedad en la vejez, es el publicado por Thérien y Hunsley en 2012. En esta revisión se plantean un doble objetivo. Por un lado, identificar las medidas de ansiedad más comunes en la evaluación de ancianos y, por otro, determinar el grado en que estos instrumentos tienen datos normativos pertinentes para ancianos y datos psicométricos que apoyen su uso. En los 213 artículos revisados se usaron un total de 91 medidas de ansiedad, de las cuales solamente un 16% fueron desarrolladas para ancianos. Solamente un 24% de los autores mencionaron si son apropiadas

psicométricamente para ancianos y muy pocos (un 21%) informaron de datos disponibles para ancianos. Siguiendo el criterio de que una escala fuera utilizada en seis o más estudios, detectaron que las medidas de ansiedad más comúnmente utilizadas eran doce y solo tres de ellas eran específicas para ancianos (la GMSE, *Geriatric Mental State Examination* de Copeland et al., 1976; la WSOA, *Worry Scale for Older Adults* de Wisocki, 1986, 1994; y el GAI, *Geriatric Anxiety Inventory* de Pachana, 2007). En la tabla VII se presenta el listado de estas escalas.

Por lo que respecta a las evidencias psicométricas para garantizar su uso en la

TABLA VII
**Medidas de ansiedad más comúnmente utilizadas
 en los artículos sobre ansiedad del anciano**

– STAI	<i>State Trait Anxiety Inventory</i>	Spielberger et al., 1983.
– HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>	Zigmond et al., 1983.
– GMSE	<i>Geriatric Mental State Examination</i>	Copeland et al., 1976.
– HARS	<i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i>	Hamilton, 1959.
– GADS	<i>Goldberg Anxiety and Depression Scale</i>	Goldberg, 1988.
– GHQ	<i>General Health Questionnaire</i>	Goldberg, 1978.
– BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>	Beck, 1988.
– BSI	<i>Brief Symptom Inventory</i>	Derogatis, 1982.
– PSWQ	<i>Penn State Worry Questionnaire</i>	Meyer, 1990.
– SCL-90	<i>Symptom Checklist 90-R</i>	Derogatis, 1994.
– WSOA	<i>Worry Scale for Older Adults</i>	Wisocki, 1986, 1994*.
– GAI	<i>Geriatric Anxiety Inventory</i>	Pachana, 2007**.

Modificado de Therrien Z y Hunsley J (2012); * utilizada en cinco estudios; ** utilizada en cuatro estudios.

evaluación de la ansiedad en ancianos, los autores concluyen que solamente tres de las medidas más comunes muestran *datos normativos pertinentes para ancianos* y *datos psicométricos* que apoyen su uso: la GMSE, como entrevista estructurada; el BAI (*Beck Anxiety Inventory* de Beck, 1988), como medida de ansiedad general; y la PSWQ (*Penn State Worry Questionnaire* de Meyer, 1990), como medida de preocupaciones, aunque destacan las escalas WSOA (*Worry Scale for Older Adults* de Wisocki, 1986 y 1994) como medida de preocupaciones y GAI (*Geriatric Anxiety Inventory* de Pachana, 2007) como medida de ansiedad general, puesto que están diseñadas específicamente para ancianos y presentan suficiente evidencia psicométrica para garantizar su uso en ancianos, siendo en muchos casos preferibles a los más comúnmente usados que no se desarrollaron para ancianos.

Por lo que respecta al *Beck Anxiety Inventory* (BAI, Beck y Steer, 1988), este autoinforme de 21 ítems mide la severidad

de los síntomas generales de ansiedad, incluyendo 14 ítems somáticos y 8 ítems cognitivos asociados a los aspectos subjetivos de la ansiedad. Como limitación para su uso en ancianos, se ha comentado que presenta una sobrerrepresentación de los síntomas físicos de ansiedad y, en concreto, de los síntomas de los ataques de pánico, por lo que se ha dicho que no mide realmente ansiedad en general. Aún así, algunos autores como Dennis (2007) presentan datos que permiten considerar que un punto de corte de 15/16 puntos muestra un buen balance entre especificidad/sensibilidad en ancianos.

En cuanto al *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ, Inventario de preocupaciones de Pensilvania; Meyer et al., 1990), consta de 16 ítems destinados a medir la frecuencia con la que una persona se preocupa en general (rasgo de preocupabilidad o tendencia a preocuparse), característica principal del TAG. No evalúa el contenido de las preocupaciones sino la desmesura, duración e incontrolabilidad de la preocupación. Se ha publicado

una versión breve (PSWQ-A) y es un autoinforme apropiado para su uso con ancianos por sus garantías psicométricas, aunque diversos estudios remarcan que sería necesaria mayor evidencia dada su poca validez discriminante.

Respecto a la escala *Worry Scale for Older Adults* (WSOA, Escala de preocupaciones para personas mayores, Wisocki et al., 1986, 1994), está desarrollada específicamente para su uso con ancianos. La escala original consta de 35 ítems que reflejan el contenido y la severidad de las preocupaciones agrupadas en tres áreas: económica, salud y condiciones sociales. Existe una escala revisada WSOA-R (1994) compuesta por 88 ítems agrupados en seis áreas de preocupación: económicas, sociales, salud, familia, personales, y referidas al mundo. Ambas versiones contienen elementos referidos a la cantidad del tiempo que pasa preocupado, sentimientos y condiciones físicas asociadas a la preocupación, dificultad para que cesen las preocupaciones y formas en las que intenta controlarlas. Presenta buenas garantías psicométricas, con una adecuada validez de constructo.

En cuanto al *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI, Pachana et al., 2007), es una escala de 20 ítems desarrollada específicamente para su uso con ancianos, que mide la dimensión de ansiedad, discriminando entre tener o no un trastorno de ansiedad, o tener o no TAG. Presenta buenas garantías psicométricas en entorno comunitario (Diefenbach et al., 2009), residencial y con deterioro cognitivo.

¿Y para medir ansiedad en ancianos españoles, son también idóneos estos instrumentos de evaluación?

Mientras que no consta que haya una versión adaptada y con datos normativos para ancianos españoles de la GMSE de Copeland, la BAI de Beck y la GAI de

Pachana, sí se dispone del Inventario de preocupación de Pensilvania (IPP, Nuevo et al., 2002), adaptación de la PSWQ de Meyer, y de la Escala de preocupaciones para personas mayores (EPPM, Nuevo et al., 2004), adaptación de la escala WSOA de Wisocki.

La primera de ellas, el Inventario de preocupación de Pensilvania (IPP, Nuevo et al., 2002), es la versión española de la PSWQ (Meyer et al., 1990) diseñada específicamente para ancianos españoles con buenas garantías psicométricas. Consta de 16 ítems, con una puntuación para cada uno de 1 a 5 puntos según el grado de identificación del paciente con cada situación. El punto de corte óptimo para detección de TAG es de 60 (especificidad del 100% y sensibilidad del 85,7%). Incluye una versión abreviada de ocho ítems (correspondiente a la PSWQ-A).

La segunda, la Escala de preocupaciones para personas mayores (EPPM, Nuevo et al., 2004) es una escala de 35 ítems elaborada a partir de la adaptación al castellano (Montorio et al., 1998) de la WSOA-R (que consta de un listado de 76 preocupaciones específicas de ancianos). Mide la frecuencia de preocupaciones en cinco áreas: salud e integridad física, familia, competencias personales, economía, socio-afectivas. Presenta unas propiedades psicométricas aceptables según los autores.

Existe también una versión para ancianos españoles del WAQ (*Worry and Anxiety Questionnaire*, Dugas, 2001), el Cuestionario de preocupación y ansiedad validado por Ibáñez et al. (2000). Consta de once ítems agrupados en seis preguntas que evalúan los criterios diagnósticos del TAG según el DSM-IV. Ofrece una medida dimensional (grado de intensidad de cada síntoma). La primera pregunta indaga hasta seis temas de preocupación frecuente. Las tres siguientes preguntas abordan si las preocu-

paciones parecen excesivas, los días que ocupan y la dificultad para controlarlas. La quinta pregunta enumera los seis síntomas DSM-IV asociados a la ansiedad y preocupación, y la última explora el grado de interferencia de la ansiedad y las preocupaciones en la vida. Salvo el primero, todos los ítems se valoran en escalas 0-8 (se requiere un 4 o más para satisfacer un criterio). Los estudios españoles adicionales de adecuación psicométrica en ancianos (Nuevo, 2005) muestran un punto de corte óptimo para identificar TAG en ancianos de 38 o más puntos (sensibilidad del 100% y especificidad del 91,1%).

Conclusiones y recomendaciones sobre la evaluación de la ansiedad en el paciente anciano

A pesar de que se ha producido un incremento de la investigación sobre evaluación en psicogeriatría, todavía son pocos los estudios que promuevan la *evaluación de la ansiedad basada en la evidencia* (Edelstein, 2001; Hunsley, 2007). La mayoría de instrumentos que se han utilizado en ancianos carecen de solvencia psicométrica para su uso en este grupo de edad, por lo que disponemos aún de pocos instrumentos específicos para ancianos, y menos en español. De hecho, en español se ha priorizado la validación de medidas de preocupación, relacionadas con el TAG, mientras que otros aspectos relevantes de la ansiedad del anciano no han recibido la misma atención en los estudios realizados sobre el tema.

En el proceso de evaluación es esencial realizar una *historia clínica* completa y una *exploración psicopatológica* amplia en el marco de la *entrevista clínica*, utilizando las *escalas* como apoyo al proceso diagnóstico, y para descripción y cuantificación de los síntomas de cara a diseñar un tratamiento, farmacológico

y no farmacológico, y a valorar su eficacia.

De entre las escalas disponibles, las recomendadas teniendo en cuenta su idoneidad para ancianos españoles, serían la *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI; Pachana, 2007) para valorar ansiedad general, y la Escala de preocupaciones para personas mayores (EPPM, Nuevo et al., 2004) y el Inventario de preocupación de Pensilvania (IPP; Nuevo et al., 2002) para valorar preocupaciones como síntoma central del TAG. Evidentemente, no son suficientes, por lo que es necesario evaluar las escalas que ya hay para jóvenes para ver su validez y utilidad en ancianos, a la vez que desarrollar medidas específicas para ancianos que reúnan las peculiaridades de la ansiedad en este grupo de edad y que tengan en cuenta la alta comorbilidad médica, que ayuden a diferenciar entre depresión y ansiedad, que detecten la ansiedad subsindrómica y que permitan una medida de ansiedad general para ancianos españoles, reflejando en sus datos normativos las potenciales diferencias dentro del grupo de ancianos.

BIBLIOGRAFÍA

Agüera L. et al. Trastornos de ansiedad. En: Agüera L, Martín M, Cervilla J. *Psiquiatría Geriátrica*. 2.^a edición. Barcelona, Masson; 2006.

Anthony MM, Orsillo SM, Roemer L. *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York, Springer; 2001.

Arrieta E, García A. Efectividad de las pruebas psicométricas en el diagnóstico y seguimiento de deterioro, depresión y ansiedad en las personas mayores. *Clínica y Salud* 2009;20(1):5-18.

Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García N, Alvarez C. Calidad de

vida em mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Aten Primaria* 2003;31(5):285-94.

Azpiazu P. Trastornos de ansiedad. En *Guía esencial de Psicogeriatría*. Panamericana; 2011.

Benítez JM, Casquero R, López S, Panero P, Pont RM, Zamorano E. Ansiedad. *Documentos clínicos SEMERGEN*. 2006.

Brenes GA. Age differences in the presentation of anxiety. *Aging ment Health* 2006 May;10(3):298-302.

Brown TA, Antony MM, Barlow DH. Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behav Res Ther* 1992; 30:33-37.

Burns A, Lawlor B, Craig S. *Assessment Scales in Old Age Psychiatry*. 2nd ed. New York, Informa Healthcare; 2009.

Burns A, Lawlor B, Craig S. Rating scales in old age psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 2002;180:161-167.

Cruz AJ. ¿Debemos uniformar los instrumentos de evaluación geriátrica? *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35(5):251-253.

De la Serna I. Trastornos de ansiedad. En *Manual de psicogeriatría clínica*. Cap 4. Barcelona, Masson; 2001.

Díaz MD, Martínez B, Calvo F. Trastornos afectivos en el anciano. *Rev Mult Gerontol* 2002;12(1):19-25.

Diefenbach GJ, Tolin DF, Meunier AS, Gilliam CM. Assessment of anxiety in older home care recipients. *Gerontologist* 2009;49(2):141-153.

Fernández de Larrinoa P, Martín M, Bulbena A. *Medición clínica de la demencia: una guía de recursos*. Bilbao, Fondo Edito-

rial Instituto de Investigaciones Psiquiátricas; 2001.

Fernández Ballesteros R, Izal M. Evaluación durante la vejez. En: Fernández Ballesteros R. *Introducción a la evaluación psicológica II*. Madrid, Pirámide; 1999.

Flint AJ. Generalised anxiety disorder in elderly patients: epidemiology, diagnosis and treatment options. *Drugs Aging* 2005; 22(2):101-14.

Franco MA, Monforte JA, García JA. Instrumentos de evaluación y exploración complementaria. En: Agüera L, Martín M, Cervilla J. *Psiquiatría Geriátrica*. 2.^a edición. Barcelona, Masson; 2006.

Franco MD. Trastornos de ansiedad en el anciano. *Psicogeriatría* 2009;1:37-47.

Fuentes K, Cox B. Assessment of anxiety in older adults: a community-based survey and comparison with younger adults. *Behav Res Ther* 2000 Mar;38(3):297-309.

Fuentes K, Cox B. prevalence of anxiety disorders in elderly adults: a critical analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1997 dec; 28(4):269-79.

Gallagher-Thompson D, Steffen A, Thompson LW. *Handbook of Behavioral and Cognitive Therapies with older Adults*. New York, Springer; 2008.

González M, Bethencourt JM, Fumero A, Fernández A. Adaptación española del cuestionario «¿Por qué preocuparse?». *Psicothema* 2006;18(2):313-318.

Hopko DR, Bourland SL, Stanley MA, Beck JG, Novy DM, Averill PM, Swann AC. Generalized anxiety disorder in older adults: examining the relation between clinician severity ratings and patient self-report measures. *Depress Anxiety* 2000;12(4): 217-25.

Kogan JN, Edelstein BA, McKee DR. Assessment of anxiety in older adults: current status. *J Anxiety Disord* 2000 Mar-Apr;14(2):109-32.

Lam RW, Michalak EE, Swinson RP. Assessment Scales in Depression, Mania and Anxiety. New York, Informa Healthcare; 2007.

Leturia FJ, Yanguas JJ, Arriola E, Uriarte A. Valoración de los trastornos de ansiedad. La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. Madrid, Cáritas; 2001.

Levkoff SE, Chen H, Fisher JE, McIntyre JS. Evidence-Based Behavioral Health Practices for Older Adults. New York, Springer; 2006.

Lichtenberg PA. (Ed.) Handbook of Assessment in Clinical Gerontology. 2nd ed. London, Elsevier; 2010.

Montorio I, Izal M. Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud. Madrid, Síntesis; 2000.

Montorio I, Izal M. Optimizando la evaluación e intervención psicológicas en personas mayores. En: Izal M, Montorio I. Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación. Madrid, Síntesis; 1999.

Montorio I, Nuevo R, Izal M, Losada A. Preocupaciones y personas mayores: la Escala de Preocupaciones para Personas Mayores. Utilidad para la evaluación de la Ansiedad Generalizada. V Congreso Nacional de Psicología Conductual. Vitoria, España; 1998.

Montorio I, Nuevo R, Losada A, Márquez M. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *MAP-FRE Medicina* 2001;12(1).

Muñoz PE. Tests de cribado en la práctica clínica. En: Bulbena A, Berrios GA, Fernández de Larrinoa P (Ed.). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona, Masson; 2000.

Nuevo R, Montorio I, Márquez M, Izal M, Losada A. Análisis del fenómeno de la preocupación en personas mayores. *Int J Clinical Health Psychology* 2004;4(2):337-355.

Nuevo R, Montorio I, Ruiz MA. Aplicabilidad del inventario de preocupación de Pensilvania (PSWQ) a población de edad avanzada. *Ansiedad y estrés* 2002;8(2-3):157-172.

Nuevo R, Montorio I. Preocupación excesiva en personas mayores. *Int J Clin Health Psicol* 5(2).

Nuevo R. Sensibilidad y especificidad del Cuestionario de Preocupación y Ansiedad para la detección del trastorno de ansiedad generalizada en la edad avanzada. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2005;10(2):135-142.

Osorio R. La ansiedad en el anciano, aspectos diferenciales. Exposición en la mesa redonda: «La ansiedad en el anciano. Un contexto clínico diferente». III Reunión Nacional de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Oviedo; 16-18 de abril de 2008.

Rodríguez M, Rodríguez J, Martínez M. Estudio de las características psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (en castellano) en una muestra de envejecidos puertorriqueños. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36(6):353-360.

Salvador L, Romero C, González F. Guías para la descripción y la selección de instrumentos de evaluación en psiquiatría. En: Bulbena A, Berrios GA, Fernández de Larrinoa P (Ed.). *Medición clínica en psi-*

quiatria y psicología. Barcelona, Masson; 2000.

Sánchez Ayala MI. Acercamiento a la ansiedad. *Rev Mult Gerontol* 2000;10(2): 92-103.

Sánchez JA, López A. Escalas diagnósticas y de evaluación que se utilizan en atención primaria para depresión y ansiedad. *Salud Global* 2005. Año V, n.º 3.

Stanley MA, Beck JG, Zebb BJ. Psychometric properties of four anxiety measures in older adults. *Behav Res Ther* 1996 Oct; 34(10):827-38.

Therrien Z, Hunsley J. Assessment of anxiety in older adults: A systematic review of commonly used measures. *Aging & Mental Health* 2012 Jan;16(1):1-16.

Vázquez JL, Herrera S, Gaité L, Díez LF. Entrevista estructurada en psiquiatría. En: Bulbena A, Berrios GA, Fernández de Larrinoa P (Ed.). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona, Masson; 2000.

Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *J Affect Disord* 2008 Feb;106(1-2):29-44.

PREVALENCIA DEL SÍNTOMA ANSIEDAD EN PACIENTES CON DEMENCIA EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ASOCIADO

NÚRIA RIERA MOLIST

*Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria.
Unidad de Psicogeriatría. Hospital Sant Jaume de Manlleu. Consorci Hospitalari de Vic.*

FRANCESC ESCABIA RODRÍGUEZ

*Médico geriatra.
Unidad de Psicogeriatría. Hospital Sant Jaume de Manlleu. Consorci Hospitalari de Vic.*

ÀNGELS TAÑÀ COMAS

*Diplomada en enfermería.
Unidad de Psicogeriatría. Hospital Sant Jaume de Manlleu. Consorci Hospitalari de Vic.*

Trabajo premiado con el Primer premio de la promoción 2010-2012 del Máster en Psicogeriatría de la UAB.

Recepción: 18-03-13 / Aceptación: 10-04-13

RESUMEN

La ansiedad es uno de los síntomas que aparece frecuentemente en los pacientes con demencia, si bien su prevalencia varía en función del tipo y fase de la misma, del sexo del individuo e incluso del grado de autonomía funcional. La ansiedad suele tener una repercusión importante sobre la calidad de vida del enfermo y sus cuidadores, lo que justifica la instauración de medidas no farmacológicas y a menudo, también farmacológicas. Ahora bien, la utilización de medicamentos en la población geriátrica y particularmente en los dementes es compleja, por la mayor sensibilidad a los fármacos y mayor susceptibilidad de padecer efectos no deseados. La instauración de tratamientos farmacológicos necesariamente conlleva

a una revisión crítica y sistemática de su beneficio/riesgo de acuerdo a los objetivos terapéuticos que han sido predefinidos.

Palabras clave

Ansiedad, demencia, psicofármacos, síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia.

ABSTRACT

Anxiety is a symptom that occurs frequently in patients with dementia, although their prevalence varies depending on the type and stage of it, the sex of the individual and even the degree of functional autonomy. Anxiety often has a signi-

ficant impact on the quality of life of patients and their caregivers, which justifies the introduction of non-pharmacological measures and often also drugs. However, the use of drugs in the elderly, particularly in dementia is complex, because has a greater drug sensitivity and susceptibility to unwanted effects. The introduction of drug therapies necessarily leads a systematic critical review of the benefit/risk according therapeutic goals that have been predefined.

Keywords

Anxiety, dementia, psychotropic drugs, behavioral and psychological symptoms associate with dementia.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición de conceptos

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), según la Organización Mundial de la Salud, define demencia como un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores que incluyen la memoria, el razonamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y la capacidad de juicio, sin que la conciencia se encuentre alterada. Dicho cambio en las funciones se puede acompañar de pérdida del control emocional, la conducta social o la motivación y que tiene repercusión en la actividad cotidiana del enfermo¹.

Según distintos estudios epidemiológicos, la edad es el factor de riesgo principal de padecer demencia, por lo que tanto el incremento en la esperanza de vida como el envejecimiento progresivo de la población son dos factores que ayu-

dan a entender el impacto tan importante que tiene la demencia en nuestro entorno; así en España la prevalencia de demencia se estima alrededor del 5-15 % en mayores de 65 años y del 9-17 % en mayores de 70 años, siendo la demencia tipo Alzheimer la más frecuente (60-70 %)².

Alrededor del 80 % de los enfermos de demencia, pueden presentar en algún momento de la enfermedad, una serie de trastornos que constituyen parte de la expresión de la enfermedad; estos, englobados bajo el concepto de síntomas conductuales y psicológicos (SCPD), están relacionados con la alteración de la percepción, el contenido del pensamiento, el ánimo y la conducta, agrupan síntomas de gran variabilidad en su forma de presentación y fase de la demencia, son habitualmente de etiología multifactorial y están influenciados por la personalidad previa del paciente y la interacción con el medio ambiente.

La *International Psychogeriatric Association* agrupó en el año 2000 los SCPD en tres clústers³:

- *Pensamiento y percepción (síntomas psicóticos)*: delirios, alucinaciones, trastornos en las identificaciones.
- *Trastornos del estado del ánimo*: depresión, ansiedad, apatía.
- *Personalidad y comportamientos (conducta)*: modificación de la personalidad, trastornos del comportamiento, agresividad, hostilidad, irritabilidad, deambulación errática, fugas del domicilio, entre otros.

En la práctica asistencial, puede resultar más útil agrupar estos síntomas según el peso clínico, es decir según su frecuencia y su facilidad en el control:

- **Grupo I.** Más frecuentes y más disruptivos:

- *Psicológicos*: ideas delirantes, alucinaciones, depresión, ansiedad, insomnio.
- *Conductuales*: agresividad física, vagabundeo, inquietud.
- **Grupo II.** Moderadamente frecuentes y disruptivos:
 - *Psicológicos*: identificaciones erróneas.
 - *Conductuales*: falta de motivación, agitación, desinhibición.
- **Grupo III.** Poco frecuentes y manejables:
 - *Conductuales*: preguntas repetitivas, lenguaje malsonante, seguimiento a otros.

El perfil sintomático es diferente según la fase de la demencia; así, en la fase leve de la demencia tipo Alzheimer predomina apatía, irritabilidad, depresión y ansiedad, y sin embargo en la fase más avanzada predomina delirios de perjuicio, celotipia, ilusiones, alucinaciones (visuales, auditivas u olfativas), agitación y conductas motoras anómalas. Cualquiera que sea la sintomatología que presente un enfermo de demencia, si es lo suficientemente frecuente y grave, contribuye de manera decisiva a la disminución de la calidad de vida, al incremento de la morbilidad, supone un elevado grado de sufrimiento para el paciente y cuidador y predispone a la institucionalización de este⁴.

La ansiedad es uno de los síntomas que parece ser relativamente frecuente en los enfermos con demencia, aunque se dispone de un número muy limitado de trabajos sobre su estudio y manejo, que además indican prevalencias radicalmente diferentes (22-81 %). La escasa información disponible sobre el manejo de la ansiedad, así como los datos tan dispares de su prevalencia, pueden ser consecuencia

de una falta de consenso en la definición y conceptualización de la ansiedad, así como la participación de otros factores que pueden complicar su conocimiento, tales como la coexistencia de diferentes síntomas (ansiedad/depresión) en un mismo individuo o la dificultad en explorar un paciente con demencia.

Algunos autores identifican razones que pueden sugerir una posible relación directa entre ansiedad y demencia. Primero, la degeneración neural responsable del deterioro cognitivo observado en la demencia podría también afectar a estructuras límbicas asociadas con la regulación emocional. Segundo, la ansiedad es más habitual en sujetos con demencia que en sujetos sin demencia además de presentar diferencias en la prevalencia de ansiedad según tipo y fase de la demencia. Tercero, los síntomas de demencia se superponen substancialmente con los síntomas de ansiedad⁵.

1.2. Etiología de la ansiedad en pacientes con demencia

Las causas que facilitan o contribuyen a la aparición de sintomatología ansiosa pueden ser de muy diversa naturaleza y que pueden agruparse en:

- *Causas de tipo orgánico* como enfermedad endocrina/metabólica (hipoglucemia...), cardiovascular (insuficiencia cardíaca congestiva descompensada...), respiratoria, neurológica (delirium, accidente vascular cerebral...), infecciosa (infección urinaria...), dolor...
- *Causas de tipo farmacológico* (tabla I) que pueden ser generadoras o contribuir a la ansiedad.
- *Causas relacionadas con el uso/abuso de sustancias* como alcohol, cafeína y otras.
- *Causas de tipo ambiental*.

TABLA I
**Algunos fármacos que pueden desencadenar o contribuir
 a la aparición de ansiedad⁶**

Grupo farmacológico	Principio activo
Agonistas dopaminérgicos	Levodopa-carbidopa, entacapona
Analgésicos	Opiáceos (morfina, codeína, tramadol...), paracetamol
Ansiolíticos e hipnóticos	Alprazolam, bromazepam, diazepam, zolpidem
Antibióticos	Amoxicilina-ácido clavulánico, claritromicina, levofloxacino, moxifloxacino, cotrimoxazol
Anticolinérgicos	Tolterodina
Anti-demencia	Rivastigmina, memantina
Antidepresivos	Citalopram, duloxetina, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, venlafaxina
Antiepilépticos	Gabapentina, levetiracetam, lamotrigina, topiramato, valproato
Antihipertensivos	Losartan, doxazosina
Antipsicóticos	Amisulprida, aripiprazol, olanzapina, quetiapina, risperidona

1.3. Evaluación de la ansiedad en pacientes con demencia

En la práctica clínica nos encontramos delante de enfermos con demencia que pueden presentar una suma de diferentes factores desencadenantes de sintomatología diversa; es fundamental que el equipo asistencial, y sobre todo el médico, sepa explorar al paciente con demencia e identificar la sintomatología para posteriormente planificar las diferentes intervenciones tanto a nivel conductual como terapéutico.

En nuestro entorno, no disponemos de instrumentos de valoración específicos para la evaluación de la ansiedad en pacientes con demencia. Diferentes trabajos nacionales han utilizado la versión española de *Neuropsychiatric Inventory* (NPI)⁷ de Cummings (1994), que fue adaptado y validado a nuestro entorno, conocido como el Inventario Neuropsi-

quiátrico de Vilalta y cols. (1999)⁸. Algunos artículos internacionales^{5, 9, 10} han adoptado la *Rating for Anxiety in Dementia* (RAID) de Shankar et al. (1999)¹¹, que es específica en este grupo de enfermos, aunque no ha sido traducida ni validada en nuestro entorno.

1.4. Tratamiento

La ansiedad «patológica» entendida como aquella reacción vegetativa y del estado de alerta que ante un estímulo mínimo se desencadena una respuesta específica de lucha, huida y adaptación, debería tratarse, primero mediante el empleo de estrategias no farmacológicas, como las intervenciones conductuales, terapia de reminiscencia, estimulación cognitiva o terapias de estimulación sensorial, y es necesario reservar los medicamentos cuando dichas estrategias fracasan.

Con respecto a la utilización de medicamentos es necesario tener en cuenta que nos encontramos delante de pacientes ancianos, más sensibles a los fármacos que poblaciones más jóvenes y más susceptibles de sufrir sus efectos adversos, que habitualmente presentan múltiples patologías asociadas y que por ello suelen estar polimedicados y que además, en nuestro caso, presentarán deterioro cognitivo y funcional importante. Todo ello indica que nos encontramos delante de «pacientes crónicos complejos», lo que nos obliga a valorar cuidadosamente el beneficio/riesgo que aporta el tratamiento farmacológico y a reconsiderar sistemáticamente su necesidad.

Para una respuesta óptima en el tratamiento de la ansiedad, es fundamental caracterizar el síntoma, estudiar las posibles causas y factores desencadenantes, identificar la existencia de otros síntomas, así como las consecuencias que conlleva para el paciente y su entorno.

Ante la ausencia de evidencia científica sobre el tratamiento sintomático de la ansiedad, conviene utilizar fármacos ampliamente conocidos, iniciando con una dosis baja y aumentarla lentamente.

Los psicofármacos son fundamentales en el abordaje farmacológico de la sintomatología ansiosa y se pueden agrupar en:

- Las *benzodiazepinas*, ampliamente utilizadas en épocas anteriores, han sido progresivamente sustituidas por otros psicofármacos; por sus efectos no deseados, no conviene utilizarlas crónicamente aunque puntualmente nos pueden ayudar a mejorar determinadas situaciones clínicas.
- Los *antidepresivos*, sobre todo los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (citalopram, escitalopram, sertralina) constituyen un pilar fundamental por su eficacia y seguridad en el tratamiento de la ansie-

dad asociada o no a sintomatología depresiva.

- La *pregabalina* es un fármaco con propiedades epilépticas con cierta actividad ansiolítica que constituye una alternativa relativamente segura cuando se utiliza a dosis bajas.
- Los *antipsicóticos* serían de elección en caso de aparición de síntomas psiquiátricos primarios como los delirios o las alucinaciones o también delirium. La risperidona es el único antipsicótico autorizado en los enfermos de demencia con trastornos de conducta; algún trabajo apunta la olanzapina¹² como una alternativa a tener en cuenta ante el fracaso de la farmacoterapia de primera línea.
- *Medicamentos específicos* para el tratamiento sintomático de la demencia tipo Alzheimer (medicamentos anti-demencia), que no son capaces de modificar su curso neurodegenerativo pero han demostrado mejora en la función cognitiva y la capacidad funcional y menos en los trastornos de conducta. Existen dos grupos de medicamentos: los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACEs) y la memantina. El primer grupo está constituido por: donepezilo, galantamina y rivastigmina indicados en el tratamiento de la demencia tipo Alzheimer en fase leve a moderada; la rivastigmina también está indicada en la demencia asociada a enfermedad de Parkinson. La memantina es un antagonista no competitivo de los receptores de N-metil D-Aspartato (NMDA) que mejora la función cognitiva y la capacidad funcional en la enfermedad de Alzheimer en fase moderada a grave².

1.5. Objetivos del estudio

Los objetivos principales de nuestro estudio son determinar la prevalencia del síntoma ansiedad en pacientes con de-

mencia en el momento del ingreso en la Unidad de Psicogeriatría (UPG) y describir el tratamiento psicofarmacológico; los objetivos secundarios son caracterizar el síntoma ansiedad en este grupo de enfermos y determinar la prevalencia del síntoma ansiedad en el momento del alta de la UPG.

2. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Diseño y muestra

Es un estudio observacional y prospectivo, realizado en la UPG del Hospital Sant Jaume de Manlleu del Consorci Hospitalari de Vic, que incluye pacientes diagnosticados de demencia de cualquier tipo según criterios de DSM-IV.

El proyecto fue presentado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) del Consorci Hospitalari de Vic.

2.2. Instrumentos de evaluación

Se han utilizado instrumentos de medida que permiten la valoración de la conducta, de la cognición y del grado de funcionalidad de los pacientes.

Para la evaluación *conductual* se ha utilizado el Inventario Neuropsiquiátrico⁸ (NPI) de Vilalta y cols. (1999), que es una relación de los siguientes doce ítems: ideas delirantes, alucinaciones, agitación / agresividad, depresión / disforia, ansiedad, euforia, apatía / indiferencia, desinhibición, irritabilidad, conducta motora anómala, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación. Cada uno de los ítems se obtiene de multiplicar la frecuencia (entre 1 y 4) por la severidad (entre 1 y 3). A mayor puntuación de NPI, mayor gravedad de la sintomatología.

Para un estudio más detallado del ítem ansiedad, se han predefinido cuatro gru-

pos en función de su gravedad, siendo 0: no ansiedad, > 0-4: leve, > 4-6: moderada, > 6-12: grave.

Para la evaluación del *estado cognitivo* se ha utilizado el CDR de Hughes (1982)¹³ que es una escala de graduación cognitiva para clasificar en estadios cualquier tipo de demencia. La puntuación es de 0 a 3: 0 indica sujeto sano, 0,5 demencia posible, 1 demencia leve, 2 demencia moderada y 3 demencia grave. También se ha utilizado el *Minimal State Exam* (MMSE) de Folstein (1975)¹⁴ que es una herramienta de función tipo *screening*, de evaluación rápida que permite sospechar de déficit cognitivo y cuya puntuación máxima es de 30; una puntuación > 27 indicaría normalidad, < 24 sugeriría deterioro, que si es entre 21-23 sería leve, entre 11-20 moderado y por debajo de 11 severo.

Finalmente, para la evaluación del *estado funcional* se ha utilizado el Índice de Barthel (1965)¹⁵ que evalúa el grado de autonomía de un sujeto en realizar actividades de la vida diaria. Para un estudio más detallado se han predefinido tres grupos en función de su dependencia, siendo < 30: dependencia grave, 30-60: dependencia moderada, > 60: dependencia leve o independencia.

2.3. Cronograma

El reclutamiento de pacientes es por orden correlativo según ingresan en la UPG, que se inicia en septiembre de 2011 y finaliza en abril de 2012, ambos incluidos. En el momento del ingreso se valora el NPI y específicamente el síntoma ansiedad y el Índice de Barthel, se registran los antecedentes patológicos y el tratamiento farmacológico; durante el ingreso en la UPG y una vez el paciente se encuentra en fase estable se valora el MMSE y el CDR; finalmente y en el momento del alta se vuelve a valorar el NPI, el indi-

ce de Barthel y nuevamente se registra el tratamiento farmacológico. El MMSE no se valora de nuevo porque durante su estancia por la UPG es poco probable que se observen grandes cambios en su puntuación.

2.4. Diseño del cuestionario de recogida de datos

El cuestionario de recogida de datos se ha diseñado mediante el programa de edición de cuestionarios Teleform®. La característica más importante de la utilización de este sistema es que permite la introducción automática de los datos de los cuestionarios a las bases de datos con un procedimiento simultáneo de definición y edición del cuestionario y de definición y diseño de la base de datos informatizada. La transferencia de la información del cuestionario en soporte de papel a la base de datos es automática a partir de un escáner que captura las imágenes de las hojas de la recogida de datos, las digitaliza y las incorpora, en un solo paso, a la base de datos definida. La calidad intrínseca y extrínseca de los datos que se graban en la base queda garantizada en los algoritmos de lectura y verificación que se ejecutan entre la fase de incorporación (escáner) y la fase de grabación.

2.5. Análisis estadístico

Con el análisis estadístico SPSS 19.0, se describen todas y cada una de las variables sociodemográficas (edad, sexo), clínicas (tipo de demencia, fase CDR, MMSE, Índice de Barthel) y asistenciales (tipo y motivo de ingreso, lugar de residencia) que permiten clasificar los pacientes incluidos. Los valores de las escalas de puntuación se expresan con su media y su desviación típica (o con su mediana y sus percentiles si no siguen una distribución

normal). Las variables cualitativas se resumen con los porcentajes de sus frecuencias. En cuanto a los contrastes bivariados se ha tenido en cuenta la naturaleza de las variables a contrastar: las variables cualitativas se contrastan con la prueba de X^2 , mientras que las variables dicotómicas con variables cuantitativas se realizan con la prueba T de Student (o con sus alternativas no paramétricas si no siguen la distribución normal). Se considerará que existen diferencias significativas cuando se alcance un valor de p inferior a 0,05.

3. RESULTADOS

Desde septiembre de 2011 hasta abril de 2012 se han incorporado al estudio 59 pacientes diagnosticados de demencia, cuyos datos poblacionales y clínicos se muestran en la tabla II.

La prevalencia del síntoma ansiedad en los pacientes con demencia, valorada con el NPI en el momento del ingreso en la UPG fue del 61 % (36/59), siendo en la mujer más frecuente que en el hombre, 63,2 % y 57,1 %, respectivamente.

El síntoma ansiedad es más prevalente en las fases leve-moderada de la demencia que en la grave (tabla III) y en la demencia tipo Alzheimer (tabla IV), aunque las diferencias no son significativas ($p > 0,05$) donde es más frecuente.

Por otro lado el síntoma ansiedad aparece con más frecuencia en el grupo de mayor autonomía funcional (puntuación Índice de Barthel > 60) comparado con los de mayor dependencia funcional (tabla V); en este caso concreto se observa que la diferencia es estadísticamente significativa ($p = 0,023$).

Por otro lado, según el motivo de ingreso, los pacientes que ingresan por trastorno de conducta, son los que presentan mayor prevalencia del síntoma, con

TABLA II
VARIABLES POBLACIONALES Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA

Variables	Subgrupo	Hombre	Mujer	Total
N.º (%)		21 (35,6%)	38 (64,4%)	59 (100%)
Edad media (años) (\pm DE)		84,1	85,7	85,1 (\pm 6,0)
Estancia media en UPG (días)				41,5
Índice Barthel	< 30	13	21	34 (52,6%)
	30-60	4	7	11 (23,7%)
	> 60	4	10	14 (23,7%)
Tipo de demencia (%)	Alzheimer	6	21	27 (46%)
	Mixta	4	6	10 (17%)
	Vascular	6	7	13 (22%)
	Asoc. Parkinson	1	0	1 (2%)
	Fronto-temporal	1	0	1 (2%)
	Multifactorial	3	4	7 (11%)
Fase (CDR)	1			15 (25,4%)
	2			29 (40,7%)
	3			19 (32,2%)
	No valorado			1 (1,7%)
MMSE (%)	> 18-30			11 (18,6%)
	12-18			19 (32,2%)
	< 12			19 (32,2%)
	No valorados			10 (17,0%)
Exitus (durante ingreso)				10 (17,0%)

TABLA III
PACIENTES CON/SIN SÍNTOMA ANSIEDAD EN EL INGRESO SEGÚN FASE DE LA DEMENCIA

CDR	Ausencia síntoma	Presencia síntoma	Total
Leve	5 (33,3%)	10 (66,7%)	15
Moderado	8 (33,3%)	16 (66,7%)	24
Grave	10 (52,6%)	9 (47,4%)	19
No valorados	0	1	1
Total	23	36	59

TABLA IV
Pacientes con/sin síntoma ansiedad en el ingreso según tipo de demencia

Tipo demencia	Ausencia síntoma	Presencia síntoma	Total
Alzheimer	10 (37,0 %)	17 (63,0 %)	27
Mixta	5 (50,0 %)	5 (50,0 %)	10
Vascular	6 (46,2 %)	7 (53,8 %)	13
Asoc. Parkinson	0	1 (100 %)	1
Fronto-temporal	0	1 (100 %)	1
Multifactorial	2 (28,6 %)	5 (71,4 %)	7
Total	23 (39,0 %)	36 (61,0 %)	59

TABLA V
Presencia síntoma ansiedad en el ingreso según grado funcional

Índice Barthel	Ausencia síntoma	Presencia síntoma	Total
< 30	17 (54,8 %)	14 (45,2 %)	31
30 a 60	4 (28,6 %)	10 (71,4 %)	14
> 60	2 (14,3 %)	12 (85,7 %)	14
Total	23	36	59

el 88 % (22/25), seguido de los pacientes que ingresan por patología orgánica (con o sin delirium secundario) con el 40,9 % (9/22) y seguido de los que ingresan por delirium (sin patología orgánica) en 36,4 % (4/11).

Respecto la etiología de la ansiedad, las causas del tipo orgánico que pueden contribuir a desencadenar este síntoma son las más fácilmente identificables, aunque no por ello tienen que ser decisivas. En nuestra muestra, la presencia de síntomas psicóticos estaba en el 27,1 % (16/59), sintomatología depresiva en el 22 % (13/59), dolor en el 20,3 % (12/59), enfermedad respiratoria en el 11,9 % (7/59) y enfermedad cardiovascular en 10,2 % (6/59). Se desconoce de qué manera contribuye el tratamiento farmacológico

a la sintomatología; no se han estudiado causas de tipo ambiental.

La prevalencia del síntoma ansiedad en el momento del alta de la UPG (se excluyen los exitus) ha sido del 47,9 % (23/48); se observa una mejora en frecuencia/gravedad en la evolución de la sintomatología desde el ingreso hasta el alta (tabla VI).

Respecto al tratamiento farmacológico se observa una utilización importante de psicofármacos y muy especialmente los antipsicóticos (tabla VII) y los antidepresivos. Respecto al grupo de los antipsicóticos, el más utilizado en el ingreso es risperidona (24/59) y quetiapina (18/59), y de los antidepresivos el más utilizado es citalopram (20/59), seguido de trazodona (9/29) asociado o no a citalopram. Res-

TABLA VI
**Puntuación del síntoma ansiedad según NPI en el ingreso y en el alta
(excluyendo exitus)**

Puntuación ansiedad en NPI (0 a 12)	En ingreso	En alta
0	16	25
> 0 a 4	8	21
> 4 a 6	9	2
> 6 a 12	16	1
Total	49	49

TABLA VII
Utilización de psicofármacos en el ingreso y en el alta de UPG

Grupo terapéutico	En ingreso	En alta
Antidepresivos	49,1 % (29/59)	69,3 % (36/49)
Antiepilépticos	13,6 % (8/59)	14,3 % (7/49)
Antipsicóticos	76,2 % (45/59)	75,5 % (37/49)
Benzodiacepinas	50,8 % (30/59)	44,9 % (22/49)

pecto a benzodiacepinas, las más utilizadas son lorazepam y lormetazepam.

En el momento del alta hospitalaria el antipsicótico más utilizado es quetiapina (33/49) y de los antidepresivos sigue siendo mayoritario el citalopram, asociado o no a trazodona o mirtazapina; la venlafaxina también se ha utilizado aunque menos. La utilización de benzodiacepinas es cuantitativamente importante, sobre todo lorazepam y lormetazepam. El grupo de los antiepilépticos lo representa la pregabalina.

Finalmente, el grupo de fármacos «anti-demencia» se utilizan en el 44,8 % (13/29) de los pacientes tributarios de recibirlos; no se ha estudiado el por qué un paciente tributario de recibir dicho tratamiento no lo recibía, aunque podríamos apuntar como posibles causas: la progresión de la enfermedad, la aparición de efectos adversos o la contraindicación, entre otras.

4. DISCUSIÓN

El presente estudio pone de manifiesto la alta prevalencia del síntoma ansiedad (detectado con NPI) en enfermos de demencia, siendo más frecuente en mujeres que en hombres, valor que coincide con la bibliografía disponible. La presencia del síntoma ansiedad en el ingreso a la UPG se distribuye de manera diferente según el tipo y fase de demencia, aunque se trata solo de tendencias y las diferencias observadas entre los grupos no son significativas. Coincidiendo con la bibliografía, el síntoma ansiedad es más frecuente en la fase leve y moderada de la demencia que en la fase más avanzada. En cuanto a la prevalencia del síntoma ansiedad según tipo de demencia, nuestra muestra indica prevalencias superiores del síntoma ansiedad para las demencias tipo Alzheimer (63 %) y vascular respecto

a las referenciadas en la bibliografía (hasta el 32,10 % y 43 %, respectivamente).

Por otro lado el estudio nos muestra la existencia de una relación directa entre grado de autonomía funcional y prevalencia del síntoma ansiedad; así, a mayor autonomía, mayor prevalencia de síntoma ansiedad observándose en este caso, diferencias estadísticamente significativas. Este hallazgo debe de interpretarse con precaución por el tamaño muestral y que deberá ser confirmado en posteriores estudios con muestras de mayor tamaño y más homogéneas.

Respecto a la evolución del síntoma ansiedad desde el ingreso hasta el alta de la UPG, es destacable la mejora en la gravedad/frecuencia de la sintomatología, si bien en algunos casos no se ha resuelto del todo.

Por otro lado el presente estudio pone de manifiesto la elevada utilización de fármacos y concretamente los psicofármacos que reciben los pacientes con demencia. Es importante tener en cuenta la

particular sensibilidad que presenta nuestra población anciana y con demencia a los fármacos y la mayor susceptibilidad de padecer sus efectos adversos. Existen numerosos trabajos que ofrecen listados de fármacos no apropiados en el paciente geriátrico, uno de ellos es la reciente actualización de los Criterios de Beers¹⁶ que incluye un apartado específico en demencia (tabla VIII); entre otros datos de interés, se hace especial mención a los fármacos con cierta actividad anticolinérgica que agravarían aún más el estado cognitivo de nuestro paciente y favorecerían la aparición de cuadros confusionales, visión borrosa, retención de orina, estreñimiento, sequedad de boca, etc.

Respecto a los antipsicóticos, es importante hacer hincapié en los posibles efectos adversos a medio-largo plazo relacionados con su uso continuado en ancianos; por una parte la utilización de antipsicóticos de manera continuada empeora el estado cognitivo e incrementa el riesgo de muerte (accidente vascular

TABLA VIII

Fármacos no recomendados en el paciente geriátrico con demencia

Grupo	Subgrupo	Fármaco
Benzodiacepinas	Acción corta/intermedia y larga	Alprazolam, clorazepato, diazepam, flurazepam, lorazepam...
Otros hipnóticos		Zolpidem
Antagonistas receptor H2		Ranitidina, famotidina
Fármacos con actividad anticolinérgica	Antidepresivos	Tricíclicos, paroxetina
	Antihistamínicos	Difenhidramina, hidroxicina
	Antimuscarínicos urinarios	Oxibutinina, solifenacina, tolterodina
	Antiparkinsonianos	Biperideno
	Antipsicóticos	Clorpromazina, clozapina, flufenacina, olanzapina...
	Otros	Tizanidina, hiosciamina, escopolamina...

cerebral)¹⁷ y por otra, su uso se ha relacionado con trastornos del metabolismo (aumento de peso, dislipemia e hiperglucemia), que contribuyen o favorecen la aparición de enfermedades cardiovasculares¹⁸. Diferentes guías^{2, 19} proponen valorar sistemáticamente la necesidad de un fármaco antipsicótico en el tratamiento sintomático de los trastornos de conducta, ya que el beneficio que se obtiene al proseguir con el tratamiento es dudoso y sin embargo su uso continuado eleva el riesgo de aparición de sus efectos adversos. Nuestra realidad nos muestra que aunque el 76% de los pacientes que en el momento del ingreso está siendo tratado con antipsicóticos, el motivo principal de ingreso en la UPG es precisamente el trastorno de conducta.

La utilización de antidepresivos también es importante, sobre todo en el momento del alta de la UPG, hecho que apoyaría la asociación entre demencia-síndrome depresiva y la coexistencia de sintomatología depresiva-ansiosa. Los antidepresivos de elección son precisamente los ISRS (particularmente citalopram y sertralina) por su eficacia, seguridad y coste.

La utilización de las benzodiazepinas se relaciona con un empeoramiento del estado cognitivo, confusión, caídas, fracturas, entre otros, que tienen consecuencias importantes para los pacientes, motivo por el que su prescripción debe ser también muy cuidadosa seleccionando aquellos pacientes que puedan tener un claro beneficio con su utilización, reevaluar su necesidad pasado un tiempo y evitar su uso indefinido. Dentro el grupo de benzodiazepinas es aconsejable seleccionar aquellas que tengan una duración de acción corta-intermedia, como son el lorazepam y lormetazepam, evitando las de acción más larga (diazepam) porque su efecto sedante se prolonga en el tiempo lo que favorece la aparición de sus efectos indeseados.

Finalmente, respecto a los medicamentos antidemencia, la Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias², recoge varias cuestiones interesantes en cuanto a la evidencia científica de este grupo de fármacos; si bien parece clara la eficacia de IACE en la fase leve-moderada en Alzheimer y de memantina en la fase moderada-grave (grado de evidencia A), el beneficio del IACE sería cuestionable y fuera de ficha técnica en la fase grave de la enfermedad. El hecho de combinar donepezilo con memantina en la fase moderada-grave solo está avalado por un estudio²⁰ publicado hace ya unos años y de corta duración (24 semanas) que mostró una mejoría significativa en la función cognitiva y menor deterioro en las actividades de la vida diaria; sin embargo, un estudio reciente y de duración mayor²¹ indica que la combinación de donepezilo con memantina no aportaría beneficio respecto a donepezilo solo, hecho que apoyaría el uso continuado de donepezilo en las fases más avanzadas de la enfermedad. Delante de estos resultados contradictorios y con diferencias pequeñas entre grupo control/activo con repercusión dudosa en la clínica, es necesario valorar otros aspectos (institucionalización, presencia de trastornos conductuales, necesidad de otros psicofármacos, los costes directos e indirectos) y en definitiva poder valorar el beneficio/riesgo real del tratamiento antidemencia.

La población que se ha estudiado pone de manifiesto pacientes sin su tratamiento antidemencia, aunque de acuerdo con lo mencionado anteriormente, no parece descabellado puesto que no existen tratamientos farmacológicos que se hayan demostrado claramente eficaces en modificar el curso natural de la enfermedad, que tienen numerosos efectos adversos y un coste económico directo importante.

A modo de conclusión sobre el uso de la farmacoterapia en los ancianos y específicamente con demencia, no existe una regla de oro para poder asegurar la eficacia y seguridad de la farmacoterapia, pero sí aspectos claves que pueden ayudar a optimizarla:

- Identificar el objetivo terapéutico, es decir, valorar la situación clínica del paciente y los beneficios que puede aportar el tratamiento.
- Seleccionar aquellos medicamentos con amplia experiencia en geriatría, y evitar aquellos que no son apropiados.
- Utilizar la dosis más pequeña posible e incrementarla lentamente: *«Start low and go slow»*.
- Revisar periódicamente la eficacia y seguridad del tratamiento.
- Considerar si el objetivo terapéutico del tratamiento farmacológico ha cambiado.

5. LIMITACIONES

El presente trabajo analiza la ansiedad como síntoma y no como trastorno, que ha sido valorado con el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI).

El tamaño limitado de la muestra estudiada no permite extrapolar los resultados obtenidos ni generalizarlos al resto de enfermos con demencia; estos resultados deberán ser confirmados en posteriores trabajos con muestras de mayor tamaño y más homogéneas.

6. AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales del Hospital Sant Jaume de Manlleu, que han hecho posible el presente estudio, especialmente al Dr. Escabia y a la enfermera Àngels

Tañà, por su profesionalidad, compromiso y optimismo; al Dr. Roura por su ayuda técnica en el diseño del cuaderno de recogida de datos y apoyo en el análisis estadístico; al Dr. Codina por su confianza.

«No hace el viejo las mismas cosas que los jóvenes, pero hace cosas mayores y mejores...»

MARCO TULIO CICERÓN

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. International Classification of Diseases. 10th rev. Ginebra, World Health Organization; 1992.
2. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer 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. Guies de Pràctica Clínica en el SNS Maig 2011. Versión completa.
3. International Psychogeriatric Association. Síntomas Conductuales y Psicológicos en la Demencia (DCPD). Gardiner-Cadwell Communications Ltd.; 1998.
4. Porter VR, Buxton WG, Fairbanks LA, Strickland T, O'Connor SM, Rosenberg-Thompson S, Cummings JL. Frequency and characteristics of anxiety among patients with Alzheimer's disease and related dementias. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2003;15:180-186.
5. Seignourel PJ, Kunik ME, Snow L, Wilson N, Stanley M. Anxiety in de-

- mentia: a critical review. *Clinical Psychol Rev* 2008;28(7):1071-1082.
6. Micromedex® 2.0 Healthcare Series (<http://www.thomsonhc.com/home/dispatch>).
 7. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Cacusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44:2308-2314.
 8. Vilalta Franch J, Lozano Gallego M, Hernández Ferrándiz M, et al. Neuropsychiatric inventory. Propiedades psicométricas de su adaptación al español. *Rev Neurol* 1999;29(1):15-19.
 9. Gibbons LE, Teri L, Logsdon RG, McCurry SM. Assessment of Anxiety in Dementia: An investigation into the association of different methods of measurement. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2006;19:202-208.
 10. Twelftree H, Qazi A. Relationship between anxiety and agitation in dementia. *Aging & Mental Health* 2006;10(4):362-367.
 11. Shankar KK, Walker M, Frost D, Orrell MW. The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia (RAID). *Aging & Mental Health* 1999;3(1):39-49.
 12. Ballard C, Waite J. The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(1):CD003476.
 13. Hughes CP, Berg L, Danziger Wl, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry* 1982;140:566-572.
 14. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-198.
 15. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
 16. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society Update Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2012 Apr;60(4):616-31.
 17. Gill SS, Bronskill SE, Normand ST, Anderson GM, Sykora K, Lam K, Bell CM, Lee PE, Fischer HD, Herrman, Gurwitz JH, Rochon PA. Antipsychotic Drug Use and Mortality in Older Adults with Dementia. *Ann Intern Med* 2007;46:775-786.
 18. Gentile S. Long-term treatment with atypical antipsychotics and the risk of weight gain: a literature analysis. *Drug Saf* 2006;29:303-19.
 19. Dementia. Supporting people with dementia and their careers in health and social care (2006). National Institute for Health and Clinical Excellence (<http://www.nice.org.uk>).
 20. Tariot PN, Farlow MR, Grossberg GT et al. Memantine Study Group. Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004 Jan 21;291(3):317-24.
 21. Howard R, McShane R, Lindesay J, et al. Donepezil and memantine for moderate-to-severe Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2012 Mar;366(10):893-903.

EVALUACIÓN DE LAS REACCIONES PSICOSOCIALES DE LA SOBRECARGA DE FAMILIARES DE PACIENTES CON SÍNDROME DEMENCIAL

BERTHA TORRES

Psicóloga.

Trabajo premiado con el Segundo premio del Máster en Psicogeriatría, promoción 2010-2012.

Recepción: 12-03-13 / Aceptación: 10-04-13

INTRODUCCIÓN

La creciente demanda de atención por demencias y enfermedades neurodegenerativas ha ido en aumento por el inevitable y global cambio en la pirámide poblacional. Conjuntamente a esto, crece la necesidad de hacerse cargo de aquellos que acompañan al paciente en la evolución de la enfermedad.

La sobrecarga en el cuidador, ya sea familiar o no, es un fenómeno real que afecta directamente las dimensiones físicas, psíquicas y sociales de los que se hacen cargo de brindar los cuidados y atenciones para el paciente que va perdiendo capacidades.

El objetivo principal de este estudio, es la valoración de aspectos que repercuten en la toma de decisiones sobre el enfermo y sobre el vínculo familiar, en los aspectos psicológico y social. Para esto, se utilizó la Escala Zarit de sobrecarga del cuidador (1980) y posterior-

mente una escala Likert que aborda las variables *a)* culpa, *b)* ira, con el propósito de ubicar el lugar en dónde radica el principal conflicto emocional del familiar con sobrecarga.

Dentro de los posibles alcances del estudio, se encuentra la realización de pequeñas intervenciones psicoeducativas de retroalimentación, que brinden información, prevención y apoyo al familiar en aspectos puntuales de su problemática ya valorada.

Es un estudio que tiene un diseño no experimental, de tipo transaccional descriptivo y de análisis mixto.

Las características de la muestra son, familiares de pacientes diagnosticados con síndrome demencial, que se encuentran en relación con el cuidado del enfermo y que estén vinculados a la Asociación de Familiares enfermos de Alzheimer de Barcelona (AFAB) y al grupo de familiares dirigido por el Ayuntamiento de Barcelona.

Palabras clave

Sobrecarga, cuidador familiar, vínculo afectivo, culpa, ira.

MARCO CONCEPTUAL

Sobrecarga y familia

La *sobrecarga* se define como el estado psicológico que se genera de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales y demandas económicas, fruto de la tarea misma del cuidado del paciente (Dillehay y Sandys, 1990)¹.

Este término ha tenido muchas aportaciones desde hace muchos años. Dependiendo de cada autor, se encontrarán definiciones distintas. Algunos las subdividen en sobrecarga objetiva y subjetiva (Morris RG et al., 1991)², mientras que otros engloban las dos entidades en un solo concepto.

El trabajo del cuidado raramente es repartido de manera uniforme; se ha manifestado que el 88 % de los casos recae en un cuidador principal. «*El carácter progresivo de la enfermedad va imponiendo cargas cada vez más penosas a las personas del entorno*» (Bermejo F, 1998). Esto repercute gravemente en el bienestar de la persona responsable del cuidado, afectando a su salud física y psíquica, y, por consiguiente, alterando el tratamiento de la persona con demencia³.

Aproximadamente, el 75 % de los cuidadores de pacientes con demencia, son familiares⁴, es por eso que surge la imperiosa necesidad de brindar atención a esta población en específico, que además de experimentar las repercusiones de la sobrecarga, debe reorganizarse dentro de su propio sistema familiar, de acuerdo a sus nuevas funciones y roles.

Comprendiendo el fenómeno como

una crisis del ciclo familiar no normativa, el diagnóstico de demencia desencadena ciertas reacciones como el estrés y el aislamiento en el grupo, por lo tanto, el tratamiento debe abarcarse en díada paciente/familia en el cual esta última pueda expresarse abiertamente y resolver sus dudas acerca de la enfermedad y cómo sobrellevarla para reorganizarse a sí mismo y dentro del círculo familiar⁵.

Para explorar el nivel de la sobrecarga en el familiar que cuida, puede realizarse una valoración a través de escalas y entrevistas especializadas. La escala Zarit de sobrecarga del cuidador (Zarit et al., 1998), es una herramienta de medición estandarizada, que evalúa los aspectos físicos, psíquicos, sociales y económicos del cuidador, de manera cuantitativa, es capaz de medir el grado de disestrés emocional y sus resultados pueden correlacionarse con la existencia de determinados síntomas en el paciente y necesidades no resueltas, y así, valorar el efecto de futuras intervenciones sobre algunas de las causas de la sobrecarga. En la puntuación, valora el nivel de sobrecarga con 22 ítems, siendo de 22 a 46 puntos la calificación más baja (indicando que no hay sobrecarga), de 47 a 55 puntos (sobrecarga leve) y de 56 a 110 puntos (sobrecarga intensa)^{6, 7}.

Una vez que se ha evaluado al cuidador, y este ha salido con un índice de sobrecarga, lo mejor es canalizarlo para que reciba algún tipo de ayuda. Entre los más utilizados se encuentran: las intervenciones de respiro, los grupos de apoyo, las intervenciones psicoeducativas y las intervenciones basadas en nuevas tecnologías, programas multimodales. Estas intervenciones, tienen el objetivo de aportarle un apoyo psicológico al cuidador, brindarle información acerca de la enfermedad y su curso, ayudarlo a reorganizarse socialmente y permitirle prevenir la depresión y el estrés^{8, 9}.

«...la familia que dispone de información y herramientas adecuadas, se convierte en un agente terapéutico.»

BERMEJO, 2004

Reacción emocional ante la demencia

La discapacidad que puede generarse en un caso con demencia, tiene repercusiones en la familia, no solo por la parte emocional, sino también por el cambio en los roles y las tareas cotidianas del sistema.

Un elemento diferencial entre los cuidadores primarios de los secundarios, es el vínculo afectivo. Los cuidadores familiares suelen sufrir un gran impacto emocional, pues los patrones de relación no solo se deterioran, sino que algunas veces, suelen llegar a subvertirse¹⁰.

No es de extrañar, entonces, que la familia y los miembros más allegados sean los más afectados emocionalmente, debido al gran abanico de cambios sociales y psíquicos que una demencia puede ocasionar.

Cuando se presenta una crisis de esta índole en la familia, suelen aparecer reacciones defensivas, reacciones emocionales y sentimientos vinculados al proceso de duelo. Primero suele presentarse la negación, y una vez que esta va digiriéndose, la agresividad, la ira o enojo se proyectan. Es entonces, y más cuando el cuidador es el familiar, que el sentimiento de culpa hace su aparición. Y es ahí el momento, en donde la intervención debe llevarse a cabo, explicando que esta gama de emociones son parte del proceso de readaptación a la enfermedad y que, con un manejo adecuado de las mismas, se reducirá en parte el estrés que estas emociones «negativas» pueden engendrar¹¹.

Manejo de la culpa

«La culpa es un sentimiento global y humano que surge de la combinación de ciertas emociones básicas, como son el miedo y la aversión, que junto al complejo sentido del remordimiento y la mala conciencia, desembocan en este sentimiento tan incontrolable y a menudo devastador.»

ROJAS, 2009¹²

La culpa real y la culpa falsa

La naturaleza de la culpa, viene integrándose en el ser humano desde la infancia, siendo un autorregulador del comportamiento.

Básicamente, cada una tiene que ver con la capacidad de empatizar, y la responsabilidad de los actos. Lo importante en estos casos, es poder diferenciarlas, para llegar a un análisis objetivo del por qué la persona se siente culpable y si esta tiene los medios para cambiar su situación¹².

Independientemente del vínculo que se haya tenido en los años en que el paciente aún no estaba enfermo, se observa que la culpa aparece también por circunstancias del presente¹³:

- El pasar tiempo lejos del enfermo, atendiendo a las propias necesidades, relaciones interpersonales, entre otras, también pueden generar incomodidad. Al igual que las promesas que el enfermo «provoca» para no ser ingresado y abandonado.
- Limitar las actividades que formaban parte de su vida cotidiana y que ahora son consideradas como un peligro, como conducir, cocinar, y llevar una vida autónoma en general. Tomar las decisiones por él.
- «El pecado de omisión»: pensar que se pudo haber evitado que el familiar

enfermase, dedicándole más tiempo, manteniéndole activo, llevándole antes al médico, haberse dado cuenta antes de sus fallos, por mencionar las más representativas.

- Los pensamientos «*inadecuados*»: cuando aparecen sentimientos realistas sobre la sobrecarga que está produciendo la enfermedad. Generalmente, se generan pensamientos y fantasías sobre la muerte, y reproches porque el familiar ha enfermado. Lo cual hace sentir a la persona como «mala» y a la vez, culpable¹⁴.

El hecho de informarse acerca de la enfermedad, buscar ayuda de un consejero o de familias con problemas similares, es un factor de protección para los cuidadores familiares y ayuda en la toma de decisiones sobre el porvenir del paciente con deterioro.

«La culpa es considerada como un obstáculo y el saberla manejar hace más fácil la toma de decisiones y el tratamiento en general¹⁵».

También es recomendable explicarle a la familia, que no existen sentimientos «adecuados» o «*inadecuados*», sino que son emociones necesarias y correctas por su naturaleza relacionada con la enfermedad y la pérdida.

Manejo de la ira

Esta reacción suele expresarse en diversas situaciones, y ninguna reemplaza a la otra y tampoco son exclusivas. La ira se presenta generalmente:

- *Por el enfrentamiento al diagnóstico*: la persona no encuentra una razón por la cual tenga que pasar por esta difícil situación. Se pregunta ¿por qué yo?, se enoja con Dios, con sus fami-

liares, con el paciente enfermo y con él mismo.

- *Por cuidar*: muchas veces, el cuidado se convierte en tema de enfrentamientos y discusión en las familias, pues el que cuida, no se siente apoyado por los demás. Cuando el familiar no es el cuidador, puede irritarse con el cuidador porque no le parece correcta la manera en que realiza el trabajo¹⁶.
- *Por las conductas del enfermo*: los trastornos de conducta en pacientes con demencia suelen ser comunes, y muy desgastantes para los cuidadores. En los llamados «días malos», ya sea por la afectación neuronal, medicamentos y personalidad del enfermo, las amenazas de agresiones y agresiones en sí mismas, tienen un efecto sumamente angustiante en el cuidador, y muchas veces, el manejo de estas conductas no es fácil¹⁷.

Se recomienda:

1. *Disociar la enfermedad/enfermo*: reconocer las limitaciones que ha dejado la enfermedad, para entender que no actúa así a propósito. Que los trastornos de conducta son efecto de la demencia y que existen técnicas para aprender a manejarlos. (No pretender cambiarlo, ni razonar, ser breve y claro, prudente y afectivo, entretener, desviar su atención.)
2. *Aceptar el enojo*, como una reacción adaptativa y normal de un proceso doloroso y estresante como lo es la enfermedad de un familiar y el tener que cuidarlo en una situación de dependencia.
3. *Discutir con profesionales y otras familias* para identificarse y compartir técnicas para ayudar a canalizar la irritabilidad. La identificación en grupos de familias y autoayuda, hace que

las emociones «negativas» sean un punto en común, pudiendo así deshacerse de lo que se piensa como singular¹⁸.

El dejar que la persona se exprese libremente, haciendo la culpa a un lado, ubicando sus sentimientos, racionales o irracionales, tiene un gran beneficio.

«Si se tolera su rabia, dirigida hacia el profesional, al enfermo o a Dios, se le está ayudando a dar un gran paso hacia la aceptación sin culpabilidad. Si se le reprocha su atrevimiento a airear esos pensamientos tan mal considerados socialmente, somos culpables de prolongar su dolor, su vergüenza y su culpabilidad, que a menudo provocan enfermedades tanto físicas como psíquicas»¹⁹.

OBJETIVOS

1. Indagar en el manejo de los aspectos de la sobrecarga subjetiva de la familia, que tiene que cuidar al paciente con demencia, y que al
2. darle un espacio para hablar de su enfrentamiento al diagnóstico y a la evolución de la enfermedad, pueda también
3. reflejarse a sí mismo, informarse y reeducarse para manejar aspectos como la culpa, que finalmente trascenderá en la
4. toma de decisiones sobre el paciente/familia, con la primicia de la mejora sobre el tratamiento no farmacológico, tanto del familiar como del mismo paciente que sufre el síndrome demencial.

METODOLOGÍA

Este trabajo tiene un enfoque de análisis mixto (cualitativo y cuantitativo), debido a la naturaleza del tema, y a la necesidad de expandir la información que ya se tiene. Es un diseño no experimental, pues la intención no radica en modificar ninguna de las variables, más que explorarlas. Y debido a que se realizará en un momento único, será de alcance descriptivo transeccional.

INSTRUMENTOS

1. Escala Zarit de sobrecarga psicoemocional del cuidador familiar (1980). (Autoaplicada.)
2. Escala Likert de reacciones emocionales respecto al cuidado del familiar. (Autoaplicada.)

POBLACIÓN

26 sujetos, hombres y mujeres, que tienen un familiar con síndrome demencial, que tengan contacto directo con el cuidado del enfermo y que acuden a los grupos de cuidadores de la Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer de Barcelona (AFAB) y del Grupo de Familiares Cuidadores auspiciado por el servicio social del Ayuntamiento de Barcelona en el barrio del Eixample Esquerra.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser familiar y estar en contacto directo con el cuidado de una persona con síndrome demencial.
- Ser parte de los grupos de familiares de AFAB y del centro de servicios sociales del Ayuntamiento de Barcelona del barrio del Eixample Esquerra.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que el paciente al que cuidasen, no tuviera un deterioro cognitivo o incapacidad física inminente (un caso de enfermedad de Parkinson).
- Que no tuviesen un contacto directo en el cuidado del paciente con demencia (un caso de un esposo que acompañaba a su esposa, hija de la enferma a la sesión).

MUESTRA

26 mujeres y hombres de 48 a 83 años, miembros de un grupo de familiares de AFAB y/o del grupo que auspicia el Ayuntamiento de Barcelona en el barrio del Eixample Esquerra, que son hijos o cónyuges de una persona con síndrome demencial y que han firmado un consentimiento informado acerca del estudio.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Respecto a la validez interna del estudio, el principal problema se encuentra en que la escala Likert de culpa y enojo no es un instrumento validado, por lo cual, los resultados tuvieron que ser descritos solo de manera cualitativa. Por otro lado, la validez externa se ve afectada debido al tamaño de la muestra.

PROCEDIMIENTO

1. Presentación del estudio y aceptación de la participación mediante un consentimiento informado.
2. Evaluación de la sobrecarga con la escala Zarit y las reacciones de culpa y enojo con una escala Likert.
3. A manera de conclusión y análisis cualitativo, se realizó una mesa redon-

da donde, a manera de retroalimentación, los sujetos del estudio comparaban sus anécdotas.

RESULTADOS

Del apartado de resultados cuantitativos, se encontró lo siguiente:

- I. De los 26 sujetos que participaron en el estudio, el 81 por ciento fueron mujeres, mientras que el 19 % fueron hombres.
- II. En la distribución de parentesco, cinco eran esposos, nueve hijas y doce esposas.
- III. Respecto a los rangos de tiempo de cuidado en años; de 0 a 1 años fue de 4 %; de 1 a 5 años fue de 65 %; y de más de 5 años fue de 31 %.
- IV. El nivel de sobrecarga promedio de la muestra fue de 52,65, cifra que puntúa en «sobrecarga leve».
- V. De la distribución de niveles de sobrecarga de la escala Zarit, se obtuvo que: once sujetos no presentan sobrecarga, tres experimentan sobrecarga leve, y doce sobrecarga intensa.
- VI. La relación entre niveles de sobrecarga y tiempo de cuidado en años resultó ser directamente proporcional.*

Los cuidadores que llevan más de cinco años a cargo de su familiar, presentan una sobrecarga de 62,6, indicando «sobrecarga intensa», mientras que los que llevan

* El único sujeto que participó en el estudio y que tiene **menos de un año** desde el diagnóstico, no se incluyó en la relación de sobrecarga y tiempo de cuidado en años, pues el estrés emocional perturba las áreas social y física de la Escala Zarit, obteniendo así una puntuación de 68 (sobrecarga intensa).

de uno a cinco años, tienen un promedio de sobrecarga de 47, puntuando en «sobrecarga leve».

- VII. La relación entre niveles de sobrecarga y parentesco, señala que las hijas son más propensas a experimentar sobrecarga, pues su puntuación promedio fue de 60 (sobrecarga intensa), seguido por el promedio de las esposas de 49,4 (sobrecarga leve), y de los esposos de 47,2 (sobrecarga leve).

La escala Likert de reacciones emocionales (enojo y culpa), arrojó los siguientes datos:

- I. Los sujetos que tienen más de cinco años al cuidado de su familiar, manifiestan más culpa y enojo a nivel promedio.
- II. Las hijas cuidadoras tienen los puntajes más altos de las escalas de culpa y enojo.
- III. A nivel global, las situaciones en que más se manifiesta la culpa son: en primer lugar, por enfadarse; en segundo lugar, por pensar que no cuidan adecuadamente; en tercer lugar, por retirarle autonomía al enfermo; en cuarto lugar, por tener «pensamientos inadecuados» acerca de muerte, y de la terminación del cuidado por la misma, además de los chantajes que hace el enfermo al cuidador familiar. Y, en último lugar, por pensar que se pudo evitar la enfermedad.
- IV. Existió una diferenciación en relación a la culpa y el parentesco: las hijas sienten más culpa por pensar que no ejercen el cuidado de manera adecuada, mientras que las esposas la presentan después de enfadarse y, los esposos, cuando restan autonomía.

- V. En los ítems de enojo, los tres tipos de parentesco suelen presentar enojo introyectado con más frecuencia que hacia el enfermo y algún otro cuidador (en caso de que existiese). En promedio, los esposos suelen presentar irritabilidad con más frecuencia que las hijas y las esposas.

- VI. En la pregunta abierta acerca de los sentimientos asociados a la culpa, los más sobresalientes fueron: frustración, impotencia y enfado.

CONCLUSIÓN

El impacto que tiene la tarea del cuidado del día a día, es una imperiosa necesidad a atender, que tienen los profesionales inmiscuidos en las demencias. Las relaciones afectivas implicadas en el cuidado, son altamente vulnerables a desgastarse e incluso a subvertirse, convirtiéndose en otro punto a tratar a la hora de tener a un cuidador primario enfrente.

No solo la información de la etiología y evolución de la enfermedad son importantes, sino que sin anticiparse, debe construirse un discurso en donde el cuidador sea posicionado en un papel fundamental para el tratamiento en dñada (paciente-cuidador). Siempre recordando la importancia de la evaluación de las esferas física, psicológica y social, sin generalizar ni desmeritar.

Las escalas de exploración validadas son una herramienta esencial en el diagnóstico de la sobrecarga, sin embargo la clínica nunca debe perderse, y si los recursos humanos y materiales lo permiten, el acercamiento y tratamiento del cuidador debería ser individualizado. La evaluación, como en este estudio, suele abarcar diversas áreas del individuo que siempre están en contacto directo entre ellas; a nivel global, puede no parecer so-

brecargado, sin embargo, al acercarse la lupa, de manera focalizada, se puede ver el desgaste.

*«Por cuidar a mi madre,
me he perdido la juventud
de la vejez de mi esposo»...*

Debido al nivel de «sobrecarga intensa» que experimentan las hijas de madres con síndrome demencial, el abordaje asistencial debería tener sus particularidades. Las quejas subjetivas de este sector respecto a la vida social que han perdido, al aislamiento y al poco apoyo familiar que reciben, hacen que se posicionen en un lugar muy vulnerable a padecer síntomas de ansiedad y depresión.

Respecto a las reacciones psicoemocionales, las hijas doblan los índices de enojo y culpabilidad, con respecto a las esposas y esposos cuidadores.

Desde el punto de vista psicológico, el sentimiento de culpa tiene que ver con una dualidad, con la combinación de dos componentes antagónicos. Psicoanalíticamente, con la relación amor-odio. Socialmente, el actuar mal frente a la propia moral, también exige esta consecuencia. Pero, ¿por qué este vínculo es el más expuesto?

La hipótesis sería que, a lo largo de la vida, los padres nos enseñan, nos ordenan, nos dicen lo que hay que hacer y no hacer, es una relación marcada por una jerarquización, diferente (en algunos casos) a la alianza o matrimonio. Pero cuando la enfermedad alcanza el grado en que los hijos deban re-enseñar, tomar decisiones sobre sus padres, elegir en qué lugar se encontrarán mejor, entonces surge el conflicto, la inseguridad de saber si es así cómo debe suceder y cambiar la vida al grado de que los papeles se invierten. La estructura familiar gira 180 grados, en todas las esferas de los miembros de ella.

DISCUSIÓN

Desde la elección del tema relacionado con la culpa, era evidente que se encontrarían dificultades. A partir del punto de vista fisiológico, sería muy difícil decir que una reacción de enojo siempre generará sentimiento de culpa. Aún en la evaluación cualitativa con la escala Likert, fue imposible relacionar estas dos variables, por las siguientes razones:

1. Que el enojo es una emoción, y la culpa es un sentimiento. Propiamente dicho esto, el enojo ha de ser manifestado de manera explícita, mientras que la culpa es más intelectualizada y no siempre se expresa. La culpa es un elemento que puede o no aparecer por la combinación de diversas emociones, como la ira, y con situaciones sociales inculcadas desde la infancia, es decir, es un proceso hondamente subjetivo.
2. La negación. Un mecanismo de defensa, que le otorga al individuo el poder de no asumir sus pensamientos, sentimientos y acciones. Aceptar que se siente o ha sentido culpa, quiere decir que se ha dudado de haber hecho las cosas «bien». No es fácil para nadie ver cómo su familiar va perdiendo autonomía y deja de ser lo que fue a lo que la enfermedad le permite ser. Las fantasías de muerte que tiene el cuidador hacia el enfermo, por ejemplo, son recurrentes y forman parte del proceso de «duelo anticipado» y de la exhaustiva labor de cuidar, pero son también difíciles de admitir.

Sería interesante realizar investigaciones en el futuro que puedan tener acercamiento a más miembros de una familia simultáneamente, para analizar si es la sobrecarga el único elemento que afecta las relaciones afectivas en la familia. Además tomar en cuenta, que este estudio se realizó con personas que han recibido in-

tervenciones psicoeducativas acerca de la demencia y la importancia de cuidarse a sí mismas. Se recomendaría también en futuras evaluaciones, tener un grupo control, para explorar las intervenciones como variable extra.

AGRADECIMIENTOS

Por abrirme las puertas para realizar el estudio, a AFAB (Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Barcelona), en especial a la neuropsicóloga Sara Carrillo y a la trabajadora social Naomi Gamero del centro del Ayuntamiento de Barcelona del Eixample Esquerra.

Al maestro Robert Frías y neuropsicóloga Francesca Amores, por la supervisión de la construcción y redacción del proyecto.

Por su ejemplo profesional y apoyo en las prácticas del máster, a la neuropsicóloga Mar Ruiz del hospital Mare de Déu de la Mercè.

A todos los que con su soporte me enseñaron a acortar el tiempo y la distancia, Christian Ochmann, Fernanda Mandujano, Emilia Rivera y Rolando Angulo.

Y especialmente y dedicado a mis padres Jorge Torres y Berta Martínez.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dillehay RC, Sandys MR. Caregivers for Alzheimer's Patients: What We Are Learning from Research. *International Journal of Aging and Human Development* 1990;30(4):263-28.
2. Morris RG, Woods RT, Davies KS et al. Gender differences in carers of dementia sufferers. *British Journal of Psychiatry* 1999;158(10):69-74.
3. Agüera Ortíz LF. Demencia: una aproximación práctica. Barcelona, Editorial Masson; 1998.
4. EDUCA-DEM: Programa psicoeducativo para el manejo de la sobrecarga en el cuidador del paciente con demencia. Instituto de Investigaciones Psiquiátricas (IIP). Fundación María Josefa Recio.
5. Fort I. Atención a la demencia. Visión integradora de la geriatría. Barcelona, Nexus Médica; 2007.
6. Cruz Jentoft AJ, González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T, Rexach Cano L. Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica. Barcelona, Editorial Prous Science; 2006.
7. Zarit SH, Reever KE, Back-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist* 1980;20:649-655.
8. Bermejo F. Aspectos familiares y sociales del paciente con Demencia. 2.ª ed. Madrid, Díaz de Santos; 2004.
9. Ver en (8). Hayley WE, Bailey S. Recherche fur la prise a charge pour la famille dans la maladien Alzheimer.
10. Alberca R, López Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Cap. 8: Familia y Demencia. Intervenciones de apoyo y regulación. Madrid, Ed. Panamericana; 2002.
11. Selmés J, Selmés M. Vivir con la enfermedad de Alzheimer. Guía práctica del cuidador de Alzheimer. 6.ª ed. Madrid, MEDITOR; 2005.
12. Rojas Marcos L. El sentimiento de culpa. Madrid, Editorial Aguilar; 2009.
13. Mace N. The 36-hour day: a family guide to caring for people with Alzheimer disease, other dementias, and memory loss in later life. Barcelona, Ediciones Paidós; 2004.
14. Matthews-Simonton S. Recuperar la salud: una apuesta por la vida: guía detallada de autoayuda para vencer el cáncer y otras enfermedades, con suge-

- rencias prácticas para los pacientes y sus familias. Madrid, Ed. Los Libros del comienzo; 1999.
15. Pérez P. Trauma, culpa y duelo: hacia una Psicoterapia integradora programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas. Bilbao, Editorial Desclee de Brouwer; 2006.
 16. Márquez González M. et al. Cuidando más allá del domicilio: el papel de la familia en los centros residenciales y el cuidado colaborativo». Viguera Editores SL; 2010. Psicogeriatría 2010.
 17. Casquero R, Selmes J. Cómo entender, actuar y resolver los trastornos de conducta de su familiar. Madrid, Meditor; 2008.
 18. Raymond F. Conviviendo con el Alzheimer. Guía para familias. Madrid, Editorial Raíces; 1999.
 19. Kubler Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. 7.ª ed. Barcelona, Ed. Debolsillo; 2009: 203-232.
- Otras fuentes consultadas*
- Álvarez C. El Alzheimer. La enfermedad y su entorno. Madrid, Ediciones Eneida Salud; 2002.
 - Arango JC, Fernández S, Ardilla A. Las demencias: aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento. México, Manual Moderno; 2003. Cap. 21.
 - Balestrero S. Demencias y familias. Alzheimer Argentina (Sede Web) Argentina; 2009. www.alzheimer.org.arg
 - García R, Moure JC. Sobrecarga del cuidador del paciente con Alzheimer. Alzheimer Argentina (Sede Web) Argentina; 2009. www.alzheimer.org.arg
 - Gillies A. Las amapolas del olvido. Temas de hoy, Madrid; 2011.
 - CEAFa: Modelo de centro de día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer. 1.ª ed. IMSERSO; 2008.
 - Para aprender a cuidarse y cuidar mejor. Gobierno del principado de Asturias. Consejería del bienestar social.
 - Sampieri R. Metodología de la investigación. México, Editorial McGraw Hill; 1991.
 - www.sepg.es Sociedad española de psicogeriatría.
 - www.segg.es Sociedad española de geriatría y gerontología.

ANEXOS

GRÁFICO I
Distribución de sexo

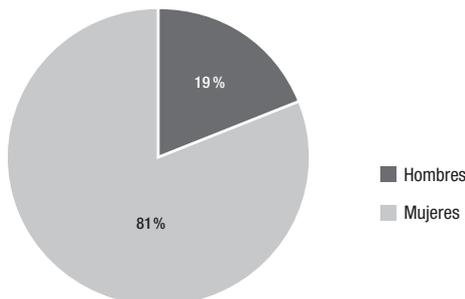


GRÁFICO II
Distribución de parentesco

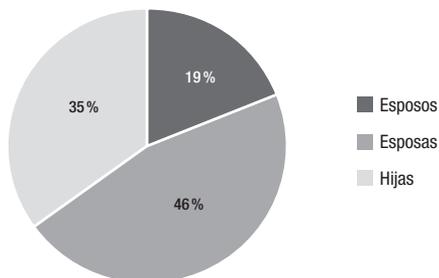


GRÁFICO III
Distribución de tiempo de cuidado (en años)

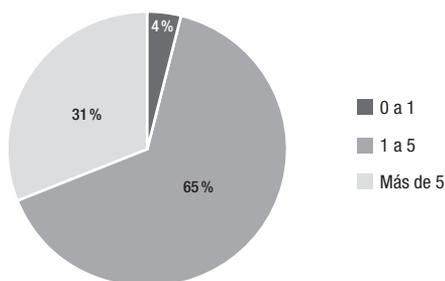
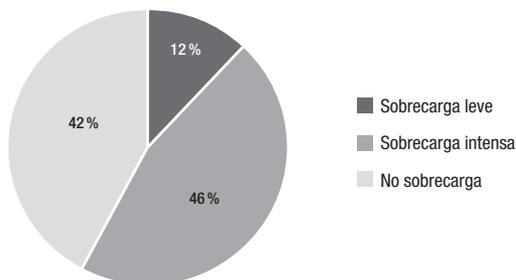


GRÁFICO IV
Distribución de niveles de sobrecarga (escala Zarit)



Puntuación: sumando las puntuaciones de todos los ítems de la escala se obtiene una puntuación total, con un rango que va desde 22 a 110. El punto de corte que diferencia entre sobrecarga/no sobrecarga es de 46-47. El resultado puede clasificarse en tres niveles de sobrecarga:

No sobrecarga (de 22 a 46) **Sobrecarga leve** (de 47 a 55) **Sobrecarga intensa** (de 56 a 110)

GRÁFICO V
Relación de niveles de sobrecarga (escala Zarit) y tiempo de cuidado

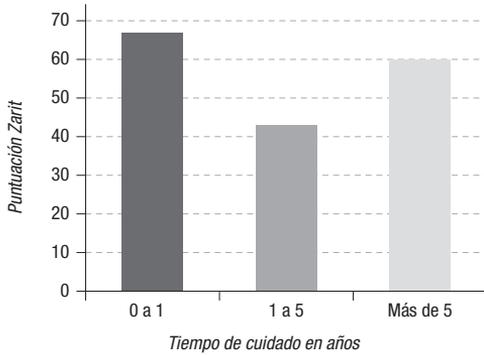


GRÁFICO VI
Relación de niveles de sobrecarga (escala Zarit) y parentesco

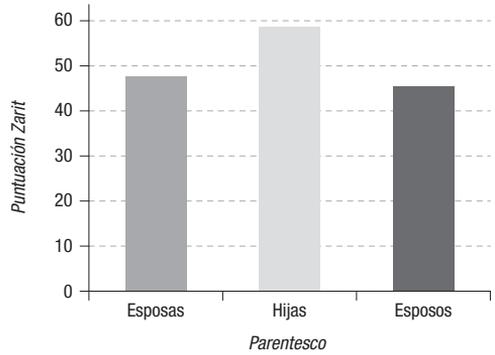


GRÁFICO VII
Relación de manifestación de la culpa y tiempo de cuidado

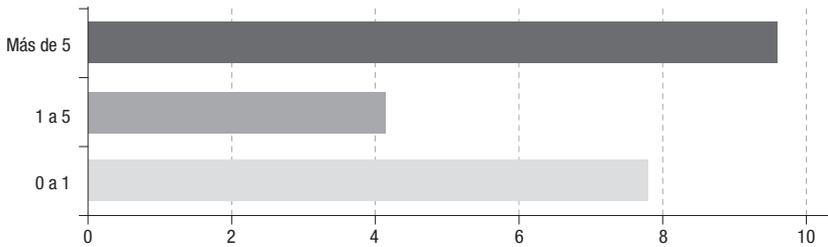


GRÁFICO VIII
Situaciones de la manifestación de la culpa

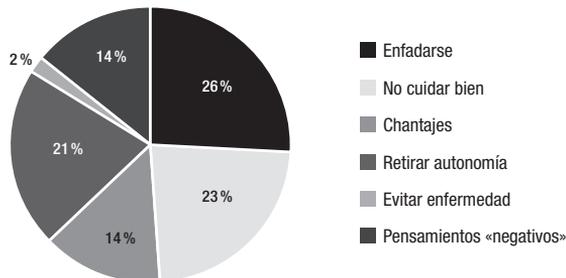
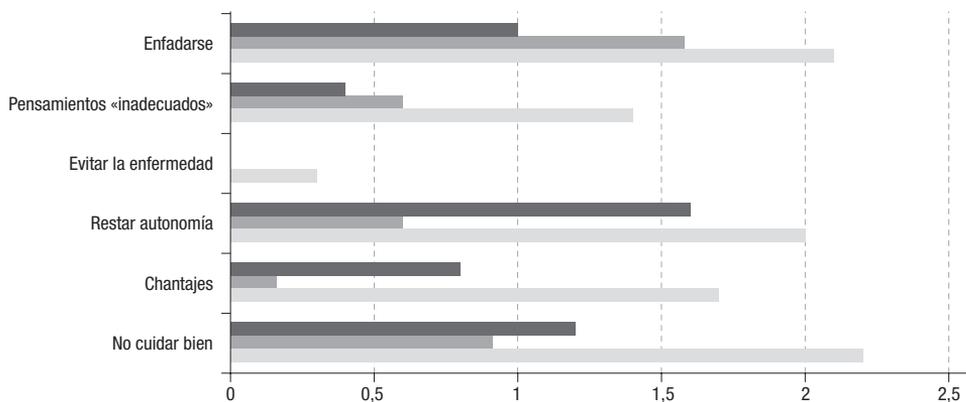


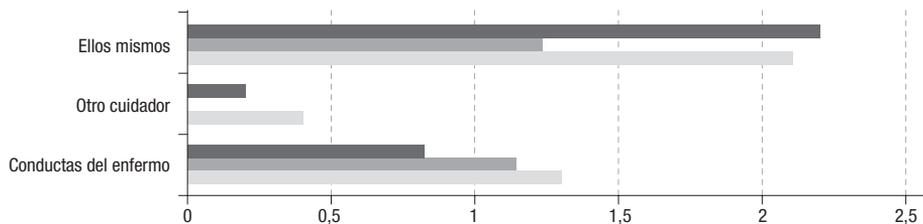
GRÁFICO IX
Manifestación de la culpa por ítems y parentesco



	Enfadarse	Pensamientos «inadecuados»	Evitar la enfermedad	Restar autonomía	Chantajes	No cuidar bien
Esposos	1	0,4	0	1,6	0,8	1,2
Esposas	1,58	0,6	0	0,6	0,16	0,91
Hijas	2,1	1,4	0,3	2	1,7	2,2

Puntuación: sumando los puntos de los ítems de culpa de la escala Likert de reacciones emocionales (véase en anexos), la puntuación va de 0 a 24. Cada ítem vale de 0 a 4 puntos.

GRÁFICO X
Manifestación del enojo por ítems y parentesco



	Ellos mismos	Otro cuidador	Conductas del enfermo
Esposos	2,2	0,2	0,8
Esposas	1,41	0	1,16
Hijas	2,1	0,4	1,3

Puntuación: sumando los puntos de los ítems de enojo de la escala Likert de reacciones emocionales (véase en anexos), la puntuación va de 0 a 12. Cada ítem vale de 0 a 4 puntos.

INSTRUMENTOS

Edad:

Sexo: Hombre Mujer

Tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico:

 0-1 año 1-5 años Más de 5 años**ENTREVISTA COMPLEMENTARIA PARA FAMILIARES
CON SOBRECARGA PSICOEMOCIONAL**

A continuación, se presentan algunas situaciones que pueden generar culpa. **Evalúe del 0 al 4 (siendo 0 lo más bajo o nulo y el 4 lo más alto)** según su propia experiencia actual.

1. ¿Se siente culpable porque cree que **no cuida del todo bien** a su familiar?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca (0) | <input type="checkbox"/> Casi nunca (1) |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces (2) | <input type="checkbox"/> Frecuentemente (3) |
| <input type="checkbox"/> Casi siempre (4) | |

2. ¿Se siente culpable porque su familiar le hace **chantajes**?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca (0) | <input type="checkbox"/> Casi nunca (1) |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces (2) | <input type="checkbox"/> Frecuentemente (3) |
| <input type="checkbox"/> Casi siempre (4) | |

3. ¿Se siente culpable **limitar la autonomía** de su familiar (prohibirle hacer tareas)?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca (0) | <input type="checkbox"/> Casi nunca (1) |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces (2) | <input type="checkbox"/> Frecuentemente (3) |
| <input type="checkbox"/> Casi siempre (4) | |

4. ¿Le hace sentir culpable pensar que Ud. pudo **evitar la enfermedad**?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca (0) | <input type="checkbox"/> Casi nunca (1) |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces (2) | <input type="checkbox"/> Frecuentemente (3) |
| <input type="checkbox"/> Casi siempre (4) | |

INSTRUMENTOS *(continuación)*

5. ¿Se siente culpable por tener **pensamientos** de muerte, ira, frustración, hacia su familiar?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca (0) | <input type="checkbox"/> Casi nunca (1) |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces (2) | <input type="checkbox"/> Frecuentemente (3) |
| <input type="checkbox"/> Casi siempre (4) | |

6. ¿Siente **culpa** por enojarse?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca (0) | <input type="checkbox"/> Casi nunca (1) |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces (2) | <input type="checkbox"/> Frecuentemente (3) |
| <input type="checkbox"/> Casi siempre (4) | |

7. Mencione otros sentimientos que asocie con la culpa:

.....

.....

8. ¿Ha sentido **enojo** hacia su **familiar enfermo**?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca (0) | <input type="checkbox"/> Casi nunca (1) |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces (2) | <input type="checkbox"/> Frecuentemente (3) |
| <input type="checkbox"/> Casi siempre (4) | |

9. ¿Ha sentido **enojo** alguna vez con **otro cuidador**?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca (0) | <input type="checkbox"/> Casi nunca (1) |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces (2) | <input type="checkbox"/> Frecuentemente (3) |
| <input type="checkbox"/> Casi siempre (4) | |

10. ¿Ha sentido **enojo** alguna vez **consigo mismo**?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca (0) | <input type="checkbox"/> Casi nunca (1) |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces (2) | <input type="checkbox"/> Frecuentemente (3) |
| <input type="checkbox"/> Casi siempre (4) | |
-

ANEXO I

**Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, versiones original (todos los ítems)
y abreviada (ítems en gris)**

Puntuación para cada respuesta	Nunca 1	Rara vez 2	Algunas veces 3	Bastantes veces 4	Casi siempre 5
1. ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					

ANEXO I (continuación)

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, versiones original (todos los ítems) y abreviada (ítems en gris)

Puntuación para cada respuesta	Nunca 1	Rara vez 2	Algunas veces 3	Bastantes veces 4	Casi siempre 5
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa qué debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de «carga» experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

Nota: Escala de Zarit (todos los ítems). Cada respuesta obtiene una puntuación del 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: *ausencia de carga* (≤ 46), *sobrecarga ligera* (47-55) y *sobrecarga intensa* (≥ 56). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador.

Escala de Zarit abreviada (solo los siete ítems marcados en gris). Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: *ausencia de sobrecarga* (≤ 16) y *sobrecarga intensa* (≥ 17). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador.

ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS MAYORES CON POSIBLE DETERIORO COGNITIVO Y A SUS CUIDADORES

CAROLINA CANAL CHAVERO

Trabajadora Social.

Tercer premio de la Diplomatura de Postgrado en Psicogeriatría 2011-2012.

Recepción: 14-03-13 / Aceptación: 10-04-13

RESUMEN

Dado el aumento de la esperanza de vida de la población en Cataluña y la incidencia de deterioro cognitivo a partir de los 65 años, los servicios de atención domiciliaria como las viviendas con servicios para personas mayores deben ir poniendo en práctica acciones preventivas que brinden una atención de calidad a las personas que podrían estar sufriendo un deterioro cognitivo y, al mismo tiempo, a sus cuidadores informales, para garantizar de esta forma una atención personalizada.

Mediante este estudio se pretende dar a conocer el perfil de persona con posible deterioro cognitivo incipiente y el de los cuidadores y los factores de riesgo que se han desprendido de dicha investigación, como pueden ser la soledad y/o la observación insuficiente de los profesionales que les atienden.

Palabras clave

Deterioro cognitivo, acciones preventivas, cuidadores, atención personalizada, factores de riesgo, soledad, atención domiciliaria, viviendas con servicios.

ABSTRACT

Given the growing life expectancy of the population in Catalonia and the incidence of cognitive deterioration as from age 65, the home care services, such as housing with services for older people, must implement preventive practices that provide a quality assistance to those who may be suffering from a cognitive deterioration and, at the same time, to their informal caregivers in order to ensure personalized attention.

This research aims to highlight the profile of the person who might be suffe-

ring from an incipient cognitive deterioration, as well as that of the caregivers, and the risk factors which have been observed, such as solitude and/or insufficient observation of the professionals who assist them.

Keywords

Cognitive deterioration, preventive practices, caregivers, personalized attention, risk factors, solitude, home care services, housing with services.

INTRODUCCIÓN

En las actuales sociedades modernas, en las cuales se ha mejorado la asistencia sanitaria y se han mejorado las políticas sociales, se ha producido un aumento de la esperanza de vida de los ciudadanos y una mejora en la atención a las personas mayores que sufren deterioro, tanto cognitivos, como físicos. En Cataluña, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística, esta esperanza de vida es actualmente de 85,16 años para las mujeres y 79,34 años para los hombres. Este aumento de esperanza de vida junto con la baja tasa de natalidad que existe actualmente (en Cataluña 11,3 por cada 1.000 habitantes), han hecho que se produzca el fenómeno de envejecimiento de la población. Según los últimos datos recogidos por IDESCAT en el 2011, en Cataluña, un 16 % de la población es mayor de 65 años. Junto con el envejecimiento de la población han ido surgiendo enfermedades relacionadas a él como por ejemplo lo son las demencias. Según el Instituto Nacional de Estadística, se estima que actualmente, un 1 % de la población mayor de 65 años sufre deterioro cognitivo. Este porcentaje se duplica cada cinco años, llegando a ser casi de un 50 % en las personas mayores de 80 años. Te-

niendo en cuenta que las previsiones para el 2050 apuntan que el 21 % de la población será mayor de 65 años, se habla ya de «*la peor crisis de salud del siglo*» (Informe Mundial del Alzheimer, 2011).

Cuando las personas con demencia viven con algún familiar (a partir de ahora nos dirigiremos a ellos como cuidadores informales) es más fácil que este tipo de enfermedades se detecten a tiempo y, en consecuencia, que su tratamiento sea más efectivo. No obstante lo anterior, muchas de estas personas, un 20 % según IMSERSO, viven solas o bien carecen de apoyo social, por lo que el deterioro de la persona mayor, en el caso de que lo experimentase, podría ser menos visible y retrasaría la intervención médica.

Esta investigación pretende describir el perfil de usuarios a los que se atiende en las viviendas con servicios, detectar las posibles dificultades que se encuentran los trabajadores cuando atienden a personas con posible demencia. Al mismo tiempo se quiere proveer de herramientas a los profesionales que trabajan en este recurso para que en el caso de que observen las primeras señales de alarma ante posibles casos de demencias, sepan cómo actuar.

Con este estudio buscamos, por lo tanto, mejorar las acciones de prevención del deterioro cognitivo y al mismo tiempo, realizar tareas de apoyo y de orientación a los cuidadores ya sean formales o informales.

OBJETIVOS

- Detectar las dificultades que se encuentra el equipo de cuidadores formales a la hora de intervenir con personas mayores con posible deterioro cognitivo que viven solos/as.
- Detectar las dificultades que se encuentra el equipo de cuidadores forma-

les a la hora de intervenir con los cuidadores informales de personas con posible deterioro cognitivo.

- Proponer estrategias para la prevención del deterioro cognitivo entre las personas que atendemos.
- Capacitar a los cuidadores formales de herramientas para la recogida de información en personas con posible deterioro cognitivo.
- Mejorar la coordinación entre los profesionales sanitarios y los trabajadores de las viviendas con servicios.
- Describir el perfil de personas usuarias que se atienden en el servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este estudio descriptivo sobre las dificultades en la atención domiciliaria a personas con posible deterioro cognitivo, se han tenido en cuenta dos grupos de sujetos. Por un lado se debía comprobar la incidencia de deterioro cognitivo entre los sujetos de la muestra (grupo 1) formado por las personas mayores residentes en las viviendas con servicios para gente mayor de cinco promociones^a. Para ellos se utilizó el Test Pfeiffer como material.

Test Pfeiffer (Anexo I, tabla I)

Este test, que resulta ser sencillo, adaptable a sujetos muy diversos y que no presenta mayores dificultades para el investigador, consta de diez preguntas que permiten cribar de forma rápida y sencilla, un posible deterioro cognitivo. Las preguntas son de respuesta dicotómica, donde se otorga un 1 al acierto y un 0 al fallo. Entre cero y dos fallos se supone un

^a De ahora en adelante se nombrarán con las letras, A, B, C, D y E.

valor normal, entre 3-4 leve, entre 5-7 moderado y entre 8-10 importante. No se puede diagnosticar un deterioro con este test, pero sí sirve para, a partir de tres errores o más, empezar a sospechar de posible deterioro cognitivo. Los tests que se realizaron a los sujetos de la muestra se realizaron durante el mes de abril.

Por otro lado, para conocer las opiniones y dificultades de los trabajadores del servicio (grupo 2) se diseñó una encuesta.

Encuesta profesionales (Anexo II)

La encuesta constaba de trece preguntas de respuesta múltiple y de cuatro preguntas estadísticas. Las encuestas se realizaron de forma anónima y en ella participaron todos los profesionales que trabajan en las viviendas con servicios para gente mayor (catorce sujetos). Las encuestas se realizaron durante el mes de abril.

RESULTADOS

Viviendas con servicios para personas mayores

Todos los sujetos que participaron en la investigación eran usuarios de viviendas con servicios para gente mayor de la ciudad de Barcelona. Este recurso, de titularidad pública y gestionado por diferentes entidades con fines sociales, está dirigido a personas mayores de 65 años de edad, cuya unidad de convivencia esté formada por una o dos personas autónomas para las actividades de la vida diaria (que presenten una puntuación de más de 14 puntos en la «Escala de valoración para las AVDS» y mayor de 3 puntos en la «Escala evaluación cognitiva»), que acrediten residencia en Barcelona y que, por circunstancias sociofamiliares, económicas o de accesibilidad, no puedan permanecer en sus casas.

Las viviendas, de alquiler, consisten en espacios de unos 40-45 m² con baño, cocina, habitación, salón-comedor y balcón o terraza y con algunas características^b que mejoran la calidad de vida de las personas que en ellas viven.

Además estas viviendas cuentan con servicios:

- *Generales*: conserjería, salas de uso comunitario, limpieza diaria de los espacios comunes, mantenimiento y reparación del equipamiento, mobiliario de uso común.
- *De apoyo social*: atención social a los usuarios y a su integración en el barrio y comunidad.
- *De apoyo personal*: limpieza de la vivienda una vez al mes, pequeño mantenimiento, tareas de prevención del deterioro físico/cognitivo de los usuarios, servicio de Teleasistencia 24 h, y la coordinación con otros servicios del barrio cuando se considera necesario.

Cuentan con un equipo de profesionales: auxiliares de geriatría/trabajadores familiares, conserje, auxiliares de limpieza y directora que les da atención todos los días del año, en horarios comprendidos entre las 9:30 h a 19:30 h.

Resultados grupo 1

El grupo 1 estaba formado por 162 sujetos^c (de una población inicial de 297 sujetos) con un nivel de confianza del 95 % y un error muestral de ± 3 . Un 70 % de los sujetos que respondieron eran mujeres frente a un 30 % que eran hombres.

^b Pavimento antideslizante, enchufes accesibles, cocina eléctrica, sistemas de calefacción sanitaria solar, duchas en suelo continuo, alarmas enfermería en ducha y habitación, puertas con manetas.

^c Sujetos seleccionados de forma aleatoria entre las cinco promociones.

En cuanto a la unidad de convivencia, un 71 % de las personas mayores participantes, vivían solas, un 28 % convivían en pareja, un 7 % con hijos a cargo^d y un 2 % con otras personas distintas a las nombradas anteriormente. La media de edad de los sujetos encuestados era de 77 años de edad, siendo la franja de edad con mayores respuestas, la comprendida entre 74 y 84 años, el sujeto más joven de 67 años y el mayor de 97.

En cuanto a las respuestas del test, 108 sujetos no tuvieron ningún fallo, 28 sujetos tuvieron un fallo, 7 sujetos dos fallos, 8 sujetos tres fallos, 3 sujetos cinco fallos, 3 sujetos seis fallos, 1 sujeto siete fallos, 1 sujeto ocho fallos y 3 sujetos diez fallos. Dadas estas respuestas, se estimó que un 12 % de los sujetos podría tener un deterioro cognitivo leve, moderado o deficitario.

De este 12 % se extrae las siguientes conclusiones:

- **Relación género-deterioro cognitivo**

El 36,9 % correspondía a mujeres y el 63,1 % a hombres.

- **Relación promoción-deterioro cognitivo**

En cuanto a la relación entre deterioro cognitivo y promoción donde viven los sujetos, un 36,84 % residía en la promoción «A», un 26,32 % en la promoción «B», un 15,79 % en la promoción «C», un 15,79 % en la promoción «D» y un 5,26 % en la promoción «E».

- **Relación unidad de convivencia-deterioro cognitivo**

Un 57,89 %, vivían solos, un 31,58 % en pareja y un 10,53 % con hijos a su cargo (con discapacidad).

^d Esta unidad de convivencia solo se encuentra en una de las promociones. Promoción B. Dirigida a personas mayores con hijos con discapacidad a su cargo.

• **Relación edad-deterioro cognitivo**

El 68,42 % eran mayores de 75 años frente a un 31,58 % que eran menores. Las personas con edades medias comprendidas entre los 74-77 años presentan índices de deterioro entre el 26 % y el 36 %, las personas con edades comprendidas entre 79-81 años presentan un 15 % y las personas de 73 años de media de edad tienen un 5 %.

Resultados grupo 2

En cuanto al *grupo 2* (auxiliares de geriatría y/o trabajadores familiares) se les pasó la encuesta anteriormente mencionada, dónde se les preguntó sobre los aspectos más relevantes de su práctica profesional con personas con posible deterioro cognitivo. El 86 % de los profesionales que han participado en el estudio son mujeres y el 14 % hombres. El 57 % de los trabajadores llevaba más de cinco años atendiendo a personas mayores, el 22 % entre dos y cinco años, el 14 % entre uno y dos años y solo un 7 % menos de un año. El 93 % de los trabajadores tenía formación previa en demencias y el 93 % reconocía atender, diariamente, a personas con deterioro cognitivo o con posible deterioro cognitivo. El 93 % reconocía haber atendido en alguna ocasión a personas con demencia ya sea a nivel profesional como a nivel particular. El 100 % de los trabajadores manifestaba que sabía cómo actuar cuando observaba cambios significativos en una persona con deterioro o posible deterioro, cumpliendo con los diferentes procedimientos y registros que existen.

En cuanto a las dificultades que más les costaba observar a los trabajadores, un 24 % manifestaban dificultades para observar la «*dificultad de juicio*» en las personas que atendían, un 19 % el «*desinterés*», un 16 % la «*pérdida continuada de objetos*» y un 16 % también «*las dificultades en AVD's*». Solo un 11 % re-

conocía que era difícil valorar si una persona con posible deterioro estaba manifestando «*desorientación en tiempo y espacio*», un 6 % los «*cambios de carácter*», un 5 % la «*pérdida de memoria reciente*» y un 3 % «*problemas de lenguaje*». El 86 % de los trabajadores da una definición próxima de lo que es una persona con demencia.

Un 26 % de los trabajadores reconoce que la dificultad o el problema más habitual en los domicilios donde atienden es la carga que presenta el cuidador informal (*normalmente su cónyuge*), junto con, también un 26 %, las resistencias de la propia persona. Un 23 % de los trabajadores encuestados, hacen referencia a la soledad y el aislamiento, como un factor que dificulta la intervención. Un 14 % manifiesta que la «*falta de apoyo social*» para estas personas dificulta su día a día y un 11 % considera que el recurso no está adaptado para personas con deterioro cognitivo.

En cuanto a las personas con mayor posibilidad de observar cambios relevantes en las personas que se atienden, el 43 % de los trabajadores encuestados reconocen ser, ellos mismos, las personas con mayor probabilidad. Un 30 % manifiesta que lo sería el entorno familiar y un 21 % el resto de personas que viven en las viviendas. Un 6 % considera que lo es el médico de cabecera. Ante las ventajas que ofrece el recurso para personas con deterioro o posible deterioro, un 31 % de los profesionales responden que la mayor ventaja es la «*seguridad*» que ofrece el servicio, un 26 % la «*red de apoyo*», un 22 % la «*adaptabilidad a sus necesidades*» y un 19 % la «*coordinación con otros recursos*». Un 2 % de los trabajadores manifiesta que hay «*otras ventajas*» (ejemplo: mejora en la calidad de vida). En cuanto a las percepciones que tienen los trabajadores cuando atienden a personas con deterioro o posible deterioro, los

sentimientos expresados fueron: un 28 % se sienten «*satisfechos*» con su intervención con este tipo de personas, un 27 % «*impotente*», un 18 % «*paciente*», un 18 % en «*alerta constante*» y un 9 % con «*responsabilidad*».

DISCUSIÓN

Este estudio ha permitido observar por un lado la prevalencia de posible deterioro cognitivo en personas mayores de las viviendas y por otro, analizar la forma de intervenir de los cuidadores formales e informales. Dado el perfil de usuarios que se atiende en este tipo de servicios y la prevalencia de deterioro cognitivo que se observa mediante este estudio, que hay que recordar es del 12 %, resulta importante desarrollar acciones de prevención del deterioro cognitivo y plantear estrategias de intervención con los grupos de cuidadores informales.

Los hombres que viven solos, mayor probabilidad de deterioro cognitivo

El género masculino presenta peores puntuaciones en el Test Pfeiffer ya que, dos de cada tres sujetos con tres o más errores, son hombres, por lo que se podría afirmar que la incidencia de deterioro cognitivo es mucho mayor en los hombres usuarios de las viviendas que en mujeres. Por otro lado, es importante destacar que más de la mitad de los sujetos que presentan tres o más fallos en el *Test Pfeiffer*, viven solos en sus domicilios, por lo que a las posibles consecuencias del deterioro deberíamos sumarle la falta de apoyo en el día a día, que estas personas pueden tener. Un tercio de ellos vive en pareja (cónyuge o hermano/a) y una décima parte convive con sus hijos con algún tipo de discapacidad (recordemos que la media de edad de las per-

sonas de la muestra de este estudio es de 77 años por lo que estamos hablando de que el cuidado de las personas que presentan un posible deterioro recaería en cuidadores de media de edad elevada.

Franjas de edades más críticas: de los 74 a los 77 años de edad

En cuanto a la edad de los participantes el estudio demuestra que, más de un 60 % de los sujetos que presentaron tres o más fallos en el test, tiene más de 75 años frente a casi un 40 % que tiene edades inferiores.

Observamos que las personas de media de edad de 73 años, presentan un índice de deterioro inferior a las de la franja de edad 74-77 años. Ya que observamos que, a los 74 años, de media de edad el índice de deterioro es del 26 % y solo tres años después, a los 77, este ya es de un 36 % por lo que podemos afirmar que en solo 4 años de diferencia, la probabilidad de deterioro se dispara. Esto nos hace reflexionar sobre el gran impacto que puede tener este hecho en las familias cuidadoras que ven cómo deben adaptarse a una nueva situación de forma imprevista.

Por otro lado, vemos que a partir de los 79 años, los sujetos de la muestra presentan índices de deterioro más bajos que los sujetos mencionados anteriormente como si la franja de 74-77 años, estuviera más expuesta a un posible deterioro que la de 79 en adelante, lo que afirmaría que pueden existir franjas de edades «críticas». Las promociones «A» y «B», que presentaron índices de demencia más elevados, eran las que tenían sujetos con medias de edad comprendidas entre los 74-77 años.

La soledad y el aislamiento, como factor de riesgo ante la demencia

¿Por qué es más difícil observar el deterioro cognitivo en una persona que vive

sola, está aislada o no tiene apoyo familiar/social?

En los casos en los que la persona vive sola o carece de apoyo familiar y/o social, pueden pasar más desapercibidas las señales de alarma (*olvidos frecuentes, dificultades para las actividades de la vida diaria*) estas incluso pueden hacerlo ante los equipos médicos, ya que al no expresarlos la propia persona y al no haber informadores fiables, la persona podría ocultar la sintomatología inicial. Se podría afirmar pues que vivir solo podría dificultar la intervención por parte de los equipos médicos especializados y en consecuencia, tal y como dice el Dr. Manuel Sánchez, dificultar también su tratamiento posterior.

Pero la soledad también puede afectar no solo al enfermo sino a su cuidador, ya que, muchas veces la «carga» que sufre un cuidador puede hacer que se potencien sentimientos de soledad ante el cuidado del enfermo si esta no se comparte. Si la persona cuidadora se siente sola ante la situación que le supone la cura de su familiar, es necesario que se intente paliar ese sentimiento de soledad mediante el apoyo de los profesionales del servicio.

En los casos en los que la persona que presenta un posible deterioro cognitivo lo acabara desarrollando, recaerá en la persona con la que convive.

¿Pero qué sucede cuando la persona cuidadora tiene también discapacidad o diversas patologías asociadas a la edad?

En los resultados anteriores, se ha observado cómo un tercio de las personas que presentaron tres o más fallos viven con sus hijos con discapacidad a su cargo. Por lo tanto podemos encontrar que, personas con posible deterioro estén ejerciendo de otras personas con: movilidad reducida, problemas de salud mental, etc. Lo mismo sucede en los casos donde los

cuidadores son a su vez personas mayores con diversas patologías asociadas a la edad.

Se puede afirmar que en ambos casos el papel del cuidador informal es aún más difícil de ejercer, puesto que existen factores que dificultan el cuidado a la persona con deterioro.

La sensibilización de los trabajadores ante los enfermos y sus cuidadores

El estudio ha demostrado el alto grado de implicación de los profesionales de las viviendas ya que todos han participado en él. Por otro lado también se puede observar la elevada experiencia en el sector geriátrico que tienen los profesionales, ya que, más de la mitad de los trabajadores, lleva más de cinco años trabajando con personas mayores, nueve de cada diez trabajadores ha recibido formación en demencias y la misma proporción de trabajadores reconoce haber atendido, ya sea a nivel particular o profesional, a personas con demencia (con o sin diagnosticar) por lo que se extrae que los trabajadores están sensibilizados y/o formados en demencias, aspecto que podrían mejorar la atención ante las demencias.

Por otro lado presentan también sensibilización y conciencia sobre lo que supone el cuidado de una persona con deterioro y de la necesidad de paliar los sentimientos que se desprenden de él con sus cuidadores. De esta manera los profesionales que trabajan en el servicio atienden no solo a la necesidad de la persona que presenta posible deterioro si no quien observa los problemas que se ocasionan en el día a día. Se confirmó pues el importante papel que ejercen los trabajadores familiares y/o auxiliares de geriatría del servicio sobre las personas con posible deterioro y también el apoyo que ofrecen a los cuidadores. Precisa-

mente con estos últimos son en muchas ocasiones, los profesionales del servicio quienes orientan a los cuidadores informales, sobre cómo actuar ante cambios significativos de sus parejas y/o hijos. Se convierten así en profesionales «guía», personas con las que compartiendo los temores e inquietudes que tienen se reduce su carga.

Atención profesional en los primeros estados de la enfermedad

Tal y como hemos dicho previamente, son necesarias las acciones de prevención del deterioro cognitivo en las personas a las que atendemos ya que son un colectivo de riesgo. Especialmente en los primeros momentos de la enfermedad, cuando la persona mayor con demencia o posible demencia empieza a tener los primeros síntomas es importante la intervención de los profesionales. Los primeros momentos de la enfermedad, son detonantes para el posterior tratamiento. Cuando hay cuidadores informales que están viendo lo que les está sucediendo a sus familiares, es importante la intervención de los profesionales del servicio para que estos puedan expresar sus sentimientos y compartan la «carga» que le está suponiendo esa nueva situación. En muchas ocasiones estos familiares cuidadores pueden recurrir a los profesionales incluso antes que a médicos u otros familiares por lo que pasan a ser las primeras personas en conocer lo que está sucediendo en los domicilios.

Por otro lado, cuando no hay cuidadores informales, son los profesionales los que asumen el rol de informadores fiables a los equipos médicos. Para ello es importante que los profesionales conozcan herramientas para registrar la información que se observa.

Con el fin de mejorar la atención a las personas mayores con posible deterioro y

a sus cuidadores, se ha realizado una propuesta de «*Guía de orientaciones*» (anexo III) y una «*Hoja de evaluación cognitiva*» (anexo IV) que ayude a registrar los cambios de la persona así como a medir, en el caso de que la haya, la carga que presentan los cuidadores.

BIBLIOGRAFÍA

Pérez Martínez V. Sociedad española de medicina de familia y comunitaria. Demencias. Barcelona, Ed. Bayer; 1999.

VV.AA. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPM-SQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Ed. Medi Clin Barcelona 2001;117(4):129-34.

Generalitat de Catalunya. L'atenció socio sanitària a Catalunya. Malaltia d'Alzheimer i altres demències. Servei Català de Salut. Barcelona; 2003.

Pérez Martínez V. El Deterioro cognitivo, una mirada previsor. Revista Cubana Medicina General Integral. Cuba; 2005: 21(1-2).

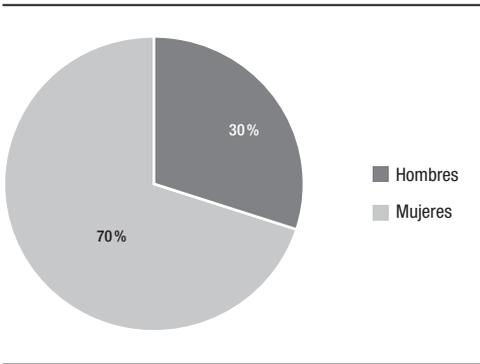
Webs consultadas

- www.ine.es
- www.gen.cat
- www.imserso.es
- http://www.revistahospitalarias.org/info_2000/04_162_06.htm
- http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc_demenciab1#5
- <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/04/11/noticias/1334164228.html>
- http://www.bcn.es/habitatge/ass_req_grn.shtml

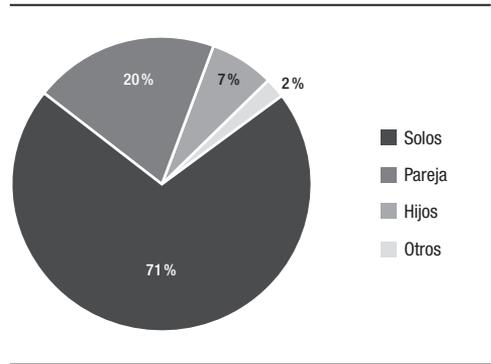
ANEXOS

ANEXO I. Gráficos y tablas

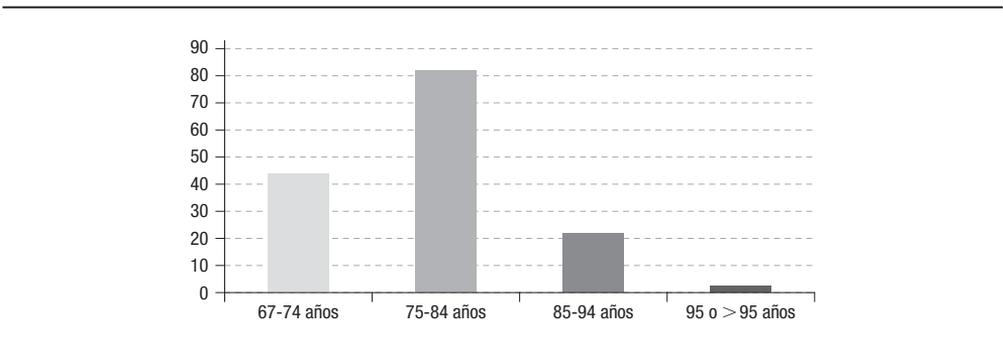
**GRÁFICO I
Género sujetos**



**GRÁFICO II
Unidad de convivencia sujetos**



**GRÁFICO III
Grupos de edad**



**TABLA I
Promoción-índice deterioro**

Promoción	Índice deterioro	Solos	Familia
C	15 %	39	15
D	15 %	26	6
A	36 %	24	5
E	5 %	15	3
B	26 %	6	17

**TABLA II
Índice deterioro-media de edad**

Promoción	Edad	Índice deterioro
E	73 %	5 %
B	74 %	26,32 %
A	77 %	36 %
C	79 %	15 %
D	81 %	15 %

TABLA III
Test Pfeiffer

Test Pfeiffer	Acierto	Error
¿Qué día de la semana es hoy?		
¿Dónde estamos ahora?		
¿Cuál es su número de teléfono?		
¿Cuántos años tiene?		
¿Cuál es su fecha de nacimiento? (día, mes, año)		
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?		
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?		
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?		

Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.

TABLA IV
Respuestas test Pfeiffer

N.º sujetos	N.º errores
143	Normal (0-2 errores)
8	Leve (3-4 errores)
7	Moderado (5-7 errores)
4	Deficitario (8-10 errores)

GRÁFICO IV
**Experiencia laboral
de los trabajadores**

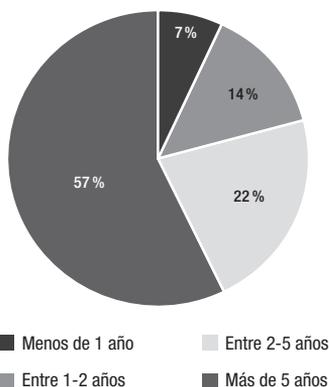


TABLA V
**Relación deterioro vs. género,
promoción, unidad de convivencia
y edad**

Género	Relación deterioro vs. género
Mujeres (%)	36,84 %
Hombres (%)	63,16 %

Promoción	Relación deterioro vs. promoción
B	26,32 %
C	15,79 %
E	5,26 %
A	36,84 %
D	15,79 %

Unidad de convivencia	Relación deterioro vs. unidad convivencia
Solos	57,89 %
Matrimonios	31,58 %
Hijos	10,53 %
Otros	0,00 %

Edad	Relación deterioro vs. edad
> 75 años	68,42 %
< 75 años	31,58 %

GRÁFICO V
Aspectos más difíciles de observar

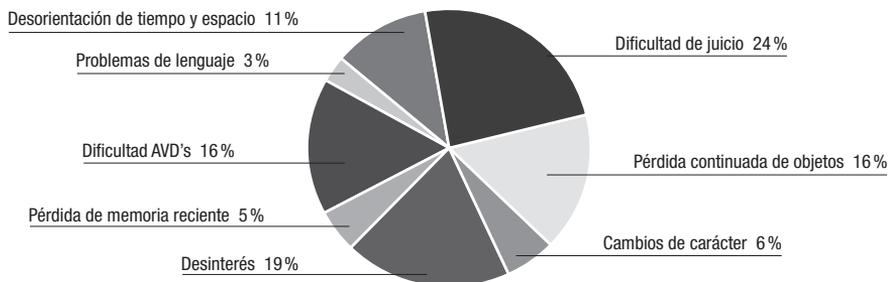


GRÁFICO VI
Principales dificultades

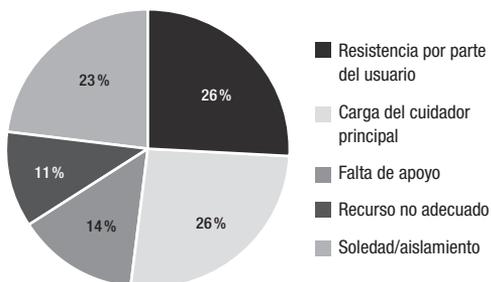


GRÁFICO VII
Personas con mayor posibilidad de observar los cambios

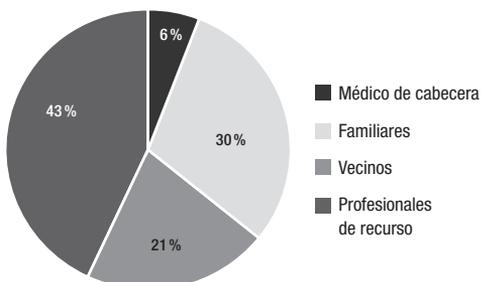


GRÁFICO VIII
Ventajas del recurso

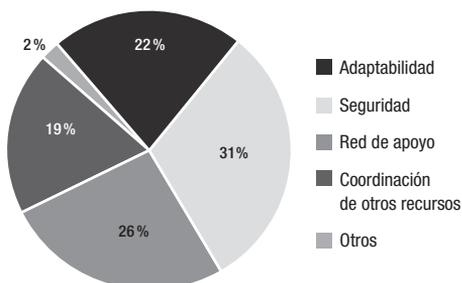
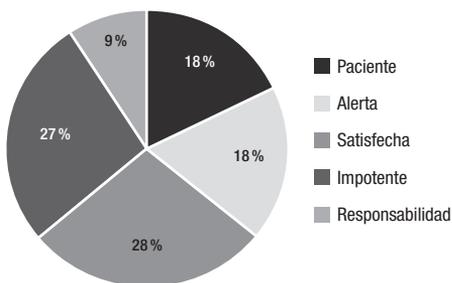


GRÁFICO IX
Percepciones expresadas por los trabajadores



ANEXO II. Cuestionario

Dificultades en la atención domiciliaria a usuarios con posible deterioro cognitivo que viven en las viviendas con servicios para personas mayores

LUGAR DE TRABAJO: A B C D E

TITULACIÓN: Auxiliar geriátrica Trabajador familiar Otras

GÉNERO: Masculino Femenino EDAD

1. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando con personas mayores?

- Menos de 1 año.
- Entre 1-2 años.
- Entre 2-5.
- Más de 5.

2. Cuándo realizas tu trabajo, ¿cómo actúas cuando observas cambios en las personas que atiendes (cambios de humor, pérdidas de memoria reiterativas, pérdidas de objetos...)? (Puede marcar varias respuestas.)

- Lo comparto con mis compañeros.
- Lo pongo en conocimiento del responsable del servicio.
- Lo anoto en algún tipo de registro.
- Todas las anteriores.
- NS/NC.

3. Marca con una cruz los **tres ítems** que crees que son más difíciles de observar por parte de los profesionales del servicio:

- Dificultad de juicio.
 - Pérdida continuada de objetos.
 - Cambios de carácter/comportamiento.
 - Pérdida de iniciativa o desinterés.
 - Pérdida de memoria de hechos recientes.
 - Dificultad en tareas cotidianas.
 - Problemas en el lenguaje.
 - Desorientación en el tiempo y/o espacio.
 - NS/NC.
-

ANEXO II. Cuestionario (continuación)

Dificultades en la atención domiciliaria a usuarios con posible deterioro cognitivo que viven en las viviendas con servicios para personas mayores

4. ¿Has realizado alguna formación sobre demencias?

- Sí
 No

5. ¿Podrías decir qué es una persona con demencia?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. ¿Has conocido algún caso de personas con demencia a nivel personal? (familiares, amigos, conocidos...):

- Sí
 No
 NS/NC

7. ¿Atiendes a usuarios con demencia en tu práctica profesional?

- Sí
 No
 NS/NC

8. En el caso de atender a personas con demencia ¿cuáles dirías que son las **tres dificultades** que te encuentras más a menudo?

- Resistencias por parte del usuario/a a la hora de atenderlo.
 Carga del cuidador principal (en caso de que lo haya).
 Falta de apoyo familiar.
 Carencia del recurso adecuado.
 Soledad y/o aislamiento.
 NS/NC.
-

ANEXO II. Cuestionario (continuación)

Dificultades en la atención domiciliaria a usuarios con posible deterioro cognitivo que viven en las viviendas con servicios para personas mayores

9. ¿Quién crees que es la/s persona/as que tiene/n **más facilidad** para observar dichos cambios? (Puedes marcar varias respuestas.)
- El médico de cabecera.
 - La familia y/o amigos.
 - Otros vecinos del recurso.
 - Los profesionales del recurso.
 - NS/NC.
10. ¿Con qué apoyo cuentan, en mayor medida, los usuarios de las viviendas? (Puedes marcar varias respuestas.)
- Familiares y amigos.
 - Otros vecinos.
 - Profesionales del recurso.
 - NS/NC.
11. En cuanto a la vivienda, ¿cuál crees que es la principal ventaja de este recurso? (Puedes marcar varias respuestas.)
- Adaptabilidad de las necesidades de los usuarios al recurso.
 - Seguridad (atención personal, dispositivos de emergencia...).
 - Red de apoyo (vecinal, profesional...).
 - La coordinación con otros servicios.
 - NS/NC.
 - Otros. Si has marcado la opción «otros» especifica cuáles:
 -
12. ¿Cómo te sientes cuando atiendes a un usuario con demencia?
-
-
13. ¿Quieres aportar algún comentario, sugerencia o propuesta sobre cómo podríamos atender mejor a los usuarios con demencia y/o a sus cuidadores?
-
-
-

ANEXO III. Guía de apoyo a cuidadores formales/informales

Guía de apoyo para la recogida de información de personas con posible deterioro cognitivo

Documento elaborado con el fin de facilitar a los cuidadores formales e informales la recogida de información para registrar los cambios observados en personas con posible deterioro cognitivo.

¿PARA QUÉ CONSULTAR ESTA GUÍA?

Lo primero que debe quedar claro antes de iniciar la lectura de esta guía es que NO pretende ser una guía para diagnosticar, puesto que esa función es solo competencia de los equipos médicos, sino ser un documento de ayuda para orientar a profesionales del sector y cuidadores informales (ya sean familiares, amigos, vecinos, etc.) de personas que manifiestan cambios repentinos, en acciones que hasta la fecha no presentaban.

Es necesario que los cuidadores que tienen contacto con esas personas, puedan actuar como rigurosos informadores a los equipos médicos puesto que, en muchas ocasiones, la información que se tiene de la personas (*¿Qué le pasa? ¿Desde cuándo le pasa?*) ayudará al diagnóstico médico y a su posterior tratamiento.

Este documento pretende ser una herramienta más para cuidadores y es necesario que su cumplimentación se realice de forma precisa.

El documento consta de:

- Un primer apartado donde se explica cada ítem para que el cuidador pueda valorar en la segunda parte el apartado al que hace referencia.
- Una ficha de registro donde se anotarán las puntuaciones de cada área y donde se especificará la temporalidad. Es recomendable que en caso de ser un cuidador informal (cónyuge, hermano, etc.) se realice con la ayuda de un cuidador profesional.
- Evaluación (*Test Zarit*) para evaluar la carga del cuidador informal en el caso de que lo haya.

A. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

1. Alteraciones en alimentación

La persona presenta alteraciones/cambios en la alimentación como por ejemplo, la pérdida de apetito repentino, repetición de ingestas a lo largo del día o comer de forma compulsiva.

2. Dificultades para la higiene personal

Presenta un aspecto descuidado. No se higieniza de forma autónoma o presenta resistencias para que alguien se la realice cuando nunca antes la había presentado.

3. Dificultades para vestirse

Utiliza una vestimenta inadecuada para la ocasión. (Ej.: baja en pijama a la compra...)

4. Problemas de deambulación

Presenta dificultad para caminar, camina durante mucho tiempo sin rumbo.

5. Dificultades para realizar transferencias

La persona presenta dificultades para pasar de un lugar a otro. (Ej.: silla a cama, cama a silla...)

ANEXO III. Guía de apoyo a cuidadores formales/informales *(continuación)*

**Guía de apoyo para la recogida de información de personas
con posible deterioro cognitivo**

6. Control de esfínteres, eliminación

La persona no controla sus esfínteres, sufre de incontinencias. Orina o defeca en lugares inadecuados.

B. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA**7. Realización de las compras**

Compra cosas innecesarias, no puede ir a comprar cosas que antes podía. Frecuentemente trae a casa productos que no debía comprar.

8. Preparación de las comidas

Es incapaz de prepararse una comida por sí solo/a, se deja el fuego encendido frecuentemente.

9. Mantenimiento y limpieza de la casa

Le cuesta mantener el orden de la casa. (Ej.: hay cosas por toda la casa, no hay orden ni limpieza en el hogar.)

10. Limpieza de la ropa

No puede mantener su ropa limpia, se mancha con frecuencia, no se da cuenta cuando lleva prendas sucias.

11. Toma de medicación

La persona tiene muchas dificultades para tomar la medicación pautada, se medica excesivamente sin saber por qué, no se acuerda de tomar la medicación.

12. Gestiones

No puede hacer gestiones como marcar un número de teléfono, atender una llamada, tomar notas.

13. Manejo de dinero

Presenta dificultades para manejar el dinero, el cambio que le dan en los establecimientos.

C. OTROS**14. Desorientación en tiempo y/o espacio**

No sabe qué hora es, o qué día de la semana, año, estación... es.

15. Memoria

No recuerda hechos pasados, no recuerda nombres de familiares, sus apellidos.

16. Cambios de humor/comportamiento

Sufre cambios de humor frecuentes en poco espacio de tiempo. Varía su estado emocional.

17. Caídas frecuentes

Ha sufrido caídas recientemente y no sabe explicar cómo se han producido.

18. Pérdida de objetos

Reconoce no encontrar las cosas o se observan objetos en lugares inadecuados.

19. Problemas de lenguaje

No utiliza las palabras adecuadas a los objetos que quiere decir, no termina frases...

20. Relaciones sociales

Pérdida de capacidad para establecer relaciones sociales, discusiones frecuentes con personas con las que antes se llevaba bien.

21. Trastornos del sueño

Insomnio, exceso de sueño...

ANEXO IV

Test de evaluación de la carga (Zarit)

Pregunta	Puntuación
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
¿Siente que su familiar depende de usted?	
¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
En general: ¿se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado): **frecuencia puntuación** (*nunca*, 0 - *casi nunca*, 1 - *a veces*, 2 - *bastantes veces*, 3 - *casi siempre*, 4).

ANEXO V. Hoja de evaluación cognitiva

Nombre del usuario:

Nombre del trabajador que rellena el documento:

Familiar de apoyo: Apoyo: Sí No

A. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA											
Día/ mes/ año	1: Nada	2: Un poco	3: Mucho	Día/ mes/ año	1: Nada	2: Un poco	3: Mucho	Día/ mes/ año	1: Nada	2: Un poco	3: Mucho
1. Alteraciones en alimentación											
2. Dificultades para la higiene personal											
3. Dificultades para vestirse											
4. Problema de deambulación											
5. Dificultades para realizar transferencias											
6. Control de esfínteres, eliminación.											
B. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA											
7. Realización de las compras diarias											
8. Preparación de las comidas											

	Día/ mes/ año	1: Nada	2: Un poco	3: Mucho	Día/ mes/ año	1: Nada	2: Un poco	3: Mucho	Día/ mes/ año	1: Nada	2: Un poco	3: Mucho
9. Mantenimiento y limpieza de la casa												
10. Limpieza de la ropa												
11. Toma de medicación												
12. Gestiones												
13. Manejo de dinero												
C. OTROS												
14. Desorientación en tiempo y/o espacio												
15. Memoria												
16. Cambios de humor/comportamiento												
17. Caídas frecuentes												
18. Pérdida de objetos												
19. Problemas de lenguaje												
20. Relaciones sociales												
21. Trastornos de sueño												
22. Observaciones:											



Universitat
Autònoma
de Barcelona



Máster y Diplomatura de Postgrado en PSICOGERIATRÍA

Decimosexta edición
2013 - 2015

Organizan. Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universidad Autónoma de Barcelona y Hospital Sagrat Cor, 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. 25 de octubre de 2013.

Información

Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal UAB
Hospital Sagrat Cor

Tel. 93 581 23 81
Tel. 93 775 22 00

<http://www.masterpsicogeriatría.com>

