Pedro Manuel Carvalho Machado dos Santos

La Funcionalidad y la Cognición en el envejecimiento psicogeriátrico: contribuciones para una atención diferencial a personas mayores en contextos institucionales

Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências Biomédicas submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Doutora Rocío Fernández-Ballesteros
Categoría – Professora Catedrática
Afiliación – Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid

Co-orientador – Doutora Constança Paul
Categoria – Professora Catedrática
Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Dedicada

a todos los más mayores de mi familia

a Sofia y a Maria

Agradecimientos

Esta tesis ha sido realizada gracias al soporte recibido por parte de algunas personas e instituciones, que han sido imprescindibles para la elaboración de este proyecto, y a las que debo público agradecimiento.

En primer, mis agradecimientos a la Provincia Portuguesa del Instituto de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús y a la Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, por permitirme llevar a cabo este trabajo de investigación. En concreto, al Ir. Idília Carneiro, a la Dra. Alvarina Diniz, a Dr. Luis Jerónimo y a todos los directores y equipos de psicología de los Centros Asistenciales, por su apoyo y colaboración.

Al Doctora Rocío Fernández-Ballesteros, directora de la Tesis, por todo su apoyo y ánimos constantes, así como por toda la confianza que ha depositado en mí. Es difícil encontrar palabras de agradecimiento para expresar todo lo que me ha aportado. Su disponibilidad en todo momento y sus orientaciones, han ido más allá de un puro trabajo académico, siendo una experiencia muy positiva poder compartir estos años este trabajo con tan excelente profesional y persona.

A la Doctora Constança Paúl, co-directora de Tesis, querida maestra, que ha contribuido en forma muy importante a que comprenda el trabajo académico de manera cada vez más profunda y que ha estado siempre dispuesta a ayudarme, a aconsejarme y a revisarme todo aquello en lo que he dudado. Por eso, nombrarla me emociona y me siento orgulloso de poderle agradecer su apoyo, cariño y comprensión a lo largo de estos años.

A mis profesores y compañeros del Instituto de Ciencias Biomédicas Abel Salazar, de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma Madrid, del European Master en Gerontology y de la Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de la Universidade de Lisboa que han guiado y compartido los pasos de mi formación. Especialmente a la Doctora Maria Eugénia Duarte Silva que estuvo siempre dispuesta a orientarme con sus conocimientos y sus oportunas advertencias, y a Miguel Carvalho, Oscar Ribeiro, Mafalda Duarte y Giovanna Caprara cuyo soporte intelectual y emocional ha estado presente durante todos estos años y de dónde ha surgido un gran compañerismo y amistad.

Mis agradecimientos también a la Dirección-General de la Salud y al Grupo de Trabajo sobre Envejecimiento y Persona Mayores por permitir levar a cabo los trabajos en el campo de las políticas de salud mental. En particular a la Dra. Maria João Heitor, a Dr. António Bento, a Dr. António Leuschner y a Dr. Horácio Firmino.

A la Dra. Ana Jorge que me ha introducido en el campo de la humanización de la salud y que siempre me acompaño con sus orientaciones y amistad.

A Victoria Martín, por una amistad y una dedicación sin igual… que en todos los momentos se ha revelado presente e inesgotable. A Paula Meireles, a Paulo Diogo y a Nuno Alexandre por todo su apoyo y amistad.

A mi familia y amigos, que con su apoyo incondicional, me ha ayudado a no desanimarme en aquellos momentos difíciles y a seguir adelante. En particular a mis padres Manuel Luis y Maria Julia y a mi hermano Francisco Manuel por haber estado siempre a mi lado y haberme ayudado a alcanzar todas las metas a que me he propuesto.

Y finalmente a Sofia, por se haber implicado en este proyecto con una inesgotable dedicación y por haber estado a mi lado todo el largo camino que me ha levado (desde el primero momento) hasta aquí, compartiendo ánimos y desánimos, reflexiones y aprendizajes… por su sabedoria, paciencia, cariño y compresión, pero sobre todo ser la mujer y la madre.

A los pacientes mayores, nunca olvidaré su gran colaboración y todo lo que me han enseñado. Y a todos los que, de una forma u otra, estuvieron conmigo a lo largo de estos años. A todos vosotros, muchas gracias.

Resumen

El reconocimiento de la complejidad etiológica de la discapacidad, manifestada en las actividades de vida diaria y en la conducta individual de largo plazo, y la investigación sobre los factores de riesgo y los predictores de la limitación funcional, han puesto de relieve la relación entre la funcionalidad y el deterioro cognitivo en las personas mayores. Además, algunos de los modelos de discapacidad sugieren que los deterioros de la capacidad física y del estado cognitivo disminuyen la reserva fisiológica y comprometen la capacidad adaptativa de la persona mayor y que, actuando en conjunto, aunque no produzcan o sean directamente responsables por la discapacidad o por la dependencia, tornan las personas mayores vulnerables a eventos, que por su lado precipitan la discapacidad. Mientras se reconoce la substancial contribución de las enfermedades neuropsiquiátricas para la carga global de enfermedades, es de esperar que con el envejecimiento demográfico y el aumento de la esperanza de vida se vaya asistiendo a un incremento de los años vividos con discapacidad, física y mental. Es lo que podemos denominar una “doble carga de discapacidad”, para las personas mayores que envejecen con perturbaciones mentales.

El presente estudio está inmerso en el campo de la psicogerontología, específicamente en el dominio de la valoración de mujeres adultas mayores en contexto psicogeriátrico y tiene como principal objetivo i) evaluar el estado cognitivo y el nivel de dependencia funcional, en pacientes mayores, con diferentes diagnósticos psiquiátricos, ingresados en seis Instituciones prestadoras de cuidados de salud mental del Instituto de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.y ii) identificar las variables socio demográficas (edad y años de escolaridad) y clínicas (diagnóstico y años de internamiento) que mejor definen y explican aquellas dos dimensiones. Los instrumentos de evaluación utilizados son el Mini-Mental State Examination y el Mini Dependance Assessment. Este trabajo logra una evaluación de la problemática del envejecimiento y una reflexión sobre los resultados encontrados, como forma a proporcionar informaciones que posibiliten el cambio y de esta manera poder contribuir para la implementación de prácticas preventivas y para el incremento de la calidad de los cuidados de salud mental. Presentamos y discutimos los resultados dentro del contexto de intervención en psicogeriatría.

Entre los pacientes mayores con diferentes diagnósticos psiquiátricos de la muestra, las cuatro patologías de mayor prevalencia han sido la demencia, la esquizofrenia, la psicosis afectiva y el retraso mental, siguiendo la misma distribución observada a nivel nacional. En su conjunto, la mayoría de los sujetos de la muestra

pertenece al grupo de edad entre los 65 y los 74 años (44,8%); es analfabeta (59,9%); está ingresada hace más de diez años (53,5%); tiene déficit cognitivo (80,8%) y tiene un nivel de dependencia ligero (40,7%). La edad sólo se correlaciona y predice el estado cognitivo de los sujetos con esquizofrenia, y sólo predice el estado funcional de los sujetos con retraso mental. La educación se correlaciona con el estado cognitivo en los cuatro grupos de diagnóstico, pero sólo presenta una asociación muy significativa y predictiva en sujetos con demencia y en sujetos con esquizofrenia. No obstante, en ninguno de los grupos de diagnósticos la educación predice el estado funcional. El tiempo de internamiento, por su parte, no predice los resultados cognitivos y funcionales (en todos los diagnósticos). Con respecto a las habilidades cognitivas, los resultados indican que en todos los grupos de diagnóstico existe una correlación muy significativa entre el estado cognitivo y el estado funcional. La pérdida de la capacidad de movilización predice el estado cognitivo de los sujetos con esquizofrenia y las alteraciones o perturbaciones emocionales y conductuales predicen el estado cognitivo de los sujetos con psicosis afectiva. El nivel cognitivo medio de los sujetos con retraso mental o con psicosis afectiva no es significativamente diferente del nivel cognitivo medio de los sujetos con esquizofrenia.

Creemos que las conclusiones del estudio se traducen en conocimiento relevante que contribuye para fundamentar prácticas diferenciadas en la atención psicogeriátrica, con la oferta y la demanda de cuidados especializados a contemplaren las distintas necesidades y las competencias reales de las personas mayores, con distintas patologías mentales, de manera a contestar de forma eficaz a la nueva realidad social y demográfica.

Resumo

O reconhecimento da complexidade etiológica da incapacidade, manifestada nas actividades de vida diária e com expressão individual a longo prazo, e a investigação sobre os factores de risco e os predictores da limitação funcional, colocaram em evidencia a relação entre a funcionalidade e a deterioração cognitiva em pessoas idosas. Além disso, alguns dos modelos de incapacidade sugerem que a deterioração da capacidade física e do estado cognitivo diminuem a reserva fisiológica e comprometem a capacidade adaptativa da pessoa idosa e que, actuando em conjunto, ainda que não produzam ou sejam directamente responsáveis pela incapacidade ou pela dependência, tornam as pessoas idosas vulneráveis a eventos, que por seu lado precipitam na incapacidade. Dada a substancial contribuição das doenças neuropsiquiátricas para a carga global de doenças, espera-se que com o envelhecimento demográfico e com o aumento da esperança de vida se vá assistindo a um aumento dos anos vividos com incapacidade, física y mental. É o que podemos denominar de "dupla carga de incapacidade", para as pessoas idosas que envelhecem com perturbações mentais.

O presente estudo está inserido no campo da psicogerontologia, especificamente no domínio da avaliação de mulheres adultas mais velhas em contexto psicogeriátrico, e tem como principais objectivos: i) avaliar o estado cognitivo e o nível de dependência funcional, em pacientes idosos, com diferentes diagnósticos psiquiátricos, internados em seis Instituições prestadoras de cuidados de saúde mental do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, e ii) identificar as variáveis sócio-demográficas (idade e anos de escolaridade) e clínicas (diagnóstico e anos de internamento) que melhor definem e explicam aquelas duas dimensões. Os instrumentos de avaliação utilizados foram o Mini-Mental State Examination e o Mini Dependance Assessment. Este trabalho faz também uma avaliação da problemática do envelhecimento e uma reflexão sobre os resultados encontrados, como forma de proporcionar informações que possibilitem a mudança e, deste modo, poder contribuir para a implementação de práticas preventivas e para o aumento da qualidade dos cuidados de saúde mental. Apresentamos e discutimos os resultados no contexto da intervenção em psicogeriatria.

Entre os pacientes idosos com diferentes diagnósticos psiquiátricos da amostra, as quatro patologias com maior prevalência foram a demência, a esquizofrenia, a psicose afectiva e o atraso mental, seguindo a mesma distribuição observada a nível nacional. A maioria dos sujeitos de da amostra pertence ao grupo de idade entre os 65 e os 74 anos (44,8%); é analfabeta (59,9%); está internada há más de dez anos (53,5%); tem deficit

cognitivo (80,8%) e tem um nível de dependência ligeiro (40,7%). A idade só se correlaciona e prediz o estado cognitivo dos sujeitos com esquizofrenia, e só prediz o estado funcional dos sujeitos com atraso mental. A educação correlaciona-se com o estado cognitivo nos quatro grupos de diagnóstico, mas só apresenta uma associação muito significativa e preditiva em sujeitos com demência e em sujeitos com esquizofrenia. No entanto, em nenhum dos grupos de diagnósticos a educação prediz o estado funcional. O tempo de internamento, por seu lado, não prediz os resultados cognitivos e funcionais (em todos os diagnósticos). Com respeito às competências cognitivas, os resultados indicam que em todos os grupos de diagnóstico existe uma correlação muito significativa entre o estado cognitivo e o estado funcional. A perda da capacidade de mobilização prediz o estado cognitivo dos sujeitos com esquizofrenia e as alterações ou perturbações emocionais e comportamentais predizem o estado cognitivo dos sujeitos com psicose afectiva. O nível cognitivo médio dos sujeitos com atraso mental ou com psicose afectiva não é significativamente diferente do nível cognitivo médio dos sujeitos com esquizofrenia.

Entendemos que as conclusões do estudo podem traduzir-se em conhecimento relevante que contribua para fundamentar práticas diferenciadas nos cuidados psicogeriátricos, com a procura e a oferta de cuidados especializados a contemplarem as distintas necessidades e as competências reais das pessoas idosas com diferentes patologias mentais, de modo a responder de forma eficaz a esta nova realidade social e demográfica.

Abstract

The acknowledgment of the etiological complexity of disability, shown in daily living activities and with long term effects at the individual level, as well as research on risk factors and functional impairment predictors, highlights the relationship between functionality and cognitive impairment in old age. In addition, some disability models suggest that physical and cognitive impairment reduce the physiological pool and compromise the coping ability of older people and, when acting together, even though they are not directly responsible for disability or dependency, they make older people vulnerable to events that, in turn, precipitate disability. Given the important contribution of neuropsychiatric diseases for the global burden of diseases, it can be expected an increase in the number of years lived with mental and physical disability, due to the demographic aging and life expectancy rising up. That's what can be called the "double burden of disease" in older people that age with mental disorders.

The present study is developed in the field of psychogerontology, particularly in the domain of older woman assessment in psychogeriatrics environment, and its main goals are: i) to assess cognitive status and functional dependence in older inpatients with different diagnosis institutionalized in nursing homes of a religious order, and ii) to identify socio-demographic (age and years of education) and clinical variables (diagnosis and years of hospitalization) that better define and explain those two dimensions. The assessment scales used were the Mini-Mental State Examination and the Mini Dependance Assessment. This work also proposes an assessment of the aging issue and a reflexion on the study findings, in order to produce information that facilitates changing and therefore contribute to the implementation of preventive practises and for better quality in mental health care. We present and discuss the results in the context of a psychogeriatric intervention.

Amongst the older patients with different psychiatric diagnosis in our sample, the four pathologies with the highest prevalence were dementia, schizophrenia, affective psychosis and mental retardation, following the same distribution as the one observed at the national level. The majority of subjects is in the age group of 65 to 75 years (44.8%); is illiterate (59.9%); is institutionalized for more than ten years (53.5%); has cognitive impairment (80.8%) and mild functional dependency (40.7%). Age only correlates and predicts cognitive status of schizophrenic patients, and only predicts the functional status of patients with mental retardation. Education correlates with cognitive status in the four diagnosis groups, but it only presents a very significant and predictive association in dementia and in schizophrenic patients. Education predicts functional status in all

diagnosis groups. Duration of hospitalization does not predict cognitive and functional results, in all the four diagnosis. Regarding cognitive abilities, results show that all diagnosis groups have a very significant correlation between cognitive and functional status. Loss of mobilization capability predicts cognitive status in schizophrenic patients and emotional and behavioural disorders or changes predict cognitive status in patients with affective psychosis. The average cognitive level of patients with mental retardation or affective psychosis is not significantly different from the average cognitive level of schizophrenic patients.

We believe that our conclusions may translate in relevant knowledge that can contribute for sustainable differentiated practices in psychogeriatric care, with specialised care demand and supply taking into account the different needs and actual abilities of older people with different mental disorders, in order to address in an effective way to this new social and demographic reality.

Résumée

La reconnaissance de la complexité étiologique de l'handicap qui se manifeste dans les activités de la vie quotidienne avec une expression personnelle de long terme, et la recherche des facteurs de risque et prédictifs de la limitation fonctionnelle, évidencent la relation entre l'handicap fonctionnel et cognitif chez les personnes âgées. En plus, certains modèles d'invalidité suggèrent que la détérioration des fonctions physiques et cognitives diminuent la réserve physiologique et la capacité d'adaptation des personnes âgées. En agissant ensemble, même ne produisant rien ou, par contre, étant directement responsables de l'incapacité ou dépendance, ces fonctions détériorées rendent les personnes âgées vulnérables aux événements qui, à leur tour, mènent à l'handicap. Tout en reconnaissant l'importance de la contribution des troubles neuropsychiatriques dans la charge mondiale des maladies, le vieillissement de la population et l'élargissement de l'espérance de vie nous montre qu'il y aura une augmentation d'années vécues, probablement, avec une incapacité physique et mentale. C'est ce que nous appelons la «double charge de l'handicap» pour les personnes âgées qui vieillissent avec des troubles mentaux.

Cette étude se situe dans le domaine de la psychogérontologie, plus précisément dans l'évaluation des femmes âgées dans le cadre de psychogériatrie. Elle a comme objectifs principaux i) évaluer l'état cognitif et le niveau de dépendance fonctionnelle des patientes âgées avec différents diagnostics psychiatriques, hospitalisées dans six institutions qui fournissent des soins de santé mentale à l'Institut des Sœurs Hospitalières du Sacré-Cœur de Jésus, au Portugal et ii) identifier les variables socio-démographiques (âge et années de éducation) et cliniques (diagnostic et années institutionalisation) qui définissent et expliquent ces deux dimensions. Les instruments d'évaluation utilisés sont le *Mini-Mental State Examination* et le *Mini Dependance Assessment*. Ce document propose une évaluation des questions autour du vieillissement ainsi qu'une discussion des résultats obtenus, comme moyen pour fournir des informations qui permettront le changement, encontribuant à la mise en œuvre de pratiques de prévention qui augmenteront la qualité des soins en santé mentale. Nous présentons et discutons les résultats dans le contexte de l'intervention en psychogériatrie.

De l'univers de patients âgés analysé, avec des diagnostics psychiatriques divers, les quatre maladies avec la prévalence plus élevée ont été la démence, la schizophrénie, la psychose affective et la déficience mentale, suivant la distribution observée à niveau national. La majorité des sujets se situe dans la tranche d'âges comprises entre les 65 et

les 74 ans (44,8%), est analphabète (59,9%), est institutionnalisée il y a plus de dix ans (53,5%), a un déficit cognitif (80,8%) et a un niveau de dépendance léger (40,7%).

L'âge montre une corrélation qui prédit, seulement, l'état cognitif des sujets souffrant de schizophrénie et l'état fonctionnel des personnes atteintes de retard mental. L'éducation est en corrélation avec l'état cognitif dans les quatre groupes de diagnostic, mais présente seulement une association très significative et prédictive chez les sujets atteints de démence ou schizophrénie. Toutefois, dans aucun des groupes l'éducation prévoit l'état fonctionnel. La durée du séjour à l'hôpital, pour sa part, ne permet pas de prédire les résultats des capacités cognitives et fonctionnelles (pour chacun des diagnostics). En ce qui concerne les compétences cognitives, les résultats indiquent que dans tous les groupes il ya une corrélation très significative entre le statut cognitif et l'état fonctionnel. La perte de capacité de transfert prédit l'état cognitif des sujets souffrant de schizophrénie, et des changements ou troubles affectifs et comportementaux prédissent l'état cognitif des sujets souffrant de psychose affective. Le niveau cognitif moyen des sujets présentant un retard mental ou une psychose affective n'est pas significativement différent du niveau cognitif moyen des sujets atteints de schizophrénie.

Nous croyons que les résultats se traduisent dans des connaissances pertinentes qui aident à soutenir les pratiques différenciées en matière de soins de psychogériatrie, ce qui renforce la demande et l'offre de traitements spécialisés, qui doit contempler les différents besoins et les compétences réelles des personnes âgées atteintes de pathologies mentales différentes, afin de donner une réponse efficace à cette nouvelle réalité sociale et démographique.

Índice General

Introducción **27**

Parte I: Marco Teórico **41**

Capítulo 1. Socio-demografía del envejecimiento **43**

1.1. Envejecimiento demográfico en Portugal 43

1.2. La edad generacional y el nivel educativo de la población mayor 48

Capítulo 2. Funcionalidad y Cognición **52**

2.1. La dependencia funcional 53

2.2. La función como expresión de la enfermedad 63

2.3. La función mental 69

2.4. El deterioro cognitivo y funcionalidad 76

2.5. El deterioro cognitivo y variables socio-educativas 81

Capítulo 3. Atención psicogeriátrica **88**

3.1. La salud mental y la vejez 91

3.2. Movimiento histórico-social de la asistencia psicogeriátrica 98

3.3. Actividad asistencial en Portugal 101

3.4. La asistencia en la modalidad de internamiento 104

3.4.1. El internamiento psicogeriátrico en Portugal 106

3.5. La atención farmacológica 108

3.5.1. Cambios en la relación fármaco-terapéutica 109

3.5.2. Ejemplos de alteraciones de respuesta terapéutica en el paciente mayor 110

3.5.3. Otras reacciones adversas psiquiátricas no dependientes de la edad 111

3.5.4. Datos epidemiológicos 114

3.5.5. Orientaciones para la prescripción de medicamentos en el paciente mayor 115

Capítulo 4. Diagnóstico diferencial **117**

4.1. Demencia 118

4.2. Retaso mental 129

4.2.1. Retraso Mental y Vejez 132

4.3. Enfermedad mental 139

4.4. Esquizofrenia 140

4.4.1. Esquizofrenia y vejez 148

4.5. Trastornos Bipolares 153

4.5.1. Trastorno bipolar y vejez 163

Parte II: Marco Empírico **171**

Capítulo 5. Metodología **173**

5.1. Planteamiento de la investigación 173

5.2. Hipótesis empíricas 174

5.3. Objetivos del estudio empírico 188

5.4. Selección de sujetos participantes 189

5.5. Variables del estudio 192

5.6. Los instrumentos de Evaluación 192

5.6.1. Evaluación de la Función Cognitiva: Mini-mental State Examination (Folstein et al. 1975) 194

5.6.2. Evaluación de la Dependencia Funcional: Mini Dependance Assessment (Benhamou R. 1997) 200

5.6.3. Estabilidad de las variables dependientes y de los instrumentos (Objetivo 3) . 207

5.6.4. Hipótesis 1: Existirán diferencias significativas en las medias de las variables dependientes después un periodo de dos años 210

5.7. Procedimiento 213

5.7.1. Análisis estadístico de los datos 214

5.8. Diseño de la investigación 215

Capítulo 6. Resultados **216**

6.1. Caracterización de la población institucionalizada (Objetivo 1) 216

6.1.1. Caracterización institucional: instituciones de ingreso (Objetivo 1.1.) 216

6.1.2. Caracterización socio-demográfica: edad y escolaridad (Objetivo 1.2.) 217

6.1.3. Caracterización clínica: años de internamiento y diagnóstico psiquiátrico (Objectivo 1.3.) 221

6.2. Evaluación del estado cognitivo y la dependencia funcional (Objectivo 2) 233

6.2.1. Estado cognitivo y niveles parciales de desempeño 233

6.2.2. Estado cognitivo y variable institucional 235

6.2.3. Estado cognitivo y variables sociodemográficas 236

6.2.4. Estado cognitivo y variables clínicas 237

6.2.5. Niveles parciales del estado cognitivo (ítems MMSE) y diagnóstico 239

6.2.6. Niveles de dependencia y actividades funcionales 242

6.2.7. Niveles de dependencia y variable institucional 246

6.2.8. Niveles de dependencia y variables sociodemográficas 247

6.2.9. Niveles de dependencia y variables clínicas 250

6.2.10. Niveles parciales de funcionalidad (ítems MDA) y diagnóstico 253

6.2.11. Estado cognitivo y dependencia funcional 264

6.3. Comparación entre distintos diagnósticos de las variables independientes y dependientes (Objetivo 4) 265

6.3.1. Hipótesis 2: Existirán diferencias significativas en las medias de las variables independientes, entre los grupos de diagnóstico 265

6.3.2. Hipótesis 3: Existirán diferencias significativas en las medias de las variables dependidentes, por los grupos de diagnóstico 266

6.4. Comparación entre las variables independientes y dependientes, en la muestra global y en cada diagnóstico (Objetivo 5) 267

6.4.1. Hipótesis 4: Existirá correlación significativa entre las distintas variables independientes y dependientes, en las mujeres mayores con patología mental crónica 267

6.4.2. Hipótesis 5: Existirá correlación significativa entre las distintas variables independientes y dependientes, por los distintos grupos de diagnóstico 268

6.5. Identificación de las variables que mejor definen y explican la dependencia funcional y el estado cognitivo (Objetivo 6)..... 271

6.5.1. Hipótesis 6: El nivel de dependencia funcional de los distintos grupos de diagnóstico (y de la muestra total) es explicado por distintas variables..... 271

6.5.2. Hipótesis 7: El estado cognitivo de los distintos grupos de diagnóstico (y de la muestra total) es explicado por distintas variables. 274

6.6. Comparación de los sujetos de la muestra con los datos de archivo en Portugal (Objetivo 7)..... 277

Parte III: Discusión y conclusión **287**

Capítulo 7. Discusión de los resultados empíricos **289**

7.1. Envejecimiento psicogeriátrico 290

7.1.1. Las variables relevantes: edad, escolaridad, internamiento (y diagnóstico) 291

7.1.2. Las variables dependientes: funcionalidad y cognición 293

7.2. Análisis diferencial de acuerdo con el diagnóstico 300

7.2.1. Demencia..... 301

7.2.2. Retraso Mental..... 306

7.2.3. Enfermedad Mental (esquizofrenia y psicosis afectiva) 312

Capítulo 8. Conclusión **325**

8.1. Nota final 336

Referencias Bibliográficas **338**

Índice de Figuras

Figura 1 – Evaluación Funcional estructurada alrededor de las Actividades de la Vida....57

Figura 2 – Modelo de enfermedad en Geriatría (Mañas, 2000).....68

Figura 3 – Crecimiento (ganancias) y declive (pérdida) a lo largo del ciclo de vida (Heckhausen et al., 1989, citado por Zamarrón et al., 2002).....71

Figura 5 - Carga de la enfermedad en el Mundo medida en años de vida ajustados por la discapacidad (World Health Organization, 2001c).....90

Figura 6 – Treatment gap: Carga de la enfermedad vs Budget (World Health Organization, 2001a) 90

Figura 7 - Distribución de la búsqueda de cuidados psiquiátricos en función de la edad (Bento et al., 2003a; Direcção-Geral da Saúde, 2005).....102

Figura 10 - Diagnóstico diferencial de las demencias (Badenhorst, 2006) 120

Figura 11 - Incremento de la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer con la edad (Larson et al., 1992).....126

Figura 12 – Historia natural de la enfermedad de Alzheimer de acuerdo con los resultados en el Mini Examen del Estado Mental (Feldman et al., 1996).....128

Figura 13 - Distribución geográfica de las instituciones participantes.....191

Índice de Tablas

Tabla 1 - Evolución de la estructura de la población residente en Portugal, 1991 y 2001 (Instituto Nacional de Estatística, 2002) 44
Tabla 2 – Estimativa de la población residente en Portugal, en 2001, según el sexo y por grupos de edad (x 1000) (Direcção-Geral da Saúde, 2004) 46
Tabla 3 - Esperanza de vida al nacimiento en Portugal (1960, 1970, 1981, 1991 e 2001) (Gonçalves et al., 2008) 47
Tabla 4 – Esperanza de vida al nacer y por grupos de edad en Portugal (1990, 1995/96, 2000/01 e 2005/07) (Direcção-Geral da Saúde, 2004) 47
Tabla 5 - Esperanza de vida al nacer y a los 65 años en Portugal (2001/01 y 2005/06) (Instituto Nacional de Estatística, 2007b)..... 48
Tabla 6 – Modelo conceptual de la ICF (OMS, 2001) (Arthanat et al., 2004) 55
Tabla 7 – Aplicación del concepto de capacidad funcional – Clasificación Internacional de Incapacidad (OMS, 1980 y 1997 citado por por Botelho, 1999)..... 56
Tabla 8 – Proyecciones de la carga global de enfermedad para 2008, 2015 y 2030 (World Health Organization, 2004a) 93
Tabla 9 – Países de Europa de acuerdo con los servicios que cubren las necesidades de las personas mayores, niños y adultos (Mendonça Lima et al., 2003). 96
Tabla 10 - Perturbaciones mentales entre las personas mayores en los Cuidados de Salud Primarios (Suecia) (Ólafsdóttir et al., 2001)..... 96
Tabla 11 – Países de acuerdo con la extensión del estigma en relación a la persona mayor con perturbación mental y sus familias (Mendonça Lima et al., 2003) 99
Tabla 12 - Ocurrencia de casos positivos de acuerdo con el Mental Health Index (%) (Comissão Para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007)..... 102
Tabla 13– Distribución de las personas con más de 65 años, en el internamiento, por grupo de edad y por tipo de institución (Bento et al., 2003a). 108
Tabla 14 – Factores que contribuyen para la alteración de los efectos de los medicamentos..... 109
Tabla 15 - Alteración de las respuestas a los medicamentos en el paciente mayor 110
Tabla 16 - Medicamentos con propiedades anticolinérgicas 110
Tabla 17 - Señales y síntomas del síndrome anticolinérgico.....111
Tabla 18 - Ejemplos de medicamentos asociados a reacciones adversas psiquiátricas: Lista modificada de McConnell e Duffy, 1994 (McConnell & Duffy, 1994) 113

Tabla 19 – Número de personas con demencia en 2001, proyecciones para 2020 y 2040, y porcentaje de incrementos en la Europa Occidental (región de la OMS) (Ferri et al., 2005) 122
Tabla 20 – Número de personas con demencia en Portugal, en 2005 (Alzheimer Europe, 2006) 123
Tabla 21 – Prevalencia de la Demencia en 100 personas, por edad y sexo, en 9 países de la OCDE (2004) (Moise et al., 2004) 125
Tabla 22 – Población total y población femenina residente en los centros asistenciales del IHHSCJ (Comissão Provincial para a Estratégia Assistencial, 2008) 192
Tabla 23 - Rangos de las puntuaciones del MMSE respecto a los estadios de la GDS, según los estudios de Reisberg y de Eisdofer (Reisberg et al., 1986; Eisdofer et al., 1992, citados por Fundación ACE, Institut Català de Neurociències Aplicades, & Alzheimer Centre Educacional, 2003) 197
Tabla 24 - Apartados del Mini-Examen del Estado Mental (MMSE) según la edad y el nivel de escolaridad. 198
Tabla 25 – Apartados del Mini-Examen de Estado Mental (MMSE) 200
Tabla 26 – Comparación entre el grupo clínico con demencia y el grupo normal (sin demencia), con 65 y más años: t Student 206
Tabla 27 – Comparación entre grupo clínico con psicosis afectiva y grupo normal (sin demencia), con más de 75 y menos de 84 años: t Student 207
Tabla 28 – Distribución de la sub-muestra MDA (2001 – 2003) y de la muestra total (2003) por diagnósticos 208
Tabla 29 – Distribución de la sub-muestra MMSE (2001 – 2003) y de la muestra total (2003) por diagnóstico 208
Tabla 30 – Estadísticos descriptivos de la puntuación en el MDA en 2001 y 2003 (sub-muestra) 209
Tabla 31 – Distribución de la sub-muestra por nivel de dependencia (MDA) en 2001 y en 2003 209
Tabla 32 – Estadísticos descriptivos de la puntuación en el MMSE en 2001 y 2003 (sub-muestra) 210
Tabla 33 – Distribución de la sub-muestra por estado cognitivo (MMSE) en 2001 y en 2003 210
Tabla 34 - Matriz de correlación de Pearson (N = 438) 212
Tabla 35 – Distribución de la muestra por institución de salud 216
Tabla 36 – Prevalencia de la población femenina (Comissão Provincial para a Estratégia Assistencial, 2008) y de la muestra en los centros asistenciales del IHHSCJ 217
Tabla 37 – Estadísticos descriptivos de la edad 218

Tabla 38 – Distribución de la muestra por grupo de edad 218
Tabla 39 – Estadística descriptiva de edad en las instituciones participantes 219
Tabla 40 – Distribución de la muestra por nivel de escolaridad..... 219
Tabla 41 – Distribución de la muestra por clase de años de escolaridad (MMSE) 220
Tabla 42 – Estadística descriptiva de los años de escolaridad en las instituciones participantes 220
Tabla 43 - Estadística descriptiva de los años de escolaridad en los grupos de edad ... 221
Tabla 44 – Estadísticas descriptivas de los años de internamiento..... 221
Tabla 45 – Distribución de la muestra por clase de años de internamiento..... 222
Tabla 46 - Estadística descriptiva de los años de internamiento en las instituciones participantes 223
Tabla 47 – Distribución de las instituciones de salud por las clases de años de internamiento 224
Tabla 48 - Estadística descriptiva de los años de internamiento en los grupos de edad 225
Tabla 49 - Estadística descriptiva de los años de internamiento en los grupos de escolaridad (MMSE) 225
Tabla 50 – Distribución de la muestra por diagnóstico 226
Tabla 51 – Distribución de las instituciones de salud por diagnóstico 226
Tabla 52 – Estadísticas descriptivas de la edad por diagnóstico..... 227
Tabla 53 - Estadísticas descriptivas del grupo de edad por diagnóstico 228
Tabla 54 – Estadísticas descriptivas de la escolaridad por diagnóstico 229
Tabla 55 – Distribución del nivel de escolaridad por diagnóstico 229
Tabla 56 – Distribución de los niveles de escolaridad del MMSE por diagnóstico..... 230
Tabla 57 – Estadísticas descriptivas de los años de internamiento por diagnóstico..... 231
Tabla 58 – Distribución de los grupos de años de internamiento por diagnóstico 231
Tabla 59 – Estadísticas descriptivas de la edad de internamiento por diagnóstico 232
Tabla 60 – Distribución de los grupos de edad de internamiento por diagnóstico 233
Tabla 61 – Estadísticas descriptivas de la puntuación en el MMSE Total y subapartados..... 234
Tabla 62 – Resultados del total de sujetos en los ítems del MMSE 235
Tabla 63 – Distribución de la muestra por estado cognitivo (MMSE) 235
Tabla 64 – Distribución del estado cognitivo (MMSE) por institución de salud 236
Tabla 65 – Distribución del estado cognitivo (MMSE) por grupo de edad 236
Tabla 66 – Distribución del estado cognitivo por grupo de escolaridad (MMSE) 237
Tabla 67 – Distribución de la muestra por estado cognitivo (MMSE) y grupo de internamiento 238
Tabla 68 - Estadísticos descriptivos de la puntuación en el MMSE por diagnóstico..... 239

Tabla 69 - Distribución del estado cognitivo (MMSE) por grupo de diagnóstico.....239
Tabla 70 – Resultados de los sujetos con demencia en los ítems del MMSE.....241
Tabla 71 – Resultados de los sujetos con retraso mental en los ítems del MMSE.....241
Tabla 72 – Resultados de los sujetos con esquizofrenia en los ítems del MMSE 242
Tabla 73 – Resultados de los sujetos con psicosis afectiva en los ítems del MMSE 242
Tabla 74 – Estadísticas descriptivas de la puntuación en el MDA y subapartados 243
Tabla 75 – Distribución de la muestra por nivel de dependencia (MDA).....243
Tabla 76 – Distribución del grado de dependencia en el subapartado Actividades Corporales (MDA).....244
Tabla 77 – Distribución del grado de dependencia en el subapartado Actividades Locomoción (MDA) 245
Tabla 78 – Distribución del grado de dependencia en el subapartado Actividades Sensoriales (MDA).....245
Tabla 79 – Distribución del grado de dependencia en el subapartado Actividades Mentales (MDA) 246
Tabla 80 – Distribución en las instituciones de salud de los niveles de dependencia (MDA) 247
Tabla 81 – Distribución en los grupos de edad de los niveles de dependencia (MDA) ...248
Tabla 82 – Distribución de los niveles de escolaridad (MMSE) en función de los niveles de dependencia (MDA).....249
Tabla 83 – Distribución de los niveles de escolaridad en función de los niveles de dependencia (MDA).....249
Tabla 84 – Distribución de los grupos de internamiento en función de los niveles de dependencia (MDA).....251
Tabla 85 - Estadísticas descriptivas de la puntuación en el MDA por diagnóstico 252
Tabla 86 – Distribución de la muestra por nivel de dependencia (MDA) y diagnóstico ...253
Tabla 87 – Caracterización de la alimentación por grupo de diagnóstico 254
Tabla 88 - Caracterización de la higiene por grupo de diagnóstico.....255
Tabla 89 - Caracterización de la eliminación por grupo de diagnóstico 256
Tabla 90 - Caracterización de la movilización por grupo de diagnóstico.....257
Tabla 91 - Caracterización del desplazamiento por grupo de diagnóstico 257
Tabla 92 - Caracterización del espacio de vida por grupo de diagnóstico 258
Tabla 93 - Caracterización de la visión por grupo de diagnóstico.....259
Tabla 94 - Caracterización de la audición por grupo de diagnóstico.....260
Tabla 95 - Caracterización del discurso por grupo de diagnóstico.....260
Tabla 96 - Caracterización de la memoria por grupo de diagnóstico 261
Tabla 97 - Caracterización de la conducta por grupo de diagnóstico.....262

Tabla 98 - Caracterización del ánimo por grupo de diagnóstico 263
Tabla 99 - Distribución de la muestra por estado cognitivo (MMSE) y nivel de dependencia (MDA) 265
Tabla 100 – Comparaciones múltiplas entre grupos de diagnóstico: variables independientes y dependientes 266
Tabla 101 - Correlaciones entre las variables continúas: muestra total 268
Tabla 102 - Correlaciones entre las variables continúas, en el grupo con demencia 269
Tabla 103 - Correlaciones entre las variables continúas, en el grupo con retraso mental 269
Tabla 104 - Correlaciones entre las variables continúas, en el grupo con esquizofrenia 270
Tabla 105 - Correlaciones entre las variables continúas, en el grupo con psicosis afectiva 271
Tabla 106 – Prueba ANOVA del modelo de regresión lineal con la variable dependiente MDA, para la muestra total 272
Tabla 107 - Prueba ANOVA del modelo de regresión lineal con la variable dependiente MDA, para el diagnóstico de demencia 273
Tabla 108 - Prueba ANOVA del modelo de regresión lineal con la variable dependiente MDA, para el diagnóstico de retraso mental 273
Tabla 109 - Prueba ANOVA del modelo de regresión lineal con la variable dependiente MDA, para el diagnóstico de esquizofrenia 273
Tabla 110 - Prueba ANOVA del modelo de regresión lineal con la variable dependiente MDA, para el diagnóstico de psicosis afectiva 273
Tabla 111 - Porcentaje de variancia explicada en la puntuación del MDA, por diagnóstico 274
Tabla 112 - Prueba ANOVA del modelo de regresión lineal con la variable dependiente MMSE, para la muestra total 275
Tabla 113 - Prueba ANOVA del modelo de regresión lineal con la variable dependiente MMSE, para el diagnóstico de demencia 275
Tabla 114 - Prueba ANOVA del modelo de regresión lineal con la variable dependiente MMSE, para el diagnóstico de retraso mental 275
Tabla 115 - Prueba ANOVA del modelo de regresión lineal con la variable dependiente MMSE, para el diagnóstico de esquizofrenia 276
Tabla 116 – Prueba ANOVA del modelo de regresión lineal con la variable dependiente MMSE, para el diagnóstico de psicosis afectiva 276
Tabla 117 - Porcentaje de variancia explicada en la puntuación del MMSE, por diagnóstico 277

Tabla 118 – Estimativas de la población residente con 65 y más años (Instituto Nacional de Estatística, 2004), población institucionalizada en residencias para mayores (Martin et al., 2006; 2009; Câmara Municipal de Ponta Delgada, 2008; Provedoria de Justiça, 2008) y muestra de sujetos, en función de la localización de los centros asistenciales.....279
Tabla 119 – Índices de envejecimiento (Instituto Nacional de Estatística, 2004) y porcentaje de mujeres con 65 y más años (muestra), en función de la localización de los centros asistenciales.....280
Tabla 120 – Distribución de los motivos de búsqueda de cuidados psiquiátricos, por individuos con más de 65 años, en el internamiento (Direcção-Geral da Saúde, 2005) y muestra de sujetos. 281
Tabla 121 – Distribución de los grupos de edad da la población mayor en los Censos de 2001 (nacional y psiquiátrico) (Bento et al., 2003; Direcção-Geral da Saúde, 2005; Instituto Nacional de Estatística, 2002) y en la muestra del estudio. 282
Tabla 122 - Estadística descriptiva de los años de escolaridad, en el grupo de edad entre los 65 y los 74 años y en el total de mujeres, en el estudio EPEPP (Oliveira et al., 2008) y en la muestra 283
Tabla 123 - Distribución de las características de la evaluación funcional, en el grupo de edad entre los 65 y los 74 años y en el total de mujeres, en el estudio EPEPP (Oliveira et al., 2008) y en la muestra 284
Tabla 124 – Distribución de las características de la evaluación cognitiva (MMSE) del grupo de edad entre los 65 y los 74 años, en el EPEPP (Oliveira et al., 2008), en el estudio de Botelho (Botelho, 1999) y en la muestra. 285
Tabla 125 – Distribución de la personas mayores con diagnóstico de demencia por grupo de edad (Alzheimer Europe, 2006) 303

Esta tesis tiene como principal objetivo el estudio y la caracterización de una muestra de pacientes mayores, con diferentes tipos de patología psiquiatría, ingresados en Instituciones que prestan cuidados de salud mental.

El estudio a desarrollar encontrase inserido en el campo de la psicogerontologia, específicamente en el dominio de la valoración de adultos mayores en contexto gerontológico.

En su vertiente práctica este trabajo pretende:

a) Caracterizar la población institucionalizada;
b) Evaluar la dependencia funcional y el estado cognitivo;
c) Testar correlaciones entre las diferentes variables estudiadas;
d) Comparar los resultados Inter-diagnósticos;
e) Efectuar comparaciones con base en datos de archivo;
f) Proporcionar informaciones que posibiliten la mejora.

Introducción

El tema del envejecimiento de las poblaciones, con su amplia repercusión tanto para el desarrollo de los países en general, como para el bienestar y seguridad de las personas mayores, constituye un asunto que ya interesa a muchos individuos, estados y organizaciones internacionales, y seguirá despertando el interés de muchos otros en un futuro cercano.

No obstante, este tema va más allá del fenómeno reciente de la visibilidad de las personas mayores. Es decir, el envejecimiento de la sociedad, que supone el aumento del número de individuos de edad avanzada (un grupo social hasta hace poco inexistente, con necesidades y actitudes también nuevas), implica una realidad que sobrepasa la del mero envejecimiento de la estructura demográfica o poblacional, causado por el descenso conjunto de las tasas de mortalidad y de natalidad, y viene a sugerir que los cambios profundos (que se están produciendo y se producirán aún más en el próximo futuro) están generando una “nueva vejez” (Angulo & Jiménez, 2000; Bazo, 1998; Paúl, 1997). Uno de los cambios profundos que conlleva la “nueva vejez” es precisamente el problema de la funcionalidad: las alteraciones en la esperanza de vida conllevan un incremento del tamaño y de la proporción de la población mayor, donde se encuentra un número significativo de personas con limitaciones funcionales o discapacidad (Kelly-Hayes, Jette, Wolf, D'Agostino, & Odell, 1992).

A nivel individual, el proceso de envejecimiento (propio de los seres vivos) ya no se considera un proceso evolutivo inalterable, pero sí el resultado de la interacción de múltiples factores endógenos y exógenos que caracterizan la respuesta adaptativa y determinan el papel del envejecimiento (Oliveira et al., 2008). Este proceso, que en cada individuo deriva de la combinación entre los distintos factores a que se ha estado expuesto (genéticos y ambientales/sociales), lleva a la heterogeneidad del envejecimiento humano. Esta diversidad es mediada por las diferencias de ritmo de envejecimiento entre los distintos individuos y por procesos individuales que acentúan estas diferencias con el avance de la edad (Botelho, 1999c).

Por otro lado, como reflejo de las alteraciones en los distintos órganos y sistemas propias del envejecimiento, y como resultado de la interacción entre distintos factores (factores de influencia continua, factores agudos y factores que impiden la recuperación de pérdidas ocurridas) surge la fragilidad. En concreto, esta fragilidad es entendida como un estado de disminución de las reservas homeostáticas del organismo y se encuentra generalmente asociada con la edad avanzada y con la presencia de enfermedades crónicas, que se manifiestan frecuentemente a través de perturbaciones de la funcionalidad (Buchner y Wagner, 1992 y Fried, 1994 citados por Botelho, 1999).

Además, mientras se reconoce que las enfermedades crónicas y los estados de fragilidad constituyen factores de desequilibrio “mayor” en el envejecimiento, también se viene asumiendo que estas condiciones patológicas influyen también a la calidad de vida, no tanto por su acción directa, sino , sobre todo, por su repercusión en las capacidades funcionales y en la autonomía del individuo. Por eso, la mejora de la capacidad funcional se ha tornado uno de los principales enfoques de la evaluación y acompañamiento de las personas mayores (Fillenbaum, 1996 citado por Botelho, 1999)

En realidad, aunque las primeras definiciones de salud de la OMS que presuponían el bienestar físico, mental y social, en el sentido de la ausencia de enfermedad, dejasen fuera las enfermedades crónicas o las alteraciones de la capacidad funcional (World Health Organization, 1948) algunos cambios paradigmáticos han permitido la adopción de la noción de autonomía funcional y de presupuestos de validación de la evaluación de la salud y del bien-estar. Así, y según la OMS, esta evaluación debe ser claramente definida y evaluada, universalmente aplicable, de uso práctico en el reconocimiento de personas en riesgo y de las medidas de intervención adecuadas, posibilitar tomadas de decisión y la aferición de la eficacia de la intervención (World Heath Organization, 1948). Estos cambios de perspectiva han contribuido para que la elección de una evaluación de salud y bienestar aplicada a las personas mayores contemple, actualmente, la capacidad funcional.

No obstante, en términos cuantitativos y cualitativos, por diferencias metodológicas en la obtención de datos o por el tipo de población estudiada, los reportes de prevalencia y de severidad de la discapacidad suelen presentar algunas discrepancias. Pues, aunque sea posible demostrar una asociación entre la limitación funcional y el incremento de la edad, o mismo con el género femenino o el bajo nivel de educación (Boult, Kane, Louis, Boult, & McCaffrey, 1994; Guralnik & Simonsick, 1993; Fried, Ettinger, Lind, Newman, & Gardin, 1994) - bien como con las condiciones comúnmente relacionadas con la edad, como la enfermedad cerebro-vascular, la enfermedad cardiaca y la fractura de cadena - los reportes de prevalencia de la limitación funcional llegan a presentar discrepancias en un rango que van del 5% al 35%[1]. Es decir, muchos de los esfuerzos para determinar la magnitud de la discapacidad entre las personas mayores se han visto perjudicados por la falta de claridad conceptual (European Commission, 2003; Kelly-Hayes et al., 1992).

[1] Muchas de las discrepancias entre estos estudios, pueden estar relacionadas con el uso de escalas y metodologías distintas

Algunas limitaciones conceptuales están relacionadas precisamente con el hecho de que una parte significativa de la información sobre la incapacidad[2] física haber sido prestada (o generada) por medidas de auto-evaluación (auto-informes) sobre las actividades de vida diaria. Muchas veces estas medidas no permiten diferenciar de forma clara la presencia del deterioro funcional que hace la actividad difícil o imposible de realizar y el desempeño actual en la actividad. Además, la mayoría de los estudios enfocan en mayores relativamente jóvenes, lo que hace despertar la cuestión si será posible generalizar los resultados/descubiertas a la población más mayor (Aguero-Torres, Fratiglioni, Viitanen, Strauss, & Winblad, 1998).

La falta de entendimiento sobre la metodología usada para medir la discapacidad o para la valoración de limitaciones funcionales específicas puede estar comprometiendo, no sólo la mejora de la precisión en la definición de niveles de discapacidad entre los mayores, como también, el incremento de nuestro conocimiento sobre los factores de riesgo asociados, por ejemplo, a la discapacidad. A este propósito, suele decirse que la documentación de las diferencias entre la limitación funcional y la discapacidad de la persona son todavía bastante frugales (European Commission, 2003; Guralnik, Branch, Cumming, & Curb, 1989; Kelly-Hayes et al., 1992).

Para aclarar algunas de estas definiciones Saad Nagi (Nagi, 1991, citado por Kelly-Hayes et al., 1992) ha desarrollado un modelo que enfoca algunas distinciones importantes (a nivel de las diferentes medidas conceptuales usadas en la investigación sobre la discapacidad) y propusieron tres consecuencias primordiales de la enfermedad o patología:

a) El <u>deterioro</u> que representa el déficit anatómico o fisiológico resultante del proceso patológico;
b) La <u>limitación funcional</u> que es la pérdida de habilidad para desempeñar tareas y obligaciones en papeles usuales o en su vida diaria normal;
c) La <u>discapacidad</u> que es un padrón individual de conducta que envuelve el deterioro a largo plazo;

En términos más concretos, podemos decir que el concepto de limitación funcional, propuesto por Nagi, sirve para describir la incapacidad o la restricción de la persona para desempeñar una actividad y que la discapacidad sirve para describir el

[2] La incapacidad, es generalmente conceptualizada como la disminución de la capacidad para desarrollar una tarea específica y actividades que son consideradas esenciales para el auto-cuidado y para vivir una vida independiente (Pope & Tarlov, 1991). El diccionario de la lengua de la Real Academia Española define Incapacidad como el estado transitorio o permanente de una persona que, por accidente o enfermedad, queda mermada en su capacidad laboral.

padrón conductual de la persona en la vida diaria (con una mayor componente social y que refleje el desempeño dentro de un contexto sociocultural).

Algunos autores tienden, también, a emplear el término discapacidad o limitaciones de la capacidad funcional para referirse a los problemas de dependencia (Beland & Zunzunegui, 1995). Sin embargo, creemos que ambas terminologías deberán ser utilizadas de modo distinto: una persona dependiente es aquella que durante un período prolongado de tiempo requiere de ayuda para realizar ciertas actividades de vida diaria (como para se duchar, vestir, desplazar o trasladar). De este concepto resulta evidente que siempre han existido individuos dependientes, pero aunque la problemática de la dependencia viene de antiguo, la introducción del término dependiente es relativamente nueva en muchos países, al menos con el sentido que se describe aquí.

Reflejando el interés creciente de los países desarrollados por la cuestión del envejecimiento y la atención de larga duración, se han llevado a cabo diversas encuestas que han permitido a los investigadores profundizar en el conocimiento de los problemas de dependencia entre las personas mayores. En este contexto asistencial (de larga duración para personas mayores), y a pesar de las diferencias metodológicas observadas tanto en el diseño como en la explotación de las diversas encuestas, el grueso de la evidencia empírica disponible permite afirmar (por lo menos con respecto a los Estados Unidos de América[3]) que las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia entre los ancianos han disminuido durante los últimos años (Waidmann y Manton, 1998, citados por Marín et al., 2001). Algunos de los resultados obtenidos en una amplia encuesta sobre los cuidados de larga duración[4] (Manton et al., 1997; Marín et al., 2001), por ejemplo, permiten concluir que existe una reducción sostenida en las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia y que esta disminución es especialmente importante en las cohortes de mayor edad y para los niveles de dependencia que suponen una mayor incapacidad. Estos resultados tienden a apuntar la dirección señalada por la teoría de la compresión de la morbilidad de Fries (que revisaremos en más detalle) y, al contrario, no parecen suportar empíricamente la teoría de la expansión

[3] De acuerdo con Marín y Casasnovas, excepto en el caso de los Estados Unidos, las encuestas de ámbito nacional realizadas han sido diseñadas de tal forma que únicamente proporcionan información sobre los mismos individuos en un momento del tiempo (datos de sección cruzada) (Marín & Casasnovas, 2001).

[4] El National Long-term Care Survey (NLTCS) es entendida como una privilegiada fuente de evidencia, una vez que además de abarcar un período de tiempo más dilatado (1982-1994), incluye una muestra representativa de individuos que residen en sus hogares y sujetos que han sido institucionalizados (residencias, hospitales de larga estancia...). Pues, a diferencia de otras encuestas que sólo incluyen información sobre individuos no institucionalizados, la NLTCS ha permitido obtener tasas de prevalencia generales que no dependen de cómo varían a lo largo del tiempo los ratios de institucionalización (i.e. permite obtener resultados más robustos).

de la morbilidad (Fries, 1980, citado por Botelho, 1999 y por Paúl, Ayis, & Ebrahim, 2007; Fries, 1983; Marín et al., 2001; Zarit & Zarit, 2007).

En todo caso, para adaptarse a los desafíos del envejecimiento, la persona mayor tiene siempre que manejar la enfermedad y todas las pérdidas relacionadas con la edad, siendo que el nivel de consecuencias en el proceso de envejecimiento, se presenta suficientemente ancho para incluir distintas trayectorias en distintos dominios de la funcionalidad, abajo y arriba del nivel de discapacidad (Paúl, Ayis, & Ebrahim, 2007). Además, el envejecimiento de la población contiene características propias que levantan cuestiones muy distintas de las comúnmente colocadas por la dependencia, en la población general, en términos de atención sanitaria o naturaleza de la asistencia.

De hecho, el anciano enfermo plantea tantas peculiaridades que los procedimientos de diagnósticos o terapéuticos de uso habitual en los adultos no ancianos se muestran incapaces de dar respuesta (ni por aproximación) a sus necesidades sanitarias (Fernández-Ballesteros & Corraliza Rodríguez, 2000). En la mayoría de los casos, la comorbilidad dificulta el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, retrasa la recuperación e impone límites a la rehabilitación. Además, en algunas situaciones, cuando el enfermo es tratado por diversos especialistas, la posible mejora en calidad técnica de asistencia puede aún quedar oscurecida por situaciones sistémicas, como el retraso de las consultas o exámenes, el peso de la poli-medicación y la dispersión de las responsabilidades.

Desafortunadamente, muchos de los sistemas de salud aún están centrados en la prestación de cuidados a las condiciones agudas y no se encuentran suficientemente dirigidos para las necesidades de cuidados crónicos (o de largo plazo) y, en particular, para las necesidades del envejecimiento. En muchos casos, las perspectivas de los profesionales parecen encontrarse más dirigidas para la cura o alivio inmediato de las quejas que para el transcurso de las enfermedades y para el reconocimiento de las áreas donde es posible hacer rehabilitación o retardar el proceso de deterioro.

En suma podemos decir que entre las personas mayores, la patología múltiple es la regla (y no la excepción) y que algunas de las peculiaridades asociadas al anciano enfermo tienen que ver con la presencia de patologías originadas en varios órganos y sistemas a la vez, que hacen con que el abordaje tradicional basado en “un enfermo, un solo órgano, una enfermedad” (origen del nacimiento de las especialidades médicas, orientadas hacia un órgano o sistema) venga, cada vez más, perdiendo sentido.

Frente a las necesidades que surgen de las enfermedades físicas y mentales (y en particular de las enfermedades crónicas), que se incrementan con la edad[5], las investigaciones sobre los factores de comorbilidad, como la funcionalidad física o la funcionalidad psicológica, aunque relativamente recientes y nuevas[6], ya han logrado el mayor entendimiento sobre las asociaciones y las relaciones entre las distintas dimensiones de la funcionalidad. Por ejemplo, la evidencia empírica disponible ha permitido concluir que las perturbaciones psíquicas resultan muchas veces de causas físicas, o son agravadas por ellas; al revés, la enfermedad mental conlleva frecuentemente factores como la mala alimentación, la deficiente higiene o, simplemente, la exposición a factores de riesgo responsables por la deterioración del estado general.

El reconocimiento de la complejidad etiológica de la discapacidad, manifestada en las actividades de vida diaria y en la conducta individual de largo plazo (Ebrahim, 1999; Fried & Guralnik, 1997), y la investigación sobre los factores de riesgo y los predictores de la limitación funcional (Stuck et al., 1999) ha puesto así, de relieve la relación entre la funcionalidad y el deterioro cognitivo en las personas mayores. Algunos de los modelos de discapacidad sugieren que los deterioros de la capacidad física y del estado cognitivo disminuyen la reserva fisiológica y comprometen la capacidad adaptativa de la persona mayor (Stuck et al., 1999; Fried, Herdman, Kuhn, Rubin, & Turano, 1991) y que, actuando en conjunto, aunque no produzcan o sean directamente responsables por la discapacidad o por la dependencia, tornan las personas mayores vulnerables a eventos, que por su lado precipitan la discapacidad (Gill, Allore, Holford, & Guo, 2004).

La relación entre funcionalidad y deterioro cognitivo ha sido estudiada en distintas muestras representativas de personas mayores, sobretodo en estudios transversales (Kelly-Hayes et al., 1992; Warren et al., 1989; Bassett & Folstein, 1991). Los pocos estudios longitudinales que han considerado el papel del deterioro cognitivo como un predictor de una futura dependencia funcional han reportado resultados contradictorios (Moritz, Stanislav, & Berkman, 1994; Palmore, Nowlin, & Wang, 1985). En algunos estudios las habilidades cognitivas en sujetos dementes estaban altamente correlacionadas con el desempeño en las actividades diarias. En el estudio de Schultz y colaboradores (Schultz et al., 2002), por ejemplo, se ha constatado que la presencia de deterioro cognitivo se encuentra sobre todo asociada al deterioro funcional. Estos

[5] Segundo, Janet Belsky el 85% de individuos de más de 65 años padece, como mínimo una enfermedad crónica, y a medida que envejecemos estas enfermedades pasan a ser más y más frecuentes (Belsky, 1996).

[6] En el presente, las disciplinas que se encuentran inquietadas con la enfermedades comorbidas y con sus relaciones delicadas y complejas a nivel de las perturbaciones de salud mental, la enfermedades crónicas y discapacidades, y los resultados de salud, incluyen la neuropsiquiatría geriátrica, la neurología conductual, la psicogerontología clínica, la neuropsicofarmacología, sociología y otras disciplinas relacionadas.

resultados surgen también en conformidad con el estudio longitudinal de Green y colaboradores (Green et al., 1999, citado por Schultz et al., 2002) que, en una muestra de 149 pacientes ("probablemente") con enfermedad de Alzheimer (observados a lo largo de 37 meses, cada seis meses), han demostrado que los síntomas psiquiátricos (no cognitivos) no han contribuido para una disminución de la funcionalidad, para allá de la contribución del efecto del deterioro cognitivo. Sin embargo, en otras investigaciones, los resultados cognitivos iniciales no fueran predictores significativos de la dependencia funcional (Zanetti, Bianchetti, Frisoni, Rozzini, & Trabucchi, 2009; Reed, Jagust, & Seab, 1989; Freels et al., 1992). Así, en las personas mayores, aunque la relación entre las alteraciones cognitivas y la incapacidad funcional pueda parecer obvia, los datos empíricos sugieren que esa ligación es compleja

Para ilustrar esa complejidad, Fried y colaboradores defienden la idea de una espiral a lo largo del tiempo para ilustrar aquella relación (Fried et al., 1997; Fried et al., 1994). La espiral es ilustrada, por ejemplo, por el hecho que una posible coexistencia de perturbaciones cognitivas (como la demencia vascular o la enfermedad de de Alzheimer) y la diabetes, que pueda condicionar la habilidad de una persona para entender cómo se obtiene la medición de la glucosa en la sangre y qué hacer con los resultados, equivocándose, así, en la autogestión de la diabetes. Por otro lado, una mala gestión de la diabetes suele tener implicaciones a nivel cognitivo.

Efectivamente, cuando planteamos valorar o diagnosticar el perfil del paciente con deterioro cognitivo, observamos que habitualmente este presenta una edad avanzada (muchas veces por encima de los 75 años) y que con frecuencia existen, además de comorbilidades asociadas, síndromes geriátricos, fragilidad y dependencia funcional, etc. El "*Berlin Aging Sutdy*" (Baltes & Mayer, 1999, citados por Paúl et al., 2007), por ejemplo, muestra evidencias de una acumulación de problemas crónicos en personas con más de 80 años y una reducción en el potencial de compensación de pérdidas, debido al deterioro cognitivo y a los elevados niveles de fragilidad. Esta situación, refuerza la idea de que la cognición contribuye de forma importante para la función de la persona (con influencia en los resultados funcionales y en la rehabilitación) y realza la importancia de la evaluación del estado cognitivo de la persona mayor (de preferencia precoz) en la determinación de las posibilidades de mejoría funcional y de adaptación contextual (Arthanat, Nochajski, & Stone, 2004).

Además, en muchos casos, el déficit cognitivo parece condicionar la eficacia de los profesionales de salud en la caracterización del estado de la persona mayor (cuán lejos puede ir para alcanzar un diagnóstico correcto y actualizado), que en algunos caso conlleva inclusivemente la discriminación de las personas mayores. Algunos trabajos han procurado confirmar esta hipótesis de discriminación, sobre todo a nivel de cuidados

primarios de salud, donde se presentan mayores limitaciones, por falta de programas[7] o por falta de sensibilización para con las necesidades de las personas mayores (World Health Organization, 2001a). El estudio de Linkoping en Suecia (Ólafsdóttir, Marcusson, & Skoog, 2001), por ejemplo, corrobora la idea de carencia a nivel de los cuidados comunitarios para mayores (atención primaria), mostrando que, en una muestra de 350 sujetos con 70 y más años, un 33% de los sujetos presentaban alteraciones mentales, pero sólo un 49% de estos habían ya sido diagnosticados por un médico y que solamente entre 17% y 38% había llegado a recibir tratamiento.

En el caso concreto de la salud mental, la distinción entre el envejecimiento "normal" y el "patológico"[8] (que se ha tornado uno de los objetivos principales de algunas ciencias) carece, aún, de la adaptación a una realidad que tiende a mezclar de forma "grotesca" los efectos del envejecimiento y los efectos de la enfermedad. A este nivel, y dentro de la realidad de la patología mental, se considera más adecuada una distinción entre los cambios inherentes al proceso de envejecimiento (envejecimiento primario) y los cambios causados por la enfermedad que son reversibles o que, en sí mismos, no están causados por la edad sino por una co-variante de ésta (envejecimiento secundario) (Busse & Blazer, 1999).

Objetivamente, el conocimiento de la enfermedad mental en la vejez, más que en otras fases de la vida, implica reconocer que existen situaciones muy complejas y distintas, y que para cada una de ellas deberá existir una orientación adecuada. Esto significa identificar claramente la necesidad en salud, facultar una pluralidad adecuada de medios, y garantizar un sistema equitativo, en el cual personas con necesidades distintas reciben cuidados distintos y que personas con necesidades iguales reciben cuidados iguales.

Como hemos comentado antes, si bien que en los últimos años se ha detectado una tendencia para la disminución en las tasas de discapacidad entre los ancianos (Manton, Stallard, & Corder, 1997), es cierto que en las sociedades occidentales el número absoluto de ancianos con discapacidad y dependencia es cada día mayor (al

[7] En 2001, el Estudio Atlas de la OMS, sobre los recursos de salud disponibles en distintos países, ha revelado que un 37 por 100 de los países de la OMS - Región Europa contenían insuficientes programas para la población mayor.

[8] Por vejez normal se entiende aquella que cursa sin patologías, mientras que la vejez patológica es aquella que está asociada a múltiples patologías, frecuentemente crónicas. Otros autores han completado esta clasificación (la vejez normal y la vejez patológica) con un tercer tipo de vejez: la vejez saludable, competente, satisfactoria o con éxito (Baltes & Baltes, 1990; Fernández-Ballesteros, 1986; Fernández-Ballesteros, 1998; Rowe & Kahn, 1997) definida como: "baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada, junto a un alto funcionamiento cognitivo y capacidad física funcional y compromiso activo con la vida" (Rowe et al., 1997).

aumentar el total de ancianos). Relativamente a la salud mental, es también esperado un claro aumento del número de personas con patología mental, y en particular la patología mental crónica. Esta más que probable intensificación a medio plazo del envejecimiento demográfico (como sugieren todas las proyecciones demográficas) ha "encendido las señales de alarma" en cuanto a la capacidad de los distintos países para afrontar en el futuro los cuidados de salud mental de las personas mayores, sobre todo a las más dependientes. No obstante, pese a que las causas del actual envejecimiento demográfico son sobradamente conocidas, las preocupaciones que aparecen en todos los debates sobre este fenómeno tienen que ver sobre todo con las posibles consecuencias futuras que éste pueda traer consigo. En concreto, el argumento que se utiliza para llamar la atención sobre este problema tiene que ver sobre todo con las consecuencias a nivel económico: "puesto que la mayor prevalencia de los problemas de dependencia entre las personas mayores constituye un dato conocido, el hecho de que cada vez el número de personas mayores sea superior (envejecimiento demográfico) supone una fuente de tensión evidente para el financiamiento de los cuidados que precisan las personas mayores dependientes, por la sencilla razón de que el número de éstas también aumentará" (Marín et al., 2001).

Entre las consecuencias socio-económicas del envejecimiento poblacional se destaca el creciente sector personas sin actividad (con pocos recursos y viviendo esencialmente de pensiones) y el sistema de seguridad social en profunda crisis de financiación. En muchos países (como en Portugal), mientras la familia asuma la práctica de los cuidados de los mayores dependientes en ausencia de servicios de atención socio-sanitaria, los gastos sociales y los gastos médicos con este grupo de edad, tan carente, no paran de crecer, siendo previsible un aumento indefinido en los próximos años (Instituto Nacional de Estatística, 2005; Instituto Nacional de Estatística, 2003; Instituto Nacional de Estatística, 2008b; Instituto Nacional de Estatística, 2008c).

Las enfermedades neuropsiquiátricas, en particular, conducen a un importante porcentaje del total de años vividos con discapacidad ("*disability adjusted life years*") y son una de las causas más importantes para la carga global de la enfermedad ("*global burden of disease*)" (World Health Organization, 2001c; World Health Organization, 2003; World Health Organization, 2004a; World Health Organization, 2008). En lo que se refiere a las distintas enfermedades mentales y a la deficiencia mental, se torna aún más importante reconocer que la consecuente discapacidad o la pérdida de capacidad funcional pueden conducir, en la mayoría de los casos, a una desventaja ("*handicap*") social. Por eso, la enfermedad mental de evolución prolongada o crónica además del

prejuicio individual constituye uno de los más importantes problemas socioeconómicos y de salud pública[9].

Así, si no se emprenden reformas de suficiente calado, las principales consecuencias de las transiciones demográficas pueden comprometer, aún más, el sistema sanitario, y en particular el sistema de salud mental, por lo cual el "envejecimiento psicopatológico" debe considerarse como uno de los más grandes desafíos a los que se verá expuesto el sistema sanitario y asistencial en un futuro cercano. Además, aunque las perturbaciones mentales en la vejez tengan un mayor impacto en la discapacidad, en la necesidad de atención y en los costes de los cuidados, ellas son comúnmente menos reconocidas, diagnosticadas y tratadas, en comparación con las perturbaciones de las personas más jóvenes. Asimismo, para enfrentar la dimensión del problema, hay pues que conocer la repercusión del envejecimiento sobre la salud mental individual, promocionar formas diferentes de acercamiento a las distintas enfermedades neuropsiquiátricas de los mayores por parte de lo sistema de sanidad y diseñar políticas de prevención y asistencia, capaces de obtener por parte de los organismos y de las estructuras sanitarias respuestas diferenciadas.

Con respecto a las personas mayores con patología psiquiátrica, podemos decir que existe una evidencia muy fuerte que indica que los cuidados de salud mental son eficaces en la vejez. Esta evidencia viene siendo acumulada por ensayos clínicos (aleatorios) y por los resultados obtenidos en la práctica real ("*real-life care*"), que sugieren que los tratamientos pueden mejorar la función del día-a-día (Katz & Coyne, 2000). En consecuencia de eso mismo, ha surgido un natural incremento del apoyo de los expertos en gerontopsiquiatría al abordaje multimodal. Este tipo de aproximación se basa menos en la identificación de síndromes discretos y coloca un mayor enfoque en los planos de atención multidimensional, para procurar minimizar la discapacidad funcional y mejorar la calidad de vida (Katz et al., 2001 y Blazer, 2000 citados por Schultz et al., 2002). En concreto, las estrategias sugeridas tienen en consideración la influencia de discapacidades, como el deterioro sensorial, en el aparecimiento de síntomas psiquiátricos, así como de disfunciones cognitivas progresivas (Schultz et al., 2002).

Por otro lado, es cierto que tras la implementación de tratamientos y las medidas de resultados, difícilmente podrán alcanzar el retroceso total a los niveles previos de funcionamiento diario. Es decir, en muchos casos un tratamiento con éxito suele

[9] El concepto de cronicidad denota una enfermedad de largo plazo o de recurrencia frecuente. Las enfermedades crónicas, al contrario de las enfermedades agudas, son prolongadas, progresivas y habitualmente incurables. Este tipo de enfermedades constituyen, con mucha diferencia, uno de los principales problemas de salud, con elevados costes en visitas médicas, en días laborales perdidos, y en asistencia domiciliaria y en instituciones.

solamente servir para impedir más deterioro (disminuir las tasas de deterioro) y mantener el funcionamiento social (Schultz et al., 2002). Sin embargo, ese tratamiento es importante y no debe ser desconsiderado por no poder llevar al individuo a su nivel basal.

Sobresale también que en muchos casos, la complejidad del diagnóstico efectivo es afectada sobre todo por la presencia del deterioro cognitivo, que es el problema más común en pacientes mayores con enfermedades neuropsiquiátricas. Al nivel psicogeriátrico, la cognición ya es razonablemente contemplada en la atención al paciente esquizofrénico, en parte porque el déficit cognitivo se reconoce que contribuye para peores resultados en la funcionalidad. Respecto del trastorno bipolar, empiezan también a surgir algunas evidencias sobre deterioro cognitivo, sugiriendo que la cognición puede ser claramente considerada un objeto de atención para las dos patologías mentales (Green, 2006).

En relación a la deficiencia mental, mientras más personas con retraso mental llegan a la vejez es de esperar una mayor (o adicional) incidencia de deterioro funcional, morbilidad y, mismo, mortalidad, como consecuencia de las condiciones inherentes al establecimiento temprano, largo periodo de desarrollo o interacción, condiciones de aparecimiento tardío, bien como las consecuencias provocadas por las terapéuticas de largo plazo. Sin embargo, tal como reconoce la OMS (World Health Organization, 2000), aún existen muchos mitos o preconceptos acerca del retraso mental y del envejecimiento entre las personas con discapacidades prolongadas, incluyendo por ejemplo las ideas de que las personas con retraso mental son enfermos mentales que no sobreviven hasta la vejez, que la deficiencia resulta de una conducta errónea de la parte de sus padres, que sólo pueden ser cuidados en instituciones y que son incapaces de aprender habilidades de la vida diaria o siquiera que pueden aprender.

En cualquiera de los casos hay que considerar los factores contaminantes desconocidos o difíciles de evaluar, así como el hecho de que distintas personas, en distintos momentos, con diferentes tipos de enfermedad, pueden originar tipos específicos de pérdida funcional y cognitiva, que probablemente afectarán a un grupo concreto de actividades. En contexto institucional, por ejemplo, se creé que la extensa sobre posición entre los síntomas psiquiátricos, la disfunción cognitiva y otras comorbilidades, puede ser una de las explicaciones para la dificultad en distinguir los efectos de tratamiento de los efectos placebo, en la atención a las personas mayores institucionalizadas. De acuerdo con algunos autores, esta situación contribuye para la falta de recomendaciones basadas en la evidencia, que permitan responder a la creciente preocupación con las condiciones psiquiátricas de las personas mayores en el medio institucional (Schultz et al., 2002).

En Portugal, donde el número de personas mayores residentes que más se duplicó en los últimos cuarenta años y donde predomina la población femenina, se estima que entre los más de un millón y medio de personas con más de 65 años existan por lo menos 60 mil dementes y más de 100 mil mayores deprimidos, muchos de los cuales serán mal diagnosticados e insuficientemente tratados (Direcção-Geral da Saúde, 2005). Además, contrariando toda la evidencia científica que demuestra que las intervenciones en la comunidad (más cercanas) son las más efectivas y las de mayor preferencia de los usuarios y de las familias, el internamiento psiquiátrico sigue consumiendo la mayoría de los recursos (un 83%) (Comissão Para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

La tesis que aquí se presenta surge precisamente de la inquietud frente a lo que acabamos de comentar, sobre todo del reconocimiento de que las personas mayores ingresadas en instituciones de salud mental, aunque típicamente vulnerables a limitaciones funcionales y cognitivas graves, pueden, potencialmente, mejorar su calidad de vida, a través del diseño de intervenciones que permiten mejorar su particular condición.

Para llevar a cabo este estudio, se propone un trabajo organizado de forma tripartita. En la primera parte, designada de Marco Teórico, se realiza una revisión de los conceptos tratados en este estudio, así como la descripción de los constructos evaluados, estructurados en cuatro capítulos distintos. En el primero capítulo, se contemplan los aspectos socio-demográficos del envejecimiento, a nivel global y nacional (Portugal). En el segundo capítulo, se abordan los conceptos de funcionalidad y de cognición y la alteración de dichas funciones en personas mayores. En el tercer capítulo, se analizan la atención psicogeriátrica y las dimensiones más significativas a nivel institucional. En el cuarto capítulo, se describen las patologías psiquiátricas con mayor prevalencia en el medio institucional y se revisan los estudios realizados sobre la funcionalidad y la cognición, con estos enfermos. A través de estos cuatro capítulos, se pretende encuadrar los temas que serán estudiados en la segunda parte del trabajo.

En la segunda parte, denominada de Investigación Empírica, se presenta la metodología utilizada en el estudio, señalando el planteamiento de la investigación y los objetivos del estudio, y describiendo también la muestra seleccionada, las variables del estudio, los instrumentos utilizados y el procedimiento llevado a cabo en la investigación. También se describen los resultados obtenidos, en el análisis descriptivo de las variables demográficas y clínicas y en la comparación de las variables socio-demográficas y clínicas entre los grupos psicopatológicos más prevalentes en los contextos psicogeriátricos evaluados.

Finalmente en la tercera y última parte de este trabajo se discuten los resultados obtenidos y se presentan las conclusiones generales y las limitaciones del estudio y las perspectivas de futuro.

El trabajo finaliza con las referencias bibliográficas necesarias para la comprensión y el desarrollo del tema y con un apartado de “Anexos”, en el que se presentan los formalismos éticos para la investigación, el protocolo de recogida de datos de los sujetos del estudio y los diferentes instrumentos de evaluación utilizados para llevar a cabo la investigación.

Parte I: Marco Teórico

Como consecuencia de los avances en la ciencia, la asistencia médica y las condiciones de vida en general, se ha verificado, en los países más desarrollados, la reducción de la tasa de mortalidad o el incremento de las perspectivas de paso[10]. El consecuente incremento de la esperanza de vida en estos países, asociado al descenso de la tasa de natalidad (estrechamiento de la base de la pirámide como reflejo de un menor número de nuevos individuos)[11][12], ha contribuido para el envejecimiento de las sociedades[13] en los últimos años. Este envejecimiento, que se traduce en un aumento proporcional del grupo de personas mayores, ha sido muy rápido en las sociedades más desarrolladas (Fernández-Ballesteros, 2000).

La Organización de las Naciones Unidas, en su Plan de Acción sobre el Envejecimiento (United Nations, 2002), señala que, en el futuro, se espera que siga el aumento marcado de la población de más de 60 años, particularmente en el segmento de los que tienen 80 y más años (un envejecimiento de la pirámide demográfica). Además, en muchos países se prevé que, cada vez más, las mujeres vengan a constituir el grupo mayoritario en este grupo de población de edad más avanzada.

En términos comparativos, Portugal tiene, actualmente, una de las más elevadas tasas de aceleración del envejecimiento de todos los países europeos. Pero, al revés de los países del norte de Europa, solamente después de la década de los 90 del siglo XX empezó a tener cada vez más “viejos más viejos”.

1.1. Envejecimiento demográfico en Portugal

En Portugal, entre 1960 y 1991, el fenómeno del envejecimiento ya se había traducido por un decrecimiento de un 35,1% en la población más joven (0-14 años de edad) y por un incremento de 114,4% en la población mayor (65 y más años) (Instituto Nacional de Estatística, 1999b).

---

[10] La probabilidad de perspectiva de paso es la probabilidad de supervivencia entre intervalos de edad.

[11] La pirámide de edades ha dejado de ser triangular y denota un estrechamiento en la base, como resultado de la baja de fecundidad y un ensanchamiento en la cima decurrente de la mayor longevidad. Este fenómeno es muchas veces llamado de “inversión” de la pirámide de edades.

[12] En Portugal, en 2007, el índice sintético de fecundidad ha sido de 1,33 niños por cada mujer (Instituto Nacional de Estatística, 2008a).

[13] El término ha sido acuñado y se emplea ampliamente en sociología de la vejez y en gerontología social, siendo aceptado por los expertos en todo el mundo. Se emplea en inglés con el término de *ageing society* (en paralelo con los términos: *graying society* y *post-retired societies*).

Sin embargo, también en la década de los 90 el índice de envejecimiento[14] ha sufrido alteraciones importantes, sobretodo en el periodo entre 1990 y 1998. En términos más concretos, podemos constatar que en 1990 existían cerca de 68 mayores por cada 100 jóvenes y pasados ocho años ya era posible observar una incidencia de 90 personas mayores por cada 100 jóvenes.

Más recientemente, el último Censo del Instituto Nacional de Estadística (en 2001) (Instituto Nacional de Estatística, 2002) reveló que la población con 65 y más años había sobrepasado, en número, y por primera vez la población con menos de 14 años (104 mayores por 100 jóvenes) y en 2007, el índice de envejecimiento, alcanzó los 114 viejos por cada 100 jóvenes (Instituto Nacional de Estatística, 2008a).

En términos relativos, es posible verificar que en 1960, sólo un 8,0% de la población tenía más de 65 años. En 38 años este valor ha sufrido un aumento de más del 7,0% (15,2% en 1998) (Instituto Nacional de Estatística, 1999b) y en el último escrutinio (2001) la población mayor ya representaba un 16,4% del total de la población residente (Instituto Nacional de Estatística, 2002) (Tabla 1). En perspectiva, los estudios demográficos estiman que en los próximos 50 años un 25,9% de la población Portuguesa tendrá más de 65 años de edad (Direcção-Geral da Saúde, 2004).

Tabla 1 - Evolución de la estructura de la población residente en Portugal[15], 1991 y 2001 (Instituto Nacional de Estatística, 2002)

Portugal	1991		2001	
	N	%	n	%
Población residente	9867147	100,0	10356117	100,0
Hombres	4756775	48,2	5000141	48,3
Mujeres	5110372	51,8	5355976	51,7
Relación de masculinidad	-	93,1	-	93,4
0 – 14 años	1972403	20,0	1656602	16,0
15 – 24 años	1610836	16,3	1479587	14,3
25 – 64 años	4941164	50,1	5526435	53,4
65 y más años	1342744	13,6	1693493	16,4

[14] El índice de envejecimiento es la relación entre la población mayor y la población joven, definida habitualmente como el cociente entre el número de personas con 65 o más años y el número de personas con edades comprendidas entre os 0 e os 14 años (expresada habitualmente por 100 (10^2) personas de los 0 a los 14 años) (Direcção-Geral da Saúde, 2004).

[15] Población residente - Personas que, independientemente del momento de observación (cero horas del día de referencia) se encuentran presentes o ausentes en una determinada unidad de alojamiento, y habitan la mayor parte del año con la familia o detienen la totalidad o la mayor parte de sus haberes.

La evolución demográfica es sobretodo patentada por tasas de crecimiento elevadas de la población mayor, que en el pasado han alcanzado el valor medio anual máximo de un 2,9% en el periodo de 1970 a 1981 y de un 1,3% en la década de los 90 (Instituto Nacional de Estatística, 1999b).

Seria importante referir aquí que este crecimiento no es homogéneo dentro de la propia población mayor.

En las décadas de 70 y de 80, el grupo de 75 y más años ha crecido con tasas superiores a la población con 65 y más años, y con tasas más próximas en la década de los 90. Este crecimiento continuo del índice de longevidad registró en 1998 el valor de 39,0 personas con 75 y más años, por cada 100 individuos con 65 y más años (Instituto Nacional de Estatística, 1999b) y en 2006 un aumento para 45,0 (Instituto Nacional de Estatística, 2007b).

Sin embargo, después de 1981, el ritmo de crecimiento más fuerte pasó a afectar al grupo de personas con 85 y más años (Instituto Nacional de Estatística, 1999b). Este fenómeno es lo que podemos llamar de un envejecimiento de la propia población mayor, lo que vendría a ser un envejecimiento dentro del envejecimiento.

Con respecto al género, como en muchos otros países, también en Portugal se encuentra una mayor proporción relativa de mujeres mayores (Instituto Nacional de Estatística, 1999b; Instituto Nacional de Estatística, 2007b; United Nations, 2002). En 1998, por ejemplo, un 17,3% de las mujeres y un 12,9% de los hombres tenían 65 y más años (Instituto Nacional de Estatística, 1999b), en 2001 las mujeres mayores presentan un incremento relativo más acentuado de la prevalencia (20,6% para las mujeres y 15,3% para los hombres) y en 2006 se vuelve a repetir un incremento de la distancia entre mujeres y hombres, llegándose a una prevalencia del 21,6% y un 16% respectivamente.

De hecho, podemos observar que la relación de masculinidad se ve disminuida a media que se avanza en la edad, debido esencialmente al fenómeno de la sobremortalidad masculina registrado en las diferentes edades[16] (Tabla 2).

[16] La repartición por sexo de una población refleja los efectos de la mortalidad y de los flujos migratorios a que esta población se encuentra sujeta.

Tabla 2 – Estimativa de la población residente en Portugal, en 2001, según el sexo y por grupos de edad (x 1000) (Direcção-Geral da Saúde, 2004)

Grupos de Edad (años)	Total	Hombres	Mujeres
Total	10356,1	4988,9	5340,4
65 – 69	538,1	242,5	292,8
70 – 74	456,6	198,7	257,9
75 – 79	354,1	145,1	209,0
80 – 84	210,7	80,0	130,7
85 y más años	151,9	48,1	103,8

Parece importante resaltar que para la población femenina (así como para el total de individuos con 65 y más años), en los últimos grupos (edad), el peso relativo de las mujeres mayores ha sido siempre superior al de los hombres (Instituto Nacional de Estatística, 1999b).

Conjuntamente, la relación mujeres-hombres es superior en los grupos (edad) más viejos en comparación con la población en general, alcanzando su valor máximo en el grupo con 85 y más años (Direcção-Geral da Saúde, 2004; Instituto Nacional de Estatística, 1999b). En este grupo, el indicador de masculinidad presenta valores más bajos que en los demás grupos de personas con más de 64 años y más de 74 años). Constatándose, aún, que, a lo largo de los años, frecuentemente el número de mujeres es más del doble que el número de hombres (Direcção-Geral da Saúde, 2004; Instituto Nacional de Estatística, 1999b).

De 1993 para 2003, este incremento de la longevidad de la mujer llevó a que el número de mujeres mayores por cada 100 mujeres jóvenes transitase de 94 para 127 (Instituto Nacional de Estatística, 2007a).

Este mayor aumento de la longevidad de la mujer se torna más evidente cuando analizamos la evolución de la esperanza de vida de los nacieron en los últimos 40 años del siglo XX y se verifica que mientras los hombres han conseguido un incremento de 12,8 años, en el mismo periodo de tiempo, las mujeres han incrementado su esperanza de vida en 14,9 años (Tabla 3) (Gonçalves & Dias, 2008).

Tabla 3 - Esperanza de vida al nacimiento[17] en Portugal (1960, 1970, 1981, 1991 e 2001) (Gonçalves et al., 2008)

0 años (al nacer)	1960	1970	1981	1991	2001
Hombres	60,7	64,2	69,1	70,3	73,5
Mujeres	66,4	70,8	76,7	77,3	80,3

Aunque en un periodo de diez años (entre 1990 y 2000/01), la esperanza de vida al nacer ha aumentado cerca de tres años (Direcção-Geral da Saúde, 2004; Gonçalves et al., 2008) (Tabla 3 e Tabla 4), en el año 2000, Portugal (con 76,17 años), aún se encontraba alejado de la media de otros países de la Unión Europea, en lo que respecta a la esperanza de vida: 79,49 España, 78,29 Holanda, 79,98 Italia y 78,16 Reino Unido (Direcção-Geral da Saúde, 2004).

Con respecto a la esperanza de vida en edades más avanzadas[18] se puede constatar que en el mismo periodo de diez años (correspondiente a la última década del siglo XX) ambos géneros han incrementado sus valores de forma análoga: 2,2 años los hombres y 2,1 las mujeres en el grupo de edades de 60 a 64 años y de 1,3 los hombres y 1,4 las mujeres en el grupo de edades de 80 a 84 años (Tabla 4).

Tabla 4 – Esperanza de vida al nacer y por grupos de edad en Portugal (1990, 1995/96, 2000/01 e 2005/07) (Direcção-Geral da Saúde, 2004)

Años	0 años (al nacer)			60 – 64 años			80 – 84 años		
	Total	Var.	Muj.	Total	Var.	Muj.	Total	Var.	Muj.
1990	73,8	70,2	77,3	19,3	17,2	21,2	6,3	5,7	6,7
1995/96	74,9	71,3	78,6	20,0	17,9	21,9	6,5	5,7	7,0
2000/01	76,9	73,5	80,3	21,4	19,4	23,3	7,6	7,0	8,1

Para las personas con 65 años, este indicador también se ha incrementado en los cinco años siguientes (2000/01 a 2005/06) y también de forma semejante: 0,7 los hombres y 0,8 las mujeres (Tabla 5).

[17] La esperanza de vida al nacimiento es número medio de años que una persona al nacer puede esperar vivir, manteniéndose las tasas de mortalidad por edades observadas en un momento.

[18] La esperanza de vida en una determinada edad es el número medio de años que una persona que alcanza la edad exacta x puede esperar aún vivir, manteniéndose las tasas de mortalidad por edades observadas en un momento.

Tabla 5 - Esperanza de vida al nacer y a los 65 años en Portugal (2001/01 y 2005/06) (Instituto Nacional de Estatística, 2007b)

Años	0 años (al nacer)		65 años	
	Var.	Muj.	Var.	Muj.
2000/01	73,4	80,4	15,6	19,0
2005/06	75,2	81,8	16,3	19,8

1.2. La edad generacional y el nivel educativo de la población mayor

En el envejecimiento, el contexto socio-cultural e histórico que moldea el desarrollo humano, conforma y culmina sobre los sistemas, las estructuras y los procesos bio-psico-fisiológicos básicos. Es decir, las personas de más edad difieren de las más jóvenes no sólo en la edad que unas y otras tienen, sino en otras muchas condiciones, como por ejemplo la circunstancia contextuales en que han nacido y vivido o el nivel de educación que han recibido.

Estas condiciones, a las que se ha llamado de efectos generacionales o de cohorte, sugieren que las diferencias halladas entre distintas edades se encuentran asociadas a la experiencia de un grupo particular (cohorte), en el tiempo[19]. Que quiere decir que mientras el efecto edad es achacable a los cambios en la edad de los individuos de las poblaciones (por ejemplo, el aumento de las tasas de mortalidad asociado al envejecimiento, que ocurría tanto hace 100 años como ahora y tanto en las generaciones de principio de siglo como en las actuales), el efecto Cohorte, por otro lado, es aquel que conlleva un comportamiento diferenciado en base a la generación (o cohorte) de pertenencia de los individuos (como por ejemplo, la fecundidad o la nupcialidad - comportamientos más claramente similares entre los miembros de la misma cohorte).

Con otras palabras, podemos decir que la cohorte de nacimiento determina la probabilidad y el grado de exposición a muchos factores causales que afectan a una generación y que provocan cambios de magnitud diferente, en sucesivos grupos de edad y en sucesivos períodos.

[19] La administración de Talidomida en bebés, en los años sesenta, es un ejemplo de efecto de cohorte de edad, por haber provocado un desorden del nacimiento no fatal persistente, altamente prevalente al nacimiento y que ha persistido en esa cohorte a través del tiempo. Sin embargo, algunos ejemplos de efecto cohorte suelen estar también asociados con hábitos o exposiciones de larga duración.

En lo que respecta al nivel socio-educativo, si no tuviéramos en cuenta los efectos generacionales, podrían atribuirse los cambios observados a la edad cuando, en realidad, las diferencias encontradas entre distintas edades podrían ser debidas al hecho de que los más viejos fueron educados y sometidos a circunstancias históricas diferentes de los más jóvenes (efecto cohorte).

Efectivamente, a lo largo del siglo pasado las personas han recibido cada vez más educación. Es decir, a principio del siglo XX muy pocas personas fueron a la escuela, mientras que la inmensa mayoría de personas nacidas en la segunda mitad de este siglo sí asistieron desde muy niños a la escuela. Además, con respecto a las generaciones más viejas, la realidad (del sentido común) demuestra que muy pocos sujetos mayores han ido a la universidad, mientras que las generaciones más jóvenes una gran mayoría ha pasado por la universidad.

Sin embargo, aunque la educación sea universalmente considerada una de las condiciones que más afecta el desarrollo individual y generacional, en el presente, aún nos encontramos con un panorama social desigual, que discrimina el acceso a la enseñanza y que condiciona a las mujeres en particular. Veamos, actualmente, por ejemplo, en lo que respecta al estado de la alfabetización global, el Instituto de Estadísticas (IEU) de la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura), a grandes rasgos, estima que en el año 2000, con cerca de 862 millones de adultos (o mayores de 15 años), eran analfabetos 2021, que 140 eran jóvenes de edades comprendidas entre 15 y 24 años y que además había más de 104 millones de niños sin acceso a la educación. El IEU estima también que el analfabetismo entre los adultos acentúa las diferencias de género, pues dos tercios del número total de analfabetos adultos son mujeres. La cifra de mujeres sin alfabetizar, en 2000, era superior a la de hombres en 236 millones (United Nations Educational Scientific, 2002).

La cruda realidad es que los analfabetos representan aún una parte significativa de la población mundial, en que uno de cada cinco adultos del planeta no sabe leer ni escribir. Para comprobar esto, están los resultados de la "*International Adult Literacy Survey*"[22]de la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico) que

[20] Se entiende por analfabeto el individuo con 10 o más años que no sabe leer ni escribir, esto es, el individuo incapaz de leer y comprender una frase escrita o de escribir una frase completa.

[21] "Ahora bien, la mayoría de los expertos, dada la escasa calidad de los instrumentos para la evaluación estadística de la alfabetización así como para la información sobre este tema en todo el mundo, creen que esta cifra es muy inferior a la real y que la cifra verdadera se aproxima a los mil millones de personas".

[22] Encuesta con las primeras estimativas mundiales, fiables y comparables, sobre los niveles y la distribución de las habilidades literarias de la población adulta.

señalan que en 14 de los 20 países analizados, incluyendo los más ricos y adelantados, por lo menos, un 15% de las poblaciones adultas presenta solamente niveles básicos de alfabetización y que estos niveles son observables no solo en grupos marginales, pero entre proporciones significativas de la población adulta, en todos los países inquiridos (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2000).

En lo respecta a la realidad de Portugal (país de la OCDE), los datos más recientes del Censo portugués de 2001, relativos a la población residente, indican que nueve de cada cien portugueses no saben leer ni escribir y revela aún que un 11,5% de las mujeres y un 6,3% de los hombres no sabe leer ni escribir. Un 9,0% de analfabetos asociado a la mayor tasa de abandono escolar (de acuerdo con los reportes de la OCDE, solamente un 20,0% de los portugueses llega a la enseñanza secundaria quedado la gran mayoría por la escolaridad obligatoria 9 años), colocan a Portugal en el último lugar de Unión Europea antes de la ampliación a 25 países (Instituto Nacional de Estatística, 2002).

Sin embargo, de acuerdo con la UNESCO, en 1970 el escenario era aún peor, con un 31,9% de las mujeres y un 19,9% de los hombres portugueses se declararon analfabetos (United Nations Educational Scientific, 2002).

Créese que la disminución del analfabetismo a lo largo de los años se ha debido fundamentalmente al aumento escolarización progresiva de los jóvenes, pero también a la muerte de los más mayores, aquellos que más han contribuido para el gran porcentaje de personas analfabetas. En términos generales, las encuestas a la población portuguesa revelan una evolución a lo largo de los últimos 30 años, demostrando que el porcentaje de población sin cualquier calificación ha bajado de un 61,0% a un 26,0%, que la cantidad de personas con enseñanza secundaria ha pasado de un 2,3% para un 11% y que en la enseñanza superior se ha registrado un incremento de un 0,6% a un 6,5%[23].

Sin embargo, si tuviéramos en consideración exclusivamente la población mayor, con más de 65 años, podemos constatar que en 1970 un 47,0% de los hombres y un 65,0% de las mujeres no sabían leer ni escribir. En la década de noventa, la población residente con 65 y más años, presentó una tasa de analfabetismo de las mujeres muy superior a de los hombres - con valores de un 45,8% en las mujeres y de un 29,3% en los hombres, respectivamente (aunque inferiores a los registrados en las décadas anteriores) (Instituto Nacional de Estatística, 2000; Instituto Nacional de Estatística, 1999a).

[23] En lo que respecta a los gastos de la administración pública, el incremento anual en la educación en Portugal, en los últimos diez años, hizo llegar en 2001 a los 7,1 por 100 del producto interno bruto (Instituto Nacional de Estatística, 2007b).

En 2001, los números siguen indicando una disminución en los porcentajes de analfabetismo, ante los años anteriores, con un 24,5% de los hombres y un 41,0% de las mujeres mayores en este grupo (Instituto Nacional de Estatística, 2002).

Con todo, la influencia del analfabetismo es profunda y es necesario, por eso, tener presente la existencia de diversas variables asociadas al analfabetismo. Volveremos a este punto más adelante.

Capítulo 2. Funcionalidad y Cognición

Entre las personas mayores, la discapacidad resulta normalmente de lesiones acumulativas, asociadas a las múltiples enfermedades que se tornan más comunes y severas con el incremento de la edad. Por otro lado, el estado/proceso de enfermedad provoca deterioro físico, cognitivo y sensorial que por si mismos llevan a la pérdida de funciones específicas y discapacidad (Fried et al., 1997)[24].

Estos procesos son explicados predominantemente en modelos[25], en los cuales el desarrollo de la discapacidad sigue un percurso biológico progresivo que empieza con el nivel patológico de la enfermedad, y donde se incluyen las anomalías bioquímicas y psicológicas. Por otro lado, estas anomalías llevan al deterioro en sistemas corporales específicos y a limitaciones en funciones físicas y mentales básicas, que eventualmente se exprimen en el incremento de las dificultades para desarrollar papeles sociales y tareas de rutina diaria (Nagi, 1976; Pope y Tarlov, 1991; Verbrugge y Jette, 1994, citados por Mendes de Leon, Guralnik, & Bandeen-Roche, 2002), y que tienden a mantenerse si no se actúa sobre ellas. De acuerdo con esta perspectiva, Veríssimo (Veríssimo, 2006) señala que "más que la enfermedad, es la pérdida de la autonomía funcional que condiciona el futuro del anciano y su la calidad de vida".

Efectivamente, en las sociedades modernas, cada vez más, el objetivo principal es el mantenimiento de la función y de la calidad de vida, y jamás el paradigma antiguo

---

[24] Reconociendo la existencia de una estrecha asociación entre la enfermedad y la función, sobretodo en la población mayor, los autores Fried y Guralnik han demostrado que cada tipo de enfermedad origina un tipo específico de pérdida funcional y que cada enfermedad afecta un grupo concreto de actividades (Fried et al., 1997).

[25] Los modelos de discapacidad proporcionan un encuadramiento para entender la forma como las personas experimentan la incapacidad y, también, referencias para la sociedad, como por ejemplo: el desarrollo de leyes, de reglamentos y de estructuras, que tienen impacto en la vida de las personas con incapacidad. Los modelos más comunes que influyen sobre el pensamiento moderno sobre la incapacidad son el modelo médico y el modelo social. En el modelo médico, que refleja la definición de incapacidad de la OMS (World Health Organization, 2001b), las personas con incapacidad son vistas como situación causal ("problema"). Este modelo no sugiere que la sociedad tenga que cambiar, sino que las personas con incapacidad deberán cambiar y adaptarse, en la medida de lo posible, a las circunstancias. Por su lado, el modelo social, desarrollado en gran medida por las propias personas con incapacidad, sugiere la idea de que las incapacidades son reflejo de las barreras que existen en la sociedad y en la forma como esta se organiza, i.e. discrimina las personas incapacitadas y las excluye del envolvimiento y de la participación.

de “solamente” curar al paciente, preservar la salud y evitar o retrasar la muerte[26]. O sea, conforme la expectativa de vida se aproxima a los límites biológicos de la longevidad (con mayor preponderancia de las enfermedades crónicas), el objetivo del cuidado médico pasa a ser cada vez más el incremento de la calidad de vida, mejorando la función del paciente y reduciendo el grado de enfermedad (Cluff, 1981, citado por Mañas, 2000).

Mañas (Mañas, 2000) adelanta inclusivamente que “la función se ha convertido en los últimos años en el mejor detector de enfermedad, en el principal factor predictivo,[27] y en el principal objetivo terapéutico para todos aquellos que se dedican a la prevención de la enfermedad y su tratamiento en los ancianos”.

Una vez que el deterioro funcional se ha tornado un índice de salud tan importante en los ancianos, los gerontólogos han desarrollado diversos sistemas para determinar el *estado funcional*. La utilización de estos sistemas en la práctica permite:

- informar sobre el grado de dependencia de la persona mayor;
- identificar el tipo de atención adecuada a la persona;
- monitorizar el tratamiento de determinadas enfermedades;
- utilizar estrategias preventivas y adecuadas al pronóstico;
- establecer criterios de necesidad de apoyo domiciliario o institucional;

De esta forma, creemos que la evaluación de la persona mayor deberá comprender como enfoque no sólo el conocimiento de la patología (generalmente múltiple), sino también la determinación del estado funcional: fragilidades, grado de autonomía y nivel de dependencia.

2.1. La dependencia funcional

La dependencia de las personas mayores no es un problema nuevo, sino un resultado asociado a la longevidad de la población, que conlleva, además de los factores individuales, factores sociales e ambientales. Sin embargo, como señala la Organización Mundial de Salud (OMS) en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad, y de la Salud (ICF)[28] (World Health Organization, 2001b), sigue siendo

[26] El paradigma se acerca al mote “dar vida a los años” y se aleja de dar “años a la vida”.

[27] De acuerdo con algunos estudios, la función, no sólo predice la situación funcional a medio plazo entre los ancianos (dos, tres y cinco años en diferentes estudios) y a largo plazo (20-25 años) entre los adultos, como también predice la muerte, el ingreso en residencia o en hospital (variable marcadora de mala evolución), la mortalidad hospitalaria precoz y la probabilidad de recuperación funcional en programas de rehabilitación (Mañas, 2000).

[28] La ICF es un modelo reciente de discapacidad desarrollado por la OMS que se integra en la familia de las clasificaciones internacionales de salud de enfermedad y discapacidad y que surge como resultado de

necesario mejorar la definición del concepto de dependencia y remover las ambigüedades.

En primer lugar, la dependencia debe ser diferenciada de la enfermedad aguda y de las limitaciones temporales. Ya que, efectivamente, la dependencia conlleva problemas que se esperan ser de larga permanencia y que, consecuentemente, requieren soluciones diferentes, en comparación con los problemas temporarios[29] (Marín et al., 2001).

Sin embargo hay que resaltar que larga permanencia no significa para siempre y que en la mayoría de los países europeos (tanto para la seguridad social como para la estadística, por ejemplo), el término larga permanencia significa el estatuto o situación que es esperado perdurar en general, como mínimo seis meses o un año (European Commission, 2003).

Por otro lado, mientras se reconozca su influencia, el término dependencia no se refiere a la dependencia de protección social, ni tan poco al ratio de jubilados (o personas inactivas) en relación con la edad de trabajo (o población activa), pero sí a las dimensiones físicas y mentales.

La dependencia y la necesidad de cuidados no sólo se refieren a los problemas de salud, si no también a las actividades sociales, como por ejemplo salir de casa, preparar una comida, ir de compras, comunicar, etc. (en las cuales se encuentran implicadas las dimensiones físicas y mentales). En lo que se refiere a la evaluación de la dependencia y de las repercusiones de las diferentes prácticas en esta, hay que destacar la tendencia para alargar los conceptos "tradicionales" e incluir aspectos que tienen en consideración las necesidades de participación activa en una sociedad. Aquí se discurre que el uso exclusivo de las clasificaciones médicas tradicionales se presenta limitado, frente a un abordaje más integral (bio-psico-social[30]), más próximo del concepto "envejecimiento activo"[31], con el cual la OMS aspira fomentar políticas que mantengan activas las personas durante el mayor tiempo posible (World Health Organization, 2002a).

---

revisiones substanciales del modelo anterior - la Clasificación Internacional de Deterioro Discapacidad y Handicap (ICIDH) (Arthanat et al., 2004).

[29] En algunos países de Europa, las encuestas sobre la dependencia son relativas encuestas sobre la discapacidad. Sin embargo todos ellas hacen la distinción entre la limitación temporaria y permanente.

[30] En Portugal la evaluación de la discapacidad es calculada de acuerdo con la "*Tabla Nacional de Incapacidades*", siendo la atribución del grado de discapacidad de la responsabilidad de las juntas médicas constituidas para el efecto. El objetivo de la variable "*grado de discapacidad*" es conocer el grado de discapacidad atribuido por una autoridad de salud.

[31] De acuerdo con la definición de la OMS, el envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la

En todo caso, el concepto de dependencia funcional surge en la secuencia de la noción de la capacidad funcional que se encuentra relacionado con la autonomía en la ejecución de tareas de práctica frecuente y necesaria a todos los individuos, representando su perturbación una consecuencia de determinadas situaciones patológicas (Botelho, 1999b). En este sentido, y considerando los factores personales y contextuales que constituyen el entorno de la vida individual y que tienen un impacto en la funcionalidad personal, las clasificaciones más reconocidas de funcionalidad (o ”clasificaciones multilaterales”, como la ICF de la OMS) atribuyen un papel central a la actividad (la ejecución de una tarea o la acción individual) y a la participación (envolvimiento en una situación de vida) (Tabla 6) (European Commission, 2003; Arthanat et al., 2004).

Tabla 6 – Modelo conceptual de la ICF (OMS, 2001) (Arthanat et al., 2004)

	Parte I: Funcionalidad y discapacidad		Parte II: Factores contextuales	
Componentes	Funciones y estructuras corporales	Actividades y participación	Factores ambientales	Factores personales
Dominios	Funciones y estructuras corporales	Áreas de vida (tareas, acciones)	Influencias externas en la funcionalidad y en la discapacidad	Influencias internas en la funcionalidad y en la discapacidad
Constructos	Alteraciones en la función corporal (Fisiológica) Alteraciones en la estructura corporal (Anatómica)	Capacidad Ejecutar tareas en un entorno estándar Desempeño Ejecutar tareas en el entorno corriente	Impacto facilitador o impeditivo de las características de mundo físico, social y conductual	Impacto de los atributos de la persona
Aspectos Positivos	Integridad funcional y estructural	Actividades y participación	Facilitadores	No aplicable
	Funcionalidad			
Aspectos Negativos	Deterioro	Actividades limitadas Restricciones participativas	Barreras / impedimentos	No aplicable
	Discapacidad			

esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez” (World Health Organization, 2002a).

Esta nueva clasificación surge de la clara necesidad de aplicar el concepto a la práctica clínica, y en la secuencia clasificaciones anteriores, como la ICIDH-1 (OMS, 1980) o la ICIDH-2 (OMS, 1997), que invocaban los niveles de consecuencia de las patologías: deficiencia, incapacidad y desventaja (OMS, 1980 y 1997 citado por Botelho, 1999 y por Gray & Hendershot, 2000).

Tabla 7 – Aplicación del concepto de capacidad funcional – Clasificación Internacional de Incapacidad (OMS, 1980 y 1997 citado por por Botelho, 1999)

	ICIDH-1	ICIDH-2
Deficiencia	Perdida o anomalía de una estructura o de una función anatómica, fisiológica o psicológica;	(“”)
Incapacidad	Restricción o perdida de capacidad de practicar actividades consideradas normales para el ser humano, en consecuencia de una deficiencia;	Actividad/ restricción de la actividad
Desventaja	Desajustamiento entre limitaciones surgidas, en consecuencia de una deficiencia y/o de una incapacidad, y los recursos a que el individuo tiene acceso quedando en desventaja en lo que se refiere al papel social considerado normal;	Participación/ restricción de la participación

En suma, podemos asumir que una persona dependiente es aquella que durante un período prolongado de tiempo requiere de ayuda de otra persona para realizar ciertas actividades cotidianas (Marín et al., 2001).

A este respecto, desde los trabajos pioneros de Katz y colaboradores (Katz, Ford, Moskowxitz, Jackson, & Jaffe, 1963) y Lawton y Brody (Lawton & Brody, 1969), en la década de los sesenta, los investigadores suelen distinguir entre dos grupos de actividades: las orientadas al cuidado personal, que en terminología anglosajona reciben la denominación de actividades de la vida diaria[32] (AVD), como por ejemplo comer o asearse; y, por otro lado, aquellas cuyo propósito es mantener el medio ambiente de la persona, las denominadas actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), como por ejemplo comprar o preparar la comida. El primero grupo de actividades es también conocido como actividades básicas de la vida diaria (ABVD), una vez que miden los

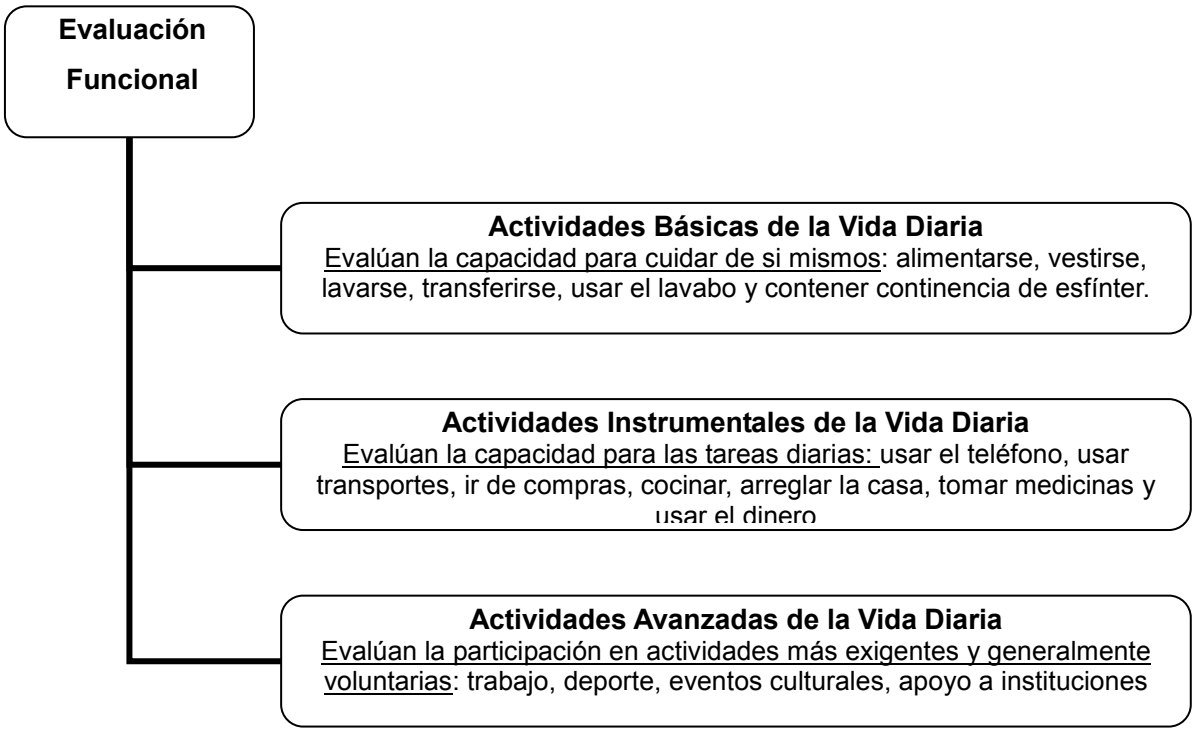
[32] “Activities of daily living”.

primeros grados de dependencia y que su afectación puede llevar a la institucionalización (Paúl, 1997).

Aquí, parece aún importante referir que algunos autores avanzan con un tercer grupo de actividades (como practicar deporte, hacer viajes o participar en actividades asociativas), más complejas que las anteriores y denominadas de actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). Para algunos autores, con su afectación se detectarían los primeros grados de deterioro funcional (Siu, Reuben, & Hays, 1990; Cantera, 2000).

Así pues, a la hora de determinar cuál es el número de personas dependientes en una población, bastaría con saber qué sujetos precisan de ayuda para realizar ciertas AVD, AIVD y AAVD (Figura 1).

Figura 1 – Evaluación Funcional estructurada alrededor de las Actividades de la Vida



Sin embargo, los trabajos de investigación no siempre siguen el mismo camino. En concreto, éstos difieren en cuanto a la elección de los diferentes tipos de actividades a considerar y por consiguiente, de forma lamentable, los resultados de prevalencia obtenidos por los diferentes estudios se vuelven poco comparables entre sí. Esto es, resulta imposible determinar hasta qué punto las diferencias observadas en los resultados son reales o, por el contrario, responden a una distinta elección en cuanto a las actividades sobre las que preguntar a los sujetos.

Asimismo, por razones de comparación con otros trabajos, planteamos aquí las definiciones de dependencia de la Comisión Europea – restricta y alargada - propuestas

en el estudio de viabilidad sobre la comparación estadística en el área de la atención a los adultos dependientes en la Unión Europea[33].

La definición más alargada de dependencia enfoca:

- Las Actividades de Vida Diaria como lavar, vestir, movilización (de o para una cama o una silla), ir al baño/servicios, eliminación (continencia) y alimentación;
- Y Las Actividades Instrumentales de Vida Diaria como usar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, cuidar de la casa, lavar la ropa, viajar, ser responsable por sus medicinas y tener habilidades para gestionar las finanzas

La definición más restricta se refiere, sobretodo, a los cuidados personales en las AVD que consecuentemente requieren una necesidad significativa, continuada o regular de ayuda funcional[34].

Este consenso en la división de las funciones físicas, permite medir de forma rigurosa, a través de escalas[35] de valoración funcional, si existe o no dependencia y en qué grado, para poder actuar en consecuencia. Este proceso de operacionalización, no es sino una forma de evaluación indirecta de la función (o de las pérdidas funcionales), a través de la medición de los niveles de dependencia, estructurados alrededor de una serie de actividades concretas.

En otras palabras, podemos decir que los instrumentos para la evaluación de las AVD miden el grado de dependencia que pueden afectar los diferentes niveles de relación de la persona en su vida diaria: los cuidados personales, la capacidad de cuidar de tareas cotidianas y la movilidad.

Frente a importancia que para la sociedad y para la persona mayor tiene el ser o no ser independiente funcionalmente (además del porcentaje de personas mayores que exhiben problemas de dependencia en una determinada población), lo que preocupa a muchos investigadores es conocer el grado de limitación funcional que padecen los

[33] *Feasibility Study* – Comparable Statistics in the Area of Care of Dependent Adult in the European Union (European Commission, 2003).

[34] Los datos relativos a la definición más alargada de dependencia en Portugal, por ejemplo, asumen que entre las personas con discapacidad severa de movilidad se encuentran inseridas las personas con reducción o limitación severa relativas a su movilidad personal o al movimiento de objetos. La movilidad personal, por su lado, incluye manifiestamente la locomoción, el desplazamiento y el uso de transportes.

Por otro lado, en la definición más restricta, entre las personas con limitaciones en las actividades de vida diaria están las personas con reducción o limitación severa en sus actividades cotidianas y la destreza manual como el abrir o cerrar puertas, ligar y apagar luces, telefonear y manipular objetos.

[35] Escalas o instrumentos de medida es el conjunto de elementos que permiten asignar un valor numérico a una determinada dimensión de un objeto o ser.

distintos individuos dependientes. El porqué de este interés resulta obvio: desde una perspectiva humana y social, el reto asistencial que plantea un individuo con limitación funcional es directamente proporcional a su nivel de dependencia (Marín et al., 2001).

Sin embargo, en términos internacionales, y aunque que se señale esfuerzo de la OMS para la (re)orientación de la perspectiva política (como por ejemplo, el abandono de la tradicional casualidad: deterioro → discapacidad → desventajas), aún nos encontramos con abordajes muy distintos sobre la discapacidad.

Un estudio portugués, que evaluó la movilidad y la funcionalidad de las personas mayores, ha revelado, por ejemplo, que la mayoría de los individuos se considera independiente y que un 21,8% se declara con diferentes nivele y tipos de discapacidad, que de alguna forma implican tener ayuda humana diaria. En particular, un 9,8% refirió dificultades de movilización que se traduce en una incapacidad permanente y un 12,0% relató necesitar de ayuda para realizar por lo menos una actividad de la vida diaria (Branco, Nogueira, & Dias, 2001). Sin embargo, un estudio europeo efectuado por un panel de expertos (E.C.H.P.)[36], mientras constataba que un 21% de las personas con 65 y más años entiende haber tenido un deterioro severo en sus actividades de la vida diaria[37], en resultado de problemas físicos o de salud mental crónicos, enfermedades o discapacidades, reconocía también que la discapacidad era entendida de forma desigual en distintos países, no sólo por la subjetividad de las cuestiones o por el estatuto socioeconómico, como también por distintas interpretaciones lingüísticas y culturales del mismo concepto (ECHP, 1999, citado por European Comisión, 2003).

Independientemente de los resultados de las interpretaciones, hechas por ejemplo a la luz de las condiciones socioeconómicas (como los niveles de pobreza, las condiciones de trabajo, las ligaciones familiares o el contexto urbano o rural) (European Commission, 2003), en verdad, y en un sentido más alargado, ni todas las personas con discapacidad tienen que ser vistas como dependientes de otras personas.

Afortunadamente, como henos constatado, algunas personas con discapacidad moderada pueden necesitar de pocos cuidados o atención de una tercera parte. Y aunque una persona con discapacidad severa lleve una mayor probabilidad de venir a necesitar de ayuda, estas personas (con limitaciones severas) no tienen que ser consideradas directamente dependientes o discapaces. Una limitación severa pude indicar que una persona sigue haciendo sus actividades diarias con algunas dificultades, pero no que necesita, “necesariamente”, de ayuda. Efectivamente, puede afectar la

[36] European Community Household Panel.

[37] Para las personas con 16 y más años la prevalencia de personas relatada ha sido de un 8% (European Commission, 2003).

calidad de vida, pero, en un sentido estricto, no implica necesariamente una ayuda regular y permanente. En términos más concretos, personas sin un brazo, con diabetes o problemas cardiacos, por ejemplo, pueden ser consideradas, en muchas culturas, discapacitadas, pero no son consideradas personas dependientes. Los problemas de salud mental pueden también restringir severamente las actividades de vida diaria, pero no siempre implican una ayuda constante; sin embargo, puede significar una necesidad de ayuda ocasional.

De esta forma, el número de personas con limitaciones severas puede ser usado como límite superior para el número de personas dependientes (no todas las personas con limitaciones son dependientes, todas las personas dependientes tienen limitaciones graves).

Para ilustrar los posibles cuadros de dependencia, presentamos un conjunto de situaciones, sugeridas por Benhamou (Benhamou, 1997a), de las cuales suele resultar la dependencia:

- Deficiencia resultante de accidente o de enfermedad y que corresponde a una alteración temporaria o definitiva de una estructura o de una función anatómica, fisiológica o psicológica;
- Discapacidad resultante de deficiencia que corresponde a una reducción parcial o total de la capacidad para desempeñar una actividad de forma considerada natural para el ser humano;
- "Handicap" a que corresponde a la desventaja social resultante de discapacidad, teniendo en cuenta las limitaciones a la cuales el individuo se encuentra sujeto y a los recursos materiales, psicológicos y sociales de los cuales disponen para les hacer frente;
- Pérdida de autonomía que es la imposibilidad o interdicción para una persona de poder elegir las reglas de su conducta, la orientación de sus actos y el riesgo que se dispone a correr;

Esta clasificación permite aclarar algunas nociones en torno de las situaciones que provocan dependencia. Sin embargo, parece aún importante definir y diferenciar otros conceptos que se encuentran muchas veces asociados a la valoración de la dependencia, como la independencia y la autonomía.

De acuerdo con la OMS (World Health Organization, 2002a), mientras la independencia es comúnmente comprendida como la capacidad para desempeñar funciones relacionadas con sus AVD, sin la ayuda de otra persona (AVD que el individuo realiza por sí mismo), la autonomía es la capacidad percibida que el individuo tiene para controlar, manejar y decidir acerca de su vida, en una base diaria, de acuerdo con sus

reglas y preferencias (la condición de la persona que a sí mismo impone la ley al que ella obedece).

Del mismo modo, también la dependencia y la “no autonomía” pueden ser precisadas. La primera como la incapacidad del individuo para adoptar las conductas o de realizar por sí mismo (sin la ayuda de otro) acciones que le permite alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades y la no autonomía como el estado de voluntad que simplemente obedece a las reglas que viene de otros.

Todos estos conceptos se pueden manifestar en las personas mayores en diferentes combinaciones:

- Independiente y autónomo;
- Dependiente y autónomo (con la necesidad de ayuda para lograr las actividades de vida diaria - dependencia - pero manteniendo la capacidad de decisión sobre su modo de vida - autonomía);
- Independiente y no autónomo (privado de elegir las reglas de su conducta y de sus actividades, por ejemplo: en un hospital o una residencia);
- Dependiente y no autónomo.

En resumen y de forma generalizada, podemos decir que el concepto autonomía está asociado a la voluntad del individuo y el de independencia a las necesidades de ayuda.

No obstante, aparte de la ineludible importancia de las clasificaciones, se torna evidente que el concepto autonomía presenta notorias dificultades de medida y que el concepto de dependencia, al revés, presenta características de mensurabilidad, permitiendo identificar el nivel de dificultad que una persona mayor tiene para desempeñar tareas en la vida diaria.

Como se ha referido, esto nivel de dificultad o grado de dependencia tiene un impacto muy importante en la vida de las personas y en la sociedad. Sobretodo cuando aludimos al hecho de que una persona mayor dependiente puede vivir en casa o en una institución, y que la elección no es “independiente” de la dependencia.

Con respecto a la elección de cuidados, para muchos sistemas políticos, se ha tornado axiomático la ventaja del incremento del conocimiento y de la información sobre la relación entre el nivel de la dependencia de las personas mayores y los cuidados de larga estancia para estas mismas personas.

De acuerdo con el estudio de viabilidad de la Comisión Europea (European Commission, 2003) (estadísticas comparativas), la discrepancia entre la necesidad de atención y el aprovisionamiento efectivo de atención en el área de los cuidados a las personas mayores se traduce en dos situaciones contradictorias:

- Un elevado número de personas con una ligera o insignificante necesidad de atención o asistencia que se encuentra recibiendo cuidados de larga estancia;
- Un ratio de personas mayores que se encuentran recibiendo cuidados de larga estancia significativamente menor que el ratio de mayores con necesidades de este tipo de atención o asistencia;

En términos metodológicos, el estudio de la Comisión Europea considera, aún, que las encuestas que enfocan a los informes de discapacidad, basados en instrumentos de clasificación de discapacidad,[38] no siempre revelan las necesidades de atención y que, además, dificultan la comparación entre distintos sujetos. La "comparabilidad" seria incrementada, según la Comisión, si las entrevistas utilizasen una lista de control (con limitaciones en actividades de vida diaria y usando el mismo número de actividades), a la vez de cuestiones de auto evaluación, casi siempre subjetivas.

Vemos así que los criterios para la toma de decisión sobre la inclusión o no (exclusión), en los distintos tipos de cuidados asumen un papel significativo en la evaluación de la dependencia y en el incremento de información valida y comparable para la afectación de cuidados de larga estancia.

A este respecto, Marin y Casasnovas en su trabajo sobre la situación y las perspectivas de futuro para la vejez, la dependencia y los cuidados de larga duración (Marín et al., 2001), adelantan tres tipos de propuestas metodológicas para medir el grado de dependencia y limitación funcional :

1) Clasificar a los individuos según el número y naturaleza de las actividades en las que éstos precisan de ayuda.
2) Utilizar escalas de capacidad funcional
3) Clasificar con bases en la utilización de técnicas de análisis multi-variante.

Los autores consideran que existe una vía de investigación que suele establecer una categoría de sujetos que exhiben un nivel de dependencia menor (sólo en las AIVD) y distintas categorías de sujetos más dependientes, que atienden al número total de AVD en las que tienen problemas, independientemente de que tengan también dificultades con las AIVD.

Aunque, tanto el rango de las categorías como el número de éstas varíe de unas investigaciones a otras, este método de clasificación presenta un potencial para capturar la distinta capacidad funcional de los individuos dependientes.

La segunda metodología, desarrollada a partir de los ya citados trabajos de Katz y colaboradores y de Lawton y Brody (Katz et al., 1963; Lawton et al., 1969), hace uso de

[38] Como por ejemplo el "*International Classification of Impairments, disabilities and handicaps*".

las escalas de capacidad funcional y tiene el objetivo común de obtener un *índice* que permita medir (en unidades) el distinto grado de dependencia (existente entre los individuos funcionalmente incapaces). Según Marín y Casasnovas, las distintas escalas existentes no sólo buscan obtener una medida de la dependencia, sino que también tratan de proponer un conjunto limitado de categorías, obtenidos a partir del índice elaborado, que ayuden a clasificar a los individuos dependientes (Marín et al., 2001).

Uno de los principales atractivos de las escalas de capacidad funcional es que a través de un proceso de elaboración científico más o menos riguroso se permite, por ejemplo, saber si efectivamente mayores puntuaciones en el índice se corresponden o no con una mayor utilización de cuidados de larga duración.

Por fin, las clasificaciones basadas en la utilización de técnicas de análisis multivariante se caracterizan por el hecho de que los grandes grupos o las categorías de individuos dependientes se obtienen sin necesidad de presuponer nada a priori sobre el número y el contenido de las mismas (es el contenido de los datos el que acaba determinando qué categorías deben considerarse).

2.2. La función como expresión de la enfermedad

A medida que los individuos envejecen, la imposibilidad de realizar independientemente algunas actividades cotidianas acontece por dos motivos no excluyentes: por un lado, la dependencia puede tener su origen en una o, generalmente, varias enfermedades crónicas; por otro lado, puede ser el reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas atribuible al proceso global de senescencia (Manton et al., 1997). En el primer caso, por ejemplo, cabría situar a todos aquellos individuos cuya incapacidad funcional deriva de procesos crónicos fuertemente asociados a la edad (como por ejemplo la enfermedad de Alzheimer o la diabetes, entre otros). El segundo motivo, por su parte, tiene que ver con la pérdida de vitalidad que experimentan la mayoría de organismos con la edad.

No obstante, que el origen de la limitación funcional de un individuo concreto sea uno u otro, lo importante es comprender que ambos tipos de motivos (enfermedades crónicas y proceso de senescencia) sólo aparecen y provocan problemas de dependencia en algunas personas de edad avanzada. El por qué de este fenómeno reside en el hecho de que existen una serie de variables de tipo social y ambiental (además de los factores genéticos), que condicionan la aparición y el desarrollo de los desencadenantes de la dependencia, en las que los individuos difieren entre sí. Una de estas variables es, por ejemplo, la educación; así, los individuos con un mayor nivel educativo no sólo tienen una menor probabilidad de padecer enfermedades crónicas al

llegar a viejos (lo que fundamentalmente se explica por unos hábitos más saludables en estadios anteriores de sus vidas), sino que aún en el caso de padecer tales enfermedades, la incapacidad funcional que puede acompañar a éstas es menor (Manton et al., 1997; Marín et al., 2001).

Nótese que los distintos elementos que acabamos de introducir (estos es, los factores desencadenantes de las dependencias y las variables que los condicionan), nos ayudan a comprender cómo y por qué algunos individuos acaban exhibiendo problemas de dependencia y otros no, es decir, nos informan acerca de la dinámica individual de la dependencia.

Estas consideraciones nos han de permitir aclarar el significado que cabe conferir a los resultados, citados al principio de este apartado, que señalaban cómo las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia aumentan conforme consideramos cohortes de individuos de mayor edad.

La posible evolución futura del número de personas mayores dependientes, conlleva la importante necesidad de saber si la disminución observada en las tasas de mortalidad a edades avanzadas, y el correspondiente aumento en la esperanza de vida, ha tenido como contrapartida negativa un aumento en la probabilidad de pasar esos años adicionales en una situación de dependencia.

Aunque la naturaleza de esta cuestión es empírica y va siguiendo presente, lo cierto es que viene suscitando una importante controversia teórica desde el principio de los años ochenta (del siglo pasado), que aún se puede considerar actual.

En concreto, y segundo Marín y Casasnovas (Marín et al., 2001), en el referido momento, aparecieron dos teorías que tenían una visión contrapuesta acerca del impacto que el fenómeno de la disminución en las tasas de mortalidad a edades avanzadas había tenido (e iba a tener) sobre el número de años que los ancianos podían vivir sin ver mermada su capacidad funcional.

En la primera teoría, denominada de *expansión de la morbilidad* (Kramer, 1980), Kramer, en 1980, considera que la consecuencia de la reducción en las tasas de mortalidad iba a ser (lamentablemente) la de prolongar el tiempo durante el cual las enfermedades crónicas y la incapacidad funcional se podrían manifestar (las tasas de prevalencia de las incapacidades funcionales iban a exhibir un comportamiento opuesto al observado en las tasas de mortalidad).

Segundo los mismos autores (Marín et al., 2001), en esta teoría, Kramer “si bien reconocía que se estaban produciendo cambios en los estilos de vida que propiciaban una reducción en el riesgo de padecer enfermedades mortales, sostenía, sin embargo, que tales cambios no estaban modificando el inicio o la progresión de la mayoría de enfermedades degenerativas asociadas al envejecimiento. Asimismo, en cuanto a los

tratamientos médicos, se aseguraba que el principal efecto de los mismos estaba siendo el de alargar la vida de aquellos que padecían enfermedades crónicas e incapacidades funcionales, sin que ello redundara en ganancias de salud apreciables".

Transcurridos tres años, en la teoría que se conoce con el nombre de "teoría de la compresión de la morbilidad" (Fries, 1983), a diferencia de lo sugerido por Kramer, Fries consideraba que las tasas de prevalencia de las incapacidades funcionales iban a exhibir un proceso de reducción paralelo al observado en las tasas de mortalidad. Partiendo de una hipótesis de que la vida humana tiene un límite biológico en torno a los 85 años, el autor "postulaba que la adopción de estilos de vida más saludables y los avances en la tecnología médica no sólo provocaban una reducción en las tasas de mortalidad, sino que además permitían que las enfermedades crónicas y las incapacidades funcionales se manifestaran durante períodos cada vez más cortos de tiempo antes de la muerte" (proceso de *compresión*) (Fries, 1983; Marín y Casasnovas, 2001).

Independientemente de las posibles interpretaciones teóricas, la conjunción de padecimientos y manifestaciones deletéreas del propio proceso de envejecimiento (matizada por condicionantes psicológicos y variables sociales que habrá que considerar en conjunto en cada sujeto), ha tornado la pérdida de la función en una importante manifestación de la enfermedad en los ancianos. Ya que, mientras puedan existir varias enfermedades en la misma persona, concurrentes y crónicas (dependientes de la frecuencia con que convergen los varios factores de riesgo), uno de los principales factores diferenciales de la enfermedad en el anciano es el impacto que ésta tiene sobre la función.

Es precisamente en este sentido que la limitación funcional ha pasado a constituir un importante parámetro "conductual" de enfermedad (a que los gerontólogos denominan de deterioro funcional). En otras palabras, podemos decir que para comprender la importancia del envejecimiento patológico en la persona mayor se torna muy decisivo conocer si la enfermedad produce discapacidad, es decir, si impide que el individuo se desenvuelva libremente por la vida. Obsérvese que aunque se encuentren íntimamente relacionadas, la enfermedad que se subsiste en el tiempo (crónica), no tiene que corresponder necesariamente a la dependencia o a la discapacidad.

Según los modelos generales de discapacidad, el deterioro de funciones específicas básicas (como por ejemplo: la fuerza muscular o el equilibrio) representan una influencia causal esencial en el desarrollo de la limitación funcional. Esto es consistente con la noción de que estas funciones constituyen las capacidades físicas elementales y necesarias para el desempeño de rutinas básicas (o tareas rutinarias básicas) con suceso, como las actividades cotidianas.

Como hemos visto, de acuerdo con la jerarquización de la dependencia, la pérdida de autonomía afecta inicialmente a las actividades complejas y posteriormente las actividades de auto-cuidado. Así, clínicamente, la pérdida de función puede ser detectada por la pérdida de autonomía y por la aparición de dependencia que, poco a poco, van a limitar la calidad de vida de los ancianos. Por ejemplo, aunque las personas mayores que no participan en actividades avanzadas de vida diaria no sean necesariamente disfuncionales, una pérdida en este tipo de actividad (identificada en una evaluación anterior) puede ser considerada un importante factor de riego para futuras pérdidas funcionales.

Con todo, parece importante sobresalir que aunque la robustez de los factores predictivos a largo plazo sea congruente con las especificaciones causales señaladas en los modelos de discapacidad (como, por ejemplo, el propuesto por Guralnik y colaboradores, con el estudio EPESE[39]) (Guralnik et al., 2000), estas especificaciones revelan muy poco sobre el grado actual de asociación entre las limitaciones en la función física y la discapacidad.

En términos de evidencia científica, podemos decir que mientras los estudios transversales ("cross-sectional research") no permitan caracterizar adecuadamente el proceso de deterioro o establecer el nivel de asociación entre una determinada limitación funcional y las alteraciones del estado funcional a lo largo del tiempo, a su vez, los estudios prospectivos[40] (muy utilizados en epidemiología) han proporcionado evidencia empírica sobre esta asociación demostrando que las limitaciones funcionales se encuentran altamente asociadas con consecuentes discapacidades (Gill, Williams y Tinetti, 1995; Mendes de León y Tinetti, 1997; Guralnik et al., 2000; Guralnik, Ferrucci, Simonsick, Salive y Wallace, 1995; Ostia, Markides, Black y Goodwin, 1998, citados por Mendes de Leon, Guralnik, & Bandeen-Roche, 2002). Sin embargo, y a pesar de las elevadas estimativas de riesgos, el poder predictivo de los testes de función física para los cambios a largo plazo en el nivel de discapacidad (para las actividades de vida diaria o movilidad futura) tiende a ser bastante modesto. Pues, aunque los estudios prospectivos hayan providenciado algunos contribuíos para el efecto de las limitaciones funcionales en la discapacidad, mucha de la naturaleza exacta de esta interrelación sigue desconocida.

[39] EPESE – *Established Populations for the Epidemiologic Studies for the Elderly.*

[40] Estos estudios poseen una característica fundamental, es la de iniciarse con la exposición de una supuesta causa, y luego seguir a través del tiempo a una población determinada hasta determinar o no la aparición del efecto.

Esto puede ser debido a las limitaciones metodológicas de los estudios ya realizados que se han dedicado sobre todo a la evaluación solitaria de la función física. Como resultado, la magnitud de la estimada asociación de la función física con los cambios en la discapacidad puede resultar alterada (amenazada) en su extensión, una vez que la medición/evaluación de la función física es influenciada por otros aspectos de la salud u otros aspectos no relacionados con la salud que también se encuentran asociados con la discapacidad.

Aunque la mayoría de los estudios busquen el control de estos factores, las habilidades de los estudios observacionales[41] para eliminar completamente todas las fuentes de contaminación son normalmente y comprensivamente limitadas, en particular cuando los factores de contaminación son desconocidos o difíciles de evaluar.

De todas formas, la ya citada estrecha asociación enfermedad-función y/o discapacidad-función remete para lógicas de intervención y razonamiento preventivo; o sea, intervenir sobre la pérdida de función para que no se desarrolle (pues esta tiende a mantenerse si no se actúa sobre ella) o intervenir en las enfermedades que condicionan riesgo de pérdida de función crónica pero potencialmente reversible.

El modelo de enfermedad geriátrica, señalado por Mañas (Mañas, 2000), enuncia cinco tipos de enfermedades (A, B, C, D y E) que sugieren distintos tipos de abordaje:

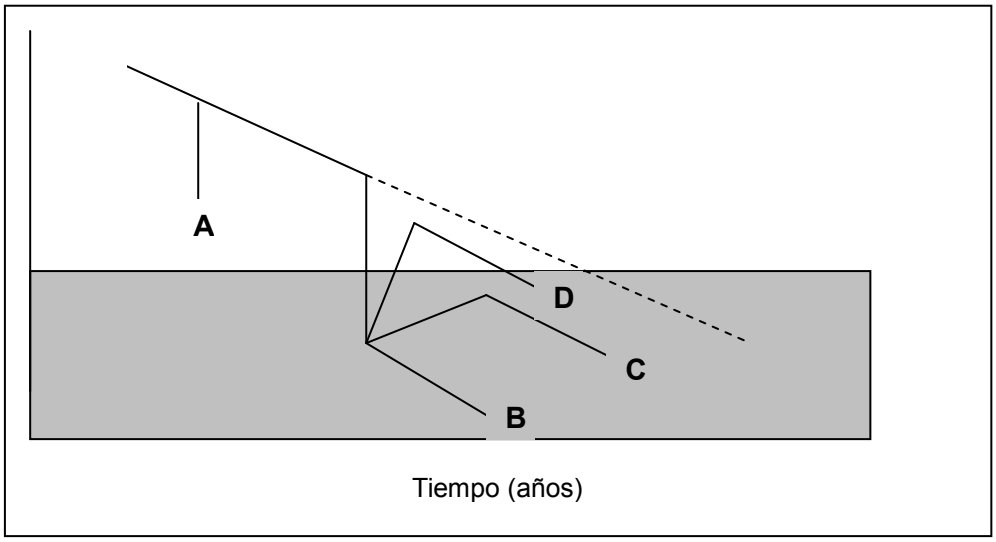
A. La enfermedad aguda que no condiciona la pérdida de función y que cuando se evita la iatrogenia acepta eficazmente el modelo tradicional (menos “discriminatorio”);
B. La enfermedad aguda que condiciona la pérdida de función y que delante del modelo tradicional de atención el paciente queda permanentemente incapacitado;
C. La enfermedad aguda que condicionan la pérdida de función y que delante del modelo tradicional de atención, aunque recupere parcialmente la función con la cura de la enfermedad, el paciente queda permanentemente incapacitado;
D. La enfermedad aguda que condiciona la pérdida de función y que delante del modelo moderno de atención/geriátrico (tratamiento de la enfermedad causal, o potencialmente causal, de la discapacidad, añadido de prevención y tratamiento del propio deterioro funcional) aumenta las

[41] Los estudios observacionales son aquellos en los que no se controla la asignación del paciente a un determinado tratamiento o intervención, sino que ésta se efectúa de acuerdo a la práctica clínica habitual, siendo por lo tanto el investigador un mero observador de lo que ocurre o ha ocurrido.

posibilidades de recuperación funcional por encima de la línea de marca de la dependencia[42];

E. Capacidad vital que va disminuyendo a la par que la reserva funcional.

Figura 2 – Modelo de enfermedad en Geriatría (Mañas, 2000)



Quedamos así con la idea de que la dependencia y el grado de la misma (marcador de las necesidades), como resultado de una limitación funcional, son conceptos dinámicos, y que muchas veces la posibilidad de eliminar o retrasar la aparición de discapacidades depende apenas de una atención dinámica que permita intervenir en la fase precoz de la limitación funcional, donde aún cabe la posibilidad de recuperación ("¡Si no se actúa progresa en el tiempo!").

Con respecto a lo expuesto, hay aún que señalar que muchas veces las personas mayores infra valoran el alcance de sus dolencias, llegando a asumirlas como consecuencias inevitables de la vejez[43]. Esta infradeclaración puede no sólo condicionar el modo de abordaje a la enfermedad y a su prevención por parte de los profesionales y de los familiares (que muchas veces son también responsables por reforzar estas creencias), como también pueden condicionar el momento de pedido de ayuda

[42] Aunque habitualmente no se consigue la recuperación total del estado funcional, se puede retrasar el momento de la dependencia funcional.

[43] Muchas de las dolencias más frecuentes en la vejez, aunque productoras de incapacidad funcional y dependencia, son potencialmente tratables. Según Mañas (Mañas, 2000), los "estudios realizados en diferentes medios (Europa y Estados Unidos) y momentos (mediados de los ochenta, finales de noventa)" revelan que "casi mitad de los ancianos piensan que la pérdida de visión o audición, el cansancio entre pequeños esfuerzos, la tristeza de ánimo o la pérdida de memoria son manifestaciones normales en la vejez y no síntomas de unas incipientes cataratas, un tapón de cerumen, una insuficiencia cardiaca, una depresión o una demencia, respectivamente".

profesional, haciendo con que la enfermedad sea muchas veces diagnosticada en fases avanzadas y no en fases precoces, cuando sólo ha producido una discapacidad leve, aún reversible.

En suma, podemos constar que la severidad de la dependencia causada por una enfermedad con un grado concreto de afectación varía en relación con diversos elementos y que, consecuentemente, la intervención que puede ser suficiente para una persona mayor puede ser claramente insuficiente para otra, o para la misma persona en otro momento o en otras circunstancias[44]. Por todo esto creemos que se impone, como indispensable, una prestación de cuidados anticipatorios y continuados, asociada a una evaluación también continuada, y diferentes niveles de cuidados gerontológicos y geriátricos.

2.3. La función mental

Algunos autores consideran que la patología, ligada al deterioro de la función mental, ha crecido en términos epidemiológicos al menos en una proporción paralela al envejecimiento de la población (Casado & Gregorio, 2002). Sin embargo, las fronteras entre los cambios fisiológicos, dependientes tan sólo del paso del tiempo (normalidad) y aquellos que implican la existencia de enfermedad (patología), no siempre se presentan claras.

Por la dificultad que existe para establecer una frontera nítida entre algunas patologías ligadas al deterioro de la función mental (y por la influencia que estas van a tener en la calidad de vida del individuo), la psicología cognitiva y la neuropsicología han buscado describir, predecir y explicar el comportamiento y el desempeño con base en el funcionamiento de ciertas estructuras, procesos u operaciones internas o mentales (cognitivas).

Estas dos ramas de psicología permiten especificar los procesos o mecanismos implicados en el funcionamiento cognitivo normal (psicología cognitiva) y los padrones de desempeño cognitivo de las personas con lesión cerebral, a través de la identificación de los aspectos de la cognición que se encuentran intactos o perjudicados (neuropsicología cognitiva). En otras palabras, establecen conclusiones sobre el proceso cognitivo normal e ileso (con base en los padrones de las capacidades ilesas) y conclusiones sobre el

[44] Damos como ejemplo un estudio de seguimiento de una cohorte de mujeres de más de 75 años durante dos años: sólo se encontró mejoría funcional entre aquellas con deterioro funcional leve, mientras que las que presentaban un deterioro funcional moderado o severo al inicio del estudio estaban al final del mismo igual o, en su mayoría, peor (Mañas, 2000).

proceso cognitivo con déficit, observando a pacientes con alteraciones cerebrales (Eysenck & Keane, 1994).

Es cierto que la lesión cerebral que el paciente ha adquirido puede no haber afectado aspectos específicos del funcionamiento cognitivo y al revés, por ejemplo, haber tenido un efecto generalizado de reducción de las habilidades para realizar tareas difíciles, de todos los tipos. Es decir, una condición que permite realizar normalmente una tarea sencilla y que presenta algún déficit en la realización de una segunda tarea más difícil y compleja que la primera. De todas las formas, este ejemplo relacionado con el grado de dificultad y de complejidad de una tarea puede no ser determinante o suficiente para explicar estas alteraciones o disociaciones. Pues, un paciente puede desempeñar correctamente una primera tarea y no una segunda tarea, y un segundo paciente puede presentar un desempeño deficiente en la primera tarea y un desempeño normal en la segunda (disociaciones duplas[45]).

El conocimiento de los cambios asociados al envejecimiento cerebral presenta, inequívocamente, un papel extraordinariamente importante en la geriatría y en la gerontología, debido al papel de coordinación que juega el Sistema Nervioso Central (SNC) en los niveles de actividad integradora del organismo, y por las consecuencias que estos cambios entrañan en la aparición de unas formas de patología altamente relevantes en la atención a las personas mayores. Es decir, la íntima correlación entre forma y función existente en el cerebro[46] hace con que cualquier alteración en el SNC pueda condicionar la eficacia de los ajustes homeostáticos y, consecuentemente, el proceso de envejecimiento del organismo en su conjunto (Casado, 2002).

Asimismo, podemos decir que la identificación y la contabilización de las alteraciones cognitivas y de los daños selectivos provocados en algunos de estos mecanismos son formas importantes de analizar el funcionamiento cognitivo en la vejez, en cualquier dimensión (p.ej. memoria, inteligencia, atención o percepción).

Para averiguar precisamente lo que ocurre en el funcionamiento cognitivo durante la vejez, “qué procesos y estructuras cognitivas cambian con el paso del tiempo y, esencialmente, qué pasa cuando se llega a edades avanzadas de la vida” (Fernández-Ballesteros et al., 2000), se han realizado estudios que siguen grupos de personas a lo

[45] En la función mental, las disociaciones duplas son una forma de explicar, por ejemplo, la presencia de una memoria a corto plazo intacta y una memoria a largo plazo con déficit severo, cuando la mayoría de los pacientes mayores presenta precisamente lo contrario.

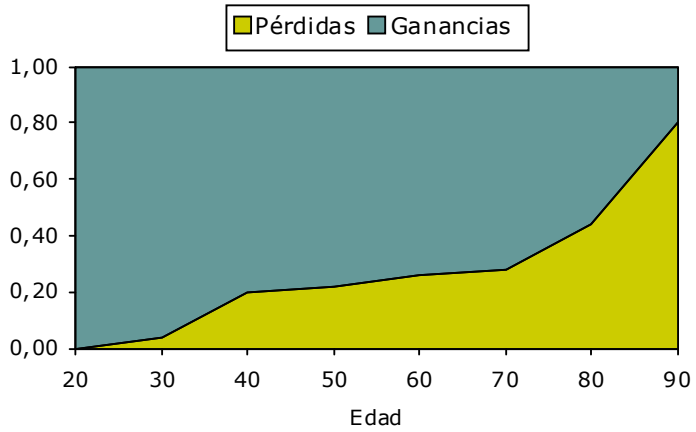
[46] Nota: Aproximadamente en el año 500 ANE, el griego Alemaeón de Grotón aludió que el órgano del cuerpo donde se captaban las sensaciones, se generaban ideas y permitía el conocimiento, era el cerebro; una idea con algunos desaciertos, pero con la agudeza de descubrir la importancia de dicho órgano (Bandin & Lora, 2008).

largo de su proceso de envejecimiento y analizan los resultados de las comparaciones existentes en el rendimiento de jóvenes y viejos.

En ese sentido, existe, ya, un amplio bagaje de conocimientos que procede de datos empíricos y experimentales que permiten afirmar que a lo largo del ciclo de la vida existe un equilibrio entre crecimiento y declive, en dependencia de las distintas funciones psicológicas. Mientras existen una serie de funciones que declinan muy tempranamente a lo largo de la edad adulta y de la vejez, existen variables psicológicas que alcanzan su máximo en las fases tardías de la vida (Zamarrón & Fernández-Ballesteros, 2002). Lo que, de alguna forma, sostiene la imposibilidad de transvasar el modelo bio-médico de desarrollo/envejecimiento (crecimiento vs. declive) al modelo desarrollo/envejecimiento psicológico (Fernández-Ballesteros, 1996).

De acuerdo con el estudio de Heckhausen y colaboradores (Heckhausen et al., 1989; Zamarrón et al., 2002) la proporción de pérdidas y ganancias, entre 100 características psicológicas, desde los 20 a los 90 años, da como resultado un descenso de las ganancias y un aumento de las pérdidas. Sin embargo, se puede constatar la existencia de un "crecimiento de ganancias" a lo largo de toda la vida.

Figura 3 – Crecimiento (ganancias) y declive (pérdida) a lo largo del ciclo de vida (Heckhausen et al., 1989; Zamarrón et al., 2002)



La ocurrencia de crecimiento y/o declive, en cada etapa de la vida, no sólo es resultado de los cambios debidos al paso del tiempo, como también de las condiciones personales y sociales experimentadas tanto a título individual como generacional. Por todo esto, se denota con el envejecimiento un incremento en la variabilidad interindividual, expresado en las formas distintas de envejecer, lo que constituye un principio básico en el funcionamiento psicológico a lo largo del ciclo de vida.

Las grandes diferencias encontradas dentro del mismo grupo de personas mayores asociadas a distintos factores personales, que van desde la "práctica" a los

estados de salud, pasando por la educación y por la actividad profesional, permiten reafirmar, con base en la evidencia y contra la tesis deficitaria en la vejez, que la mayoría de las personas mayores siguen viviendo de forma autónoma y plena, "funcionando intelectualmente de forma adaptada, resolviendo problemas en una sociedad cada vez más compleja y tecnificada, administrando su economía, desarrollando nuevas actividades que cubren su tiempo libre" (Fernández-Ballesteros, Fresneda, Martinez, & Zamanon, 1999)[47].

De hecho, se ha verificado que algunos de los procesos cognitivos más complejos, medidos con pruebas de inteligencia estandarizadas, estaban más relacionados con la condición de salud del individuo que con la edad cronológica, por lo cual podemos considerar que cuidar la propia salud es una forma indirecta de actuar sobre el declive.

Lo que acontece en el envejecimiento normal es un grupo de alteraciones heterogéneas al nivel del SNC[48], que difieren de persona para persona en el principio y en sus efectos a nivel intelectual. No obstante, puede decirse que este fenómeno empieza entre los 50 y los 60 años, aunque, en algunos individuos, las alteraciones se vengan a manifestar después de los 70 años (Selkoe, 1992).

Durante el proceso de envejecimiento normal (ausencia de enfermedad), los trabajos de investigación indican, también, que el declive en función de la edad se traduce en una ralentización, y en una menor eficiencia, del funcionamiento cognitivo. En otras palabras, las personas mayores, por lo general, obtienen rendimientos peores que los más jóvenes en tareas cognitivas cuando se evalúan las estructuras y los procesos cognitivos con base en parámetros como el tiempo de reacción, el tiempo de ejecución o la rapidez de aprendizaje (número de ensayos por unidad de tiempo) (Fernández-Ballesteros & Frojan, 2002; Zamarrón et al., 2002).

---

[47] Junto a ello, conviene aún resaltar que los estudios secuenciales (en los que se evalúa a distintas personas y distintas generaciones a través del tiempo) muestran un progreso en el funcionamiento intelectual de las generaciones de mayores más recientes, con respecto a las más antiguas.

[48] Algunas de las principales alteraciones en el SNC son:

- Anatómicas/Estructurales – relativas al peso y tamaño del cerebro (pérdida de 1/10 en personas con más de 80 años) - contracción de tejidos y circunvoluciones cerebrales y pérdida de neuronas, sobretodo en el hipocampo, en las áreas corticales de asociación y, aunque menos, en las regiones subcorticales;
- Bioquímicas – reducción de neurotransmisores asociados a la regulación de los estados emocionales (serotonina y norepinefrina) y de las actividades psicomotrices (dopamina) y, también, a la activación de las funciones cognitivas superiores (acetilcolina), como la memoria, el lenguaje y el pensamiento;
- Funcionales – ralentización de las conexiones interneuronales, con implicación en la inteligencia fluida y en la memoria a corto plazo (declive) y, aún, en las actividades sensoriomotoras.

Mientras la mayoría de las investigaciones sobre el aprendizaje coinciden en que las personas mayores requieren un mayor número de ensayos para aprender y más tiempo de ejecución, se ha puesto de relieve que el declive de ciertas funciones intelectuales, propias de la inteligencia fluida (inteligencia como procesamiento de información), puede ser compensado mediante entrenamiento cognitivo (Baltes, 1987; Baltes & Shaie, 1976; Heckhausen, Dixon, & Baltes, 1989; Craik, 1977). Incluso la neuropsicología ha podido explicar tales hallazgos psicológicos explicándolos mediante la plasticidad del sistema nervioso (dinámica neuronal). El ajuste entre los conceptos biológicos y los psicológicos permiten suponer una capacidad de reserva y/o potencial de aprendizaje en las personas mayores y, consecuentemente, fundamentar la capacidad de retrasar, compensar o mejorar la capacidad de adaptación y de actuación de las personas mayores en contextos naturales.

Podemos decir que aquellas aptitudes que están altamente influidas por la transmisión y por las condiciones culturales no declinan nunca o lo hacen a edades muy avanzadas, mientras que otras que están fuertemente influidas por el funcionamiento de nuestro cerebro y que tienen que ver con la velocidad de procesamiento de nuestros sistemas neuronales, declinan relativamente pronto.

Por ejemplo, en lo que se refiere a la inteligencia fluida se produce un declive, incluso desde edades muy tempranas (antes de los 30 años), mientras que otras funciones implicadas en la inteligencia cristalizada no declinan al menos hasta los 70 años. El deterioro normal de las funciones o de las capacidades verbales, por ejemplo, declina claramente en la décadas de los 70[49] (Zamarrón et al., 2002).

Efectivamente, las tareas que demandan muchos recursos atencionales, y, por eso, requieren mayor esfuerzo cognitivo, son afectadas por la edad. La referida ralentización que se manifiesta a niveles de ejecución motora (las personas mayores son motrizmente más lentas que las más jóvenes), también se nota a partir del comienzo de la edad adulta cuando se reduce la velocidad del “tiempo de razonar” frente “al tiempo para actuar”. Asimismo, las personas mayores son menos capaces de procesar rápidamente la información y tardan más en responder a estímulos.

Esta disminución de la capacidad de discriminar lo que es esencial para resolver determinadas tareas es explicada por muchos autores como un declive en la inhibición de información irrelevante. La percepción[50] es precisamente una de las dimensiones

[49] Puntuación verbal y manipulativa en función de la edad, medidas en la Escala de Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS).

[50] En 1990, Lieury definió la percepción como “el conjunto de los mecanismos fisiológicos y psicológicos cuya función general es el recorrido de informaciones en el ambiente o en el propio organismo” (Lieury, 1990).

cognitivas que condiciona la discriminación de la realidad (ambiental y personal). Pues, como conjunto de actividades complejas de recepción y de análisis (y no una reacción pasiva de los mensajes provenientes del entorno), nuestras percepciones resultan de una integración de mensajes sensoriales complejas y distintos (polisensoriales). Es decir, las modificaciones asociadas a la edad pueden situarse a diferentes niveles del proceso de integración, como por ejemplo: la recepción del mensaje (modalidad sensorial) o el tratamiento y análisis.

Con respecto a la edad y a la modalidad sensorial (Sistemas Somatosensoriales), el envejecimiento perceptivo es muy diferencial. Algunos sentidos, como el olfato, son poco afectados por la edad, mientras que otros, como la audición y la visión, son gravemente afectados. El déficit de naturaleza auditiva y visual son inclusivamente causas importantes de declino general en el funcionamiento de las actividades intelectuales (Fernández, 2007).

Las evidencias confirman que los ancianos tienen problemas de agudeza y procesamiento visual que contribuyen para aumentar el tiempo que necesitan para resolver tareas perceptivas. La sensibilidad a la iluminación o las dificultades de visión en lugares poco iluminados, distinción de colores, enfoque a diferentes distancias y percepción espacial, de movimiento y de velocidad, son hechos que influyen en el tiempo que requieren para identificar estímulos visuales (Cacabelos, 2000).

Los problemas de audición superan con creces la mala visión, afectando más a los hombres que las mujeres. La agudeza auditiva empieza a disminuir a los 30 años y afecta sobretodo: la pérdida de tonos, la sensibilidad a altas frecuencias, la diferenciación de ruidos de fondo y, también, la velocidad de procesamiento.

Efectivamente, el desempeño cognitivo del paciente mayor puede ser explicado en función de la repercusión funcional de todos los cambios a nivel psicológico o en cuanto a la función mental en su conjunto (Cacabelos, 2000). En este sentido, una de las aptitudes cognitivas que más fuertemente se encuentra influida por el funcionamiento de nuestro cerebro es la memoria[51].

La memoria es un proceso complejo, que viene siendo estudiado a lo largo del tiempo y, principalmente con respecto al adulto y a los mayores, una vez que la frecuencia de quejas (de "*falta de memoria*") es muy superior en estos dos grupos de edad que en los más jóvenes (Zelinski, Gilewski, & Thompson, 1980). Sin embargo, en términos diferenciales, las investigaciones más recientes indican que las alteraciones de memoria del envejecimiento normal difieren del envejecimiento patológico, por lo que se

[51] Buñuel (Buñuel, 1982) en su autobiografía, describe "nuestra memoria es nuestra coherencia, nuestra razón, y nuestra acción, nuestro sentimiento. Sin ella, nada somos".

refiere a los procesos que son afectados. En el seguimiento de lo que hemos comentado, estos estudios concluirían que existen diferencias atribuibles a la edad en la memoria de trabajo y en la memoria episódica, sobre todo, cuando la tarea es compleja y requiere la utilización de procesos complejos de codificación y recuperación. Además los resultados indican la no existencia de diferencias significativas en la memoria procedimental, ni en la memoria semántica.

Conviene aquí referir que las varias dimensiones de la memoria pueden, también, verse afectadas por las diferencias al nivel de la inteligencia, de la educación y del estatuto socio-económico, así como por los aspectos neurológicos, hormonales y fisiológicos (Kaszniak, 1988). De todas maneras, una vez que la evidencia científica informa que nuestras capacidades mentales pueden quedarse inalterables hasta después de los 80 años, que nuestra actividad mental puede y debe mejorar con la edad y que eso nos permite continuar aprendiendo durante toda la vida, podemos decir también (y por consiguiente) que la memoria no necesita tener límites de edad (Craik, 1977).

Sin embargo, algunos estudios parecen indicar que la idea de la mente y de la memoria deteriorarse con el tiempo es a veces tan fuerte que las fallas ocurren solamente por que son esperadas - "*self-fulfilling*" (Puner, 1974).

Con respecto a esto, podemos decir que la memoria es, sobre todo, un proceso complejo que depende de innúmeros factores - internos y externos - para actuar. De esta forma, entre las personas mayores, las quejas de “falta de memoria" y, en algunos casos, el déficit, pueden relacionarse con factores psicosociales y con las influencias medioambientales. Hechos que pueden ir desde la disminución del uso de las capacidades cognoscitivas hasta el stress (Cohen, 1990). En los mayores que continuaron ejerciendo sus capacidades de memoria, por ejemplo, se verificó una retención de las capacidades por más tiempo, sin que se hubiera notado cualquier edad límite en cualquier tipo de memoria (Baltes, 1987; Baltes et al., 1976; Tárraga, 1994).

En 1978, Kral designó para lo que consideró el déficit de memoria normal en las personas mayores el *Olvido Senescente Benigno* (“*Benign Senescent Forgetfulness”*). En otros términos, es un tipo de amnesia benigna que no haciéndose acompañar de un déficit serio de memoria, no interfiere en la capacidad de vida autónoma de los individuos, teniendo, así, un pronóstico favorable (Kral, 1978). De todas formas, las dificultades de memoria del “tipo benigno", ni siempre son tan saludables como parecen, pudiendo funcionar, en algunos de los casos, como síntomas precoces de ciertas patologías, que se encuentran asociadas a una esperanza de vida más pequeña, como en el caso de la demencia o de la depresión mayor (Garcia, 1984).

Una vez que las alteraciones de memoria referidas se encuentran tanto en las o con capacidades personas mayores saludables como en las personas con demencia,

podemos afirmar que el diagnóstico diferencial inicial se pone bastante difícil. De acuerdo con la literatura, en la abordaje de este tipo de casos, cuando aparecen situaciones en que se descubre algún deterioro cognitivo, pero sin alcanzar el criterio de demencia (con déficit insuficientemente grave), se considera la existencia de una senescencia "normal" o, en otros términos, ausencia de demencia fundamentales intactas (Tracana, Santos, Caetano, Mayor, & Varandas, 2000).

En resume, y de acuerdo con Aleu (Aleu, 2004), considerase que existe deterioro de la función mental cuando una persona no es capaz de proseguir sus trabajos o sus actuaciones de tipo intelectual con la misma rapidez, precisión o eficacia, que anteriormente caracterizaba su funcionamiento intelectual y que este deterioro puede ser patológico (cuado existe noxa cerebral específica) y/o fisiológico (como consecuencia de un posible debilitamiento de las funciones mentales por la edad).

2.4. El deterioro cognitivo y funcionalidad

La asociación entre el envejecimiento y la extensa manifestación de las condiciones neurológicas resulta en una elevada prevalencia de déficit cognitivo en la población mayor. De acuerdo con el reporte de Jorm y Jolley, cerca de un 10% de la población con más de 65 años y un 50% de las personas con más de 85 años presentan algún tipo de deterioro (que varía desde el déficit leve a la demencia severa) (Jorm & Jolley, 1998; Jorm et al., 1998). Corroborando estos datos, St John y colaboradores señalan que entre las personas más mayores (donde la prevalencia es más elevada), cerca de 1/3 de la población con alteraciones en la cognición sufren de demencia, presentan una elevada mortalidad y van manifestando un progresivo deterioro cognitivo y funcional (St John, Montgomery, Kristjansson, & McDowell, 2002).

Efectivamente, cuando planteamos valorar o diagnosticar el perfil del paciente con déficit cognitivo, observamos que habitualmente este presenta una edad avanzada (muchas veces por encima de los 75 años) y que con frecuencia existen, además de comorbilidades asociadas, síndromes geriátricos, fragilidad y dependencia funcional, etc. Esta situación, refuerza la idea de que la cognición contribuye de forma importante para la función de la persona (con influencia en los resultados funcionales y en la rehabilitación) y realza la importancia de la evaluación del estado cognitivo de la persona mayor (de preferencia precoz) en la determinación de las posibilidades de mejoría funcional y de adaptación contextual (Arthanat et al., 2004).

Los muchos estudios que han examinado de forma alargada la relación entre la función cognitiva y el desempeño funcional han concluido que, tal como la edad, el estado físico y el estado psicosocial, también las habilidades cognitivas presentan

contributos significativos para la función personal. En la revisión de Sauvaget y colaboradores (Sauvaget, Yamada, Fujiwara, Sasaki, & Mimori, 2002), por ejemplo, todos los estudios, sino uno (Herbert, 1999, citado por Sauvaget et al., 2002), han reportado un riesgo creciente de la discapacidad física asociada al deterioro cognitivo.

Como hemos visto, el déficit déficites cognitivo es consecuencia de las lesiones y enfermedades que envuelven los hemisferios cerebrales y que producen en el complejo mental quiebras de las habilidades de procesamiento, como: la atención, la memoria, la resolución de problemas, el cálculo y el raciocinio. Estas alteraciones cognitivas tienen una influencia significativa en aspectos relacionados con la actividad y con la participación individual. El desempeño en las AVD, por ejemplo, envuelve el uso de habilidades cognitivas fundamentales que cuando se encuentran deterioradas pueden condicionar el procesamiento de información (obtenido en distintas fuentes, como las acciones o la experiencia personal) y conducir a un enorme conjunto de discapacidades. En otras palabras podemos decir, el desafío de la función (o del funcionamiento) está relacionado, casi en exclusividad, con las dificultades de atención, de memoria y de interpretación de la información abstracta, implicadas en la vida cotidiana, que en concreto limitan las áreas de actividad y participación.

De hecho, con respecto a la vida diaria, vemos también que en muchas condiciones neurológicas la función cognitiva suele ser vista como fuerte predictor de los resultados (o de las consecuencias) funcionales en las AVD (6). El estudio de Moritz y colaboradores que analizó el funcionamiento cognitivo como parte del envejecimiento, indica que un 42% de las personas con resultados decrecientes en los testes cognitivos tenían limitaciones en las AVD (Moritz et al.1994; Arthanat et al., 2004). Otro estudio ha revelado que los factores cognitivos explican un 24% a un 26% de los problemas en las actividades de vida diaria de las personas con enfermedad de Alzheimer (Nygard et al., 1998; Arthanat et al., 2004).

Aunque con distintas variancias de magnitud[52], esta posible relación entre el declino cognitivo y funcional ha sido demostrada en diverso estudios, sobretodo con respecto a la enfermedad de Alzheimer (Reisberg, 1986; Teri, Borson, Kiyak, & Yamagishi, 1989; Reed et al., 1989; Ferris et al., 1997). Pues, a medida que esta enfermedad progresa, además del deterioro cognitivo, surge una dependencia funcional progresiva que se correlaciona con el grado de afectación en las pruebas cognitivas (los síntomas psicológicos y conductuales pueden aparecer en cualquier momento de la

[52] Para Sobral (Sobral, 2006), esta varianza en la magnitud puede ser justificada por una evaluación de la función “adecuadamente concebida” (y) “como un componente de sintomatología separado, que puede ser semi-independiente de la cognición”.

misma, aunque son más frecuentes en estados avanzados[53]). De forma más específica, podemos adelantar que la demencia es uno de los síndromes que lleva a un declino persistente en distintos dominios de las habilidades cognitivas, como la memoria, los problemas de lenguaje y de cálculo que dificultan la resolución de problemas, deterioran el reconocimiento y perturban el planteamiento de una secuencia de actividades de vida diaria, como ir a un supermercado o hacer las tareas diarias (American Psychiatric Association, 1994).

Con todo, parece importante referir que existen evidencias empíricas que exponen claramente déficit en múltiples dominios cognitivos que pueden perdurar algunos años, o mismo décadas, antes del diagnóstico de la demencia (o de la enfermedad de Alzheimer, en particular). Citamos como ejemplo el deterioro de la memoria episódica, que es una de las manifestaciones cognitivas más comunes en la fases preclínica de la enfermedad y que presenta, curiosamente, una magnitud de déficit cognitivos preclínicos relativamente estables hasta pocos años antes del diagnóstico clínico (Small, Mobly, Laukka, Jones, & Bäckman, 2003). En este sentido, Sauvaget y colaboradores, han buscado confirmar los resultados de los estudios longitudinales sobre la asociación entre el deterioro cognitivo y el deterioro funcional después del diagnóstico de demencia encontrarse completamente establecido, expandiendo los resultados a las diferentes áreas de funcionamiento (AVD y AIVD). En este trabajo se ha probado que la demencia es el mayor predictor de la discapacidad física, permaneciendo asimismo (como factor predictivo significativo) después del ajustamiento a los potenciales factores contusionales (que se encuentran asociados con el desarrollo tanto de la demencia y como de la discapacidad), como la edad, el género, los hábitos de bebida y la historia de Accidente cerebrovascular (ACV)[54] o enfermedad cardiaca (Sauvaget et al., 2002).

Greiner y colaboradores (Greiner et al., 1996, citado por Sauvaget et al., 2002), en un artículo sobre el papel de las funciones cognitivas en la pérdida de la independencia en las AVD, ha descrito tres posibles escenarios para el proceso de discapacidad: i) un deterioro cognitivo que precede la dependencia en las AVD, ii) un deterioro cognitivo y funcional (concomitante) seguido por una condición aguda (ej. ACV, caídas con lesiones traumáticas) y iii) un deterioro cognitivo debido al envejecimiento normal.

Segundo Sauvaget y colaboradores, más que a una dimensión global, deben considerarse las múltiples dimensiones de la cognición. Entre las multi-dimensiones de

[53] Las personas con demencia en estados avanzados presentan un elevado riesgo de institucionalización. Los trastornos de conducta y la dependencia para las actividades de la vida diaria vienen siendo entendidas como dos de las principales causas de esta institucionalización.

[54] El factor confusional más fuerte ha sido la historia médica con ACV, sobretodo en la demencia vascular como factor de riesgo.

los instrumentos de medida del déficit cognitivo es posible encontrar la función cognitiva general, la orientación, la memoria abstracta, el recuerdo y la copia de diseño. De acuerdo con los autores, las dos primeras (cognición general y orientación) son los mejores predictores del desempeño en las AVD (Sauvaget et al., 2002). Sin embargo, aunque la mayoría de los estudios previos haya incluído las diferentes habilidades de vida diaria en un resultado único, Wilms y colaboradores examinaran la relación entre la demencia y las distintas AVD (individualmente). En este trabajo los autores han concluido que algunas tareas de las AVD eran más frecuentemente asociadas con la demencia (más significativamente deterioradas que otras), como por ejemplo: duchar, vestir, ir al baño y movilización, mientras que las tareas de comer y de limpiar se encontraban menos deterioradas (Wilms et al., 2000, citado por Sauvaget et al., 2002). Estas descubiertas relevan la importancia de evaluar actividades específicas, como la memoria relativa o la orientación relativa, en el desempeño de las AVD. En otras palabras, de alguna forma se sugiere que los estudios futuros deben investigar cuales son las funciones mentales que son específicas de los diferentes tipos de de actividad.

Cuando fueron comparadas las habilidades en las AVD y en las AIVD, el estudio de Sauvaget y colaboradores ha demostrado que el riesgo de incidencia de discapacidad funcional debido a la demencia era similar para ambos tipos de actividad. Sin embargo, después del ajustamiento con otros factores, la demencia se ha revelado mejor predictor del deterioro de las AVD que de las AIVD (los resultados en el MMSE han contado para los resultados en las AVD y en las AIVD un 40% y un 29%, respectivamente (Ford et al., 1996, citado por Sauvaget et al., 2002), lo que sugiere que existen otros factores que no la cognición que son específicos de las habilidades en las AIVD. Estos resultados son, todavía, inconsistentes con los resultados de otros estudios que revelan una ligación más estrecha de la cognición con el funcionamiento en las AIVD que en las AVD (Ofstedal et al., 1999 citado por Sauvaget et al., 2002). Para los autores, esta diferencia puede ser explicada por el hecho de tratarse de estudios transversales que no incluyen en el análisis grupos de personas con un elevado nivel de deterioro en las AVD (personas mayores más fragilizadas y personas institucionalizadas). En su perspectiva, si hubiera sido incluida la asociación entre las dos funciones (cognitiva y AVD) sería más fuerte.

En particular, el deterioro funcional de las personas con demencia, puede ser explicado por múltiples causas: deterioro cognitivo, inhabilidad para secuenciar una tarea correctamente, lapsos de juzgamiento, falta de decisión, deterioro físico, factores ambientales (la familia o la institución pueden llevar a una pérdida de autonomía), falta de motivación percepcional, sensorial, y inhabilidades motoras, deterioro intelectual (superior a la perturbación emocional), tratamientos concurrentes con medicamentos antisicóticos, lesiones cerebrales selectivas, y alteraciones en la neurotransmisión. Además, la

discapacidad funcional puede suceder en el seguimiento de un deterioro de la salud física o de la movilidad, o del propio proceso de envejecimiento. Una vez más, entre las personas dementes, estos numerosos factores explican por qué las tareas complejas (AIVD) son afectadas no sólo por las capacidades cognitivas, como también por determinantes mentales, físicos y ambientales, que son menos necesarios para el suceso en las actividades básicas (AVD). Lo que va en línea con los resultados del estudio de Sauvaget y colaboradores, es que la condición (deterioro cognitivo) aislada encontraba una asociación más fuerte con el desempeño en las AVD que en las AIVD (Sauvaget et al., 2002).

Al mismo tiempo que el estado cognitivo y la dependencia funcional presentan una fuerte y consistente asociación, en simultáneo (estudios transversales) o con el primero a predecir el segundo (estudios longitudinales), existen también estudios sobre los predictores de la discapacidad física que incluyen el déficit cognitivo entre las variables dependientes (Bassett et al., 1991)[55]. Además, mientras se reconozca la manutención del nivel de desempeño en las actividades básicas (AVD) como uno de los principales factores diferenciadores entre el deterioro cognitivo moderado y la demencia, existe un creciente "cuerpo" de evidencia que sugiere que (mismo manteniendo las habilidades en las AVD) pueden ser observadas dificultades en el desempeño en actividades más complejas de vida diaria (Allaire, Gamaldo, Ayotte, Sims, & Whitfield, 2009; Nygård, 2003) y que las diferencias entre personas con y sin deterioro cognitivo moderado son más evidentes cuando se registran longitudinalmente las AIVD.

En este sentido, algunos estudios han conseguido confirmar que en media las personas mayores con deterioro cognitivo moderado son menos competentes en las AIVD (que los mayores sin este tipo de deterioro) y han revelado también que en un periodo de tres años las personas demuestran un elevado grado de declino en las habilidades diarias. Un otro estudio longitudinal, ha reportado inclusivamente la existencia de deficiencias (o alteraciones) en las AIVD diez años antes del diagnóstico de demencia (Allaire et al., 2009).

Sin embargo, aunque las personas que desarrollan la demencia parezcan vivir súbitas alteraciones en las AIVD más complejas, un largo tiempo antes de que la enfermedad se instale, los estudios comparativos referentes al deterioro cognitivo moderado, en personas dementes y personas no dementes, no presentan consenso en cuanto a las diferencias encontradas a nivel de las habilidades implicadas en las AIVD.

[55] Los resultados que se basan en estudios transversales son menos precisos que los estudios longitudinales (o prospectivos) que pueden establecer una relación temporal entre la exposición (o manifestación) y los resultados.

Con otras palabras, podemos decir que las técnicas y los instrumentos tradicionalmente usados para medir la actividades de vida diaria (instrumentales y básicas) suelen presentar un problema mayor cuando el propósito es predecir o diferenciar los diagnósticos (Nygård, 2003).

De todas las maneras, los referidos estudios, aunque, por un lado, difieran en las áreas de funcionamiento que cubren, donde se incluyen las tareas de auto cuidado (actividades básicas de vida diaria), las tareas de autogestión (actividades instrumentales de vida diaria) y mismo las tareas más complejas (actividades avanzadas de vida diaria) y, por otro, basen sus diagnósticos de deterioro cognitivo en el resultado de un solo instrumento de cribo (como por ejemplo el Mini-Mental State Examination, a la vez una evaluación sistemática y exhaustiva), presentan, al final, alguna concordancia. En términos más concretos, y aparte de las diferencias metodológicas, todos estos trabajos revelan que la discapacidad física y la demencia comparten las mismas fuentes características[56]. Lo que permite conjeturar que las estrategias para retrasar el establecimiento de la demencia podrían también ser usadas para prevenir el establecimiento de dependencia funcional o de discapacidad. Pues, en todo caso, es en el campo de las demencias donde más evidente se hace la necesidad de soporte a una enfermedad que merma de forma progresiva las capacidades físicas y mentales. Igualmente, las personas mayores con alteraciones cognitivas, aunque no demuestren criterios para el diagnóstico de demencia, además que resultados pobres en salud, presentan una elevada probabilidad de muerte, de institucionalización y de demencia (Frisoni, Fratiglione, Fastbom, Viitanen, & Winblad, 2000). Lo que también nos lleva a considerar que independientemente de la magnitud de la relación entre el declino cognitivo y funcional, el diagnóstico del deterioro cognitivo (por lo menos el moderado) debe incluir, y no excluir, las alteraciones observadas o vividas en las actividades de la vida diaria (Nygård, 2003).

2.5. El deterioro cognitivo y variables socio-educativas

Es cierto que por veces la función cognitiva interviene en la función global. Sin embargo, mientras existan personas con un excelente estado de salud físico, que siendo portadoras de una deficiente situación mental generan un mal estado funcional global (por ejemplo: los enfermos con demencia en estado leve o moderado), también se puede identificar la presencia de un trastorno mental o cognitivo sin que este modifique la

[56] En concreto, ambas se encuentran relacionadas con el envejecimiento, son predictas por el ACV y están asociadas con el aumento de la mortalidad (Sauvaget, Tsuji, Haan, & Hisamichi, 1999; Sauvaget, Tsuji, Aonuma, & Hisamichi, 1999; Gale, Martyn, & Cooper, 1996).

situación funcional global. Esta disparidad entre función global y función mental no se da en el terreno de la función física, donde su afectación guarda mayor paralelismo con el nivel funcional o de autonomía del sujeto. Como señala Zamarrón y Fernández-Ballesteros (Zamarrón et al., 2002), el funcionamiento psicológico no puede entenderse isomórficamente al funcionamiento biológico, una vez que los seres humanos además que recibir herencia biológica también reciben herencia cultural precedente del nicho ecológico y del núcleo humano donde se desarrollan.

Como ejemplo de lo que acabamos de decir, se señala una variedad de condiciones que interfieren con la cognición, como los delirios, los problemas psiquiátricos, el aislamiento social o el bajo intelecto[57], y que pueden estar asociadas a los resultados más flacos en los testes cognitivos (Graham et al., 1997). Estas condiciones permiten despertar cuestiones muy relevantes para el tema del envejecimiento, sobretodo cundo se logra interpretar el bajo desempeño cognitivo de las personas muy mayores, muchas veces más frágiles. Entre ellas, las que se encuentran en instituciones que prestan cuidados de larga estancia, donde existen menos obligaciones sobre los residentes (menor demanda) y donde el déficit puede, por otro lado, causarles mayores dificultades funcionales.

En el sentido de identificar las condiciones que interfieren con la cognición, Green y colaboradores han procurado comprobar, pero sin éxito, que la rede social confiere protección al deterioro cognitivo. Por eso, los autores sugieren que las alteraciones en la rede social pueden ser más una consecuencia que una causa del deterioro cognitivo y funcional (Green, Rebok, & Lyketsos, 2008). El hecho de que podemos estar rodeados de personas pero no involucrados refuerza la idea que la calidad de la red es más importante que la cantidad (sobre todo en personas que “están a punto” de declino cognitivo) y ayuda a comprender mejor los resultados del trabajo de Fabrigoule (Fabrigoule, Letenneur, Dartigues, & et al., 1995) en el cual concluye que las actividades con exigencia cognitiva como visitar amigos o ver la televisión no tienen cualquier efecto proyectivo, al revés de actividades que requieren creatividad e iniciativa como la jardinería o viajar, que reducen el riesgo de incidencia de demencia (según los resultados, en tres años).

En el sentido contrario, Orsitto y sus colaboradores en un estudio sobre la Influencia del déficit cognitivo y de la comorbilidad en la discapacidad de los pacientes

[57] Se considera consensual que: las psicopatologías tienen componentes neurobiológicos, causan limitaciones funcionales en las actividades de vida diaria y tienen grandes consecuencias para los familiares y cuidadores. Aunque no curables, pueden ser tratadas con medicinas apropiadas, con psicoterapias y con intervenciones a nivel del entorno psicosocial.

mayores ingresados en entorno hospitalario (institucionalizados), han concluido que el déficit cognitivo, y no la comorbilidad, se encuentra significativamente asociado con la discapacidad de las personas mayores hospitalizadas (Orsitto et al., 2005). En otro estudio, St. Jonh y colaboradores al evaluar el efecto predictivo de los resultados cognitivos han identificado una fuerte asociación de la cognición con la muerte y con la institucionalización[58], inclusivamente en personas no dementes, a lo largo de todo el espectro de resultados del test cognitivo (MMSE). Esta asociación ha se mantenido, inclusivamente, después de controlar el efecto de otros factores como la edad, el sexo y el estado de salud (St John et al., 2002). Con respecto a otras variables del mismo estudio, realzase la fuerte asociación entre el deterioro funcional y la muerte y, aún, entre la educación (fuera del modelo del MMSE) y la mortalidad y la institucionalización. Sin embargo, y de forma algo sorprendente, cuando ajustados los resultados del test cognitivo (MMSE), no se han identificado los efectos del nivel de educación en estas dos variables.

Estos resultados remítenos a la importancia de un abordaje "ecológico" en la evaluación de las personas mayores, sobre todo las que viven en zonas rurales, donde la educación y el entorno social pueden incrementar las dificultades en la evaluación del deterioro cognitivo y en el diagnóstico de la demencia. Con respecto a eso destacamos el estudio de Lavarone y sus colaboradores (lavarone et al., 2007), realizado en la comunidad rural, con una elevada prevalencia de sujetos mayores sin escolaridad, y que ha permitido concluir que mientras el deterioro cognitivo (en la vejez) se encuentra relacionado con la educación, la independencia funcional, por su lado, está principalmente confinada a la edad (y no a la cognición, si esta permanece relativamente inalterada). Es decir, una vez que el déficit cognitivo puede ya existir por efecto de la educación y/o de la edad, los autores sugieren la evaluación de la autonomía funcional (con escalas de AVD o AIVD) como una mejor opción para el diagnóstico de la demencia (en la elección instrumental), por presentar un mayor valor predictivo que el MMSE.

De hecho, cuando ajustamos/concertamos la edad, la baja frecuencia escolar deja de ser un factor de riesgo significativo para la incidencia de demencias en general o para la enfermedad de Alzheimer, en particular (Cobb, Wolf, Au, White, & D'Agostino, 1995). La baja escolaridad parece encontrase también asociada con el riesgo incrementado de demencia que no la del tipo Alzheimer, probablemente, por los hábitos deletéreos de fumar y por otros factores de riesgo relacionado con los accidentes cerebro vasculares (ACV), comunes en individuos menos instruidos. Es, así, importante, en el estudio de la

[58] Para los autores no se trata necesariamente de una relación causal.

influencia de la educación en la incidencia de la demencia, adecuar el ajuste de la edad y examinar los subtipos de demencia.

Algunos estudios han considerado también que, más que la educación, es el estatuto social que influye en el proceso demencial. De cierta forma, esta afirmación se ve justificada, por un lado, porque no identifican cualquier ligación entre la educación y el diagnóstico de demencia (O'Connor, Pollitt, & Treasure, 1991; Orrell & Sahakian, 2008) y, por otro, porque la ligación entre el bajo estatuto social y la demencia se entiende como un consecuencia de la alta tasa de demencia vascular y secundaria en personas provenientes de entornos más pobres (Bickel & Cooper, 1994; Orrell et al., 2008). En el mismo sentido, se ve sugerido que las personas con un estatuto socio-económico más elevado pueden tener una gran resistencia a los efectos demenciales; por un lado, porque sus intelectos pre mórbidos reflejan un elevado nivel de reserva neuronal o, aún, porque tienden a buscar entornos más estimulantes, que ayuden a prevenir el declino de las habilidades cognitivas (Jorm, 1990; Orrell et al., 2008).

Sin embargo, parece importante destacar algunos estudios que corroboran la idea contraria de una contingencia directa entre la educación y el deterioro cognitivo o la demencia. Entre ellos, el estudio de Ott y colaboradores que demuestran la existencia de una relación inversamente proporcional entre la educación y la demencia, en particular con la enfermedad de Alzheimer, llamando atención para el hecho de la prevalencia de la demencia incrementar exponencialmente con la edad y colocando en evidencia que cerca de una tercera parte de la población con 85 y más años tiene demencia y, aún, que tres cuartos de las demencias son debidas a la enfermedad de Alzheimer (Ott et al., 1995). En el mismo sentido, al evaluar el impacto de la educación y de la ocupación sobre la demencia del tipo Alzheimer se han identificado las siguientes prevalencias: un 7,2% entre las personas iliteratas, un 2,8% entre aquellos que terminaran su educación en el quinto año y un 0,5% para los que estudiaran más que el quinto año (Bonaiuto et al., 2008).

También reforzando a esta perspectiva, Rochi y colaboradores (De Ronchi, Fratiglioni, Rucci, Graziani, & Dalmonte, 1998) sugieren que la falta de educación/instrucción se encuentra asociada con la demencia y no con otras variables como el género, la ocupación, los hábitos de vida o la hipertensión. Además, los autores concluyen que la asociación es más fuerte entre los viejos más jóvenes y que se disminuye con el incremento de la edad. Estas revelaciones sugieren que la primera década de la vida es un periodo crítico para el desarrollo de la demencia en la vejez y que la disminución del riesgo de demencia puede ser debida a la escolaridad (según la hipótesis de reserva cerebral) o a algunos otros factores que se encuentren asociados con los niveles educacionales más altos en la infancia.

Con respecto al género parece importante referir aquí que tanto las mujeres como los hombres con bajo nivel de escolaridad presentan riesgo de Alzheimer, independientemente de que las primeras exhibieren, en general, menores niveles de educación (Letenneur et al., 1999b). Es decir, aunque las mujeres presenten, después de los 80 años, un riesgo mayor que los hombres para desarrollar la demencia y, por otro lado, la poca instrucción se encuentre asociada al alto riego de enfermedad de Alzheimer, el riesgo aumentado en la mujeres no es explicado por el nivel educacional bajo. Estas conclusiones son soportadas por el estudio de Snowdon y colaboradores, en lo cual los autores identifican a las pocas habilidades lingüísticas en la niñez como un fuerte factor predictivo de flaco desempeño cognitivo y de enfermedad de Alzheimer en la vejez (Snowdon et al., 1996).

Relativamente a la existencia de un periodo crítico para el desarrollo de la demencia en la vejez, se considera oportuno presentar el trabajo de Ostrosky-Solis y colaboradores (Ostrosky-Solis, Ardila, Rosselli, Lopez-Arango, & Uriel-Mendoza, 1998) donde compara una muestra sujetos totalmente analfabetos, con dos grupos de sujetos con escasa escolarización (1-2 y 3-4 años de educación), y aún sujetos con 1-4, 5-9 y 10 o más años de educación, pareados por sexo y edad. Los resultados, relativos a los 256 sujetos participantes, con edades comprendidas entre 16 y 85 anos, han tornado evidente, por un lado, que la escolarización representa una variable notoriamente más significativa que la edad y que el efecto de la edad se encuentra limitado a las pruebas de memoria, viso perceptuales y viso construccionales. Por otro lado, al utilizar un rango amplio de educación, se hizo evidente que el nivel educacional representa una de las variables relativamente menos significativa en sujetos con altos niveles educacionales. En otras palabras, es decir que el efecto educacional sobre la ejecución en pruebas de evaluación neuropsicológica tiene un efecto lineal. Pues lo que se constata, y que corrobora la idea de periodo crítico, es que las diferencias entre cero y tres años de educación son altamente significativas; las diferencias entre tres y seis años de educación son menores; entre seis y nueve años aún menores, y así sucesivamente. Además, no se espera prácticamente ninguna diferente entre 12 y 15 años de educación. En suma, el efecto educacional representa una curva negativamente acelerada.

Este abordaje remete para una situación en que los efectos de la educación pueden ser evaluados cuantitativamente, según la relación lineal entre el número de años de educación y el riesgo de demencia, o cualitativamente a través del efecto de

"*threshold*"[59] en un determinado nivel de educación. El efecto cualitativo refuerza la idea que, más que la educación, son las habilidades intelectuales que influencian el riesgo de desarrollar la demencia. Asimismo, el estudio de Letenneu y colaboradores ha concluido también que la obtención de un diploma en escuela primaria puede ser considerado como un indicador de inteligencia pre mórbida, y que mientras las personas que alcancen este "threshold" (superen un diploma relativamente difícil) presenten un bajo riesgo de demencia, el aumento de los años de escolaridad no va a bajar ese riego (Letenneur et al., 1999c).

En resumen, podemos decir que es un error suponer que la discapacidad para ejecutar tareas cognoscitivas simples se debe interpretar, necesariamente, como una anormalidad en el funcionamiento cerebral. Pues el nivel de escolarización puede representar la variable fundamental. Además, si rechazamos los criterios neuropatológicos, podemos decir que la educación predice el estado demencial de los individuos con enfermedad de Alzheimer (neuropatología). Lo que al final sustenta la teoría de que los individuos con gran reserva cognitiva (como reflejo de los años de escolaridad) quedan mejor preparados para manejar esta patología cerebral, sin presentar déficit cognitivo observable (Roe, Xiong, Miller, & Morris, 2007).

Segundo Orrell y Sahakian, el hecho de la educación reducir el riesgo de demencia, puede ser explicado por dos mecanismos con fuertes implicaciones prácticas: 1) la educación que consigue de alguna forma proteger contra la neurodegeneración o 2) el inicio de la demencia puede ser retrasada porque la educación ha mejorado la red neuronal de forma a que cuando mueran las neuronas otras puedan desempeñar tareas funcionales similares, minimizando las señales de deterioro funcional y cognitivo (Orrell et al., 2008).

Para Ardila (Ardila, 2000) es el análisis del analfabetismo que puede enriquecer notoriamente la comprensión acerca de la organización cerebral de las habilidades cognoscitivas en condiciones normales y patológicas. Pues, como se ha puesto en evidencia, las variables educacionales y culturales pueden afectar no sólo la preferencia lateral (Ardila et al., 1989; Bryden, Ardila, & Ardila, 1993), sino también el grado de dominio hemisférico para el lenguaje y muy probablemente para otras habilidades cognitivas. Es decir, la alfabetización permite en algo cambiar también la organización cerebral de la cognición.

[59] Efecto de "*threshold*" es el valor usado para predeterminar niveles (ej. valor mínimo que un estímulo deberá tener para crear el efecto deseado). En este caso consideramos un momento significativo de pasaje o el superar de una prueba académica.

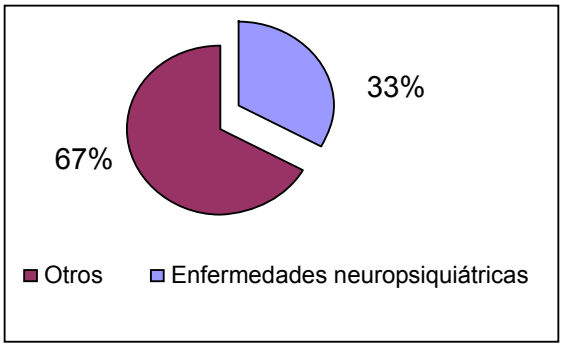
Sin embargo, con respecto a la influencia socio-educativa, debemos aún sobresalir que así como se identifica una mayor frecuencia de analfabetismo entre los estratos socioeconómicos bajos, también se puede señalar la existencia de una asociación entre este tipo de estratos y ciertas patologías del sistema nervioso (Alvarez, 1983). Es decir, si la evidencia indica que el desarrollo en niveles sociales empobrecidos resulta en una estimulación disminuida, que a su vez modifica el desarrollo del sistema nervioso central, podemos también afirmar que la estimulación diferencial resulta en el desarrollo de estilos distintos de conducta (Cravioto & Nutricin, 1982).

Realmente, los indicadores que la UE recomienda para la investigación de la relación entre la educación y la salud mental (Korkeila et al., 2003) son basados, en gran parte, en los muchos mecanismos que pueden explicar la asociación entre una frágil salud mental y la baja educación. Pues, la condición socio-educativa parece estar asociada con la baja percepción del control, que puede ser estresante por sí misma o que pueda influenciar indirectamente la salud mental, a través de otras variables psicológicas, como la red de soporte social (Dalgard, Mykletun, Rognerud, Johansen, & Zahl, 2007). Es decir, la baja educación puede también contribuir para un estado mental más frágil, cuando, por ejemplo, en términos socio-educativos, sufre los efectos de una economía más débil y/o por problemas en el mercado laboral. Entre los posibles mecanismos que explican la asociación entre la frágil salud mental y la baja educación (pero en el sentido inverso: frágil salud mental → baja educación) se encuentra la denominada “selección”. Esta hipótesis sugiere que los niños y los adolescentes con una salud mental débil, o con una vulnerabilidad incrementada por factores individuales y/o ambientales, estarán menos aptos a completar una educación superior (Pearlin et al., 1981, citado por Dalgard et al., 2007). Algunos estudios han buscado también reportar los elevados niveles de estrés psicológico en personas con poca educación (Rognerud et al., 2002; Melzer et al., 2004, citados por (Dalgard et al., 2007) y, dentro de las teorías del desarrollo de la personalidad, identificar la forma como la escolaridad, el aprendizaje y el logro/éxito se encuentran relacionados con el desarrollo emocional y la salud mental de los niños . En suma y en términos globales, estos trabajos han concluido que la baja educación funciona como un importante factor de riesgo para la salud mental y deberá ser acordado, como tal, en las iniciativas de prevención y promoción del desarrollo. Es decir, la reducción del abandono escolar, entre los más jóvenes (por ejemplo), puede ser considerada como una ganancia en salud mental, por lo cual se deben considerar acciones que de alguna forma providencien el soporte y la orientación a todos aquellos que tienen problemas educacionales.

Los resultados homogéneos de múltiples investigaciones, en múltiples países, confirman el valor predictivo (pronóstico) de la función, muchas veces mayor que los propios diagnósticos de la enfermedad. Es decir, en términos generales, el deterioro funcional, que se produce tanto en el medio comunitario como en el medio institucional, parece estar relacionado no sólo con las enfermedades que afectan al aparato locomotor, sino también con las enfermedades sistémicas, como las enfermedades mentales.

Esta situación asume una particular relevancia cuando nos confrontamos con estudios epidemiológicos que exponen las perturbaciones psiquiátricas y los problemas de salud mental como la principal causa de discapacidad y una de las principales causas de morbilidad, en las sociedades actuales. Según la OMS (World Health Organization, 2002b), actualmente, en todo el mundo, existen cerca de 450 millones de personas que en algún momento sufren de una enfermedad mental o de alteraciones de comportamiento/conducta[60] y un 33 por 100 del total de los años vividos con discapacidad son debidos a enfermedades neuropsiquiátricas (Figura 4).

Figura 4 - Años vividos con discapacidad: Mundo (OMS, 2002).



[60] Por detrás de este valor están algunos datos que pueden ayudar a traducir un enorme sufrimiento humano:

- Uno de cada cuatro pacientes que buscan los servicios de salud tiene por lo menos un problema mental, neurológico o conductual, pero la mayoría de estos disturbios no son diagnosticados o tratados;
- Más de 150 millones de personas sufren de depresión, en algún momento de la vida;
- Todos los años, cerca de 873.000 personas cometen suicidio;
- Aproximadamente 25 millones padecen de esquizofrenia;
- 38 millones sufren de epilepsia; y
- Más de 90 millones sufren perturbaciones asociadas al uso de alcohol o drogas.

Sin embargo, mientras que hoy podemos hacer sobresalir que i) entre las diez principales causas de discapacidad se encuentran cinco perturbaciones psiquiátricas (50%) y ii) que cuatro de las seis principales causas responsables por los años vividos con discapacidad son enfermedades neuropsiquiátricas (entre ellas se encuentran la esquizofrenia y la enfermedad bipolar) (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008), en el pasado la carga de las perturbaciones mentales (como la depresión o la esquizofrenia) ha sido seriamente subestimada, debido al hecho de que los abordajes tradicionales apenas consideraron los índices de mortalidad, ignorando el número de años vividos con discapacidad provocada por la enfermedad.

Si bien que para el futuro sea de esperar una mayor atención a la política de salud mental, que se traduzca en el bienestar físico y psicológico fundamental para la calidad de vida y la productividad de individuos, familias, comunidades y naciones, cierto es que la enfermedad mental, mientras es considerada una importante causa de muerte "invisible", sorprendentemente sigue recibiendo muy poca atención con relación a otras áreas de actuación del sistema de salud[61]. Es decir, aunque en términos comparativos las condiciones neuropsiquiátricas contabilicen aisladamente un 13% del total de la carga global de las enfermedades ("*global burden of disease*"), medida en años de vida ajustados por la discapacidad (DALY) [62;63;64] (Figura 5) (World Health Organization, 2001c), de acuerdo con la OMS, el "budget" medio para la salud mental que sale del presupuesto total para la salud es de un 2,0% siendo para los países con más redimiendo una media de 6,89% (Figura 6) (World Health Organization, 2001a). Esta situación suele ser denominada como "*treatment gap*" (hueco en el tratamiento).

[61] Distintos estudios han mostrado que la enfermedad mental es tan mortal como las enfermedades físicas (por ejemplo: el cáncer) y que en Europa, en cada año, mueren más personas por suicidio que por accidentes de tráfico o por otro tipo de accidentes (Fried et al., 1997).

[62] Los DALY: "*disability adjusted life years*" corresponden a la suma entre los años de vida perdidos por motivo de mortalidad prematura y los años de vida perdidos por incapacidad. Un DALY equivale a un año de vida saludable perdido.

[63] Las lesiones intencionales y el SIDA/HIV que representan, respectivamente, un 12,0 por 100 y un 6,0 por 100 del total de DALY (World Health Organization, 2001c), presentan también componentes de conducta y están conectados con la salud mental.

[64] De acuerdo con las estimaciones de la OMS para el año 2000, sólo las enfermedades depresivas unipolares representaban un 11,9% del total de los años vividos con discapacidad (principal causa en el rango de enfermedades) y eran representadas como la cuarta causa ("*leading causes*") de los años de vida ajustados por la discapacidad (4,4%; con la perspectiva de pasar en 2020 a ocupar el segundo lugar después de enfermedad cardiaca isquémica) (World Health Organization, 2001c).

Figura 5 - Carga de la enfermedad en el Mundo medida en años de vida ajustados por la discapacidad (World Health Organization, 2001c)

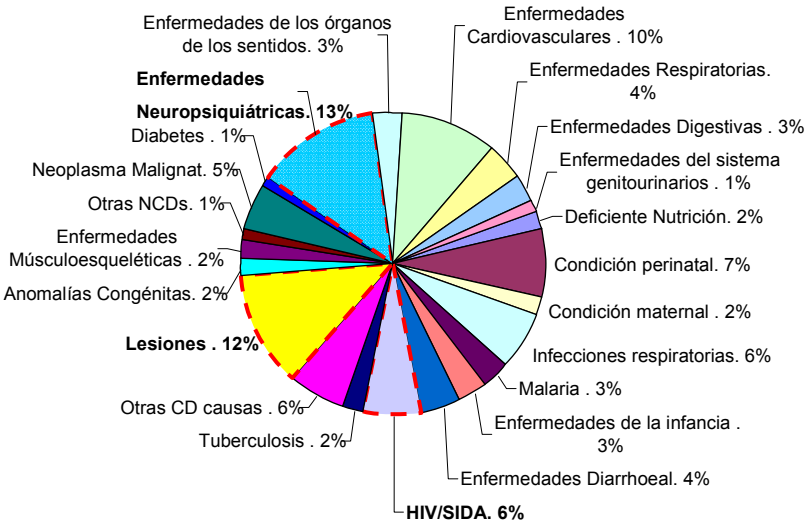
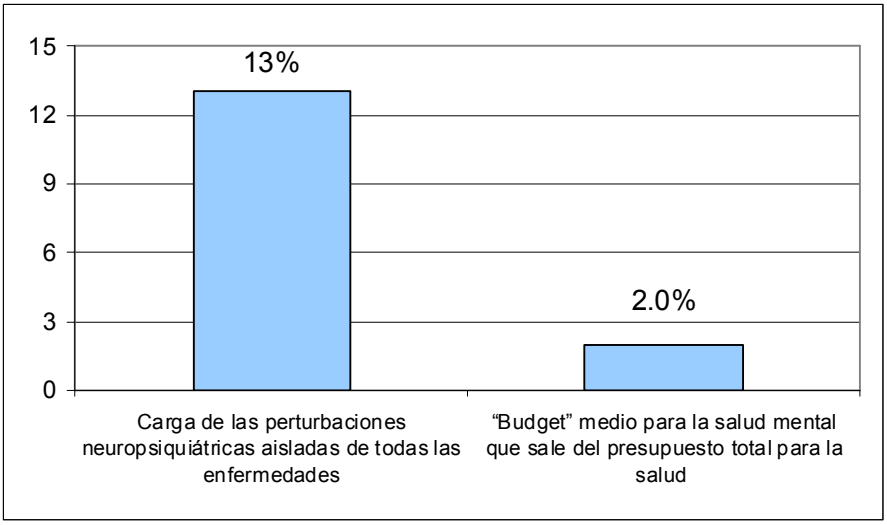


Figura 6 – Treatment gap: Carga de la enfermedad vs *"Budget"* (World Health Organization, 2001a)



En verdad, aunque algunos estudios procuren estimar el peso de los gastos con la enfermedad mental, en relación a otras áreas de la salud, las estimaciones son muchas veces inferiores a los costes reales porque no tienen en consideración los costes de las oportunidades perdidas por los individuos y las familias. Es decir, los costes tenderán que envolver los distintos sectores de la economía, aunque se traten de variables ("costes") difícilmente cuantificables (p.ej. costes asociados al estigma, a la discriminación en el mercado de trabajo y a otros problemas relacionados con la marginalización, el

desempleo y el abuso de consumo de substancias). Asimismo, podemos considerar que los costes económicos para la sociedad, que surgen de los problemas de salud mental, no sólo asumen valores considerables (estimaciones de un 3 a 4 por 100 del Producto Interior Bruto, según la Organización Internacional del Trabajo) (International Labour Office, 2000), como discurren de múltiples componentes, como por ejemplo: mortalidad prematura, disminución de la calidad de vida, pérdida de productividad, costes en cuidados de salud, etc. En suma, al crecimiento de la carga ("*burden*") acrece, aún, un enorme coste en términos de miseria humana, discapacidad y pérdida económica.

3.1. La salud mental y la vejez

Mientras la "pobre" salud mental constituya, ya por sí misma, uno de los mayores contribuyentes para la carga global de enfermedades, es de esperar que con el envejecimiento demográfico y con el aumento de la esperanza de vida se vaya asistiendo a un incremento de los años vividos con discapacidad. Es lo que podemos denominar una "doble carga de discapacidad" (World Health Organization, 1999) para las personas mayores que envejecen con perturbaciones mentales.

De hecho, el envejecimiento de la población, en paralelo con los cambios de vida y de las condiciones socio-educativas, conlleva alteraciones inevitables en los patrones de las enfermedades. Aunque la permuta de enfermedades transmisibles para no-transmisibles sea más obvia y más previsible en los países en desarrollo o recientemente industrializados[65], lo cierto es que en los países desarrollados los años de vida ajustados por la discapacidad corresponden a más de la mitad (22%) de los países en desarrollo (9,0%) (Murray & Lopez, 1997) y en los países con más rendimiento, las personas con 60 y más años de edad presentan más de 1/3 de la carga global de enfermedades, en años de vida ajustados por la discapacidad (World Health Organization, 2008).

Con respecto al futuro, algunas proyecciones de principios de la década de los noventa, del siglo pasado, estimaban ya un aumento de la prevalencia de las perturbaciones neuropsiquiátricas en la carga global de enfermedades que podría alcanzar un 15 por 100 en 2020 (Murray & Lopez, 1995). Las estimaciones más recientes registran, en el porcentaje de la carga global de enfermedades en el Mundo, un incremento de un 13% en 2001 (World Health Organization, 2001c) para un 14% en 2008,

[65] De acuerdo con Murray y Lopez en 1995 un 51% de la carga global de enfermedades en países en desarrollo o recientemente industrializados será causada por enfermedades no-transmisibles, enfermedad mental y lesiones. En esa fecha las perspectivas para 2020 era un incremento que podía llegar al 70% (Murray y Lopez, 1996 citado por World Health Organization, 1999).

el alcance del previsto 15,2% ya en 2015 y el 17,1% en 2030. Para Europa, en paralelo con la disminución de la población (representado el envejecimiento y la disminución de las tasas de natalidad), es de esperar que la prevalencia de perturbaciones neuropsiquiátricas alcancen en 2008 un 19,6%, a un 20,3% en 2015 y un 22,1% en 2030 (Tabla 8).

Tabla 8 – Proyecciones de la carga global de enfermedad para 2008, 2015 y 2030 (World Health Organization, 2004a)

	2008				2015				2030			
Causa	Mundo		Europa		Mundo		Europa		Mundo		Europa	
Población (000)	6700628		878085		7186888		875665		8110599		852974	
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total
Total DALY	1460140	100,0	144413	100,0	1414752	100,0	135189	100,0	1362316	100,0	116 729	100,0
Condiciones no transmisibles	751080	51,4	112380	77,8	796865	56,3	107331	79,4	899639	66,0	98 156	84,1
Perturbaciones Neuropsiquiátricas	205009	14,0 (100,0)	28321	19,6 (100,0)	215193	15,2 (100,0)	27406	20,3 (100,0)	233081	17,1 (100,0)	25 800	22,1 (100,0)
Perturbación afectiva bipolar	14644	1,0 (7,1)	1487	(5,25)	14931	1,1 (6,9)	1353	(4,94)	15111	1,1 (6,5)	1 177	(4,56)
Esquizofrenia	17095	1,2 (8,3)	1546	(5,46)	17573	1,2 (8,2)	1441	(5,26)	18003	1,3 (7,7)	1 268	(4,91)
Alzheimer y otras demencias	12158	0,8 (5,9)	3287	(11,61)	13938	1,0 (6,5)	3584	(13,08)	18989	1,4 (8,1)	4 208	(16,31)

También en Portugal, como en Europa y en el Mundo, el incremento proporcional de la población mayor sobre la población global está contribuyendo para el incremento de las enfermedades crónicas relacionadas con la edad, sobretodo algunas enfermedades neuropsiquiátricas (World Health Organization, 2003; World Health Organization, 2004a). Según las estimaciones de la OMS sobre el total de años de vida ajustados por la incapacidad causados por este tipo de enfermedades, en Portugal (322; 22,8% de las 1415 causas), un 13,4% del total (de los DALY neuropsiquiátricos) son motivados por Alzheimer y otras demencias (n=43), un 5,3% por perturbaciones bipolares (n=17) y un 5,0% por esquizofrenia (n=16) (World Health Organization, 2003).

Con respecto al género, parece aún importante referir que la expectación de pérdida de años de vida al nacimiento es de 8,8 años para las mujeres y de 6,9 años para los hombres portugueses, que en términos del porcentaje del total de la esperanza de vida perdida representa un 10,9% y 9,4%, para mujeres y hombres, respectivamente (World Health Organization, 2004b). Considerando las proyecciones del peso relativo de la enfermedad de Alzheimer y de otras demencias en el total de DALY provocados por las perturbaciones neuropsiquiátricas (Figura 5), podemos decir que los datos de la agencia de las Naciones Unidas que presentan a las mujeres[66] como el grupo que comporta la mayor carga (World Health Organization, 2008) (medida en años de vida con incapacidad) pueden también sugerir o estar de acuerdo con una mayor prevalencia de este tipo de enfermedades crónicas en las mujeres (volveremos a este asunto más adelante).

El envejecimiento y la patología crónica, como la demencia, la deficiencia o la enfermedad mental son, sin duda, variables que contribuyen seriamente para la discapacidad (física y mental). En ese sentido, la salud mental de los individuos mayores ha ganado más cuidado y proyección social. Junto a eso, se espera que con el aumento (absoluto y relativo) del número de esos individuos en la población, las necesidades de soporte médico y social al anciano (ya considerables en este momento presente) sean previsiblemente mayores, incluso en el futuro próximo.

Claramente, la demanda de la atención psicogeriátrica sugiere que los profesionales y las instituciones prestadoras de cuidados logren conocer las distintas necesidades de sus usuarios y las competencias reales de las personas mayores con distintas patologías mentales (cómo contestar de forma más eficaz a esta nueva realidad social y demográfica). En lo que respecta a la salud mental, una correcta atención (y

[66] Segundo la OMS, las condiciones neuropsiquiátricas son responsables por un 22% del total de años de vida ajustados por la discapacidad en las mujeres con menos de 60 años (y más de 15 años) y son, también, la principal causa en todos los países fuera de África (World Health Organization, 2008).

evaluación) del enfermo mayor puede significar la piedra angular del diagnóstico diferencial, pues como es sabido, el sufrimiento que causan las perturbaciones mentales no sólo a los propios enfermos como a sus familiares, impone un diagnóstico precoz, una terapéutica adecuada y una prevención bien planeada (Direcção-Geral da Saúde, 2005).

Sin embargo, los servicios prestadores de cuidados de salud siguen muy poco preparados para dar respuestas a estos problemas y los recursos institucionales, no presentan aún estructuras y formas eficaces de cooperación entre los distintos servicios, faltando principalmente profesionales debidamente habilitados. Además, un gran porcentaje de la población con enfermedades mentales, también por efectos de estigma y discriminación, jamás llega a recibir tratamiento. Es decir, aunque existan diferentes necesidades entre las distintas patologías mentales crónicas, por un lado, muchas personas (enfermos y familiares) siguen buscando cuidados no diferenciados y de forma indiscriminada, y, por otro, las propias instituciones y los servicios de atención al envejecimiento parecen no prestar una atención diferenciada a las distintas necesidades de sus usuarios. Motivos que contribuyen a generar abordajes segregacionistas y marcantes, tanto para los usuarios como para los técnicos, que encuentran, muchas veces, el desaliento en este tipo de instituciones (Sadavoy, 2006; Direcção-Geral da Saúde, 2005).

En la secuencia de un encuentro de la OMS en Antenas, en 2002, con los responsables de los servicios de salud mental (y observadores) de algunos países europeos, fue desarrollado un estudio para identificar: (i) el grado de inclusión de las actividades profesionales, de los servicios, de la investigación y de la educación relacionada con los cuidados psiquiátricos prestados a la población mayor y (ii) las actitudes sociales para con las personas mayores afectadas por enfermedades mentales y sus familias (Mendonça Lima, Levav, Jacobsson, & Rutz, 2003). Este estudio ha revelado que en 21 países de Europa[67] dos tercios contenían servicios especializados para mayores (en contraste con los servicios para niños y para adultos presentes en todos los países), con niveles de cobertura mejores que los mínimos en un 50 por 100 de los casos (Tabla 9) y 16 países que contenían formación en psiquiatría de la vejez, en la especialidad de psiquiatría, presentaban una media de un 10% del tiempo total de formación.

[67] Los países que participaron en la muestra fueron: Albania, Andorra, Bosnia Herzegovina, Bulgaria, Croacia, Chipre, Grecia, Israel, Macedonia, Malta, Portugal, Rumania, San Marino, Eslovenia, España, Turquía, ex Republica Checa y, aún, Alemania, Suecia, y Reino Unido (Inglaterra y Escocia).

Tabla 9 – Países de Europa de acuerdo con los servicios que cubren las necesidades de las personas mayores, niños y adultos (Mendonça Lima et al., 2003).

Cobertura	Mayores		Niños		Adultos	
	n = 14	%	n = 21	%	n = 21	%
Mínimos	2	14,3	7	33,3	2	9,5
Mejores que mínimos	7	50,0	10	47,6	11	52,4
Buenos	5	35,7	4	19,1	8	38,1

Como hemos comentado, la necesidad de diagnóstico adecuado y actualizado sigue siendo una de las dimensiones más importantes y más preocupantes, desde el punto de vista del impacto epidemiológico. Pues, conocer la dimensión de la perturbación mental significa conocer también sus manifestaciones epidemiológicas y los indicadores que permiten el planeamiento y el desarrollo de estrategias terapéuticas, económicas y sociales.

En un estudio realizado en Suecia, por Ólafsdóttir y su equipo (Ólafsdóttir et al., 2001), fueron identificadas algunas diferencias en el diagnóstico de las perturbaciones mentales, en las personas mayores, con respecto a registros médicos en los cuidados de salud primarios y a entrevistas de diagnóstico realizados en casa de las personas que frecuentaban estos centros de salud en la comunidad (Tabla 10). Las diferencias de diagnóstico indican que existe una situación de sub-diagnóstico en la comunidad y que por lo tanto se debe hacer un esfuerzo para incrementar la tasa de reconocimiento.

Tabla 10 - Perturbaciones mentales entre las personas mayores en los Cuidados de Salud Primarios (Suecia) (Ólafsdóttir et al., 2001)

	Registros Médicos					
	Sin perturb. mental	Con alguna perturb. Mental	Demencia	Depresión	Ansiedad	Perturb. del sueño
Entrevistas de Diagnóstico	n=259 n (%)	n=91 n (%)	n=14 n (%)	n=22 n (%)	n=40 n (%)	n=55 n (%)
Sin perturbación mental (n=233)	199 (85)	34 (15)	0	8 (3)	14 (6)	21 (9)
Con alguna perturb. mental (n=117)	60 (51)	57 (49)	14 (12)	14 (12)	26 (22)	34 (30)
Demencia (n=57)	23 (40)	34 (60)	14 (25)	6 (11)	13 (23)	18 (32)
Depresión (n=42)	27 (64)	15 (36)	0	5 (12)	6 (14)	10 (24)
Ansiedad (n=37)	19 (51)	18 (49)	0	5 (14)	11 (30)	14 (38)

También, en estos contextos de internamiento, las personas más viejas ingresadas son frecuentemente portadoras de problemas de salud física y mental graves, encontrándose en una situación de fragilidad y de gran vulnerabilidad en lo que respecta a su entorno. Mientras se reconozca que los datos referentes a la población mayor con patología puedan depender, entre otros, de los factores que afectan a la calidad de vida y de los factores que determinan la disponibilidad de recursos de tratamiento y rehabilitación, bien como de las condiciones de admisión y del número de residencias con prestación de cuidados continuados disponibles, los trabajos de investigación siguen revelado la existencia de una elevada prevalencia de disturbios mentales en residencias e instituciones de salud para mayores (Baltes, 1987; Guk-Hee, 2006; Streim, Oslim, Katz, & Parmelee, 1997; Smyer, Shea, & Streit, 1994; Bartels, Moak, & Dums, 2002). Ciertos estudios realizados en los Estados Unidos, por ejemplo, han señalado que la prevalencia de perturbaciones psiquiátricas en instituciones de salud para mayores, se sitúa entre el 80% y el 91%. Estos trabajos han demostrado aún que los usuarios con demencia representan más del 80% de los residentes y que entre ellos un 25% a un 50% presentan síntomas sicóticos y un 30% a un 50% síntomas depresivos. Esta evaluación permitió también identificar entre un 6% y un 25% de residentes con diagnóstico de depresión mayor y un 10% con diagnóstico de esquizofrenia (Streim et al., 1997). Según la Asociación Internacional de Psicogeriatría (Guk-Hee, 2006), algunos de los estudios realizados en Europa también revelan tasas de prevalencia psiquiátrica elevadas, similares a los entornos institucionales americanos.

Sin embargo, en similitud con la realidad comunitaria, la mayoría de los residentes (de instituciones para mayores no psiquiátricas) que necesitan de cuidados de salud mental no llegan a recibirlos y cuando se encuentran disponibles son prestados por un psiquiatra que trabaja individualmente, sin providenciar cuidados subsecuentes, excepto en situaciones en que es llamado para rever el caso[68]. De acuerdo con Bartels y colaboradores, “los administradores de las instituciones de salud para mayores (en los EUA) estiman que 2/5 de los usuarios necesitan de cuidados psiquiátricos, que la mitad de estas instituciones no contienen psiquiatras para consultar y que 3/4 no consiguen obtener consultas o servicios en el ámbito de las intervenciones conductuales” (Bartels et al., 2002).

[68] Muchos autores consideran que el papel de los psiquiatras debe exceder la referenciación y la prescripción, y que la psiquiatría de enlace (con otros técnicos), realizada en reuniones o acciones de formación, puede contribuir para la elección de las mejores opciones de gestión, respetando el incentivo al trabajo multidisciplinar en salud mental (Direcção-Geral da Saúde, 2003).

En suma, podemos decir que la doble carga de discapacidad sugiere de forma clara la importancia de la necesidad de respuesta para estos problemas, bien profundizando en el conocimiento científico sobre la enfermedad mental en la vejez y bien sobre el movimiento de búsqueda de los servicios de psiquiatría por parte de la población mayor.

3.2. Movimiento histórico-social de la asistencia psicogeriátrica

En términos globales, las distintas actitudes y el acceso a la atención psicogeriátrica a corto, a medio o a largo plazo aún contribuyen para un escenario muy diversificado. Algunas culturas vienen utilizando recursos considerables del sistema de sanidad y seguridad social, en la provisión de alojamiento y de servicios continuados para personas mayores incapacitadas[69]. Otras, por ejemplo, son reconocidas por los cuidados informales prestados a estas personas en su entorno familiar.

Las diferencias encontradas a nivel del envejecimiento poblacional, de la cultura, de la organización de los servicios sociales y de salud, del financiamiento, del personal especializado, de la estructura y de la dimensión de las residencias para mayores, etc., deben tenerse en consideración cuando se define cómo y dónde prestar la atención en el ámbito de los cuidados a corto, medio y largo plazo. Reconocer estas diferencias puede también ayudar a comprender que el papel de los servicios de salud en una determinada región en un determinado momento puede no ser aplicable en uno u otro lugar o en otra circunstancia.

En los países donde el estigma de la enfermedad mental es aún muy fuerte (Tabla 11), no son los problemas psicológicos la razón primaria para la persona, o sus familias, para buscar ayuda psiquiátrica. Muchas veces la identificación de estos problemas se hace de una forma no sistémica (p.ej. fuera del sistema de salud mental) (Mendonça Lima et al., 2003).

[69] Las líneas de orientación propuestas por la Organización Mundial de la Salud incentivan a los países desarrollados a concentrar sus opciones estratégicas en acciones dentro de la comunidad (World Health Organization, 2001c).

Tabla 11 – Países de acuerdo con la extensión del estigma en relación a la persona mayor con perturbación mental y sus familias (Mendonça Lima et al., 2003)

Extensión del estigma	Enfermedad Alzheimer (n = 20)		Psicosis (n = 20)		Depresión (n = 20)	
	Mayores	Familias	Mayores	Familias	Mayores	Familias
Ninguna	38,1	65,0	-	20,0	25,0	55,0
Alguna	61,9	35,0	65,0	65,0	75,0	35,0
Significativa	-	-	35,0	15,0	-	10,0

Realmente, en el presente, mientras algunos países contienen servicios psicogeriátricos, comunitarios e institucionales bien organizados, con gerontopsiquiatras, enfermeros especialistas en gerontopsiquiatría, geriatras, gerontólogos, psicogerontólogos y equipos multidisciplinares de salud mental, otros países contemplan especialistas en neurología, pero pocos especialistas en salud mental de las personas mayores (o, en algunos casos, ningunos), como psiquiatras, internistas, enfermeros, técnicos de servicio social, psicólogos o terapeutas ocupacionales. Sin embargo, parece importante resaltar que existen, también, muchos factores que contribuyen para definir la diversidad en la práctica clínica, bien como la diversidad de acceso y de actitudes, principalmente: los aspectos económicos, las interpretaciones de las evidencias científicas, las actitudes delante el envejecimiento, la aceptación de distintas intervenciones como la institucionalización de las personas mayores, y los factores sistémicos como la accesibilidad a los sistemas de salud (Sadavoy, 2006). En otras palabras, podemos decir que independientemente de la disponibilidad de recursos, existen cuestiones relacionadas con la percepción de la utilidad y con la evidencia basada en la práctica clínica, que tal como la actitud para con los ancianos[70], condicionan la atención y el acceso a la misma.

Algunos autores parecen procurar una justificación, para la realidad de la atención prestada a las personas mayores con problemas mentales, en el proceso histórico del desarrollo de la asistencia psiquiátrica. Dias Cordeiro (Dias Cordeiro, 2005), por ejemplo, considera que han ocurrido tres grandes revoluciones que han marcado la evolución histórica de la psiquiatría:

[70] Las actitudes con las personas mayores cambia consonante los grupos culturales. Algunas de ellas son caracterizadas por una actitud de veneración y otras por una actitud de desvalorización sutil o mismo de exclusión. En la cultura occidental, por ejemplo, la distinta valoración de los jóvenes y productivos hace con que los ancianos se debatan con una necesidad de respuesta de adaptación a la marginalización y a la desvalorización (Sadavoy, 2006).

- A finales del siglo XVIII, en Francia, la separación del enfermo mental de los prisioneros de delito común, que atribuye al enfermo el derecho de ser tratado a la vez de ser punido;
- La introducción de los psicofármacos, en 1950;
- El pasaje de la psiquiatría tradicionalmente curativa a la psiquiatría preventiva (como en toda la medicina), en 1960;

Con respecto a los dos últimos, efectivamente, podemos decir que en la segunda mitad del siglo XX, con el tránsito acelerado de una sociedad agraria y tradicional a otra más moderna, urbana e industrializada, se ha asistido a algunos cambios en la demanda social de atención psiquiátrica[71]. En el caso particular de la asistencia psicogeriátrica (o gerontopsiquiátrica), aunque los cambios promovidos en los cuidados institucionales[72] permitan, en el presente, realizar este tipo de asistencia a diferentes niveles (residencial, centros de día o a tiempo parcial), ha sido sobretodo a nivel de la hospitalización completa que se han dado los cambios más significativos; mientras se daba una abertura a la vida comunitaria, se alargaban las competencias y su reclutamiento.

De hecho, durante muchos años la población mayor acogida en los hospitales psiquiátricos era constituida sobretodo por enfermos sicóticos o dementes seniles que se reunían en locales propios, designados por "pabellones de los crónicos". En estos "pabellones" de larga estancia, en que el único proyecto de vida alternativo era conseguir una plaza en instituciones residenciales alejadas de la ciudad, se mantuvo por mucho tiempo la segregación de los enfermos afectados por la doble infamia de la edad y de la enfermedad mental. Estos casos de concomitancia enfermedad/vejez (que en el pasado lo que se discutía más a menudo era la pertinencia de juntar las personas con demencia y los sicóticos) pretenden ser hoy objeto de intervenciones planeadas, con proyectos de atención, definidas en la elección del local, duración y contenido.

Actualmente, la alternativa de los hospitales de día, por ejemplo, propone tratamientos adecuados a cada patología que no tiene que ver con la hospitalización total o para la cual sería incluso contraindicada. Es decir, el camino recorrido, desde la "típica" institución psiquiátrica (que resistió fuertemente hasta la primera mitad del siglo XX), es un camino de interiorización de una función de contención que necesita cada vez menos de los medios físicos. Sin embargo, cambiar de la idea de alojamiento para un local de tratamiento activo, como cualquiera unidad hospitalaria, con base en métodos de

[71] En España, en 1963 las órdenes hospitalarias disponían de 8.856 camas psiquiátricas, lo que representaba 47,4% del total existente en el país. Algunos manicomios llegaban a albergar 2.000 pacientes (Chávez, 2007).

[72] Segundo Charazac (Charazac, 2004) se entiende por cuidados institucionales "la prestación de cuidados por un colectivo cuyo misión y el cuadro del ejercicio de su actividad son reconocidos por el cuerpo social y reglamentado por la salud pública".

diagnóstico y protocolos terapéuticos específicos, aunque comunes a la psiquiatría general, sigue siendo aún, un grande desafío para la psicogeriatría. En el presente, las unidades de psicogeriatría se localizan más usualmente en centros hospitalarios especializados, que no siendo ya instituciones de tipo asilar no dejan de ser herederas del antiguo y de su doble función de acogimiento y contención (Charazac, 2004). Es decir, las actuales unidades de psicogeriatría de larga estancia son aún vistas por muchos como el renacer de los antiguos "pabellones de crónicos", que se destinan exclusivamente a recibir personas con demencia. Además, algunas de estas estructuras que acogen los enfermos incómodos son también criticadas por tratarse de unidades desprovistas de información/formación y de habilidades necesarias, y por apelar puntualmente al sector psiquiátrico para suprimir los síntomas más indeseados.

3.3. Actividad asistencial en Portugal

Como hemos comentado, los estudios epidemiológicos más recientes han demostrado que las perturbaciones psiquiátricas y los problemas de salud mental se han tornado en la principal causa de discapacidad y en una de las principales causas de morbilidad, en las sociedades actuales. En Portugal, los datos existentes, aunque escasos, sugieren que la prevalencia de los problemas de salud mental no se aparten mucho de las prevalencias registradas en otros países europeos con características semejantes, mientras los grupos más vulnerables, como las mujeres, los pobres y los mayores, parezcan presentar un riesgo más elevado que en la media de los países europeos (Tabla 12). Según el estudio del Eurobarometer[73] sobre la asociación entre la morbilidad psiquiátrica general y los determinantes de salud, en 2003, Portugal presentaba una prevalencia de casos positivos (29,8%) superior a la media europea (23,4%) y una asociación estadísticamente significativa para los referidos determinantes de salud: sexo femenino, vejez, viudez, jubilación y bajo soporte social (Comissão Para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

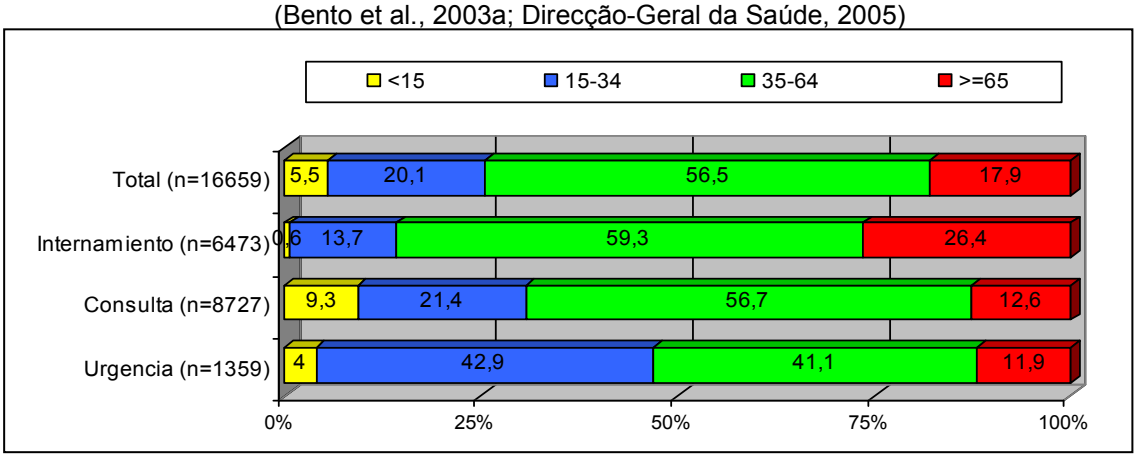
[73] El estudio del Eurobarometer comprende la aplicación del 5-item Mental Health Index (MHI-5) una población de 16.000 individuos residentes en 15 países europeos, en 2003. Aunque la muestra no presente representatividad nacional, se considera que permitió aclarar algunas ideas sobre la población Portuguesa, en comparación con la Europea (Comissão Para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

Tabla 12 - Ocurrencia de casos positivos de acuerdo con el Mental Health Index (%) (Comissão Para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

	Mujeres	> 65 anos	Viudez	Jubilación	Bajo suporte social
Portugal	40,7	49,7	56,1	50,7	44,7
Europa	27,6	27,2	36,0	29,2	40,8

Con respecto a la población mayor y de acuerdo con el 3º Censo Psiquiátrico[74] (realizado en Portugal), ha sido posible constatar que, durante el periodo de escrutinio, un 17,9% del total de la población que recurrió a los cuidados psiquiátricos (n=16559) presentaba una edad superior a 65 años (Figura 7) (Bento, Carreira, & Heitor, 2003a; Direcção-Geral da Saúde, 2005).

Figura 7 - Distribución de la búsqueda de cuidados psiquiátricos en función de la edad (Bento et al., 2003a; Direcção-Geral da Saúde, 2005)

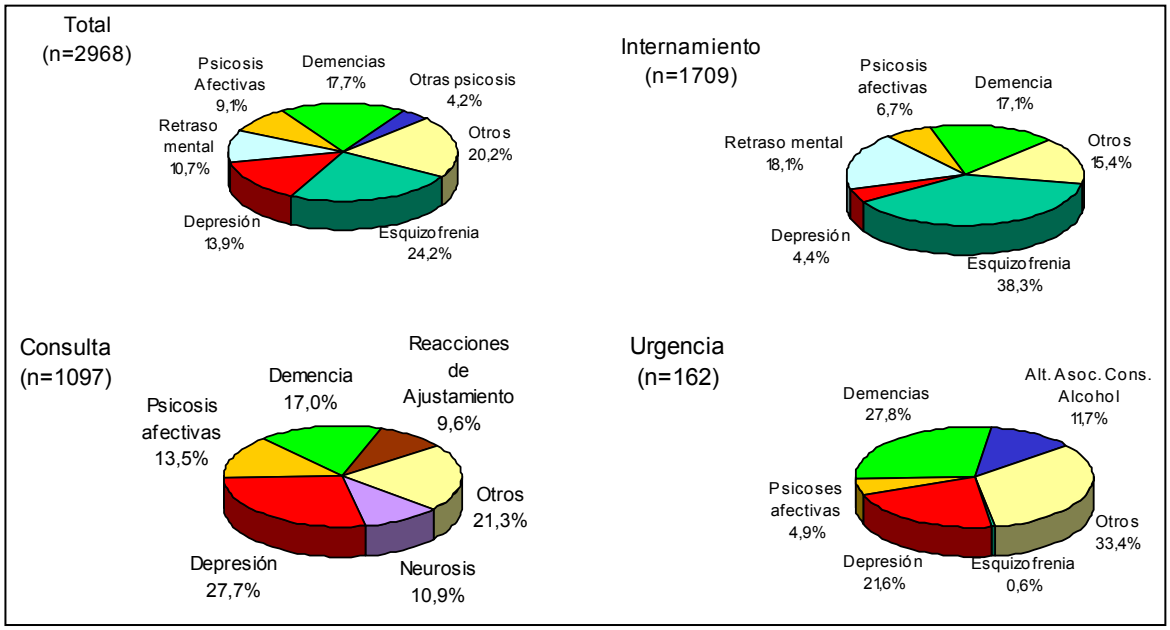


Este estudio reveló también que en lo que respecta a las distintas modalidades de atención, las personas mayores constituyen el segundo grupo más relevante en los servicios de internamiento (n=1709; 26,4%), con una relación de porcentaje (en comparación con los distintos grupos de edad) significativamente superior a la obtenida en los servicios de consulta (n=1097; 12,6%) y de urgencia (n=162; 11,9%). En el conjunto de las modalidades, y en el internamiento en particular, la esquizofrenia ha sido el principal motivo de búsqueda de cuidados psiquiátricos prestados a la población mayor (Total: n=718; 24,2%; Internamiento: n=654; 38,3%). Por su lado, las demencias (n=624), diagnosticadas de forma muy superior a este grupo de edad que a los demás grupos de edad (n=525; 84,1%), presentase también como uno de los dos grupos nosológicos más

[74] 3º Censo Psiquiátrico, promovido por la Dirección de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental de la Dirección-General de la Salud – Ministerio de la Salud (Portugal), entre 12 a 18 de Noviembre de 2001 en instituciones de salud del Continente y de las Regiones Autonómicas.

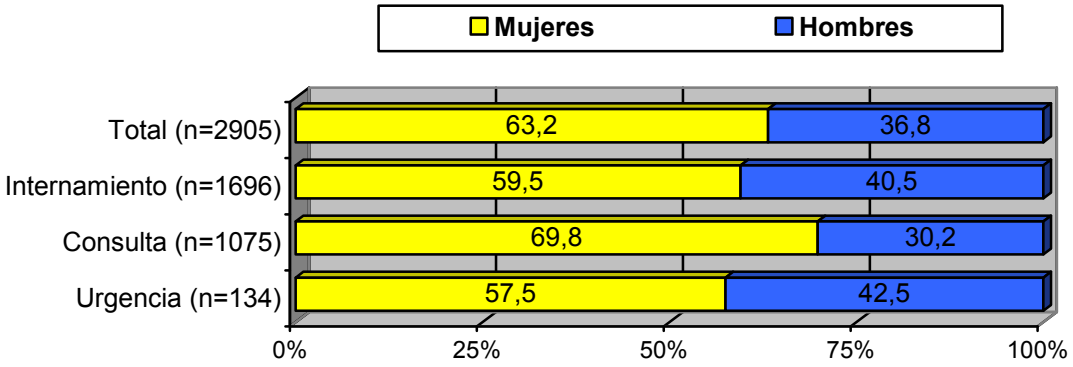
relevantes en las diferentes modalidades de atención, representando para la población mayor: el principal grupo de diagnóstico en la urgencia (n=45; 27,8%), el segundo más relevante en la consulta (n=187; 17,0%) y el tercero en el internamiento (n=293; 17,1%). Después de la esquizofrenia (n=718; 24,2%) y de la demencia (n=525; 17,7%), los grupos de diagnóstico más relevantes en la atención psiquiátrica a las personas mayores fueron la depresión (n=414; 13,9%) y el retraso mental (n=318; 10,7%), siendo la primera el principal motivo de búsqueda en la consulta (n=304; 27,7%) y el retraso mental el segundo motivo de internamiento psiquiátrico (n=309; 18,1%) (Figura 8) (Direcção-Geral da Saúde, 2005).

Figura 8 - Distribución de los motivos de búsqueda de cuidados psiquiátricos, por individuos con más de 65 años (Direcção-Geral da Saúde, 2005).



Aún con respecto al Censo Psiquiátrico Portugués, podemos constatar que en todas las modalidades de atención psiquiátrica, durante el periodo del escrutinio, las mujeres con más de 65 años han estado más presentes que los hombres. El análisis de la dimensión de género permite, también, constatar que mientras la proporción relativa de mujeres sea más grande en las consultas (69,8%) que en las demás modalidades (Internamiento: 59,5% y Urgencia: 57,5%) es en el internamiento que se registra el mayor número absoluto de mujeres (n=1009) (Figura 9).

Figura 9 - Distribución de los individuos con más de 65 años por las distintas modalidades de atención psiquiátrica, de acuerdo con el sexo (Direcção-Geral da Saúde, 2005).



3.4. La asistencia en la modalidad de internamiento

Hemos visto que los departamentos o los ínter-sectores gerontopsiquiátricos son algo recientes y que naturalmente tienen sus propios desafíos. Registrarlos e incentivar los "actores de cambio" a un abordaje consciente y adecuado, pasa por reconocer que algunos de los "nuevos desafíos" aún tienen mucho que ver con la necesidad del internamiento hospitalario o residencial (y que en gran medida envuelve la lucha por los derechos de las personas mayores y de sus familias).

En términos residenciales, en el presente, la asistencia geriátrica consiste usualmente en atención de cuidados paliativos y en atención geriátrica de media y larga estancia. Básicamente podemos clasificar los servicios/unidades de institucionalización en:

- Larga estancia - unidades que tienen como objetivo dar atención continuada a personas con enfermedades crónicas y diferentes niveles de dependencia y de complejidad clínica (así como en las unidades de psicogeriatría, también aquí predomina como diagnóstico principal la demencia);
- Media estancia o convalecencia – unidades que tienen como objetivo terapéutico la rehabilitación;
- Cuidados paliativos - unidades que ingresan personas con enfermedad en situación avanzada o Terminal (generalmente neoplasias), con el objetivo de favorecer el confort y la calidad de vida;
- y Psicogeriatría - unidades donde van a ingresar pacientes con demencia moderadamente grave y con trastornos del comportamiento que dificultan su permanencia en el domicilio.

Para ayudar a aclarar la diferenciación, podemos decir que en las unidades de psicogeriatría y en las de larga estancia van a ingresar personas con pluripatología, con una enfermedad en situación avanzada e irreversible pero sin presentar ninguna enfermedad cancerosa[75]. Un ejemplo de oferta integral ("*comprehensive supply*"), a este nivel, sería un hospital sociosanitario poder disponer de todos los servicios de hospitalización de media y larga estancia, de atención ambulatoria, equipos consultores y equipos de atención domiciliaria, y se encontrar relacionado con un hospital de agudos de la misma área geográfica.

En verdad, el internamiento psiquiátrico para las personas con más de 65 años representa una realidad con características específicas y claramente muy importantes para las políticas de salud, sobre todo si consideramos desafíos impuestos por las presentes alteraciones demográficas, que no presentan un acelerado incremento del número de ancianos y, más aún, del número de mujeres mayores ("feminización del envejecimiento").

En esta nueva, específica y compleja realidad, es de esperar que muchas veces los enfermos de larga estancia vengan a ser cada vez más poblaciones distintas y con particularidades propias. Así, hay que reconocer las distintas necesidadespara, consecuentemente, prestar una debida y adaptada asistencia a los distintos grupos, sin olvidar a los viejos crónicos[76], una vez que esta población se encuentra asociada a las consecuencias nefastas de la institucionalización.

Con respecto a consecuencias del tiempo de internamiento, parece importante referir que entre los efectos iatrogénicos[77] se encuentra la elevada prevalencia del deterioro funcional. Pues durante la hospitalización, el paciente mayor pasa frecuentemente por una reducción de la movilidad y de los niveles de actividad. Es decir, el deterioro funcional, que incluye los cambios en el estado físico y en la movilidad, ha sido identificado como la principal complicación en la institucionalización de enfermos mayores (con un mayor impacto, sobretodo, en los que están más tiempo acostados) (Kleinpell, Fletcher, & Jennings, 2008). Además, y aún con respecto a los efectos iatrogénicos provocados por el internamiento, parece importante referir que la evidencia sugiere que durante los primeros seis meses de estancia existe un aumento de la mortalidad, que permanece tras corregir por factores de confusión, una elevada

[75] Estos pacientes constituyen un auténtico reto para el médico geriatra al encontrarse con diferentes dilemas éticos al aplicar el modelo de cuidados paliativos.

[76] Una forma de los categorizar la población ingresada, es a través de la diferenciación entre los viejos crónicos (enfermos con hospitalización superior a cinco años) y nuevos crónicos (enfermos con hospitalización igual o inferior a cinco años).

[77] Los efectos iatrogénicos corresponden a los daños originados por los agentes o sistemas sanitarios.

prevalencia de trastornos depresivos o un elevado porcentaje de uso de fármacos no indicados (Mañas, 2000).

En este sentido, creemos que la elección de la ubicación del paciente, especialmente cuando se pondera el asiento permanente o a largo plazo, deberá contemplar, entre otros, el tiempo de exposición iatrogénica, la calidad de cuidados que impiden el deterioro funcional y las características de la patología mental. Además, si muchos de los residentes mayores, en adición con la dependencia funcional, son también portadores de demencia, entonces, el análisis del tiempo de internamiento (utilizado o necesario) debe implicar una relación con los distintos niveles de las capacidades cognitivas y funcionales, de acuerdo con el diagnóstico psicopatológico. Es decir, delante de los posibles/distintos recursos utilizados y de los costes de los cuidados institucionales, queda evidente la necesidad de una cuantificación del tiempo utilizado (en el internamiento) versus, por ejemplo, la evaluación de la capacidad funcional, del diagnóstico médico y de la función cognitiva.

Con respecto a lo que hemos acabado de trasmitir, señalamos un estudio de análisis del tiempo de internamiento y de costes en estancias de largo plazo que permitió identificar la existencia de una correlación entre el tiempo de cuidados institucionales y la dependencia funcional, en las AVD (Nordberg et al., 2007). En este caso el tiempo de prestación de cuidados ha sido mayor entre las personas dementes que en las no dementes. Sin embargo, el tiempo de cuidados adecuados a las AIVD se ha mantenido constante independientemente de los diferentes niveles de capacidad cognitiva y funcional. Para los autores, los costes de los cuidados institucionales resultan incrementados para las personas con dependencia funcional (en comparación con personas sin dependencia funcional) y para las personas con demencia (en comparación con las no dementes). Con todo, el estudio ha revelado también que la condición médica, en términos de comorbilidad o multimorbilidad, la severidad de la demencia y la edad siguen patrones más irregulares con respecto al tiempo de prestación de cuidados.

3.4.1. El internamiento psicogeriátrico en Portugal

En la muestra del Censo psiquiátrico portugués, en el grupo de personas con más de 65 años, como hemos comentado, en todas las modalidades de atención existen más mujeres que hombres y, además, la frecuencia relativa de personas mayores (comparativamente a otros grupos de edad) es más grande en los servicios de internamiento psiquiátrico (n=1709; 26,4%) que en los servicios de ambulatorio (n=1097; 12,6%) y urgencia (n=162; 11,9%) (Direcção-Geral da Saúde, 2005). Estos datos pueden, pues, significar, por un lado, el reflejo directo de dicha feminización del envejecimiento y, por otro, de eventuales dificultades de acceso a los servicios en ambulatorio, por parte de

las personas mayores, con posibles consecuencias a nivel de prevalencia de este grupo de edad en el internamiento. Además, creemos que los resultados del Censo portugués sugieren que el tipo de patología se encuentra también relacionado con el tipo de procura de cuidados de salud. Sin embargo, en el caso específico de la demencia, que se encuentra, en este escrutinio, siempre entre los tres principales motivos de procura de cuidados psiquiátricos, parece existir una menor relación de contingencia entre la modalidad de atención y la patología.

Así como en el ejemplo de la demencia (muy presente en todos los servicios) apunta para la necesidad de recursos técnicos y humanos continuados y especializados, adaptados a esta población (en los distintos niveles de atención), todas las demás dimensiones relacionadas con el envejecimiento, con la enfermedad mental y con la deficiencia mental, deben verse esclarecidas por datos que corroboren la práctica e incrementen el conocimiento, más detallado, de la relación entre estas y otras variables clínicas y demográficas, a fin de poderse lograr una adecuada atención a las distintas necesidades. En el estudio que presentamos aquí, aunque en el total de la procura de este tipo de cuidados se haya observado un claro predominio da población adulta con menos de 65 años, los datos han sugerido también, una correlación negativa entre la edad (después de los 15 años) y la afluencia a los servicios de salud mental (sobre todo públicos), lo que puede condicionar (negativamente) la identificación de las necesidades reales de la población mayor con problemas de salud mental y, también, la prestación de una atención adecuada.

Con respecto a los servicios de salud mental, en Portugal, tal como en algunos otros países del sur de Europa, además de las entidades públicas y privadas, las instituciones religiosas (u órdenes religiosas) han venido a representar un importante papel asistencial en el área de la salud mental. En el caso del internamiento psiquiátrico para personas con más de 65 años, este último Censo Psiquiátrico confirma la importancia de estas instituciones religiosas en el acogimiento de personas mayores con patología mental. De hecho, en todos los grupos de edad evaluados (65-74; 75-84; 85 y más años) ha sido identificado, siempre, un mayor número de personas mayores ingresadas en las ordenes religiosas que en los dos otros tipos de instituciones juntas (públicas y privadas) (Tabla 13).

Tabla 13– Distribución de las personas con más de 65 años, en el internamiento, por grupo de edad y por tipo de institución (Bento et al., 2003a).

Tipo de Institución	Edad							
	65-74		75-84		85E+		Total	
	n (%)	%	n (%)	%	n (%)	%	n (%)	%
Religiosa	645 (63,0)	55,0	348 (65,3)	29,7	180 (85,3)	15,3	1173 (66,3)	100,0
Pública	367 (35,8)	64,8	175 (32,8)	30,9	24 (11,4)	4,2	566 (32,0)	100,0
Privada	12 (1,2)	41,4	10 (1,9)	34,5	7 (3,3)	24,1	29 (1,6)	100,0
Total	1024 (100,0)	57,9	533 (100,0)	30,1	211 (100,0)	11,9	1768 (100,0)	100,0

3.5. La atención farmacológica

En los países desarrollados, aunque las personas de edad avanzada representan aproximadamente un 18% de la población general, éstos son responsables de casi un 40% de las prescripciones de medicamentos. En este grupo de edad una tercera parte no tiene la costumbre de tomar cualquier medicamento, 1/3 hace el uso de uno o dos medicamentos y 1/3 usan tres o más medicamentos, un 10% de estos últimos usan cinco o más. Según Almeida y colaboradores, del 24% de los medicamentos prescritos a las personas mayores, corresponden con trastornos psiquiátricos y los diagnósticos de demencia y de esquizofrenia, un 20.6% y un 5.4% de las prescripciones, respectivamente (Almeida, O.P. et al., 1999 citado por Ballone, 2002).

En los pacientes mayores, el delirio que frecuentemente resulta de complicaciones hospitalarias o de cuidados inadecuados, se debe a una serie de factores, donde se incluyen las alteraciones en la cognición inducida por los medicamentos (Gray, 1999, citado por Ballone, 2002). Teóricamente, casi todos los medicamentos pueden causar alteraciones cognitivas en los individuos más débiles (incluyendo a las personas de edad avanzada), sin embargo, algunas substancias, como las benzodiazepinas, opióides, anticolinérgicos y los antidepresivos tricíclicos, parecen estar más directamente implicados. Incluso los medicamentos con bajo riesgo de alteraciones cognitivas en los jóvenes y adultos, tienen ese riesgo aumentado en las personas mayores, más débiles (por ejemplo con alteraciones en la fisiología) y estos hacen un uso normalmente continuo de esos medicamentos. Para Nolan y O'Malley, las reacciones medicamentosas iatrogénicas (por ejemplo, reacciones paradojas) ocurren tres veces más en las personas

mayores que en los individuos más jóvenes (Nolan, L & O'Malley, K., 1988, citado por Ballone, 2002).

3.5.1. Cambios en la relación fármaco-terapéutica

El declino de las funciones fisiológicas, como parte del proceso normal de envejecimiento, puede conducir a alteraciones en la distribución de los medicamentos en el organismo y también en la sensibilidad del organismo a los efectos de los mismos.

Las enfermedades crónicas, la concomitancia de las patológicas, la hospitalización y también la institucionalización a largo plazo contribuyen al aumento de la utilización de medicamentos y, a su vez, a más reacciones adversas en los mayores que en la población más joven. Adicionalmente, nutrición inadecuada, recursos financieros escasos y/o deficiente adhesión a la terapéutica pueden también contribuir a una alteración de la respuesta terapéutica (Tabla 14).

Tabla 14 – Factores que contribuyen para la alteración de los efectos de los medicamentos

Cambios en la farmacocinética y en la distribución de las medicamentos
Disminución de la masa muscular
Aumento del porcentaje de grasa corporal
Disminución del flujo sanguíneo y de la masa hepática
Disminución de la función renal
Alteración de respuesta a los medicamentos
Alteración de las propiedades de los receptores y/o post-receptores
Sensibilidad deficiente de los mecanismos homeostáticos
Enfermedades frecuentes: glaucoma, diabetes, artritis, hipertensión, enfermedad arterial coronaria, cáncer
Factores sociales y económicos
Nutrición inadecuada
Poli medicación
No adhesión a la terapia

En general, en la persona de edad avanzada, puede esperarse una respuesta aumentada a los medicamentos. Sin embargo, también puede ocurrir disminución de la respuesta a algunos medicamentos (Tabla 15).

Los factores que afectan la sensibilidad o intensidad de las respuestas en los órganos-objetivo incluyen:

1) Alteraciones relacionadas con la edad de los mecanismos moleculares en los receptores y pos-receptores;
2) Alteraciones relacionadas con la edad en el control homeostático;
3) Alteraciones inducidas por la enfermedad;
4) Interacciones medicamentosas y medicamento-alimento.

Tabla 15 - Alteración de las respuestas a los medicamentos en el paciente mayor

Medicamentos	Alteración de respuesta
Barbitúratos	Aumentada
Benzodiazepinas	Aumentada
Morfina	Aumentada
Pentazocina	Aumentada
Antocoagulantes	Aumentada
Isoprotenerol	Disminuída
Tolbutamida	Disminuída

3.5.2. Ejemplos de alteraciones de respuesta terapéutica en el paciente mayor

Toxicidad anticolinérgica

La toxicidad anticolinérgica ilustra algunos de los problemas inherentes a la terapéutica medicamentosa en el paciente mayor. Algunas de los medicamentos con actividad tipo-atropina son planteados en la tabla siguiente (Tabla 16).

Tabla 16 - Medicamentos con propiedades anticolinérgicas

Antipsicóticos: tioridazina
Antidepressivos: amitriptilina, doxepoina
Antidisritmícos: disopiramida, quinidina
Anti-parkinsonianos: benztropina, trihexifenidilo
Anti-espasmódicos: alcalóides de beladona, atropina, propantelina, clidinium
Anti-histamínicos: difenidramina, clorfeniramina
Preparaciones oftálmicas: tropicamida, ciclopentolato
Hipnóticos, preparaciones para la constipación

Para algunos de estos medicamentos, la respuesta anticolinérgica es el efecto farmacológico deseado, sin embargo, para otras, este puede ser un efecto secundario no deseado. Es muy común en el enfermo de edad avanzada la administración concomitante de varios de estos medicamentos atropina-*like*, lo que puede originar un síndrome anticolinérgico (Tabla 17), debido a su toxicidad provocada por el efecto aditivo de estos medicamentos.

Tabla 17 - Señales y síntomas del síndrome anticolinérgico

Sistémicos	Neuropsiquiátricos
Taquicardia Calor, rubor, piel seca Secreciones disminuidas Disminución de la movilidad intestinal Retención urinaria Midriasis, pérdida de acomodación ocular Hiperpirexia Problemas de la conducción cardiaca	Ansiedad Agitación Confusión Delirio Olvido exacerbado Alucinaciones Convulsiones

Algunos de los enfermos mayores son más susceptibles que otros a la toxicidad antocolinérgica, debido a una enervación autonómica deficiente del intestino o de la vejiga, glaucoma, hipertrofia benigna de la próstata o debido a la capacidad cognitiva disminuida. Algunos enfermos son especialmente susceptibles a las alteraciones cognitivas causadas por los medicamentos anticolinérgicos. Por eso, en la persona mayor, es necesario intensificar el cuidado para evitar efectos antimuscarínicos excesivos y también prestar atención a posibles efectos tóxicos.

Depresión causada por las benzodiazepinas

Las benzodiazepinas pueden causar mayor depresión del sistema nervioso central en las personas de edad avanzada que en enfermos más jóvenes, debido a la alteración de la farmacocinética y al aumento de la sensibilidad de los tejidos.

Las benzodiazepinas que sufren metabolismo hepático, como, por ejemplo, el diazepam, presentan disminución de la depuración hepática, semi-vida plasmática más larga y volumen de distribución aumentado. Esto es debido al aumento relativo de la grasa corporal y a una ligera disminución de la albumina plasmática con el envejecimiento.

Oxazepam, lorazepam y temazepam, que son metabolizados por conjugación con sales biliares, exhiben poca alteración del metabolismo y de la depuración con el envejecimiento. Sin embargo, estas benzodiazepinas están asociadas a un aumento de la sensibilidad en la respuesta.

En el paciente mayor, deben ser administradas dosis más bajas de benzodiazepinas y evitadas, si es posible, las de semi-vida más larga.

3.5.3. Otras reacciones adversas psiquiátricas no dependientes de la edad

Además de las alteraciones de respuesta/sensibilidad que pueden ocurrir en el envejecimiento, deben también ser tenidas en consideración las reacciones adversas

psiquiátricas, que pueden ocurrir también en individuos con alteraciones de farmacocinética/ farmacodinámica.

Dichas reacciones adversas psiquiátricas pueden contribuir substancialmente para la morbilidad psiquiátrica. Las dificultades en establecer la relación causa-efecto, entre medicamentos y reacciones adversas, son aún más significativas en el caso de las reacciones psiquiátricas: su inicio puede ser retardado y, por otro lado, pueden persistir varias semanas o incluso meses después de la suspensión del medicamento.

Una variable importante en las reacciones adversas psiquiátricas es la predisposición personal. El riesgo está aumentado en individuos con:

- alteración preexistente de la función cerebral (como en el caso de la persona de edad avanzada);
- lesión cerebral;
- patología psiquiátrica pasada o presente;
- historia de abuso de alcohol o drogas.

Sin embargo, los individuos sin historia neuropsiquiátrica también pueden ser afectados.

Factores de predisposición

Aunque el historial familiar de la enfermedad afectiva (depresión o manía) presente una predisposición para la precipitación por medicamentos de las mismas condiciones (Whitlock & Evans, 1978), esta relación es menos clara para las psicosis paranoides o esquizofrénicas (Davison, 1983). Otros factores de predisposición, descritos en otros estudios, incluyen edad muy joven (Prescott, 1979), enfermedad física concomitante, y ambientes de estrés, como las unidades de tratamiento intensivo (Tomlin, 1977).

Tipos de reacciones adversas psiquiátricas

La gran mayoría de las reacciones adversas psiquiátricas debidas a los medicamentos son dosis-dependientes o reconocidamente relacionadas con las propiedades farmacológicas conocidas por los medicamentos en cuestión. Asimismo, cuando una reacción ocurre a niveles plasmáticos terapéuticos del medicamento existe, muchas veces, una interacción del efecto del medicamento con la predisposición individual (Tabla 18).

Tabla 18 - Ejemplos de medicamentos asociados a reacciones adversas psiquiátricas: Lista modificada de McConnell e Duffy, 1994 (McConnell & Duffy, 1994)

Medicamento	Efectos psiquiátricos adversos
Anti-hipertensores	
Clonidina	Depresión, manía, agitación
Propanolol	Depresión, manía, delirio, psicosis
Nifedipino	Depresión
Captopril	Manía, agitación
Antiarrítmicos	
Procaninamida	Depresión, manía, delirio, psicosis
Lignocaína	Depresión, delirio, psicosis
Disopiramida	Delirio, psicosis
Antimicrobianos	
Penicilinas	Depresión, agitación, alucinaciones visuales
Tetraciclina	Depresión, alucinaciones
Cefalosporinas	Delirio, psicosis
Antimaláricos	Psicosis, alucinaciones visuales
Anti-parkinsónianos	
Anticolinérgicos	Delirio, psicosis, alucinaciones visuales, demencia
Amantadina	Depresión, agitaciones, delirio, psicosis, alucinaciones visuales
Levodopa	Depresión, manía, ansiedad, agitación, psicosis, alucinaciones visuales, delirio, déficit cognitivo
Anti-histamínicos	
Bloqueadores H1 (difenidramina)	Delirio
Bloqueadores H2 (cimetidina)	Depresión, manía, delirio, psicosis, alucinaciones visuales
Antineoplásicos	
Interferon	Depresión, agitación, delirio
Vincristina	Depresión
C-asparaginasa	Depresión, delirio, psicosis
Medicamentos endocrinas	
Corticosteróides	Depresión, manía, psicosis, delirio
Contraceptivos orales	Depresión
Tiroxina	Ansiedad, agitación, manía, psicosis, alucinaciones visuales
Anti-epilépticos	
Barbituratos (fenobarbitona,	Hiperactividad (en especial en los niños), sedación,

primidona)	disfunción sexual, agresión, déficit de aprendizaje, déficit cognitivo, depresión, alteración de la personalidad
Benzodiazepinas	Agresión, confusión, depresión, desinhibición, irritabilidad, déficit cognitivo
Carbamazepina	Depresión, irritabilidad, disfunción sexual, manía
Clobazam	Perfil de efectos secundarios semejante a otras benzodiazepinas pero menor incidencia de los efectos cognitivos y conductuales
Gabapentina	Sedación, ataxia, agresión e hiperactividad (en los niños)
Hidantoínas (fenitoína)	Sedación, ataxia, demencia, enfermedad afectiva, confusión, déficit cognitivo, encefalopatía progresiva
Lamotrigina	Toxicidad aumentada cuando usada con carbamazepina: ataxia, vértigos
Succinimidas (etosuximida, metsuximida)	Psicosis, vértigos, insomnio, irritabilidad, efectos cognitivos, alteración de la personalidad
Topiramato	Sedación, confusión, disfunción cognitiva, astenia,
Valproato	Encefalopatía progresiva, demencia, depresión
Vigabatrim	Depresión y psicosis

3.5.4. Datos epidemiológicos

En un estudio (Gurwitz, Field, & et al., 2003) que investigó la incidencia y prevención de efectos adversos medicamentosos en individuos tratados en ambulatorio, con edad igual o superior a 65 años, se registró una tasa global de eventos adversos medicamentosos de 50.1 por 1000 personas-año. De este total, un 4,9% corresponderán a los eventos adversos neuropsiquiátricos, de los cuales casi la mitad (48%) han sido considerados evitables.

En otro estudio (Onder, Pedone, & et al., 2002), sobre la prevalencia en la admisión hospitalaria por reacciones adversas medicamentosas, en una muestra de enfermos con una edad media de 70±16 años, se ha revelado que en un 4,7% de los casos, en que la admisión hospitalaria ha sido imputada a una reacción adversa, se verificó una reacción adversa neuropsiquiátrica, siendo las benzodiazepinas y los antipsicóticos los medicamentos causantes más frecuentes. Si se considera solamente las reacciones adversas graves, entonces las reacciones neuropsiquiátricas han estado implicadas en un 6,4% de los casos.

3.5.5. Orientaciones para la prescripción de medicamentos en el paciente mayor

En la persona mayor, la jerarquización de los problemas clínicos y de las propuestas terapéuticas son de la máxima importancia: en la presencia de múltiples patologías, no debe considerarse la suma general de los síntomas o patologías, sino la situación global, y establecer la prescripción en el contexto general de una evaluación geriátrica, médico-psico-social, y teniendo en consideración las prioridades en lo que respecta a los objetivos de la terapéutica.

Por otro lado, si repentinamente surge, en la persona sin alteración previa de la personalidad, un cambio psiquiátrico inesperado, después de la administración de un medicamento de cualquier tipo, es lógico sospechar de una reacción inducida por medicamentos y, si es posible, se debe descontinuar o reducir la dosis del medicamento en cuestión. También se considera buena práctica evitar la poli-medicación innecesaria, intentar tratar una condición psiquiátrica con apenas un medicamento y, si es posible, tener en cuenta que el uso de los medicamentos del mismo grupo (antidepresivos, neurolépticos, tranquilizantes menores, etc.) raramente puede ser justificado.

La prescripción de medicamentos en el paciente mayor de edad avanzada puede ser segura y efectiva a través del seguimiento de los principios que se siguen:

1. Conocer todos los problemas clínicos del enfermo
2. Conocer todas los medicamentos que el enfermo toma, incluso los medicamentos que no necesitan de prescripción médica
3. Conocer la farmacología de los medicamentos
4. Empezar la terapéutica con dosis reducidas y aumentar la dosis en base a la respuesta
5. Mantener un régimen terapéutico simple
6. Asegurar que la insuficiencia visual, motora o cognitiva no resulta erróneo o una no adhesión a la terapéutica
7. Escribir en todas las recetas (incluso en las de renovación de la prescripción), la posología y el modo de administración, para que el farmacéutico pueda transcribir las indicaciones para los embalajes/paquetes
8. Instruir al enfermo sobre lo que hacer al terminar los medicamentos y también sobre cómo eliminar cualquier cuantidad en exceso de un medicamento que ya no sea necesario. Prescribir, siempre que sea posible, embalajes con unidades adecuadas a la duración de la terapéutica.
9. Revisar regularmente el esquema terapéutico y la respuesta

10. Evaluar regularmente nuevos síntomas o problemas que puedan ser inducidos por los medicamentos.

Capítulo 4. Diagnóstico diferencial

Aunque se reconozca que las personas con distintas discapacidades (funcionales y mentales) tengan necesidades comunes a las necesidades de todos los ciudadanos, existen también necesidades y características específicas para cada tipo de discapacidad/enfermedad. En este sentido, se considera que la correcta evaluación del enfermo mayor con patología mental constituye la piedra angular del diagnóstico diferencial entre las distintas discapacidades.

Sin embargo, mientras existan diferentes necesidades entre las distintas patologías mentales crónicas, muchas personas (enfermos y familiares) siguen buscando cuidados no diferenciados y de forma indiscriminada. Reforzando a esto, las propias instituciones y los servicios de atención al envejecimiento parecen no prestar una atención también diferenciada a las distintas necesidades de sus usuarios; Motivos que en conjunto contribuyen a generar abordajes segregacionistas y estigmatizantes, tanto para los usuarios como para los técnicos, que encuentran, muchas veces, el desaliento en este tipo de instituciones.

Vemos, así, que la demanda de la atención psicogeriátrica sugiere que los profesionales y las instituciones prestadoras de cuidados logren incrementar su conocimiento sobre las distintas necesidades de sus usuarios y las competencias reales de las personas mayores con distintas patologías mentales, de modo a contestar de forma más eficaz a la ya citada nueva realidad social y demográfica. Es en ese sentido que el diagnóstico diferencial de las patologías que generan alteraciones en la funcionalidad y en la cognición del sujeto (y que pueden cursar con este tipo de déficits) debe ser interpretado como un importante determinante para el establecimiento de recursos asistenciales pertinentes para una atención de calidad a los pacientes (y a sus cuidadores). Es decir, siendo el envejecimiento y la patología crónica (como la demencia, la deficiencia o la enfermedad mental), sin duda, variables que contribuyen seriamente para la discapacidad física y mental, el incremento del conocimiento sobre las distintas patologías y el diagnóstico diferencial pueden evitar confundir, por ejemplo, la evolución de muchas enfermedades psicogeriátricas con un tipo de demencia o estados de demencia en estado precoz.

Asimismo, haremos referencia, en este apartado, a algunas de las características clínico epidemiológicas de cuatro enfermedades psiquiátricas (y neuropsiquiátricas) - demencia, retraso mental, esquizofrenia y psicosis afectiva - que “coexisten” con la vejez y que pueden contribuir para un mejor diagnóstico diferencial.

4.1. Demencia

En general, se entiende la demencia[78] como una pérdida progresiva de la función cerebral (cognitiva), debido a daños o desórdenes cerebrales más allá de los atribuibles al envejecimiento normal. Es decir, se acepta la demencia como un deterioro global de las funciones intelectuales adquiridas previamente, por efecto de una lesión orgánica cerebral. Sin embargo, aún es posible señalar una tendencia para usar la palabra "demente", de una forma global e inmoderada, siempre que una persona de edad avanzada muestra “señales de Demencia" (falta de higiene personal; indiferencia con su vestuario y apariencia; confusión y olvido de personas, lugares y fechas; aislamiento, etc.). Para esto pude contribuir el hecho del término demencia, a lo largo de la historia de la humanidad (y de la medicina), haber sido usado de diferentes formas y de su incontrolable importancia haber conducido a un sin número de alusiones y sugerencias (más o menos científicas).

En el presente, así como en los demás trastornos psiquiátricos, los criterios de diagnóstico de demencia más empleados son los de la CIE (World Health Organization, 1977; World Health Organization, 2007) y del DSM (American Psychiatric Association, 1994). Aunque los primeros tengan un carácter más adecuado para el estudio epidemiológico (restrictivo) y los del DSM se encuentren más orientados a la práctica clínica, no existen diferencias importantes en el concepto, en los dos sistemas de clasificación. Es decir, ambos reconocen el deterioro cognitivo como elemento central y enfatizan la presencia generalizada de alteraciones de comportamiento y psicopatológicas, que condicionan la gravedad del cuadro clínico (Sociedad Española de Psicogeriatría, 2005).

Sin embargo, también en los sistemas de clasificación de enfermedades se ha reflejado la evolución del concepto de demencia. Por ejemplo en el Manual de Diagnóstico y Estadística para los Trastornos Mentales (DSM), la 3ª versión (DSM-III) clasifica la demencia en el grupo de enfermedades mentales orgánicas (previamente designada por Síndrome Mental Orgánico) y ya en un versión posterior (DSM-IV) esta designación desapareció por implicar la idea de que las perturbaciones mentales "no-orgánicas" no tendrían una base biológica. Así, la Demencia pasó a pertenecer a una sección que incluye: Delírium, Demencia, Amnesia y Otras Perturbaciones Cognitivas (American Psychiatric Association, 1987; American Psychiatric Association, 1994). En todo caso, se considera la presencia de la característica esencial que es el desarrollo del

[78] La palabra demencia deriva del latín de-mentis que significa fuera de la razón o pérdida de la mente (de: fuera, sin; mentis: mente, razón) y puede ser usado para denominar un grupo de entidades de enfermedades específicas o para hacer referencia a un síndrome clínico, lo cual puede tener muchas causas.

déficit cognitivo múltiple y que incluye el compromiso de la memoria y por lo menos una de las perturbaciones cognitivas siguientes: afasia, apraxia, agnosia o una perturbación del funcionamiento ejecutivo. Además, a lo largo del proceso evolutivo del concepto de la presencia de los déficits cognitivos, se ha mantenido la sugerencia de una severidad que compromete el funcionamiento profesional/ocupacional o social y que representa un declino con respecto a un anterior nivel superior de funcionamiento (Ballone, 2005).

Con otras palabras, podemos decir que mientras se reconozcan distintas valoraciones (de las dimensiones del concepto), las definiciones resultan en ejemplos breves, descriptivos y operativos que no abordan a la demencia como una enfermedad aislada, pero sí como un grupo de padecimientos que involucra problemas progresivos y que empeoran lentamente. Por ejemplo, en el mismo año 1978, Marsden definió la demencia como "un síndrome orgánico adquirido, sin alteraciones del nivel de consciencia, que ocasionan un deterioro global, persistente, e interfiere en el ámbito social y laboral del sujeto" (Marsden & Harrison, 1972; Lishman, 1978; Marsden, 1978); y Lishman como "un síndrome de deterioro global y adquirido de la inteligencia, memoria y personalidad, pero sin perjuicio de la consciencia" (Marsden et al., 1972; Lishman, 1978; Marsden, 1978).

Aunque existan formas de demencia en el que el deterioro de la memoria no es un síntoma precoz predominante, existe una tendencia para destacar su presencia como un requisito necesario para la calificación de demencia[79], que deriva de la importancia de la afectación de la memoria ser un síntoma esencial en la enfermedad de Alzheimer[80], y que, por su frecuencia, es considerada el paradigma de la demencia (Martínez-Lage, 2002; Sociedad Española de Psicogeriatría, 2005). Es decir, aunque existan múltiples definiciones que varían según las distintas manifestaciones, las bases etiológicas y las repercusiones en el transcurso clínico, podemos considerar que, como cualquier síndrome, la demencia se trata de la expresión clínica de la suma de signos y síntomas provocados por el mismo organismo y dependientes de causas diversas, que pueden darse en un número muy importante de enfermedades[81], de las que la enfermedad de

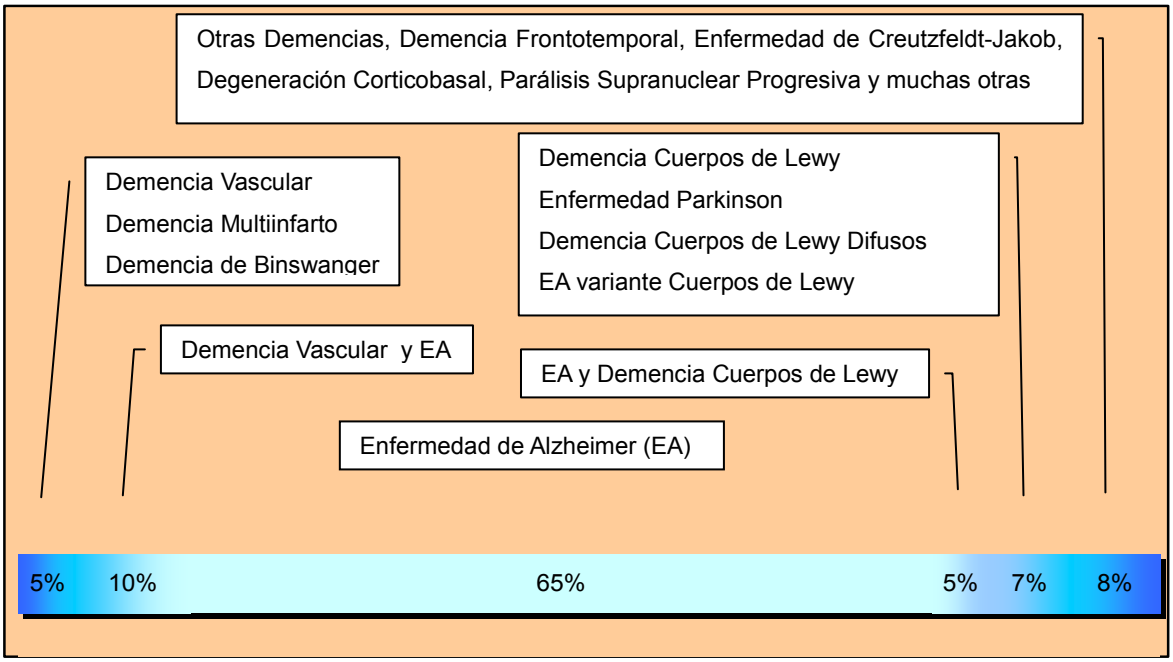
[79] "Se reconoce unánimemente que el síntoma más precoz y reconocible que inaugura el cuadro clínico del Alzheimer es la disminución de la capacidad de recuerdo diferido" (Kawas, 1999 citado por Martínez-Lage, 2002).

[80] Esta enfermedad fue descrita por vez primera en 1907 por el médico alemán Alois Alzheimer, de quien tomó su nombre (Alzheimer's Disease Education & Referral Center, 2008; Ferri et al.,).

[81] Para esta contabilización, son considerados criterios estandarizados de diagnóstico que se aplican con regularidad mediante instrumentos estandarizados; por ejemplo, el examen de Cambridge para el estudio de los trastornos mentales de los ancianos (CAMDEX), administrado por los profesionales sanitarios y

Alzheimer, por ser la más frecuente, es su máximo exponente (Figura 10) (Small et al., 1997; APA, 1997; Morris, 1994, citados por (Badenhorst, 2006).

Figura 10 - Diagnóstico diferencial de las demencias (Badenhorst, 2006)



La evolución del concepto y los intereses crecientes por la investigación de la demencia surgen por diversas razones. Pero, sobretodo, se cree que el mayor interés resulta del hecho de la demencia haberse tornado uno de los problemas más grandes de salud pública, que con el aumento de la esperanza de vida de la población pone en el grupo de riesgo un número mayor de personas. Es decir, una vez que la demencia afecta principalmente a los mayores de 60 años y que es una de las causas más importantes de discapacidad entre los ancianos, el riesgo de padecerla se incrementa obviamente a medida que la persona envejece. Además, con la proporción cada vez mayor de ancianos, en muchas poblaciones, el número de pacientes de demencia también irá en aumento.

De acuerdo con las estimaciones de la OMS para 2003, presentes en el reporte "*Global Muerden of Disease*", la demencia contribuye en un 11,2% de los años vividos con discapacidad, en personas con 60 y más años. Al mismo tiempo, el consenso internacional y multidisciplinar de expertos, considera que el peso de la discapacidad provocado por la demencia es mayor que la mayoría de las condiciones de salud (aparte

relacionado tanto con la CID-10 como con la DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994; World Health Organization, 2007).

del traumatismo de la médula espinal y del cáncer terminal). Sin embargo, las estimaciones de la carga de la enfermedad son extremamente dependientes de la exactitud de las estimaciones sobre las personas que viven con la enfermedad y que por su lado dependen de la evidencia de los estudios epidemiológicos (representativos y bien organizados). Desafortunadamente, en muchas regiones del mundo, las estimaciones son basadas en estudios únicos con abordajes poco generalizados[82] y tienden a aplicar una prevalencia uniforme asociada a una edad específica, no asumiendo la variación geográfica (Prince, 1997; Wimo et al., 2004 citados por Ferri et al., 2005). Es decir, la variabilidad de datos sobre el número de personas con demencia encontrada en múltiples estudios parece ser atribuible más a las diferencias metodológicas entre los diferentes estudios que a diferencias reales en la prevalencia de la enfermedad.

En todo caso, y aunque se reconozca una prevalencia mayor en las regiones desarrolladas que en las regiones en desarrollo, el estudio de Ferri y colaboradores sobre la prevalencia global de la demencia (Ferri et al., 2005), estima que existan 24,3 millones de personas con la enfermedad en el mundo y que la tasa de incidencia sea de 4,6 millones de nuevos casos por año (cerca de un nuevo caso por cada siete segundos). Los datos revelan, aún, que el número de personas con demencia pode doblar a cada 20 años, pasando para 42,3 millones en 2020 y 81,1 millones en 2040 (con un mayor incremento en las regiones en desarrollo).

En Europa, sin que exista evidencia de que la prevalencia (enfermos activos en el periodo de tiempo estudiados) y la incidencia (casos nuevos por año) varíe significativamente de país para país, se estima que el número de casos de demencia se incremente de forma marcada en todos los países europeos (Wancata, Musalek, Alexandrowicz, & Krautgartner, 2003). De acuerdo con la Dirección-General de Sanidad y Protección de Consumidores de la Comisión Europea, en 2000, 5,3 millones de europeos (en 21 Estados miembros), con edades comprendidas entre 30 y 99 años, sufrían diversos tipos de demencias (11,9 por 1 000 habitantes). Con respecto al género, los datos del organismo europeo apuntan, aún, para una mayor prevalencia de mujeres (3,3 millones) que de hombres (2,0 millones) afectados (Directorate General Health and Consumer Protection, 2008). Para la Europa Occidental, en particular, los resultados de Ferri y colaboradores mientras señalan un número superior de personas con demencia para 2001 (5,4 millones), con una incidencia anual inferior (8,8 por 1.000 habitantes) relativamente a los datos de la Comisión Europea para 2000, adelantan también

[82] Algunas estimaciones sobre el número de personas con demencia en el mundo tienden a aplicar una prevalencia uniforme asociada a una edad específica, no asumiendo la variación geográfica (Prince, 1997; Wimo et al., 2004 citados por Ferri et al., 2005).

proyecciones para 2020 (6,9 millones) y 2040 (9,9 millones), bien como los porcentajes de incrementos (Tabla 19) (Ferri et al., 2005).

Tabla 19 – Número de personas con demencia en 2001, proyecciones para 2020 y 2040, y porcentaje de incrementos en la Europa Occidental (región de la OMS) (Ferri et al., 2005)

	Población (millones) ≥ 60 años de edad (2001)	Consenso sobre la prevalencia de demencia (%) ≥ 60 años de edad	Incidencia anual estimada por 1000	Nuevos casos de demencia (millones) por año, 2001	Número de personas (millones) con demencia, ≥ 60 años de edad			Incremento proporcional (%) del número de personas con demencia	
					2001	2020	2040	2001-2020	2001-2040
Europa Occidental	89,6	5,4	8,8	0,79	4,9	6,9	9,9	43	102

La Comisión Europea calcula, con base en dos fuentes diferentes, que en Portugal la tasa de prevalencia en personas con demencia, y con edades comprendidas entre los 30 y los 94 años, se sitúa entre el 119.308 y el 129.916, que corresponden respectivamente a un 1,13% y a 1,23% un del total de la población (10.529.255) (Ferri et al., 2005; EURODEM, 2005 citados por (Alzheimer Europe, 2006). Datos que se encuentran ligeramente abajo de la media de la Unión Europea, que es de 1,14% a 1.27%, según el estudio de Ferri y colaboradores y el Eurodem. Las estimaciones indican también que en Portugal, en el total de personas con demencia y en los grupos con más de 70 años, existen más mujeres que varones) y que en los próximos años existirán cerca de 70 mil personas con enfermedad de Alzheimer (un número que no incluye los pacientes con otras demencias o que sufre de déficit cognitivo ligero) (Tabla 20) (Alzheimer Europe, 2006).

Tabla 20 – Número de personas con demencia en Portugal, en 2005 (Alzheimer Europe, 2006)

	Eurodem, 2005			Ferri et al., 2005
Grupo de Edad	Mujeres con Demencia	Hombres con Demencia	Número total de personas con demencia	Número total de personas con demencia
30 - 59	2,016	3,448	5,464	
60 – 64	1,366	3,997	5,363	4,892
65 – 69	3,211	5,296	8,507	8,040
70 – 74	10,484	9,728	20,212	17,375
75 – 79	14,681	7,600	22,281	22,254
80 – 84	20,598	11,275	31,873	29,964
85 – 89	16,009	6,583	22,592	36,784
90 – 94	9,537	4,086	13,624	
Total	77,903	52,013	129,916	119,308

Con respecto a los subtipos de demencia, como hemos señalado, aunque existan otras causas de demencia (como la atrofia de Pick[83], la encefalopatía de Binswanger[84], la enfermedad con cuerpos de Lewy[85]), en los países de la Unión Europea (prácticamente como en todos los demás países) las causas más comunes son la enfermedad de

[83] La atrofia de Pick (o enfermedad de Pick) es una forma rara e irreversible de demencia, con atrofia circunscripta del cerebro que generalmente compromete áreas de filogenia reciente frontal y temporal y que ocasiona cambios de personalidad, pérdida de las habilidades sociales, pérdida de la función intelectual y trastornos en el habla. La enfermedad de Pick hace parte del grupo de las demencias preseniles. Siendo bajo su número en comparación con la enfermedad de Alzheimer y teniendo una mayor incidencia en mujeres que en los hombres (Sociedad Española de Psicogeriatría, 2005).

[84] La enfermedad de Binswanger es una enfermedad neurológica rara, lentamente progresiva caracterizada por la degeneración de la materia blanca del cerebro, que se inicia en la sexta o séptima década de la vida asociada a crisis convulsivas y accidentes cerebro vasculares. Afecta por igual a hombres y mujeres, aumentando su frecuencia en relación con la edad, la hipertensión arterial y la severidad de la enfermedad cerebro vascular. Los afectados experimentan pérdida gradual de la capacidad motora, cognoscitiva (memoria), de la conducta y del comportamiento (Martínez & Fernandez, 2004).

[85] La demencia con presencia de cuerpos de Lewy (LBD – Lewy Body Dementia) es una causa importante de demencia degenerativa en adultos mayores y es un padecimiento ligado a estructuras proteínicas anormales en ciertas áreas del cerebro (corteza cerebral y/o otras regiones). Las estructuras y síntomas de esta afección están asociadas con las enfermedades de Alzheimer y Parkinson, aunque no exista consenso si la LBD es un subtipo de la enfermedad de Alzheimer o es una enfermedad aparte. Algunas de las características clínicas que la distingue son: predominio en los hombres, evolución más rápida, síntomas parkinsonianos, sintomatología psicótica precoz y fluctuación del nivel de consciencia (Sociedad Española de Psicogeriatría, 2005).

Alzheimer (66%), seguida de las demencias vasculares y de la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson (García Navarro, 2002). Pero en relación a la gravedad de la enfermedad, las estimaciones señalan que un 5% de la población con más de 65 años va a sufrir de demencia severa y 10% va a sufrir de demencia leve o moderada. Todavía se prevé que este grupo poblacional pueda triplicar en el año 2050 (Joynt & Shoulson, 1985).

En ese sentido, la Comisión Europea considera que también la importancia de las repercusiones sociales y sanitarias relacionadas con el transcurso de la enfermedad de Alzheimer y de otras demencias se encuentra implicada con una clara necesidad de información y definición de indicadores de la prevalencia e incidencia. Datos estos que pueden influenciar los tratamientos, los factores de riesgo, las estrategias de reducción del riesgo, el coste de la enfermedad y el apoyo social, así como identificar lo que contribuye para un "sano estilo de vida cerebral" relacionado con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias (Directorate General Health and Consumer Protection, 2008).

Asimismo, con respecto al proceso evolutivo (también en acuerdo con la tabla 21), y según los datos de un estudio de la OCDE[86], podemos decir que la demencia tiene una prevalencia muy baja en personas más jóvenes (menos de un 3% en el grupo de edad 65-70), y que independientemente del sexo, esta prevalencia se incrementa con la edad (cerca del doble a cada 5 años después de los 60 años, en la enfermedad de Alzheimer (Jorm et al., 1987 citado por Nunes, 2005) (Moise, Schwarzinger, Um, & Dementia Experts' Group, 2004). Sin embargo, parece importante sobresalir que el incremento se presenta mucho más rápido en las mujeres, que demuestran una mayor prevalencia en edades más avanzadas (Tabla 21).

[86] Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

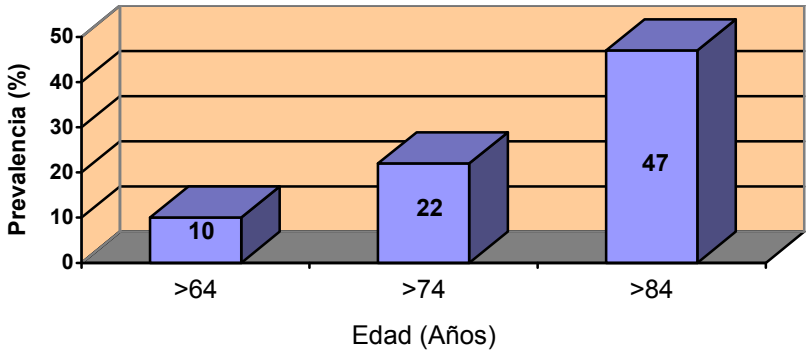
Tabla 21 – Prevalencia de la Demencia en 100 personas, por edad y sexo, en 9 países de la OCDE (2004) (Moise et al., 2004)

9 Países de la OCDE	Varones						Mujeres					
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
Australia	0,8	2,0	3,2	5,8	16,4		0,3	1,3	3,1	7,4	23,9	
Canadá		4,5	8,2	15,1	22,6	30,4		4,6	9,1	17,4	28,1	41,1
Ingl. y P. Gales	2,2		8,0		18,0		1,8		10,3		26,0	
Francia			7,7	12,5	22,9	27,0			5,7	16,6	29,9	52,8
Alemania												
Japón	3,8						3,8					
España	1,0	1,2	2,0	4,3	9,3	15,4	0,4	2,9	2,4	8,9	14,8	28,1
Suecia	3,4		7,7		21,9		2,5		9,6		26,1	
E.U.A.	1,6	2,9	7,2	15,5	23,5	29,9	1,3	3,6	7,7	15,1	28,4	42,2

Algunos estudios epidemiológicos de carácter longitudinal (Ott, Van Harskamp, Stijnen, & Hofman, 1998; Morgan et al., 1992; Bachman et al., 1992d)[87] (con evaluación periódica de los enfermos durante varios años) han permitido también documentar los datos más relevantes de prevalencia e incidencia de las demencias, bien como los factores de riesgo que están implicados en su aparición, y constatan que a partir de los 65 años se incrementa tanto la prevalencia como la incidencia de la enfermedad de Alzheimer, duplicándose después de los 85 años (Figura 11) (Boada & Tárraga, 2000; Larson, Kukull, & Katzman, 1992).

[87] Algunos de los grandes estudios epidemiológicos longitudinales son el *Framingham Study, East Boston community-Based* (Bachman et al., 1992c), el *Nottingham Longitudinal Study* (Morgan et al., 1992) y el *Rotterdam Study* (Ott et al., 1998).

Figura 11 - Incremento de la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer con la edad (Larson et al., 1992)



Como hemos visto, la demencia es considerada también como una enfermedad neurodegenerativa (condición esporádica y hereditaria) caracterizada por una progresiva disfunción del sistema nervioso. Estas perturbaciones están muchas veces asociadas con la atrofia de las estructuras afectadas del sistema nervioso central y periférico. En la enfermedad de Alzheimer, por ejemplo, los cambios en las células nerviosas de ciertas partes del cerebro provocan la muerte de un gran número de células y aunque los síntomas de la enfermedad comiencen lentamente, es cierto que van empeorando de forma constante. Es decir, a medida que avanza la enfermedad, los síntomas progresan desde una leve pérdida hasta deterioros graves en la capacidad de pensamiento, de juicio y en la aptitud para desempeñar las actividades de la vida cotidiana, llegando a un momento en que los pacientes necesitan asistencia total (Figura 12) (Feldman & Gracon, 1996).

Es cierto que durante muchos años se reservó el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer para las formas de inicio presenil (aquellos pacientes en los que la demencia se manifestaba antes de los 65 años), mientras que las personas que desarrollaban los síntomas después de los 65 años recibían el diagnóstico de demencia senil. Sin embargo, aunque los cambios patológicos observados en los cerebros de ambos grupos sean idénticos y las características clínicas similares, las dos formas (senil y presenil) presentan diferencias cualitativas y cuantitativas.

Efectivamente, los enfermos que empiezan el cuadro neuropsicológico por déficit de lenguaje tienen una edad de inicio mas joven (forma presenil) y un tiempo de evolución menor (para una gravedad semejante en la enfermedad) que los grupos con déficit de memoria o con alteraciones conductuales. La forma presenil presenta también una afectación del movimiento voluntario y del reconocimiento de objetos y personas (afaso-aparaxo-agnósica), y es clínicamente más grave, más marcada y con mayores cambios neurodegenerativos.

Vemos así (reforzando lo que se comentaba anteriormente) que la demencia se puede diagnosticar cuando el paciente presenta dos o más problemas en la función cerebral (desarrollo de déficit cognitivo múltiple) y que estos problemas pueden involucrar el lenguaje, la memoria, la percepción, el comportamiento emocional o la personalidad, y las habilidades cognoscitivas (tales como el cálculo, el pensamiento abstracto o el discernimiento). Sin embargo, es importante realzar que la demencia usualmente aparece primero como mala memoria (alteración típica de la actividad cognitiva en las demencias y condición esencial para considerar su diagnóstico) y que los demás síntomas pueden ser evidentes solamente durante un examen médico o con pruebas cognoscitivas. Además, las personas afectadas pueden mostrar también rasgos depresivos, miedo, conductas repetitivas, comportamientos de evitación, disforia, alucinaciones y delirios (rasgos psicóticos)[88].

De hecho, por veces, los primeros síntomas son inclusivamente los de tipo emocional o del comportamiento, lo cual puede hacer pensar en otras entidades psiquiátricas. En este caso, hay que diferenciar las demencias de los cuadros de alteración cognitiva que van asociados a alteraciones psiquiátricas: las pseudodemencias (Beltrán Aleu, 2004).

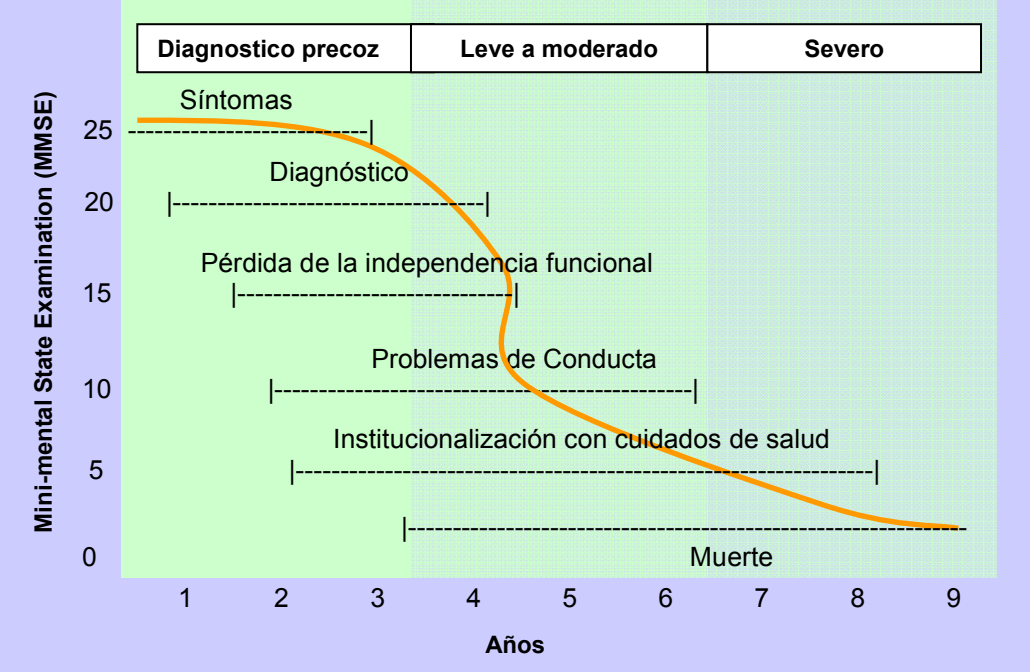
De acuerdo con Boada y Taraga, como en el manejo de otras enfermedades neurodegenerativas, “debemos entender la demencia como un proceso clínico, crónico progresivo en el que síntoma y necesidades aparecen y desaparecen demarcados por la ley de los vasos comunicantes” (Boada et al., 2000).

También es cierto que el declino/mes (o año) varía de capacidad para capacidad en cada sujeto. Es decir, la mayoría de las causas de la demencia no se pueden prevenir y las personas enfermas van perdiendo sus facultades mentales a diferentes ritmos unas de otras[89]. Sin embargo, el declive parece disminuir con el aumento de la gravedad de la demencia (Figura 12).

[88] Los pacientes que experimentan cuadros de confusión al ser hospitalizados, tienen mayores probabilidades de padecer demencia (Beltrán Aleu, 2004).

[89] Aunque las personas con demencia sean grandes consumidores de los servicios de salud, en los países desarrollados, los costes directos vienen sobretodo de la atención residencial y comunitaria. En ese sentido, se considera que uno de los objetivos principales y actuales del tratamiento es que el paciente permanezca en la comunidad el mayor tiempo posible, para lo cual se hace preciso fomentar la autonomía del paciente hasta estados avanzados del proceso, y por tanto, retrasar la dependencia que obligue a la institucionalización. Este recurso terapéutico a contemplar en un plan de atención.

Figura 12 – Historia natural de la enfermedad de Alzheimer de acuerdo con los resultados en el Mini Examen del Estado Mental (Feldman et al., 1996)



Con respecto a los condicionantes del transcurso de esta enfermedad neuropsiquiátrica, algunas variables personales y culturales como, por ejemplo, el bajo nivel de escolaridad, la escasa actividad cerebral y el antecedente patológico familiar de demencia (incrementado en familiares de primer grado de afectos) han sido identificados como factores de riesgo. Para Guerreiro, las capacidades amnésicas, de iniciativa, abstracción y constructiva son las primeras a revelar una mayor frecuencia de déficit. Y en este caso, según la autora, se destacan patrones diferentes de declino relacionados con el tiempo de evolución, edad de instalación, gravedad inicial, sexo o escolaridad (Guerreiro, 1998).

De hecho, como hemos señalado, por ejemplo, en el capítulo sobre el deterioro cognitivo y las variables socio-educativas la evidencia viene confirmando la teoría de que los individuos con grandes reservas cognitivas, reflejadas en años de educación, se encuentran mejor preparados para “manejar” la patología cerebral de la enfermedad de Alzheimer, sin que se observen déficits en la cognición. Demostrando, así, que la educación es una variable predictiva del estado de la demencia en individuos con neuropatologías asociadas a la enfermedad de Alzheimer (Roe et al., 2007).

En este sentido, se cree que el diagnóstico del síndrome demencial requiere un proceso de evaluación que contemple la identificación del deterioro cognitivo y alteraciones psicopatológicas y del comportamiento, bien como el grado de repercusión funcional, social y familiar. Pues, aunque se reconozca que los cambios cognitivos asociados a la edad varían de individuo para individuo, es cierto que las personas

mayores presentan por lo general un rendimiento peor en tareas de resolución de problemas y en la capacidad de procesamiento de información. Siendo difícil de establecer una diferencia nítida entre el síndrome demencial incipiente y los cambios cognitivos que se producen en el envejecimiento normal, es de esperar que los últimos no progresen o se generalicen y que no afecten de forma relevante el funcionamiento social y ocupacional de la persona.

En suma, podemos decir que la manifestación más visible de demencia es la progresiva inhabilidad para las AVD y para las AIVD. Pues, la interacción entre la sintomatología cognitiva y la no-cognitiva tiene como consecuencia la progresiva incapacitación del paciente para realizar las AVD que acostumbraba hacer antes del inicio de la enfermedad, así como para realizar actividades alternativas o emprender otras nuevas (Sociedad Española de Psicogeriatría, 2005). Asimismo, podemos resumir esta entidad nosológica como una forma de envejecimiento patológico con un deterioro de las funciones cognitivas, debido a una enfermedad en el SNC, con severidad suficiente para interferir en el funcionamiento social o profesional, pudiendo pasar a cualquier edad, con causa conocida o desconocida.

Así, hay que tener en cuenta que además de las condiciones que causan la demencia (algunas pueden revertirse y otras no), existen muchas otras condiciones clínicas que pueden ocasionar síntomas parecidos a los de la demencia, sin que esta lo sea[90]. En ese sentido, y una vez que en numerosas ocasiones pueden coexistir varios trastornos que afectan simultáneamente al funcionamiento cognitivo, el diagnóstico diferencial del síndrome demencial debe incluir también algunas entidades que cursan con el deterioro cognitivo, como el envejecimiento normal, el retraso mental o otras enfermedades psiquiátricas.

4.2. Retaso mental

Existen diversos términos usados para el retraso mental, con distintos niveles de aceptación entre los diferentes profesionales y las disciplinas, como por ejemplo: discapacidad intelectual hándicap intelectual, retraso intelectual, retraso mental y hándicap mental (World Health Organization, 2000). Aunque se reconozca que algunos grupos de profesionales posean serias reservas (Schalock et al., 2007), las últimas

[90] La adaptación a los cambios de la vida y del envejecimiento hace por ejemplo que algunas personas se sientan confundidas u olvidadizas. Algunas de las condiciones que se pueden revertir pueden estar ocasionadas por fiebre elevada, deshidratación, déficit vitamínico y mala alimentación, reacciones adversas a medicamentos, problemas de la glándula tiroides o un pequeño trauma en la cabeza.

clasificaciones de enfermedades de la OMS sugieren el uso del término retraso mental (World Health Organization, 1977; World Health Organization, 2001b).

El concepto de retraso mental ha estado presente a lo largo de toda la humanidad y su conceptualización ha sido descrita por estudiosos dedicados a esta entidad diagnóstica experimentando sucesivas modificaciones a lo largo de los años[91]. En términos más sucintos, podemos decir que la evolución de las concepciones en relación al retraso mental está marcada en dos momentos puntuales: uno antes del Siglo XIX en que esta entidad no se diferenciaba de otras alteraciones y era considerada como una variante de la demencia (atribuible a bases orgánicas, biológicas o innatas), y otro a partir del Siglo XIX cuando se diferencia de otras entidades, aunque según algunos autores se mantenga la vigencia de las tendencias "biologicistas" del retraso mental como una alteración constituyente del Sistema Nervioso Central (SNC) (Foreman, 2003; Schalock et al., 2007; Wehmeyer et al., 2008).

A pesar de existir múltiples concepciones a cerca del retraso mental, se aprecian dos tendencias principales. Por un lado, la tendencia biomédica que habla a favor de la presencia de alteraciones o lesiones básicas del cerebro y, por otro, la tendencia sociocultural, centrada en el papel de la privación sociocultural o lo que es igual, en la repercusión de la falta de estimulación en la génesis de la deficiencia – dirigiendo sus observaciones a los problemas de las condiciones del desarrollo en la primera infancia, a las dificultades en el aprendizaje escolar y en general a los problemas de adaptación del individuo al medio.

En busca de consensos, la OMS define, hoy, el retraso mental como un "funcionamiento intelectual inferior al término medio, con perturbaciones en el aprendizaje, maduración y ajuste social" (World Health Organization, 2000) y, mientras se reconoce la existencia de distintos grados (ligero, moderado o profundo), la definición de la CIE-10 (World Heath Organization, 2001) refuerza la importancia de las dos tendencias (biomédica y sociocultural), que entiende como inseparables para el diagnóstico ("condición de desarrollo incompleto o retardado de la mente, manifestada durante el período de desarrollo, que es especialmente caracterizado por una insuficiencia de las capacidades que contribuyen para el nivel global de inteligencia cognitiva, del lenguaje, actividad motora, y de las competencias sociales").

[91] En la literatura griega, aparecieron referencias sobre personas con características semejantes a las de las personas con retraso mental e inclusive en las momias egipcias se apreciaron signos de haber padecido de enfermedades relacionadas con esta patología.

Con respecto a los aspectos etiológicos, podemos decir que la deficiencia o retraso mental se manifiesta antes de los 18 años[92] (Foreman, 2003) y que sus causas más comunes son:

- Condiciones genéticas - A veces el retraso mental es causado por genes anormales heredados de los padres, errores cuando los genes se combinan, u otras razones. Algunos ejemplos de condiciones genéticas incluyen síndrome de Down, síndrome frágil X, y Phenylketonuria (PKU).
- Problemas durante el embarazo (que afectan la formación y el desarrollo del SNC) – El retraso mental puede resultar cuando el bebé no se desarrolla apropiadamente dentro de su madre. Por ejemplo, puede haber un problema con la manera en la cual se dividen sus células durante su crecimiento. Una mujer que bebe alcohol o que contrae una infección como rubéola durante su embarazo puede también tener un bebé con retraso mental.
- Problemas al nacer (relacionados sobretodo con lesiones irreversibles del SNC) - Si el bebé tiene problemas durante el parto, como, por ejemplo, si no está recibiendo suficiente oxígeno.
- Problemas de la salud - Algunas enfermedades tales como tos convulsiva, varicela, o meningitis pueden causar retraso mental. El retraso puede también ser causado por malnutrición extrema (por no comer bien), no recibir suficiente cuidado médico, o por ser expuesto a venenos como plomo o mercurio.

En resumen, y de forma independiente a las causas o a las tendencias de abordaje, podemos decir que la expresión retraso mental envuelve una componente biológica ligada a factores del desarrollo, y otra ligada a factores sociales y culturales, que consecuentemente condiciona negativamente la vida del individuo en dos dimensiones: la funcionalidad intelectual[93] significativamente más abajo del promedio (que es notoria desde la infancia, principalmente en la fase de desarrollo) y la incapacidad significativa de adaptación[94] a las exigencias culturales de la sociedad.

---

[92] En comparación, la demencia ocurre normalmente en la edad avanzada. Si el principio de la demencia ocurre antes de los 18 años de edad, tanto la demencia como el retraso mental pueden ser diagnosticados, si el criterio para los dos trastornos se encuentra satisfecho (Ballone, 2005).

[93] El funcionamiento intelectual es medido a través de pruebas de evaluación psicológica, generalmente por medio de la prueba de coeficiente de inteligencia (CI) - la medida promedio es 100 y se cree que las personas que obtienen un resultado menos de 70 a 75 tienen retraso mental (Foreman, 2003).

[94] Para medir la conducta adaptativa, los profesionales estudian lo que el individuo puede hacer en comparación a otros de su grupo de edad. Ciertas destrezas son importantes para la conducta adaptativa. Estas son destrezas de la vida diaria (tales como vestirse, ir al baño, y comer); para la comunicación (tales

Es cierto que las capacidades intelectuales y la adaptación social pueden ser mejoradas por el entrenamiento y rehabilitación, incrementando así el nivel de funcionamiento pragmático, pero jamás podrán alcanzar el nivel de capacidad de abstracción de la mayoría de las personas. En este sentido, se considera que el trabajo con las personas con retraso mental pasa sobretodo por promover el desarrollo de las capacidades, de las calidades personales y de las competencias para una vida social, lo cual envuelve principalmente especialistas de educación y rehabilitación, más que médicos o psiquiatras (World Health Organization, 2000).

Efectivamente, entre los individuos con retraso mental, hay una amplia gama de habilidades, inhabilidades, puntos fuertes, y necesidades de apoyo. En términos generales, es común encontrar una demora de lenguaje o un desarrollo motor significativamente por debajo de las normas de sus semejantes sin retraso mental[95], bien como limitaciones del funcionamiento mental y de las destrezas sociales y personales que hacen con que la persona no llegue a aprender algunas competencias. Además, las personas más seriamente afectadas experimentan demoras en el desarrollo de las destrezas motoras, tales como: la movilidad, la imagen corporal, y el control de las funciones corporales. Sin embargo, otras limitaciones permiten que la persona aprenda y se desarrolle (aunque) más lentamente, tomando más tiempo para aprender, por ejemplo: a hablar, a caminar y a aprender las destrezas para su cuidado personal (vestirse o comer). En otras palabras, muchas personas con retraso mental son afectadas sólo de una manera mínima, y funcionan sólo un poco más lento que el promedio en aprender nuevas destrezas e información.

4.2.1. Retraso Mental y Vejez

En países con economías de mercado instituidas, muchos de los adultos con retraso mental que han pasado la tercera década de vida tienen probabilidad de sobrevivir hasta la vejez y experimentar el proceso normal de envejecimiento. Realmente, estas personas están incluso sobreviviendo hasta una vejez adelantada y la media actual de la esperanza de vida ya se localiza en los 66,1 años, sendo expectavel que las personas más jóvenes con retraso mental puedan venir a vivir el mismo que los jóvenes de su generación sin retraso mental (Janicki et al. 1999; Horwitz, Kerker, Owens, & Zigler,

como comprender lo que se dice y poder responder), y sociales con los colaboradores, miembros de la familia y otras personas.

[95] En suma, podemos decir que en comparación con sus semejantes no retrasados, las personas con retraso mental, en general, pueden tener la estatura y el peso por debajo de la norma, experimentar más problemas de habla, y tener una incidencia más alta de deficiencias de vista y de oído.

2000). Además, y según la OMS, en vez de un declino gradual de varias funciones, los adultos y las personas mayores con retraso mental pueden tener un estilo de vida activo y variado con una excelente calidad de vida; inclusivamente, muchas personas mayores con retraso mental pueden estar tan saludables como otras personas mayores sin discapacidades crónicas. Es decir, estas generaciones más mayores pueden estar mejor, en muchos dominios de la salud, que los grupos de edad con retraso mental más jóvenes y demostrar una grande habilidad funcional hasta las edades más adelantadas (World Health Organization, 2000).

No obstante, en lo que respecta a las influencias de las alteraciones relacionadas con la edad en las personas con retraso mental, aún queda mucho por clarificar y cuantificar. Además, el consenso generalizado señala que los síntomas percibidos deberán ser evaluados en un contexto alargado y no necesariamente atribuidos a uno sólo factor. Es decir, deberán ser explorados como parte de una interacción compleja de la persona con su entorno (World Health Organization, 2000).

Segundo Wehmeye y colaboradores solamente una minoría de los casos de deficiencia profunda necesita de cuidados institucionales intensivos y permanentes, y que (mismo contrariando algunos estereotipos) la mayoría no necesita permanecer en instituciones. En otras palabras, en general, las personas con retraso mental pueden vivir con sus familias o, en su ausencia, en residencias de pequeña dimensión adecuadas a sus características, desde que reciban acompañamiento pedagógico y social que las ayude a adaptarse a las exigencias de la vida en la comunidad (Wehmeyer et al., 2008). Con todo, algunos estudios sobre el fenómeno del envejecimiento en personas con discapacidades mentales en distintos contextos residenciales han demostrado que los adultos con Síndrome de Down vivientes en la comunidad presentaban una mejor funcionalidad y deterioraban a una menor velocidad que los vivientes en instituciones (Collacott, 1992; Frasher & Chung, 1996). Ya el estudio de Lifshitz y Merrick, sobre el envejecimiento de personas con retraso mental (Lifshitz & Merrick, 2004), no ha identificado diferencias significativas entre la etiología (nivel de discapacidad intelectual) y los dos tipos de contexto de residencia (institucional o familiar). Mientras todos los participantes han revelado una independencia para comer, vestir y cuidar de su higiene personal, sin presentar declino en su funcionamiento a lo largo de los años (evaluación longitudinal de las AVD), las personas con retraso mental institucionalizadas, en particular, han presentado una tasa significativamente más elevada de problemas psiquiátricos y revelado ser menos independientes que las que se mantenían en sus casas. En este trabajo, los autores han identificado también niveles más bajos de discapacidad intelectual asociados con un menor funcionamiento cognitivo y menor participación en actividades de ocio. Hecho que según los autores puede ser explicado

por la teoría de "*disengagement*" (Cumming & Henry, 1961), una vez que cuando se está a punto de institucionalizar (o cambiar de contexto) las personas demuestran un decrecimiento de la motivación para participar en actividades de ocio. Adicionalmente, el estudio ha revelado que mientras las alteraciones visuales y auditivas (con una prevalencia de un 33% y de un 20%, respectivamente) se mostraran más de acuerdo con las altas prevalencias de deterioro y discapacidad, descubiertas en personas con retraso mental viviendo en las comunidades australiana (Beange, McElduff, & Backer, 1995), holandesa (Evenhuis, Theunissen, Denkers, Verschuure, & Kemme, 2001), danesa (Warburg, 1994) e inglesa (22) (visual: 10-68% y auditivo 25-42%) (Lifshitz et al., 2004), los problemas de salud en general han se tornado evidentes a los 40 años, es decir, más tempranamente que en otros estudios anteriores (Janicki, Dalton, Henderson, & Davidson, 1999).

En un estudio sobre la función cognitiva y funcional, Devenny (Devenny, 1996 citado por Novell y Forgas, 2000) ha concluido que con el paso de los años las personas con retraso mental de diferente etiología al síndrome de Down, conservan las funciones de memoria inmediata y remota, la función psicomotora y la organización visual-espacial. Ya con respecto al síndrome de Down, el autor ha demostrado que las personas mayores de 40 años pueden mantener algunas funciones cognitivas durante periodos de tiempo relativamente largos (lenguaje receptivo y expresivo, memoria a corto plazo, razonamiento no verbal y motricidad fina y gruesa) y que en la memoria verbal remota, en particular, contrariamente, los sujetos mayores de 50 años presentan una disminución lenta y gradual (< 1% al año).

Con el enfoque en comparación con la población general, Evenhuis y colaboradores han descubierto, en una evaluación más alargada de las personas mayores con retraso mental, dificultades en áreas como la locomoción (marcha), la audición y la visión y que, inclusivemente, ven incrementada su comorbilidad, la enfermedad crónica y la mortalidad, en comparación con la población en general (Evenhuis, Henderson, Beange, Lennox, & Chicoine, 2000). En otro estudio de comparación con el envejecimiento en general, mientras se comprobaba que el desempeño en algunas áreas era consistente en el paso de los años, para los adultos con y sin síndrome de Down, Burt y colaboradores han demostrado que este último grupo revelaba señales de envejecimiento precoz, y no un declino general, en áreas específicas como la memoria o la motricidad fina (Burt et al., 2005).

El hecho del declino observable ser evidente en dos de las más complejas tareas, es consistente con la idea de que las alteraciones asociadas a la edad (o las diferencias) son sobretodo previsibles en tareas más complejas (Detterman & Spry, 1993). Es decir, como los adultos de la población en general, los adultos con discapacidades mentales

pueden tornarse menos habilitados para procesar la información necesaria y para prestar la atención directa en tareas que implican múltiples operaciones cognitivas (Salthouse, 1996).

También las patologías mentales *major* pueden tener un considerable impacto negativo en la función cognitiva, afectiva y general, así como en la calidad de vida global de las personas mayores con retraso mental. Pues, las enfermedades mentales, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, también siguen presentes en la vejez como en la población general, y si bien que algunas perturbaciones psicóticas puedan ser estabilizadas cuando se manifiestan en edades más jóvenes, también pueden incrementar con la edad (así como en la generalidad de la población). En todo caso, aunque menos comunes que las alteraciones de conducta, las perturbaciones mentales *major* aún llegan a alcanzar una prevalencia de cerca de un 10%, en la globalidad de las personas mayores con retraso mental. Algunas patologías, como la demencia, incrementan inclusivemente con la edad y, aunque en términos generales presente la misma prevalencia que para la población global, con respecto al síndrome de Down, la demencia se presenta más prevalente y surge más precozmente (World Health Organization, 2000).

Segundo Silverman, la enfermedad de Alzheimer es la principal causa de demencia asociada al retraso mental. Esta enfermedad es también la principal preocupación de salud para este grupo patológico, así como la población en general (Silverman, Zigman, Kim, Krinsky-McHale, & Wisniewski, 1998). Para reforzar esta idea, el autor defiende que la muestra propuesta en el estudio de Strauss y Eyman (Strauss & Eyman, 1996), aunque no utilizada para este propósito, puede a grandes rasgos (de manera burda) ayudar a estimar la población con retraso mental que se encuentra afectada con la enfermedad de Alzheimer. Pues, según los autores, la prevalencia de un 45% en los adultos con Síndrome de Down con más de 55 años de edad, asociado al 5% de la población general con 65 y más años, transforma a la enfermedad de Alzheimer en un problema muy real y en una grande preocupación para la salud pública de las personas con más de 65 anos, con retraso mental (Silverman et al., 1998).

Con todo, en la medida que la relación entre el síndrome de Down y la enfermedad de Alzheimer va adquiriendo consistencia científica, podemos también caer en el error de atribuir cualquier aparente pérdida funcional en una persona con retraso mental al inicio de una demencia (Novell & Forgas, 2000). Estos errores o dificultades surgen, en parte, porque los criterios de diagnóstico actuales (para la demencia) han sido desarrollados con referencia a pacientes con historias de vida “normales” y asumen, solamente, habilidades premórbidas suficientes para soportar un trabajo efectivo en un entorno competitivo y/o en entornos domésticos independientes. Además, hay también

que destacar que en personas con diagnóstico de retraso mental el deterioro cognitivo y funcional se ha manifestado durante la infancia o la adolescencia y, por otro, que las historias de empleo competitivo y de vidas independientes en la edad adulta son, aún, muy raras, lo que torna difícil la aplicación de los criterios de diagnóstico estándares (Silverman et al., 1998).

En otras palabras, podemos decir que auque la extensión de la esperanza de vida, como resultado del progreso de los cuidados médicos, de la nutrición y de la salud pública del último siglo, hay beneficiado también a las personas con retraso mental, siguen existiendo situaciones que tornan, aún, particularmente difícil el reconocimiento temprano de señales o síntomas de deterioro, propios de las enfermedades demenciales.

Uno de los motivos que tiene implicación en el diagnóstico diferencial tiene que ver, como hemos visto, con el hecho de que los métodos desarrollados para los individuos no retrasados no se basan muchas veces en la diferenciación entre el deterioro provocado por la perturbación demencial y las perturbaciones asociadas a las discapacidades de desarrollo preexistentes (es decir, los individuos con retraso mental pueden manifestar señales o síntomas cuando son afectados por enfermedades, o condiciones, normalmente no relacionadas con los síndromes demenciales), lo que condiciona la existencia de protocolos estandardizados para el diagnóstico de las demencias en general, y de la enfermedad del tipo Alzheimer en particular. Otra dificultad resulta del hecho de que la mayoría de servicios que atienden a personas con retraso mental presentan un perfil asistencial que genera un ambiente de sobreprotección carente de retos cognitivos para el sujeto. Es decir, si el entorno no presenta estos retos intelectuales, los signos pueden estar enmascarados (Harper, 1993 citado por Novell y Forgas, 2000). Con respecto a las dificultades de diagnóstico contempladas en las dimensiones personales, parece importante sobresalir que la historia de vida de las personas mayores con retraso mental varía enormemente de persona para persona y que en muchos casos las dificultades de comunicación y de lenguaje (muy frecuentes) pueden limitar la posibilidad de obtener el autoreporte del sujeto, que tiene gran importancia en la evaluación de personas no retrasadas. En algunos casos, las dificultades de comunicación que resultan del retraso mental, o de los deterioros motores (que pueden encontrarse asociados), pueden servir como obstáculos a una evaluación médica justa o al aprovisionamiento de servicios de salud equitativos[96] (World Health Organization, 2000; Silverman et al., 1998; Novell et al., 2000).

[96] En muchos casos la historia médica de los individuos deriva de las observaciones de los cuidadores que deberían ser capaces de reconocer las señales de alteración psicológica en los adultos, incluso los que tienen deterioro cognitivo severo.

En términos más concretos, podemos decir que el deterioro funcional en la vejez carece de una evaluación cuidada, que no atribuye perentoriamente el declino del estado funcional a cuestiones relacionadas con la conducta o con patologías como la demencia. Con esto no se excluye la posibilidad de que el déficit sea secundario a un proceso tratable o al menos remediado. Véase como ejemplo las elevadas tasas de condiciones tratables concurrentes que pueden ser expresadas atípicamente, como los trastornos afectivos (bipolares), los deterioros sensoriales (auditivos y visuales), el delirio y condiciones medicas anteriormente no diagnosticadas, bien como la medicación psicoactiva[97], que pueden empeorar la función mental o provocar reacciones atípicas similares a los síntomas de la demencia (World Health Organization, 2000; Novell et al., 2000).

De acuerdo con Aylward y colaboradores, más que simplemente determinar si existe un discapacidad (o inhabilidades) consistente con la enfermedad de Alzheimer hay que documentar el deterioro desde el nivel basal de habilidades para cualquier adulto con retraso mental con sospecha de demencia (Aylward, Burt, Thorpe, Lai, & Dalton, 1996). Según Oliver (Oliver, 1999 citado por Novell y Forgas, 2000) la percepción del deterioro debido a una demencia requiere de la evidencia de cambios definitivos en aquellas funciones cognitivas que se ven afectadas por la enfermedad: memoria, lenguaje, capacidad para realizar tareas complejas, orientación en el tiempo y el espacio, AVD y la personalidad, “todas ellas en mayor o menor grado, ya alteradas prematuramente por la discapacidad intelectual”. Sin embargo, la realidad demuestra que no existe mucha información objetiva disponible sobre el desempeño basal, en reportes preexistentes, y el diagnóstico de alteración de estado (cognitivo y funcional) requiere normalmente una evaluación/monitorización a lo largo de seis meses (Silverman et al., 1998; Novell et al., 2000).

En suma podemos decir que para diagnosticar la demencia a individuos con retraso mental, no basta hacer una evaluación en un determinado momento, pero sí un conjunto de evaluaciones, a lo largo de un periodo prolongado de tiempo, que permita medir alteraciones significativas a las habilidades que el individuo tenia anteriormente.

Segundo el *Working Group for the Establishment of Criteria for the Diagnosis of Dementia in individuals with Intellectual Disability* bajo los auspicios de la *International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities* y de la *American Association on Mental Retardation* (IASSID/AAMR) (Aylward et al., 1997; Zygman et al., 1997 citados

[97] En lo que respecta a las mujeres con retraso mental, se hace referencia al hecho de que los tratamientos con medicinas psicotrópicas y/o medicinas antiepilépticas hacen interferencia con las funciones hormonales y metabólicas que por su lado conllevan efectos a largo plazo en la salud (World Health Organization, 2000).

por Novell et al., 2000), algunas de las normas prácticas que pueden ayudar a identificar la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en personas con retraso mental pasan por:

- Comprender y conocer los cambios sensoriales, físicos y psicológicos propios del envejecimiento normal y los que son resultado de una enfermedad u otros procesos patológicos;
- Conocer los factores de riesgo (influyentes aunque no determinantes), como los antecedentes familiares o la edad mayor a 50 años y mayor a 40 años en el síndrome de Down;
- Identificar los cambios que pueden ser indicadores precoces de demencia (p. ej. cambios inesperados en comportamientos rutinarios; deterioro en habilidades funcionales como vestirse, lavarse, etc.; deterioro de la memoria; dificultad para aprender nuevas habilidades y rutinas; trastornos afectivos; y dificultad para orientarse) y que puedan establecer su máximo nivel de rendimiento en cada una de las habilidades de la vida diaria, por lo menos una vez al año (mediante instrumentos estandarizados)

Vista la dificultad en el diagnóstico de la demencia en esta población, también Evenhuis (Evenhuis, 1992 citado por Novell et al., 2000) ha propuesto un conjunto de criterios de demencia para personas con retraso mental (adaptados de la CIE-10, World Health Organization, 2007), que se describen de la siguiente forma:

A. Evidencia de deterioro del nivel previo de memoria a corto y largo plazo (observado en actividades de la vida diaria).
B. Como mínimo uno de los siguientes (observado en actividades de la vida diaria):
    1. Alteración del nivel basal de orientación temporal y espacial.
    2. Afasia
    3. Apraxia
    4. Cambio de personalidad.
C. Las alteraciones en A y B interfieren significativamente sobre el rendimiento en el trabajo o las actividades sociales o en las relaciones con los demás.
D. No aparece de forma exclusiva en el curso de un delirium.

En suma, podemos decir que una vez que los efectos de la típica comorbilidad, de la polifarmacia y de la reducida tendencia para expresar las quejas psicológicas (en comparación con las físicas) tornan más difícil el diagnóstico diferencial entre las personas mayores con retraso mental (sobretodo los más severos), es muy importante que la evaluación del deterioro funcional sea realizada de forma regular, en especial en los momentos particularmente más sensibles del ciclo de vida como la vejez. Una propuesta que en el fondo se encuentra de acuerdo con un abordaje a lo largo del ciclo

de vida que procura reconocer la progresión y las consecuencias de enfermedades y de intervenciones terapéuticas específicas (Evenhuis et al., 2000).

4.3. Enfermedad mental

El concepto de enfermedad mental abarca distintas perturbaciones que afectan al funcionamiento y a la conducta emocional y social de las personas de todas las condiciones y en todo el mundo.

Por oposición a la descripción de la OMS de salud mental[98], se entiende por perturbaciones mentales y conductuales como condiciones clínicamente significativas caracterizadas por alteraciones del modo de pensar y de ánimo (emociones) o por comportamientos asociados con la angustia personal y/o deterioro del funcionamiento a distintos niveles, como por ejemplo:

- Funcionamiento cognitivo (dificultades de atención, percepción, concentración, y procesamiento de información, etc);
- Auto-cuidados (deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc);
- Autonomía (deficiente administración, hábitos dependientes, nula utilización de servicios, mal desempeño laboral);
- Autocontrol (discapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc);
- Ocio y tiempo libre (aislamiento, falta de motivación e interés, discapacidad para manejar su ocio e interactuar en la comunidad).

El trastorno mental no es una condición única, mas sí un conjunto de perturbaciones que tienen puntos comunes y que resulta de unas circunstancias internas y externas que alteran el proceso de desarrollo personal.

De hecho, las enfermedades mentales resultan de una compleja interacción entre factores fisiológicos, psicológicos y sociales (factores predisponentes, precipitantes y concomitantes) y pueden surgir en la infancia, en la adolescencia o en la edad adulta, con alteraciones agudas o de evolución prolongada[99]. En otras palabras, podemos decir que la enfermedad mental es una circunstancia sobrevenida en el proceso de desarrollo

[98] La OMS describe la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (World Health Organization, 2001c).

[99] Aunque muchas de las causas de las perturbaciones mentales sean confusas y por veces precedidas de dificultades de orden personal y social, el diagnóstico deberá distinguir claramente entre reacciones normales a situaciones de stress y manifestaciones realmente patológicas.

personal que se caracteriza por un conjunto de reacciones emocionales inapropiadas, con distintos patrones y niveles de gravedad y por un comportamiento socialmente inadecuado y dificultades de comunicación, pero no por insuficiencia de las capacidades intelectuales.

Dentro de los trastornos psiquiátricos graves y crónicos que dificultan e impiden el desarrollo de las capacidades funcionales en relación a los aspectos básicos de la vida, se incluyen, entre otros, la esquizofrenia y la psicosis afectiva.

4.4. Esquizofrenia

La esquizofrenia es un síndrome de extraordinaria importancia y complejidad. Según Andreasen, la atención y el estudio de las personas afectadas por la enfermedad puede tornarse desafiante, fascinante, pero también frustrante (Andreasen & Carpenter, Jr., 1993).

Efectivamente, en términos clínicos no existe un cuadro único, sino que hay múltiples síntomas característicos (síntomas emocionales, cognitivos, de personalidad y de actividad motora); O como señala Carmelo Vázquez: “la esquizofrenia es un trastorno heterogéneo en sus síntomas, su curso y sus formas clínicas” (Vázquez, López, & Florit, 1996). Además, debemos señalar que la historia de la esquizofrenia se encuentra repleta de esfuerzos para homogeneizar los conceptos. Como resultado de los abordajes más tradicionales para identificar los subtipos homogéneos podemos destacar la conceptualización del paranoide[100], catatónico[101] e heberfrénico[102], a que se asocian distintos transcursos de base dialéctica: agudo-crónico, reactivo-proceso o buen pronóstico – mal pronóstico. A título de ejemplo podemos también decir, que se considera que el hebefrénico es el que tiene peor pronóstico y, en cambio, el paranoide y el catatónico (bien como el episodio esquizofrénico agudo) son los que tienen un buen pronóstico (Vaillant 1964; Stephens et al., 1966; Tsuang & Winokur 1974; Carpenter et al., 1976; Carpenter & Stephens 1979; Kendler et al., 1984, 1985, 1988; Gruenberg et al., 1985; Fenton & McGlashan 1991 citados por Andreasen et al., 1993). Otros abordajes de tentativa de homogeneización más recientes han puesto enfoque en los grupos de síntomas, como los positivos y los negativos. Esta perspectiva sistematizada, en términos

[100] Paranoia - designa la presencia de sentimientos como de ser perjudicado, maltratado, perseguido o humillado.

[101] Catatonia - designa un cuadro clínico en el que predomina la tensión motora (muscular) y que posee dos fases: una estuporosa o inhibida (estupor catatónico) y otra excitada (agitación catatónica).

[102] Hebefrenia - cuadro de inicio en la adolescencia, en donde hay una perturbación mental y que irremisiblemente conduce al deterioro del individuo.

generales, considera que los pensamientos, comportamientos y percepciones sensoriales que se encuentran presentes en las perturbaciones mentales (pero no en la población normal) son síntomas positivos[103]. Es decir, síntomas relacionados con el exceso o distorsión de las funciones "normales" como:

- Alucinaciones: percepciones que no existen que pueden ser auditivas, visuales, táctiles, olfativas o gustativas (las dos primeras son las más comunes);
- Ideas delirantes: alteraciones del pensamiento, ideas falsas e irreductibles al razonamiento argumental (p.ej. creer en ideas no sustentadas en la realidad: suelen ser ideas de persecución, de grandeza, religiosos, de celos e hipocondríacos);
- Lenguaje desorganizado e incoherente (pérdidas asociativas entre ideas, incoherencia, discurso ilógico, demasiados detalles y rimas de palabras);
- Comportamiento gravemente desorganizado o conducta bizarra (agitación, discapacidad de organizarse y de mantener la higiene personal) o catatónico (con una disminución de la actividad psíquica y motora hasta llegar a una falta total de atención y rigidez).

Los síntomas que alteran la capacidad de funcionar en la vida diaria, que promueven el aislamiento y la disminución o pérdida de las funciones "normales" (más presentes en la población normal) son los negativos. En esta dimensión, entre las restricciones más comunes podemos encontrar:

- Embotamiento afectivo: no reacción ante estímulos emocionales (p.ej. expresión emocional limitada o déficit en el control de la atención);
- Pobreza del habla/discurso (alogia o contestaciones breves);
- Abulia o apatía: falta de voluntad, discapacidad para persistir o para iniciar una actividad (disminución de la motivación);
- Anhedonia: discapacidad para disfrutar de los placeres o inhabilidad para experiencias con placer.

En realidad, lo que se entiende en el presente por esquizofrenia es el resultado de un conjunto de desarrollos y de transformaciones que cronológicamente afectaron a un concepto en los últimos 100 años y que se pueden plantear en tres periodos distintos: las orígenes: Kraepelin[104], Bleuler[105] y Schneider, el período de expansión del concepto y el

[103] Algunas consideraciones psicopatológicas relacionan los síntomas positivos con reversibilidad y los negativos con mal pronóstico (i.e. dando un mayor peso a los criterios sintomatológicos).

[104] Generalmente se afirma que el concepto de esquizofrenia tiene origen en el concepto de demencia precoz, propuesto por Kraepelin en la 4ª edición de su tratado (Elkis, 2000).

período de la restricción del concepto (Elkis, 2000; Andreasen et al., 1993; Tsuang, Stone, & Faraone, 2000).

Las necesidades clínicas de identificar a los síntomas característicos de la esquizofrenia son en gran medida beneficiadas por Schneider en 1948 y por su descripción de los "síntomas de primera orden" (SPO) que contemplan: escuchar los propios pensamientos en "voz alta" (sonorización del pensamiento); escuchar voces como la forma de argumento y contra-argumento; escuchar, con comentarios, voces que acompañan las propias actividades; tener vivencias de influencia corporal; sentir robo del pensamiento y otras formas de influencia del pensamiento; sentir todo como: hecho o influenciado por los demás en el campo de los sentimientos, impulsos y voluntad; tener percepción delirante (Elkis, 2000).

Con la evolución del concepto, y a pesar de algunas evidencias contrarias, los SPO han permanecido[106], sobretodo en la psiquiatría británica y han influenciado a los sistemas de clasificación internacional más consensuales. La novena edición de la CID (World Health Organization, 1977), por ejemplo, contempla los SPO, añadiendo los disturbios del pensamiento y el embotamiento afectivo, asociados a los delirios y a las alucinaciones. Más recientemente, la clasificación actual de la OMS, la CID-10, siguió privilegiando a los SPO y estableció en un mes la duración mínima de la enfermedad (episodio psicótico agudo) (World Health Organization, 2007; Elkis, 2000; Tsuang et al., 2000).

Con respecto a la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM), parece importante referir que mientras los SPO siguen manteniendo su rol e importancia, el proceso de desarrollo de la propia clasificación transforma estos criterios en uno de los más restringidos del mundo. En una primera instancia son los importantes contributos del "Research Diagnostic Criteria" (RDC) que vienen influenciando sobretodo la tercera

[105] En 1911, Eugenio Bleuler, influenciado por las teorías de Freud y Jung, publica un artículo sobre el pronóstico de la demencia precoz seguido de un libro "Demencia Precoz: el grupo de las esquizofrenias". Utiliza el término esquizofrenia para sustituir al de demencia precoz (por primera vez en 1908), ya que éste se consideró inexacto porque no siempre conduce al deterioro - poniendo un énfasis mayor en la fragmentación de la personalidad que en la evolución. Según el autor, la esquizofrenia (palabra que significa "mente hendida" en su etimología) era la psicosis de la disociación, caracterizada fundamentalmente por una tríada sintomática: autismo, ambivalencia y disociación (Dias Cordeiro, 2005; Elkis, 2000; Andreasen et al., 1993).

[106] Los SPO has influenciado la elaboración del diagnóstico de esquizofrenia con el *Present State Examination* que consecuentemente, con el patrocinio de la OMS, ha servido de base para el *Internacional Pilot Study of Schizophrenia*. Este estudio transcultural permitió concluir que se trataba de un trastorno psiquiátrico universal y que los síntomas comunes eran la falta de "*insight*", las alucinaciones auditivas y verbales, la sonorización del pensamiento, el embotamiento afectivo, las ideas y los delirios de referencia.

edición revisada del DSM[107] (bien como el DSM-IV) y posteriormente con la noción de síntomas positivos (alteración no estructural o Tipo I) y síntomas negativos, (lesión estructural detectable del cerebro o Tipo II) propuesta por Crow (Crow, 1980). Estos últimos que vienen a integrar los criterios A del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

En suma, podemos decir que la esquizofrenia es un trastorno fundamental de la personalidad que interfiere marcadamente con la capacidad para afrontar algunas de las demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad y que, según los criterios diagnósticos, la sintomatología debe estar presente durante al menos un mes y persistir durante al menos seis meses. Sin embargo, y aunque algunos enfermos presentan un curso estable, hay que destacar que el curso de la enfermedad se caracteriza por fases de agudización y fases de remisión de los síntomas. Además, a medida que pasa el tiempo, los síntomas negativos tienden a acentuarse, mientras que los positivos van remitiendo[108].

Segundo Mari y Leitão, es muy rara la ocurrencia de nuevos casos antes de los 10 años o después de los 50 años. Sin embargo, cuando el inicio es insidioso existe alguna dificultad en establecer con precisión el inicio de la enfermedad (Mari & Leitão, 2000). En un estudio realizado por Albus y colaboradores, utilizando una muestra de 197 pacientes admitidos en un hospital psiquiátrico con el diagnóstico de esquizofrenia, se observó que la edad media del primero ingreso era, en cinco años más elevada para las mujeres (30 años) que para los hombres (25 años) (Albus et al., 1994 citados por (Mari et al., 2000). En la revisión sistemática McGrath y colaboradores, es posible constatar también que los descubrimientos de distintos estudios soportan la hipótesis de que la incidencia de la esquizofrenia es mayor en los hombres que en las mujeres e, igualmente, mayor en las ciudades que en áreas mixtas (urbanas y rurales) (McGrath et al., 2004).

Si bien que el estudio de incidencia[109] más influyente (WHO 10 Nation Study) utiliza dos estadísticas distintas en diferentes países, en función de los modelos de clasificación (aunque con metodologías uniformes): un rango de siete a 14 en 100.000

[107] En 1980, la tercera revisión del DSM-III contemplaba en los criterios A la introducción de los síntomas bleulerianos y scheneiderianos, en el criterio B la noción kraepeliniana de “deterioración a partir de un nivel previo” y en el C para allá de 6 meses de historia (noción krepelineana de evolución), la distinción con la enfermedad maníaco-depresiva (American Psychiatric Association, 1980).

[108] La esquizofrenia se puede presentar principalmente asociada a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, puesto que, el tabaco, las drogas y el alcohol permiten reducir los niveles de ansiedad y de depresión provocados por la enfermedad (del 30 al 40% presenta problemas de abuso de alcohol; del 15 al 25% problemas con el cannabis; del 5 al 10 % abusa o depende de la cocaína).

[109] Número de casos nuevos que aparecen en un determinado periodo de tiempo.

habitantes (Dinamarca y Reino Unido, respectivamente), con la aplicación del CATEGO S+[110] y un rango de 16 a 42 en 100.000 habitantes (Hawai y India, respectivamente), con la aplicación del ICD-9 (World Health Organization, 1977) y, equivalentemente, que se venga identificando un número pequeño de la población que claramente se desvía de la tendencia central, al final, subsiste la idea de que en la gran mayoría de los estudios, la prevalencia y la incidencia de la esquizofrenia son similares (Jablensky et al., 1992 citados por McGrath et al., 2004). En este mismo sentido, Crow considera que la evidencia conduce a la conclusión de que la incidencia de la esquizofrenia es independiente del entorno y de las características de la población (Crow, 2000 citado por McGrath et al., 2004).

En todo caso, y aunque la incidencia del trastorno sea relativamente bajo (15,2 por 100 mil habitantes por año (McGrath et al., 2004), esta condición está entre las 20 principales causas de discapacidad (7ª plaza) (World Health Organization, 2008; Saraceno, 2005) y es la 5ª causa global responsable por los años vividos con discapacidad entre los hombre (2,8%) y la 6ª causa entre las mujeres (2,6%) (World Health Organization, 2008). La importante carga de esta enfermedad se debe sobretodo a dos factores: el establecimiento del trastorno en el principio de la fase adulta y la persistencia o fluctuación de los síntomas en dos tercios de los individuos (a pesar de la eficacia de los tratamientos) (American Psychiatric Association, 1994; Saha, Chant, Welham, & McGrath, 2005).

La OMS calcula que existen cerca 26,3 millones de personas con esquizofrenia en el mundo entero y 4,4 millones en Europa. Más en concreto, esta organización estima que en los países desarrollados la prevalencia relativa a las principales condiciones de discapacidad (moderada y severa) se acerque a un 2,2% en las personas con menos de 60 años y a un 0,4% en personas con 60 y más años (World Health Organization, 2008). En un estudio de revisión, desarrollado por Saha y colaboradores (Saha et al., 2005), fue posible identificar las prevalencias medianas de personas por mil habitantes que se estiman de 4,6 en un determinado punto de corte ("*point prevalence*[111]"), 3,3 personas en un periodo de prevalencia ("*period prevalence*[112]"), 4,0 en el tiempo de vida ("*lifetime*

[110] Sistema de clasificación propuesto por Wing y colaboradores, en 1974 ("*The Description and Classification of Psychiatric Symptoms. An Instruction Manual for the PSE and Catego Systems*").

[111] "*Point prevalence"* – basado en el criterio temporal de menos de un mes (p. ej. un día o una semana), una vez que el transcurso de la enfermedad se extiende por meses o décadas (Saha et al., 2005).

[112] "*Period prevalence"* - basado en el criterio temporal de más de un mes y menos de doce meses (Saha et al., 2005).

prevalence[113]") y 7,2 personas dentro del riesgo de morbilidad asociado al tiempo de vida ("*lifetime morbid risk*[114]"). En este mismo estudio, los autores concluyen que en la globalidad la prevalencia de la esquizofrenia no varía con el sexo o en la localización geográfica (al revés de la incidencia). Sin embargo, con respecto a esta última los ratios de prevalencia de género parecen variar más de lo que se creía. El estudio concluye también que la prevalencia de la enfermedad es mayor en los emigrantes que en los individuos nativos.

Con respecto al transcurso de la esquizofrenia, parece importante referir que a pesar de las mejoras prácticas (combinadas) de intervención, los síntomas son en muchas personas persistentes, una realidad que también sobresale de los estudios económicos: coste-efectividad (Andrews et al., 2003 citado por Saha et al., 2005).

Un estudio de Watt y colaboradores con una cohorte de 121 esquizofrénicos, internados por un periodo de 20 meses, reveló que después de cinco años un 48% de los 107 pacientes evaluados presentaban un buen pronóstico, pero con diferentcias estadísticamente significativas entre los sexos. Es decir, las mujeres presentaban mejor pronóstico (68%; n=15) que los hombres (50%; n=13) (Watt et al., 1983 citados por (Mari et al., 2000). En una meta-análisis de 320 estudios sobre el transcurso de la esquizofrenia (entre 1895 y 1992), ha revelado que un 40,2%, de los 51.800 pacientes, presentaban una mejoría en un periodo medio de 5,6 años. Sin embargo, con la aplicación de criterios más amplios el resultado del curso de la enfermedad ha mejorado (46,5%) y empeorado con criterios más restrictivos (27,3%). Este trabajo ha revelado un incremento del pronóstico después de la década de los 50 (48,5%) y un declino del pronóstico (36,4%) en la última década estudiada, probablemente como reflejo del uso de criterios más restrictivos (Hegarty et al., 1994 citados por (Mari et al., 2000).

Según Andrews y colaboradores (Andrews et al., 2004 citado (Saha et al., 2005), con las actuales intervenciones combinadas ("*mix of interventions*"), sólo se puede reducir un 13% de la carga de la enfermedad y mismo con un incremento de la eficiencia dentro de los servicios actuales no se podría ir más allá de un 22% de reducción. Para los autores, incluso si tuviéramos disponibles todos los fondos necesarios ("en el mundo utópico") unos tres cuartos de la carga de la esquizofrenia quedaría intangible.

Como hemos visto, desde el primer momento que se definió la esquizofrenia, se presenta como una enfermedad crónica y de toda la vida. Sin embargo, sobre todo por

[113] "*Lifetime prevalence"* – es la proporción de individuos en la población que alguna vez manifestaran el trastorno y que se encuentran vivos en el momento del escrutinio (Saha et al., 2005).

[114] *"Lifetime morbid risk"* (LMR), también descrito como riesgo de morbilidad o expectativa de riesgo, es la probabilidad de la persona desarrollar el trastorno en un determinado periodo de su vida o después de una edad específica (incluye los fallecidos en el momento de la encuesta) (Saha et al., 2005).

las inherentes dificultades metodológicas, sus manifestaciones específicas han sido poco especificadas (Harvey & Davidson, 2002).

Parte de la variabilidad en el transcurso de la enfermedad, y en la consecuente heterogeneidad de las cohortes, es determinada por la interacción con el "rango" social, familiar y personal. Es decir, los factores como el nivel educacional de los pacientes y sus familias, el estatuto socio-económico y la disponibilidad de los cuidados de salud pueden, por ejemplo, determinar el momento del primer contacto con el sistema de sanidad. Además, los efectos de cambio que ocurren a lo largo de muchas décadas, como las alteraciones en los sistemas de salud o en la percepción pública sobre la severidad de la enfermedad mental, bien como la interacción entre estas alteraciones y el envejecimiento, pueden no ser atractivos o fáciles de evaluar y cuantificar (Harvey et al., 2002).

En 1992, Ram y colaboradores han concluido que los estudios longitudinales sobre la esquizofrenia, realizados en América del Norte y en Europa (existentes desde el reconocimiento de la enfermedad), han contribuido substancialmente para la comprensión de la ocurrencia y del curso de la esquizofrenia. No obstante, mientras señalaban una anterior inadecuación de la definición de los casos (Turner, 1972 citado por Ram, Bromet, Eaton, Pato, & Schwartz, 1992) o una falta de concordancia de diagnóstico (Cooper, 1978, citado por Ram et al., 1992), que habían conducido, en el pasado, a situaciones de error en las investigaciones o desalentado a los epidemiólogos, los autores sugerían también que las clasificaciones modernas presentasen condiciones favorables a un mejor entendimiento sobre la evolución y los predictores de la esquizofrenia (Ram, Bromet, Eaton, Pato, & Schwartz, 1992).

De hecho, aunque se venga avanzando en el conocimiento del curso de la enfermedad, la medida de resultados no se encuentra aún estandarizada, especialmente por la necesidad que existe de considerar no sólo los cambios de la sintomatología, sino también de la calidad de vida del paciente y del uso de los recursos asistenciales, bien como del funcionamiento social y laboral. Es decir, muchas de las investigaciones sobre el curso del estado funcional sugieren que el deterioro registrado en el momento del primer episodio es pocas veces reducido ("*rarely reduced*") las estimaciones aún indican que la proporción de pacientes esquizofrénicos con empleo no ultrapasa el 40%, encontrándose muchos de ellos en contextos de trabajo protegido, no competitivo (Harvey y McGurk, 2000 citados por (Harvey et al., 2002).

Segundo Hegarty (Hegarty et al., 1994, citados por Harvey et al., 2002), en la esquizofrenia, la vida independiente es una excepción, pero no existe evidencia significativa que permita afirmar que el estado funcional se altera de forma marcada con el tiempo o que es alterado por el tratamiento con medicamentos antipsicóticos antiguos. De acuerdo con Medalla (Medalia, Gold, & Merriam, 1988), la medicación con

neurolépticos presenta bajos índices de respuesta cuando existe deterioro de la función cognitiva. Donde podemos concluir que cuanto más severo es el deterioro de la cognición, en momentos más precoces de la enfermedad, peores son los resultados previstos.

También en contraste con la evidencia de los estudios sobre los antipsicóticos convencionales que sugieren pequeños incrementos en la cognición con el tratamiento, se pueden destacar otros estudios que revelan modestos incrementos (longitudinales) en ciertas áreas de funcionamiento cognitivo (Gold y Harvey, 1993; Hoff et al., 1999, citados por Harvey et al., 2002). Estas revelaciones sugieren la diversidad en el curso del déficit cognitivo, incluso en los primeros tiempos de la enfermedad, aunque también indiquen que no existen patrones consistentes de dimensiones específicas de incremento. Además, mientras exista evidencia sobre el deterioro de la función cognitiva asociada con la duración de la enfermedad, obtenida en estudios con pacientes con más tiempo de enfermedad, en pacientes con múltiples episodios psicóticos y en pacientes mayores con psicosis continuada, aún existe una marcada heterogeneidad en el recobro del funcionamiento cognitivo, después del primer episodio. Por ejemplo, en un estudio con una muestra de “pacientes de primer episodio”, (Ho et al., 1999 citados por (Harvey et al., 2002) los autores han observado que más de la mitad de la muestra recibió soporte de dinero público durante 12 meses y menos de un 25% tenían trabajo o entraron en el colegio, después del primero episodio. Sin embargo, y a pesar del incremento en la cognición en algunos pacientes en el momento del primer episodio, la manutención del déficit cognitivo y funcional fue la regla.

En todo caso, los déficits cognitivos son comunes y relativamente severos en el momento del primer episodio y el deterioro afecta a casi todos los aspectos de la cognición. Con todo, algunas de las áreas específicas del deterioro son distribuidas de forma no uniforme. Por ejemplo, el déficit de memoria, abstracción y atención son más severos que el déficit en las habilidades verbales y perceptivas (Saykin et al., 1991 citados por (Harvey et al., 2002). Además, el deterioro medido en la remisión del primer episodio, sobrepone el déficit que caracteriza el desempeño cognitivo premórbido (entre un tercio y dos tercios de la desviación típica), lo que despierta la hipótesis de esto poder reflejar el proceso de deterioro progresivo (Harvey et al., 2002).

Harvey y Davidson consideran que la mayoría de los estudios que han seguido a los pacientes entre dos y cinco años, después del primer episodio de la enfermedad, han provisto de mucha información sobre el curso temprano de los síntomas positivos y negativos, el funcionamiento cognitivo y el estado funcional, bien como información sobre la respuesta al tratamiento (Harvey et al., 2002).

En verdad, mientras el deterioro cognitivo viene siendo cada vez más, reconocido como una importante característica de la esquizofrenia, el conocimiento más especifico, por ejemplo, sobre los síntomas negativo y el deterioro cognitivo también han contribuido para ampliar la comprensión sobre los dos aspectos de la enfermedad. En este sentido, parece importante, aquí, referir que distintas evaluaciones de pacientes esquizofrénicos constatan una elevada estabilidad de los síntomas negativos y del deterioro cognitivo a lo largo del tiempo (Harvey, Docherty, & Serper, 1990; Harvey et al., 1995; Harvey et al., 1996). Además, algunos trabajos han confirmado que la elevada prevalencia de deterioro cognitivo y funcional en la población con esquizofrenia no es fácilmente explicable por factores externos, como por ejemplo el inicio o descontinuación del tratamiento con neurolépticos típicos por más de un año, sin efecto (modificativo) sobre el funcionamiento cognitivo (Putnam et al., 1996), o con la presencia de enfermedad física (comorbilidad) que no se presenta relacionada con la severidad de los síntomas clínicos (Harvey, Leff, Trieman, & Davidson, 1997).

Además, con respecto a los tratamientos, parece aún importante referir que aunque los pacientes contengan, en una grande mayoría de las veces, una larga historia de prácticas de tratamientos somáticos, no se ha probado que situaciones como la exposición a la electroconvulsivoterapia, la leucotomía (lobotomía prefrontal), el coma insulínico, y los neurolépticos de “toda la vida” presenten relación con el deterioro cognitivo y funcional severo (Davidson et al., 1995; Harvey et al., 1993; Harvey et al., 1999).

En suma podemos decir que los pacientes esquizofrénicos presentaron un mal desempeño en muchos testes cognitivos (Braff et al., 1991; Heaton et al., 1994; Saykin, Gur, Gur, & et al., 1991; Braff et al., 1991; Heaton et al., 1994; Saykin et al., 1991) y que el deterioro es muy diverso a nivel de sus manifestaciones. Es decir, individualmente, estos pacientes, difieren considerablemente en el nivel absoluto de desempeño (en los distintos testes) (Gold & Harvey, 1993). No obstante, el área de investigación que asocia el deterioro cognitivo a las alteraciones funcionales en la esquizofrenia ha despertado un incremento de atención y ganado más importancia a la media que los individuos con disturbios mentales graves alcanzan la vejez.

4.4.1. Esquizofrenia y vejez

Hasta principios de la década de los noventa, del siglo pasado, la caracterización de los pacientes esquizofrénicos con más de 55 años era sobretodo desarrollada con base en interpretaciones especulativas. En 1993, entre todas las investigaciones sobre esquizofrenia, las estimaciones indicaban que sólo un 5% de los estudios incluían

pacientes con más de 55 anos (Belitsky y McGlashan, 1993 citados por Harvey et al., 2002) y de acuerdo con el “sentido común”, entre los 55 y los 60 años la enfermedad había ya hecho su curso, los síntomas psicóticos estaban extintos y la mayoría de los pacientes no necesitaban o no se beneficiaban de medicación. Sin embargo, después del referido momento, se ha producido una substancial cantidad de investigaciones sobre la esquizofrenia y la vejez, que se tornó en uno de los más acelerados temas en desarrollo y que ayudó a refinar el pensamiento sobre la esquizofrenia en general (Harvey et al., 2002).

Una de las fuentes del sentido común que sugería el establecimiento del curso de la enfermedad hasta la vejez estaba relacionada con los descubrimientos (consistentes) sobre la estabilidad sintomática, cognitiva y funcional después de los primeros episodios. En otras palabras, en general, se consideraba que no existía evidencia que indicase que el deterioro cognitivo y funcional se desvaneciese (remisión) después de un corto periodo. Asimismo, se viene a discurrir que las posibles ganancias en los estados cognitivo y funcional conllevan un sentimiento de “no confianza” en las medidas utilizadas para evaluar estas variables. Además, cuando hablamos de edades más avanzadas, algunas de las conclusiones sobre las variaciones de la función en los pacientes esquizofrénicos parecen ser exageradas o incongruentes. Pues, mientras en algunos pacientes esquizofrénicos más jóvenes el déficit cognitivo y funcional observado parece incrementar con la vejez, en otros se considera que la enfermedad tiene un curso estable sin declino de funcionalidad o que no existen síntomas residuales en la fases más avanzada de la vida.

Es cierto que cuando se pretende estudiar a los pacientes mayores con esquizofrenia, la gran cantidad de información disponible hace sobresalir asuntos importantes, como el tema de los cambios en la vejez atribuidos al curso natural de la enfermedad o como resultado de las comorbilidades (adicionales). En todo caso, aunque el curso de la esquizofrenia en esta fase de la vida no se encuentre aún bien delineado, podemos decir que el deterioro cognitivo severo es una de las principales correlaciones que más se ha puesto en evidencia (por las repercusiones negativas que tienen en la salud) (Arnold, Gur, Shapiro, & et al., 1995; Harvey et al., 1999; Perlick, Mattis, Stastny, & Teresi, 1992). Es decir, mientras se afirma que no existe deterioro del funcionamiento cognitivo de los pacientes esquizofrénicos, a lo largo del tiempo (Goldberg, Hyde, Kleinman, & Weinberger, 1993a), es cierto que el profundo deterioro cognitivo y funcional que se observa en algunos pacientes geriátricos con esquizofrenia crónica indica que algún cambio ha ocurrido, en algún momento, después del primer episodio de la enfermedad.

Los déficit cognitivos y funcionales parecen incrementarse de forma más significativa en pacientes que contemplan en su trayectoria de vida alteraciones funcionales más severas. Con respecto a esto, mientras Gupta y colaboradores concluyen que el deterioro cognitivo severo y los síntomas negativos se encuentran asociados con los bajos niveles de funcionamiento adaptativo (Gupta et al., 2003), Harvey considera que entre los principales factores de riesgo (para estas alteraciones) se encuentran la baja escolaridad y los síntomas positivos más severos, con excepción de los síntomas severos de enfermedad física (Harvey, 2001).

Este deterioro cognitivo y funcional severo de los pacientes geriátricos ha sido, asimismo, descrito en distintos centros psiquiátricos (Arnold, Gur, Shapiro, & et al., 1995; Harvey et al., 1997; Harvey et al., 1999), pues muchas de la personas mayores con largo histórico de esquizofrenia acaban teniendo un déficit adaptativo severo, deterioro cognitivo y síntomas sicóticos, sobretodo los que están institucionalizados (Klapow et al., 1997; Palmer et al., 1997).

Al mismo tiempo que se reconoce la existencia de antecedentes que revelan un acentuado déficit en la cognición y en el estado funcional, entre los pacientes con más de 65 años y con patología de largo curso (sobretodo los que presentan historia de cuidados institucionales a largo plazo) (Harvey et al., 2002), parece importante referir que en relación a personas mayores con trayectorias de vida menos saludables y con institucionalización crónica, mientras los estudios transversales relatan un deterioro cognitivo profundo en cierto tipo de pacientes mayores esquizofrénicos, los estudios longitudinales (de 30 o más meses) revelan deterioro funcional y cognitivo (Harvey, 2001).

Sin embargo, un importante estudio longitudinal (conducido por un grupo del "*Mt. Sinai School of Medicine*", desde 1980) ha demostrado que los pacientes mayores manifiestan síntomas (esquizofrénicos) positivos y negativos, de moderados a severos, no disímiles de los síntomas presentes en pacientes institucionalizados más jóvenes. Además, muchos de estos pacientes mayores presentan un desempeño cognitivo y social compatible con la demencia que no se explica por el tratamiento somático, tiempo de internamiento, pobre motivación y educación, o comorbilidad. En concreto, el estudio demostró que factores como la psicocirugía, el coma insulínico, la electroconvulsivoterapia y la severidad de los síntomas negativos, también, no explican el deterioro cognitivo (Davidson et al., 1995). Ya con respecto a los indicadores de suceso educacional (y motivacional), aunque se haya descubierto un nivel de educación medio de 11 años, en una submuestra (y un nivel de lectura superior al grado 10), la media actual de los resultados en la escala MMSE (Folstein, Folstein, & McHgh, 1975) era de 20 puntos (consistente con el "diagnóstico" de demencia moderada) (Davidson & Harvey,

1995 citados por (Harvey et al., 2002). En otro estudio con 38 pacientes con esquizofrenia crónica, con edades entre los 85 y los 94 años, Davidson y colaboradores han encontrado un resultado medio de 9,6 puntos en el MMSE. Lo que nos indica que a pesar de presentar un bajo nivel de escolaridad (cerca de 8 años de educación formal), es poco probable que este resultado refleje el nivel de funcionamiento a la altura del primer surto esquizofrénico (Davidson et al., 1995). Asimismo, parece existir un deterioro funcional de algunos pacientes mayores institucionalizados con esquizofrenia que se encuentra relacionado con el funcionamiento premórbido, anterior al primero surto.

Efectivamente, esta asociación entre la esquizofrenia, los perjuicios cognitivos múltiples y el declive del funcionamiento ha sido razón por la cual esta enfermedad fue denominada de demencia precoz. Pero, el daño cognitivo asociado con la esquizofrenia es menos severo que el daño que se observa en la demencia[115]. Es decir, a pesar de mostrar déficit funcionales y cognitivos profundos en pacientes mayores con esquizofrenia, los estudios neuropatológicos no han encontrado evidencias de las típicas causas de deterioro cognitivo severo (Friedman, Harvey, Kemether, Byne, & Davis, 1999). Efectivamente, los estudios neuropatológicos post mortem, de pacientes mayores esquizofrénicos, han indicado que el deterioro profundo, que había sido observado en pacientes que también presentaban criterios de demencia, no podría ser atribuido a demencias degenerativas como la enfermedad de Alzheimer (Harvey et al., 1999; Powchik et al., 1998; Purohit, Perl, & Haroutunian, 1998). Otros dos estudios sobre los enfermos mayores con esquizofrenia también han identificado perfiles de desempeño diferencial y con “disociaciones dobles” que les permite diferenciar de los pacientes con identificación clara de demencia. Además, los déficit diferenciales no pueden ser provocados por un único factor constante, como el fracasar en la aplicación de un esfuerzo adecuado durante la evaluación. Estos datos sugieren que los estudios con pacientes de larga estancia con peores resultados, aunque repasen claramente el contexto de la población más seriamente afectado, no son enormemente enviejados por los más obvios factores, asociados a la larga estancia (Heaton et al., 1994; Davidson et al., 1996 citados por (Harvey et al., 2002).

También Friedman y su equipo han revelado, en un estudio de acompañamiento a lo largo de seis años (Friedman et al., 2001), que los pacientes esquizofrénicos institucionalizados presentan un patrón de alteraciones cognitivas, relacionado con la edad, distinto de los patrones observados en pacientes con enfermedad de Alzheimer o

[115] La esquizofrenia difiere de la demencia en distintos aspectos, como por ejemplo: la edad de inicio (normalmente más precoz), el modelo sintomático característico y la ausencia de una condición médica general etiológica o sustancia específica.

en individuos sin enfermedades. En este caso particular, el estado cognitivo y funcional de los pacientes esquizofrénicos se ha mantenido bastante estables hasta edades más avanzadas (después de los 65 años) sugiriendo, así, que las alteraciones cognitivas no ocurren en pacientes más jóvenes (por lo menos en un intervalo de seis años). Es decir, no existen dudas de que los pacientes crónicos institucionalizados tienen bajos niveles de funcionamiento premórbido en los dominios de la educación, social, ocupacional y habilidades de vida independiente (como esperado en los estudios con pacientes jóvenes).

Algunos autores sugieren inclusivamente que un periodo de exacerbación sintomática, en un escenario de psicosis crónica, puede tener el potencial para inducir deterioro cognitivo a través de procesos aún no conocidos. Es decir, los estudios futuros con pacientes esquizofrénicos deben procurar determinar si el deterioro funcional ocurre en un determinado momento aislado, en pacientes más jóvenes con malos resultados o en pacientes mayores cuyo transcurso de la enfermedad haya sido más favorable (Harvey et al., 1999).

En todo caso, la historia funcional de estos pacientes institucionalizados es inconsistente con la idea de que su estado actual de deterioro sea también el nivel de funcionamiento de toda la vida. Además, los relatos sobre pacientes sin histórico de institucionalización no revelaran estas evidencias de alteraciones cognitivas relacionadas con la edad y de declino (longitudinal) del estado cognitivo o funcional. Segundo, Harvey y su equipo, los efectos de la institucionalización crónica no pueden ser excluidos, de forma conclusiva, como factores causales del deterioro profundo, pero es poco probable que sea la única causa, porque el nivel de variación inter-sujetos encontrado, en el deterioro funcional y cognitivo, se ha revelado muy superior que la variación del rango de la enfermedad o el rango del tiempo de institucionalización actual. Es decir, si todos los pacientes se presentan institucionalizados de forma crónica, esta variable no puede ser responsable de la variación, entre los pacientes, de su estado funcional global. Siguiendo la misma lógica, los autores consideran también que en pacientes psicogeriátricos de larga duranción con deterioro cognitivo y funcional profundo de incidencia reciente, no se puede establecer causalidad con los efectos de la institucionalización crónica (22).

A reforzar lo que hemos venido expuesto, se señala otro estudio de Harvey y colaboradores en el cual se ha demostrado que los pacientes esquizofrénicos hospitalizados, con un precurso de cronicidad, mantienen estables tanto los síntomas negativos de la enfermedad (en conjunto), como los muchos aspectos del deterioro cognitivo. Los autores afirman, inclusivamente, que el deterioro cognitivo es aparentemente un aspecto autónomo de la sintomatología esquizofrénica que funciona en común con algunos síntomas negativos (Harvey et al., 1996).

Vemos, así, que existe falta de datos sobre el curso de vida de los déficit cognitivos y funcionales en la esquizofrenia que no nos permite concluir de forma clara si el déficit del funcionamiento, observados en pacientes mayores institucionalizados con esquizofrenia, es resultado del deterioro del estado cognitivo y funcional o si es una característica relacionada con muchos años de vida ajustados. De este modo, con respecto a estos pacientes, se pueden plantear hipótesis con potencial metodológico, como por ejemplo las dificultades en identificar el verdadero estado premórbido, los tratamientos de largo plazo con medicamentos antipsicóticos, los tratamientos somáticos extremamente evasivos, la institucionalización y la desmoralización, que potencialmente llevan a una pobre motivación para colaborar con las evaluaciones (Harvey et al., 2002).

En suma, podemos decir que el deterioro cognitivo es una de las características más importante de la esquizofrenia y que los datos obtenidos en países desarrollados indican que en pacientes esquizofrénicos institucionalizados, el bajo nivel educacional y los síntomas positivos más severos se encuentran asociados con el incremento del declino funcional, antes de la intervención ("en la línea de base") (Harvey et al., 1999). Sin embargo, existen muchos otros aspectos de la enfermedad que no han sido ampliamente estudiados en pacientes mayores y una vez que seguimos acumulando evidencias sobre las progresivas alteraciones cerebrales a lo largo de la vida de los pacientes con esquizofrenia, el transcurso del déficit cognitivo en la vejez debe ser mantenido como un tópico importante, por un lado, para mejor comprender el trayecto de la esquizofrenia y, por otro, para desarrollar intervenciones centradas en la reducción de la discapacidad en la enfermedad.

4.5. Trastornos Bipolares

(Psicosis Maníaco-depresiva o Psicosis Afectiva)

Los trastornos bipolares son una de las entidades más clásicas de la psiquiatría, con una estimativa consistente de la prevalencia en el mundo (global) que se acerca de los 29.5 millones de personas. Segundo la OMS, es la novena principal causa global de años vividos con discapacidad, estando en 7ª plaza entre los hombres (2,5%) y 8ª plaza entre las mujeres (2,3%) (World Health Organization, 2008; Saraceno, 2005).

Su antigua denominación de psicosis maniacodepresiva (eventualmente la más conocida) se debe a Kraepelin[116] que reunió en esta entidad los cuadros de manía y

[116] El psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856-1926) es considerado el fundador de la psiquiatría científica moderna (Llinares Zaragoza, 2009; Goodwin & Sachs, 2004; Mondimore, 2003). Según, la Revista Española de Neuropsiquiatría "a él le debemos las concreciones de la orientación atomista de la psicopatología, los

melancolía[117] (Goodwin et al., 2004; Mondimore, 2003). Pero esta condición también se conoce con el nombre de psicosis afectiva[118]. Con el desaparecimiento de estos dos términos, en la CIE-10 (World Health Organization, 2007) y del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), el uso de la designación bipolar ha asumido una mayor relevancia en la literatura científica.

A grandes rasgos, podemos decir que la designación "trastorno bipolar" surge porque la persona oscila entre dos polos opuestos que se repiten a ciertos intervalos de tiempo: el sentimiento exagerado de bienestar, o manía, y la depresión (Llinares Zaragoza, 2009). Es cierto que el estado de ánimo de los seres humanos oscila permanentemente entre la felicidad, la tristeza y la irritabilidad, sin embargo, lo normal es que estas variaciones sean de poca magnitud, transitorias y que no interfieran con la vida diaria. Efectivamente, en la manifestación patológica, durante la fase maníaca de la enfermedad, que puede durar entre varios días a meses, es frecuente observar cambios en el apetito y pérdida o ganancia de peso. Generalmente, la persona tiende a ser exageradamente activa, con una muy elevada autoestima y gran tendencia a involucrarse en actividades que pueden llegar a ser de elevado riesgo. Aquí, la sensación de grandeza y omnipotencia característica puede conducir a conductas de riesgo, como abuso de alcohol o sexo inseguro (con riesgo de adquisición de enfermedades de transmisión sexual). Por otro lado, durante la fase de depresión el afecto de la persona gira hacia el extremo opuesto. Es decir, ocurre una pérdida de autoestima y energía, bien como una disminución del interés por cualquier tipo de actividades y en la capacidad para experimentar placer, que inclusivamente puede llevar a pensamientos suicidas (Goodwin et al., 2004; Mondimore, 2003).

---

logros más notorios en la disección y separación de la patología mental en trastornos y enfermedades mentales independientes" (Consejo de Redacción, 1998).

[117] Las deliberaciones a cerca de la relación entre la melancolía y la manía se remontan por lo menos al siglo I A.C., como fue apuntado por Sorano de Éfeso (médico griego, siglo I D.C.): "los seguidores de Themison, así como muchos otros, consideran la melancolía como una forma de la enfermedad maníaca". Sorano creía que la melancolía y la manía eran dos entidades distintas pero que compartían síntomas prodrómicos y requerían tratamientos similares. Con sus palabras: "la manía era un trastorno de la razón con delirios; estados fluctuantes de ira y euforia, aunque algunas veces de tristeza e inutilidad..." (Jackson, 1986 citado por Llenares Zaragoza, 2009).

[118] Segundo el Diccionario Mosby Pocket de Medicina, Enfermería y Ciencias de la salud la psicosis afectiva ("affective psychosis") es la reacción psicológica en la que el funcionamiento del ego está alterado y cuyo signo clínico esencial es un grave trastorno del estado de ánimo o de la emociones (Mosby Staff, 2004). En la novena revisión de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-9), el diagnóstico de psicosis afectiva,se encuentra insertado en la categoría mayor de trastorno mental: otras psicosis, y corresponde al diagnóstico 296 (World Health Organization, 1977).

Las manifestaciones de la enfermedad bipolar, sin embargo, no son iguales en todas las personas afectadas. Existen diferentes tipos según exista o no un agente externo que la pueda desencadenar, y de acuerdo con las características que manifieste el paciente. En algunas personas predominan los episodios maníacos, en otras el estado depresivo, observándose casos también en que los patrones de comportamiento son cíclicos. En algunos casos particulares, ocurren cambios notorios en el estado de ánimo que ocasionan que una persona esté en extremo feliz y en poco tiempo venga a sufrir de depresión ("ciclos rápidos") (Goodwin et al., 2004; Mondimore, 2003).

Mientras se señalen distintas propuestas de clasificación para diferentes subgrupos (como por ejemplo la manía farmacógena, ciclotimia, depresión con historia familiar de trastorno bipolar o manía unipolar) los criterios más consensúales parecen reforzar la división del grupo bipolar en dos subgrupos: bipolar I (hospitalización por manía) y bipolar II (hipomanía sin requerir hospitalización) (Dunner et al., 1983 citado por Ruiloba, 2006). Esta división, creada por Fieve y Dunner y que había ya sido contemplada en la novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (World Health Organization, 1977), para representar la psicosis maniacodepresiva maníaca (296.1 o trastornos bipolares del tipo I) y la psicosis maniacodepresiva-depresiva junto a episodios de hipomanía (296.2 - bipolar tipo II) (Fieve y Dunner, 1975 ciados por (Criado-Alvarez, Domper Tornil, & Rosa Rodriguez, 2000), vuelve a estar presente en la cuarta edición del Manual Diagnóstico Estadístico (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994), que divide los trastornos del ánimo en depresivos y bipolares, y añade otros dos subgrupos: el trastorno ciclotímico (presencia de al menos dos años de reiterados síntomas hipomaníacos[119] y síntomas depresivos alternados) y trastorno no especificados (trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún trastorno bipolar específico).

En términos más concretos, y de acuerdo con la DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), podemos resumir la caracterización de los subgrupos de la siguiente manera (Spoerri, 1975; Mondimore, 2003; Kowatch, Sethuraman, Hume, Kromelis, & Weinberg, 2003; Akiskal & Pinto, 1999; Ruiloba, 2006; Pascual & Ferrer, 1997; Vieta, Gast≤, Otero, Nieto, & Vallejo, 1997):

- Trastorno Bipolar I – es la forma "clásica" de la enfermedad y se caracteriza por la ocurrencia de uno o más episodios maníacos o mixtos, con o sin historia de uno o más episodios depresivos. Este subgrupo tiene frecuentemente inicio con un episodio depresivo y es un trastorno

[119] La hipomanía es un estado semejante a la manía, en grado más leve, que aparece en el inicio de los episodios de manía.

recurrente. La mayoría de los enfermos vive tanto episodios depresivos como maníacos (aunque un 10 a 20% solamente sufra de episodios maníacos). Típicamente, los episodios maníacos se establecen de forma rápida (horas o días), aunque puedan también tardar algunas semanas. Cuando ocurren cuatro o más episodios de trastorno de ánimo por año, se denomina de ciclos rápidos (o ciclación rápida). Se calcula que un 90% de las personas que han tenido un episodio maníaco podrán venir a desarrollar otro. Los síntomas cognitivos más comunes son: la sensación de mayor concentración y el pensamiento alterado (pensamientos rápidos) ;

- Trastorno Bipolar II - se caracteriza por la ocurrencia de uno o más episodios depresivos, acompañados de por lo menos un episodio hipomaníaco. Aquí la depresión es recurrente y enérgica, muchas veces con características atípicas y los episodios hipomaníacos en general son eufóricos, siendo caracterizados por elación del ánimo e hiperactividad. Aunque con síntomas menos graves (que el tipo I), los enfermos pasan cerca de un 70% del tempo con síntomas (sobretodo depresivos), o que tienden a generar una mayor discapacidad. Los síntomas cognitivos más comunes son: la falta de concentración, la falta de memoria, la indecisión y la lentitud de pensamiento;
- El trastorno ciclotímico (tercer subgrupo) es también un trastorno de ánimo crónico e inestable que abarca muchos períodos de síntomas hipomaníacos y de síntomas depresivos. Estos dos, sin embargo, no se presentan en gran número, intensidad, duración y con globalidad suficientes para encuadrar en episodio maníaco y episodio depresivo *major*, respectivamente;
- El trastorno no especificado – en este último subgrupo es posible encontrar: los casos de cambio muy rápido entre los síntomas maníacos y depresivos que no cumplen los criterios de duración exigidos para episodios maníacos o depresivos *major*, los episodios hipomaníacos recurrentes con síntomas depresivos intercurrentes o mismo un episodio maníaco o mixto sobrepuesto a un trastorno delirante, a esquizofrenia residual o un trastorno psicótico no especificado.

No se conocen con exactitud las causas de estas condiciones, pero se sabe que ciertas alteraciones de sustancias específicas a nivel cerebral (Aylward et al., 1994; Strakowski et al., 1999) y a nivel bioquímico (Yildiz, Sachs, Dorer, & Renshaw, 2001) están relacionados con el origen del trastorno bipolar. Igualmente, factores psicológicos y

hereditarios[120] (o genéticos) (Craddock & Jones, 1999; Mondimore, 2003; Vieta et al., 1997) tienen un rol en su desarrollo (Goodwin et al., 2004; Mondimore, 2003).

Con respecto al tratamiento, a pesar de los evidentes progresos logrados, la enfermedad bipolar es una condición sobre la cual no se conoce, hasta el momento, ninguna manera de prevención o de cura total. Es decir, aunque durante los primeros períodos de la enfermedad, y cuando sus manifestaciones están más exacerbadas, pueda ser necesario hospitalizar a la persona, para controlar los síntomas, se entiende que la mejor forma de tratar la enfermedad bipolar es con la adopción de múltiples fármacos (Kowatch et al., 2003) y en particular con el uso de medicamentos que controlan los cambios de estado de ánimo (Mondimore, 2003; Vieta et al., 1997). Existen en general, tres grupos de medicamentos empleados en la enfermedad bipolar (Goodwin et al., 2004; Mondimore, 2003):

- Medicamentos estabilizadores del afecto que ayudan a controlar los cambios de ánimo de la persona y constituyen el pilar del tratamiento en la mayoría de casos - incluyen litio[121], carbamazepina y ácido valproico (usados principalmente durante la fase maníaca) ;
- Antidepresivos utilizados en fases de ánimo deprimido;
- Antipsicóticos o "tranquilizantes mayores" que son efectivos durante las crisis, porque actúan de forma más rápida que los estabilizadores del afecto. En dosis bajas ayudan a combatir el insomnio y la ansiedad, mientras que a dosis mayores, controlan las alucinaciones. Los principales son clorpromazina, melleril, estelazina y haloperidol, entre otros.

Con todo, parece importante referir que estas drogas no inician su acción de forma inmediata. Asimismo, en el intervalo, es común emplear tranquilizantes que prevengan actos violentos o destructivos y en crisis muy severas se ha empleado la terapia electro-convulsiva (un tratamiento psiquiátrico que ha demostrado efectividad en algunos casos). En suma, se considera consensual que el adecuado manejo fármaco-terapéutico, en conjunto con medidas complementares y efectivas (como la psicoterapia o los grupos de apoyo, tanto para el paciente como para su familia), permite la incorporación del individuo a la sociedad e impide las consecuencias, a veces devastadoras, que esta alteración puede traer (Mondimore, 2003; Pascual et al., 1997).

---

[120] Los estudios de investigación muestran que entre los familiares de personas con enfermedad bipolar el riesgo de presentarla es mayor, aunque se desconoce con exactitud los mecanismos de herencia (Mondimore, 2003).

[121] El medicamento para la enfermedad bipolar más antiguo y reconocido de todos es el litio. Una vez formulado, es importante realizar exámenes de sangre para controlar sus concentraciones, y así evitar una posible intoxicación.

En el contexto epidemiológico, podemos decir que los estudios más recientes demuestran una baja prevalencia de tasas de trastornos bipolares. El estudio de Weissman y colaboradores ("*Epidemiological Catchment Area Study*"), basado en secuencias de entrevistas (fiables) orientadas por el DSM-III y el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1987; American Psychiatric Association, 1994), ha identificado un tasa de prevalencia de un 1,3% para el total de los trastornos bipolares - 0,8% para el los trastorno bipolar I y 0,8% para el los trastorno bipolar II (Weissman et al., 1990, citado por Angst, Gamma, & Lewinsohn, 2002). Un segundo estudio ("National Comorbidity Survey") ha reportado una prevalencia de un 1,6% de episodios maníacos al largo de la vida (Kessler et al., 1994, citado por Angst et al., 2002). Sin embargo segundo Angst y colaboradores existe un incremento rápido de evidencias, relacionadas con los límites del espectro de la bipolaridad (es decir, relacionadas con proporciones relativas y no con prevalencias), que sustentan las anteriores conclusiones de que cerca de un 25% a un 50% de los casos de depresión *major* son patologías bipolares (Angst, Gamma, & Lewinsohn, 2002).

Si bien que la mayoría de los estudios no encuentra diferencias a nivel de género en la frecuencia de presentación del trastorno bipolar, sí parece cierto que las mujeres presentan, en proporción, menos episodios maníacos y un mayor riesgo de ciclos rápidos que los hombres (Coryell et al., 1992; Valle, 1995; Leibenluft, 1996 citados por Pascual et al., 1997). En el mismo sentido, Angst y colaboradores han concluido que más allá de la ciclación rápida, también son más frecuentes las hospitalizaciones psiquiátricas entre las mujeres. Con todo, la revisión de Weissman y colaboradores sobre los estudios epidemiológicos en poblaciones con trastorno bipolar no reveló diferencias significativas en la dimensión de género (Weissman et al., 1993 citado por Pascual et al., 1997).

Con respecto a las edades de incidencia, Goodwin y Jamison, en una compilación de datos referentes a diez estudios realizados a 1304 pacientes con trastorno bipolar, han encontrado la mayor frecuencia de presentación entre los 20 y 30 años de vida, y un pico menor en la adolescencia (Beltrán Aleu, 2004). De acuerdo con McMahon y colaboradores (McMahon et al., 1994 citado por Pascual et al., 1997), las también edades de inicio de los trastornos bipolares I y II son similares. Sin embargo, Pascual y Ferrer (Pascual et al., 1997), aunque acepten existir una distribución nominal, con una media alrededor de los 30 años (menor que la del trastorno depresivo y con un rango de riesgo menos amplio) consideran también como aceptable un incremento progresivo de la incidencia hasta los 35 anos (aproximadamente) y una disminución con la edad, de forma más lenta hasta los 50 años y luego más evidente.

A lo largo de la vida, las personas que sufren perturbación bipolar presentan muchas veces episodios severos y de incapacidad y se convierten en grandes usuarios

de los servicios de salud mental (y de los servicios de salud en general). Asimismo, el diagnóstico de la enfermedad bipolar sugiere una clara evaluación de las alteraciones en el funcionamiento del individuo, que ayude a comprender el impacto a nivel de las habilidades para trabajar, estudiar, vivir de forma independiente o participar en actividades y redes sociales. Sin embargo, tanto la funcionalidad (concepto enredado que condiciona la esfera personal, familiar social y laboral), como la propia naturaleza compleja de la enfermedad pueden complicar la evaluación del deterioro.

En verdad, los factores asociados con las manifestaciones de funcionalidad (resultados) varían de estudio para estudio y son difíciles de replicar, sobretodo por el uso de distintos abordajes y de distintos instrumentos de evaluación de la funcionalidad. Sin embargo, los estudios más recientes han descubierto que la mayoría de los pacientes bipolares presentan evidencias de rangos elevados de deterioro funcional y, contrariamente a algunos resultados de estudios más antiguos, que sorprendentemente relataban efectos favorables a largo plazo a nivel de la funcionalidad, en el presente, la mayoría de los estudios longitudinales de corto y largo plazo identifican un elevado porcentaje de pacientes con deterioro, por lo menos, en una de las principales áreas de funcionamiento global. Muchos de estos estudios describen inclusivemente que los pacientes tienen un grado significativo de morbilidad y disfuncionalidad durante el acompañamiento (Zarate, Tohen, Land, & Cavanagh, 2000). Los resultados funcionales del estudio de Dion y colaboradores, por ejemplo, han revelado que al final de seis meses solamente un 40% de los 67 sujetos tenía capacidad para trabajar o estudiar y que apenas un 36% estaba apto a vivir de forma independiente (Dion et al., 1988 citado por Zarate et al., 2000).

Algunos factores en particular han sido reportados como principales predictores de peores resultados funcionales, como por ejemplo la presencia de síntomas entre episodios, la presencia de síntomas psicóticos y el funcionamiento prémorbido. Pero, existen algunos otros factores clínicos que parecen estar asociados con una peor recuperación después de la hospitalización inicial en función del primer episodio, como su aparición en una edad inferior a los 30 años, la comorbilidad y ser soltero (Tohen et al., 2000 citado por Zarate et al., 2000). Es decir, mientras se vienen estudiando las manifestaciones maníacas, desde que se reconoció por la primera vez el diagnóstico, revelando sobretodo la recuperación de los episodios afectivos *major* (i.e. manía, depresión y estados mixtos), al revés, se ha dado muy poco énfasis a los resultados psicosociales de los pacientes con trastorno bipolar (Zarate et al., 2000).

En este sentido, también en contraste con estudios anteriores, algunas investigaciones más recientes registran un grado de disfunción psicosocial, incluso cuando los pacientes se encuentran eutímicos (Matinez-Aran et al., 2007). Un estudio

longitudinal de Tohen y colaboradores, por ejemplo, ha revelado que aunque la gran mayoría (un 94%) de los 219 sujetos diagnosticados con trastorno psicótico afectivo haya recuperado en términos sindromáticos (dejar de tener criterios para episodio de manía o depresión), solamente un 37% ha conseguido recuperar la funcionalidad que tenía anteriormente (al episodio más reciente). Además, el estudio permitió concluir que un internamiento de corto plazo no tiene impacto sobre el tiempo o el tipo de recuperación en ambas dimensiones (Tohen et al., 2000 citado por Zarate et al., 2000).

En suma, podemos decir que los resultados de los estudios más recientes permiten asociar distintos factores a los peores resultados funcionales, como por ejemplo: el abuso de substancias, los efectos adversos de la medicación, la historia anterior de síntomas psicóticos, el bajo funcionamiento premórbido, la persistencia de la fluctuación de los sub-síndromes, el número de episodios anteriores, los ingresos anteriores, el establecimiento temprano de la enfermedad y la disfunción cognitiva persistente (Matinez-Aran et al., 2007).

También con respecto al análisis de las consecuencias psicosociales de los pacientes con trastorno bipolar, se creé que la función cognitiva ha sido menos contemplada (o preterida) por el hecho de venir considerando que las variables clínicas tienen más impacto en la función que la cognición (Goldberg et al., 1993b). Sin embargo, también se puede considerar que la falta de evidencias puede, en gran parte, resultar de otro tipo de factores, como el uso de muestras de pequeña dimensión, de diagnósticos inespecíficos o de la falta de medidas consistentes para evaluar la cognición (Zarate et al., 2000).

De hecho, el deterioro cognitivo se ha supuesto como algo no común en los pacientes con trastorno bipolar y solo últimamente se ha empezado a examinar la naturaleza y la extensión de la disfunción neurocognitiva (Zarate et al., 2000). Es decir, actualmente la situación está cambiando y cada vez hay un mayor interés progresivo por el papel que tienen los déficit cognitivos en esta enfermedad.

En un estudio más reciente, Martinez-Aran y colaboradores (Matinez-Aran et al., 2007) sugieren que los factores cognitivos pueden contribuir para las manifestaciones psicosociales del trastorno bipolar y que, en ese sentido, deberían ser más considerados/respetados en atención a largo plazo de la enfermedad. En este trabajo los autores han observado que las disfunciones cognitivas estaban presentes en pacientes con bajo funcionamiento psicosocial, pero también en pacientes con buen funcionamiento, si bien que en los primeros se presentaba más evidente. En todo caso, las diferencias encontradas entre los dos tipos de funcionalidad (baja y alta) parecen ser independientes de la severidad de la enfermedad. En particular, la memoria verbal aparenta ser un buen predictor de los resultados psicosociales en pacientes eutímicos.

Quraishi y Frangou (Quraishi & Frangou, 2002), mientras reconocen la presencia de extensas anomalías cognitivas en los pacientes con trastorno bipolar, y aunque insinúen una mayor prevalencia del déficit a nivel de la memoria verbal y de la atención continuada, también identifican la afectación de la función ejecutiva y la memoria visual, por lo menos, en los pacientes recuperados.

En verdad, existe un reconocimiento creciente de que el trastorno bipolar envuelve déficit cognitivo que persiste entre los episodios afectivos y que contribuyen para una fracción substancial de la discapacidad asociada a la enfermedad (Bearden et al., 2001; Martinez-Aran et al., 2004, citados por Depp et al., 2008). Datos recientes sugieren que cerca de la mitad de las personas mayores eurítmicas (en las fases de estabilización) demuestran clínicamente un deterioro cognitivo significativo en comparación con sus pares, ajustados por la edad, en la población general (Gildengers et al., 2004; Depp et al., in press; Young et al., 2006, citados por Depp et al., 2008).

Una vez que se han identificado déficit neuropsicológicos en algunos pacientes asintomáticos (que no presentaban quejas o que no manifestaban dificultades cognitivas), se considera posible que el déficit neuropsicológico pueda ser más prevalente que lo sugerido por las experiencias clínicas (Burdick et al., 2005 citado por Glahn & Velligan, 2007). Recientemente, un estudio de Glahn y colaboradores ha revelado que un 75% de los pacientes asintomáticos presentaba, inclusivamente, resultados más bajos en cuatro medidas de la evaluación cognitiva que las personas saludables, sugiriendo, una extensa prevalencia de disfunciones neuropsicológicas (ligeras) en pacientes con trastorno bipolar (Glahn et al., 2007).

Efectivamente, la convergencia de evidencias sugiere que los resultados psicosociales de los pacientes bipolares tratados no son ni por aproximación tan optimistas como se esperaba. Asimismo, se cree que las psicopatologías acumulativas tienen un efecto predictivo peor que el número de episodios afectivos de la enfermedad. En este sentido hace sentido suponer que las disfunciones cognitivas sean en parte responsables por las bajas tasas de recuperación de la función identificadas en pacientes bipolares después de un largo periodo de tiempo (Zarate et al., 2000).

En la revisión de Zarate y colaboradores, podemos también encontrar algunas confirmaciones (con base en la evidencia) de que los pacientes eutímicos con trastornos de ánimo recurrentes pueden experimentar el deterioro del desempeño neuropsicológico. Sin embargo, estando o no asociados al deterioro funcional de los pacientes bipolares con éxito en la recuperación sindromática, el tema de los déficit neuropsicológicos sigue siendo una cuestión intrigante, que aún no se ha convenientemente estudiado. En esta revisión los autores consideran también que una vez que los diversos estudios de eficacia con medicamentos antipsicóticos atípicos en trastornos bipolares han reportado el

incremento de la función, con la mejoría de los síntomas afectivos, es razonable esperar que las propiedades anti-maníacas y timolépticas de los antipsicóticos ayuden a mejorar el deterioro funcional de los pacientes bipolares, así como incrementan la función y la cognición de los pacientes esquizofrénicos (Zarate et al., 2000).

Realmente, aunque los deterioros sean típicamente menos pronunciados que los descubiertos en otras enfermedades psiquiátricas (esquizofrenia) o neuropsiquiátricas (demencias, como la enfermedad de Alzheimer), la reducción de la habilidad neuropsicológica parece también afectar significativamente al funcionamiento psicosocial de los pacientes con trastorno bipolar (Glahn & Velligan, 2007). Tradicionalmente, el trastorno bipolar ha sido asociado a mejores resultados en salud que la esquizofrenia, por presumirse una ausencia de déficit cognitivo y un aparente funcionamiento normal entre los episodios de la enfermedad (Kraepelin, 1976 citado por Matinez-Aran et al., 2007). Sin embargo, más recientemente, varios investigadores han concluido que el desempeño cognitivo del paciente con el trastorno bipolar está situado entre los pacientes con esquizofrenia y los sujetos “normales”, con un patrón de declino menos difuso (Goldberg, 1999; Altshuler et al., 2004; Krabbendam et al., 2005 citados por Depp et al., 2007). Es decir, mientras existan pocas investigaciones sobre los déficit cognitivos en el trastorno bipolar, las evidencias sugieren que los deterioros son menos severos y menos difusos que los que tipifican la esquizofrenia (Altshuler et al., 2004; Dickerson et al., 2004; Goldberg, 1999; Krabbendam et al., 2005, citados por Depp et al., 2007).

Ayudado a posicionar el deterioro cognitivo del trastorno bipolar en el campo de las psicopatologías, los resultados de un estudio de Goldeberg y colaboradores sobre los contrastes entre los pacientes con perturbaciones afectivas y los pacientes con esquizofrenia en baterías de test neuropsicológicos, han indicado que estos últimos desempeñaban sistemáticamente peor que los primeros, de forma consistente con su estado general normal. Este trabajo ha también sugerido que en términos neuropsicológicos existen diferencias a nivel cualitativo, basadas en las diferencias a nivel de la aparente deterioración intelectual, de los perfiles del deterioro cognitivo y de las asociaciones entre el desempeño cognitivo y la psicopatología (Goldberg et al., 1993b).

En este sentido, parece importante referir que varias investigaciones han demostrado que el deterioro de la memoria verbal o de la función ejecutiva se encuentra asociado con el reducido funcionamiento social y vocacional de los pacientes con trastorno bipolar, incluso en la ausencia de episodios afectivos (Martinez-Aran et al., 2004; Dickerson et al., 2004 citados por (Glahn et al., 2007). Además, la evidencia sugiere también que aunque la magnitud del déficit cognitivo en el trastorno bipolar sea típicamente menor que el reportado en la esquizofrenia, curiosamente, la fuerza de la

asociación entre el funcionamiento cognitivo y los resultados en las medidas de funcionalidad es comparable entre los dos grupos (Green, 1996; Martinez-Aran et al., 2004 citados por (Glahn et al., 2007).

4.5.1. Trastorno bipolar y vejez

A pesar de existier pocos estudios sistemáticos sobre el inicio de los episodios maníacos en la vejez, en términos generales, los trabajos sobre la población mayor con trastorno bipolar revelan que la edad media de incidencia de perturbación afectiva rodea los 50 años y que hay pocos pacientes indexados (i.e. primera identificación médica) o que han desarrollado su primer episodio maníaco antes de los 40 años. Algunos autores han descrito repetidamente el inicio del trastorno bipolar después de los 60 años (Stone, 1989; Pascual et al., 1997; Shulman & Post, 1990; Pascual et al., 1997). En particular, un estudio de Rasan y colaboradores (Rasanen, Tiihonen, & Hakko, 1998) revela inclusivamente que un 20% de los pacientes con trastorno bipolar hospitalizados fueron admitidos por primera vez después de los 60 años de edad.

Shulman y Herrmann, mientras consideran que existen algunas incongruencias con respecto a la prevalencia de pacientes mayores con trastorno bipolar en hospital y en la comunidad, sugieren que el punto alto de la prevalencia de la patología en la comunidad ocurre en una adolescencia tardía o en jóvenes adultos (cerca de 1,5%) y que el porcentaje entre las personas mayores se localiza alrededor del 0,1% (muchísimo menor) (Shulman & Herrmann, 1999). Otros reportes relativos a las tasas de prevalencia entre la población psicogeriátrica, en contraste, han revelado que cerca de un 10% de la atención a pacientes mayores ingresados había sido prestada a trastornos bipolares (Yassa, R. et al., 1988 citados por (Shulman et al., 1999). En acuerdo con estos datos, Lucero y Casali estiman que la prevalencia de trastornos bipolares en las personas mayores residentes en la comunidad se localiza entre el 0,1% y el 1% y que en residentes en instituciones (residenciales asistidas) este porcentaje se eleva casi al 10%. Junto a esto consideran que el trastorno bipolar constituye del 5% al 15% de los internamientos psiquiátricos (Lucero & Casali, 2006).

Para justificar lo anterior, algunos autores refieren que el "*burn out*" después de los muchos años de enfermedad, así como el incremento de la mortalidad (por condiciones médicas y por suicidio), pueden ser los factores responsables de la disminución de la prevalencia en la comunidad (Snowdon, 1991 citado por Shulman et al., 1999). Otros consideran que es el incremento de la prevalencia de síndromes cerebrles orgánicos y neurológicos que conlleva un incremento de los ingresos de pacientes maniacos más mayores (Spicer et al., 1973; Eagles & Whalley, 1985 citados por Shulman et al., 1999).

Uno de los aspectos que sustentan la idea de que los factores cerebrales y orgánicos desempeñan un papel importante en la vejez (Shulman et al., 1999), tiene que ver con la "conversión" en bipolaridad después de muchos años de depresión. Pues, según Shulman y Post (Shulman & Post, 1980a), el intervalo de tiempo entre la primera depresión y el establecimiento de la manía, en cerca de mitad de los casos presenta una media de 15 años y en un 25% de los casos es de 25 años, pudendo llegar, inclusivamente, a los 47 años de latencia. El mismo Shulman, en un estudio retrospectivo[122], que utilizó una muestra de 67 pacientes con enfermedad bipolar, ha revelado que el primer ataque maníaco ocurrió cerca de la edad de los 60 años, muchas veces, en un largo período de tiempo después del primer episodio afectivo, y después de los cuales han ocurrido episodios depresivos adicionales. Para el autor, estos resultados vienen inclusivemente a colocar en cuestión los criterios de Perris[123] para el diagnóstico de la enfermedad unipolar (Shulman & Post, 1980b).

Otro estudio, también retrospectivo, pero con una muestra de 92 pacientes mayores de 65 años, admitidos con diagnóstico de manía, ha revelado que un 26% de los sujetos no tenían historia previa de enfermedad afectiva, un 30% solamente habían experimentado la depresión y mitad de estos habían vivenciado por lo menos tres episodios de depresión antes de la primera manifestación de la enfermedad maníaca. Los pacientes con historia familiar de perturbaciones afectivas tenían una edad significativamente inferior, en el aparecimiento de la enfermedad. En este estudio, se ha identificado también la presencia de deterioro cerebral orgánico en un 24% de lo casos, que además presentó una aparición significativamente más tardía de la enfermedad. De acuerdo con el autor, se ha considerado un bueno pronóstico el hecho de que apenas un 8% de la muestra permanecía en hospital tras seis meses (Stone, 1989).

Segundo el estudio de Angst (Angst, 1978), que siguió entre 1959 y 1975 una muestra representativa de 95 personas institucionalizadas, con una edad media de 61 años, las mujeres demuestran más frecuentemente la depresión que la manía, al

[122] Los estudios retrospectivos son los que parten de un efecto y regresan a buscar la causa. Estudio que compara a dos grupos de personas: aquellos con la enfermedad o afección en estudio (casos) y un grupo muy similar de personas que no tienen la enfermedad o la afección (controles). Los investigadores estudian los antecedentes médicos y el modo de vida de las personas en cada grupo para saber qué factores pueden estar relacionados con la enfermedad o la afección. Por ejemplo, un grupo puede haber estado expuesto a una sustancia particular a la que el otro grupo no fue expuesto. También se llama estudio de casos y controles (The University of Texas M.D.Anderson Cancer Center, 2009).

[123] Los primeros elementos de diagnóstico fueron planteados por Carlo Perris, quien consideró que en la depresión unipolar o recurrente los episodios depresivos son más intensos y largos y que son necesarias un mínimo de tres fases depresivas sucesivas para considerar a un paciente como unipolar (Perris, 1968 citado por García, García-Portilla, Sánchez, & García, 1994).

contrario de los varones que demuestran una distribución simétrica entre los síndromes depresivos y maníacos. En la observación longitudinal, el estudio permitió constatar que los síntomas se mantienen más o menos constantes, sin tender, con el envejecimiento, a la depresión[124].

Con respecto a la manifestación del estado de ánimo, parece importante referir que en algunos casos la variación entre una y otra fase es muy rápida, pudiendo inclusivamente cambiar varias veces al día (estas personas son denominadas de "cicladores rápidos"). De hecho, aunque la presentación clínica de los síntomas parezcan ser menos intensos en las personas mayores que en las más jóvenes (Young, 1997; Broadhead & Jacoby, 1990), los reportes sugieren una elevada incidencia de episodios afectivos mixtos en la vejez (Shulman & Post, 1980c). Además, y según Blazer (Blazer & Koenig, 1999), las personas mayores pueden también demostrar un incremento de agitación, irritabilidad, hostilidad y paranoia.

En otras palabras podemos decir que los adultos mayores presentan, en general, las mismas formas de trastornos afectivos que las personas jóvenes y responden a los mismos factores etiopatogénicos[125], pero hay particularidades en los rasgos semiológicos[126], especialmente de los episodios agudos, que pueden dificultar el diagnóstico, si los desencadenantes tienen mayor peso que las causas médicas y psicosociales.

Efectivamente, la presencia de esta patología en la vejez parece estar significativamente asociada a la comorbilidad y a la mortalidad. Además, tal como los jóvenes adultos bipolares en una situación de comorbilidad, también las personas mayores con trastorno bipolar pueden presentar una tardía indexación de los episodios, un elevado deterioro cognitivo y bajas tasas de recuperación (Shulman et al., 1999). Por ejemplo, en un estudio retrospectivo, con un periodo de acompañamiento medio de seis años, fue identificada una elevada tasa de hospitalización asociada a la comorbilidad neurológica y registrada la muerte de cerca de mitad de los sujetos mayores con trastorno bipolar. Es decir, se registraba la muerte de un 20% de las personas mayores deprimidas (emparejadas por la edad) (Shulman et al. 1992, citado por Shulman et al., 1999).

---

[124] Se ha registrado una tentativa para clasificar los pacientes bipolares en tres subtipos: preponderantemente maníacos, preponderantemente deprimidos y los del tipo nuclear. Los varones pertenecían sobretodo al ultimo, con una proporción igual en lo primero y en el tercer subtipo. Ya las mujeres pertenecían sobretodo al subtipo depresivo (Angst, 1978).

[125] Factores que causan o contribuyen para generar una determinada patología.

[126] Del griego (semeîon, sinal + lógos, tratado, estudio) es la parte de la medicina que se relaciona con el estudio de las señales y síntomas de la enfermedad.

En 1999, Shulman y Herrman consideraban que aunque todos los estudios sobre la manía en la vejez reportasen una elevada prevalencia de disfunciones cognitivas, no se identifican referencias/evidencias sobre pacientes maniacos que tengan desarrollado demencias clínicamente significativas (Shulman et al., 1999). Más tarde, Young y colaboradores (Young, Murphy, Heo, Schulberg, & Alexopoulos, 2006) vienen afirmar que aunque no existan muchos reportes sobre la progresión a largo plazo de los déficit cognitivos en pacientes con trastorno bipolar, algunos estudios de larga escala reconocen que los pacientes que fueron hospitalizados por el trastorno bipolar incrementan el riesgo de hospitalización por demencia y que las tasas de demencia se incrementan en un 6% para los pacientes con trastorno bipolar, llevando estos episodios al ingreso hospitalario (Kessing & Nilsson, 2003; Kessing & Andersen, 2004 citados por Young et al., 2006).

Segundo Depp y colaboradores, los resultados sugieren que los déficit neuropsicológicos son más prenunciados entre los pacientes más mayores que en los más jóvenes (Savard et al., 1980; Burt et al., 2000, citados por Depp et al., 2007) y que en muestras de varias edades el transcurso de la enfermedad bipolar, más largo o más severo, se encuentra relacionado con un mayor deterioro cognitivo (Bearden et al., 2001; Robinson & Ferrier, 2006, citados por Depp et al., 2007). Es decir, atendiendo al transcurso fluctuante de los síntomas que caracterizan esta enfermedad, así como a la evidencia de que los déficit cognitivos se incrementaron con el acumular de los episodios afectivos a lo largo de la vida (Robinson & Ferrier, 2006), los pacientes mayores con trastorno bipolar pueden estar predispuestos a fluctuaciones o a deterioros de largo plazo en sus funciones cognitivas. El estudio longitudinal de Dhingra y Rabins (Dhingra & Rabins, 1991) sobre el transcurso de las habilidades cognitivas en pacientes mayores con trastorno bipolar, viene a comprobar esta idea revelando que un 32% de los pacientes mayores que habían sido hospitalizados por manía y que en el principio no exhibían déficit, pasados 5 a 7 años de monitorización (i.e. acompañamiento y evaluación) venían a presentar deterioro cognitivo. Sin embargo, contrariamente a la relevancia clínica del potencial no estable de las funciones cognitivas en el trastorno bipolar, existen muy pocos estudios longitudinales sobre los déficit cognitivos en la vejez (Depp et al., 2008).

Otros estudios (que no longitudinales) vienen también a comprobar la importancia de la evaluación del estado cognitivo en pacientes mayores con trastorno bipolar. Por ejemplo, el estudio prospectivo de Broadhead y Jacoby (Broadhead et al., 1990) ha demostrado que un 1/3 de su muestra de pacientes mayores con manía presentaban resultados de deterioro en los test cognitivos. Ya Woods y Clare (Woods & Clare, 2008), mientras reconocían la falta de información sobre la perturbación bipolar en la vejez, sobretodo comparando con grupo más jóvenes, sugerían la existencia de algunas

alteraciones cognitivas como los problemas de memoria y el deliriums (confusión), que según los autores se tornan comunes en los pacientes mayores durante los episodios maníacos. Con respecto a esta dimensión cognitiva, también Stone (Stone, 1989) ha señalado que una muestra de 92 sujetos, 14 pacientes bipolares contenían deterioro severo de la memoria.

En este mismo sentido, Atre-Vaidya (Atre-Vaidya et al., 1998 citado por Zarate et al., 2000), al examinar la relación entre el bajo funcionamiento, la cognición y la psicopatología de paciente bipolares, han identificado que los déficit de memoria se encontraban asociados con bajo funcionamiento psicosocial. Este estudio ha demostrado también que los pacientes con trastorno bipolar, no dementes y asintomáticos exhibían déficit cognitivos asociados a un bajo funcionamiento.

Es cierto que los déficits neuropsicológicos que se manifiestan en los pacientes eurítmicos pueden ser confundidos por las variables clínicas, como la manifestación de síntomas sub-clínicos o epifenómenos más vastos de la historia individual de la enfermedad, como la duración de la enfermedad, el número de hospitalizaciones o el uso de medicamentos. En todo o caso, aunque la importancia de los síntomas sub-clínicos o de las secuelas de la enfermedad pueda ser debatida en la literatura, una vez que los pacientes que se encuentran en remisión siguen presentando déficit cognitivo (mismo que ligero) el abordaje pragmático sugiere que los déficit cognitivos deben ser tenidos en consideración cuando se planean las estrategias de atención (Glahn et al., 2007).

En un artículo de revisión sobe la evolución del deterioro cognitivo en el trastorno bipolar Robinson y Ferrier (Robinson et al., 2006) han observado que entre los 11 estudios que reportan el impacto de la duración de la enfermedad en la función neuropsicológica, mientras cinco identifican por lo menos una relación significativamente negativa entre el tiempo que separa el primero episodio de ánimo y la evaluación de la función neuropsicológica, los seis demás estudios no identifican asociaciones significativas. Sin embargo, una vez que todos estos últimos contemplan muestras pequeñas (todas con menos de 27 sujetos) y los demás muestras con más de 30 sujetos, es de esperar que el poder estadístico pueda estar condicionando a los resultados. Segundo los autores, en los estudios con mayor poder estadístico, los resultados en los test de función ejecutiva (Clark et al., 2002 y Thompson et al., 2005 citados por Robinson y Ferrier, 2006), velocidad psicomotora (Martínez-Arán et al., 2004 y Thompson et al., 2005 citados por Robinson y Ferrier, 2006), memoria visio-espacial Thompson et al., 2005 citados por Robinson y Ferrier, 2006) y memoria verbal (Clark et al., 2002; Cavanagh et al., 2002; Deckersbach et al., 2004 y Martínez-Arán et al., 2004 citados por Robinson y Ferrier, 2006) presentan una relación negativa con el tiempo de la enfermedad.

De hecho, la existencia de poco conocimiento sobre el desempeño neuropsicológico de los pacientes mayores con trastorno bipolar parece estar condicionada, en parte, por los datos clínicos que derivan de estudios retrospectivos con muestras reducidas de pacientes ingresados (n<30), bien como por los pocos datos obtenidos con instrumentos estandardizados o con grupos ajustados por la edad (Burt et al., 2000; Gildengers et al., 2004; Savard et al., 1980; Harvey et al., 1997, citados por (Depp et al., 2007).

En un estudio comparativo entre pacientes mayores maníacos asistidos en hospital (a nivel psicogeriatriático) y un grupo comunitario de personas mayores, con 60 y más años, sin patología física y mental, Young y colaboradores (Young et al., 2006) han descubierto resultados consistentes con la evidencia anterior de deterioro cognitivo en pacientes maníacos y depresivos. En este trabajo se demostró que el grupo patológico presentaba una mayor distribución (dispersión) de los resultados en el MMSE y diferencias estadísticamente significativas en las medias de los dos grupos, incluso cuando ajustados por la edad y por la educación. Con respecto a los resultados en el MMSE del grupo de pacientes maníacos, ha sido posible aún constatar que un 9% tiene menos de 24 puntos y un 53% se encuentra por debajo de los 28 puntos de la escala de evaluación cognitiva. Con respecto al instrumento de evaluación, parece importante referir que en otro análisis sumario de siete estudios que contemplan la evaluación cognitiva de personas mayores con trastorno bipolar, los mismos autores han identificado el MMSE como el instrumento de medida más utilizado.

También como forma a evaluar la pertinencia e importancia relativa a otros grupos, un estudio realizado por Harvey y colaboradores comparó los síntomas clínicos y algunos aspectos del deterioro cognitivo de 50 pacientes mayores con trastorno de ánimo (depresión *major* y trastorno bipolar) con otros 308 pacientes mayores con esquizofrenia, todos hospitalizados en la misma institución y con una edad y un nivel educacional pré-mórbido similar. Con respecto al funcionamiento cognitivo, los autores no identificaran diferencias globales entre las dos muestras de sujetos, lo que sugiere que el deterioro cognitivo esta presente en pacientes en peores condiciones, con trastorno bipolar y con esquizofrenia (Harvey, Powchik, Parrella, White, & Davidson, 1997). Sin embargo, de acuerdo con Depp y colaboradores (Depp et al., 2007), en pacientes de mediana edad y mayores, no ingresados, el trastorno bipolar se encuentra asociado con un deterioro neurocognitivo substancial, con un patrón de alguna manera distinto del descubierto en la esquizofrenia (igual déficit en mitad de los test y mejor en la otra mitad). Aunque en esta investigación, al revés de otras, no se presente una relación entre los défici y la severidad o la duración de los síntomas psiquiátricos, pero sí con la calidad de vida, los autores

afirman que en pacientes mayores no institucionalizados el trastorno bipolar envuelve frecuentemente una discapacidad y un deterioro cognitivo continuado.

Ya en un estudio comparativo entre pacientes mayores con trastorno bipolar y esquizofrenia en la comunidad y en instituciones de salud, Bartels y colaboradores han reportado diferencias moderadas en el grado de deterioro cognitivo entre los pacientes mayores con enfermedad mental severa y los pacientes con trastorno bipolar en la escala *Clinical Dementia Rating*, pero sin identificar diferencias significativas en los resultados del MMSE. Con respecto a la muestra total, los autores han observado que los pacientes institucionalizados presentaban un deterioro funcional severo, inclusivamente en las AVD. En términos comparativos, el estudio reveló que los pacientes institucionalizados exhibían un funcionamiento peor que los pacientes en la comunidad y que los pacientes con esquizofrenia presentaban un funcionamiento global peor que los pacientes con trastorno bipolar, pero solamente en las habilidades relacionadas con la vida en la comunidad y con las relaciones interpersonales, pero no en las AVD. Segundo los autores, estas dos habilidades que anteriormente se habían probado significativamente deterioradas entre los pacientes esquizofrénicos (Penn et al., 1995 citados por (Bartels, Mueser, & Miles, 1997) requieren elevados niveles de competencias cognitivas que no son exigidos en actividades más básicas como vestir, comer o arreglarse (AVD) (Bartels et al., 1997).

En términos globales, con respecto al trastorno bipolar en la vejez, podemos decir que a lo largo de los estudios la variación del grado de declino cognitivo depende del estado clínico del paciente, bien como de los métodos para evaluar la cognición. En todo caso, de acuerdo con algunos autores, podemos también decir que los déficit más robustos, reportados en los estudios revistos, se localizan al nivel de la función ejecutiva y de la memoria verbal y que otras dimensiones cognitivas como el vocabulario, la fluencia fonémica y la velocidad psicomotora aparentan estar menos condicionadas (Bearden et al., 2001; Robinson et al., 2006, citados por (Depp et al., 2007).

.

Parte II: Marco Empírico

Marco Empírico

El Marco Empírico de la tesis doctoral que presentamos “La funcionalidad y la cognición en el envejecimiento psicogeriátrico: contribuciones para una atención diferencial a personas mayores en contextos institucionales” lo componen los objetivos que perseguíamos cumplir a través del desarrollo de la investigación, las hipótesis que hemos ido elaborando como vía de solución a la problemática planteada, la descripción de las características de la muestra, los instrumentos empleados para la recogida de la información, así como los resultados de la investigación empírica.

Capítulo 5. Metodología

5.1. Planteamiento de la investigación

En la primera parte de esta memoria profundizamos, en su dimensión teórica, los aspectos fundamentales subyacentes a los temas de la investigación. Este abordaje ha permitido conceptualizar y organizar un conjunto de conocimientos que funcionan como bases de encuadramiento teórico al trabajo práctico. En otras palabras, creemos que a través del conocimiento de los factores más frecuentes con que se debaten las personas mayores ingresadas en instituciones psicogeriátricas, se pueden establecer las orientaciones necesarias para la realización de la investigación.

En términos de investigación básica, se cree que la adquisición de conocimiento relevante puede llevar a afirmaciones mejor organizadas sobre las relaciones entre las distintas parcelas de la realidad estudiada. De esta forma, podemos decir que se pretende contribuir para la resolución de problemas prácticos dentro de los entornos psicogeriátricos (investigación aplicada), a través de un mejor conocimiento sobre las patologías psiquiátricas de mayor prevalencia en esto tipo de entornos (internamiento psiquiátrico), en Portugal: el retraso mental, la esquizofrenia, la psicosis afectiva y la demencia.

Así, y tomando como punto de partida el conocimiento de la relación entre la salud mental y la vejez, fueron planteadas las siguientes cuestiones fundamentales:

- ¿Quiénes son las personas mayores ingresadas en las instituciones privadas de psiquiatría?
- ¿En particular, cuál es la distribución de las cuatro patologías de mayor prevalencia nacional (demencias, esquizofrenia, psicosis afectiva y retraso mental)?
- ¿En qué estado cognitivo y nivel de dependencia se encuentran los individuos con las patologías elegidas?
- ¿En qué medida las variables socio demográficas (edad y años de escolaridad) y clínicas (diagnóstico y años de internamiento) influyen en la dependencia funcional y el estado cognitivo?
- ¿En qué medida los datos de la muestra son comparables con los datos de archivo en Portugal?

En resumen, se supone que el conocimiento sobre el estado mental y la dependencia funcional reflejará los efectos de las relaciones entre las distintas causas,

que permitirá soportar la hipótesis de que personas mayores con distintas patologías psiquiátricas necesitan de cuidados diferenciados (con base en los distintos resultados obtenidos en las pruebas de evaluación).

5.2. Hipótesis empíricas

De acuerdo con la revisión bibliográfica y atendiendo a las cuestiones del estudio, hemos formulado una serie de hipótesis científicas que intentamos someter a verificación en los prójimos puntos deste trabajo y que se plantean de la siguiente manera:

Hipótesis 1: Existirán diferencias significativas en las medias de las variables dependientes después un periodo de dos años

- Hipótesis 1.1.

El valor medio de la variable dependencia funcional será distinto dos años después

$H1.1_0$ = μ MDA 2001 = μ MDA 2003

$H1.1_1$= μ MDA 2001 ≠ μ MDA 2003

- Hipótesis 1.2.

El valor medio de la variable estado cognitivo será distinto dos años después

H1.20 = μ MMSE 2001 = μ MMSE 2003

H1.21= μ MMSE 2001 ≠ μ MMSE 2003

Hipótesis 2: Existirán diferencias significativas en las medias de las variables independientes, entre los grupos de diagnóstico

- Hipótesis 2.1.

El valor medio de la variable años de edad será distinto para cada grupo de diagnóstico

H2.10 = μ demencia = μ retraso metal = μ esquizofrenia = μ psicosis afectiva

H2.11= Existe por lo menos un i y un j (i ≠ j): μi ≠ μj (i = 1,2,3 y 4)

i = 1 demencia; i = 2 retraso mental; i = 3 esquizofrenia; i = 4 psicosis afectiva

- Hipótesis 2.2.

El valor medio de la variable años de escolaridad será distinto para cada grupo de diagnóstico

H2.20 = μ demencia = μ retraso metal = μ esquizofrenia = μ psicosis afectiva

H2.21= Existe por lo menos un i y un j (i ≠ j): μi ≠ μj (i = 1,2,3 y 4)

i = 1 demencia; i = 2 retraso mental; i = 3 esquizofrenia; i = 4 psicosis afectiva

- Hipótesis 2.3.

El valor medio de la variable años de internamiento será distinto para cada grupo de diagnóstico

H2.30 = μ demencia = μ retraso metal = μ esquizofrenia = μ psicosis afectiva

H2.31= Existe por lo menos un i y un j (i ≠ j): μi ≠ μj (i = 1,2,3 y 4)

i = 1 demencia; i = 2 retraso mental; i = 3 esquizofrenia; i = 4 psicosis afectiva

Hipótesis 3: Existirán diferencias significativas en las medias de las variables dependidentes, entre los grupos de diagnóstico

- Hipótesis 3.1.

El valor medio de la variable nivel de dependencia será distinto para cada grupo de diagnóstico

H3.10 = μ demencia = μ retraso metal = μ esquizofrenia = μ psicosis afectiva

H3.11= Existe por lo menos un i y un j (i ≠ j): μi ≠ μj (i = 1,2,3 y 4)

i = 1 demencia; i = 2 retraso mental; i = 3 esquizofrenia; i = 4 psicosis afectiva

- Hipótesis 3.2.

El valor medio de la variable estado cognitivo será distinto para cada grupo de diagnóstico

H3.20 = μ demencia = μ retraso metal = μ esquizofrenia = μ psicosis afectiva

H3.21= Existe por lo menos un i y un j (i ≠ j): μi ≠ μj (i = 1,2,3 y 4)

i = 1 demencia; i = 2 retraso mental; i = 3 esquizofrenia; i = 4 psicosis afectiva

Hipótesis 4: Existirá correlación significativa entre las distintas variables independientes y dependientes, en las mujeres mayores con patología mental crónica

- Hipótesis 4.1.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y positiva, entre la variable edad y la variable dependencia funcional, en el total de la muestra.

$H4.1_0 = \rho_{\text{edad, dependencia funcional}} \leq 0$

$H4.1_1 = \rho_{\text{edad, dependencia funcional}} > 0$

- Hipótesis 4.2.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable edad y la variable estado cognitivo, en el total de la muestra.

$H4.2_0 = \rho_{\text{edad, estado cognitivo}} \geq 0$

$H4.2_1 = \rho_{\text{edad, estado cognitivo}} < 0$

- Hipótesis 4.3.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, significativa entre la variable escolaridad y la variable dependencia funcional, en el total de la muestra.

$H4.3_0 = \rho_{\text{escolaridad, dependencia funcional}} \geq 0$

$H4.3_1 = \rho_{\text{escolaridad, dependencia funcional}} < 0$

- Hipótesis 4.4.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y positiva, entre la variable escolaridad y la variable estado cognitivo, en el total de la muestra.

$H4.4_0 = \rho_{\text{escolaridad, estado cognitivo}} \leq 0$

$H4.4_1 = \rho_{\text{escolaridad, estado cognitivo}} > 0$

- Hipótesis 4.5.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y positiva, entre la variable internamiento y la variable dependencia funcional, en el total de la muestra.

$H4.5_0 = \rho_{\text{internamiento, dependencia funcional}} \leq 0$

$H4.5_1 = \rho_{\text{internamiento, dependencia funcional}} > 0$

- Hipótesis 4.6.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable internamiento y la variable estado cognitivo, en el total de la muestra.

$H4.6_0 = \rho_{\text{internamiento, estado cognitivo}} \geq 0$

$H4.6_1 = \rho_{\text{internamiento, estado cognitivo}} < 0$

- Hipótesis 4.7.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable edad y la variable escolaridad, en el total de la muestra.

$H4.7_0 = \rho_{\text{edad, escolaridad}} \geq 0$

$H4.7_1 = \rho_{\text{edad, escolaridad}} < 0$

- Hipótesis 4.8.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y positiva, entre la variable edad y la variable internamiento, en el total de la muestra.

$H4.8_0 = \rho_{\text{edad, internamiento}} \leq 0$

$H4.8_1 = \rho_{\text{edad, internamiento}} > 0$

- Hipótesis 4.9.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable escolaridad y la variable internamiento, en el total de la muestra.

$H4.9_0 = \rho_{\text{escolaridad, internamiento}} \geq 0$

$H4.9_1 = \rho_{\text{escolaridad, internamiento}} < 0$

- Hipótesis 4.10.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable dependencia funcional y la variable estado cognitivo, en el total de la muestra.

$H4.10_0 = \rho_{\text{dependencia funcional, estado cognitivo}} \geq 0$

$H4.10_1 = \rho_{\text{dependencia funcional, estado cognitivo}} < 0$

Hipótesis 5: Existirá correlación significativa entre las distintas variables independientes y dependientes, entre los distintos grupos de diagnóstico

- Hipótesis 5.1.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y positiva, entre la variable edad y la variable dependencia funcional, en el grupo con demencia.

$H5.1_0 = \rho_{\text{edad, dependencia funcional}} \leq 0$

$H5.1_1 = \rho_{\text{edad, dependencia funcional}} > 0$

- Hipótesis 5.2.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable edad y la variable estado cognitivo, en el grupo con demencia.

$H5.2_0 = \rho_{\text{edad, estado cognitivo}} \geq 0$

$H5.2_1 = \rho_{\text{edad, estado cognitivo}} < 0$

- Hipótesis 5.3.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable escolaridad y la variable dependencia funcional, en el grupo con demencia.

$H5.3_0 = \rho_{\text{escolaridad, dependencia funcional}} \geq 0$

$H5.3_1 = \rho_{\text{escolaridad, dependencia funcional}} < 0$

- Hipótesis 5.4.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y positiva, entre la variable escolaridad y la variable estado cognitivo, en el grupo con demencia.

$H5.4_0 = \rho_{\text{escolaridad, estado cognitivo}} \leq 0$

$H5.4_1 = \rho_{\text{escolaridad, estado cognitivo}} > 0$

- Hipótesis 5.5.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y positiva, entre la variable internamiento y la variable dependencia funcional, en el grupo con demencia.

$H5.5_0 = \rho_{\text{internamiento, dependencia funcional}} \leq 0$

$H5.5_1 = \rho_{\text{internamiento, dependencia funcional}} > 0$

- Hipótesis 5.6.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable internamiento y la variable estado cognitivo, en el grupo con demencia.

$H5.6_0 = \rho_{\text{internamiento, estado cognitivo}} \geq 0$

$H5.6_1 = \rho_{\text{internamiento, estado cognitivo}} < 0$

- Hipótesis 5.7.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable edad y la variable escolaridad, en el grupo con demencia.

$H5.7_0 = \rho_{\text{edad, escolaridad}} \geq 0$

$H5.7_1 = \rho_{\text{edad, escolaridad}} < 0$

- Hipótesis 5.8.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y positiva, entre la variable edad y la variable internamiento, en el grupo con demencia.

$H5.8_0 = \rho_{\text{edad, internamiento}} \leq 0$

$H5.8_1 = \rho_{\text{edad, internamiento}} > 0$

- Hipótesis 5.9.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable escolaridad y la variable internamiento, en el grupo con demencia.

$H5.9_0 = \rho_{\text{escolaridad, internamiento}} \geq 0$

$H5.9_1 = \rho_{\text{escolaridad, internamiento}} < 0$

- Hipótesis 5.10.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable dependencia funcional y la variable estado cognitivo, en el grupo con demencia.

$H5.10_0 = \rho_{\text{dependencia funcional, estado cognitivo}} \geq 0$

$H5.10_1 = \rho_{\text{dependencia funcional, estado cognitivo}} < 0$

- Hipótesis 5.11.

Existirá una correlación distinta de cero, significativa entre la variable edad y la variable dependencia funcional, en el grupo con retraso mental.

$H5.11_0 = \rho_{\text{edad, dependencia funcional}} \leq 0$

$H5.11_1 = \rho_{\text{edad, dependencia funcional}} > 0$

- Hipótesis 5.12.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable edad y la variable estado cognitivo, en el grupo con retraso mental.

$H5.12_0 = \rho_{\text{edad, estado cognitivo}} \geq 0$

$H5.12_1 = \rho_{\text{edad, estado cognitivo}} < 0$

- Hipótesis 5.13.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable escolaridad y la variable dependencia funcional, en el grupo con retraso mental.

$H5.13_0 = \rho_{\text{escolaridad, dependencia funcional}} \geq 0$

$H5.13_1 = \rho_{\text{escolaridad, dependencia funcional}} < 0$

- Hipótesis 5.14.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y positiva, entre la variable escolaridad y la variable estado cognitivo, en el grupo con retraso mental.

$H5.14_0 = \rho_{\text{escolaridad, estado cognitivo}} \leq 0$

$H5.14_1 = \rho_{\text{escolaridad, estado cognitivo}} > 0$

- Hipótesis 5.15.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y positiva, entre la variable internamiento y la variable dependencia funcional, en el grupo con retraso mental.

$H5.15_0 = \rho_{\text{internamiento, dependencia funcional}} \leq 0$

$H5.15_1 = \rho_{\text{internamiento, dependencia funcional}} > 0$

- Hipótesis 5.16.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable internamiento y la variable estado cognitivo, en el grupo con retraso mental.

$H5.16_0 = \rho_{\text{internamiento, estado cognitivo}} \geq 0$

$H5.16_1 = \rho_{\text{internamiento, estado cognitivo}} < 0$

- Hipótesis 5.17.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable edad y la variable escolaridad, en el grupo con retraso mental.

$H5.17_0 = \rho_{\text{edad, escolaridad}} \geq 0$

$H5.17_1 = \rho_{\text{edad, escolaridad}} < 0$

- Hipótesis 5.18.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y positiva, entre la variable edad y la variable internamiento, en el grupo con retraso mental.

$H5.18_0 = \rho_{\text{edad, internamiento}} \leq 0$

$H5.18_1 = \rho_{\text{edad, internamiento}} > 0$

- Hipótesis 5.19.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable escolaridad y la variable internamiento, en el grupo con retraso mental.

$H5.19_0 = \rho_{\text{escolaridad, internamiento}} \geq 0$

$H5.19_1 = \rho_{\text{escolaridad, internamiento}} < 0$

- Hipótesis 5.20.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable dependencia funcional y la variable estado cognitivo, en el grupo con retraso mental.

$H5.20_0 = \rho_{\text{dependencia funcional, estado cognitivo}} \geq 0$

$H5.20_1 = \rho_{\text{dependencia funcional, estado cognitivo}} < 0$

- Hipótesis 5.21.

Existirá una correlación distinta de cero, significativa entre la variable edad y la variable dependencia funcional, en el grupo con esquizofrenia.

$H5.21_0 = \rho_{\text{edad, dependencia funcional}} \leq 0$

$H5.21_1 = \rho_{\text{edad, dependencia funcional}} > 0$

- Hipótesis 5.22.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable edad y la variable estado cognitivo, en el grupo con esquizofrenia.

$H5.22_0 = \rho_{\text{edad, estado cognitivo}} \geq 0$

$H5.22_1 = \rho_{\text{edad, estado cognitivo}} < 0$

- Hipótesis 5.13.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable escolaridad y la variable dependencia funcional, en el grupo con esquizofrenia.

$H5.23_0 = \rho_{\text{escolaridad, dependencia funcional}} \geq 0$

$H5.23_1 = \rho_{\text{escolaridad, dependencia funcional}} < 0$

- Hipótesis 5.24.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y positiva, entre la variable escolaridad y la variable estado cognitivo, en el grupo con esquizofrenia.

$H5.24_0 = \rho_{\text{escolaridad, estado cognitivo}} \leq 0$

$H5.24_1 = \rho_{\text{escolaridad, estado cognitivo}} > 0$

- Hipótesis 5.25.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y positiva, entre la variable internamiento y la variable dependencia funcional, en el grupo con esquizofrenia.

$H5.25_0 = \rho_{\text{internamiento, dependencia funcional}} \leq 0$

$H5.15_1 = \rho_{\text{internamiento, dependencia funcional}} > 0$

- Hipótesis 5.26.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable internamiento y la variable estado cognitivo, en el grupo con esquizofrenia.

$H5.26_0 = \rho_{\text{internamiento, estado cognitivo}} \geq 0$

$H5.26_1 = \rho_{\text{internamiento, estado cognitivo}} < 0$

- Hipótesis 5.27.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable edad y la variable escolaridad, en el grupo con esquizofrenia.

$H5.27_0 = \rho_{\text{edad, escolaridad}} \geq 0$

$H5.27_1 = \rho_{\text{edad, escolaridad}} < 0$

- Hipótesis 5.28.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y positiva, entre la variable edad y la variable internamiento, en el grupo con esquizofrenia.

$H5.28_0 = \rho_{\text{edad, internamiento}} \leq 0$

$H5.28_1 = \rho_{\text{edad, internamiento}} > 0$

- Hipótesis 5.29.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable escolaridad y la variable internamiento, en el grupo con esquizofrenia.

$H5.29_0 = \rho_{\text{escolaridad, internamiento}} \geq 0$

$H5.29_1 = \rho_{\text{escolaridad, internamiento}} < 0$

- Hipótesis 5.30.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable dependencia funcional y la variable estado cognitivo, en el grupo con esquizofrenia.

$H5.30_0 = \rho_{\text{dependencia funcional, estado cognitivo}} \geq 0$

$H5.30_1 = \rho_{\text{dependencia funcional, estado cognitivo}} < 0$

- Hipótesis 5.31.

Existirá una correlación distinta de cero, significativa entre la variable edad y la variable dependencia funcional, en el grupo con psicosis afectiva.

$H5.31_0 = \rho_{\text{edad, dependencia funcional}} \leq 0$

$H5.31_1 = \rho_{\text{edad, dependencia funcional}} > 0$

- Hipótesis 5.32.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable edad y la variable estado cognitivo, en el grupo con psicosis afectiva.

$H5.32_0 = \rho_{\text{edad, estado cognitivo}} \geq 0$

$H5.32_1 = \rho_{\text{edad, estado cognitivo}} < 0$

- Hipótesis 5.33.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable escolaridad y la variable dependencia funcional, en el grupo con psicosis afectiva.

$H5.33_0 = \rho_{\text{escolaridad, dependencia funcional}} \geq 0$

$H5.33_1 = \rho_{\text{escolaridad, dependencia funcional}} < 0$

- Hipótesis 5.34.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y positiva, entre la variable escolaridad y la variable estado cognitivo, en el grupo con psicosis afectiva.

$H5.34_0 = \rho_{\text{escolaridad, estado cognitivo}} \leq 0$

$H5.34_1 = \rho_{\text{escolaridad, estado cognitivo}} > 0$

- Hipótesis 5.35.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y positiva, entre la variable internamiento y la variable dependencia funcional, en el grupo con psicosis afectiva.

$H5.35_0 = \rho_{\text{internamiento, dependencia funcional}} \leq 0$

$H5.35_1 = \rho_{\text{internamiento, dependencia funcional}} > 0$

- Hipótesis 5.36.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable internamiento y la variable estado cognitivo, en el grupo con psicosis afectiva.

$H5.36_0 = \rho_{\text{internamiento, estado cognitivo}} \geq 0$

$H5.36_1 = \rho_{\text{internamiento, estado cognitivo}} < 0$

- Hipótesis 5.37.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable edad y la variable escolaridad, en el grupo con psicosis afectiva.

$H5.37_0 = \rho_{\text{edad, escolaridad}} \geq 0$

$H5.37_1 = \rho_{\text{edad, escolaridad}} < 0$

- Hipótesis 5.38.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y positiva, entre la variable edad y la variable internamiento, en el grupo con psicosis afectiva.

$H5.38_0 = \rho_{\text{edad, internamiento}} \leq 0$

$H5.38_1 = \rho_{\text{edad, internamiento}} > 0$

- Hipótesis 5.39.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable escolaridad y la variable internamiento, en el grupo con psicosis afectiva.

$$H5.39_0 = \rho_{\text{escolaridad, internamiento}} \geq 0$$

$$H5.39_1 = \rho_{\text{escolaridad, internamiento}} < 0$$

- Hipótesis 5.40.

Existirá una correlación significativa, distinta de cero y negativa, entre la variable dependencia funcional y la variable estado cognitivo, en el grupo con psicosis afectiva.

$$H5.40_0 = \rho_{\text{dependencia funcional, estado cognitivo}} \geq 0$$

$$H5.40_1 = \rho_{\text{dependencia funcional, estado cognitivo}} < 0$$

Hipótesis 6: El nivel de dependencia funcional de los distintos grupos de diagnóstico (y de la muestra total) es explicado por distintas variables.

- Hipótesis 6.1.

La variación de la dependencia funcional en la muestra total es explicada por un modelo de regresión compuesto por las variables independientes: edad, escolaridad, años de internamiento (y institución de ingreso) y subapartados del estado cognitivo.

$$H6.1_0 = P_{\text{edad, escolaridad, internamiento, orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, memoria de repetición, lenguaje construcción visual, demencia, retraso mental, esquizofrenia, psicosis afectiva - dependencia funcional}} = 0$$

$$H6.1_1 = P_{\text{edad, escolaridad, internamiento, orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, memoria de repetición, lenguaje construcción visual - dependencia funcional}} \neq 0$$

- Hipótesis 6.2.

La variación de la dependencia funcional en el grupo con demencia es explicada por un modelo de regresión compuesto por las variables independientes: edad, escolaridad, años de internamiento (y institución de ingreso) y subapartados del estado cognitivo.

$$H6.2_0 = P_{\text{edad, escolaridad, internamiento, orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, memoria de repetición, lenguaje construcción visual - dependencia funcional}} = 0$$

$$H6.2_1 = P_{\text{edad, escolaridad, internamiento, orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, memoria de repetición, lenguaje construcción visual - dependencia funcional}} \neq 0$$

- Hipótesis 6.3.

La variación de la dependencia funcional en el grupo con retraso mental es explicada por un modelo de regresión compuesto por las variables independientes: edad, escolaridad, años de internamiento (y institución de ingreso) y subapartados del estado cognitivo.

$H6.3_0 = P_{\text{edad, escolaridad, internamiento, orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, memoria de repetición, lenguaje construcción visual - dependencia funcional}} = 0$

$H6.3_1 = P_{\text{edad, escolaridad, internamiento, orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, memoria de repetición, lenguaje construcción visual - dependencia funcional}} \neq 0$

- Hipótesis 6.4

La variación de la dependencia funcional en el grupo con esquizofrenia es explicada por un modelo de regresión compuesto por las variables independientes: edad, escolaridad, años de internamiento (y institución de ingreso) y subapartados del estado cognitivo.

$H6.4_0 = P_{\text{edad, escolaridad, internamiento, orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, memoria de repetición, lenguaje construcción visual - dependencia funcional}} = 0$

$H6.4_1 = P_{\text{edad, escolaridad, internamiento, orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, memoria de repetición, lenguaje construcción visual - dependencia funcional}} \neq 0$

- Hipótesis 6.5

La variación de la dependencia funcional en el grupo con psicosis afectiva es explicada por un modelo de regresión compuesto por las variables independientes: edad, escolaridad, años de internamiento (y institución de ingreso) y subapartados del estado cognitivo.

$H6.5_0 = P_{\text{edad, escolaridad, internamiento, orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, memoria de repetición, lenguaje construcción visual - dependencia funcional}} = 0$

$H6.5_1 = P_{\text{edad, escolaridad, internamiento, orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, memoria de repetición, lenguaje construcción visual - dependencia funcional}} \neq 0$

Hipótesis 7: El estado cognitivo de los distintos grupos de diagnóstico (y de la muestra total) es explicado por distintas variables.

- Hipótesis 7.1.

La variación del estado cognitivo en la muestra total es explicada por un modelo de regresión compuesto por las variables independientes: edad, escolaridad, años de internamiento (y institución de ingreso) y subapartados del estado funcional.

$H7.1_0 = P_{\text{edad, escolaridad, internamiento, alimentación, higiene, eliminación, movilización, desplazamiento, espacio de vida, visión, audición, discurso, memoria, conducta, humor, demencia, retraso mental, esquizofrenia, psicosis afectiva – estado cognitivo}} = 0$

$H7.1_1 = P_{\text{edad, escolaridad, internamiento, alimentación, higiene, eliminación, movilización, desplazamiento, espacio de vida, visión, audición, discurso, memoria, conducta, humor – estado cognitivo}} \neq 0$

- Hipótesis 7.2.

La variación del estado cognitivo en el grupo con demencia es explicada por un modelo de regresión compuesto por las variables independientes: edad, escolaridad, años de internamiento (y institución de ingreso) y subapartados del estado funcional.

$H7.1_0 = P_{\text{edad, escolaridad, internamiento, alimentación, higiene, eliminación, movilización, desplazamiento, espacio de vida, visión, audición, discurso, memoria, conducta, humor – estado cognitivo}} = 0$

$H7.2_1 = P_{\text{edad, escolaridad, internamiento, alimentación, higiene, eliminación, movilización, desplazamiento, espacio de vida, visión, audición, discurso, memoria, conducta, humor – estado cognitivo}} \neq 0$

- Hipótesis 7.3.

La variación del estado cognitivo en el grupo con retraso mental es explicada por un modelo de regresión compuesto por las variables independientes: edad, escolaridad, años de internamiento (y institución de ingreso) y subapartados del estado funcional.

$H7.3_0 = P_{\text{edad, escolaridad, internamiento, alimentación, higiene, eliminación, movilización, desplazamiento, espacio de vida, visión, audición, discurso, memoria, conducta, humor – estado cognitivo}} = 0$

$H7.3_1 = P_{\text{edad, escolaridad, internamiento, alimentación, higiene, eliminación, movilización, desplazamiento, espacio de vida, visión, audición, discurso, memoria, conducta, humor – estado cognitivo}} \neq 0$

- Hipótesis 7.4

La variación del estado cognitivo en el grupo con esquizofrenia es explicada por un modelo de regresión compuesto por las variables independientes: edad, escolaridad, años de internamiento (y institución de ingreso) y subapartados del estado funcional.

$H7.4_0 = P_{\text{edad, escolaridad, internamiento, alimentación, higiene, eliminación, movilización, desplazamiento, espacio de vida, visión, audición, discurso, memoria, conducta, humor – estado cognitivo}} = 0$

$H7.4_1 = P_{\text{edad, escolaridad, internamiento, alimentación, higiene, eliminación, movilización, desplazamiento, espacio de vida, visión, audición, discurso, memoria, conducta, humor – estado cognitivo}} \neq 0$

- Hipótesis 7.5

La variación del estado cognitivo en el grupo con psicosis afectiva es explicada por un modelo de regresión compuesto por las variables independientes: edad, escolaridad, años de internamiento (y institución de ingreso) y subapartados del estado funcional.

$H7.5_0 = P_{\text{edad, escolaridad, internamiento, alimentación, higiene, eliminación, movilización, desplazamiento, espacio de vida, visión, audición, discurso, memoria, conducta, humor, – estado cognitivo}} = 0$

$H7.5_1 = P_{\text{edad, escolaridad, internamiento, alimentación, higiene, eliminación, movilización, desplazamiento, espacio de vida, visión, audición, discurso, memoria, conducta, humor – estado cognitivo}} \neq 0$

5.3. Objetivos del estudio empírico

El estudio desarrollado está inmerso en el campo de la psicogerontología, específicamente en el dominio de la valoración de mujeres adultas mayores en contexto psicogeriátrico y tiene como principal objetivo el estudio y la caracterización de los pacientes mayores, con diferentes diagnósticos psiquiátricos, ingresados en seis Instituciones prestadoras de cuidados de salud mental del Instituto de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús (IHHSCJ).

En su vertiente científica, este trabajo logra una evaluación de la realidad problemática del envejecimiento y una reflexión sobre los resultados encontrados, como forma a proporcionar informaciones que posibiliten el cambio y de esta manera poder contribuir para la implementación de prácticas preventivas y para el incremento de la calidad de los cuidados de salud mental. Así, en su vertiente práctica este trabajo pretende:

1. Caracterizar la población institucionalizada:
    - 1.1. Caracterización institucional: institución de ingreso,
    - 1.2. Caracterización socio-demográfica: edad, escolaridad,

1.3. Caracterización clínica: diagnóstico psiquiátrico, años de internamiento;

2. Evaluar la dependencia funcional y el estado cognitivo (global y por diagnóstico);
3. Testar la estabilidad del estado funcional y cognitivo (global), después de un periodo de dos años (compararción de medias de resultados: hipótesis 1);
4. Comparar entre distintos diagnósticos las variables independientes y dependientes (compararción de medias de resultados: hipótesis 2 y 3);
5. Comparar en cada diagnóstico las variables independientes y dependientes (testar correlaciones: hipótesis 4);
6. Identificar las variables independientes (socio-demográficas, clínicas y "dependientes") que mejor definen y explican las dimensiones (o nuevas variables) - dependencia funcional y estado cognitivo, en los diferentes grupos de diagnósticos más prevalentes;
7. Comparar los sujetos de la muestra con los datos de archivo, relativos a la población mayor residente en Portugal y a la población mayor ingresada en las instituciones portuguesas más relevantes en el contexto de la salud mental, y de la atención psicogeriátrica institucional, en particular;

5.4. Selección de sujetos participantes

Para la recogida de información se buscó una muestra incidental de los cuidados de salud mental prestados a enfermos crónicos en entorno institucional que permitiese identificar y evaluar dentro de un modelo Funcional-Cognitivo las variables relevantes en entornos psicogeriátricos. Así, fue elegido, como local de recogida de información, el Instituto de las Hermanas Hospitalarias que es responsable por un porcentaje muy significativo de camas en la atención psiquiátrica[127] y que acoge mujeres con patología psiquiátrica, en particular mujeres mayores.

Se ha dirigido la investigación a un subgrupo de la población psiquiátrica institucionalizada femenina, también, por el hecho de tener una mayor esperanza de vida en comparación con la población de hombres con más de 64 años y, por consiguiente, tener una mayor probabilidad de vivir más años con patología psiquiátrica crónica[128].

[127] La provincia de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús contienen cerca de un 36,3 por 100 (n=2785) del total de las camas de psiquiatría del país (n=7673) y un 54,4 por 100 de las camas de las instituciones privadas de psiquiatría (n=5124).

[128] De acuerdo con el último Censo Psiquiátrico realizado en Portugal, en 2001, del total de persona mayores internadas por motivos psiquiátricos (n=1696), en instituciones prestadoras de cuidados de salud mental,

En otras palabras, la muestra del estudio corresponde a un subconjunto de mujeres mayores institucionalizadas por motivos psiquiátricos seleccionado con el objetivo de que el estudio permita inferir características o propiedades de la población femenina con más de 65 años ingresada en instituciones de salud mental.

Para que la muestra estudiada contuviese el mayor número posible de invariantes fueron establecidos los siguientes criterios de inclusión:

- Ser mujer;
- Estar ingresada en una unidad de internamiento, de una institución de salud mental (del IHHSCJ);
- Tener edad igual o superior a los 65 años (en registro o atribuida);
- Tener evaluación en por lo menos uno de los dos testes aplicados (el "*Mini Dependance Assessment*" o el "*Mini Mental State Examination*");

Para la concretización de la investigación, hemos contactado personalmente a los responsables del Instituto de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús (IHHSCJ) y los responsables de cada uno de los Centros Asistenciales (hospitales psiquiátricos). Después de presentado nuestro interés y de planteados los objetivos del estudio y el plan de investigación, fueron asumidos compromisos que garantizaban los principios básicos de la ética de investigación y de confidencialidad (independientes a los resultados obtenidos).

Ya con el acuerdo y el aporte logístico de la dirección del IHHSCJ, se envió por carta un pedido formal de autorización al director de cada Institución (Centro Asistencial) que, después de concedido, permitió la definición del calendario para recogida de información y aplicación de los instrumentos de evaluación. También, y con el fin de no perturbar el funcionamiento de las instituciones (horarios de comidas, sesiones terapéuticas y otras actividades) y los hábitos de los usuarios, se ha solicitado la colaboración de los servicios de psicología de cada Centro Asistencial.

Terminado el plazo de consulta para su participación en el estudio fueron identificadas seis de los diez Centros Asistenciales pertenecientes al IHHSCJ que después de consultadas manifestaron, en tiempo útil, su interés y concordancia con los objetivos y técnicas propuestas.

Las instituciones participantes están desplazadas por todo el país (continental e insular) y presentan la siguiente distribución geográfica (Figura 13):

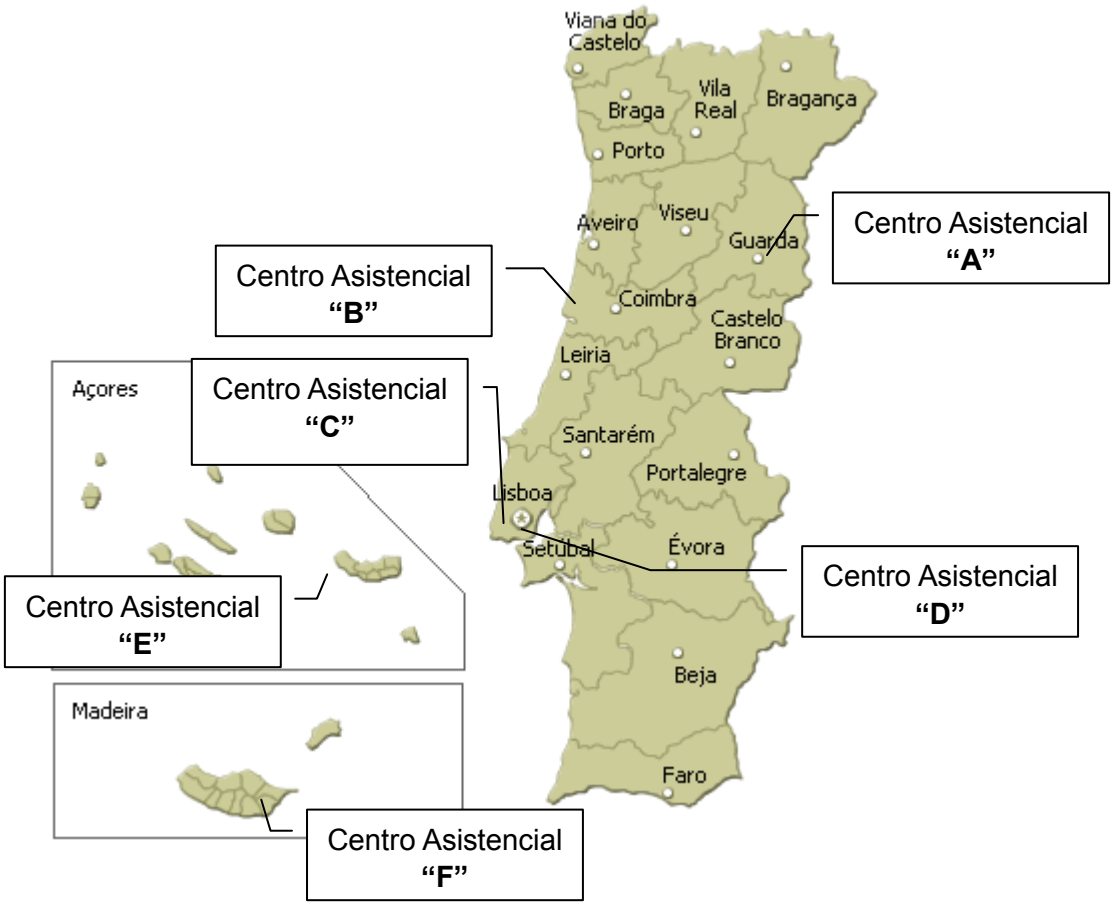
- Centro Asistencial "A" – Guarda (Región Centro);

---

cerca de un 59,5 por 100 son mujeres y un 66,3 por 100 de las unidades de internamiento de las distintas instituciones de salud que ingresan personas mayores con patología mental (con más de 65 años de edad) pertenecen a las órdenes religiosas (n = 1173) (Bento et al., 2003a; Direcção-Geral da Saúde, 2005).

- Centro Asistencial “B” – Condeixa-a-Nova/Coimbra (Región Centro);
- Centro Asistencial “C” – Sintra/Lisboa (Región de Lisboa y Valle del Tajo);
- Centro Asistencial “D”– Lisboa (Región de Lisboa y Valle del Tajo);
- Centro Asistencial “E” – São Miguel (Región Autónoma de Azores);
- Centro Asistencial “F” – Funchal (Región Autónoma de Madeira)

Figura 13 - Distribución geográfica de las instituciones participantes



De acuerdo con los datos del IHHSCJ (Comissão Provincial para a Estratégia Assistencial, 2008), y tal como hemos comentado, los centros participantes contemplan mayoritariamente mujeres. En concreto, podemos constar que en la mitad de las instituciones participantes, la población residente es totalmente compuesta por mujeres y que en las restantes (n=3), dos de ellas acogen más de un 95% de mujeres.

La tabla que se sigue (Tabla 22) permite visualizar el número total de sujetos institucionalizados y, en particular, el número de mujeres ingresadas en los distintos centros asistenciales que participaran en este trabajo de investigación.

Tabla 22 – Población total y población femenina residente en los centros asistenciales del IHHSCJ (Comissão Provincial para a Estratégia Assistencial, 2008)

	Institución	Total		Mujeres	
		n	%	n (%)*	%
Continente	A	163	7,1	162 (99,4)	7,3
	B	355	15,4	355 (100,0)	16,1
	C	761	33,0	737 (96,8)	33,3
	D	341	14,8	272 (79,8)	12,3
	Total Continente	1620	70,3	1526	69,0
Islas	E	172	7,5	172 (100,0)	7,8
	F	513	22,3	513 (100,0)	23,2
	Total Islas	685	29,7	685	31,0
Total IHHSCJ		2305	100,0	2211	100,0

* Porcentaje de la población total del centro asistencial respectivo

5.5. Variables del estudio

En el presente estudio, del tipo descriptivo, exploratorio, correlacional y comparativo, con un abordaje cuantitativo, las variables fueron seleccionadas en función de las cuestiones de investigación, de los objetivos y de las hipótesis, bien como de los análisis exploratorios referidos. Asimismo, en términos de testes de hipótesis, se asumen como variables independientes la edad, los años de escolaridad, el diagnóstico, los años de internamiento y la institución de ingreso. En la hipótesis 6, la variable estado cognitivo es también tratada como predictiva y, en la hipótesis 7, la variable dependencia funcional asume es mismo papel. Las variables dependientes son la dependencia funcional y el estado cognitivo.

5.6. Los instrumentos de Evaluación

El contexto geriátrico es uno de los contextos gerontológicos sobre el cual más se investiga y se trata a las personas mayores. Sin embargo, la metodología de trabajo utilizada implica instrumentos de valoración apropiados, con características y procedimientos adecuados.

Para este trabajo, hemos optado por la utilización de instrumentos típicos en evaluación gerontológica y geriátrica que estuviesen de acuerdo con el objetivo del

estudio, con la muestra sobre la cual se investiga y con las condiciones para la realización.

Es cierto que numerosos trabajos han mostrado que la Evaluación Gerontológica Estandarizada, el "*Comprehensive Geriatric Assessment*"[129] de los anglosajones, permite disminuir la morbilidad, la mortalidad, la institucionalización y los costes de salud a medio y largo plazo. Sin embargo, creemos que a este concepto de evaluación gerontológica, como un diagnóstico de la situación y de análisis de los recursos individuales de la persona mayor en una dinámica prospectiva, se debe asociar a de valoración geriátrica, que segundo Rubensteins y Abrass es una forma de "cuantificación de todos los atributos y déficits importantes, médicos, funcionales y psicosociales, con el fin de conseguir un plan racional de tratamiento y utilización de recursos" (Rubensteins y Abrass, 1986 citados por (Llera & Cantera, 2002).

De hecho, la valoración geriátrica disminuye la probabilidad de errores en la observación subjetiva ("etiquetas") y contribuye para un conocimiento efectivo de lo que la persona mayor es capaz y no sólo de lo que es incapaz. Por otras palabras, podemos decir que una correcta valoración geriátrica puede garantizar razonablemente que el tratamiento posterior y/o la utilización de los recursos serán no sólo eficaces, sino también eficientes. Con respecto a eso, podemos decir que los estudios con grupos de personas mayores en diferentes situaciones de salud y con distintos tipos de intervención (realizados en distintos entornos), atribuyen a la valoración geriátrica las siguientes ventajas:

- Disminución de la mortalidad;
- Mejoría de la capacidad funcional;
- Mejoría del estado mental;
- Disminución de la hospitalización;
- Disminución de los reingresos hospitalarios;
- Disminución del consumo de medicinas;
- Disminución de la institucionalización de larga duración;
- Mayor utilización de los servicios comunitarios.

Aunque no sustituyan un diagnóstico clínico o psicológico, las escalas de valoración en geriatría, cuando presentan características como la brevedad, la sencillez, la validez (validación de las escalas para lo que se quiere medir) y la precisión (capacidad

[129] "El termino "Assessment" expresa el aspecto objetivo frente al termino evaluación (más subjetivo). Con el fin de considerar la globalidad de la persona mayor, Rubenstein añade el termino de "Comprehensive" (es decir: el conjunto del equipo hace, a partir de los útiles de evaluación, una síntesis global que determinará la conducta específica a considerar en un paciente).

de medir pequeños cambios), son consideradas una herramienta inestimable y la mejor forma de cuantificar.

En este sentido, al mismo tiempo que se buscaban instrumentos que cumpliesen las premisas anteriores, parece importante resaltar que también durante la selección de las escalas se ha procurado identificar algunos de los instrumentos evaluativos más conocidos entre los profesionales o que hayan sido aplicados anteriormente en algunos de los centros asistenciales estudiados.

O sea y para resumir, se eligieron instrumentos, no sólo con base en los objetivos del estudio y con los criterios de valoración en contexto geriátrico, sino también dentro de las herramientas más comunes/familiares a los profesionales de las distintas instituciones que vendrían a colaborar con la investigación. Esta premisa consintió aún, y a nuestro entender, para la disminución del error de los procedimientos de aplicación (provocados por la no familiarización delante de nuevas escalas) y para crear nuevas perspectivas en la elaboración de futuros estudios longitudinales, con bases en distintas aplicaciones sobre las mismas personas.

5.6.1. Evaluación de la Función Cognitiva: Mini-mental State Examination (Folstein et al. 1975)

El instrumento de valoración usado para valorar alteraciones cognitivas fue el "*Mini Mental State Examination*" (MMSE), diseñado por Folstein (Folstein et al., 1975), en Baltimore, en los Estados Unidos. Este instrumento, actualmente muy utilizado, es una escala clásica y mundialmente conocida, constituida por 29 preguntas cerradas y una abierta (verbal y de papel y lápiz) cuya puntuación máxima es de 30 puntos. Las puntuaciones sucesivamente menores, indican grados progresivos de alteraciones cognitivas.

Distintos expertos en geriatría sugieren el MMSE para la evaluación de la función cognitiva por su fiabilidad y viabilidad. Según Fernández-Ballesteros (Fernández-Ballesteros & Izal, 1992; Fernández-Ballesteros, 2003), el MMSE es uno de los más adecuados instrumentos de evaluación de la función cognitiva para mayores. Para la autora, entre otros instrumentos también adecuados y semejantes, dentro la categoría de los "testes de discriminación"[130], están por ejemplo: el "*Mental Status Questionnaire*"

[130] Instrumentos de evaluación que hacen la diferenciación entre mayores normales y mayores con deterioro intelectual. Sin embargo, son instrumentos que aunque permitan establecer distintos grados de intensidad, no permiten diferenciar los distintos tipos de deterioro ni tampoco reconocer las causas de esto (por ejemplo reconocer se son causas funcionales o patológicas).

(MSQ) (Kahn, Goldfarb, Pollack, & Peck, 1960) y el "*Short Portable Mental Status* Questionnaire" (SPMSQ) (Pfeiffer, 1975).

En la práctica clínica, el MMSE es propuesto, a menudo, como un test breve de evaluación neuropsicológica (el tiempo de administración es de, aproximadamente, 10 minutos) y como un instrumento de cribado ("screening" cognitivo) para la demencia, una vez que se trata de una escala que permite evaluar sumariamente las funciones cognitivas, como la orientación (espacio y tiempo), el registro amnésico, la atención y el cálculo, el recuerdo, el lenguaje (comprensión, denominación, lectura, escritura) y la praxis constructiva (6 apartados).

Con todo, Folstein y sus colaboradores subrayaron que el MMSE no establece un diagnóstico de Demencia (no determina diagnóstico clínico), pero proporciona una orientación de la orientación cognitiva global del paciente e identifica individuos con posible disminución cognitiva que puede justificar el alargamiento de la evaluación (Spar & La Rue, 1998). Con otras palabras, el MMSE permite una valoración grosera y rápida de los pacientes con demencia y también es útil para controlar la progresión de los trastornos cognitivos (Morris et al., 1989; Teng et al., 1987 citados por Sarasola, Calcagno, Sabe, Caballero, & Manes, 2004).

Los resultados de la validación de la versión portuguesa del MMSE (Guerreiro, Botelho, Leitão, Castro-Caldas, & Garcia, 1994), para Portugal (con palabras y expresiones más comunes), son bastante parecidos a los resultados obtenidos en otras áreas geográficas y en distintas culturas. Fue concluido también que se trata de un test específico, con poder predictivo, con alta fidelidad Inter-observador y una adecuada fiabilidad en el re-testeo (en condiciones estables), pero poco sensible.

Como test de evaluación de funciones específicas (estudio neuropsicológico) son identificadas algunas limitaciones que pueden justificar una evaluación complementar con instrumentos más sensibles y específicos. Algunas de sus desventajas son, por ejemplo, el alto número de falsos positivos (sujetos con poca instrucción y demasiado mayores) y el hecho de ser insensible al déficit ligero o focal[131].

Sin embargo, y en resumen, podemos decir que se trata de una escala que tiene las ventajas de su brevedad, baja variabilidad y fácil administración, y que permite testear las personas intactas y examinar varias funciones, con larga aplicación y buenas normas.

[131] Segundo Gauthier (Gauthier, Panisset, Nalbantoglu, & Poirier, 2007), la interpretación de los resultados en el MMSE deberá tener en consideración el hecho de que los niveles bajos de educación (menos de cuatro años de escolaridad) y el deterioro del lenguaje reduce la validez del instrumento (i.e. falsos positivos). Inversamente, las personas con niveles más altos de educación pueden obtener resultados más altos en el MMSE, a pesar de su obvio deterioro en sus habilidades anteriores (falsos negativos).

Tanto la edad como la escolaridad influyen en los resultados del MMSE y un resultado específico tiene que ser interpretado a la luz de estas características. En esto sentido, la versión portuguesa presenta, parfa personas con más de 40 años, propuestas de puntuaciones de corte para diversos niveles de escolaridad, permitiendo hacer "criba" de la función cognitiva, siempre que los sujetos tengan un cierto nivel de escolarización y no sean demasiado mayores. Así, se considera que hay déficit cognitivo cuando la puntuación es igual o inferior a 15 (para los analfabetos) igual o inferior a 22 (para las personas de uno a once años de educación) e igual o inferior a 27 puntos (para las personas más educadas).

Algunos autores han también propuesto algunos niveles de deterioro en función de los resultados obtenidos en la escala. Es decir, la puntuación total puede ser también interpretada de forma categórica (para allá del binomio: con déficit o sin déficit), a la luz del tipo de deterioro o de la gravedad del mismo: leve, moderado o grave.

Sin embargo, como hemos constatado, y como sucede a menudo, los criterios y significado de deterioro leve o moderado, por ejemplo, no son iguales para distintos investigadores o profesionales, ni se interpretan en toda su extensión, de ahí que es preciso unificar criterios y por ello exponemos a continuación no sólo los de la escala MMSE, sino también otras referencias que creemos poder ser útiles a los objetivos de nuestra investigación.

Una vez que uno de los objetivos centrales es conocer con la mejor precisión posible cuáles son las funciones cognoscitivas que se mantienen y el grado de conservación, puede también se considerar imprescindible una más completa (o más correcta) evaluación neuropsicológica que se haga acompañar de la correspondiente orientación terapéutica que de ella se deriva. Con todo, a menudo se carece de esta prueba complementaria tan importante que limita la orientación adecuada. Por esta razón, y sin la pretensión de sustituir la exploración neuropsicológica, complementamos la interpretación del *Mini Mental State Examination* (MMSE) con los resultados de dos estudios que la correlacionan con la GDS - Global Deterioration Scale (GDS)(Reisberg, Ferris, de Leon, & Crook, 1982). Pues, la GDS (o escala de deterioro global) es una de las escalas clínico-evolutivas más utilizadas que propone precisamente siete posibles grados de deterioro cognitivo: sin deterioro (GDS1), deterioro muy leve (GDS2), deterioro leve (GDS3), deterioro moderado (GDS4), deterioro moderadamente grave (GDS5), deterioro grave (GDS6) y deterioro muy grave (GDS7).

Tabla 23 - Rangos de las puntuaciones del MMSE respecto a los estadios de la GDS, según los estudios de Reisberg y de Eisdofer (Reisberg et al., 1986; Eisdofer et al., 1992, citados por Fundación ACE, Institut Català de Neurociències Aplicades, & Alzheimer Centre Educacional, 2003)

Deterioro Cognitivo		Rango MMSE	
	Estadios GDS	Reisberg, 1986	Eisdofer, 1992
Muy leve	2	25 - 30	26 - 30
Leve	3	20 – 27	21 - 25
Moderado	4	16 – 23	17 – 20
Moderadamente grave	5	10 - 19	11 - 16
Grave	6	0 - 12	1 - 10
Muy grave	7	0 - 0	0 – 0

Así pues, de acuerdo con lo que hemos expuesto podemos considerar que las personas que presentan deterioro cognitivo moderado, esto es, GDS 5, presentan igualmente un MMSE comprendido, a priori, entre 10 y 19 puntos, o bien entre 11-16, según los autores.

Sin embargo, parece importante referir que se entiende que los datos de la tabla precedente son considerados orientativos, pero nunca absolutos, pues para valorar las capacidades residuales con mejor precisión intervendrán multitud de factores que le son propios a cada paciente.

De hecho, es posible constar algunas diferencias entre los trabajos que usan el punto de corte de déficit del MMSE para providenciar una clasificación más precisa del funcionamiento cognitivo. Por ejemplo, Martínez Lage (Martínez-Lage & Berthier Torres, 2002) sugiere que una puntuación de entre 24 a 30 estaría dentro de los límites normales, de entre 18 a 23 se considera deterioro cognitivo leve a leve-moderado y de entre 0 a 17 se considera deterioro cognitivo moderado-severo a severo; Tudela y Gelonch (Tudela & Gelonch, 2000) y Lambon y colaboradores (Lambon Ralph, Patterson, Graham, Dawson, & Hodges, 2003), defienden limites semejantes, entendiendo, respectivamente, una puntación superior a 9 o 10 puntos y inferior a 17 o 18 como deterioro moderado, y hasta los 23 o 24 como deterioro ligero. En 2004, Kurz (Kurz, Farlow, Quarg, & Spiegel, 2004) extiende el nivel de severo hasta los 15 puntos y define un nivel leve a partir de los 22 puntos de la escala; Zouding (Zaudig, 1992), por su lado, haciendo una evaluación comparada con los criterios del DSM III–R (American Psychiatric Association, 1987) y de la CID 10 (World Health Organization, 2007) y concluí que hasta los 22 puntos se puede entender como demencia, a la luz de los dos sistemas

de clasificación, que hasta los 27 (DSM) o 28 puntos (CID) del MMSE se podaría entender como deterioro cognitivo ligero y que después de eso dejaba de existir deterioro cognitivo. Por ultimo, Wlodarczyk y colaboradores sugieren una clasificación en cuatro categorías: Severo (0-10), moderado (0-14), ligero-moderado (15-19) y ligero (20-24).

Sin embargo, como hemos comentado, la clasificación del MMSE necesita de ser ajustada, en consecuencia de otros efectos como la edad o el nivel educacional. Además, el propio Folstein (Folstein, 1998 citado por Ismail y Shulman, 2006) ha criticado la practica de alterar a clasificación total por circunstancias especiales, afirmando que la clasificación debe ser presentada exactamente tal como fue obtenida durante el test sin cualquiera modificación. Así, consideramos que la interpretación de los resultados debe ser realizada a la luz de los puntos de corte propuestos por el estudio de adaptación a la población portuguesa (15, 22 y 27 para los analfabetos, personas con uno a once años de escolaridad y personas más educadas, respectivamente). y no a través de las modificaciones de la escala *a priori*., como las propuestas para los rangos de deterioro.

Tabla 24 - Apartados del Mini-Examen del Estado Mental (MMSE) según la edad y el nivel de escolaridad.

		Edad (años)							
Escolaridad		50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
0-4 años	Mediana	22	22	22	22	21	21	19	20
	Percentil 25	20	20	19	19	19	8	16	15
5-8 años	Mediana	27	27	27	27	26	26	25	24
	Percentil 25	25	25	24	24	24	22	22	21
9-12 años	Mediana	29	29	28	28	28	27	26	26
	Percentil 25	27	27	27	27	26	25	23	23
+12 años	Mediana	30	29	29	29	29	28	28	28
	Percentil 25	28	28	28	28	27	27	26	25

Los ítems de valoración para la función cognitiva son :

a. ***Orientación***. Se le pregunta al paciente la fecha y el lugar en el que se encuentra (orientación temporal y espacial): ¿En qué año estamos?, ¿En qué estación del año estamos?, ¿Qué día del mes es hoy?, ¿Qué día de la semana es hoy?, ¿En qué mes del año estamos?, ¿En qué país estamos?, ¿En qué provincia estamos?, ¿En qué ciudad estamos?, ¿Dónde estamos

en este momento?, ¿En qué piso/planta estamos? Puntuación: 0 - 10 puntos (1 punto por cada respuesta correcta).

b. ***Memoria de fijación***. Se le nombran tres objetos en intervalos de un segundo por palabra. Se le pide que repita las tres palabras. Puntuación: 0-3 puntos (1 punto por cada respuesta correcta)

c. ***Atención y cálculo***. En este apartado se valora la capacidad de concentración en una tarea difícil de cálculo como es restar desde 30 de 3 en 3. Consiste en restar sucesivamente 5 operaciones comenzando a restar desde 30. Existe la opción de deletrear la palabra MUNDO en orden inverso. Puntuación total: 0-5 puntos (1 punto por cada respuesta correcta).

d. ***Memoria reciente***. Se le pregunta si recuerda las tres palabras anteriormente repetidas. Puntuación total: 0-3 puntos (1 punto por cada respuesta correcta).

e. ***Lenguaje y praxis constructiva***. Se presentan dos objetos, un lápiz y un reloj. Se le pide al paciente que nombre estos dos objetos. Puntuación: 1 punto por cada respuesta correcta.

   Seguidamente, se le pide que repita en voz alta una frase. Puntuación: 1 punto si la repite correctamente

   Después se le pide que realice las tres órdenes consecutivas. Puntuación: 1 punto por cada paso correctamente terminado.

   Seguidamente que lea y ejecute la orden leída. Puntuar 0 si lee la frase correctamente pero no ejecuta la orden.

   También se le pide al paciente que escriba una frase de temática libre en un papel (la oración ha de tener sentido: sujeto, verbo y predicado). Puntuación: 1 punto.

   Por último, se le pide que copie un diseño de dos pentágonos en intersección. Puntuación: 1 punto si realiza correctamente estos pasos. No se tiene en cuenta los cambios de tamaño ni de rotación (todos los ángulos en ambas figuras deben estar presentes y las figuras han de tener un ángulo solapado formando la intersección). La puntuación total es 30.

Tabla 25 – Apartados del Mini-Examen de Estado Mental (MMSE)

Estado Cognitivo	Tareas	Score
Orientación en el Tiempo	Especificar el año, estación del año, mes del año, día del mes, día de la semana	0-5
Orientación en el Espacio	Especificar país, región, ciudad, edificio, piso/planta	0-5
Memoria de Fijación (Evocación)	Repetir tres palabras (ex. pera, gato, bola) inmediatamente después de la presentación	0-3
Atención y Cálculo	Subtracción secuencia de 3 en 3 a partir de 27 y/o soletrar "mundo" al revés	0-5
Memoria Reciente (Retención)	Repetir as tres palabras presentadas anteriormente	0-3
Lenguaje y praxis constructiva		
Nominación	Identificar lápiz y reloj por su nombre	0-2
Repetición	Repetir "El ratón roe y rueda la garrafa"	0-1
Orden verbal	"Coge una hoja de papel con la mano derecha, doble al medio y colócala encima de la mesa"	0-3
Orden Escrita	Lea y ejecute lo siguiente: "Cierre los ojos"	0-1
Escrita	Escribir una frase espontánea	0-1
Construcción Visual	Copiar dos pentágonos entrelazados	0-1
Resultado Total		0-30

Relativamente a la recogida de datos sobre el estado cognitivo, y a la aplicación del Mini Mental State Examination, en particular, fueran aún establecidos algunos criterios de exclusión que implican el siguiente:

- Ser portador de deficiencia visual y/o auditiva graves no corregidas (por declaración personal por medio de informante);
- Presentar estadios avanzados de disturbios cognitivos y/o estado de enfermedad mental que impida el entendimiento de la ejecución de los procedimientos en test;
- Tener otro idioma materno (otro que no el portugués);
- Tener dificultad de mover las manos por enfermedad reumáticas o neurológicas.

5.6.2. Evaluación de la Dependencia Funcional: Mini Dependance Assessment (Benhamou R. 1997)

Como señala Fernández-Ballesteros (Fernández-Ballesteros et al., 1992), para poder vivir de forma "independiente y autónoma", las personas deberán contener una

variabilidad de conductas regulares y adecuadas que les permita ejecutar sus Actividades de la Vida Diaria (AVD). Como hemos constatado, para las personas mayores, en particular, la pérdida de las habilidades de vida diaria puede contribuir, aún, para la baja auto-estima y para la institucionalización.

Por tratarse de una de las áreas más deficitarias en la vejez, algunos autores (expertos en gerontología y geriatría: clínicos e investigadores) han desarrollado instrumentos de evaluación de las AVD, como forma para poder reconocer el grado de independencia que la persona mayor puede lograr, aunque pueda padecer de enfermedad o incapacidad, o ,simplemente, de limitación funcional. Algunos de los instrumentos disponibles son el "*Elderly Assessment System*" (EASY) (Philp & Armstrong, 1997; Philp, 1997), el "*Functional Assessment Staging*" (FAST) (Reisberg et al., 1984), la Escala de Actividades de Vida Diaria (Katz et al., 1963) y el Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965). Con respecto a los métodos de evaluación de la capacidad funcional, suele decirse que existen distintas abordajes metodológicas, como los tests directos de función física o las entrevistas a personas visadas o a terceros (prójimos de estas), que se revelaran complementares en la información que pueden fornecer sobre esta condición (Botelho, 1999a).

En este estudio, por las razones presentadas en el Marco Teórico, se eligió la escala MDA ("*Mini Dependance Assessment*") que permite, por un lado, precisar en un diagrama, a través de un lenguaje común, claro y preciso, lo que la persona mayor puede realizar sola y, por otro, lo que necesita de ayuda humana y/o técnica (ex. con ayuda de una silla de ruedas). En otras palabras, el MDA permite precisar el grado de dependencia, de una manera sencilla y breve, y planificar en consecuencia la ayuda a ejecutar junto a la persona mayor.

Esta escala tiene como objetivo evaluar las necesidades funcionales actuales de las personas mayores que están implicadas en la ejecución de las conductas básicas de auto-cuidado: Actividades Básicas de Vida Diaria - AVD (i.e. identificar sobretodo la necesidad de ayuda) y como la mayoría de las escalas que evalúan la dependencia funcional, el MDA se aplica directamente al sujeto o indirectamente a un individuo responsable de los cuidados del sujeto.

En concreto, el instrumento mide el grado de dependencia en 4 apartados diferentes (con sus sub-apartados correspondientes): actividades corporales (alimentación, higiene y eliminación), actividades de locomoción (movilización, desplazamiento y espacio de vida), actividades sensoriales (visión, audición y discurso) y actividades mentales (memoria, conducta y humor). Cada una de las preguntas puede tener una puntuación de 0 ("independiente o normal"), "1" ("parcialmente dependiente") o "2" ("totalmente dependiente de ayuda humana"), resultando en una puntuación máxima

de 24 y en una puntuación mínima de 0. La puntuación total obtenida corresponde al grado de dependencia de la persona mayor, siendo que en el caso de la puntuación ser mayor que cero ("Nulo"), los resultados de la escala total indican: entre 1 y 7 una dependencia ligera, entre 8 y 14 una dependencia moderada, entre 15 y 19 una dependencia severa y entre 20 y 24 una dependencia muy severa.

Los ítems de valoración para la dependencia funcional son:

Actividades Corporales

a. ***Alimentación***. Se evalúa la capacidad del paciente para comer: "0 - Se alimenta normalmente, 1 – Necesita parcialmente de auxilio o de alimentación triturada 2 – Necesita de ayuda humana o de alimentación artificial (sonda, perfusión)".
b. ***Higiene.*** Se evalúa la capacidad del paciente para realizar su higiene: "0 – Realiza su higiene normalmente", 1 – Necesita de ayuda parcial, 2 – Necesita de ayuda total".
c. ***Eliminación***. Se evalúa la capacidad del paciente para eliminar: "0 – Micción y defecación normal, 1 – Incontinencia urinaria o fecal ocasional, 2 – Incontinencia urinaria o fecal permanente".

Actividades de Locomoción

d. ***Movilización.*** Se evalúa la capacidad del paciente para subir o bajar de la cama: "0 – Se hace normalmente", 1 – Necesita de ayuda parcial o de apoyo, 2 – Necesita de ayuda humana total o de una silla elevadora o imposibilidad de desplazamiento.
e. ***Desplazamiento.*** Se evalúa la capacidad del paciente para desplazarse en su domicilio o en el exterior: "0 – Se hace normalmente, 1 – Necesita de ayuda humana o técnica (bengala, andadillo), 2 – Necesita de silla de ruedas o imposibilidad de desplazamiento.
f. ***Espacio de vida.*** Se evalúa cual es el espacio de vida posible, con más o menos ayuda humana o técnica: "0 – Posible en el exterior de la casa, 1 – Limitado al domicilio, 2 – Limitado a la cama.

Actividades Sensoriales

g. ***Discurso.*** Se evalúan las capacidades de expresión verbal del paciente: "0 – Expresión verbal perfecta, 1 – Dificultades en hablar, 2 – No comprensión o afasia.
h. ***Visión****.* Se evalúan las capacidades visuales, más o menos corregida: "0 – Normal, 1 – Mala, 2 – Muy mala o ceguera.

i. ***Audición***. Se evalúan las capacidades auditivas, más o menos corregida: "0 – Normal, 1 – Mala, 2 – Muy mala o sordera.

Actividades Mentales

j. ***Memoria***. Se evalúan las capacidades amnésicas del paciente: "0 – Normal, 1 – Olvidos más o menos frecuentes, 2 – Olvidos muy frecuentes o amnesia.
k. ***Conducta.*** Se evalúa la presencia de alteraciones o perturbaciones emocionales y conductuales: "0 – Normal, 1 – Perturbaciones minor (Terquedad, Lamentaciones, Emotividad), 2 – perturbaciones Major (Agitación, Desorientación, Fuga).
l. ***Ánimo.*** Se evalúa el estado de ánimo del paciente: "0 – Normal, 1 – Tristeza más o menos importante o irritabilidad, 2 – Apatía (sin energía) o agresividad.

En este apartado se pretende también apreciar los aspectos de validez (mencionados por el Benhamou (Benhamou, 1997b) y de fiabilidad de la escala que se eligió para evaluar la dependencia de los pacientes mayores, ingresados en unidades de psicogeriatría de larga estancia: el Mini Dependance Assessment (MDA). Después de revisados los principales enfoques teóricos para comprensión de la dependencia de las personas mayores y las características de los pacientes psicogeriátricos, revisamos/insertamos ahora los conceptos y abordajes más importantes ligados a la validez de las medidas.

Con respecto a los trabajos anteriores, parece importante referir que la escala fue desarrollada en un estudio Francés (en Toulouse), cuyo objetivo era lo de concebir una escala de evaluación rápida y global de la dependencia de las personas mayores (Benhamou, 1997b), o como señala el autor: el MDA "visa identificar de forma rápida el grado de dependencia de las personas mayores, o de ayuda necesaria, para realizar las actividades implicadas en la vida diaria".

Aunque no se conozcan trabajos de validación del instrumento (publicados), segundo el autor, la concepción de la escala contempló las siguientes exigencias de calidad esenciales:

- Especificidad: la escala evalúa solamente uno dato específico, representado por la dependencia de las personas mayores en su aspecto global;
- Reproductibilidad: la evaluación debe ser idéntica mismo si los evaluadores fueren diferentes, o que permita eliminar la variabilidad interpersonal;

- Exhaustividad: los criterios de evaluación retenidos, en número de 12, deben ser lo más pertinentes posible, es decir capaces de recriminar fuertemente los individuos; Así, se rechazaran los criterios descriptivos y ilustrativos que poseen un menor poder separador;
- Exequibilidad: la utilización de la escala debe ser facial, rápida y posible para todos;
- Sensibilidad: la escala debe ser capaz de diferenciar dos realidades vecinas;

Para desenvolver el presente trabajo, se solicitó el permiso del autor Richard Benhmou y de la comisión de ética del IHHSCJ (contexto de aplicación de la escala), según los procedimientos de aplicación exigidos. Después de autorizada la utilización del instrumento, el acceso a los enfermos y a los profesionales (responsables por los cuidados institucionales), se ha pedido la colaboración en la investigación, en función de los procedimientos recomendados para el consentimiento informado, y de acuerdo los requisitos de administración indirecta sugeridos por el propio instrumento de evaluación.

En nuestro abordaje, el instrumento fue aplicado con la ayuda de los enfermeros responsables (cuidadores principales), a todos los pacientes mayores que recibían atención psicogeriátrica intrahospitalaria (en el IHHSCJ). Es decir, en el contexto, la administración de la escala implicó quien conocía bien el campo de la psicogeritraia intrahospitalaria y quien mejor conocía el estado de funcionamiento global del paciente (a nivel cognitivo, funcional, emocional, psicosocial y motor), así como un evaluador especialmente entrenado para la administración del MDA, que lógicamente estaba trabajando en él, con la finalidad de controlar el sesgo que se suele observar en el cuidador principal (aunque más en el “informal” que en el “formal”) de dar una imagen mejorada o empeorada del enfermo a su cargo.

Dada la recomendación de que para el cálculo del tamaño de la muestra para estudios factoriales (análisis de contenido) se considera indispensable incluir 100 pacientes o, como mínimo, 5 sujetos por cada ítem que compone la escala, los criterios de inclusión contemplaran la introducción de todos los pacientes mayores que la edad en el momento de aplicación del MDA era igual o superior a los 65 años.

De esta forma, el estudio de la estadística descriptiva incidió en las respuestas de la muestra global de 466 participantes del sexo femenino, con edades comprendidas entre los 65 y los 102 años (M = 76,4; DT = 7,6), con un nivel académico de 0 a 15 años de escolaridad (Mdn = 1), y con un tiempo de internamiento entre el 1 y los 61,3 años de ingreso (Mdn = 11,4). Con respecto a los grupos de diagnóstico, la muestra del MDA (n=466) contempló 121 sujetos con demencia, 112 con esquizofrenia, 109 con retraso mental, 35 con psicosis afectiva y 66 con otras patologías (no determinadas).

5.6.2.1. Fiabilidad

En este caso, la fiabilidad del MDA fue evaluada con recurso a la consistencia interna, más específicamente, al α (alpha) de Cronbach[132], que es el indicador más ampliamente utilizado y referido en la literatura (Ribeiro, 1999), y que permite analizar la correlación media de una variable (o ítems) con todas las demás que integran la escala. En nuestra aplicación los resultados del coeficiente del α de Cronbach (total) revelan un valor de 0,922 lo que indica una consistencia interna adecuada o un nivel de fidelidad elevado. Con respecto a los resultados obtenidos en las cuatro dimensiones (sub-escalas) propuestas por el autor, se ha verificando los siguientes valores: Para la sub-escala Actividades Corporales, α=0,90; Para la sub-escala Actividad de Locomoción α=0,86; Para la sub-escala Actividades Sensoriales α=0,74; Para la sub-escala Actividades Mentales α=0,72 y para la escala MDA total, α=0,83. Estos valores son elevados evidenciando que los ítems de cada dimensión están asociados entre si e igualmente con los ítems de la escala total.

Para evaluar la confiabilidad de la prueba, se ha realizado el estudio de validez de constructo a través de un análisis factorial, sin embargo, no se ha conseguido replicar la estructura factorial de la escala original (cuatro factores o áreas de actividades, con tres ítems por factor o área de actividad). No obstante, en el análisis de los resultados descriptivos se ha optado por seguir la propuesta conceptual del autor y en la el análisis correlacional un factor único (ítem total). También se ha recorrido a a la obtención de la correlación de las distintas dimensiones del MDA. En la Tabla 34 se muestra correlaciones entre los puntajes por dimensión (o dominio) con respecto al puntaje total, así como entre las diversas dimensiones. Se observa que la mayoría de las correlaciones entre los puntajes de cada dimensión son entre moderadas y altas, pero todas con un nivel de significancia de 0,01.

5.6.2.2. Validez diagnóstica

Se llevó acabo una comparación entre una muestra clínica y una muestra normal para determinar la capacidad del MDA para diferenciar mujeres con 65 y más años

[132] El alpha de Cronbach toma valores entre 0 y 1, aunque también puede mostrar valores negativos (lo que indicaría que en la escala hay ítems que miden lo opuesto al resto). Cuanto más se acerque el coeficiente a la unidad, mayor será la consistencia interna de los indicadores en la escala evaluada, aunque no existe una acuerdo generalizado sobre cuál es el límite que demarca cuándo una escala puede ser considerada como fiable o no. Por debajo de 0,5 el alfa de Cronbach muestra un nivel de fiabilidad no aceptable; si tomara un valor entre 0,5 y 0,6 se podría considerar como un nivel pobre; si se situara entre 0,6 y 0,7 se estaría ante un nivel cuestionable; entre 0,7 y 0,8 haría referencia a un nivel aceptable; en el intervalo 0,8-0,9 se podría calificar como de un nivel bueno, y si tomara un valor superior a 0,9 sería excelente.

institucionalizadas con patologia mental de mujeres mayores institucionalizadas sin patología mental (clínicos vrs. normales), mediante el uso del estadígrafo t de Student.

Como grupo control fue utilizada una muestra de 28 mujeres con 65 y más años, ingresadas en residencias para mayores (de la "Santa Casa da Misericórdia de Lisboa"), sin patología mental (diagnosticada) y sin déficit cognitivo. El estado cognitivo fue también evaluado (comprobado) a través del repaso del MMSE..

La comparación, controlada por: condición residencial (institucionalizados), género (femenino), edad, escolaridad y estado cognitivo, permitió verificar que existen diferencias significativas entre el grupo de mujeres con demencia y el grupo de mujeres sin patología mental y sin déficit cognitivo. En este caso, se verifica que existen diferencias estadísticamente muy significativas, para la puntuación total MDA y para cada una de las dimensiones (actividades), en mujeres institucionalizadas con 65 y más años, entre el grupo con demencia y el grupo sin patología mental y sin déficit cognitivo (sin demencia) (Tabla 26).

También se ha verificado diferencias significativas, para para la puntuación total MDA y para el subapartado "actividades mentales", en mujeres mayores institucionalizadas con más de 75 y menos de 84 años, entre el grupo con psicosis afectiva (n=15) y el grupo sin patología mental y sin déficit cognitivo (n=15) (Tabla 27).

Para los restantes grupos de edad del grupo con psicosis afectiva y para los demás grupos de diagnóstico no ha sido posible controlar la edad y/o la escolaridad. En este caso, no se procedió a la evaluación de la validez discriminante.

Tabla 26 – Comparación entre el grupo clínico con demencia y el grupo normal (sin demencia), con 65 y más años: t Student

Dimensión	Normales n = 28		Demencia n = 122			
	media	desv. típ	media	desv. típ	t	Sig.
Edad	82,82	6,772	81,16	7,530	-1,069	0,287
Escolaridad	3,46	2,560	3,22	4,067	-0,302	0,763
Puntuación MMSE	24,57	3,327	6,37	8,155	-11,491	0,000**
Puntuación MDA	6,04	3,405	14,93	6,347	7,166	0,000**
Actividades corporales	1,82	1,124	4,37	1,880	6,755	0,000**
Actividades de locomoción	3,46	2,560	4,14	1,941	5,428	0,000**
Actividades sensoriales	0,89	0,916	2,46	1,898	4,186	0,000**
Actividades mentales	1,54	1,319	3,63	1,894	5,407	0,000**

** La correlación es significativa a un nivel de 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa a un nivel de 0,05 (bilateral)

Tabla 27 – Comparación entre grupo clínico con psicosis afectiva y grupo normal (sin demencia), con más de 75 y menos de 84 años: t Student

Dimensión	Normales n = 15		Psicosis Afectiva n = 15			
	media	desv. típ	media	desv. típ	t	Sig.
Edad	80,07	3,348	79,13	2,800	0,828	0,415
Escolaridad	3,93	2,789	3,67	4,590	0,164	0,871
Puntuación MMSE	25,00	3,207	13,55	6,817	5,730	0,000**
Puntuación MDA	6,27	3,674	10,93	6,552	-2,406	0,023*
Actividades corporales	2,07	1,163	3,15	2,154	-1,693	0,102
Actividades de locomoción	1,87	1,598	2,62	2,256	-1,024	0,315
Actividades sensoriales	0,87	,990	1,85	1,864	-1,770	0,088
Actividades mentales	1,67	1,397	3,69	1,974	-3,166	0,004**

** La correlación es significativa a un nivel de 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa a un nivel de 0,05 (bilateral)

En conclusión, podemos afirmar que la versión utilizada de escala MDA muestra buenas propiedades métricas, lo que justifica su utilización en la investigación. Aunque se pueda considerar un instrumento con características de diagnóstico para mujeres con 65 y más años institucionalizadas, la utilización de esta versión para estudios de cribo necesita aún de ser confirmada por estudios diseñados para el efecto.

5.6.3. Estabilidad de las variables dependientes y de los instrumentos (Objetivo 3)

El estudio de la estabilidad funcional y cognitiva incidió sobre la misma muestra de mujeres mayores con patología psiquiátrica, institucionalizadas en un centro asistencial del IHHSCJ (centro “C”), con los mismos cuatro grupos de diagnóstico principales. Sin embargo, en términos de dimensión muestral, el primer momento de repaso de los dos instrumentos de evaluación incidió sobre submuestras más reducidas: sobre un 13,8% de los sujetos, en el MDA y sobre un 7,6% de los sujetos de la muestra final, en el MMSE.

A nivel de prevalencias, la evaluación longitudinal de la dependencia funcional incidió sobre una submuestra (n=63) con una mayor, pero también igual, porcentaje de

sujetos con retraso mental y con esquizofrenia (más 9,7 puntos porcentuales) y con una menor porcentaje de sujetos con demencia (menos un 12,5%). Relativamente al diagnóstico de psicosis afectiva, podemos decir que este grupo patológico asume una prevalencia muy parecida en los dos estudios (longitudinal: un 7,9% y transversal: un 8,1%) (Tabla 28).

Tabla 28 – Distribución de la sub-muestra MDA (2001 – 2003) y de la muestra total (2003) por diagnósticos

Nivel de Dependencia	2001 - 2003		2003	
	n	%	n	%
Demencia	9	14,3	122	26,8
Retraso mental	22	34,9	115	25,2
Esquizofrenia	22	34,9	115	25,2
Psicosis afectiva	5	7,9	37	8,1
Otros	5	7,9	67	14,7
Total	63	100,0	456	100,0

Por su lado, la submuestra implicada en la evaluación del estado cognitivo (n=37), en comparación el estudio transversal (n=487), contiene casi el doble del porcentaje de sujetos con retraso mental (un 43,2%) y un tercio de los sujetos con demencia (un 8,1%). Las dos restantes enfermedades mentales (esquizofrenia y psicosis afectiva), aunque un poco superiores a la muestra del estudio transversal, presentan porcentajes semejantes (Tabla 29).

Tabla 29 – Distribución de la sub-muestra MMSE (2001 – 2003) y de la muestra total (2003) por diagnóstico

Estado Cognitivo	2001 - 2003		2003	
	n	%	n	%
Demencia	3	8,1	126	26,8
Retraso mental	16	43,2	132	25,2
Esquizofrenia	12	32,4	119	25,2
Psicosis afectiva	4	10,8	41	8,1
Otros	2	5,4	69	14,7
Total	37	100,0	487	100,0

La evaluación de un sub-grupo de sujetos (n=63) de la muestra total (n=510), realizada en 2001 y en 2003, permítenos verificar que, mientras la desviación típica "mantiene" sus valores (5,433 en 2001 y 5,508 en 2003) la puntuación media y la mediana de resultados en la escala de dependencia funcional se incrementó con el pasar del tiempo (2,26 puntos la media y 2 puntos la mediana). En este caso particular de la escala MDA, también el valor máximo en 2003 pasó a coincidir con el valor máximo de la escala (24 puntos), subiendo 2 puntos en comparación con la evaluación anterior (Tabla 30).

Tabla 30 – Estadísticos descriptivos de la puntuación en el MDA en 2001 y 2003 (sub-muestra)

	n	media	desv. típica	mediana	mínimo	máximo
Puntuación MDA 2001	63	7,79	5,433	7,00	0	22
Puntuación MDA 2003	63	10,05	5,508	9,00	0	24

Con respecto a los niveles de dependencia sugeridos por la escala, podemos constar que mientras el porcentaje de mujeres mayores con dependencia ligera haya disminuido cerca de un 16% en un periodo de dos años (de un 55,6% para un 39,7%), por otro lado, el porcentaje de sujetos con nivel de dependencias moderado y severo ha incrementado (un 6,3% y un 12,7% respectivamente). En este caso, podemos decir que las mayores alteraciones se han dado a nivel de la dependencia ligera y severa (con mayor alteración porcentual). En esto análisis, parece aún importante referir que el grupo sin dependencia mantiene su baja prevalencia (un único sujeto) y que el otro grupo "extremo" baja la prevalencia en cerca de un 3%, en el periodo de dos años (Tabla 31).

Tabla 31 – Distribución de la sub-muestra por nivel de dependencia (MDA) en 2001 y en 2003

Nivel de Dependencia	2001		2003	
	n	%	n	%
Nulo	1	1,6	1	1,6
Ligero	35	55,6	25	39,7
Moderado	18	28,6	22	34,9
Severo	4	6,3	12	19,0
Muy Severo	5	7,9	3	4,8
Total	63	100,0	63	100,0

Por otro lado, las evaluaciones del estado cognitivo realizadas a la sub-muestra de sujetos (n=37), también relativas a 2001 y a 2003, sugieren una ligera alteración de la media de resultados (0,3 puntos) obtenidos en la escala MMSE y un descenso (aparentemente) más significativo en la mediana de resultados (2 puntos). Tal como en la escala de evaluación de la dependencia funcional, también se registra un incremento del valor máximo (en este caso un punto) y una manutención del valor mínimo (3 puntos) y de la desviación típica – en este caso valores aproximados: 6,309 en 2001 y 6,969 en 2003 (Tabla 32).

Tabla 32 – Estadísticos descriptivos de la puntuación en el MMSE en 2001 y 2003 (sub-muestra)

	n	media	desv. típica	mediana	mínimo	máximo
Puntuación MMSE 2001	37	16,08	6,309	16,00	3	29
Puntuación MMSE 2003	37	15,78	6,969	14,00	3	30

Relativamente al numero de mujeres mayores con y sin déficit cognitivo, podemos observar que existe un incremento de sujetos con déficit (un 5,7%) y una disminución de sujetos sin deterioro (un 5,4%), de 2001 para 2003 (Tabla 33).

Tabla 33 – Distribución de la sub-muestra por estado cognitivo (MMSE) en 2001 y en 2003

Estado Cognitivo	2001		2003	
	n	%	n	%
Sin déficit	15	40,5	13	35,1
Con déficit	22	59,2	24	64,9
Total	37	100,0	37	100,0

5.6.4. Hipótesis 1: Existirán diferencias significativas en las medias de las variables dependientes después un periodo de dos años

Para averiguar la existencia, o no, de diferencias significativas entre las medias de resultados obtenidos por los sujetos ingresados en contexto psicogeriátrico (con distintos diagnósticos), después de un periodo de tiempo de dos años (sub-muestra), se ha utilizado la prueba t pareada, que permite comparar dos observaciones de la misma muestra, con respecto a una variable numérica (contínua); En este caso comparar la puntuación en los tests de estado cognitivo y de dependencia funcional después de dos años de internamiento.

Relativamente a las dos variables dependientes, podemos constatar que entre el año de 2001 y el año 2003, en los grupo ("sub-grupos") de mujeres mayores con patología mental institucionalizadas en el IHHSCJ, mientras las medias de los resultados obtenidos, en los dos momentos, en la escala de dependencia funcional presenten diferencias altamente significativas (t= -5,103; p=0,000), por su lado, la comparción de las medias de los resultados en el MMSE no permite identificar diferencias significativas (t= 0,426; p=0,672).

Tabla 34 - Matriz de correlación de Pearson (N = 438)

MDA	Aliment.	Higiene	Eliminac.	Moviliza c.	Deambul.	Esp. Vida	Discurso	Visión	Audición	Memoria	Conducta	Humor	Puntuación MDA
Alimentación	1	0,590(**)	0,695(**)	0,793(**)	0,753(**)	0,662(**)	0,437(**)	0,604(**)	0,403(**)	0,556(**)	0,407(**)	0,431(**)	0,850(**)
Higiene(corporal)		1	0,637(**)	0,605(**)	0,571(**)	0,526(**)	0,307(**)	0,460(**)	0,319(**)	0,539(**)	0,411(**)	0,475(**)	0,741(**)
Eliminación			1	0,749(**)	0,730(**)	0,613(**)	0,388(**)	0,568(**)	0,411(**)	0,544(**)	0,450(**)	0,419(**)	0,837(**)
Movilización				1	0,888(**)	0,668(**)	0,359(**)	0,546(**)	0,413(**)	0,562(**)	0,380(**)	0,400(**)	0,858(**)
Desplazamiento					1	0,659(**)	0,355(**)	0,528(**)	0,422(**)	0,496(**)	0,379(**)	0,388(**)	0,835(**)
Espacio de vida						1	0,339(**)	0,553(**)	0,335(**)	0,429(**)	0,335(**)	0,389(**)	0,748(**)
Visión							1	0,435(**)	0,466(**)	0,370(**)	0,297(**)	0,276(**)	0,563(**)
Audición								1	0,303(**)	0,427(**)	0,324(**)	0,362(**)	0,706(**)
Discurso									1	0,400(**)	0,338(**)	0,297(**)	0,568(**)
Memoria										1	0,507(**)	0,481(**)	0,728(**)
Conducta											1	0,541(**)	0,614(**)
Humor												1	0,628(**)
Puntuación MDA													1

** La correlación es significativa a un nivel de 0,01 (bilateral)

5.7. Procedimiento

La implementación del estudio fue encadenada en dos fases distintas.

En una primera fase, fueron establecidos los contactos con los directores y los responsables de los servicios de psicología de cada casa de salud y desarrolladas reuniones de trabajo para la calendarización de las actividades. En estas reuniones fueron también compartidas informaciones sobre las características de las casas y de los servicios, así como los detalles sobre el estudio y los instrumentos de evaluación.

Con el aporte de todos los profesionales implicados en el estudio, fueron también elegidos/aprobados los instrumentos de valoración adecuados al contexto (Unidades Psicogeriátricas) y a la historia reciente de la evaluación dentro de estas instituciones (praxis clínica): el *Mini-Mental State Examination* (MMSE) para evaluar el estado cognitivo y el *Mini Dependance Assessment* (MDA) para evaluar el grado de dependencia de los sujetos.

El hecho del objeto de estudio ser la persona humana con dificultades y limitaciones, tiene implicaciones éticas que dificultan la metodología experimental. Por esta razón, se ha elegido el método basado en información recogida indirectamente, junto del enfermo o de la enfermera responsable por unidad de internamiento ("chef de unidad").

Además, una vez que este tipo de población contiene un número significativo de analfabetos y analfabetos funcionales (imposibilitados de participar en el estudio con cuestionarios de auto-informe), y de personas con inestabilidad psicológica asociada a las distintas patologías psiquiátricas y a la naturaleza humana (con calidad diferenciada y difícilmente comparables en el todo y en las partes), fue decisivo para la elección de instrumentos de aplicación indirecta (informes a terceros o heteroinformes).

Antes del inicio de la recogida de datos fueron discutidos los procedimientos de aplicación de los instrumentos y presentado todo el material: las hojas de registro, las escalas de evaluación y el documento con el plan de investigación (encuadramiento, objetivos de la investigación, contactos, etc.).

La recogida de datos, la segunda fase, se desarrolló entre Marzo de 2003 y Febrero de 2004. En un primer momento, se recogió, con la ayuda de una hoja de registro, la información sociodemográfica y clínica, para la caracterización de todas las pacientes, con más de 64 años de edad, ingresadas en los seis Hospitales Psiquiátricos de las Hermanas Hospitalarias: edad/grupo de edad, nivel de instrucción/educación, nombre de la unidad de internamiento dentro de la Institución (variables sociodemográficas), diagnóstico y tiempo de internamiento (variables clínicas).

En un segundo momento, de la segunda fase, fueron aplicados los instrumentos de valoración (MDA y MMSE) y recogidos los datos del grado de dependencia y del estado cognitivo de todas las enfermas mayores incluidas en el estudio.

La aplicación del MDA fue realizada de modo indirecto por un psicólogo junto con el enfermero responsable por cada una de las unidades de psicogeriatría, por ser identificada como la persona que tiene más conocimiento acerca de las habilidades funcionales de los pacientes de la unidad.

A continuación, ya con la información del grado de dependencia de cada una de las pacientes, se procedió a la aplicación del MMSE para evaluar el estado cognitivo. La escala fue aplicada individualmente a cada uno de los pacientes, de acuerdo con las condiciones de aplicación adecuadas y con la información obtenida acerca de las limitaciones funcionales de cada enferma (ej. mala audición, visión, etc.).

El tiempo de administración en la batería de testes fue de una hora en cada visita aproximadamente (30 minutos con el enfermero responsable y 30 minutos con el usuario). Las aplicaciones se realizaron siempre durante la jornada de trabajo de los profesionales que hacen guardia.

5.7.1. Análisis estadístico de los datos

Una vez finalizada la evaluación, y recorridos los informes, se procedió a la corrección y acotación de pruebas, de acuerdo con los criterios predefinidos. Posteriormente, se procedió a la inclusión de la información (acotaciones) en una base de datos que posteriormente fue combinada con otros datos clínicos y sociodemográficos recogidos en los ficheros clínicos de cada paciente. Después de completada la base de datos se procedió al análisis estadístico mediante el programa estadístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 10.0 para el Windows.

Este estudio ha recurrido a diversos métodos analíticos como:

1) Estadísticas Descriptivas: utilizadas para sintetizar los datos recogidos en los “reportes clínicos” de las pacientes y los datos que han resultado de las respuestas a los instrumentos de evaluación. Se procedió a la comparación de respuestas para evaluar la importancia de las variables o de las diferencias entre las distintas personas mayores al nivel de: institución de ingreso, edad, nivel de escolaridad, tiempo de internamiento, diagnóstico.
2) Tablas: con el objetivo de atribuir un “imagen” más fácil y rápida para el análisis de los resultados obtenidos. Se entienden como instrumentos de síntesis que colocan en evidencia algunos aspectos particulares de los

resultados, facilitando la interpretación y obteniendo conclusiones rápidas, simples y claras.

3) Confirmación de hipótesis: Fueron utilizados testes paramétricos y no-paramétricos (cuando los presupuestos de los paramétricos eran violados) para identificar las diferencias verificadas entre los grupos. La hipótesis nula es rechazada para un $p \leq 0,05$. Las principales técnica paramétricas fueran t-Student, *ANOVA* y correlaciones de Pearson.
4) Técnicas de análisis multivariada: se ha tomado partido de la aplicación de la técnica estadísticas que tornan posible y fácil el análisis de grandes y complejas cantidades de información. Con base en el estudio de esas técnicas y en algunos ejemplos de sus aplicaciones prácticas, se ha recorrido al Modelo de Regresión Lineal Múltiple para interpretar los datos recogidos:

5.8. Diseño de la investigación

El modelo principal de investigación siguió la metodología del tipo descriptivo transversal. Asimismo, la recogida de información, sobre las habilidades de los residentes, ha sido realizada una sola vez en diferentes contextos psicogeriátricos e institucionales, con localización geográfica distinta. Para el análisis de la asociación entre las variables (sociodemográficas y clínicas) se procedió a un estudio correlacional/diferencial.

Para efectos complementares, se ha realizado un estudio secundario con dos sub-muestras de sujetos que siguió la metodología del tipo longitudinal. En este caso particular, ha sido considerada una aplicación anterior a este trabajo (realizada por el mismo autor), en un contexto psicogeriátrico del mismo instituto donde se recorió la muestra total (IHHSCJ)

Creemos que se puede asumir el carácter longitudinal (de la investigación paralela), una vez que la segunda evaluación/aplicación, a que corresponde el momento único del estudio principal (transversal), se ha realizado después de un periodo de tiempo de cerca de dos años que es considerado como “largo” en enfermedades neurodegenerativas (como la demencia), en que la evolución durante este tiempo puede ser muy acusada (Martínez-Lage et al., 2002).

6.1. Caracterización de la población institucionalizada (Objetivo 1)

6.1.1. Caracterización institucional: instituciones de ingreso (Objetivo 1.1.)

En el conjunto total de las instituciones que se adhirieron a este estudio, 510 sujetos eran del sexo femenino, con 65 y más años de edad.

La muestra de sujetos fue recorrida (recogida) en diferentes regiones de Portugal, en seis instituciones distintas desplazadas por el territorio continental (un 61,0% de la muestra) y por el territorio insular de Açores y Madeira (un 39,0% de la muestra). En el total de los centros asistenciales, los que contribuyeron con más personas para el estudio fueron el centro "C", en el continente, y el "F", en las islas, con 134 y 125 sujetos respectivamente. Por otro lado, el centro con el menor número de sujetos participantes fue el "D" (n=49) (Tabla 35).

Tabla 35 – Distribución de la muestra por institución de salud

	Institución	n	%
Continente	A	71	13,9
	B	57	11,2
	C	134	26,3
	D	49	9,6
	Total Continente	311	61,0
Islas	E	74	14,5
	F	125	24,5
	Total Islas	199	39,0
Total Portugal		510	100,0

Con respecto a la distribución de la muestra por las instituciones que atienden a las mujeres mayores con patología mental crónica (participantes en el estudio), podemos decir que en términos de prevalencia relativa, los centros asistenciales "A" y "E" son las que contribuyen con mayor porcentaje de personas de sus casas (un 43,6% y un 43,0%, respectivamente) para la muestra global y, asimismo, las que podrán recibir contribuciones (basadas en la evidencia) con mayor valor representativo. Por el contrario, el centro "D" es el que tiene menos mujeres mayores ingresadas (un 14,4%), y también en el que contribuye con menos sujetos para la muestra total (un 9,6%).

En resume, podemos decir, con respecto al porcentaje de mujeres mayores con que cada centro contribuye para el estudio, que existen dos "grupos" distintos: i) los que afrontan con casi la mitad de sus usuarios ("A" y "E") y ii) todos los demás que cuentan con menos de un 25% de sus pacientes (entre un 16,1% y un 24,4%).

Tabla 36 – Prevalencia de la población femenina (Comissão Provincial para a Estratégia Assistencial, 2008) y de la muestra en los centros asistenciales del IHHSCJ

Institución		Mujeres		Mujeres mayores (muestra)	
		n	%	n (%)*	%
Continente	A	162	7,3	71 (43,6)	13,9
	B	355	16,1	57 (16,1)	11,2
	C	737	33,3	134 (17,6)	26,3
	D	272	12,3	49 (14,4)	9,6
	Total Continente	1526	69,0	311	61
Islas	E	172	7,8	74 (43,0)	14,5
	F	513	23,2	125 (24,4)	24,5
	Total Islas	685	31,0	199	39
Total IHHSCJ		2211		510	100,0

* Porcentaje de la población femenina total del centro asistencial respectivo

6.1.2. Caracterización socio-demográfica: edad y escolaridad (Objetivo 1.2.)

6.1.2.1. Edad y grupo de edad

En la muestra global, fueron registradas las edades de 480 mujeres mayores. En este grupo la mediana y la media de edad encontrada fueron ambas de 76 años, con una desviación típica total de 8 y un máximo de 102 años de edad (Tabla 2).

Tabla 37 – Estadísticos descriptivos de la edad

n = 480	Edad (años)
Media	76
Desv. Típica	8
Mediana	76
Mínimo	65
Máximo	102

Entre los distintos grupos de edad considerados, los dos más jóvenes presentan un 85,4% de las mujeres mayores incluidas en el estudio. La disminución de sujetos con el cambio de grupo de edad es, sin embargo, más acentuada después de los 84 años, y las mujeres con más de 95 años vienen a representar sólo un 1% del total de la muestra (Tabla 3).

Tabla 38 – Distribución de la muestra por grupo de edad

Grupo de Edad	n	%
65-74	215	44,8
75-84	195	40,6
85-94	65	13,6
+95	5	1,0
Total	480	100,0

Con respecto a los distintos centros asistenciales que participaron en este estudio, podemos constatar que, independientemente de todos presentar una desviación típica de siete u ocho, las medianas y las medias de edad no parecen alejarse mucho unas de las otras. Es decir, todos los centros se localizan alrededor de los 76 años de media y mediana de edad, con ligeras diferencias arriba o abajo de este valor. En particular, el centro “A” con una mediana superior de 78 años y el centro “C” con una mediana de 73 años de edad.

En relación a los valores máximos, podemos observar que todas las instituciones presentan personas con más de 90 años y dos de ellas personas centenarias: “A” y “E”.

Tabla 39 – Estadística descriptiva de edad en las instituciones participantes

Institución	Edad					
	n	media	desv. típica	mediana	mínimo	Máximo
A	71	77	8	78	65	102
B	57	75	8	74	65	95
C	105	74	7	73	65	95
D	49	77	7	77	65	94
E	73	78	8	77	65	101
F	125	77	7	75	65	94
Total	480	76	8	76	65	102

6.1.2.2. Escolaridad

Los datos sobre la escolaridad son los menos presentes en las hojas de registro: poco más de la mitad de los registros de los sujetos de la muestra total contienen esta información (55,3%; n=282).

Los resultados revelan que un 71,2% de los sujetos no ha frecuentado la enseñanza “básica” (n=201) y un 59,9% son incluso analfabetos (n=169). Un 28,8% de la muestra tiene algún nivel de instrucción formal, además que leer y escribir, pero solo el 2,8% ha frecuentado la enseñanza superior (Tabla 40).

Tabla 40 – Distribución de la muestra por nivel de escolaridad

Escolaridad	n	%
Analfabetos	169	59,9
Leer y escribir	32	11,3
1 – 4	58	20,6
5 – 9	4	1,4
10 – 12	11	3,9
+ 12	8	2,8
Total	282	100,0

Si tuviéramos en consideración la división propuesta por la escala MMSE para los grupos de escolaridad, que condicionan los resultados y que llevan a la identificación de presencia o ausencia de déficit cognoscitivo, podemos observar que el grupo de personas con más de escolaridad (más de 11 años) sigue siendo el más bajo de los tres, con un 6,7%. El grupo intermedio (no analfabetos y con menos que 11 años de

escolaridad) contiene cerca de la mitad del total de sujetos analfabetos (n=94), aunque casi cinco veces más sujetos que el grupo más instruido (Tabla 41)

Tabla 41 – Distribución de la muestra por clase de años de escolaridad (MMSE)

Escolaridad (MMSE)	n	%
0	169	59,9
]0 – 11]	94	33,3
+ 11	19	6,7
Total	282	100,0

En el análisis comparativo de las instituciones participantes, sobresale la discrepancia de los valores máximos de años de escolaridad que atingidos por las mujeres mayores ingresadas: más bajos en los centros “B” (4), “F” (4) y “E” (6) y más elevados en “C” (12), “A” (15) y “D” (15). Sin embargo, cuando se observan los demás parámetros, mientras los centros con menor nivel máximo de escolaridad parecen tender para una mayor homogeneidad en el nivel educativo de sus usuarias (con medias, medianas y desviación padrón bajas), los centros con valores más elevados tienden a presentar una mayor heterogeneidad. En este sentido, destaca el centro “D” con un nivel de escolaridad más divergente (Tabla 42).

Tabla 42 – Estadística descriptiva de los años de escolaridad en las instituciones participantes

Institución	Años de Escolaridad					
	n	media	desv. típica	mediana	mínimo	máximo
A	71	3	3	2	0	15
B	57	0	1	0	0	4
C	35	3	4	1	0	12
D	49	4	6	0	0	15
E	27	2	2	1	0	6
F	43	1	1	0	0	4
Total	282	2	3	1	0	15

Entre los grupos de edad es de notar que la media es muy semejante para los distintos grupos de edad (2 años), con el grupo de edad de las personas con más de 75 y menos de 84 años a presentar un año más de media que las demás, pero también a presentar el valor más elevado de desviación típica (4). Con respecto a los valores máximos podemos observar que en la medida que envejecen los grupos de edad también se asiste a una descenso de estos valores (Tabla 43).

Tabla 43 - Estadística descriptiva de los años de escolaridad en los grupos de edad

Grupo de Edad	Años de Escolaridad					
	n	media	desv. típica	mediana	mínimo	máximo
65-74	125	2	3	1	0	15
75-84	119	3	4	1	0	15
85-94	35	2	2	1	0	12
+95	2	2	3	2	0	4
Total	281	2	3	1	0	15

6.1.3. Caracterización clínica: años de internamiento y diagnóstico psiquiátrico (Objectivo 1.3.)

6.1.3.1. Años de internamiento

Ya con respecto a los datos clínicos, podemos observar que un 96,1% de los sujetos ingresados en las seis instituciones prestadoras de cuidados psiquiátricos contienen datos sobre la fecha de internamiento (n=490).

Los resultados revelan que la media de años de internamiento es de 19,4 con una desviación típica de más de 17. Con todo, la mediana es cerca de 7 años más baja que la media (Tabla 44).

Tabla 44 – Estadísticas descriptivas de los años de internamiento

n = 490	Internamiento (años)
Media	19,4
Desv. Típica	17,4
Mediana	12,5
Mínimo	0,1
Máximo	61,3

Si se considerar el número total de años de internamiento, puede observarse que casi mitad (46,5%) de la muestra está ingresada hace 10 años o menos y que en cerca de un cuarto de las mujeres (27,1%) el numero de años de internamiento varia entre tres y diez.

Con respecto a las enfermas con más de 10 años de ingreso, es posible constar que son más frecuentes las mujeres con menos de 40 años de internamiento. Para las mujeres que están ingresadas hace más de 40 años en estas instituciones psiquiátricas,

los resultados indican una disminución de cerca de un 5% por cada diez años adicionales de internamiento (Tabla 45).

Tabla 45 – Distribución de la muestra por clase de años de internamiento

Años de Internamiento	n	%
[0 – 1]	28	5,7
]1 – 3]	67	13,7
]3 – 10]	133	27,1
]10 – 20]	69	14,1
]20 – 30]	42	8,6
]30 – 40]	71	14,5
]40 – 50]	52	10,6
]50 – 60]	25	5,1
]60 – 70]	3	0,6
Total	490	100,0

La estadística descriptiva de los centros asistenciales, revela que con excepción del centro “A” todas las restantes instituciones presentan una desviación típica superior a 11 puntos. De hecho, este centro acaba por ser el único que tiene una media (4,7 años) más cerca de la mediana de años de internamiento (4,4 años) y claramente el que presenta parámetros con valores más bajos, revelando una mayor homogeneidad. Las restantes instituciones presentan diferencias entre medias y medianas entre los dos y los 5 años, aproximadamente, y de cerca de 10 años en el centro “F”, que es claramente el más heterogéneo.

En concreto, los centros asistenciales de “C” y “B” son los que presentan medianas (y medias) de internamiento más elevados (30, 4 años y 27,3 años, respectivamente), siguiéndose “D” (14,2 años) y “E” (12,7 años). Parece importante referir que en todos los casos, excluyendo el “A”, el valor máximo de tiempo de internamiento encontrado ultrapasa los 40 años (Tabla 46).

Tabla 46 - Estadística descriptiva de los años de internamiento en las instituciones participantes

Institución	Años de Internamiento					
	n	media	desv. típica	mediana	mínimo	Máximo
A	71	4,7	2,7	4,4	0,8	9,7
B	57	25,4	11,8	27,3	2,2	40,9
C	133	28,5	17,9	30,4	0,6	61,3
D	49	19,6	15,1	14,4	0,9	51,8
E	59	16,9	15,1	12,7	1,2	51,2
F	121	16,5	19,2	6,6	0,1	60,3
Total	490	19,4	17,4	12,5	0,1	61,3

Cuando analizamos la frecuencia de los grupos de años de internamiento en las instituciones de las Hermanas Hospitalarias estudiadas, encontramos distribuciones muy distintas (Tabla 47).

En el centro asistencial “B” sólo existen mujeres mayores con más de un año y menos de 50 años de ingreso, notándose un incremento de la prevalencia hasta el grupo con más de 30 y menos de 40 años de ingreso (42,1%).

En las instituciones “C” y “F” es posible encontrar personas mayores en todas las clases de años de internamiento. Sin embargo, mientras el último presente más de mitad de las enfermas con menos de diez años de internamiento (59,5%), en el primero (“C”) las clases más prevalentes son las que contienen enfermas con más de 40 y menos de 50 años de internamiento (24,8%), con más de 10 y menos de 20 (18,0%) y con más de 30 y menos de 40 años de ingreso (15,0%).

En la institución “E”, aunque se note una mayor prevalencia en el grupo de enfermas con más de 10 y menos de 20 años de internamiento (28,8%), podemos observar que asociando los tres primeros grupos de internamiento (y haciendo el mismo intervalo de “cohorte”) es posible notar que cerca de un 40% de las enfermas tiene menos de 10 años de ingreso.

Sin embargo, parece importante resaltar (por tratarse de un intervalo más pequeño) que el segundo grupo más prevalente en esta institución insular es el que contiene mujeres mayores con más de un y menos de tres años de ingreso (22,0%).

Tanto en el centro “E” como en la Institución “D” no existen personas con más de 60 años de ingreso.

En esta última, podemos observar que casi la mitad de las mujeres mayores con patología psiquiátrica se encuentra ingresada desde hace más de tres y menos de diez años (42,9%) y que le segundo grupo de internamiento más prevalente es el compuesto

por mujeres mayores con más de 30 y menos de 40 años de institucionalización (16,3%) (Tabla 47).

Tabla 47 – Distribución de las instituciones de salud por las clases de años de internamiento

Años de Internamiento	Institución						
	A	B	C	D	E	F	Total
	n = 71	n = 57	n = 133	n = 49	n = 59	n = 121	n = 490
	%	%	%	%	%	%	%
[0 – 1]	11,3	0	2,3	2,0	1,7	12,4	5,7
]1 – 3]	18,3	1,8	8,3	2,0	22,0	23,1	13,7
]3 – 10]	70,4	14,0	11,3	42,9	16,9	24,0	27,1
]10 – 20]	0	19,3	18,0	12,2	28,8	9,1	14,1
]20 – 30]	0	21,1	9,8	10,2	11,9	4,1	8,6
]30 – 40]	0	42,1	15,0	16,3	8,5	11,6	14,5
]40 – 50]	0	1,8	24,8	12,2	8,5	5,8	10,6
]50 – 60]	0	0	9,8	2,0	1,7	8,3	5,1
]60 – 70]	0	0	0,8	0	0	1,7	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	490

Con respecto a los grupos de edad, parece importante destacar que la media de años de ingreso va disminuyendo con el avanzar de la edad (envejecimiento) y que las medianas siguen la misma conducta hasta el último grupo de edad, donde se invierte la tendencia. En los tres primeros grupos de edad las desviaciones típicas y los valores máximos encontrados son muy parecidos (aproximadamente 60 años). Pero, en el grupo de edad de personas con 95 y más años, los valores se reducen significativamente. También en este último grupo de edad se puede destacar el valor mínimo más elevado (6,9 años) y una diferencia de un año entre la media y la mediana de años de ingreso (Tabla 48).

Tabla 48 - Estadística descriptiva de los años de internamiento en los grupos de edad

Grupo de Edad	Años de Internamiento					
	n	media	desv. típica	mediana	mínimo	máximo
65-74	213	20,9	17,8	14,9	0,1	60,3
75-84	182	17,5	16,2	9,5	0,2	61,3
85-94	61	14,8	16,8	6,4	0,5	59,8
+95	5	10,6	3,2	11,6	6,8	14,3
Total	461	18,6	17,1	11,5	0,1	61,3

Los grupos de escolaridad propuestos en la escala de evaluación cognitiva MMSE no revelan una tendencia clara al nivel de los años de internamiento. Es decir, aunque se note una tendencia de disminución de la desviación típica, proporcional al número de personas e inversamente proporcional al aumento de la escolaridad, los valores de las medias y de las medianas de años de internamiento no siguen la misma tendencia. En todo caso, los sujetos analfabetos son los que presentan valores más elevados, con excepción del valor mínimo de escolaridad encontrado, que siendo el más bajo de las tres categorías (0,1 año de internamiento), refuerza la heterogeneidad del grupo de analfabetos en relación a los años de internamiento.

Dentro de esto análisis, el grupo con más escolaridad (más de 11 años) es también el que presenta el valor mínimo más elevado de años de internamiento (2,8 años) (Tabla 49).

Tabla 49 - Estadística descriptiva de los años de internamiento en los grupos de escolaridad (MMSE)

Escolaridad (MMSE)	Años de Internamiento					
	n	media	desv. típica	mediana	mínimo	máximo
0	169	21,3	16,5	17,5	0,1	61,3
]0 – 11]	94	11,2	13,8	6,0	0,8	59,8
+ 11	19	12,7	12,7	7,9	2,8	45,0
Total	282	17,4	16,1	9,5	0,1	61,3

6.1.3.2. Diagnóstico

De los 510 sujetos de la muestra, fueron encontrados 487 pacientes con diagnóstico identificado (95,5%) y 23 (4,5%) sin cualquier diagnóstico.

Los resultados de los datos clínicos indican que las patologías más frecuentes en la muestra son: la esquizofrenia (27,1%), la demencia (25,9%), el retraso mental (24,4%)

y la psicosis afectiva (8,4%). El grupo que contempla las demás patologías, designado por “otros”, corresponde a un 14,2% de la muestra (Tabla 50).

Tabla 50 – Distribución de la muestra por diagnóstico

Diagnóstico	n	%
Demencia	126	25,9
Retraso Mental	119	24,4
Esquizofrenia	132	27,1
Psicosis Afectiva	41	8,4
Otros	69	14,2
Total	487	100,0

6.1.3.3. Diagnóstico e institución

Entre las enfermas mayores con patología psiquiátrica identificada, las mujeres con diagnóstico de esquizofrenia están más frecuentes en la muestra total, así como en el centro “C” (41,2%) y en las dos instituciones de las islas: “E” (26,8%) y “F” (29,8%).

En el centro “B” el Retraso Mental, es el diagnóstico más común (36,8%), y en las instituciones “A” y “D” existen más enfermas con diagnóstico de demencia que con otras patologías (59,2% y 39,6% respectivamente).

Con respecto a las patologías menos prevalentes podemos observar que la psicosis afectiva es en cinco de las seis instituciones estudiadas la enfermedad que menos afecta las enfermas ingresadas, siendo que en el centro “A” la esquizofrenia (4,2%) aún tiene menor prevalencia que la psicosis afectiva (5,6%) (Tabla 51).

Tabla 51 – Distribución de las instituciones de salud por diagnóstico

	Instituición						
	A	B	C	D	E	F	Total
Diagnóstico	n = 71	n = 57	n = 131	n = 48	n = 56	n = 124	n = 487
	%	%	%	%	%	%	n
Demencia	59,2	14,0	12,2	39,6	21,4	23,4	126
Retraso mental	8,5	36,8	28,2	22,9	21,4	25,8	119
Esquizofrenia	4,2	24,6	41,2	18,8	26,8	29,8	132
Psicosis afectiva	5,6	3,5	11,5	10,4	10,7	7,3	41
Otros	22,5	21,1	6,9	8,3	19,6	13,7	69
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	487

6.1.3.4. Diagnóstico y edad

Dentro de los distintos grupos de diagnóstico, podemos observar que la media de edad, en comparación con la muestra total (76 años), es más baja para el retraso mental (73 años) y más alta para la demencia (81 años). Con respecto a los valores de la mediana, es posible asistir a una diferencia generalizada de un año menos, con excepción del grupo con esquizofrenia que asume el mismo valor de media y mediana (75 años).

Mientras la desviación típica de la muestra total sea de 8, dentro de los grupos patológicos esta medida de tendencia central varía entre los 8 para la demencia y 6 para el retraso mental, con los grupos de enfermas portadoras de esquizofrenia y de psicosis afectiva a presentar una desviación típica de 7.

El valor máximo de edad en el grupo de mujeres con demencia es de 102 años. El máximo de edad en esta patología neuropsiquiátrica es cerca de 10 años por encima de las demás patologías: 93 en la esquizofrenia, 92 en la retraso mental y 91 en la psicosis afectiva (Tabla 52).

Tabla 52 – Estadísticas descriptivas de la edad por diagnóstico

Diagnóstico	Edad					
	n	media	desv. típica	mediana	mínimo	Máximo
Demencia	122	81	8	80	65	102
Retraso Mental	119	73	6	72	65	92
Esquizofrenia	111	75	7	75	65	93
Psicosis Afectiva	38	76	7	75	65	91
Otros	67	75	7	75	65	93
Total	457	76	8	75	65	102

Con respeto a los grupos de edad, podemos constar que la demencia es el único grupo de diagnóstico que no presenta una mayor tasa de prevalencia en el primer grupo de edad (65-74 años), pero sí en el segundo grupo de edad (75-84 años), donde localiza cerca de mitad de sus sujetos (un 49,2%). Esta patología asume también la exclusividad del grupo de edad más mayor (con 95 y más años), aunque con una prevalencia mínima de un 4,1% (n=5).

En este análisis parece importante referir que mientras se reconoce un descenso en la prevalencia con el aumento de la edad (para la demencia sólo después del segundo grupo de edad), y un descenso más significativo del penúltimo para el último grupo de edad en que se encuentra presente cada patología (siempre superior a los 20 puntos

porcentuales), la diferencia más significativa (o el movimiento con mayor amplitud) es protagonizada por el grupo de mujeres mayores con retraso mental, que revelan una diferencia de prevalencia entre el primer y el segundo grupo de edad que se acerca de los 40 puntos porcentuales (un 39,5%) (Tabla 53).

Tabla 53 - Estadísticas descriptivas del grupo de edad por diagnóstico

Diagnóstico	Edad					
	65-74	75-84	85-94	+95	Total	
	n=209	n=182	n=61	n=5	n=457	
	%	%	%	%	%	n
Demencia	19,7	49,2	27,0	4,1	100,0	122
Retraso Mental	68,1	28,6	3,4	0	100,0	119
Esquizofrenia	46,8	43,2	9,9	0	100,0	111
Psicosis Afectiva	50,0	39,5	10,5	0	100,0	38
Otros	49,3	37,4	13,4	0	100,0	67
Total	45,7	39,8	13,3	1,1	100,0	457

6.1.3.5. Diagnóstico y escolaridad

Cerca de mitad de la muestra contiene simultáneamente datos sobre la escolaridad y el diagnóstico (53,7%; n=276), con la escolaridad a variar en un rango de 0 a 15 años.

Entre los cuatro diagnósticos, el grupo de enfermas con Psicosis Afectiva es el que presenta la media de años de escolaridad y la desviación típica más altas (media=4; dt=5) y, al revés, las mujeres con Deficiencia Mental son las que contienen una media y una desviación típica más bajas (media=1; dt=2).

En los cuatro grupos en análisis la mediana está un año por debajo de la media de años de escolaridad (Tabla 54).

Tabla 54 – Estadísticas descriptivas de la escolaridad por diagnóstico

Diagnóstico	Escolaridad					
	n	media	desv. típica	mediana	mínimo	Máximo
Demencia	83	3	4	2	0	15
Retraso Mental	75	1	2	0	0	12
Esquizofrenia	57	2	4	1	0	15
Psicosis Afectiva	17	4	5	3	0	15
Otros	44	2	2	1	0	12
Total	276	2	3	1	0	15

Con respecto a las niveles de escolaridad, las enfermas portadoras de Deficiencia Mental constituyen el grupo con mayor prevalencia de analfabetismo (89,3%) y corresponden a un 40,2% del total de los sujetos analfabetos.

Sin embargo, los grupos con diagnóstico de Esquizofrenia, de Demencia y de Psicosis Afectiva también presentan una mayor presencia de analfabetismo (61,4%, 44,6% y 35,3%) ante los demás grupos de escolaridad. Por otro lado en estos tres grupos de enfermedad mental, cerca de ¼ de los sujetos tiene entre uno y cuatro años de escolaridad: 26,5% en la Demencia, 22,8% en la Esquizofrenia y 29,4% en la Psicosis Afectiva.

Solamente existen enfermas con más de 12 años de escolaridad en tres de los diagnósticos: Demencia, Esquizofrenia y Psicosis Afectiva (Tabla 55).

Tabla 55 – Distribución del nivel de escolaridad por diagnóstico

Diagnóstico	Escolaridad							
	Analfabetos	Leer y escribir	1 – 4	5 – 9	10 – 12	+12	Total	
	n = 166	n = 32	n = 55	n = 4	n = 11	n = 8	n = 276	
	%	%	%	%	%	%	%	N
Demencia	44,6	14,5	26,5	3,6	3,6	7,2	100,0	83
Retraso Mental	89,3	5,3	4,0	0	1,3	0	100,0	75
Esquizofrenia	61,4	7,0	22,8	0	7,0	1,8	100,0	57
Psicosis Afectiva	35,3	11,8	29,4	5,9	11,8	5,9	100,0	17
Otros	47,7	22,7	27,3	0	2,3	0	100,0	44

En el análisis intra-diagnóstico de los grupos de escolaridad propuestos por el MMSE (Tabla 56), podemos encontrar en el pasaje del grupo de analfabetos para el grupo con más de 1 y menos de 11 años de escolaridad una igualdad de porcentaje en la Demencia (44,6%) y un incremento de sujetos con Psicosis Afectiva (de 35,3% para 47,1%). En todas las demás situaciones de incremento del nivel de escolaridad existe una disminución de sujetos (i.e. hay siempre menos personas con más de 11 años de escolaridad y en los dos restantes grupos de diagnóstico el aumento de nivel de instrucción es siempre inversamente proporcional a la disminución del número de personas).

Mientras en el grupo de enfermas mayores con esquizofrenia exista una disminución gradual de la prevalencia de sujetos, en el caso de la deficiencia mental la reducción de sujetos del primero para el segundo grupo de escolaridad es muchísimo más drástica (de 89,3% para 9,3%).

Tabla 56 – Distribución de los niveles de escolaridad del MMSE por diagnóstico

Diagnóstico	Escolaridad				
	0	]0-11]	+ 11	Total	
	n = 166	n = 91	n = 19	n = 276	
	%	%	%	%	n
Demencia	44,6	44,6	10,8	100,0	83
Retraso Mental	89,3	9,3	1,3	100,0	75
Esquizofrenia	61,4	29,8	8,8	100,0	57
Psicosis	35,3	47,1	17,6	100,0	17
Otros	47,7	50,0	2,3	100,0	44

6.1.3.6. Diagnóstico y años de internamiento

La estadística descriptiva de los años de internamiento por grupo de diagnóstico (Tabla 57) revela que las mujeres mayores con diagnóstico de Retraso Mental y de Esquizofrenia son las que presentan en media más años de internamiento (30,5 y 25,6) pero también una mayor desviación típica en los años de ingreso (17,2 y 16,9).

El grupo de mujeres con Demencia, contienen un valor máximo próximo de los dos grupos de diagnóstico anteriores: 58,2 para la Demencia, 59,8 para la Esquizofrenia y 61,3 para el Retraso Mental. Sin embargo, la media de internamiento y la desviación típica son más bajas (media=6,2; dt=4,7).

Curiosamente, las medianas de los años de internamiento son más bajas que la media para las enfermas con Demencia (4,7) y con Psicosis (9,1) y más altas que la

media para la Esquizofrenia (26,7) y el Retraso Mental (33,7) – en este último grupo el valor sube más de 3 puntos (Tabla 57).

Tabla 57 – Estadísticas descriptivas de los años de internamiento por diagnóstico

Diagnóstico	Años de internamiento					
	n	Media	desv. típica	mediana	mínimo	máximo
Demencia	121	6,2	7,0	4,7	0,2	58,2
Retraso Mental	119	30,5	17,2	33,7	0,1	61,3
Esquizofrenia	132	25,6	16,9	26,7	0,4	59,8
Psicosis Afectiva	40	12,4	11,8	9,1	0,1	42,9
Otros	68	16,9	16,4	10,2	0,5	60,3
Total	480	19,6	17,4	12,9	0,1	61,3

Dentro de cada grupo de diagnóstico, podemos observar en el contexto de los grupos de años de internamiento que en el total de las instituciones estudiadas, tanto en la Demencia y como en la Psicosis Afectiva más de mitad de los sujetos están ingresados hace menos de 10 años, con un porcentaje de un 86,8% (n=105) y un 55% (n=22), respectivamente (Tabla 58).

Por el contrario, la mayoría de las mujeres mayores con diagnósticos de esquizofrenia y de retraso mental tienen más de 20 años de ingreso, siendo las enfermas con esquizofrenia quienes presentan una prevalencia de un 58,4% (n=77) y las de deficiencia mental un 67,2 por 1800 (n=80). Denotar también que para este último diagnóstico más de la mitad de las enfermas tienen más de 30 años de internamiento en instituciones psiquiátricas (58%; n=69).

Tabla 58 – Distribución de los grupos de años de internamiento por diagnóstico

Diagnóstico	Grupos de Años de Internamiento										
	0 - 1	1 - 3	3 - 10	10 - 20	20 - 30	30 - 40	40 - 50	50 - 60	60 - 70	Total	
	n = 26	n = 63	n = 131	n = 69	n = 42	n = 70	n = 52	n = 24	n = 3	n = 480	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Demencia	12,4	24,0	50,4	9,1	2,5	0,8	0	0,8	0	100,0	121
Retraso mental	1,7	3,4	15,1	12,6	9,2	24,4	21,0	10,9	1,7	100,0	119
Esquizofrenia	1,5	10,6	14,4	15,2	14,4	21,2	16,7	6,1	0	100,0	132
Psicosis afectiva	7,5	12,5	35,0	22,5	12,5	7,5	2,5	0	0	100,0	40
Otros	5,9	16,2	27,9	20,6	5,9	13,2	5,9	2,9	1,5	100,0	68

Relativamente al momento concreto de entrada en el IHHSCJ, y según los registros individuales, en media, el total de mujeres mayores ingresadas en las diferentes instituciones participantes tenia cerca de 57 años cuando ingresó en la unidades de internamiento. Sin embargo, con una media de cuatro años más y una desviación típica muy prójima de los 20 años.

A nivel del diagnóstico, las mujeres con demencia son las que han ingresado más tardíamente (75,1 años de media y 75,9 años de mediana) y las que presentan mayor "concentración" relativamente a la edad de institucionalización (9,6 años de desviación típica). En el "punto contrario" está el retraso mental con la media de edad más baja de todos los grupos de diagnóstico (42,2 de media y 43,3 de mediana) y con una desviación típica más elevada (17,6 años) y más acercada a la desviación global.

Con respecto a las dos enfermedades mentales, podemos observar que mientras las mujeres con esquizofrenia han ingresado, en media, a los 51 años (51,7 de media y 50,5 de mediana), las mujeres con psicosis afectiva han realizado su ingreso cerca de 12 años más tarde (63,4 de media y 65,9 de mediana). En todo caso, entre las dos, es la esquizofrenia la que presenta la mayor desviación típica (15,8 años).

Relativamente a las edades mínimas y máximas, podemos constatar que todos los grupos contienen personas con más de han dado entrada después de los 80 años y que mientras el retraso mental y la esquizofrenia registran sujetos con un ingreso anterior a los 20 años de edad, la demencia y la psicosis afectiva solo contienen sujetos que fueran institucionalizados después de los 29 años (Tabla 59).

Tabla 59 – Estadísticas descriptivas de la edad de internamiento por diagnóstico

Diagnóstico	Edad de internamiento					
	n	Media	desv. típica	mediana	mínimo	máximo
Demencia	126	75,1	9,6	75,9	29,8	95,2
Retraso mental	119	42,2	17,6	43,3	11,6	85,4
Esquizofrenia	132	51,7	15,8	50,5	18,4	82,8
Psicosis afectiva	41	63,4	12,9	65,9	34,4	87,6
Otros	69	59,5	18,5	62,9	13,7	86,9
Total	487	57,2	19,6	61,0	11,6	95,2

En concreto, es posible verificar que en la muestra total de mujeres mayores con patología mental menos de la mitad fueran institucionalizadas después de los 65 años de edad (un 43,0%; n=180) y que cerca de 1/3 ha dado entrada en e IHHSCJ antes de los 40 años (un 33,8%; n=142).

Con respecto a los distintos grupos de diagnóstico, el “cuadro” de resultados permite constatar que solo la demencia y la psicosis afectiva presentan más mujeres mayores institucionalizadas después de los 65 años, aunque se note una clara diferencia entre la enfermedad neuropsiquiátrica (un 90,7%; n= 97) y la enfermedad mental (un 54,3%; n=19). Los restantes grupos de diagnóstico revelan también características bien distintas, entre ellos, pero una clara mayoría de personas ingresadas antes de los 65 años de edad: la esquizofrenia un 74,8% (n=27) y el retraso mental un 91,0% (n=10).

Relativamente, aún, a los cuatro grupos nosológicos en estudio, parece importante destacar que en nuestra muestra de sujeto existe un porcentaje relevante de mujeres mayores con retraso mental y con esquizofrenia que ingresó en el IHHSCJ antes de los 50 años (retraso mental: un 64,8%; n=72 y la esquizofrenia: 46,7%; n=50), pero con una clara diferencia a nivel de la prevalencia de sujetos ingresados antes de los 30 años: un 30,6% para la deficiencia mental (n=34) y un 8,4% para la esquizofrenia (n=9). Ya la demencia y la psicosis, a nivel de los internamientos “más tempranos”, revelan, relativamente a los precedentes grupos, una prevalencia bastante más baja de ingresos antes de los 50 años: un 1,8% (n=2) y un 14,3% (n=5) (Tabla 60).

Tabla 60 – Distribución de los grupos de edad de internamiento por diagnóstico

Diagnóstico	Grupos de Edad de Internamiento										
	[0;20[	[20;30[	[30;40[	[40;50[	[50;60[	[60;65[	[65;70[	[70;80[	[80;90[	[90;100[	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Demencia	0 (0,0)	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (0,9)	4 (3,7)	4 (3,7)	19 (17,8)	45 (42,1)	29 (27,1)	4 (3,7)	107 (100,0)
Retraso mental	15 (13,5)	19 (17,1)	18 (16,2)	20 (18,0)	18 (16,2)	11 (9,9)	4 (3,6)	5 (4,5)	1 (0,9)	0 (0,0)	111 (100,0)
Esquizofrenia	2 (1,9)	7 (6,5)	17 (15,9)	24 (22,4)	20 (18,7)	10 (9,3)	10 (9,3)	14 (13,1)	3 (2,8)	0 (0,0)	107 (100,0)
Psicosis afectiva	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (8,6)	2 (5,7)	7 (20,0)	4 (11,4)	7 (20,0)	9 (25,7)	3 (8,6)	0 (0,0)	35 (100,0)
Otros	4 (6,7)	0 (0,0)	6 (10,0)	3 (5,0)	11 (18,3)	9 (15,0)	6 (10,0)	16 (26,7)	5 (8,3)	0 (0,0)	60 (100,0)
Total	21 (5,0)	27 (6,4)	44 (10,5)	50 (11,9)	60 (14,3)	38 (9,0)	46 (11,0)	89 (21,2)	41 (9,8)	4 (1,0)	(100,0)

6.2. Evaluación del estado cognitivo y la dependencia funcional (Objectivo 2)

6.2.1. Estado cognitivo y niveles parciales de desempeño

Aunque sea posible encontrar las puntuaciones totales en cerca de tres cuartos de la muestra total de sujetos (72,4%; n=369), sólo fueron registrados, en los informes de

recogida de datos, un 60,6% (n= 309) de los resultados obtenidos en los distintos subapartados de la escala (Tabla 61).

Los resultados obtenidos en la escala de evaluación cognitiva (MMSE) indican que en media los sujetos alcanzan 11 puntos en una escala total de 30 puntos (dp=9).

Con respecto a las distintas dimensiones del instrumento (subapartados), podemos constatar que en media los sujetos obtienen más de tres puntos en la Orientación (máx:10), dos en la Memoria de Fijación (máx:3), un punto en Concentración y Cálculo (máx:5) y en Memoria (máx:5), cuatro puntos en lenguaje (máx:9) y, por fin, cero puntos en Construcción (máx:1).

Tabla 61 – Estadísticas descriptivas de la puntuación en el MMSE Total y subapartados

	n	Media	desv. típica	mediana	mínimo	máximo
Puntuación MMSE	369	11	9	11	0	30
Orientación	309	3	4	2	0	10
Memoria de fijación	309	2	1	2	0	3
Concentración y cálculo	309	1	2	0	0	5
Memoria (repetición)	309	1	1	0	0	3
Lenguaje	309	4	3	6	0	8
Construcción (visual)	309	0	0	0	0	1

El panorama verificado en los resultados medios de los subapartados del MMSE, es depurado en el análisis de frecuencia relativo a las puntuaciones parciales. En este caso, la puntuación nula es la primera o la segunda puntuación más prevalente de todos los subapartados. Además, es posible constatar un porcentaje bastante elevado de respuestas nulas en la construcción visual, en la concentración y cálculo y en la memoria de repetición (un 90,3%, un 77,0 y un 70,2%, respectivamente).

Entre todos los subapartados del MMSE, el lenguaje es la segunda dimensión cognitiva menos afectada, después de la memoria de fijación, que es el único subapartado en lo cual existen más sujetos a contestar correctamente (un 48,2%) que de forma incompleta o nula (Tabla 62).

Tabla 62 – Resultados del total de sujetos en los ítems del MMSE

MMSE	Orientac.		Memoria de fijación		Concentr. y cálculo		Memoria (repetición)		Lenguaje		Constr. (visual)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	127	41,1	109	35,3	238	77,0	217	70,2	85	27,5	279	90,3
1	19	6,1	21	6,8	17	5,5	30	9,7	3	1,0	30	9,7
2	17	5,5	30	9,7	14	4,5	23	7,4	7	2,3		
3	16	5,2	149	48,2	7	2,3	38	12,3	9	2,9		
4	19	6,1			10	3,2			13	4,2		
5	14	4,5			23	7,4			29	9,4		
6	18	5,8							41	13,3		
7	18	5,8							88	28,5		
8	19	6,1							33	10,7		
9	12	3,9										
10	30	9,7										

En la muestra dobla, donde un 45,9% de las enfermas mayores evaluadas (n=234) presentan resultados en el instrumento de evaluación del estado mental (MMSE) y simultáneamente datos sobre la escolaridad, ha sido posible determinar, con bases en las características del teste, que un 80,8% de estas (n=189) contienen déficit cognitivo (Tabela 63).

Tabla 63 – Distribución de la muestra por estado cognitivo (MMSE)

	n	%
Sin déficit cognitivo	45	19,2
Con déficit cognitivo	189	80,8
Total	234	100,0

6.2.2. Estado cognitivo y variable institucional

Aunque en todas las casas de las Hermanas Hospitalarias estudiadas existan siempre más sujetos con déficit cognitivo que sin déficit, la prevalencia de mujeres mayores con déficit cognitivo llega a alcanzar el un 94,4% (n=67) en el centro asistencial “A” y, mismo, el un 100% (n=27) en el centro “E” (Tabla 64). De destacar aún que el centro “B” es el que contiene una mayor prevalencia (relativa y absoluta) de sujetos sin déficit cognitivo (39,1%; n=18).

Tabla 64 – Distribución del estado cognitivo (MMSE) por institución de salud

Institución	Déficit cognitivo		
	Sin	Con	Total
	n = 45	n = 189	n = 234
	%	%	n
A	5,6	94,4	71
B	39,1	60,9	46
C	23,5	76,5	34
D	31,0	69,0	29
E	0	100,0	27
F	22,2	77,8	27
Total	19,2	80,8	234

6.2.3. Estado cognitivo y variables sociodemográficas

6.2.3.1. Grupo de edad

En las instituciones observadas, es posible encontrar 233 sujetos de la muestra (45,7%) con datos sobre la edad y con resultados en el MMSE, en simultaneo.

Observando los resultados de la escala en función de los grupos de edad podemos constatar que en todos los grupos de edad existen más sujetos con déficit que sin déficit cognitivo y que el aumento de edad y la disminución acentuada del número de sujetos se hacen acompañar del aumento de la prevalencia relativa de sujetos con déficit cognitivo (Tabla 65).

Tabla 65 – Distribución del estado cognitivo (MMSE) por grupo de edad

Grupo de edad	Déficit cognitivo		
	Sin	Con	Total
	n = 45	n = 188	n = 233
	%	%	n
[65-74[	28,6	71,4	105
[75-84[	12,2	87,8	98
[85-94[	10,7	89,3	28
+95	0	100,0	2
Total	19,3	80,7	233

6.2.3.2. Escolaridad

Aunque todos los grupos de escolaridad propuestos por el MMSE revelen un porcentaje superior de sujetos con déficit cognitivo, podemos notar que el grupo con mayor nivel de instrucción (más de 11 años) es lo que presenta mayor porcentaje enfermas sin déficit cognitivo (37,5%).

Tabla 66 – Distribución del estado cognitivo por grupo de escolaridad (MMSE)

Escolaridad (MMSE)	Déficit cognitivo		
	Sin	Con	Total
	n = 45	n = 189	n = 234
	%	%	n
0	20,5	79,5	127
]0 – 11]	14,3	85,7	91
+ 11	37,5	62,5	16
Total	19,2	80,8	234

6.2.4. Estado cognitivo y variables clínicas

6.2.4.1. Años de internamiento

Con respecto a la presencia de déficit cognitivo en las distintas clases de años de internamiento, podemos notar que en todas ellas existen siempre más mujeres con déficit que sin déficit, pero con prevalencias muy distintas (Tabla 67).

En las clases de internamiento “del medio” las diferencias son menores, entre el porcentaje de personas sin y con déficit, en comparación con las clases con menos años y con más años de ingreso. Incluso, se puede notar que existe un incremento de diferencias del centro para las extremidades (pocos y muchos años de ingreso).

Tabla 67 – Distribución de la muestra por estado cognitivo (MMSE) y grupo de internamiento

Internamiento (años)	Déficit cognitivo		
	Sin	Con	Total
	n = 45	n = 189	n = 234
	%	%	n
[0 – 1	0	100,0	13
]1 – 3]	8,3	91,7	36
]3 – 10]	13,6	86,4	81
]10 – 20]	34,6	65,4	26
]20 – 30]	44,4	55,6	18
]30 – 40]	27,8	72,2	36
]40 – 50]	18,8	81,3	16
]50 – 60]	14,3	85,7	7
]60 – 70]	0	100,0	1
Total	19,2	80,8	234

6.2.4.2. Diagnóstico

Los resultados obtenidos por los sujetos de la muestra con diagnóstico revelan que en media la demencia es la patología que presenta resultados más bajos y la psicosis afectiva la que registra valores más elevados, con medias de 6 puntos y de 16 puntos, respectivamente, en el MMSE. Aunque las desviaciones típicas no se presenten muy distintas en los cuatro grupos de diagnóstico, y las medias en general también no se distingan de las medianas, en el grupo de mujeres con demencia la mediana baja cuatro puntos en relación a la media. En este caso, la diferencia con respecto a los restantes grupos de diagnóstico pasa a ser de 9 puntos para el retraso, de 12 para la esquizofrenia y de 14 para la psicosis afectiva (Tabla 68).

En la submuestra de enfermas con resultados en el MMSE y con diagnóstico atribuido (n=229), es posible verificar que en todos los grupos de diagnóstico existen siempre más de un 70% de sujetos con déficit cognitivo.

La demencia es el grupo patológico que contiene más sujetos con déficit cognitivo (27,9%; n=64) en el total de esta submuestra (sujetos con diagnóstico) y también la patología que presenta una mayor discrepancia inter-diagnóstico, con un 94,1% de sujetos con déficit cognitivo y un 5,9% sin déficit cognitivo. Al revés, los grupo de enfermas con diagnóstico de esquizofrenia (n=50) y de retraso mental (n=56), aunque también contengan más sujetos con déficit cognitivo (74,0% y 76,8%), son los grupos

patológicos con mayor prevalecía de sujetos sin déficit cognitivo en la totalidad de esta submuestra, representando cada uno 5,7% (n=13) de la submuestra.

Tabla 68 - Estadísticos descriptivos de la puntuación en el MMSE por diagnóstico

Diagnóstico	Puntuación MMSE					
	N	media	desv. típica	mediana	mínimo	Máximo
Demencia	68	6	8	2	0	29
Retraso mental	56	11	7	11	0	28
Esquizofrenia	50	15	8	14	0	30
Psicosis afectiva	16	16	7	16	0	30
Otros	39	12	9	11	0	30
Total	229	11	9	11	0	30

Tabla 69 - Distribución del estado cognitivo (MMSE) por grupo de diagnóstico

Diagnóstico	Déficit cognitivo		
	Sin	Con	Total
	n = 45	n = 184	n = 229
	%	%	n
Demencia	5,9	94,1	68
Retraso mental	23,2	76,8	56
Esquizofrenia	26,0	74,0	50
Psicosis afectiva	25,0	75,0	16
Otros	28,2	71,8	39
Total	19,7	80,3	229

6.2.5. Niveles parciales del estado cognitivo (ítems MMSE) y diagnóstico

El análisis de los resultados obtenidos en cada subapartado del test de evaluación del estado cognitivo revela que algunas de las dimensiones propuestas por la prueba parecen estar mucho más comprometidas (i.e. con muchos resultados nulos) y de forma transversal a los cuatro grupos de diagnóstico estudiados. En esta condición podemos destacar la construcción visual y la memoria de repetición, en las cuales se puede constar una prevalencia de nulos siempre superior a un 80% y a un 50%, respectivamente. Sin embargo, en esta última dimensión parece importante sobresalir que mientras se registre una prevalencia de un 51,4% (n=38) de mujeres mayores con diagnóstico de

esquizofrenia que no consiguieran superar en este subapartado (memoria de repetición), en el grupo con diagnóstico de demencia (n=68) (Tabla 70) este mismo porcentaje relativo sube para un 79,1%.

La demencia es de resto el único grupo de diagnóstico donde existen, en todas las dimensiones cognitivas, más sujetos con resultados nulos que con respuestas correctas. Entre los demás grupos de diagnóstico, solo el retraso mental y la esquizofrenia presentan más una dimensión del MMSE (para allá la construcción visual y la memoria de repetición) con puntuaciones que ultrapasan el un 50% de nulos: el subapartado de concentración y cálculo. Sin embargo, mientras en el grupo de mujeres mayores con esquizofrenias esta parece ser la segunda dimensión cognitiva más afectada (un 68,9% de respuestas sin suceso), para el grupo con retraso mental la concentración y cálculo es, sin duda, la característica que más se encuentra afectada con un 92,6% de respuestas nulas. Resultado que ultrapasa en más de diez puntos porcentuales los resultados nulos de los sujetos con demencia (un 81,4%).

La dimensión de concentración y cálculo también es la que se encuentra más afectada en el grupo con psicosis afectiva (después de las dos ya anteriormente citadas). Sin embargo, los sujetos pertenecientes a este grupo de diagnóstico en las restantes dimensiones evaluadas, tienen resultados más positivos, sobretodo en los subapartados lenguaje y memoria de fijación. En este último (memoria de fijación) podemos destacar, inclusivamente, la existencia de una larga mayoría de sujetos que alcanzan la puntuación máxima (un 72,0%; n=18).

Para los restantes grupos de diagnóstico la memoria de fijación suele ser, también, la dimensión donde se encuentran más sujetos con resultados máximos: un 32,6% en la demencia (n=28), un 45,6% en el retraso mental (n=31) y un 60,8% en la esquizofrenia (n=45).

En el grupo de mujeres mayores con esquizofrenia, talvez por su panorama aparentemente más heterogéneo, para allá de los valores con más impacto, también se destacan algunas prevalencias significativas, sobretodo a nivel de los valores máximos. Por ejemplo, aunque no presenten una tendencia clara (de mejoría), en la memoria de repetición y en la orientación el segundo resultado más alcanzado es la puntuación máxima (un 21,6% de sujetos con 10 puntos en la orientación y un 24,3% de sujetos con 3 puntos en la memoria de repetición). También en la dimensión lenguaje, los dos mejores resultados (7 y 8 puntos) comprenden más de un 60% de la muestra.

En resume, podemos decir que la construcción visual, la memoria de repetición y la concentración y cálculo parecen ser las dimensiones cognitivas más comprometidas, en los cuatro diagnósticos (aunque con pesos diferentes), y que el subapartado memoria

de fijación se destaca por parecer proporcionar mejores resultados. Es decir, con más sujetos a alcanzaren el suceso.

Tabla 70 – Resultados de los sujetos con demencia en los ítems del MMSE

MMSE	Orientac.		Memoria de fijación		Concentr. y cálculo		Memoria (repetición)		Lenguaje		Constr. (visual)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	56	65,1	49	57,0	70	81,4	68	79,1	46	53,5	85	98,8
1	7	8,1	2	2,3	3	3,5	9	10,5	1	1,2	1	1,2
2	2	2,3	7	8,1	4	4,7	5	5,8	4	4,7		
3	4	4,7	28	32,6	3	3,5	4	4,7	1	1,2		
4	2	2,3			2	2,3			3	3,5		
5	3	3,5			4	4,7			3	3,5		
6									10	11,6		
7	5	5,8							13	15,1		
8	4	4,7							5	5,8		
9												
10	3	3,5										

Tabla 71 – Resultados de los sujetos con retraso mental en los ítems del MMSE

MMSE	Orientac.		Memoria de fijación		Concentr. y cálculo		Memoria (repetición)		Lenguaje		Constr. (visual)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	27	39,7	22	32,4	63	92,6	55	80,9	13	19,1	64	94,1
1	4	5,9	8	11,8	1	1,5	5	7,4	1	1,5	4	5,9
2	3	4,4	7	10,3	1	1,5	5	7,4	3	4,4		
3	6	8,8	31	45,6	-	-	2	2,9	2	2,9		
4	5	7,4			-	-			2	2,9		
5	4	5,9			3	4,4			7	10,3		
6	8	11,8							15	22,1		
7	4	5,9							21	30,9		
8	3	4,4							3	4,4		
9	1	1,5										
10	3	4,4										

Tabla 72 – Resultados de los sujetos con esquizofrenia en los ítems del MMSE

MMSE	Orientac.		Memoria de fijación		Concentr. y cálculo		Memoria (repetición)		Lenguaje		Constr. (visual)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	17	23,0	14	18,9	51	68,9	38	51,4	7	9,5	62	83,8
1	4	5,4	5	6,8	6	8,1	13	17,6	-	-	12	16,2
2	7	9,5	10	13,5	2	2,7	5	6,8	-	-		
3	5	6,8	45	60,8	2	2,7	18	24,3	2	2,7		
4	8	10,8			4	5,4			3	4,1		
5	2	2,7			9	12,2			10	13,5		
6	3	4,1							7	9,5		
7	3	4,1							31	41,9		
8	6	8,1							14	18,9		
9	3	4,1										
10	16	21,6										

Tabla 73 – Resultados de los sujetos con psicosis afectiva en los ítems del MMSE

MMSE	Orientac.		Memoria de fijación		Concentr. y cálculo		Memoria (repetición)		Lenguaje		Constr. (visual)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	3	12,0	1	4,0	11	44,0	15	60,0	1	4,0	20	80,0
1	1	4,0	3	12,0	5	20,0	2	8,0	-	-	5	20,0
2	-	-	3	12,0	3	12,0	3	12,0	-	-		
3	-	-	18	72,0	1	4,0	5	20,0	1	4,0		
4	1	4,0			1	4,0			2	8,0		
5	4	16,0			4	16,0			4	16,0		
6	3	12,0							3	12,0		
7	3	12,0							8	32,0		
8	3	12,0							6	24,0		
9	4	16,0										
10	3	12,0										

6.2.6. Niveles de dependencia y actividades funcionales

Los resultados de la aplicación de la escala de dependencia funcional (MDA), en el total de las distintas instituciones, están disponibles para un 93,9% de la muestra (n=479). Sin embargo, solo ha sido posible obtener los registros de los resultados

parciales (puntuación en los subapartados) de un 80,8% de los sujetos evaluados (n=412).

La puntuación media en el MDA fue de 10 puntos en un máximo de 30 de la escala total. Con respecto también a la puntuación total en el MDA, fue encontrada una desviación típica de 7 y una mediana de 9 puntos.

Los 4 apartados presentan la misma desviación típica (2), pero medias distintas: 2 puntos para las Actividades Corporales y Mentales y 3 puntos para las Actividades de Locomoción y Sensoriales. Aunque no se registren diferencias entre medias y medianas en tres de los 4 grupos de actividades, la mediana de las Actividades Sensoriales baja un punto en relación a la media de este apartado (Tabla 74).

Tabla 74 – Estadísticas descriptivas de la puntuación en el MDA y subapartados

	n	media	desv. típica	mediana	mínimo	máximo
Puntuación MDA	479	10	7	9	0	24
Actividades corporales	412	3	2	3	0	6
Actividades de locomoción	412	2	2	2	0	6
Actividades sensoriales	412	2	2	1	0	6
Actividades mentales	412	3	2	3	0	6

De acuerdo con las cinco categorías propuestas en el MDA, entre las 479 mujeres mayores evaluadas, sólo un 2,7% de la muestra total no presenta cualquier dependencia (n=13). Entre las que puntúan en la escala de dependencia global, el grupo más prevalente corresponde a los sujetos con dependencia ligera (40,7%; n=195), siguiéndose una disminución de la prevalencia al mismo tiempo que se incrementa el grado de dependencia: 24,6% moderado (n=118), 19,2% severo (n=92) y 12,7% muy severo (n=61) (Tabla 75).

Tabla 75 – Distribución de la muestra por nivel de dependencia (MDA)

	n	%
Nulo	13	2,7
Ligero	195	40,7
Moderado	118	24,6
Severo	92	19,2
Muy Severo	61	12,7
Total	479	100,0

6.2.6.1. Actividades Corporales

El análisis de los distintos subapartados revela que dentro de las Actividades Corporales la higiene personal es la actividad en que los sujetos son más dependientes, donde más de la mitad (54,4%; n=224) necesita de ayuda total para hacerla y solo un 11,7% hace su higiene normalmente (n=48).

En la actividad de Alimentación, la mayoría de las mujeres mayores son independientes (n=55,8%, n=230), un 21,1% necesita de ayuda humana o de alimentación artificial (sonda, perfusión) y un 23,1% necesita parcialmente de auxilio o de alimentación torturada.

En lo que respecta a la Eliminación podemos observar que existen más enfermas independientes – micción y defecación normal (44,9%; n=185) – que con incontinencia urinaría o fecal ocasional (22,1%; n=91) o con incontinencia urinaría o fecal permanente (33%; n=136) (Tabla 76).

Tabla 76 – Distribución del grado de dependencia en el subapartado Actividades Corporales (MDA)

Subapartados	Actividad Corporal (%)		
	Independiente	Parcial Dependiente	Dependientes
Alimentación	55,8	23,1	21,1
Eliminación	44,9	22,1	33,0
Higiene (corporal)	11,7	34,0	54,4

6.2.6.2. Actividades de Locomoción

En las Actividades de Locomoción los resultados muestran que cerca de la mitad de las enfermas sube o baja de la cama normalmente (49,3%; n=203) y que un 28% necesita de ayuda humana total o de una silla elevadora para subir o bajar de la cama (n=117).

Con respecto al subapartado Desplazamiento, es posible identificar en mitad de las mujeres mayores una capacidad para se desplazarse en su domicilio o en el exterior normalmente (50,2%; n=207), y, también de forma análoga al subapartado anterior (Movilización), un porcentaje de un 27,7% que necesita de silla de ruedas o que no tiene cualquier posibilidad para desplazarse (n=114).

Con respecto al espacio de vida, podemos observar que con más o menos ayuda humana o técnica, más de la mitad de la muestra está limitada al domicilio (54,4%; n=224), un 26,9% puede extender su espacio de vida al exterior de la casa (n=111) y menos de un quinto de la muestra evaluada se encuentra limitado a la cama (Tabla 77).

Tabla 77 – Distribución del grado de dependencia en el subapartado Actividades Locomoción (MDA)

Subapartados	Locomoción (%)		
	Normal	Con ayuda	Limitada
Movilización	49,3	22,3	28,4
Desplazamiento	50,2	22,1	27,7
Espacio de vida	26,9	54,4	18,7

6.2.6.3. Actividades Sensoriales

La evaluación de las Actividades Sensoriales revela que la audición es la función menos afectada, en comparación con la visión y el discurso. Sin embargo, en estas tres dimensiones del subapartado, existen siempre más enfermas con una habilidad normal que con dificultades o con muchas dificultades.

De hecho, si tuviéramos en consideración el grado de dependencia, podemos observar que entre las mujeres mayores institucionalizadas en el IHHSCJ, evaluadas con el MDA, un 46,4% tiene una visión normal (n=191), un 65,5% una audición normal (n=270) y un 61,7% tiene una capacidad de expresión verbal perfecta (n=254).

Con respecto a los subgrupos de la muestra que presentan más dificultades en las áreas sensoriales, encontramos siempre menos enfermas que en los demás grupos: un 22,8% con capacidades visuales muy malas o ceguera (n=94), un 6,6% con una audición muy mala o sordera (n=27) y un 10,7% sin comprensión o con afasia (n=44).

En estas tres dimensiones podemos aún identificar, un porcentaje semejante de enfermas con visión mala (30,8%; n=127), audición mala (27,9%; n=115) y dificultades en hablar (27,7%; n=114) – grupos que reciben el valor medio (1) en el subapartado de la escala (Tabla 78).

Tabla 78 – Distribución del grado de dependencia en el subapartado Actividades Sensoriales (MDA)

Subapartados	Actividad Sensorial (%)		
	Normal	Mala	Mucho Mala
Visión	46,4	30,8	22,8
Audición	65,5	27,9	6,6
Discurso	61,7	27,7	10,7

6.2.6.4. Actividades Mentales

Ya en el último subapartado – Actividades Mentales (Tabla 79), en cada una de las tres dimensiones, la mayoría de las mujeres enfermas recibió la puntuación media (1 punto). Lo que significa que en términos de prevalencia un 37,9% tiene olvidos más o menos frecuentes (n=156), un 42,2% tiene perturbaciones minor de conducta - obstinación, lamentaciones, emotividad (n=174) - y un 37,1% tiene irritabilidad o tristeza más o menos importante (n=153).

En esta ultima dimensión funcional (Humor), podemos encontrar, con una similitud de prevalencias en los tres grupos puntuales, un 32,3% de mujeres mayores identificadas como normales en su condición de humor (n=133) y un menor porcentaje de un 30,6% a demuestrar rasgos de agresividad o apatía (sin energía).

Como en el estado de humor, también en la Conducta se nota un menor porcentaje de perturbaciones del tipo Major - agitación, desorientación o fuga - (18,2%; n= 75), en comparación con el número de enfermas consideradas normales (39,6%; n=163) – más independientes. Sin embargo, ya en el subapartado memoria, las mujeres mayores consideradas normales son, aquí, menos prevalentes (27,4%; n=113) que las que presentan olvidos muy frecuentes o amnesia (34,7%; n=143) – más dependientes.

Tabla 79 – Distribución del grado de dependencia en el subapartado Actividades Mentales (MDA)

Subapartados	Actividad Mental (%)		
	Normal	Alterado	Muy Alterado
Memoria	27,4	37,9	34,7
Conducta	39,6	42,2	18,2
Ánimo	32,3	37,1	30,6

6.2.7. Niveles de dependencia y variable institucional

El análisis de los niveles de dependencia en las distintas instituciones estudiadas revela que en cuatro de los seis centros asistenciales (“B”, “D”, “C” y “F”) es posible encontrar más sujetos con dependencia ligera que en las demás categorías (Tabla 80). En los centros “C”, “D” y “F”, incluso, cerca de la mitad de enfermas se encuentran en la categoría menos grave (46,6%, 44,9% y 56,8%) y a medida que empeora el estado de dependencia la prevalencia va disminuyendo. Este último, el “F”, es también la institución que presenta más sujetos independientes (con resultados nulos), en la muestra total (5,6%).

Por otro lado, en la casa Nossa Senhora da Conceição, al contrario de la tendencia global de las instituciones, existe un incremento de la prevalencia de sujetos paralelo al incremento de la severidad de la dependencia. En este caso, único, el grupo más prevalente es el de la dependencia severa (29,7%). La institución “A” también presenta un incremento del porcentaje de sujetos con el aumento de la dependencia, hasta el nivel “Severo” (32,4%), pero luego baja la prevalencia de sujetos en la última categoría (15,5%). Sin embargo, podemos notar, en estas dos instituciones, que mientras en el centro “E" la prevalencia de sujetos se presenta claramente distinta en las diferentes condiciones de dependencia, en el centro asistencial “A” los tres estados funcionales ligero moderado y severo contienen porcentajes más próximos (25,4%, 23,9% y 32,4%) (Tabla 80).

Tabla 80 – Distribución en las instituciones de salud de los niveles de dependencia (MDA)

Institución	Nivel de Dependencia (MDA)						
	Nulo	Ligero	Moderado	Severo	Muy severo	Total	
	n = 13	n = 195	n = 118	n = 92	n = 61	n = 479	
	%	%	%	%	%	%	n
A	2,8	25,4	23,9	32,4	15,5	100,0	71
B	3,5	38,6	19,3	17,5	21,1	100,0	57
C	1,9	46,6	30,1	18,4	2,9	100,0	103
D	0,0	44,9	28,6	12,2	14,3	100,0	49
E	0,0	18,9	23,0	28,4	29,7	100,0	74
F	5,6	56,8	22,4	10,4	4,8	100,0	125
Total	2,7	40,7	24,6	19,2	12,7	100,0	479

6.2.8. Niveles de dependencia y variables sociodemográficas

6.2.8.1. Grupo de edad

Con respecto al total de sujetos que contienen datos sobre la edad y resultados en la escala de dependencia funcional (n=474; 92,9% de la muestra total), es posible observar en las dos primeras categorías (“nulo” y “ligero”) una disminución del número de sujetos con el aumento de la edad y en los dos últimos niveles de dependencia (“severo” y “muy severo”) un incremento del número de sujetos, solamente en los dos primeros grupos de edad (con más sujetos), directamente proporcional a la edad. Además, el análisis de grupo de edad permite verificar también que en los dos primeros grupos, la prevalencia disminuye con el aumento del nivel de dependencia y que en el grupo de edad más mayor se incrementan la prevalencia en paralelo con la dependencia. De

hecho, en esta submuestra (edad y MDA), podemos observar que no existen sujetos independientes con más de 85 años de edad y con dependencia ligera en edades superiores a los 95 años.

En todo caso, en el tercer grupo de edad (enfermas con edades comprendidas entre los 85 y los 95 años), aunque no parezca existir una tendencia de incremento o disminución del número de sujetos con el aumento del nivel de dependencia, es de notar un acercamiento de los porcentajes de sujetos (comparativamente a los demás grupos de edad), en las cuatro categorías de dependencia (27,7%; 21,5%; 30,8% y 20,0%) (Tabla 81).

Tabla 81 – Distribución en los grupos de edad de los niveles de dependencia (MDA)

Grupo de edad	Nivel de Dependencia (MDA)						
	Nulo	Ligero	Moderado	Severo	Muy severo	Total	
	n = 13	n = 194	n = 116	n = 90	n = 61	n = 474	
	%	%	%	%	%	%	n
[65-74[	4,3	55,5	20,9	10,9	8,5	100,0	211
[75-84[	2,1	30,6	29,5	23,3	14,5	100,0	193
[85-94[	0,0	27,7	21,5	30,8	20,0	100,0	65
+95	0,0	0,0	20,0	40,0	40,0	100,0	5
Total	2,7	40,9	24,5	19,0	12,9	100,0	474

6.2.8.2. Escolaridad

Cuando se cruzan los niveles de escolaridad, propuestos por el protocolo del instrumento de evaluación cognitiva (MMSE), con los resultados en las prueba MDA (niveles de dependencia funcional), podemos observar la existencia de una tendencia global para disminuir la prevalencia de sujetos a medida que se incrementa el nivel de dependencia.

En esta submuestra total (escolaridad vs. MDA), el grupo más prevalente es el de las mujeres analfabetas y con dependencia ligera (n=68), que corresponden también a más de un tercio del total de mujeres mayores sin escolaridad (40,2%).

En el grupo de sujetos con menos de 11 años de escolaridad (no analfabetos), mientras se registra un comportamiento de reducción del número de sujetos con el incremento de la severidad de la dependencia, es posible constatar que se trata del grupo más homogéneo en la razón de proporcionalidad entre niveles.

Por fin, el conjunto de mujeres con más instrucción sigue una distribución semejante al grupo de mujeres analfabetas, presentando más de la mitad de las mujeres mayores con un nivel de dependencia ligera (52,6%) y una prevalencia igual de sujetos con dependencia severa y muy severa (10,5%). Aunque en mucho menor número que los sujetos analfabetos o con menos de 11 años de escolaridad, este grupo acaba por presentar un mayor porcentaje relativo de sujetos independientes (5,3%) (Tabla 82).

Tabla 82 – Distribución de los niveles de escolaridad (MMSE) en función de los niveles de dependencia (MDA)

Escolaridad	Nivel de Dependencia (MDA)						
	Nulo	Ligero	Moderado	Severo	Muy severo	Total	
	n = 9	n = 113	n = 72	n = 49	n = 39	n = 282	
	%	%	%	%	%	%	n
0	4,7	40,2	22,5	16,6	16,0	100,0	169
]0 – 11]	0,0	37,2	31,9	20,2	10,6	100,0	94
+ 11	5,3	52,6	21,1	10,5	10,5	100,0	19
Total	3,2	40,1	25,5	17,4	13,8	100,0	282

Tabla 83 – Distribución de los niveles de escolaridad en función de los niveles de dependencia (MDA)

Escolaridad	Nivel de Dependencia (MDA)						
	Nulo	Ligero	Moderado	Severo	Muy severo	Total	
	n = 9	n = 113	n = 72	n = 49	n = 39	n = 282	
	%	%	%	%	%	%	n
Analfabetos	4,7	40,2	22,5	16,6	16,0	100,0	169
Leer y escribir	0,0	31,3	40,6	18,8	9,4	100,0	32
[1 – 4]	0,0	43,1	27,6	20,7	8,6	100,0	58
[5 – 9]	0,0	0,0	25,0	25,0	50,0	100,0	4
[10 - 12]	9,1	63,6	18,2	9,1	0,0	100,0	11
+ 12	0,0	37,5	25,0	12,5	25,0	100,0	8
Total	3,2	40,1	25,5	17,4	13,8	100,0	282

6.2.9. Niveles de dependencia y variables clínicas

6.2.9.1. Años de Internamiento

Con respecto al nivel de dependencia y al tiempo que llevan en las instituciones psiquiátricas de las hermanas hospitalarias, podemos constatar que hasta los tres años de ingreso no parece existir ninguna tendencia de incremento en las prevalencias relativas. En el primer grupo, por ejemplo, existen más sujetos con un nivel de dependencia moderado (39,3%) que en las demás categorías y en el grupo de enfermas ingresadas a más de un año y a menos, las tres categorías del medio de la escala (dependencia ligera, moderada y severa) acaban por presentar porcentajes muy semejantes (32,3%; 29,2; 30,8%, respectivamente).

Aunque en los grupos con más de tres años de internamiento parezca existir una tendencia para disminuir la prevalencia relativa de sujetos con el aumento del nivel de dependencia, solo después de los 10 años de ingreso ella se torna clara. Aquí, es importante destacar que hasta el grupo con más de 40 y menos de 50 años de internamiento, a medida que se incrementa el tiempo de ingreso, mayor es la prevalencia relativa de sujetos en el nivel de dependencia ligero. Además, dentro de las distintas clases de internamiento, este último grupo es también el que presenta mayor discrepancia en los cinco estados de dependencia funcional (2,3% nulo; 72,1% ligero; 18,6% moderado; 4,7% severo; 2,3% muy severo).

Ya si se tiene en consideración la submuestra total de sujetos con datos sobre los años de internamiento y resultados en la escala MDA, notamos que el grupo más prevalente es el grupo de mujeres mayores con un nivel de dependencia ligero y con más de tres años y menos de 10 años de internamiento (n = 47). Este grupo de internamiento, siendo el que presenta más sujetos (n=131) entre todos los grupos, es también el que presenta mayores prevalencia relativas en todos los demás niveles de dependencia (Tabla 84).

Tabla 84 – Distribución de los grupos de internamiento en función de los niveles de dependencia (MDA)

Grupo de años de Internamiento (años)	Nivel de Dependencia (MDA)						
	Nulo	Ligero	Moderado	Severo	Muy severo	Total	
	n = 13	n = 194	n = 115	n = 83	n = 55	n = 460	
	%	%	%	%	%	%	n
[0 – 1]	0,0	35,7	39,3	21,4	3,6	100,0	28
]1 – 3]	1,5	32,3	29,2	30,8	6,2	100,0	65
]3 – 10]	3,1	25,9	22,9	18,3	19,8	100,0	131
]10 – 20]	4,9	33,3	23,8	15,9	22,2	100,0	63
]20 – 30]	0,0	57,9	26,3	10,5	5,3	100,0	38
]30 – 40]	4,5	45,5	24,2	18,2	7,6	100,0	66
]40 – 50]	2,3	72,1	18,6	4,7	2,3	100,0	43
]50 – 60]	4,3	39,1	26,1	21,7	8,7	100,0	23
]60 – 70]	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3
Total	2,8	42,2	25,0	18,0	12,0	100,0	460

6.2.9.2. Diagnóstico

El grupo con demencia es el que presenta la media y mediana más elevadas de puntuación en la escala de dependencia en toda la muestra (15 y 17 puntos, respectivamente). Todas las demás patologías, presentan medias de 8 puntos y medianas ligeramente más bajas: siete el retraso mental, cinco la esquizofrenia y seis la psicosis afectiva.

Con respecto a los valores máximos alcanzados por cada grupo patológico, podemos constatar que sólo los grupos de mujeres mayores con esquizofrenia y con retraso no contienen sujetos que satisfagan los criterios de la escala para el máximo de la dependencia. En el caso de la esquizofrenia un punto menos (23 puntos) y del retraso mental dos puntos menos (22 puntos). Aunque las desviaciones típicas sea parecidas, podemos decir que la psicosis afectiva es la que tiene el rango mayor y el retraso el rango menor (Tabla 85).

Tabla 85 - Estadísticas descriptivas de la puntuación en el MDA por diagnóstico

Diagnóstico	Puntuación MDA					
	n	media	desv. típica	mediana	mínimo	máximo
Demencia	122	15	6	17	0	24
Retraso Mental	115	8	5	7	0	22
Esquizofrenia	115	8	6	5	0	23
Psicosis Afectiva	37	8	7	6	0	24
Otros	67	9	6	8	0	24
Total	456	10	7	9	0	24

Un 89,4% del total de la muestra presenta resultados en la escala de dependencia funcional (MDA) y datos sobre el diagnóstico (Tabla 86). Con respecto a esta dimensión clínica, es posible observar que tres de las cuatro patologías estudiadas: la esquizofrenia (n=115), el retraso mental (n=115) y la psicosis afectiva (n=37), tienen, en su grupo, cerca de la mitad de los sujetos con un nivel de dependencia ligero. Representando estos dos primeros grupos (esquizofrenia y retraso mental) más de un cuarto del total de sujetos evaluados (n=122).

También, en lo que respecta al grupo de diagnóstico designado por “otros” (conjunto de otras patologías), como en los demás grupos patológicos que no la demencia, existe una disminución del nivel de dependencia con el incremento de la severidad. Siendo, entre ellos, la psicosis afectiva la patología que parece presentar una tendencia menos acentuada de declive de las prevalencias relativas de sujetos con el agravamiento del estado funcional.

Ya en el grupo con diagnóstico de demencia (n=122), aunque con resultados no muy distintos entre las distintas categorías de dependencia funcional, parece existir una tendencia de crecimiento de la prevalencia de sujetos con el incremento del nivel de dependencia, hasta el nivel severo (y luego bajando ligeramente). Asimismo, la demencia es el grupo nosológico con más personas mayores con dependencia severa (n=38) y muy severa (n=35).

Tabla 86 – Distribución de la muestra por nivel de dependencia (MDA) y diagnóstico

Diagnóstico	Nivel de Dependencia (MDA)						
	Nulo	Ligero	Moderado	Severo	Muy severo	Total	
	n = 13	n = 193	n = 115	n = 79	n = 56	n = 456	
	%	%	%	%	%	%	n
Demencia	0,8	15,6	23,8	31,1	28,7	100,0	122
Retraso Mental	5,2	52,2	22,6	13,9	6,1	100,0	115
Esquizofrenia	2,6	53,9	29,6	9,6	4,3	100,0	115
Psicosis afectiva	5,4	54,1	21,6	8,1	10,8	100,0	37
Otros	1,5	47,8	26,9	16,9	7,5	100,0	67
Total	2,9	42,3	25,2	17,3	12,3	100,0	456

6.2.10. Niveles parciales de funcionalidad (ítems MDA) y diagnóstico

Los resultados parciales de la muestra en la escala MDA revelan, con respecto a las actividades corporales, que cerca de mitad de los sujetos que necesitan de ayuda humana para comer o de alimentación artificial (sonda o perfusión) contienen el diagnóstico de demencia (48,6%; n=36) – lo que también corresponde a cerca de mitad de los sujetos con demencia (un 44,4%) y a un 9,2% de la muestra total. Todos los demás diagnósticos, presentan siempre más sujetos independientes en su alimentación que sujetos parcialmente dependientes y dependientes, en conjunto (Tabla 87).

Tabla 87 – Caracterización de la alimentación por grupo de diagnóstico

Diagnóstico	Alimentación (actividades corporales)							
	Independiente		Parcial Dependiente		Dependientes		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Demencia	20	24,7 9,0	25	30,9 27,2	36	44,4 48,6	81	100,0 20,8
Retraso Mental	68	61,8 30,5	27	24,5 29,3	15	13,6 20,3	110	100,0 28,3
Esquizofrenia	79	70,5 35,4	24	21,4 26,1	9	8,0 12,2	112	100,0 28,8
Psicosis afectiva	25	73,5 11,2	4	11,8 4,3	5	14,7 6,8	34	100,0 8,7
Otros	31	59,6 13,9	12	23,1 13,0	9	17,3 12,2	52	100,0 13,4
Total	223	57,3 100,0	92	23,7 100,0	74	19,0 100,0	389	100,0 100,0

En la higiene corporal, mientras se puedan registrar muchos más sujetos que necesitan de ayuda total en el grupo de las demencias (un 75,3%) y una prevalencia superior dentro de los sujetos dependientes (un 30,2%), podemos decir que existe una tendencia general para que en las tareas de higiene existan más sujetos totalmente dependientes, aunque en el grupo de las psicosis afectiva se registre un número igual de sujetos que necesitan de ayuda parcial y que necesitan de ayuda total (un 41,2%; n=14) (Tabla 88).

Tabla 88 - Caracterización de la higiene por grupo de diagnóstico

Diagnóstico	Higiene (actividades corporales)							
	Independiente		Parcial Dependiente		Dependientes		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Demencia	3	3,7 6,3	17	21,0 12,2	61	75,3 30,2	81	100,0 20,8
Retraso mental	16	14,5 33,3	44	40,0 31,7	50	45,5 24,8	110	100,0 28,3
Esquizofrenia	18	16,1 37,5	42	37,5 30,2	52	46,4 25,7	112	100,0 28,8
Psicosis afectiva	6	17,6 12,5	14	41,2 10,1	14	41,2 6,9	34	100,0 8,7
Otros	5	9,6 10,4	22	42,3 15,8	25	48,1 12,4	52	100,0 13,4
Total	48	12,3 100,0	139	35,7 100,0	202	51,9 100,0	389	100,0 100,0

En el ultimo ítem del subapartado actividades corporales (propuesto por el autor de la escala MDA), vuelve a surgir un panorama semejante al ítem alimentación. Es decir, los sujetos con demencia tienen mayoritariamente incontinencia urinaría o fecal permanente (un 61,7%), correspondiendo a casi la mitad de los sujetos dependientes para eliminar, dentro de la muestra total (un 42,4%). En las tres restantes sub-muestras, más de la mitad de los sujetos inseridos en cada grupo de diagnóstico presentan niveles de independencia, con micción y defecación normal (retraso mental: 56,4%; esquizofrenia: 57,1% y psicosis afectiva: 58,8%) (Tabla 89).

Tabla 89 - Caracterización de la eliminación por grupo de diagnóstico

Diagnóstico	Eliminación (actividades corporales)							
	Independiente		Parcial Dependiente		Dependientes		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Demencia	13	16,0 7,1	18	22,2 20,5	50	61,7 42,4	81	100,0 20,8
Retraso mental	62	56,4 33,9	25	22,7 28,4	23	20,9 19,5	110	100,0 28,3
Esquizofrenia	64	57,1 35,0	26	23,2 29,5	22	19,6 18,6	112	100,0 28,8
Psicosis afectiva	20	58,8 10,9	6	17,6 6,8	8	23,5 6,8	34	100,0 8,7
Otros	24	46,2 13,1	13	25,0 14,8	15	28,8 12,7	52	100,0 13,4
Total	183	47,0 100,0	88	22,6 100,0	118	30,3 100,0	389	100,0 100,0

En las actividades de locomoción, las tareas de movilización y de desplazamiento parecen afectar/condicionar la muestra total de forma semejante a las actividades corporales de alimentación y eliminación. En otras palabras, podemos decir que, tal como hemos observado en las actividades de la vida diaria anteriores, también para subir o bajar de la cama o para desplazarse en su domicilio o en el exterior, las mujeres mayores con diagnóstico de demencia se encuentran más limitadas: un 58,0% necesita de ayuda humana total o de una silla elevadora para subir o bajar de la cama (o presenta imposibilidad de desplazamiento) y un 54,3% también demuestra imposibilidad de desplazamiento o necesita de silla de ruedas. La deficiencia mental y las enfermedades mentales, al revés, presentan una capacidad más normal (independiente) para estas dos tareas, en la gran mayoría de los casos (Tabla 90).

Tabla 90 - Caracterización de la movilización por grupo de diagnóstico

Diagnóstico	Movilización (actividades de locomoción)							
	Normal		Con ayuda		Limitada		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Demencia	14	17,3 7,0	20	24,7 22,5	47	58,0 47,0	81	100,0 20,8
Retraso mental	68	61,8 34,0	18	16,4 20,2	24	21,8 24,0	110	100,0 28,3
Esquizofrenia	75	67,0 37,5	26	23,2 29,2	11	9,8 11,0	112	100,0 28,8
Psicosis afectiva	20	58,8 10,0	9	26,5 10,1	5	14,7 5,0	34	100,0 8,7
Otros	23	44,2 11,5	16	30,8 18,0	13	25,0 13,0	52	100,0 13,4
Total	200	51,4 100,0	89	22,9 100,0	100	25,7 100,0	389	100,0 100,0

Tabla 91 - Caracterización del desplazamiento por grupo de diagnóstico

Diagnóstico	Desplazamiento (actividades de locomoción)							
	Normal		Con ayuda		Limitada		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Demencia	11	13,6 5,4	26	32,1 29,5	44	54,3 45,8	81	100,0 20,8
Retraso mental	68	61,8 33,2	21	19,1 23,9	21	19,1 21,9	110	100,0 28,3
Esquizofrenia	80	71,4 39,0	20	17,9 22,7	12	10,7 12,5	112	100,0 28,8
Psicosis afectiva	21	61,8 10,2	6	17,6 6,8	7	20,6 7,3	34	100,0 8,7
Otros	25	48,1 12,2	15	28,8 17,0	12	23,1 12,5	52	100,0 13,4
Total	205	52,7 100,0	88	22,6 100,0	96	24,7 100,0	389	100,0 100,0

Relativamente al espacio de vida de los sujetos de la muestra, podemos constatar que en todos los grupos de diagnóstico, contrariamente a las dimensiones anteriores,

existen siempre más sujetos que se encuentran limitados al domicilio (posible con más o menos ayuda humana o técnica) que sujetos con posibilidad de “vivir” en el exterior o limitadas a la cama. En todo caso, parece importante resaltar que aunque en todos los grupos existan cerca de la mitad de sujetos en la condición intermedia, el retraso mental es el que tiene más personas con posibilidad de “vivir” en el exterior (un 40,9%; n=45) y la demencia la que tiene más personas limitadas a la cama (un 40,7%; n=33). Estas dos situaciones, además de ser significativas dentro de sus grupos, son también las más significativas para la muestra total: el retraso mental representa un 40,9% del total de personas con espacio de vida normal y la demencia un 47,8% de las personas limitadas a la cama (Tabla 92).

Tabla 92 - Caracterización del espacio de vida por grupo de diagnóstico

Diagnóstico	Espacio de Vida (actividades de locomoción)							
	Normal		Con ayuda		Limitada		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Demencia	7	8,6 6,4	41	50,6 19,5	33	40,7 47,8	81	100,0 20,8
Retraso mental	45	40,9 40,9	52	47,3 24,8	13	11,8 18,8	110	100,0 28,3
Esquizofrenia	35	31,3 31,8	67	59,8 31,9	10	8,9 14,5	112	100,0 28,8
Psicosis afectiva	12	35,3 10,9	17	50,0 8,1	5	14,7 7,2	34	100,0 8,7
Otros	11	21,2 10,0	33	63,5 15,7	8	15,4 11,6	52	100,0 13,4
Total	110	28,3 100,0	210	54,0 100,0	69	17,7 100,0	389	100,0 100,0

Con respecto a las actividades sensoriales, el grupo de mujeres mayores con diagnóstico de demencia sigue presentando la tendencia global de distinción,por delante de los demás grupos de estudio, revelada en las dimensiones anteriores.

Sin embargo, en el ítem relacionado con la visión, mientras se note para la demencia una mayor prevalencia de sujetos con muy mala visión (o ceguera) que para los demás grupos, donde siempre existen más sujetos con visión normal que con mala o muy mala, parece importante referir que en el grupo con retraso mental existen menos mujeres mayores con visión normal (un 47,3%; n=52) y en la psicosis afectiva la prevalencia es muy superior (un 64,7%; n=26), aunque en menor número, lo que también

relativiza el peso dentro del grupo de sujetos sin problemas (significativos) de visión (un 28,1% y un 11,9%, respectivamente) (Tabla 93).

Tabla 93 - Caracterización de la visión por grupo de diagnóstico

Diagnóstico	Visión (actividades sensoriales)							
	Normal		Mala		Mucho Mala		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Demencia	27	33,3 14,6	20	24,7 17,1	34	42,0 39,1	81	100,0 20,8
Retraso mental	52	47,3 28,1	38	34,5 32,5	20	18,2 23,0	110	100,0 28,3
Esquizofrenia	58	51,8 31,4	35	31,3 29,9	19	17,0 21,8	112	100,0 28,8
Psicosis afectiva	22	64,7 11,9	7	20,6 6,0	5	14,7 5,7	34	100,0 8,7
Otros	26	50,0 14,1	17	32,7 14,5	9	17,3 10,3	52	100,0 13,4
Total	185	47,6 100,0	117	30,1 100,0	87	22,4 100,0	389	100,0 100,0

Ya en la evaluación del estado de la audición y del discurso la situación parece estar más homogenizada con prevalencias más elevadas a nivel de la normalidad para todos los grupos de diagnóstico en estudio. En todo caso, la demencia es el único grupo de diagnóstico en que la mujeres mayores ingresadas en condiciones normales de audición (n=35) y con una expresión verbal perfecta (n=38) no ultrapasan el 50% de su grupo de diagnóstico (un 43,2% y un 46,9%, respectivamente), y al mismo tiempo es el que presenta prevalencias iguales o próximas de sujetos con mala audición (un 43,2%) y con dificultades en hablar (un 39,5%) (i.e. niveles intermedios de dependencia).

En estas dos dimensiones las mujeres mayores con esquizofrenia son siempre las más presentes en el grupo más independiente, con poco más de un 32% (84 personas con audición normal y 79 con expresión verbal perfecta) y conjuntamente con el grupo con psicosis afectiva las menos presentes en el grupo con muy mala audición o sordera y sin comprensión o afasia – en conjunto un 14,8% y 30,3% (Tabla 94 y 71).

Tabla 94 - Caracterización de la audición por grupo de diagnóstico

Diagnóstico	Audición (actividades sensoriales)							
	Normal		Mala		Mucho Mala		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Demencia	35	43,2 13,5	35	43,2 34,3	11	13,6 40,7	81	100,0 20,8
Retraso mental	79	71,8 30,4	24	21,8 23,5	7	6,4 25,9	110	100,0 28,3
Esquizofrenia	84	75,0 32,3	25	22,3 24,5	3	2,7 11,1	112	100,0 28,8
Psicosis afectiva	25	73,5 9,6	8	23,5 7,8	1	2,9 3,7	34	100,0 8,7
Otros	37	71,2 14,2	10	19,2 9,8	5	9,6 18,5	52	100,0 13,4
Total	260	66,8 100,0	102	26,2 100,0	27	6,9 100,0	389	100,0 100,0

Tabla 95 - Caracterización del discurso por grupo de diagnóstico

Diagnóstico	Discurso (actividades sensoriales)							
	Normal		Mala		Mucho Mala		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Demencia	38	46,9 15,4	32	39,5 32,0	11	13,6 25,6	81	100,0 20,8
Retraso mental	75	68,2 30,5	21	19,1 21,0	14	12,7 32,6	110	100,0 28,3
Esquizofrenia	79	70,5 32,1	23	20,5 23,0	10	8,9 23,3	112	100,0 28,8
Psicosis afectiva	21	61,8 8,5	10	29, 10,0	3	8,8 7,0	34	100,0 8,7
Otros	33	63,5 13,4	14	26,9 14,0	5	9,6 11,	52	100,0 13,4
Total	246	63,2 100,0	100	25,7 100,0	43	11,1 100,0	389	100,0 100,0

En el último subapartado del MDA, las actividades mentales, la memoria es probablemente la dimensión que presenta un panorama más heterogéneo, con la

patología neuropsiquiátrica a demostrar un crecimiento en la prevalencia con el agravamiento del estado, con la deficiencia a presentar un comportamiento contrario (al de la demencia) y las dos enfermedades mentales a revelan un mayor número de personas con olvidos más o menos frecuentes que con memoria normal o con olvidos muy frecuentes o amnesia (Tabla 96).

Tabla 96 - Caracterización de la memoria por grupo de diagnóstico

Diagnóstico	Memoria (actividades mentales)							
	Normal		Alterado		Muy Alterado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Demencia	8	9,9 7,1	28	34,6 18,7	45	55,6 35,7	81	100,0 20,8
Retraso mental	47	42,7 41,6	38	34,5 25,3	25	22,7 19,8	110	100,0 28,3
Esquizofrenia	32	28,6 28,3	50	44,6 33,3	30	26,8 23,8	112	100,0 28,8
Psicosis afectiva	9	26,5 8,0	16	47,1 10,7	9	26,5 7,1	34	100,0 8,7
Otros	17	32,7 15,0	18	34,6 12,0	17	32,7 13,5	52	100,0 13,4
Total	113	29,0 100,0	150	38,6 100,0	126	32,4 100,0	389	100,0 100,0

Con respecto a la conducta de las mujeres mayores con distintos diagnósticos, los resultados de la escala de dependencia revelan que con excepción del grupo con demencia que contiene más mujeres con perturbaciones minor (obstinación, lamentaciones o emotividad) (un 37,0%; n=30) que en otras condiciones, todos los demás grupos parecen presentar una tendencia para disminuir la prevalencia de mujeres con el agravamiento de las perturbaciones conductuales.

En esta dimensión el grupo con retraso mental es el que presenta más mujeres con conducta normal (un 31,5%; n=51) y con perturbaciones minor (un 31,0%; n=49) y la demencia el grupo con más sujetos con una conducta muy alterada (agitación, desorientación o fuga) (un 37,7%; n=26) (Tabla 97).

Tabla 97 - Caracterización de la conducta por grupo de diagnóstico

Diagnóstico	Conducta (actividades mentales)							
	Normal		Alterado		Muy Alterado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Demencia	25	30,9 15,4	30	37,0 19,0	26	32,1 37,7	81	100,0 20,8
Retraso mental	51	46,4 31,5	49	44,5 31,0	10	9,1 14,5	110	100,0 28,3
Esquizofrenia	48	42,9 29,6	47	42,0 29,7	17	15,2 24,6	112	100,0 28,8
Psicosis afectiva	17	50,0 10,5	11	32,4 7,0	6	17,6 8,7	34	100,0 8,7
Otros	21	40,4 13,0	21	40,4 13,3	10	19,2 14,5	52	100,0 13,4
Total	162	41,6 100,0	158	40,6 100,0	69	17,7 100,0	389	100,0 100,0

La última dimensión evaluada es probablemente la que lleva a un desplazamiento más homogéneo de sujetos entre las tres categorías de análisis. Es decir, en los cuatro diagnósticos en estudio, no parece existir una diferencia tan significativa de las prevalencias en los diferentes niveles de ánimo (como la observada en las dimensiones anteriores). En el caso de las enfermedades mental, por ejemplo, son registrados valores iguales en dos de las categorías: el grupo con esquizofrenia presenta valores iguales de sujetos con ánimo normal y con apatía o agresividad (un 32,1%) y la psicosis afectiva de sujetos con ánimo normal y con tristeza más o menos importante o irritabilidad (un 35,3%). La demencia, por su lado, presenta un incremento de la prevalencia con el agravamiento del estado de ánimo y el retraso un movimiento al contrario (i.e. más mujeres sin ánimo alterado y menos en el estado muy alterado) (Tabla 98).

Tabla 98 - Caracterización del ánimo por grupo de diagnóstico

Diagnóstico	Ánimo (actividades mentales)							
	Normal		Alterado		Muy Alterado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Demencia	19	23,5 14,5	30	37,0 21,3	32	39,5 27,4	81	100,0 20,8
Retraso mental	46	41,8 35,1	42	38,2 29,8	22	20,0 18,8	110	100,0 28,3
Esquizofrenia	36	32,1 27,5	40	35,7 28,4	36	32,1 30,8	112	100,0 28,8
Psicosis afectiva	12	35,3 9,2	12	35,3 8,5	10	29,4 8,5	34	100,0 8,7
Otros	18	34,6 13,7	17	32,7 12,1	17	32,7 14,5	52	100,0 13,4
Total	131	33,7 100,0	141	36,2 100,0	117	30,1 100,0	389	100,0 100,0

Los resultados del estudio de la dependencia funcional permiten constatar que en la muestra total (n=389), las dimensiones (ítems) más afectadas o que presentan mayor nivel de dependencia son (por orden de importancia/gravedad): la higiene, la memoria, la eliminación y el ánimo. Es decir, un 51,9% de los sujetos necesita de ayuda total para realizar su higiene, (n=202), un 32,4% tiene olvidos muy frecuentes o amnesia (n=126), un 30,3% tiene incontinencia urinaría o fecal permanente (n=118) y un 30,1% presenta apatía (sin energía) o agresividad (n=117).

En el sentido opuesto están las dimensiones relacionadas con la funcionalidad que se encuentran menos afectadas o que revelan mejor un estado de independencia, como la audición, el discurso, la alimentación y el desplazamiento. En concreto, con respecto a estas dimensiones, podemos decir que un 66,8% tiene capacidades auditivas normales (n=260), un 63,2% tiene una expresión verbal perfecta (n=246), un 57,3% alimentase normalmente (n=223) y 52,7% desplazase en su domicilio o en el exterior normalmente (n=205). Todas estas variables constan presentes, siempre, en más de la mitad de la muestra total.

Para cada uno de los grupos de diagnóstico, la situación suele revelarse distinta. Mientras en el grupo de mujeres mayores con demencia, las variables más afectadas son claramente la higiene, la eliminación, la movilización, la memoria y el desplazamiento (siempre con prevalencias, relativas a su grupo, superiores a un 50% en el nivel de mayor gravedad), en el grupo con retaso mental las dimensiones de funcionalidad más

afectadas son la higiene, la movilización, la memoria y el ánimo. Sin embargo, en este último grupo de diagnóstico, no se registran prevalencias muy significativas en los niveles de mayor gravedad (casi siempre por debajo de un 20%) - una vez que solo en la valoración de la capacidad para realizar la higiene se registran más sujetos que necesitan de ayuda total que sujetos que necesitan de ayuda parcial o que no necesitan de ayuda. Aquí, parece aún importante referir que para la segunda dimensión más afectada en el grupo con deficiencia (la movilización), la prevalencia en el estado de mayor severidad sólo supera el porcentaje de mujeres mayores que necesitan de ayuda parcial o de apoyo (y no el nivel más independiente).

En los dos grupos con enfermedad mental, de forma semejante al panorama del retraso mental, sólo se registran dos dimensiones con prevalencias próximas a un 30% o superiores en nivel de mayor gravedad (la higiene y el ánimo). Es decir, la higiene, así como en los otros diagnósticos, es el apartado que comprende claramente más mujeres con esquizofrenia y con psicosis afectiva en el nivel de mayor dependencia (que en los restantes niveles de evaluación) y el ánimo la dimensión que presenta prevalencias más próximas a los distintos niveles de evaluación (acercado de un tercio de sujetos). En todas las demás dimensiones evaluadas no se registran valores muy diferenciados de prevalencia de sujetos, en los niveles de mayor compromiso.

6.2.11. Estado cognitivo y dependencia funcional

Entre las mujeres institucionalizadas, con resultados en la dimensión cognitiva y funcional, el grupo (o sub-grupo) que contempla más sujetos (n=72) es caracterizado por una dependencia ligera y con déficit cognitivo. De seguida, los dos sub-gruipos más prevalentes son los sujetos con dependencia moderada y con déficit cognitivo (n=52) y el grupo con dependencia severa y con déficit cognitivo (n=39).

En suma, podemos constar que los tres grupos procedentes (con mayor prevalencia), y el grupo con dependencia funcional muy severa, presentan simpre más y con déficit cognitivo (n=23). El único grupo sin dependencia (o dependencia nula), aunque que sea el menos prevalente (n=8), suela presentar un mayor porcentaje de sujetos sin déficit cognitivo (un 62,5%) (Tabla 99).

Tabla 99 - Distribución de la muestra por estado cognitivo (MMSE) y nivel de dependencia (MDA)

Nivel de dependencia (MDA)	Déficit cognitivo		
	Sin	Con	Total
	n = 45	n = 189	n = 234
	%	%	n
Nulo	62,5	37,5	8
Ligero	30,8	69,2	104
Moderado	11,9	88,1	59
Severo	2,5	97,5	40
Muy Severo	0,0	100,0	23
Total	19,2	80,8	234

6.3. Comparación entre distintos diagnósticos de las variables independientes y dependientes (Objetivo 4)

6.3.1. Hipótesis 2: Existirán diferencias significativas en las medias de las variables independientes, entre los grupos de diagnóstico

Para averiguar la existencia, o no, de diferencias significativas entre las medias de los distintos grupos de diagnóstico (sub-muestras), se ha aplicado test paramétrico ANOVA (con recurso al test de Scheffé), que permite estimar la variabilidad total existente para cada variable continua en estudio (puntuación en los tests de estado cognitivo y de dependencia funcional y años de edad, de escolaridad y de internamiento) (Tabla 100).

Con respecto a las variables independientes, podemos constar que existen diferencias significativas, en contraste bilateral, entre la demencia y el retraso mental a nivel de la edad (p=0,000), de la escolaridad (p=0,000), y del internamiento (p=0,000). Con los demás grupos de diagnóstico, aún relativamente a la demencia, mientras con la esquizofrenia se identifican diferencias significativas en la edad (p=0,000) y en internamiento (p=0,000), en el grupo con diagnóstico de psicosis afectiva solo se registran diferencias significativas a nivel de la edad (p=0,001).

El grupo con diagnóstico de retraso mental, por su lado, no presenta en las tres variables independientes (edad, escolaridad e internamiento) cualquiera diferencia significativa con en grupo con esquizofrenia, pero presenta diferencias significativas con la psicosis afectiva a nivel de la escolaridad (p = 0,005) y del internamiento (p = 0,000).

Por último, podemos constatar que la esquizofrenia en relación al grupo con psicosis afectiva solo presenta diferencias significativas en la dimensión tiempo de internamiento (p = 0,000).

6.3.2. Hipótesis 3: Existirán diferencias significativas en las medias de las variables dependidentes, por los grupos de diagnóstico

Con respecto a las variables dependientes (Tabla 100), es posible observar que el grupo con diagnóstico de demencia presenta diferencias significativas, al nivel de la puntuación en la escala de dependencia funcional (MDA) y de la puntuación en la escala de estado cognitivo (MMSE), con los tres grupos de diagnóstico: el retraso mental (MDA: p = 0,000 y MMSE: p = 0,008), la esquizofrenia (MDA: p = 0,000 y MMSE: p = 0,000) y la psicosis afectiva (MDA: p = 0,000 y MMSE: p = 0,000).

En relación a la deficiencia mental, los resultados del análisis estadístico revelan que no existen diferencias significativas entre el retraso mental y la esquizofrenia en las dos variables dependientes (de forma análoga a las comparaciones múltiplas registradas en las variables independientes). Sin embargo, con la psicosis afectiva ya se registran diferencias significativas en la medias de las puntuaciones en el MMSE (p = 0,045).

Este último grupo de diagnóstico, por su lado, no presenta diferencias significativas en las dos puntuaciones de la escalas de evaluación, cuando comparadas (las medias) con el grupo con esquizofrenia.

Tabla 100 – Comparaciones múltiplas entre grupos de diagnóstico: variables independientes y dependientes

	Diagnóstico	Edad	Escolaridad	Internamiento	Puntuación MDA	Puntuación MMSE
Demencia	Retraso Mental	***	***	***	***	**
	Esquizofrenia	***	-	***	***	***
	Psicosis Afectiva	**	-	-	***	***
Retraso mental	Demencia	***	***	***	***	**
	Esquizofrenia	-	-	-	-	-
	Psicosis Afectiva	-	**	***	-	*
Esquizofrenia	Demencia	***	-	***	***	***
	Retraso Mental	-	-	-	-	-
	Psicosis Afectiva	-	-	***	-	-
Psicosis Afectiva	Demencia	**	-	-	***	***
	Esquizofrenia	-	-	***	-	-
	Retraso Mental	-	**	***	-	*

*** p ≤ 0,000; ** p ≤ 0,01; * p ≤ 0,05

6.4. Comparación entre las variables independientes y dependientes, en la muestra global y en cada diagnóstico (Objetivo 5)

6.4.1. Hipótesis 4: Existirá correlación significativa entre las distintas variables independientes y dependientes, en las mujeres mayores con patología mental crónica

La relación entre las distintas variables (continuas) fueran exploradas mediante el coeficiente de correlación de Pearson, tomando como variable dependiente las puntuaciones totales en el MDA y en el MMSE y como variables independientes la edad, los a´nos de exolaridad y el tiempo de internamiento.

Así, en la evaluación de las correlaciones[133] y de su nivel de significación entre las distintas variables continuas (independientes y dependientes) en contraste unilateral, es posible verificar con respecto a la muestra total (Tabla 101) que la puntuación en el MMSE tiene una correlación negativa con los resultados en la escala de dependencia funcional ($r=-0,680$; $p<0,01$) y con la edad ($r=-0,222$; $p<0,01$) y una correlación positiva con los años de escolaridad ($r=0,311$; $p<0,01$) y con los años de internamiento ($r=0,118$; $p<0,05$), pero con este último de forma menos significativa. Por otras palabras, podemos afirmar que cuanto mejor es el estado cognitivo (puntuaciones superiores en el MMSE), menor es la edad (más joven) y mejor es la puntuación en la escala MDA (o más independiente). Al revés, el mayor número de años de educación y de internamiento es directamente proporcional a mejores resultados en la prueba de estado cognitivo, aunque con niveles de significancia diferentes.

Por su lado, los resultados en la escala de evaluación de dependencia funcional presentan una correlación positiva con la edad ($r=0,342$; $p<0,01$) y negativa con los años de internamiento ($r=-0,206$; $p<0,01$), ambos de forma muy significativa. Por otras palabras, podemos decir que cuanto mayor es nivel de dependencia más mayores son los sujetos, y que el aumento número de años de internamiento es inversmante proporcional a la dependencia.

También relativamente a la muestra total, el análisis correlacional permite constatar que el aumento de los años de ingreso varia también inversamente con la edad y con la escolaridad, de forma muy significativa, o sea: la variable años de internamiento tiene con la edad ($r=-0,132$; $p<0,01$) y con los años de escolaridad ($r=-0,218$; $p<0,01$) una correlación negativa y significativa al nivel de 0,01, en contraste unilateral.

[133] Fuerza de la asociación lineal entre dos variables.

Tabla 101 - Correlaciones entre las variables continúas: muestra total

			Escolaridad	Internamiento	Puntuación MDA	Puntuación MMSE
Total de la muestra	Edad (años)	Corr. Pearson	0,033	-0,132(**)	0,342(**)	-0,222(**)
		Sig. (bilateral)	0,294	0,002	0,000	0,000
		n	281	461	474	368
	Escolaridad (años)	Corr. Pearson	1	-0,218(**)	-0,047	0,311(**)
		Sig. (bilateral)		0,000	0,217	0,000
		n		282	282	234
	Internamiento (años)	Corr. Pearson		1	-0,206(**)	0,118(*)
		Sig. (bilateral)			0,000	0,013
		n			460	352
	Puntuación MDA	Corr. Pearson			1	-0,680(**)
		Sig. (bilateral)				0,000
		n				368

** Correlación significativa a un nivel 0,01 (unilateral); *Correlación significativa a un nivel 0,05 (unilateral).

6.4.2. Hipótesis 5: Existirá correlación significativa entre las distintas variables independientes y dependientes, por los distintos grupos de diagnóstico

Con respecto al análisis por patología podemos constatar que entre el grupo de mujeres mayores con diagnóstico de demencia (Tabla 102), la puntuación el MMSE solo varia la escolaridad ($r = 0,321$; $p<0,01$) y con el estado de dependencia ($r = -0,728$; $p<0,01$), de forma muy significativa y en opuestas proporcionalidades. Es decir, mientras los resultados en la escala cognitiva mejoren con el aumento de la escolaridad, los mismos resultados, bajan con el aumento de la puntuación en el MDA (aumento de la dependencia). En este grupo de diagnóstico, el aumento de la edad y de la dependencia son también directamente proporcionales al aumento de los años de internamiento. En este caso, la relación del internamiento con la puntuación en la escala del MDA es más significativa ($r= 0,225$; $p<0,01$) que con la edad ($r=0,164$; $p<0,05$).

Tabla 102 - Correlaciones entre las variables continúas, en el grupo con demencia

			Escolaridad	Internamiento	Puntuación MDA	Puntuación MMSE
Demencia	Edad (años)	Corr. Pearson	-0,117	0,164(*)	0,149	-0,048
		Sig. (bilateral)	0,146	0,038	0,051	0,326
		N	83	118	122	90
	Escolaridad (años)	Corr. Pearson	1	-0,105	-0,173	0,321(**)
		Sig. (bilateral)		0,173	0,059	0,004
		N		83	83	68
	Internamiento (años)	Corr. Pearson		1	0,225(**)	-0,064
		Sig. (bilateral)			0,007	0,278
		N			118	87
	Puntuación MDA	Corr. Pearson			1	-0,728(**)
		Sig. (bilateral)				0,000
		N				90

** Correlación significativa a un nivel 0,01 (unilateral); *Correlación significativa a un nivel 0,05 (unilateral).

Ya con respecto a las mujeres mayores con diagnóstico de retraso mental es posibles observar que la puntuación el MMSE se correlaciona positivamente y de forma significativa con la escolaridad (r=0,250; p<0,05) y con los años de internamiento de forma positiva (r=0,211; p<0,05) y con la puntuación en el MDA de forma muy significativa y negativamente (r= -0,577; p<0,01). Esta última variable dependiente, tambien presenta correlación significativa con dos otras variables, aunque en sentidos contrarios: directa con la edad (r=0,189; p<0,05) y indirecta con la escolaridad (r=0,189; p<0,05).

Tabla 103 - Correlaciones entre las variables continúas, en el grupo con retraso mental

			Escolaridad	Internamiento	Puntuación MDA	Puntuación MMSE
Retraso mental	Edad (años)	Corr. Pearson	-0,045	0,130	0,189(*)	0,098
		Sig. (bilateral)	0,352	0,080	0,022	0,188
		N	75	119	115	84
	Escolaridad (años)	Corr. Pearson	1	0,111	-0,211(*)	0,250(*)
		Sig. (bilateral)		0,172	0,035	0,031
		N		75	75	56
	Internamiento (años)	Corr. Pearson		1	-0,135	0,211(*)
		Sig. (bilateral)			0,075	0,027
		N			115	84
	Puntuación MDA	Corr. Pearson			1	-0,577(**)
		Sig. (bilateral)				0,000
		N				84

**Correlación significativa a un nivel 0,01 (unilateral); *Correlación significativa a un nivel 0,05 (unilateral).

El grupo de mujeres mayores con diagnóstico de esquizofrenia, por su lado, el grupo de diagnóstico que presenta un mayor número de correlaciones entre variables

continuas. Con respecto a las variables dependientes, es posible observar que la puntuación en el MMSE sigue el mismo “comportamiento” del grupo con demencia: una relación muy significativa, proporcional a la escolaridad (r=0,652; p<0,01) e inversamente proporcional a la puntuación el MDA (r= -0, 540; p<0,01), pero adicionalmente revela una relación significativa y negativa con la edad (r= -0,178; p<0,05).

La otra variable dependiente, los resultados en la escala MDA, a la semejanza del grupo con retraso mental, también aumenta su valor con el aumento de la edad (r=0,299; p<0,01) y con la disminución del numeros de años de escolaridad (r= -0,277; p<0,05), aunque en este caso la primera relación sea muy significativa.

En este grupo de diagnóstico, la edad también se correlaciona muy significativamente con el tiempo de internamiento de forma positiva (r=0,243; p<0,01).

Tabla 104 - Correlaciones entre las variables continúas, en el grupo con esquizofrenia

			Escolaridad	Internamiento	Puntuación MDA	Puntuación MMSE
Esquizofrenia	Edad (años)	Corr. Pearson	-0,091	0,243(**)	0,299(**)	-0,178(*)
		Sig. (bilateral)	0,251	0,005	0,001	0,050
		N	56	111	110	87
	Escolaridad (años)	Corr. Pearson	1	-0,091	-0,277(*)	0,652(**)
		Sig. (bilateral)		0,251	0,018	0,000
		N		57	57	50
	Internamiento (años)	Corr. Pearson		1	0,137	-0,145
		Sig. (bilateral)			0,073	0,090
		N			115	88
	Puntuación MDA	Corr. Pearson			1	-0,540(**)
		Sig. (bilateral)				0,000
		N				88

** Correlación significativa a un nivel 0,01 (unilateral); *Correlación significativa a un nivel 0,05 (unilateral).

El grupo de diagnóstico con psicosis afectiva es el que presenta menor numero de correlaciones entre variables. Con respecto a la puntuación en el MMSE, como en los demás grupos patológicos, revela una proporcionalidad directa a los años de escolaridad (r= 0,511; p<0,05) y una conducta opuesta a la puntuación en el MDA (r= -0,705; p<0,01). En este caso, hablamos de una mejoría cognitiva con la disminución de la dependencia y con el aumento de la escolaridad, pero, mientras la primera relación se revele muy significativa, en la última la relación es significativa – como en el grupo retraso mental.

Entre las mujeres mayores con psicosis afectiva podemos también constar que la escolaridad se correlaciona con el tiempo de internamiento de forma significativa y en un sentido contrário (r= -0,425; p<0,05).

Tabla 105 - Correlaciones entre las variables continúas, en el grupo con psicosis afectiva

			Escolaridad	Internamiento	Puntuación MDA	Puntuación MMSE
Psicosis Afectiva	Edad (años)	Corr. Pearson	-0,120	0,161	0,265	-0,160
		Sig. (bilateral)	0,323	0,170	0,056	0,191
		N	17	37	37	32
	Escolaridad (años)	Corr. Pearson	1	-0,425(*)	-0,140	0,511(*)
		Sig. (bilateral)		0,044	0,295	0,022
		N		17	17	16
	Internamiento (años)	Corr. Pearson		1	-0,098	0,119
		Sig. (bilateral)			0,285	0,259
		N			36	32
	Puntuación MDA	Corr. Pearson			1	-0,705(**)
		Sig. (bilateral)				0,000
		N				31

** Correlación significativa a un nivel 0,01 (unilateral); *Correlación significativa a un nivel 0,05 (unilateral).

6.5. Identificación de las variables que mejor definen y explican la dependencia funcional y el estado cognitivo (Objetivo 6)

6.5.1. Hipótesis 6: El nivel de dependencia funcional de los distintos grupos de diagnóstico (y de la muestra total) es explicado por distintas variables.

La relación y la identificación de las variables independientes (institucional, socio-demográficas, clínicas y "dependientes") que mejor definen y explican las dimensiones (o nuevas variables) - dependencia funcional y estado cognitivo - fue explorada mediante el análisis de regresión lineal, tomando como variable dependiente las puntuaciones totales en el MDA o en el MMSE y como variables independientes todas las variables clínicas y demográficas, bien como las puntuaciones en los subapartados del MDA o del MMSE (dependiendo de la variable en evaluación).

La inclusión de variables cualitativas en el estudio planteó la necesidad de uso de varias variables dummy. Es decir, para inclusión de las variables categoriales nominales en el modelo de regresión se ha "dumificado" (transformado las categorías nominales en variables binarias: 0 y 1; variables calitativas en cuantitativas)[134].

Como método de elección y estimación de las variables a integrar el modelo de regresión fue utilizado el método Stepwise que va incluyendo y removiendo variables independientes correlacionadas con la variable dependiente de acuerdo con su

[134] La transformación en variables "dummy" (mudas) surge para indicar la presencia o la ausencia del efecto categorial que se espera poder alterar los resultados

importancia, que mejor definen o contribuyen para la explicación de la variable dependiente y por forma a producir el mayor valor de la estadística F de la ANOVA o que conduce al incremento del coeficiente de determinación y que nos permite concluir de la calidad del ajustamiento

Para contestar la hipótesis seis, en una primera fases se procedió a una evaluación de la muestra global. Es decir, contemplando mujeres mayores con distintos diagnósticos psiquiátricos y contemplando esos mismos diagnósticos como variables dependientes (cono dummy: tener o no tener diagnóstico). Posteriormente, en un segundo momento, fueran evaluados, aisladamente, los diagnósticos en estudio (más prevalentes), a fin de finalizar el análisis de las hipótesis empíricas de nuestra investigación.

Con respecto a la variable dependencia funcional (puntuación total en la escala MDA) fue evaluada

Con respecto a la variable dependencia funcional, el análisis de regresión lineal que hemos llevado a cabo ha incluido en el primer paso como variable predictora la lenguaje que explica un 56,1% de la variabilidad total (F=253,405; p=0,000) de la puntuación en la escala MDA. En el segundo, tercer y cuarto pasos se incluyen los factores demencia (F=151,206; p=0,000), memoria de fijación (F=110,460; p=0,000) y edad (F=85,758; p=0,000), que conjuntamente suman un 6,1% a la variabilidad explicada por la ecuación. Asimismo, el modelo predictivo final explica un 63,8% de la variabilidad total (Tabla 106).

Tabla 106 – Prueba ANOVA del modelo de regresión lineal con la variable dependiente MDA, para la muestra total

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corrigida	Error típ. de la estimación
Lenguaje	0,749	0,561	0,559	4,546
Demencia	0,778	0,606	0,602	4,322
Memoria de fijación	0,793	0,628	0,623	4,206
Edad	0,798	0,638	0,630	4,164

Relativamente a los grupos de diagnósticos, podemos observar que el lenguaje (F=63,134; p=0,000) y la memoria de fijación (F=35,290; p=0,000) explican cerca de un 52% de la variabilidad de la dependencia funcional en mujeres mayores con demencia. Siendo el factor lenguaje el que mayor porcentaje de varianza explica (un 49,7%) (Tabla 107).

Tabla 107 - Prueba ANOVA del modelo de regresión lineal con la variable dependiente MDA, para el diagnóstico de demencia

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corrigida	Error típ. de la estimación
Lenguaje	0,705	0,497	0,489	4,513
Memoria de fijación	0,727	0,528	0,513	4,403

Ya con respecto al retraso mental, es posible verificar que un 42,4% de la varianza en el MDA es explicada por el Lenguaje (un 34,9%) ((F=21,421; p=0,000) y por la edad (7,3%) ((F=14,252; p=0,000) (Tabla 108).

Tabla 108 - Prueba ANOVA del modelo de regresión lineal con la variable dependiente MDA, para el diagnóstico de retraso mental

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corrigida	Error típ. de la estimación
Lenguaje	0,591	0,349	0,332	5,296
Edad	0,650	0,422	0,393	5,052

Ambos las enfermedades mentales (esquizofrenia y psicosis afectiva) incluyen a la memoria de fijación como variable predoctora única. Sin embargo, mientras en la esquizofrenia este factor explique un 43,0% de la variabilidad ((F=31,664; p=0,000), en la psicosis afectiva la memoria de fijación explica un 87,6% (F=77,558; p=0,000) (Tabla 109 y

Tabla 110).

Tabla 109 - Prueba ANOVA del modelo de regresión lineal con la variable dependiente MDA, para el diagnóstico de esquizofrenia

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
Memoria de fijación	0,656	0,430	0,416	3,128

Tabla 110 - Prueba ANOVA del modelo de regresión lineal con la variable dependiente MDA, para el diagnóstico de psicosis afectiva

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corrigida	Error típ. de la estimación
Memoria de fijación	0,936	0,876	0,864	2,241

Tabla 111 - Porcentaje de variancia explicada en la puntuación del MDA, por diagnóstico

%	Total	Demencia	Retraso Mental	Esquizofrenia	Psicosis
90					Memoria de Fij.
85					
80					
75					
70					
65	Edad				
60	Memoria de Fij. Demencia Lenguaje				
55					
50		Memoria de Fij. Lenguaje			
45					
40			Edad	Memoria de Fij.	
35			Lenguaje		
30					
25					
20					
15					
10					
5					

6.5.2. Hipótesis 7: El estado cognitivo de los distintos grupos de diagnóstico (y de la muestra total) es explicado por distintas variables.

Con respecto a la variable estado cognitivo, el análisis de regresión lineal realizada ha criado un modelo predictivo (final) que explica cerca de un 60% de varianza de la puntuación en el MMSE.

Este modelo incluí la movilización que explica en un primero paso un 31,6% de la variabilidad (F=75,652; p=0,000), la escolaridad un 17,1% (F=77,459; p=0,000), la eliminación un 4,4% (F=61,134; p=0,000), la visión un 3,3% (F=51,434; p=0,000), la higiene y el retraso mental un 1,4% (F=43,306 y F=37,393, respectivamente; ambos con p=0,000), y, por último, la edad que explica un 1,0% de la variabilidad total (F=33,214; p=0,000) (Tabla 112).

Tabla 112 - Prueba ANOVA del modelo de regresión lineal con la variable dependiente MMSE, para la muestra total

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corrigida	Error típ. de la estimación
Movilización	0,562	0,316	0,312	7,172
Escolaridad	0,698	0,487	0,481	6,227
Eliminación	0,729	0,531	0,522	5,974
Visión	0,749	0,561	0,550	5,798
Higiene (corporal)	0,758	0,575	0,562	5,722
Retraso mental	0,765	0,585	0,570	5,671
Edad	0,772	0,595	0,577	5,619

En el diagnóstico de demencia, la varianza de la puntuación el en MMSE es explicada por la visión (un 63,2%) ((F=42,922; p=0,000) y por la escolaridad (16,1%) ((F=45,977; p=0,000) (Tabla 113).

Tabla 113 - Prueba ANOVA del modelo de regresión lineal con la variable dependiente MMSE, para el diagnóstico de demencia

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corrigida	Error típ. de la estimación
Visión	0,795	0,632	0,617	5,455
Escolaridad	0,891	0,793	0,776	4,175

En el grupo de diagnóstico retraso mental, comparativamente a la demencia, mientras se mantiene la visión como principal predictor del estado cognitivo (F=23,739; p=0,000) el segundo factor responsable por la variabilidad de esta variable dependiente pasa a ser la higiene (F=15,040; p=0,000). Sin embargo, en esto grupo de diagnóstico, estos dos factores juntos explican cerca de mitad de la varianza del MMSE (un 38,5%) que explican los dos precedentes en la demencia (un 79,3%) (Tabla 114).

Tabla 114 - Prueba ANOVA del modelo de regresión lineal con la variable dependiente MMSE, para el diagnóstico de retraso mental

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corrigida	Error típ. de la estimación
Visión	0,571	0,326	0,313	6,588
Higiene (corporal)	0,621	0,385	0,360	6,358

Contrariamente a la variable dependencia funcional, la variable estado cognitivo revela modelos explicativos muy distintos para las dos enfermedades mentales. Para la

esquizofrenia el análisis de regresión lineal que hemos llevado a cabo ha incluido en el primer paso como variable predictora la escolaridad que explica un 43,5% de la variabilidad total (F=33,812; p=0,000) de la puntuación en la escala MMSE. En el segundo, tercer y cuarto pasos de modelo se incluyen los factores higiene (F=27,341; p=0,000), movilización (F=21,670; p=0,000) y edad (F=18,918; p=0,000), que conjuntamente suman un 21,4% a la variabilidad explicada por la ecuación. En este caso, el modelo predictivo final explica un 64,9% de la variabilidad total (Tabla 106).

Tabla 115 - Prueba ANOVA del modelo de regresión lineal con la variable dependiente MMSE, para el diagnóstico de esquizofrenia

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corrigida	Error típ. de la estimación
Escolaridad	0,659	0,435	0,422	6,193
Higiene (corporal)	0,748	0,560	0,539	5,528
Movilización	0,779	0,608	0,579	5,281
Edad	0,805	0,649	0,614	5,058

Por fin en el grupo de diagnóstico psicosis afectiva, la variabilidad de la puntuación en la prueba de estado cognitivo es explicado por la conducta, que en exclusividad explica un 69,0% de la varianza (F=24,477; p=0,000) (Tabla 116).

Tabla 116 – Prueba ANOVA del modelo de regresión lineal con la variable dependiente MMSE, para el diagnóstico de psicosis afectiva

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corrigida	Error típ. de la estimación
Conducta	0,831	0,690	0,662	4,845

Tabla 117 - Porcentaje de variancia explicada en la puntuación del MMSE, por diagnóstico

%	Total	Demencia	Retraso Mental	Esquizofrenia	Psicosis
85					
80		Escolaridad			
75					
70					Conducta
65		Visión		Edad	
60	Edad			Movilización	
55	Retraso mental Higiene			Higiene	
50	Visión Eliminación				
45	Escolaridad			Escolaridad	
40			Higiene		
35			Visión		
30	Movilización				
25					
20					
15					
10					
5					

6.6. Comparación de los sujetos de la muestra con los datos de archivo en Portugal (Objetivo 7)

Uno de los objetivos de nuestro estudio ha sido el de caracterizar la población mayor presente en una de las instituciones asistenciales más relevantes en el contexto de la salud mental, y de la atención psiquiátrica institucional, en particular. Este objetivo ha sido operacionalizado a través de la comparación de los sujetos de la muestra con los datos de archivo en Portugal (Objetivo 7).

Como datos de archivo fueran contempladas las estimativas de la población residente en 2003 (Instituto Nacional de Estatística, 2004), los índices de envejecimiento (Instituto Nacional de Estatística, 2004), las estadísticas de equipamientos sociales de apoyo a la tercera (Martin, Neves, Pires, & Portugal, 2006; 2009; Câmara Municipal de Ponta Delgada, 2008; Provedoria de Justiça, 2008), el Censo Psiquiátrico (Direcção-

Geral da Saúde, 2004) y el Censo Nacional (Instituto Nacional de Estatística, 2002), el estudio del perfil de envejecimiento de la población portuguesa (Oliveira et al., 2008) y un estudio de Botelho (Botelho, 1999), sobre la autonomía funcional en personas mayores[135].

Relativamente a los datos nacionales sobre la población mayor residente (Tabla 118), podemos constatar que en todos los *concelhos* donde se recorrió la muestra del estudio existen más mujeres con más de 65 años que hombres, en un porcentaje entre un 57,3% (Sintra) y un 64,5% (Funchal) (Instituto Nacional de Estatística, 2004).

Además, la población mayor institucionalizada en residencias ("Lares") es casi siempre inferior a un 5,0%, con excepción de el área geográfica del centro "A" (Guarda), donde la población mayor institucionalizada corresponde a un 7,2% y a un 5,5,% del total de la población mayor residente, en el *distrito* y en el *concelho* (Martin et al., 2006; 2009; Câmara Municipal de Ponta Delgada, 2008; Provedoria de Justiça, 2008)[136]. En el continente, estos datos relativos al porcentaje de la población mayor institucionalizada parecen reflejar, de alguna forma, el nivel del índice de envejecimiento en los respectivos *distritos* y *concelhos* (Instituto Nacional de Estatística, 2004), con Guarda a presentar el valor más elevado (Tabla 119). Aunque si se considera el continente y las islas conjuntamente, no se verifique la misma relación, esta es observada cuando analizamos las regiones autonómicas separadamente.

Constatamos también que en Ponta Delgada y en Condeixa, el número de sujetos participantes en el estudio corresponde a más de un 50% del número total de personas institucionalizadas (un 76,3% y un 59,4%, respectivamente). Es decir, a nivel local, el número total de mujeres mayores ingresadas en los centros de asistencia psiquiátrica "E" y "B" ultrapasa, claramente, la mitad del total de mujeres y hombres institucionalizados en las residencias de esa localidad. El *concelho* de Lisboa presenta el valor más bajo (un 1,7%).

En un nivel geográfico más amplio (distrito o región autonómica), como es de esperar, cuando comparamos los sujetos participantes con el número de personas institucionalizadas en residencias para mayores, las submuestras de sujetos revelan menor representatividad. Sin embargo, parece importante referir los porcentajes más

[135] El estudio de Botelho (Botelho, 1999), que contempló la evaluación de la autonomía funcional de 163 sujetos con 65 y más años, es entendido como un estudio precedente del EPEPP.

[136] En relación a las estadísticas de equipamientos sociales de apoyo a la tercera edad, no ha sido posible obtener datos específicos para la población femenina ingresada en residencias para mayores. No obstante, creemos que una vez que se registra una mayor prevalencia de mujeres residentes en las diferentes áreas geográficas (179) e ingresadas en los distintos equipamientos sociales (215), el análisis comparativo (entre la población ingresada en los centros de psiquiatría de la muestra y la población ingresada en residencias) puede ser, en todo caso, relevante.

elevados son registrados en las islas: en Madeira (donde la población de la muestra corresponde a un 12,6% del total de la población mayor ingresada en la región autónoma) y en los Açores (un 7,2%). Al revés, y siguiendo la tendencia del *Concelho*, el distrito de Lisboa es donde la muestra se revela menos representativa. A nivel nacional, la muestra del estudio es más relevante para las regiones autonómicas (un 9,9%) que para el continente (un 2,0%).

Tabla 118 – Estimativas de la población residente con 65 y más años (Instituto Nacional de Estatística, 2004), población institucionalizada en residencias para mayores (Martin et al., 2006; 2009; Câmara Municipal de Ponta Delgada, 2008; Provedoria de Justiça, 2008) y muestra de sujetos, en función de la localización de los centros asistenciales.

Institución		Localización		Población con 65 y más años			Población institucionaliza en residencias (≥65)		Muestra	
				Total	Mujeres					
				n	n	% (Mujeres)	n	% (Pobl ≥65)	n	% (Pobl.Inst)
Continente	A	*Distrito*	Guarda	44 334	25 728	58,0	3 197	7,2	71	2,2
		Concelho	Guarda	8 583	4 987	58,1	474	5,5		15,0
	B	*Distrito*	Coimbra	88 220	51 543	58,4	3 646	4,1	57	1,6
		Concelho	Condeixa	3 269	1 887	57,7	96	2,9		59,4
	C	*Distrito*	Lisboa	364 786	216 757	59,4	8 429	2,3	134	1,6
		Concelho	Sintra	47 318	27 090	57,3	745	1,6		18,0
	D	*Distrito*	Lisboa	364 786	216 757	59,4	8 429	2,3	49	0,6
		Concelho	Lisboa	129 726	81 778	63,0	2 853	2,2		1,7
	Continente (Total)			497 340	294 028	59,1	15 272	3,1	311	2,0
Islas	E	Reg. Aut.	Açores	30 196	17 888	59,2	1 021	3,4	74	7,2
		Concelho	Pont. Delg	6 611	4 128	62,4	97	1,5		76,3
	F	Reg. Aut.	Madeira	32 200	20 495	63,6	991	3,1	125	12,6
		Concelho	Funchal	13 504	8 710	64,5	529	3,9		23,6
	Islas (Total)			62 396	38 383	61,5	2 012	3,2	199	9,9
Total				559 736	332 411	59,4	17 284	3,1	510	3,0

Tabla 119 – Índices de envejecimiento (Instituto Nacional de Estatística, 2004) y porcentaje de mujeres con 65 y más años (muestra), en función de la localización de los centros asistenciales.

Institución		Localización		Índice de envejecimiento	
				2001	2003
				%	%
Continente	A	Distrito	Guarda	210	227
		Concelho	Guarda	120	130
	B	Distrito	Coimbra	166	176
		Concelho	Condeixa	128	138
	C	Distrito	Lisboa	110	113
		Concelho	Sintra	57	64
	D	Distrito	Lisboa	110	113
		Concelho	Lisboa	203	192
	Continente (Total)			162	172
Islas	E	Reg. Aut.	Açores	61	62
		Concelho	Pont. Delg	49	48
	F	Reg. Aut.	Madeira	72	71
		Concelho	Funchal	82	79
	Islas (Total)			67	67
Total				124	130

Relativamente a los datos de archivo sobre los cuidados de la salud mental a la población con 65 y más años (Direcção-Geral da Saúde, 2004), constatamos que las cuatro patologías más presentes en nuestro estudio son también las más prevalentes en el Censo Psiquiátrico (internamiento de personas con 65 y más años). Sin embargo, las distintas patologías asumen posiciones diferentes, en términos de relevancia. Mientras en el Censo la esquizofrenia, que corresponde a un 38,3% del total de personas mayores internadas, se destaca de las demás patologías (oligofrenias: 18,1%; síndromes demenciales: 17,1%; y psicosis afectiva: 6,7%), en nuestro trabajo el grupo con esquizofrenia (un 25,2%) presenta el mismo peso que las oligofrenias (un 25,2%) y, más o menos, el mismo que los síndromes demenciales (un 26,8%). La psicosis afectiva, por su lado, encontrase en ambos los estudios en la cuarta posición, en términos de prevalencia (Tabla 120).

La muestra del estudio representa un 26,7% del total de personas mayores internadas en Portugal (mujeres y hombres), por motivos psiquiátricos, con el grupo con

diagnóstico de demencia (un 41,6%), el grupo con retraso mental/oligofrenias (un 37,2%) y el grupo con psicosis afectiva (un 32,2%) a presentaren una representatividad superior a la de la muestra global. Por otro lado, nuestra muestra representa para los síndromes demenciales y para las psicosis afectivas, respectivamente, 35,2% y 10,6% del total de personas asistidas en el internamiento (los dos géneros y de todas las edades).

Tabla 120 – Distribución de los motivos de búsqueda de cuidados psiquiátricos, por individuos con más de 65 años, en el internamiento (Direcção-Geral da Saúde, 2005) y muestra de sujetos.

Grupos de patologías	Censo Psiquiátrico 2001 (Internamiento: Muj. y Hom.) Total		Censo Psiquiátrico 2001 (Internamiento: Muj. y Hom.) ≥65		Muestra (Mujeres)	
	n (%)	%	n (%)	% Total	n (%)	% ≥65
Esquizofrenia	2362 (36,5)	100,0	654 (38,3)	27,7	115 (25,2)	17,6
Oligofrenias	1831 (28,3)	100,0	309 (18,1)	16,9	115 (25,2)	17,6
Psicosis afectivas	349 (5,4)	100,0	115 (6,7)	33,0	37 (8,1)	32,2
Síndromes demenciales	347 (5,4)	100,0	293 (17,1)	84,4	122 (26,8)	41,6
Otros	1584 (24,5)	100,0	338 (19,8)	21,3	67 (14,7)	19,8
Total	6473 (100,0)	100,0	1709 (100,0)	26,4	456 (100,0)	26,7

La distribución de la muestra por grupos de edad parece seguir un padrón semejante a la distribución del último Censo Psiquiátrico (Bento et al., 2003a; Direcção-Geral da Saúde, 2005), bien como del último Censo Nacional (Instituto Nacional de Estatística, 2002). Sin embargo, frente a los dos Censos, la presente muestra contiene una mayor frecuencia de individuo en el grupo con más de 75 y menos de 84 años (un 36,6% del total de individuos internados y un 56,0% del los individuos internados en las instituciones religiosas) y una menor frecuencia de individuos en el grupo de edad más joven: 65-74 años (un 21,0% del total de individuos internados y un 33,3% del los individuos internados en las instituciones religiosas) (Tabla 121).

Tabla 121 – Distribución de los grupos de edad da la población mayor en los Censos de 2001 (nacional y psiquiátrico) (Bento et al., 2003; Direcção-Geral da Saúde, 2005; Instituto Nacional de Estatística, 2002) y en la muestra del estudio.

Grupos de Edad	Censo 2001 (Mujeres)	Censo Psiquiátrico 2001 (Internamiento: Muj. y Hom.)			Muestra (Mujeres)		
		Total	Inst. Religiosas				
	n (x1.000)	n	n	% Total	n	% Total	% Inst. Relig
65 - 74	550,7 (55,4)	1024 (57,9)	645 (55,0)	63,0	215 (44,8)	21,0	33,3
75 - 84	339,7 (34,2)	533 (30,1)	348 (29,7)	65,3	195 (40,6)	36,6	56,0
>85	103,8 (10,4)	211 (11,9)	180 (15,3)	85,3	70 (14,6)	33,2	38,9
Total	994,2 (100,0)	1768 (100,0)	1173 (100,0)	66,4	480 (100,0)	27,2	41,0

La comparación de la presente muestra de resultados con los resultados del estudio del perfil de envejecimiento de la población portuguesa (EPEPP) (Oliveira et al., 2008), que contempló una muestra de 2672 sujetos, con 55 y más años, residentes en Portugal (un 57,4% de mujeres y un 42,6% de hombres), encontrase condicionada por la imposibilidad de retirar del EPEPP un grupo de edad único de mujeres, una vez que en este estudio de 2008 los registros de grupo de edad comportan datos de ambos los géneros y que los datos relativos al total de mujeres presentan como limite inferior de edad los 55 años. Sin embargo, aunque no sea posible emparejar de forma análoga las dos muestras de resultados (por grupo de edad o por género), consideramos que como perfil de la población donde se insiere el presente estudio y que como investigación que contempla dimensiones semejantes, o mismo iguales, el EPEPP permite encuadrar nuestra muestra y, aunque con limitaciones, establecer consideraciones que pueden enriquecer la discusión de los resultados. En ese sentido, serán aquí presentadas algunas comparaciones entre variables estudiadas en ambos los estudios.

A nivel de los años de escolaridad (Tabla 122), el EPEPP revela una media y una mediana superior a nuestro estudio tanto para el grupo de individuos con más de 65 años y menos de 74 años (respectivamente, 4,8 e 4,0 *versus* 2,0 e 1,0), como para el total de mujeres participantes (respectivamente, 5,5 e 4,0 *versus* 2,0 e 1,0).

Tabla 122 - Estadística descriptiva de los años de escolaridad, en el grupo de edad entre los 65 y los 74 años y en el total de mujeres, en el estudio EPEPP (Oliveira et al., 2008) y en la muestra

Estudio	Grupos de Edad	Años de Escolaridad					
		n	media	desv. típica	mediana	mínimo	máximo
EPEPP	65-74 (M y H)	890	4,8	3,5	4,0	0,0	18,0
	≥65 (Muj.)	1071	5,5	3,7	4,0	0,0	20,0
Muestra	65-74 (Muj.)	125	2,0	3,0	1,0	0,0	15,0
	≥65 (Muj.)	281	2,0	3,0	1,0	0,0	15,0

Relativamente a la evaluación de la funcionalidad, y a las dimensiones que son, de alguna forma, comparables (Tabla 123), observamos que el número de sujetos sin incontinencia es muy parecido, cuando comparamos tanto el grupo de edad de 65-74 años, como el total de mujeres en los dos estudios (en este caso, para efectos de comparación se asocian los registros de incontinencia urinaria con los registros de incontinencia fecal, del EPEPP). Con respecto a la condición de incontinencia permanente, nuestra muestra contiene claramente, en los dos subgrupos, una mayor prevalencia relativa que la muestra del EPEPP.

En la higiene corporal, para la cual se contempló la actividad del baño, la muestra EPEPP contiene más sujetos independientes, en los dos subgrupos comparados, que los sujetos ingresados en las instituciones de salud mental. Esta diferencia, en el apartado higiene, es la más amplía de todas las dimensiones de funcionalidad evaluadas.

En las actividades de movilización (subir y bajar de la cama) y de desplazamiento (en casa o en el exterior), las dos sub-muestras del EPEPP revelan también una mayor independencia, en comparación con las dos submuestras de nuestro estudio. Sin embargo, esta diferencia, aunque mayor que la registrada a nivel de la incontinencia, es bastante menos significativa que la observada en la evaluación de la higiene.

Tabla 123 - Distribución de las características de la evaluación funcional, en el grupo de edad entre los 65 y los 74 años y en el total de mujeres, en el estudio EPEPP (Oliveira et al., 2008) y en la muestra

Grupos de Edad			Incontinencia				Higiene	Movilizac.	Desplazamiento	
			No Presente		Permanente		Independ.	Independ.	Independ.	
			Urinaria	Fecal	Urinaria	Fecal			Casa	Calle
EPEPP	65-74 (M y H)	n	622	946	24	0	790	763	920	902
		(%)	(64,8)	(96,7)	(2,5)	(0,0)	(80,8)	(78,1)	(94,4)	(92,6)
	≥65 (Muj.)	n	793	1466	49	0	1199	1125	1399	1361
		(%)	(52,6)	(95,8)	(3,3)	(0,0)	(78,2)	(73,5)	(91,5)	(89,1)
Muestra	65-74 (Muj.)	n	111		38		35	126	127	
		(%)	(58,7)		(20,1)		(18,5)	(66,7)	(67,2)	
	≥65 (Muj.)	n	185		136		48	203	207	
		(%)	(44,9)		(33,0)		(11,7)	(49,3)	(50,2)	

El último análisis incidió sobre la evaluación cognitiva (MMSE) de los sujetos del grupo de edad con más de 65 y menos de 74 años y contempló una comparación de una submuestra de nuestro estudio con dos submuestras de sujetos no institucionalizados, participantes en el EPEPP y en el estudio realizado por Botelho (Botelho, 1999) (Tabla 124).

En la evaluación cognitiva, los dos estudios seleccionados presentan una elevada similitud metodológica, relativamente al contexto de aplicación del instrumento y al registro de los resultados. Sin embargo, mientras el estudio de Botelho analisa dados relativos a una submuestra de mujeres mayores, con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años (n=60), el EPEPP, como se ha comentado antes, presenta datos agrupados de mujeres y hombres para el mismo grupo de edad (n=978). No obstante, la comparación con este grupo de edad del EPEPP beneficia de la ausencia del efecto de género sobres los resultados MMSE, por lo menos en personas con menos de 74 años (Letenneur et al., 1999a; Jacqmin-Gadda, Fabrigoule, Commenges, & Dartigues, 1997; Dufouil et al., 2000).

En ambos los estudios, el EPEPP y el de Botelho, los resultados relacionados con el estado cognitivo son similares y mejores que los verificados en cualquiera de las cuatro patologías analizadas en nuestro estudio, y para todos los apartados en análisis: memoria de fijación, concentración y cálculo, memoria de repetición, y construcción (visual). Parece importante referir aquí que los apartados mencionados son los únicos que presentan resultados parciales posibles de emparejar con los datos de nuestro estudio. Constamos aún que el grupo con diagnóstico de demencia es claramente el que más se aleja de los resultados obtenidos por las dos muestras no institucionalizadas, siguiéndose

el grupo con retraso mental. Los resultados de los dos grupos con enfermedad mental (esquizofrenia y psicosis afectiva), aunque peores, son más próximos de los resultados de las submuestras de sujetos en ambulatorio, sobre todo, a nivel de la memoria de fijación y de la construcción (visual).

Tabla 124 – Distribución de las características de la evaluación cognitiva (MMSE) del grupo de edad entre los 65 y los 74 años, en el EPEPP (Oliveira et al., 2008), en el estudio de Botelho (Botelho, 1999) y en la muestra.

Puntuación en los apartados del MMSE		EPEPP Muj. y Hom.		Botelho 1999		Demencia		Esquizofrenia Mujeres		Retraso		Psicosis	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Memoria de fijación (retención)	0	3	0,3			14	66,7	6	16,2	16	34,8		
	1	1	0,1					2	5,4	6	13,0	3	20,0
	2	9	0,9					3	8,1	6	13,0		
	3	965	98,7	60	100,0	7	33,3	26	70,3	18	39,1	12	80,0
Concentración y cálculo	0	106	10,8	8	13,3	19	90,5	23	62,2	45	97,8	8	53,3
	1	19	1,9	1	1,7	1	4,8	3	8,1	1	2,2	2	13,3
	2	14	1,4	3	5,0	1	4,8	1	2,7			2	13,3
	3	69	7,1	4	6,7			2	5,4				
	4	170	17,4	11	18,3			4	10,8				
	5	600	61,3	33	55,0			4	10,8			3	20,0
Memoria de repetición (evocación)	0	60	6,1	2	3,3	15	71,4	16	43,2	38	82,6	8	53,3
	1	75	7,7	5	8,3	4	19,0	9	24,3	4	8,7	1	6,7
	2	323	33,0	21	35,0	1	4,8	3	8,1	3	6,5	3	20,0
	3	520	53,2	32	53,3	1	4,8	9	24,3	1	2,2	3	20,0
Construcción (visual)	0	506	51,7	33	55,0	21	100,0	28	75,7	44	95,7	12	80,0
	1	472	48,3	27	45,0			9	24,3	2	4,3	3	20,0

Parte III: Discusión y conclusión

Discusión y conclusión

La discusión y conclusiones de la tesis doctoral que presentamos “La funcionalidad y la cognición en el envejecimiento psicogeriátrico: contribuciones para una atención diferencial a personas mayores en contextos institucionales” procura desenvolver un cuestionamiento de los resultados de la investigación empírica, basada en los objetivos y en las hipótesis que hemos elaborado como via de solucion a la problemática planteada en el Marco Teórico y en los resultados extraídos de la investigación sobre la población mayor en contexto psicogeriátrico.

Capítulo 7. Discusión de los resultados empíricos

En nuestra opinión se hace necesario que en paralelo a la creación de programas y estructuras de apoyo a la salud mental en la vejez, y a las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento de la dependencia funcional y del deterioro cognitivo en personas que padecen de patología mental crónica en distintos estadios, se realicen estudios de caracterización y de evaluación diferencial, que permitan evidenciar científicamente la pertinencia y la validez de aquellas.

En el presente trabajo se ha efectuado una evaluación de personas mayores con patología mental, en contexto institucional, que ha incidido sobre la funcionalidad y el estado cognitivo eventualmente asociados a las distintas patologías.

Esta metodología, previamente desarrollada y evaluada en la mayoría de sus componentes, ha permitido realizar una descripción estandarizada de las características demográficas, funcionales y cognitivas de la muestra estudiada, quedando, así, cumplido el primer objetivo de este trabajo (i.e. caracterizar la población institucionalizada). Ha sido también contrastada la relevancia de estos dados, mediante el cálculo y la asociación entre las distintas variables estudiadas.

Ha sido posible aplicar la evaluación a una muestra de 510 sujetos, en seis centros asistenciales del IHHSCJ. Para esto han contribuido, la disponibilidad del Gobierno Provincial y de los responsables por cada centro asistencial, así como el interés y participación de los distintos equipos de psicología. Consideramos que el método de aplicación es aceptable, teniendo en cuenta la dimensión y el tipo de la muestra efectuada en un contexto de investigación.

Relativamente a la muestra estudiada, la selección de los individuos institucionalizados se debió a ser el internamiento el principal motivo de búsqueda de cuidados psiquiátricos, en Portugal, por individuos con 65 y más años (Direcção-Geral da Saúde, 2005) y a querer identificar algunos de los factores para el cual contribuyen.

El hecho de haber estudiado un 28,8% del total de sujetos mayores internados por motivos psiquiátricos (n=1768), y un 43,5% de las personas mayores ingresadas en las instituciones religiosas (n=1173) (según los datos del último Censo Psiquiátrico (Bento et al., 2003a; Direcção-Geral da Saúde, 2005), sugiérenos que la dimensión de la muestra ha sido adecuada para los objetivos del estudio, permitiendo el análisis de los datos de cerca de medio millar de personas con 65 y más años, por grupos patológicos.

La evaluación exclusiva de mujeres mayores con patología mental, aunque limita la extrapolación para el universo poblacional o las comparaciones entre géneros, está de

acuerdo con la importancia demográfica y con el peso que este grupo poblacional se ha visto asumir en las sociedades modernas y en las estadísticas demográficas nacionales e internacionales (Instituto Nacional de Estatística, 2007a; United Nations, 2002; Instituto Nacional de Estatística, 1999a; Instituto Nacional de Estatística, 1999b; Instituto Nacional de Estatística, 2000; Instituto Nacional de Estatística, 2002; Instituto Nacional de Estatística, 2007b; Gonçalves et al., 2008; Fernández-Ballesteros, 2000; Direcção-Geral da Saúde, 2004).

En las áreas geográficas donde se recogió la muestra, hemos también comprobado una mayor prevalencia de mujeres mayores (que se acerca a un 60%) y un "adecuado" nivel de representatividad de la población mayor institucionalizada, sobre todo en las regiones autonómicas donde la muestra es más representativa. El hecho de la muestra ser también menos representativa para Lisboa, puede ser entendido como una muy probable influencia de la mayor oferta de servicios y de estructuras de apoyo gerontológico y psicogeriátrico, contraria a la realidad insular y a la de las regiones del interior.

Ha sido posible caracterizar la muestra y evidenciar las diferencias entre las personas mayores, habiendo sido utilizada una metodología basada en recomendaciones para la investigación gerontológica y comparable a otros estudios con personas de estos grupos de edad (Fernández-Ballesteros et al., 1992; Fernández-Ballesteros, 1998; Llera et al., 2002; European Commission, 2003; Fernández-Ballesteros, 2003; Dias Cordeiro, 2005; Ismail & Shulman, 2006; Veríssimo, 2006).

7.1. Envejecimiento psicogeriátrico

En su conjunto, la mayoría de los sujetos de la muestra se encuentra ingresada en centros asistenciales del Continente (un 61%); pertenece al grupo de edad entre los 65 y los 74 años (un 44,8%); es analfabeta (un 59,9%); está ingresada hace más de diez años (un 53,5%); tiene déficit cognitivo (un 80,8%): no se encuentra orientada en el espacio y en el tiempo (un 41,1%), tiene memoria de fijación (un 48,2%), no tiene memoria de repetición (un 70,2%), consigue leer y ejecutar correctamente una orden escrita (un 28,5%) y no realiza correctamente la construcción visual (un 90,3%); y tiene un nivel de dependencia ligero (un 40,7%): se alimenta normalmente (un 55,8%), tiene control de micción y defecación (un 44,9%), aunque necesita de ayuda total para hacer su higiene (un 54,4%), sube y baja de la cama normalmente (un 49,3%), se desplaza en el domicilio o en el exterior normalmente (un 50,2%), se encuentra limitada al domicilio (un 54,4%), y tiene una visión normal (un 46,4%), una audición normal (65,5%), una expresión verbal perfecta (un 61,7%), olvidos más o menos frecuentes (un 37,9%), perturbaciones

emocionales y conductuales *minor* (un 42,2%) y sienten tristeza más o menos importante o irritabilidad (un 37,1%). Los cuatro diagnósticos analizados – demencia, retraso mental, esquizofrenia y psicosis afectiva – representan, respectivamente, un 25,9%, un 24,4%, un 27,1% y un 8,4% de la muestra.

7.1.1. Las variables relevantes: edad, escolaridad, internamiento (y diagnóstico)

El análisis de los datos revela una asociación muy significativa ($p<0,01$) e inversa entre la edad y el tiempo de internamiento, con la edad de internamiento próxima a los 60 años (media: 57,2 y mediana: 61,0), lo que demuestra que la mayoría de las mujeres mayores institucionalizadas ha ingresado en el contexto psiquiátrico cerca de la vejez.

Aunque no se confirme la hipótesis inicial de asociación directa entre la edad y el tiempo de internamiento ($H4.8_1$), fundamentada por el aumento de la esperanza de vida, los resultados no dejan de enfatizar un vínculo institucional que envuelve sobre todo a las mujeres mayores más jóvenes, con un ingreso anterior a la vejez y con más años de internamiento.

Por otro lado, las diferencias entre grupos de edad, que evidencian una mayor prevalencia de mujeres con más de 75 años (un 55,2%), superior a la del Censo 2001 (donde los sujetos con más de 75 años no ultrapasan el 44,6%), y la disminución del número de años de internamiento con el aumento de la edad, sugieren en conjunto que, entre la población mayor, las personas con 75 y más años buscan más cuidados de internamiento en contexto psicogeriátrico. Sin embargo, una explicación alternativa, podrá ser que, en el contexto específico de la muestra, las personas tienen una mayor esperanza de vida, lo que por otro lado podrá evidenciar la valía de los cuidados diferenciados, aunque no pueda ser confirmado por estos datos.

Relativamente al nivel de escolaridad, las mujeres mayores institucionalizadas presentan un porcentaje mayor de analfabetismo (un 59,9%) que las mujeres mayores residentes (un 41,0%) (Instituto Nacional de Estatística, 2002). Además, los datos no confirman la hipótesis de que personas con menos edad tienen más escolaridad ($H4.7_1$), es decir, la idea de mayor escolaridad en personas más jóvenes, sugerida por los movimientos histórico-sociales y por las características de la población residente, no se replica en nuestro estudio, por lo menos con valor estadístico significativo. Al revés, se confirma la hipótesis de que el aumento de la escolaridad se encuentra asociada a la disminución de los años de internamiento ($H4.9_1$). En esto caso, podemos considerar que la muestra de mujeres mayores con patología mental crónica no ha recibido los efectos genéricos de la evolución socio-educativa, por encontrarse resistente a esos mismos efectos (bajo el dominio de la patología) o que el propio nivel de escolaridad (bajo o alto)

puede condicionar el uso de los cuidados de salud (el internamiento psiquiátrico más o menos temprano) y la consecuente longevidad. De hecho, la evidencia demuestra que la educación está asociada (de forma más o menos directa) a aspectos como: los factores económicos, las interpretaciones de las evidencias científicas, las actitudes frente al envejecimiento[137], la aceptación de distintas intervenciones (donde se incluye la institucionalización) y los factores sistémicos, como la accesibilidad a los sistemas de salud (Sadavoy, 2006).

En relación al diagnóstico y empezando por la demencia, la patología más asociada al envejecimiento psicogeriátrico, mismo en los centros asistenciales donde se destaca una mayor prevalencia de individuos con este diagnóstico (un 59,2% en el centro "A" y un 39,6% en el centro "D"), esta aún se encuentra alejada de los valores obtenidos en los estudios sobre las instituciones de salud para mayores, en Estados Unidos (Streim et al., 1997) o en Europa (Guk-Hee, 2006), donde los usuarios con demencia representan más de un 80% de los individuos residentes. Al contrario, y con excepción del centro "A" (un 4,2%), el número de sujetos con diagnóstico de esquizofrenia es siempre bastante superior al un 10% de esquizofrénicos mayores identificados por Streim y colaboradores en las instituciones de salud de largo plazo (Streim et al., 1997). Ya con respecto a los contextos psicogeriátricos, podemos constatar que, por ejemplo, las tasas de prevalencia de los trastornos bipolares (entre un 5,6% "A" y un 11,5% "C") se encuentran de acuerdo con los reportes clínico-epidemiológicos, en los cuales se sugieren prevalencias próximas del 10% entre la población psicogeriátrica (Yassa, et al., 1988 citado por Shulman et al., 1999).

Con respecto a los contextos asistenciales, los datos sugieren aún que la deficiencia mental en la vejez asume un rol bastante relevante en el contexto psiquiátrico, pues, en los centros evaluados, el retraso mental corresponde siempre a uno de los dos grupos de diagnósticos más prevalentes. Mientras se reconoce que cada centro exhibe una realidad distinta, podemos decir que todos ellos nos remeten para situaciones asistenciales en que la deficiencia asume una importancia significativa y continuada, acompañada por un peso siempre menor de la psicosis afectiva, y por una primacía, alternada, de la demencia o de la esquizofrenia (en función del centro).

[137] Las actitudes con las personas mayores cambian consonante los grupos culturales, pudiendose caracterizar por la veneración o por la desvalorización sutil, o mismo exclusión. En la cultura occidental, por ejemplo, la distinta valoración de los jóvenes y productivos hace con que los ancianos se debatan con una necesidad de respuesta de adaptación a la marginalización y a la desvalorización (Sadavoy, 2006).

7.1.2. Las variables dependientes: funcionalidad y cognición

Con respecto a la valoración del estado cognitivo, hemos utilizado en nuestra investigación el MMSE, puesto que constituye el test breve de cribado (*screening* cognitivo) más difundido en clínica e investigación, y que también podrá ser utilizado para valorar alteraciones cognitivas. Debido a su brevedad, fácil administración y baja variabilidad, el MMSE permitió una valoración rápida de los pacientes, tornándose útil para medir y comparar una serie de aspectos fundamentales de las capacidades cognitivas como la orientación (espacio y tiempo), la memoria (inmediata), el lenguaje (comprensión, denominación, lectura, escritura) y las praxis constructiva (Folstein et al., 1975; Guerreiro, 1998).

Para evaluar la dependencia funcional hemos escogido el Mini-Dependence Assessment (Benhamou, 1997b) debido a que es un instrumento diseñado para evaluar el nivel de dependencia y las necesidades funcionales en distintas áreas de actividad, importantes para la vida diaria de las personas mayores. Como la prueba anterior, además de incluyente, es simultáneamente breve y de fácil aplicación en contexto psicogeriátrico. Es un instrumento que ha sido previamente seleccionado, bien acogido y muy utilizado por los equipos de profesionales de los diferentes centros asistenciales del IHHSCJ, siendo, asimismo, también útil para controlar la progresión de la dependencia.

Con la intención de contribuir para la replicabilidad de la prueba, hemos procurado enriquecer el conocimiento de sus propiedades métricas, en el contexto institucional, estudiando la fiabilidad y la validez discriminante. Estos procedimientos revelaron que la escala presenta una consistencia interna adecuada, con fuerte validez de construto, y que contiene propiedades discriminantes.

El estudio de las propiedades discriminantes o “validez de diagnóstica” asume principal importancia, en el contexto de la investigación psicogeriátrica y, en particular, en la diferenciación entra la población normal y la población con demencia. Por un lado, porque las técnicas y los instrumentos tradicionalmente usados para medir las AVD suelen presentar un problema mayor cuando el propósito es predecir o diferenciar los diagnósticos (Nygård, 2003) y, por otro, porque la evaluación de la autonomía funcional (con escalas de AVD) puede ser una mejor opción para el diagnóstico de la demencia por presentar un mayor valor predictivo que el MMSE (que sugiere un déficit cognitivo que puede ya existir por efecto de la educación y/o de la edad) (Iavarone et al., 2007).

Asimismo, creemos que el MDA, aunque no llegue a beneficiar de la popularidad del MMSE o de otras escalas de funcionalidad (como el “*Functional Assessment Staging*” (FAST) (Reisberg et al., 1984), la Escala de Actividades de Vida Diaria (Katz et al., 1963) o el Índice de Barthel (Mahoney et al., 1965), contiene aceptables características métricas

que permiten justificar su utilización y la replicación en pacientes mayores institucionalizados.

Relativamente a los procedimientos de aplicación, consideramos que la mayor cantidad de información sobre la dependencia funcional (un 93,9%; n=479), en comparación con los datos sobre el estado cognitivo (un 72,4%; n=369), resulta del hecho del primer instrumento corresponder a una prueba de aplicación indirecta (a través de los cuidadores) y del segundo exigir una recogida de información de la persona, que muchas veces se encuentra condicionada por su estado de enfermedad y, por eso, incapaz de contestar a las preguntas del evaluador. Sin embargo, aunque se puede remitir las diferencias de porcentaje entre las dos submuestras para la aplicación de los criterios de exclusión, inherentes a la aplicación del MMSE (i.e. ser portador de deficiencia visual y/o auditiva graves no corregidas; presentar estadios avanzados de disturbios cognitivos y/o estado de enfermedad mental que impida el entendimiento de la ejecución de los procedimientos en test; o tener dificultad de mover las manos por enfermedad reumáticas o neurológicas), los datos de la investigación carecen de una explicación más detallada sobre los motivos que han impedido la recogida de información, sobre todo, en el MMSE (por criterios de exclusión o por otras condiciones de aplicación).

Además, en ninguna de las escalas ha sido posible obtener la totalidad de los registros parciales. En los dos casos, quedaran por registrar los datos parciales relativos a un 14,0% (n=67) y un 17,8% (n=60) de los sujetos, en el MDA y en el MMSE, respectivamente. Desafortunadamente, también para esta situación (que resulta de una atribución del valor total, sin anotación de los valores parciales en la hoja de registro), solo sería posible obtener los datos parciales si hubiera una nueva aplicación de los instrumentos.

El estudio de la estabilidad del estado cognitivo y de la dependencia funcional de la muestra global ha sido posible a través de un diseño longitudinal, basado en dos momentos de evaluación, en un solo centro asistencial ("C"), pero, como hemos comentado antes, con un espectro de diagnóstico equivalente al del estudio principal (es decir, presentan los mismos grupos de diagnóstico y prevalencias cercanas). En todo caso, existen algunas diferencias en términos de prevalencias, como el menor porcentaje de mujeres con demencia y el mayor porcentaje de mujeres con retraso mental y con esquizofrenia, registradas en el estudio longitudinal, que pueden hacer aumentar la influencia de las principales, o más influyentes, características de estos dos grupos nosológicos, disminuyendo el peso de las características inherentes a la población con demencia.

En términos empíricos, podemos considerar que la existencia de diferencias significativas apenas para los valores medios de la dependencia funcional, suporta la idea

de una mayor estabilidad cognitiva que funcional, a nivel de la población mayor femenina institucionalizada. Estos datos sustentan, de alguna forma, la mayor vulnerabilidad/apetencia para desarrollar la dependencia o para agravar su estado.

En comparación con el estudio de Benhamou (Benhamou, 1997b), relativo a la concepción de la escala MDA y que ha incluido mujeres y hombres en contextos distintos, los resultados de la muestra total revelan un mayor porcentaje de mujeres mayores con dependencia ligera (un 40,7%), lo que nos remete para un nivel funcional mucho más próximo de la submuestra de sujetos ingresados en residencias para mayores (un 48,6%), que de la submuestra de sujetos alojados en servicios de larga estancia de un centro hospitalario (en permanencia prolongada) (un 5,7%). Sin embargo, si consideramos los resultados parciales, el presente estudio resulta más de acuerdo con los resultados obtenidos por Benhamou en contexto hospitalario que en residencias. Es decir, ambos sujetos en permanencia hospitalaria prolongada presentan un mayor compromiso de las actividades corporales (sobre todo de la higiene) y de las actividades mentales (en todas las dimensiones: memoria, comportamiento y ánimo).

Aunque la mayor frecuencia de dependencia corporal y mental parezca estar relacionada con el contexto hospitalario, hay una menor repercusión en la población psicogeriátrica femenina, que en la globalidad de la población de ambos géneros en permanencia prologada (no psiquiátrica), donde un 55,7% de los individuos presenta un nivel de dependencia muy severo. En este caso, la diferencia de resultados parece estar condicionada por la edad, por el género y por el motivo del internamiento. De hecho, como señala Benhamou, en Francia, existe un internamiento tardío, que parece centrarse en los 82-83 años y que cuentan con bastante más mujeres. Además, según el autor, en la mayoría de las veces, la presencia de las mujeres en el domicilio, con un papel de cuidadora principal, consigue evitar el internamiento de los hombres, que también presentan una menor esperanza de vida. Asimismo, es de esperar un mayor nivel de dependencia por parte de una población más envejecida (sobre todo mujeres), en comparación con la población psicogeriátrica, que tiene un internamiento más temprano, fundamentalmente, por motivos psiquiátricos (y no por pérdidas funcionales).

La asociación entre el aumento de la dependencia y el envejecimiento es igualmente verificada en el presente estudio (H 4.1_1), lo que corrobora la explicación anterior, que atribuía a la edad (superior) el mayor nivel de dependencia en las variables que se encontraban más afectadas (en las dos muestras).

Ya contrariamente al planteado en las hipótesis empíricas, el nivel de dependencia, aunque se relacione con el tiempo de internamiento, sigue la tendencia inversa, es decir, un tiempo de internamiento más largo está asociado a un nivel de dependencia más bajo en la muestra de nuestro estudio, sugiriendo un efecto

eventualmente positivo del tiempo de internamiento (i.e., que podría contener el establecimiento de la dependencia global). La elaboración de la hipótesis ($H4.5_1$) que ahora se rechaza, ha sido basada en una idea dominante y empíricamente sustentada de que el institucionalismo tiene consecuencias nefastas.

En realidad, es reconocida la importancia de los efectos iatrogénicos provocados por el internamiento, que de acuerdo con la evidencia conducen durante los primeros seis meses de estancia a un aumento de la mortalidad, que permanece tras controlarse por factores de confusión, como la elevada prevalencia de trastornos depresivos o el elevado porcentaje de uso de fármacos no indicados (Mañas, 2000). Además, la evidencia sugiere una elevada prevalencia de deterioro funcional, condicionada sobretodo por la reducción de movilidad y de los niveles de actividad de los pacientes mayores hospitalizados. En concreto, los cambios en el estado físico y en la movilidad (deterioro funcional) se han visto identificados como algunas de las principales complicaciones inherentes a la institucionalización de enfermos mayores (con un mayor impacto, sobre todo, en los que quedan más tiempo acostados/encamados) (Kleinpell et al., 2008).

En la muestra de nuestro estudio, la ausencia del efecto negativo del internamiento en la funcionalidad puede ser explicada por el hecho de que no son las actividades de locomoción las que se encuentran más afectadas y que no son los problemas físicos la principal característica de la generalidad de la población psicogeriátrica, pero sí las tareas de auto-cuidado (como la higiene), la cognición (memoria) y el ánimo. Sin embargo, el efecto positivo del tiempo de internamiento puede estar contaminado por el efecto de la edad que, como hemos comentado, las personas con menor tiempo de internamiento son que tienen más edad.

Con respecto a la escolaridad, no se ha observado una asociación estadística significativa de los años de escolaridad y el nivel de dependencia. Estos datos son contrarios a un estudio de Manton y colaboradores (Manton et al., 1997, citado por Marín et al., 2001), en el cual se demuestra que los individuos con un mayor nivel de educación tienen una menor probabilidad de padecer de enfermedades crónicas al llegar a viejos y de que en el caso de padeciesen de tales enfermedades la incapacidad funcional, que puede acompañar a estas, se presenta menos grave. Es decir, aunque nuestros sujetos revelen un bajo nivel de escolaridad y padezcan enfermedad crónica, no presentan una peor funcionalidad. Sin embargo, la falta de asociación estadística significativa puede estar condicionada por una baja frecuencia de sujetos con cinco o más años de escolaridad (solamente un 8,2%).

En nuestro trabajo, hemos también constatado una asociación muy significativa ($p<0,01$) entre el estado funcional y el estado cognitivo (4.10_0), en el sentido esperado: aumento de la dependencia con el aumento del déficit cognitivo. Estos datos están de

acuerdo con el hecho ampliamente comprobado, de que la cognición contribuye de forma importante para la función de la persona (Sauvaget et al., 2002; Arthanat et al., 2004), sobre todo en estudios que colocan en evidencia el efecto predictivo de la cognición en los resultados funcionales y de rehabilitación (Arthanat et al., 2004) o para las actividades de la vida diaria (6)(Arthanat et al., 2004; American Psychiatric Association, 1994; Sauvaget et al., 2002; Nygård, 2003). En contexto institucional, se muestra que, a semejanza de lo observado en los estudios realizados con la población mayor hospitalizada (Orsitto et al., 2005), existe también una influencia clara del déficit cognitivo en la pérdida funcional (y discapacidad) de la población psicogeriátrica.

El presente estudio ha también revelado un número elevado de mujeres mayores con déficit cognitivo (un 80,7%) y una correlación muy significativa ($p<0,01$) entre el aumento de la edad y el empeoramiento de los resultados cognitivos ($H4.2_1$). Esta correlación confirma la evidencia previamente exhibida (Selkoe, 1992; Fernández, 2007; Fernández-Ballesteros et al., 2002; Zamarrón et al., 2002; Cacabelos, 2000; Zelinski et al., 1980; Jorm et al., 1998; Selkoe, 1992; Ott et al., 1995). En particular, los autores del instrumento de evaluación del estado cognitivo (MMSE) (Folstein et al., 1975) y de la adaptación de la escala para la población portuguesa (Guerreiro et al., 1994) han comprobado la influencia de la edad en la puntuación total de la escala (bien como la de los años de escolaridad).

No obstante, en comparación con el estudio de meta-análisis elaborado por Jorm y Jolley (Jorm et al., 1998), que contempló 23 otros estudios, nuestros resultados revelan una frecuencia superior de personas con déficit cognitivo, en la población general. Mientras el estudio de meta-análisis ha encontrado una frecuencia de déficit cognitivo (desde el déficit leve hasta la demencia grave) en un 10% de los sujetos con 65 y más años y en un 50% de los sujetos con 85 y más años, en el presente estudio fueron encontradas frecuencias de déficit de orden de un 80% y de un 90%, para los mismos grupos de edad.

Estas discrepancias, en el porcentaje de sujetos con déficit cognitivo, parecen estar relacionadas, sobre todo, con las diferencias existentes entre el envejecimiento patológico o psiquiátrico y el envejecimiento normal. En este último, las alteraciones (heterogéneas) al nivel del SNC empiezan entre los 50 y los 60 años y, en algunos individuos, apenas después de los 70 años (Selkoe, 1992) o de los 80 años (Craik, 1977). Es decir, desde el punto de vista diferencial, e independientemente de las alteraciones inherentes a la vejez, nuestra muestra puede sufrir el impacto adicional de algunas otras condiciones que interfieren con la cognición, como los problemas psiquiátricos, el aislamiento social o el bajo intelecto (Graham et al., 1997).

Además, reconociendo que la discapacidad conlleva un patrón individual de conducta que envuelve el deterioro a largo plazo (Kelly-Hayes et al., 1992) y que el deterioro del estado cognitivo es parte integrante de los modelos de discapacidad (Stuck et al., 1999; Fried et al., 1991), podemos decir que el elevado porcentaje de déficit cognitivo en la muestra está de acuerdo con una realidad en que: i) las perturbaciones neuropsiquiátricas son las principales causas de discapacidad (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008); ii) las mujeres constituyen el grupo que comporta la mayor carga (World Health Organization, 2008); y iii) el envejecimiento psicogeriátrico comporta una "doble carga de discapacidad" (World Health Organization, 1999).

El mejor estado cognitivo ha estado asociado significativamente a un nivel educacional más elevado, evaluada a través del numero de años de escolaridad ($p<0,01$). Este resultado, que confirma la hipótesis empíricas ($H4.4_1$), está también en consonancia con las propuestas de los autores del MMSE (Folstein et al., 1975; Guerreiro et al., 1994) y con otros estudios de carácter más amplio. Efectivamente, la generalidad de los estudios asume la existencia de una relación inversa entre la educación y el deterioro cognitivo (Iavarone et al., 2007), o entre la educación y el la demencia (Bonaiuto et al., 2008; Ott et al., 1995; De Ronchi et al., 1998), mismo cuando surgen variaciones metodológicas al nivel del género (Letenneur et al., 1999d) o de los efectos cualitativos, como el efecto "*threshold*" (Letenneur et al., 1999e) o de variabilidad categorial (Ostrosky-Solis et al., 1998).

Entres las distintas interpretaciones teóricas para esta asociación podemos destacar las que indican que: i) la baja escolaridad está asociada al riesgo incrementado de demencia, por los hábitos o por factores de riesgo relacionados en individuos menos instruidos (Cobb et al., 1995); ii) los individuos con gran reserva cognitiva (como reflejo de los años de escolaridad) quedan mejor preparados para manejar esta patología cerebral, sin presentar déficit cognitivo observable (Roe et al., 2007); y iii) la educación consigue de alguna forma proteger contra la neuro-degeneración o el inicio de la demencia puede ser retrasada, porque la educación mejora la red neuronal de forma a que cuando mueran las neuronas otras puedan desempeñar tareas funcionales similares, minimizando las señales de deterioro funcional y cognitivo (Orrell et al., 2008).

Con respecto a los años de internamiento, aunque se registre (igualmente) una relación con valor significativo y en el sentido esperado (es decir, disminución del desempeño cognitivo con el aumento del tiempo de internamiento - $H4.6_1$), esta variable es, entre todas las estudiadas, la que presenta menor fuerza asociativa ($p<0,05$). Sin embargo, los resultados están de acuerdo con la evidencia que enfatiza la asociación de la institucionalización con el déficit cognitivo, además, con un efecto predictivo a lo largo de todo el espectro de resultados del test cognitivo (MMSE), que se mantienen,

inclusivamente, después de controlar el efecto de otros factores como la edad, el sexo y el estado de salud (St John et al., 2002). Conjuntamente, como hemos señalado, la realidad sugiere, aún, que algunas condiciones que interfieren con la cognición, como el ya referido bajo intelecto, los problemas psiquiátricos o el aislamiento social (Graham et al., 1997), se pueden agrupar alrededor del internamiento psicogeriátrico.

El menor valor estadístico de la asociación entre el aumento del tiempo de internamiento y la disminución de las habilidades cognitivas, en comparación con otras variables (como la edad, la escolaridad o la propia funcionalidad), sugiere que en la muestra psicogeriátrica existen factores que explican mejor la variabilidad de los resultados cognitivos.

En realidad, a nivel predictivo, los resultados han permitido identificar que la dependencia funcional se encuentra condicionada por el desempeño en dos dimensiones cognitivas (el lenguaje y la memoria de fijación), por la edad y por la presencia de un diagnóstico (la demencia); y que el estado cognitivo es influenciado por la escolaridad y un conjunto de dimensiones funcionales como la movilización, la higiene, la eliminación y la visión, pero, también, la edad y la presencia de un diagnóstico (el retraso mental). Todavía, la movilización y la escolaridad son las variables que más contribuyen para explicar la variación del estado cognitivo y que el lenguaje, asume el mismo papel, en los resultados funcionales.

En ambos casos es constatada la ausencia del tiempo de internamiento, como variable predictiva (aunque en relación al estado cognitivo se había observado una asociación significativa con el tiempo de internamiento), lo que contraría la evidencia que reporta esta asociación, pero puede estar relacionado con el hecho de existir diferencias importantes/significativas entre el internamiento psicogeriátrico y el internamiento de otras naturalezas.

Sin embargo, en el modelo explicativo que se plantea para el estado cognitivo, el hecho de la movilidad asumir el papel más relevante, sugiere también que la asociación significativa observada entre el tiempo de internamiento y el estado cognitivo, puede ser mediada por el efecto de la pérdida de movilidad, que es uno de los efectos iatrogénicos reconocidos de la hospitalización (pérdida de funcionalidad resultante del tiempo que el individuo pasa encamado) (Kleinpell et al., 2008).

Además, si bien que en el presente estudio no se pretende comprobar el efecto protector de la red social, en relación al deterioro cognitivo, los resultados globales parecen confirmar la hipótesis de las alteraciones en la red social decurrentes del internamiento representan, para la población psicogeriátrica, más una consecuencia que una causa del deterioro cognitivo y funcional, tal como sugiere Green y colaboradores (Green et al., 2008). Sin embargo, para las enfermedades mentales más conectadas con

alteraciones relacionales que con alteraciones cognitivas (esquizofrenia o psicosis afectiva), el alejamiento de la rede social (internamiento) puede haber surgido antes del envejecimiento y/o de la aparición del deterioro cognitivo y funcional. En este caso, creemos que los aspectos relacionales de los distintos diagnósticos, que marcan el origen y/o la evolución de cada uno de los trastornos, pueden implicar correlaciones diferenciadas entre el tiempo de internamiento ("red social") y los estados cognitivo y funcional (conforme se discutirá en la segunda parte de este apartado: análisis diferencial de acuerdo con el diagnóstico).

Con respecto a la dependencia funcional, de alguna forma, parece lógico que el lenguaje se asuma con un papel importante entre la población mayor con patología mental, pues a nivel global esta dimensión es entendida como algo que dificulta la resolución de problemas, deteriora el reconocimiento y perturba el planteamiento de una secuencia de actividades o tareas de vida diaria (American Psychiatric Association, 1994). Además, el lenguaje, puede ser comprendido como una de las dimensiones cognitivas que se encuentra afectada por la escolaridad y por la falta de ella (analfabetismo) (Ardila, 2000). Pues, como se ha puesto en evidencia, también, la alfabetización permite incrementar el nivel de preparación para "manejar" la patología cerebral (como la enfermedad de alzheimer) (Roe et al., 2007) y cambiar la organización cerebral de la cognición, afectando, por ejemplo, la preferencia lateral y el grado de dominio hemisférico para el lenguaje (Ardila et al., 1989; Bryden et al., 1993).

A nivel de las distintas patologías mentales (neuropsiquiátricas, enfermedades y deficiencias mentales), la evidencia sustenta esta importancia del lenguaje, demostrando que el déficit de lenguaje tiene influencia, por ejemplo, en el desarrollo incompleto o retardado de la mente (deficiencia) o en el deterioro debido a una demencia (Novell et al., 2000). Es decir, mientras se reconocen las pocas habilidades lingüísticas en la niñez como un fuerte factor predictivo de flaco desempeño cognitivo en la vejez (y de la enfermedad de Alzheimer) (Snowdon et al., 1996), también se adelanta que el lenguaje influye el tiempo de evolución de la demencia, una vez que su aparición por primera vez (y precoz) disminuye el periodo de evolución de la patología cognitiva (en comparación con el déficit de memoria o con alteraciones conductuales, para una gravedad semejante), lo que parece tornar el estudio del lenguaje inseparable en términos de diagnóstico (World Heath Organization, 2001).

7.2. Análisis diferencial de acuerdo con el diagnóstico

Como se refirió en la primera parte de esta investigación, mientras se asume que las personas con distintas discapacidades, funcionales y cognitivas, tienen necesidades

comunes a la generalidad de los ciudadanos, también se reconoce que existen necesidades y características específicas para cada tipo de discapacidad o enfermedad.

Siendo el envejecimiento y la patología mental crónica variables que contribuyen seriamente para la discapacidad física y mental, hemos tomado como la piedra angular de la evaluación diferencial de las distintas discapacidades las personas mayores con distintas patologías (las más prevalentes en el contexto psicogeriátrico): la demencia, el retraso mental, la esquizofrenia y la psicosis afectiva.

7.2.1. Demencia

La demencia, patología neuropsiquiátrica, se revela claramente distinta de los demás grupos de diagnóstico en la mayoría de las dimensiones evaluadas. Sin embargo, es sobretodo en relación a la deficiencia mental que estas discrepancias se tornan más evidentes, una vez que existen diferencias significativas, entre los dos grupos de diagnóstico, en todas las dimensiones evaluadas: dependencia funcional (p=0,000), estado cognitivo (p=0,008), edad (p=0,000), escolaridad (p=0,000) y tiempo de internamiento (p=0,000).

En comparación con las dos enfermedades mentales, la demencia suele revelarse con menos diferencias significativas en relación a la psicosis afectiva. Entre estos dos diagnósticos no se han registrado diferencias significativas en dos variables: años de escolaridad ($H2.2_0$) y años de internamiento ($H2.3_0$). Relativamente a la esquizofrenia, la demencia no presenta diferencias significativas solamente en los años de escolaridad ($H2.2_0$).

Los resultados comparativos vienen corroborar el panorama observado en el análisis descriptivo. Es decir, la demencia, en relación a todos los demás diagnósticos, presenta una edad superior (mediana: 80 años), menos años de internamiento (mediana: 4,7 años), peores niveles de dependencia (mediana: 17 puntos en el MDA) y un déficit cognitivo más acentuado (mediana: 2 puntos en el MMSE). No obstante, la demencia, presenta el segundo valor más elevado en relación a la escolaridad (mediana: 2 años), aunque sea un nivel relativamente bajo. Relativamente a las variables dependientes del estudio, parece importante resaltar que la demencia corresponde al grupo con mayor número de sujetos con dependencia severa y muy severa, con resultados peores que los demás grupos de diagnóstico en todas las dimensiones de funcionalidad, y con mayor déficit cognitivo, asumiendo siempre más sujetos con resultados nulos que con alguna puntuación en los diferentes apartados de la evaluación cognitiva.

A nivel co-relacional los datos remeten para una asociación muy significativa entre la escolaridad y la puntuación en el MMSE, prevista por los autores de la escala (Folstein et al., 1975; Guerreiro et al., 1994) ($H5.4_1$) y para la confirmación de un deterioro

funcional paralelo al deterioro cognitivo. Además de las dos hipótesis anteriores ($H5.4_1$ y $H5.10_1$), ambas relativas al estado cognitivo, podemos aún constatar la aceptación de más dos presunciones empíricas ($H5.5_1$ y $H5.8_1$) en las cuales sugeríamos, para la demencia, la existencia de una relación significativa del tiempo de internamiento con el estado funcional y con la edad.

Estos datos vienen a confirmar la diferenciación de la demencia, previamente observada en las estadísticas descriptivas: i) del tiempo de internamiento en función de la patología (con media, mediana y desviación típica más bajos) y ii) de la edad de ingreso de los distintos grupos de diagnóstico (con media y mediana más elevada, pero con desviación típica, también, más baja). En ambos casos, es posible constatar que las mujeres con diagnóstico de demencia, contrariamente a los demás grupos de diagnóstico, tienen un momento de vida (más o menos) definido para el internamiento psicogeriátrico (la vejez) y que ese mismo periodo de internamiento se encuentra asociado con pérdidas funcionales.

En realidad, la demencia, que se ha reconocido en la primera parte de nuestro trabajo como una de las causas más importantes de discapacidad entre los ancianos y como una patología que afecta principalmente a los mayores de 60 años, sobresale en esta investigación por un deterioro cognitivo y por una dependencia funcional (en media) superior a los demás grupos, pero también por el riesgo de incremento de la prevalencia de sujetos (a medida que la persona envejece) y por el indicador de mayor longevidad, que refuerza la idea de patología de la vejez. Es decir, nuestra muestra presenta, efectivamente, indicios claros de una incidencia más tardía que los demás diagnósticos (con un incremento de 30 puntos porcentuales del primer grupo de edad para el segundo grupo de edad) y de una mayor longevidad (más sujetos en los tres grupos de mayor edad).

Más concretamente, y como esperado, podemos constatar que un 90,7% de las usuarias con demencia ingresó en el IHHSCJ después de los 65 años (n=97), un 30,8% (n=33) después de los 80 años solamente un 5,5% (n=6) antes de los 60 años. Este ingreso (más tardío que en las demás patologías) es coherente con la mayor incidencia de la demencia en la vejez, confirmada, por ejemplo, con los datos de un estudio de la OCDE realizado en nueve países, en el cual la demencia se ve representada por una prevalencia muy baja en personas más jóvenes (menos de un 3% en el grupo de edad 65-70 años), que sufre un incremento con la edad (cerca del doble cada 5 años) y de forma más rápida en las mujeres - que demuestran una mayor prevalencia en edades más avanzadas (Moise et al., 2004).

Algunos estudios epidemiológicos de carácter longitudinal (Ott et al., 1998; Morgan et al., 1992; Bachman et al., 1992b)[138], parecen también reforzar la distribución de la muestra por grupos de edad, con datos relevantes sobre la prevalencia y la incidencia de las demencias, constatando claramente un incremento de los dos indicadores (epidemiológicos) a partir de los 65 años (Boada et al., 2000; Larson et al., 1992). En particular, haciendo un análisis comparativo de los datos relativos al grupo de mujeres mayores con demencia, el estudio de Ferri y Colaboradores y el EURODEM (Ferri et al., 2005; EURODEM, 2005; Alzheimer Europe, 2006) revela una elevada similitud entre las distintas prevalencias (relativas) de los grupos de edad - tanto para las mujeres con demencia (Eurodem) como el total de personas con demencia.

Asimismo, podemos decir que la muestra total confirma i) la tendencia de los estudios publicados, con un porcentaje superior en el grupo de personas con más de 75 y menos de 84 años, que se acerca a un 50% del total de sujetos con demencia y ii) prevalencias más parecidas entre el primer grupo de edad (sujetos con más de 65 años y menos de 74) y el segundo grupo de edad (sujetos con más de 75 años y menos de 84), que tienden para una prevalencia próxima al 25% (Tabla 125).

Tabla 125 – Distribución de la personas mayores con diagnóstico de demencia por grupo de edad (Alzheimer Europe, 2006)

Grupo de Edad (años)	Mujeres con Demencia				Número total de personas con demencia			
	Muestra		Eurodem 2005				Ferri et al., 2005	
	n	%	n	%	n	%	n	%
65 - 74	24	20,5	13695	18,4	28719	24,1	25415	22,2
75 - 84	60	51,3	35279	47,3	54154	45,5	52218	45,6
85 - 94	33	28,2	25546	34,3	36216	30,4	36784	32,2
Total	117	100,0	74520	100,0	119089	100,0	114417	100,0

Esta situación, suele estar de acuerdo con la teoría de Fries de la comprensión de la morbilidad (Fries, 1983), en la cual se sugiere un proceso de compresión de las incapacidades funcionales (en paralelo a las tasas de mortalidad) – que es lo mismo que decir que las enfermedades crónicas y las incapacidades funcionales se manifiestan durante períodos cada vez más cortos de tiempo, antes de la muerte (motivado por los estilos de vida más saludables y los avances en la tecnología médica).

[138] Algunos de los grandes estudios epidemiológicos longitudinales son el *Framingham Study* (Bachman et al., 1992a), el *Nottingham Longitudinal Study* (Morgan et al., 1992) y *The Rotterdam Study* (Ott et al., 1998).

Por otras palabras, podemos decir que la vejez, la esperanza de vida y la edad asumen un papel determinante en el periodo de institucionalización (momento de ingreso y tiempo de internamiento) y que cuanto más largo es ese periodo mayores serán los cambios funcionales.

Sin embargo, como hemos constato en el análisis de regresión, en el diagnóstico de demencia, los factores que predicen las puntuaciones en la escala de dependencia funcional están relacionados con dimensiones cognitivas: el lenguaje y la memoria de fijación (con menor porcentaje de sujetos con resultados nulos y que juntas explican cerca de un 52% de la variabilidad de la dependencia funcional). Es decir, aunque el tiempo de institucionalización sea directamente proporcional a las pérdidas funcionales, estas pérdidas no son determinadas por ese tiempo, pero sí por las dimensiones cognitivas. Así, se puede pensar que es la dependencia funcional que condiciona el tiempo de ingreso.

Esta situación se refiere a la propuesta del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) que entiende la demencia como uno de los síndromes que lleva a un declino persistente en distintos dominios de las habilidades cognitivas, como la memoria, los problemas de lenguaje y (también) de cálculo, que dificultan la resolución de problemas, deterioran el reconocimiento y perturban el planteamiento de una secuencia de actividades de vida diaria, como ir a un supermercado o hacer las tareas diarias.

De hecho, tal como señalado por el Consenso Español sobre Demencias (elaborado por la Sociedad Española de Psicogeriatría) (Sociedad Española de Psicogeriatría, 2005), la interacción entre la sintomatología cognitiva y la no-cognitiva tiene como consecuencia la progresiva incapacitación del paciente para realizar las AVD que acostumbraba hacer antes del inicio de la enfermedad y que implique la necesidad de un determinado tipo de cuidados. Eso ha sido confirmado, por ejemplo, en el estudio de Sauvaget y colaboradores que revela que el deterioro cognitivo está asociado más fuertemente con el desempeño en las AVD (que con las AIVD) (Sauvaget et al., 2002).

Además, aunque la mayoría de los estudios (revistos en este trabajo) tengan incluido las diferentes habilidades de vida diaria en un resultado único, podemos constatar que los resultados obtenidos en la escala de dependencia funcional encuentran alguna concordancia con el estudio de Wilms y colaboradores sobre la relación entre la demencia y las distintas AVD, y que concluye que entre las tareas que se encuentran más frecuentemente asociadas con la demencia (más significativamente deterioradas) están, por ejemplo, el duchar, el vestir, ir al baño y la movilidad, mientras que las tareas de comer y de limpiar se encontraban menos deterioradas (Wilms et al., citado por Sauvaget et al., 2002). Estos datos corresponden con los de nuestro estudio, teniendo en cuenta que el duchar, el vestir y ir al baño pueden ser entendidos o comparados con la higiene y

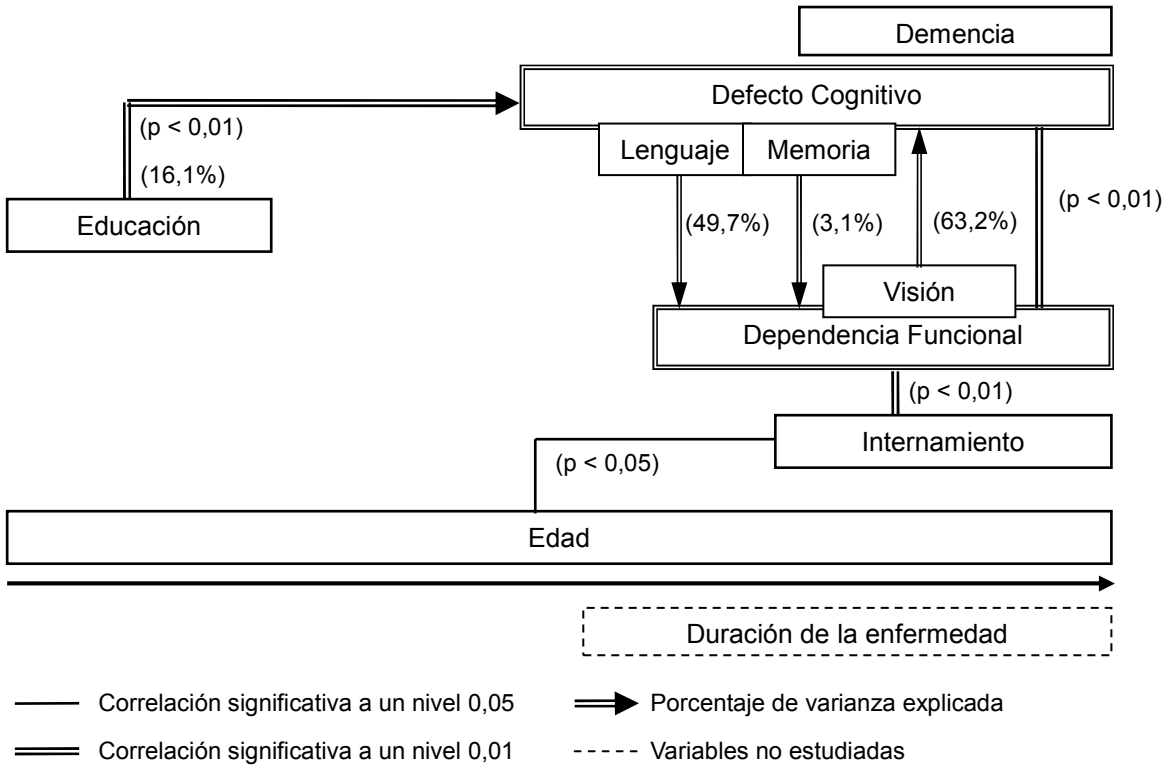
con la eliminación, que son efectivamente las dimensiones más afectadas (un 75,3% de los sujetos con demencia necesita de ayuda total para realizar su higiene y un 61,7% tiene incontinencia orinaría o fecal permanente), bien como la movilidad y el desplazamiento, que también surgen entre las dimensiones más comprometidas (un 58,0% de mujeres mayores dementes necesita de ayuda humana total o de una silla elevadora para subir o bajar de la cama y un 54,3% necesita de silla de ruedas o tiene imposibilidad de desplazamiento).

El estado cognitivo, por su lado, se encuentra condicionado por la visión (un 63,2% de la varianza explicada) y por el número de años de escolaridad (un 16,1% de la varianza). A la luz de las teorías que permiten interpretar el deterioro y la manutención de la actividad en función de la estimulación cognitiva y de la funcional, estas dificultades (o alteraciones) en la visión asumen un papel fundamental en la manutención o en la disminución de las actividades cognitivas y funcionales. Por otro lado, como se refirió anteriormente, con respecto a la edad y a la modalidad sensorial (sistemas somatosensoriales), la evidencia empírica sobre el envejecimiento perceptivo revela que la visión es gravemente afectada por la edad y que los déficit de naturaleza visual son inclusivamente causas importantes de declino general en el funcionamiento de las actividades intelectuales (Fernández, 2007). Las evidencias confirman también que los ancianos tienen problemas de agudeza y procesamiento visual que contribuyen para aumentar el tiempo que necesitan para resolver tareas perceptivas (Cacabelos, 2000).

Siendo la percepción una de las dimensiones cognitivas que condiciona la discriminación de la realidad (ambiental y personal), una vez disminuida, esta no permitirá diferenciar lo que es esencial para resolver determinadas tareas (explicada por muchos autores como un declive en la inhibición de información irrelevante). Así, podemos decir que existe un compromiso del primer nivel del proceso de integración, que es la recepción del mensaje (modalidad sensorial), y que es anterior al tratamiento y análisis.

Además, parece aún importante mencionar que la alteración de la visión puede también estar condicionada por enfermedades sistémicas asociadas con la edad o con el contexto psiquiátrico, como la diabetes o los trastornos del tipo conversivo (en la cual los síntomas incluyen a los sistemas sensoriales), que son también entendidos como factores de riego para un menor rendimiento de la cognición y, en particular, de la memoria (Beltrán Aleu, 2004). No obstante, hay también que referir que a nivel del diagnóstico diferencial, las alucinaciones visuales son vinculadas a la demencia, por ejemplo, por oposición a las alucinaciones auditivas que se reconocen en la esquizofrenia (Beltrán Aleu, 2004) y que son comúnmente evocadas en los efectos psiquiátricos adversos, asociados a medicamentos (ej. Medicamentos endócrinas, Antimicrobianos, Anti-parkinsónianos y Anti-histamínicos) (McConnell et al., 1994).

Figura 14 – Propuesta de modelo explicativo del curso de la cognición y de la funcionalidad, en sujetos con demencia



7.2.2. Retraso Mental

En función de las comparaciones múltiples de las variables independientes y dependientes por los grupos de diagnóstico, podemos decir que el grupo de personas mayores con deficiencia mental está claramente más alejado de la demencia, o mismo de la psicosis afectiva, que de la esquizofrenia. Mientras relativamente al primer grupo patológico (demencia) existan, como hemos comentado, diferencias a todos los niveles evaluados/estudiados y relativamente al segundo (psicosis afectiva) diferencias significativas a nivel de los años de escolaridad ($p = 0,005$), del tiempo de internamiento ($p = 0,000$) y de las puntuaciones en el MMSE ($p = 0,045$), relativamente a la esquizofrenia no se registra cualquier diferencia entre las medias de (todas) las variables estudiadas.

Con respecto a la variable años de escolaridad, las diferencias encontradas entre el retraso mental y las demás patologías sugieren que la media de años de escolaridad es condicionada por el curso de la enfermedad. Pues, como hemos observado, el retraso mental no presenta diferencias estadísticamente significativas relativamente a la enfermedad de inicio más precoz (la esquizofrenia), pero revela diferencias significativas en relación a las enfermedades de inicio tardío: psicosis afectiva y demencia. Con

respecto a la demencia, que es considerada la patología de la vejez, las diferencias estadísticas asumen inclusivamente el nivel más significativo (p = 0,000).

El nivel de educación, visiblemente más bajo, de las mujeres mayores con retraso mental, es aparentemente justificado por la definición de la OMS (World Health Organization, 2000), que caracteriza el retraso mental como: "funcionamiento intelectual inferior al término medio, con perturbaciones en el aprendizaje, maduración y ajuste social". Al revés, la esquizofrenia hace parte del grupo de las enfermedades mentales, que como hemos comentado se entiende como: una circunstancia sobrevenida en el proceso de desarrollo personal que se caracteriza por un conjunto de reacciones emocionales inapropiadas, con distintos patrones y niveles de gravedad y por un comportamiento socialmente inadecuado y dificultades de comunicación, pero no por insuficiencia de las capacidades intelectuales.

En ese sentido, creemos que la proximidad estadística entre el retraso mental y la esquizofrenia, a nivel de la escolaridad, puede estar relacionada, no con el desarrollo intelectual, pero sí con el inicio de la enfermedad más próximo de la edad escolar de la esquizofrenia.

Los datos relativos al tiempo de internamiento viene de alguna forma a corroborar la idea anterior de que existen factores externos que aproximan la esquizofrenia del retraso mental. En este caso, los dos grupos de diagnóstico parecen estar condicionados, no solo por el inicio más precoz de la patología mental, pero también por un factor social que envuelve la "necesidad" de internamiento psiquiátrico.

Como hemos constatado, los dos grupos patológicos hacen parte de una misma generación que no presenta diferencias significativas en las medias de edad y en el tiempo de internamiento. En concreto, la mayoría de los sujetos presentan más de 25 años de internamiento y demuestran un momento de ingreso anterior a los 50 años de edad. En estos casos, aunque parezcan ya beneficiar de los hechos más relevantes del proceso histórico del desarrollo de la asistencia psiquiátrica, como la introducción de los psicofármacos, en la década de los 50, o el pasaje de la psiquiatría tradicionalmente curativa a la psiquiatría preventiva, en la década de los 60 (Dias Cordeiro, 2005), los sujetos de la muestra pueden no haber beneficiado de una política de cuidados comunitarios más eficaz o de estructuras contenedoras, que pudiesen sustituir a los padres más mayores, en el domicilio, cuando por muerte o discapacidad ya no podían más cuidar a sus hijos, con retraso mental o con esquizofrenia.

Con respecto a las dos patologías en cuestión, es de considerar la hipótesis de un ingreso, anterior a la vejez, en "pabellones" de larga estancia ("pabellones de los crónicos"). Es decir, un internamiento que se relacionaba con un único proyecto de vida alternativo, para los enfermos esquizofrénicos y retardados, que era el de conseguir una

plaza en instituciones residenciales alejadas de la ciudad, y que mantuvo por mucho tiempo la segregación de los enfermos afectados por la doble infamia de la edad y de la patología mental.

A nivel de las variables dependientes, se considera que las diferencias muy significativas registradas entre la demencia y el retraso mental (MDA: p=0,000; MMSE: p=0,008) asumen particular interés, una vez que la literatura alude con frecuencia el problema del diagnóstico diferencial entre de la patología neuro-psiquiátrica y la deficiencia mental (Horwitz, Kerker, Owens, & Zigler, 2000; World Health Organization, 2000; Collacott, 1992; Frasher et al., 1996; Lifshitz et al., 2004; Novell et al., 2000; Evenhuis et al., 2000; Burt et al., 2005; Salthouse, 1996; Silverman et al., 1998; Strauss et al., 1996; Aylward et al., 1996).

Tal como hemos visto, el problema de la diferenciación es sobre todo atribuible al hecho de los métodos desarrollados para los individuos no retrasados no se basaren, en la mayoría de las veces, en la diferenciación entre el deterioro provocado por la perturbación demencial y las perturbaciones asociadas a las discapacidades de desarrollo preexistentes. De hecho, los individuos con retraso mental pueden manifestar señales o síntomas de demencia, mismo cuando son afectados por condiciones no relacionadas con los síndromes demenciales. Es decir, el deterioro debido a una demencia requiere evidencia de cambios definitivos en aquellas funciones cognitivas que se ven afectadas por la enfermedad (i.e. memoria, lenguaje, capacidad para realizar tareas complejas, orientación en el tiempo y el espacio, AVD y la personalidad), pero "todas ellas en mayor o menor grado, ya (se presentan) alteradas prematuramente por la discapacidad intelectual" (Oliver, 1999 citado por Novell y Forgas, 2000). En este caso, mismo se previendo prevalencias elevadas de demencia entre la pobación mayor con retraso mental (Silverman et al., 1998), habría siempre que aceptar la idea de recorrer información objetiva sobre el desempeño basal (en reportes preexistentes, y/o monitorizar a lo largo de seis meses las alteraciones en el estado cognitivo y funcional) (Silverman et al., 1998; Novell et al., 2000).

Aunque no se pueda contemplar que el diagnóstico diferencial asiente en el desempeño basal, los resultados de nuestro estudio pueden ayudar a distinguir las características funcionales y cognitivas del los dos grupos de diagnóstico (que presentan diferencias más significativas).

Como hemos observado a nivel descriptivo, los resultados parciales de la demencia son más negativos que los resultados parciales del grupo con retraso mental. Es decir, mismo en áreas de funcionalidad, como la higiene, la movilidad o la memoria (más afectadas), el grupo con demencia presenta muchos más sujetos en los peores estados de dependencia que el grupo con retraso mental. Con respecto a los

subapartados del MMSE, donde la demencia presenta siempre más sujetos con resultados nulos que con respuestas correctas, el subapartado concentración y cálculo sobresale por ser el único en que los sujetos con retraso mental registran peores resultados (un 92,6% de respuestas nulas) que los sujetos con demencia (un 81,4% de respuestas nulas). Una vez que se trata de una situación aislada, y cierta forma esperada, por ser una dimensión más comúnmente asociada a los bajos niveles de escolaridad, podemos decir que las diferencias estadísticamente significativas, encontradas entre los dos grupos de diagnóstico, repercuten un menor compromiso funcional y cognitivo de los sujetos mayores con deficiencia mental.

Al presentar niveles de funcionalidad más próximos de las enfermedades mentales que de la demencia (neuropsiquiatrica), y en algunas dimensiones revelar, inclusivamente, mejor nivel de desempeño (o más independencia) que las demás patologías, los datos relativos a las mujeres mayores con retraso mental refuerzan la idea de la OMS de que algunas generaciones de personas más mayores con deficiencia mental pueden i) presentar un declino gradual de varias funciones menos acentuadas que otras personas mayores con discapacidades crónicas, ii) estar mejor, en muchos dominios de la salud, que los grupos de edad con retraso mental más jóvenes y iii) demostrar una grand habilidad funcional hasta las edades más adelantadas (World Health Organization, 2000).

Nuestros resultados surgen también en acuerdo con algunos estudios que señalan el fenómeno del envejecimiento de personas con retraso o con discapacidad mental en distintos contextos residenciales (Collacott, 1992; Frasher et al., 1996), y en particular con los resultados del estudio de Lifshitz y Merrick (Lifshitz et al., 2004), en que se identifica, entre las personas con retraso mental institucionalizadas, una tasa significativamente más elevada de problemas psiquiátricos y un menor nivel de independencia para comer, vestir y cuidar de su higiene personal (AVD). Aunque no se pueda comparar con muestras de otros contextos, la presente muestra institucionalizada revela un mayor compromiso del ánimo, de la higiene personal, de la movilidad y de la memoria, que de se puede entender como dimensiones próximas a los problemas psiquiátricos y a las dificultades en las AVD.

En los estudios correlacionales, el resultado más sorprendente parece ser la asociación estadísticamente significativa entre el aumento del número de años de internamiento y la mejora de los resultados cognitivos. Esta situación puede ser condicionada por los potenciales estados de discapacidad menos graves (o retrasos más ligeros), que asumen una mayor probabilidad de cursar hasta la vejez, asociados a alguna estabilidad cognitiva y a un eventual “efecto de familiaridad” en relación a las condiciones o a los instrumentos de evaluación cognitiva.

Sin embargo, con respecto a esta última hipótesis, aunque se presuma que las veces que los test más comúnmente aplicados en el contexto de larga estancia, como el MMSE, pueden ser directamente proporcionales al tiempo de internamiento, no podemos dejar de referir que existe un consenso alrededor de la utilidad del MMSE para el seguimiento longitudinal del deterioro cognitivo (Morris et al., 1989; Teng et al., 1987 citados por (Sarasola et al., 2004). En este caso, anulando la idea de que los falsos positivos son fruto del (re)conocimiento de la prueba, se puede asumir una otra hipótesis, basada en la estabilidad cognitiva, como por ejemplo: la del propio internamiento ser, en si mismo, un factor positivo para la manutención o mejora cognitiva, probablemente, en función del nivel de estimulación y del peso que este puede asumir en el retraso mental.

Asimismo, creemos que con respecto al retraso mental existen resultados "menos conciliadores", i) como la asociación entre los años de internamiento y el nivel cognitivo, que puede reforzar la idea de una vivencia institucional positiva, en contradicción con la idea "*disengagemen*t" utilizada para justificar los peores resultados en la población institucional (Cumming & Henry, 1961; Lifshitz & Merrick, 2004) o ii) la asociación estadísticamente significativa entre la edad y el estado funcional, que cortaría la idea de independencia (no asociación), sugerida por la OMS (World Health Organization, 2000) y confirmada en estudios como el de Lifshitz y Merrick (Lifshitz et al., 2004). No obstante, también se observan resultados "más conciliadores" que confirman la evidencia, como la asociación significativa entre el mayor número de años de escolaridad y los mejores resultados funcionales y cognitivos o la asociación muy significativa entre el desempeño cognitivo y el desempeño funcional (Lifshitz et al., 2004).

La asociación entre las dos variables dependientes parece salir reforzada del análisis de regresión. Es decir, en ambos análisis, existen factores predictivos relacionados con la variable dependiente que se encuentra transformada en variable independiente. En el caso de la dependencia funcional, es el lenguaje (con la edad) que condiciona la puntuación en la escala MDA y en el estado cognitivo, es la visión y la higiene que condicionan los resultados del MMSE. Aunque expliquen siempre menos de la mitad de la variabilidad, y a nivel comparativo sea el diagnóstico menos "explicado" por las variables en estudio, estos resultados parecen ser congruentes, al remeter el desarrollo del lenguaje y la manutención de la capacidad visual (más comúnmente afectada que otros sentidos) para un menor deterioro funcional y cognitivo, respectivamente.

Las principales variables predictoras del desempeño en las escalas de evaluación, el lenguaje (en la dependencia funcional) y la higiene (en el estado cognitivo), no parecen alejarse mucho de las habilidades que se pueden desarrollar (en función del emprendimiento) y, asimismo, condicionar la dependencia funcional o el déficit cognitivo

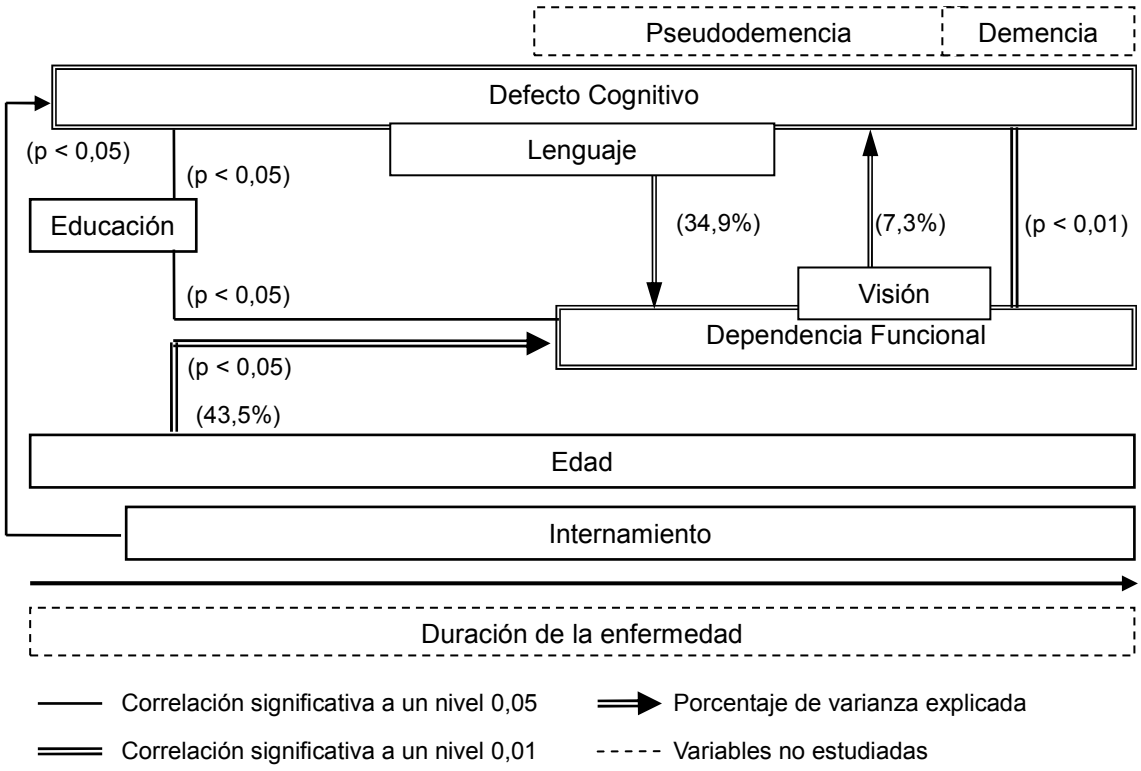
en la vejez. Pues, como hemos constatado anteriormente, en el retraso mental, mientras se identifican personas más seriamente afectadas, que experimentan demoras en el desarrollo de destrezas, como la movilidad, la imagen corporal, y el control de las funciones corporales, también existen situaciones en que el menor nivel de limitación permite que la persona aprenda y se desarrolle (eventualmente, tomando más tiempo) en otro tipo de competencias, como el hablar, el caminar y el cuidado personal (i.e. vestir o comer). Asimismo, creemos que los resultados del presente estudio vienen confirmar que el menor nivel de afectación del lenguaje y del cuidado personal conllevan un mejor funcionamiento funcional y cognitivo (o con "normalidad"), hasta la vejez.

De hecho, como sugiere la evidencia, las dificultades de comunicación y de lenguaje están, a partida, presentes en el diagnóstico de retraso mental (World Health Organization, 2000; World Heath Organization, 2001), y, en él, tienden a asumir un papel más limitador de la posibilidad de participación. Es decir, el lenguaje puede representar la mayor o menor dificultad de obtención del autoreporte del sujeto (que tiene gran importancia en la evaluación de personas no retrasadas y en la definición del apoyo necesario) y, asimismo, ser entendido como condicionante del desarrollo y de la manutención de la funcionalidad en personas con deficiencia mental, sobre todo, si se considera que la historia de vida de las personas mayores con retraso mental varía enormemente de persona para persona. En este caso, parece aún importante resaltar el rol del menor número de años de escolaridad en las habilidades cognoscitivas, una vez que, de acuerdo con la evidencia, se reconoce la importancia de las variables educacionales y culturales en el grado de dominio hemisférico para el lenguaje (Ardila et al., 1989; Bryden et al., 1993; Ardila, 2000).

En la presente muestra, la higiene, es la actividad funcional con mayor nivel de dependencia (i.e. carece de más ayuda) y hace parte de una dimensión que registra, en el estudio correlacional, una asociación muy significativa con el estado cognitivo. Así, es de esperar que la alteración en la función más afectada contribuya para las alteraciones en la cognición. Con respecto a la visión, creemos que es la conjunción del envejecimiento perceptivo (Fernández, 2007; Cacabelos, 2000) y de las características del propio diagnóstico (Lifshitz et al., 2004) que tornan esta dimensión en el principal factor predictivo del estado cognitivo. Es decir, el reconocimiento del déficit de naturaleza visual como causa importante de declino general en el funcionamiento de las actividades intelectuales es reforzada por dos aspectos relacionados con el diagnóstico de retraso mental en personas mayores: i) la evidencia que relata las alteraciones visuales como el problema de salud más común (un 33%) (Lifshitz et al., 2004) y ii) el hecho de los deterioros visuales se encuentran entre las elevadas tasas de condiciones tratables concurrentes, que pueden ser expresadas atípicamente y que pueden empeorar la

función mental o provocar reacciones atípicas similares a los síntomas de la demencia (World Health Organization, 2000; Novell et al., 2000). En el presente estudio, creemos que la importancia de estos dos aspectos es, aún, reforzada por la ya citada asociación estadísticamente significativa entre el aumento de la edad y el aumento de la dependencia funcional.

Figura 15 – Propuesta de modelo explicativo del curso de la cognición y de la funcionalidad, en sujetos con retraso mental



7.2.3. Enfermedad Mental (esquizofrenia y psicosis afectiva)

Con respecto a la esquizofrenia y a la psicosis afectiva, podemos constatar que en el estudio comparativo sólo se observan diferencias significativas en la media de los años de internamiento ($H1.3_1$). A este nivel, podemos decir que la diferencia es visible en las medianas de los años de internamiento, donde la esquizofrenia (26,7 años) casi triplica el tiempo de ingreso de la psicosis afectiva (9,1 años), pero también en las correlaciones entre variables, una vez que el mayor tiempo de internamiento surge asociado i) en la psicosis afectiva a un menor número de años de escolaridad y ii) en la esquizofrenia al aumento de la edad.

En relación a la esquizofrenia, creemos que la asociación entre el aumento de la edad y el aumento del tiempo de internamiento está relacionada con las propias características y con el curso discapacitante de la enfermedad.

Como hemos referido, la esquizofrenia es señalada como una importante causa de discapacidad, que se encuentra asociada a la persistencia de los síntomas y a un elevado número de años de vida ajustados por la incapacidad (DALY) (World Health Organization, 2008; Saraceno, 2005). Es decir, a pesar de las mejoras en las prácticas (combinadas) de intervención, la evidencia sugiere que no es posible reducir más de un 25% la carga de la enfermedad (Andrews et al., 2004 citado por Saha et al., 2005), lo que justifica la necesidad de una respuesta de "cuidados continuados", a nivel de la salud mental. En el presente estudio, el internamiento psiquiátrico y/o psicogeriátrico puede representar la respuesta continuada, pero con características vinculativas, una vez que parece ser la esperanza de vida a determinar el tiempo de institucionalización.

En la presente muestra, la continuación del internamiento en la vejez puede estar también relacionada con la necesidad incrementada de cuidados, inherente a la disminución de la capacidad cognitiva y funcional y el aumento de la edad (en la vejez), registrada en el estudio correlacional y en trabajos anteriores que reportan los déficit en la cognición y en el estado funcional entre los pacientes con más de 65 años y con patología de largo curso, sobre todo los que se encuentran institucionalizados (Klapow et al., 1997; Palmer et al., 1997), los que presentan historia de cuidados institucionales a largo plazo (Harvey et al., 2002) y los que se encuentran en centros psiquiátricos (Arnold et al., 1995; Harvey et al., 1997; Harvey et al., 1999).

De hecho, como hemos constatado, aunque un 25% (n=27) de los sujetos con esquizofrenia tenga ingresado en la vejez, cerca de la mitad de las mujeres mayores con esquizofrenia (un 44,8%; n=48) ingresó antes de los 50 años y después de los 20, lo que puede indicar que muchos sujetos han ingresado alrededor de la media de edad de incidencia de la enfermedad – 30 años (Albus et al., 1994 citados por (Mari et al., 2000). Así, parece claro que, mientras se reconoce un espectro distinto de internamiento, los resultados remeten para una condición de internamiento anterior a la vejez que se mantiene con el envejecimiento.

En este caso, es posible que, en el ámbito de la evaluación de las clasificaciones y de los grupos de diagnóstico, los sujetos más mayores con esquizofrenia se hayan visto también expuestos a una anterior inadecuación en la definición de los casos (Turner, 1972 citado por Ram et al., 1992), o a una falta de concordancia de diagnóstico (Cooper, 1978, citado por Ram et al., 1992), que haya creado condiciones desfavorables a un mejor entendimiento sobre la evolución (y los predictores) de la enfermedad (Ram et al., 1992), restringido, eventualmente, las opciones terapéuticas al internamiento.

Con respecto al grupo con psicosis afectiva, creemos que la edad mediana de internamiento (65,9 años) y el hecho de más de la mitad de los sujetos haber ingresado después de los 65 años (n=19), y muy pocos antes de los 50 años (un 14,3%; n= 5),

sugieren que los sujetos mayores con psicosis afectiva han sido expuestos, sobre todo, a un internamiento psicogeriátrico. Además, ayudan a interpretar los resultados de las comparaciones múltiples entre los grupos de diagnóstico, relativas a la media de años de ingreso: diferencias significativas con la esquizofrenia y ausencia de diferencias con demencia. Sin embargo, en el caso de la psicosis afectiva, la duración de la estancia queda solamente correlacionada con el nivel de escolaridad de los sujetos (y no con la edad y con el estado funcional, como se observa en la demencia).

Una de las hipótesis que se levanta, para la psicosis afectiva, es la de una influencia del nivel socioeducativo en el transcurso psicopatológico, que condiciona la "gestión" de la búsqueda de cuidados de salud mental (como el internamiento psiquiátrico o psicogeriátrico), y no una influencia (precoz) de la enfermedad sobre la escolaridad de los sujetos. Es decir, creemos que la asociación entre los años de escolaridad y el tiempo de internamiento puede ser justificado por la relación que el nivel socioeducativo tiene en la gestión de la terapéutica, que implica, por ejemplo, la adopción de múltiples fármacos (Kowatch et al., 2003), para controlar los cambios de estado de ánimo (Mondimore, 2003; Vieta et al., 1997). Pues, como hemos referido en el Marco Teórico, se considera consensual que la adecuada administración fármaco-terapéutico, en conjunto con medidas complementares y efectivas (como la psicoterapia o los grupos de apoyo, tanto para el paciente como para su familia), permiten la incorporación del individuo a la sociedad e impide las consecuencias, por veces devastadoras, que el trastorno puede traer (Mondimore, 2003; Pascual et al., 1997) – como el internamiento o la institucionalización indeseada.

También se puede presumir que el internamiento en edades avanzadas puede ser debido a un aparecimiento tardío de la propia enfermedad, pues, aunque existan pocos estudios sistemáticos sobre el inicio de los episodios maníacos en la vejez, algunos estudios sobre la población mayor con trastorno bipolar revelan que la edad media de incidencia de la perturbación afectiva se aproxima a los 50 años y que hay pocos pacientes indexados (i.e. con una primera identificación médica) o que han desarrollado su primer episodio maníaco antes de los 40 años. Algunos autores han inclusivamente reportando un 20% de primeras admisiones hospitalarias después de los 60 años de edad (Rasanen et al., 1998) y, repetidamente, el inicio del trastorno después de los 60 años (Stone, 1989; Pascual et al., 1997; Shulman et al., 1990; Pascual et al., 1997).

Esta situación pude también estar relacionada con el hecho de la conversión en bipolaridad, después de muchos años de depresión, y con la importancia de los factores cerebrales y orgánicos en la vejez (Shulman et al., 1999), pues, anteriormente, se ha de constatar que el primer episodio maníaco puede ocurrir cerca de los 60 años, muchas veces, en un largo período de tiempo después del primer episodio afectivo (y después de

episodios depresivos adicionales) y que el intervalo de tiempo entre la primera depresión y el establecimiento de la manía puede presentar, en cerca de mitad de los casos, una media de 15 años y, en un 25% de los casos, una media de 25 años, pudiendo llegar, inclusivamente, a los 47 años de latencia (Shulman & Post, 1980d).

No obstante, a pesar de registrarse algunas incongruencias relativamente a la prevalencia de pacientes mayores con trastorno bipolar en hospital y en la comunidad, existe evidencia que describe, en el medio comunitario, un punto alto en la adolescencia tardía o en jóvenes adultos (cerca de 1,5%), y un porcentaje muchísimo menor (cerca de un 0,1%) en las personas mayores (Shulman et al., 1999), lo que remete para un aumento del número de internamientos con el avance de la edad.

Además, algunos estudios mencionan un incremento de la prevalencia de síndromes cerebrales orgánicos y neurológicos asociado a un aumento de los ingresos por parte de los pacientes maniacos más mayores (Spicer et al., 1973; Eagles & Whalley, 1985 citados por Shulman et al., 1999).

En la presente muestra, aunque la variable tiempo de internamiento no se presente correlacionada con ninguna otra (como la cognición), es posible verificar una asociación estadísticamente significativa entre el aumento de los años de escolaridad y el mejor desempeño cognitivo. En este caso, se presume que los bajos niveles educacionales responsables por un peor desempeño cognitivo pueden reforzar las dificultades de gestión terapéutica (ya condicionadas por el bajo nivel de escolaridad) y, asimismo, incrementar la necesidad de internamiento psicogeriátrico (como se sugiere en los estudios anteriores). Sin embargo, en el presente caso, la educación puede solamente funcionar como un mecanismo protector de la cognición, pues, como hemos constatado, solamente las alteraciones emocionales y conductuales explican la varianza del desempeño cognitivo en sujetos con psicosis afectiva.

De hecho, tal como se ha referido en el Marco Teórico, en la psicosis afectiva, las alteraciones o perturbaciones emocionales y conductuales (muchas veces con graves cuadros de melancolía) son responsables por una elevada carga de discapacidad/deterioro a largo plazo (World Health Organization, 2008; Saraceno, 2005; Kelly-Hayes et al., 1992; Beltrán Aleu, 2004; Shulman et al., 1999), por el incremento de internamientos en la vejez (Spicer et al., 1973; Eagles & Whalley, 1985 citados por Shulman et al., 1999) o, aún, por el nivel del impacto que tienen en la funcionalidad - que a través de su regularidad y adecuación permiten, o no, ejecutar las Actividades de la Vida Diaria.

En realidad nuestros resultados predictivos indican que la estabilidad conductual influye en los resultados cognitivos, contribuyendo para un menor nivel de deterioro y discapacidad, sin embargo, algunos estudios anteriores reportan deterioro del

desempeño neuropsicológico mismo en los pacientes eutímicos (Zarate et al., 2000). Es decir, aunquen el presente estudio se sugiera un mejor desempeño cognitivo por parte de los sujetos asintomáticos o una posible y deseable estabilización/control emocional y conductual en medio hospitalario, también se debe esperar una persistencia de los déficit cognitivos entre los episodios afectivos.

Además, parece importante referir que aunque se reconozca la eficacia de los medicamentos antipsicóticos atípicos, en trastornos bipolares, con incremento de la función y con la mejoría de los síntomas afectivos (Zarate et al., 2000), la evidencia también sustenta que los pacientes con trastorno bipolar tienen una extensa prevalencia de disfunciones neuropsicológicas ligeras (Glahn et al., 2007), y que mismo los pacientes asintomáticos presentan resultados más bajos en algunas dimensiones cognitivas que las personas “saludables” (Glahn et al., 2007).

Con respecto a la vejez y al curso de la enfermedad, al mismo tiempo que se identifica la presencia de deterioro cerebral orgánico (Stone, 1989) y cognitivo (Broadhead et al., 1990) en algunos pacientes mayores con manía, la evidencia también parece apuntar en el sentido de un deterioro cognitivo proporcional al tiempo de vida con la enfermedad. Pues, como hemos comentado, algunos estudios reportan una relación significativamente negativa entre el tiempo que separa el primero episodio de ánimo y la evaluación de la función neuropsicológica, y los que no identifican esta asociación aparentan estar condicionados estadísticamente por el tamaño reducido de la muestra (menos de 27 sujetos) (Robinson et al., 2006).

En términos correlacionales, la influencia conductual en el estado cognitivo y la asociación de este con el nivel de dependencia, parecen estar próximas a la noción de autonomía funcional adoptada por la OMS (World Health Organization, 2002a), tanto para la definición de salud (World Health Organization, 1948) como para las clasificaciones de funcionalidad (European Commission, 2003; Arthanat et al., 2004). Es decir, las implicaciones de la enfermedad pueden privar a los sujetos, con psicosis afectiva y con déficit cognitivo, de elegir las reglas de su conducta y de sus actividades, de manera a que comprometen la capacidad percibida que tienen para controlar, manejar y decidir acerca de sus vidas, en una base diaria, de acuerdo con sus reglas y preferencias (World Health Organization, 2002a). En este caso, los cambios cognitivos, determinados por cuestiones afectivas previas, llevan a la pérdida de autonomía y un aumento del nivel de dependencia. Por otras palabras, podemos decir que las características conductuales de la enfermedad conllevan la dificultad, la imposibilidad o la interdicción del individuo en elegir las reglas de su conducta, la orientación de sus actos y el riesgo que se dispone a correr (Benhamou, 1997a), lo que condiciona el desempeño cognitivo y, posteriormente, la dependencia funcional.

Efectivamente, en el presente estudio, los datos revelan la presencia de déficit cognitivo y funcional, bien como una correlación muy significativa entre las dos variables, que van de encuentro con ideas más recientes, en las cuales se reconoce la discapacidad asociada a la psicosis afectiva (Dion et al., 1988 citado por Zarate et al., 2000) (Bearden et al., 2001 y Martinez-Aran et al., 2004, citado por Depp et al., 2008), y contrarían las ideas más antiguas de ausencia de déficit cognitivo y de aparente funcionamiento normal en pacientes con trastorno bipolar, defendida anteriormente por Kraepelin (Kraepelin, 1976 citado por Matinez-Aran et al., 2007).

En todo caso, desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, parece importante referir que, en la presente muestra, los resultados cognitivos son claramente favorables a la psicosis afectiva. Es decir, aunque el déficit cognitivo afecte un 75% de los sujetos con psicosis afectiva, en comparación con los demás grupos de diagnósticos, los valores medios el MMSE son los mejores (16 puntos mediana). Estos datos en conjunto con las diferencias (estadísticamente significativas) registradas en relación a la demencia, permiten aproximar nuestra investigación de la revisión de Shulman y Herrman (Shulman et al., 1999), sobre las diferencias neuro-psicológicas en la vejez de las personas con trastorno bipolar, en la cual se concluye que todos los estudios sobre la manía en la vejez reportan una elevada prevalencia de sujetos con disfunciones cognitivas, sin que tengan desarrollado demencias clínicamente significativas.

Sin embargo, y aunque se reconozca que no existen muchos reportes sobre la progresión a largo plazo de los déficit cognitivos en pacientes con trastorno bipolar, la revisión de algunos estudios de larga escala, realizada por Young y colaboradores (Young et al., 2006), sugiere que el riesgo de demencia se encuentra incrementado por el propio diagnóstico o por una anterior hospitalizados debida al diagnóstico (Kessing & Nilsson, 2003; Kessing & Andersen, 2004 citados por (Young et al., 2006). Además, como hemos visto, no siempre el proceso demencial se inicia con alteración cognitiva (World Health Organization, 2007) y las alteraciones del tipo emocional o del comportamiento pueden también ser reconocidas como uno de los primeros síntomas a través de los cuales la demencia se hace evidente. Como refiere Beltrán Aleu (Beltrán Aleu, 2004), cuando los síntomas afectivos acontecen antes de los síntomas comportamentales o cognitivos, el tiempo de evolución de la demencia es mayor (para una gravedad semejante en la enfermedad) y clínicamente, la demencia, es menos grave, menos marcada y con menores cambios neurodegenerativos.

En este caso, parece legítimo afirmar que en el análisis de los resultados, aunque remetan para un cuadro de deterioro leve o de pseudodemencia (y no para un cuadro de demencia), se levanta la hipótesis de existir una forma particular de desarrollo de la demencia en sujetos mayores con psicosis afectiva. Es decir, mismo contemplando una

localización a nivel de las pseudosdemencia, en términos diferenciales, aún quedaría por describir las características *major* del cuadro, tal como se encuentra hecho para la depresión o para la esquizofrenia (Beltrán Aleu, 2004).

A nivel del déficit cognitivo y de la dependencia funcional, tanto la esquizofrenia como la psicosis afectiva presentan una asociación muy significativa entre las dos variables ($p<0,001$). No obstante, mientras en la psicosis afectiva sólo se reconoce una asociación significativa entre la cognición y la escolaridad, en la esquizofrenia, la pérdida de la funcionalidad y la disminución de las habilidades cognitivas, también, se encuentran estadísticamente correlacionadas con el aumento de la edad y con el menor número de años de escolaridad.

En todo caso, en relación al estado funcional, el análisis de regresión revela que la memoria de fijación (subapartado del MMSE) es el único factor responsable por la variancia de los resultados de los dos grupos de diagnóstico en el MDA, aunque con porcentajes muy distintos (un 43,0% en la esquizofrenia y un 87,6% en la psicosis afectiva). La supremacía de la dimensión cognitiva encuentra algún eco en la evidencia, pues, la memoria es referida como una de las áreas en que el déficit es más severo y más común, tanto en pacientes con esquizofrenia (Saykin et al., 1991 citados por Harvey et al., 2002) como en pacientes con trastorno bipolar (American Psychiatric Association, 1994; Quraishi et al., 2002; Woods et al., 2008; Stone, 1989); Sin embargo, es más explícitamente para el diagnóstico de trastorno bipolar que la evidencia sugiere a la memoria como un buen predictor del funcionamiento psicosocial (Matinez-Aran et al., 2007) (Atre-Vaidya et al., 1998 citado por Zarate et al., 2000) o asociado al reducido funcionamiento social y vocacional (Martinez-Aran et al., 2004; Dickerson et al., 2004 citado por Glahn et al., 2007). En este caso, es posible conjeturar que el mayor aporte de evidencia, relativa a la importancia de la memoria en la funcionalidad de los individuos con trastorno bipolar, se encuentra de acuerdo con el elevado valor predictivo de la dimensión cognitiva.

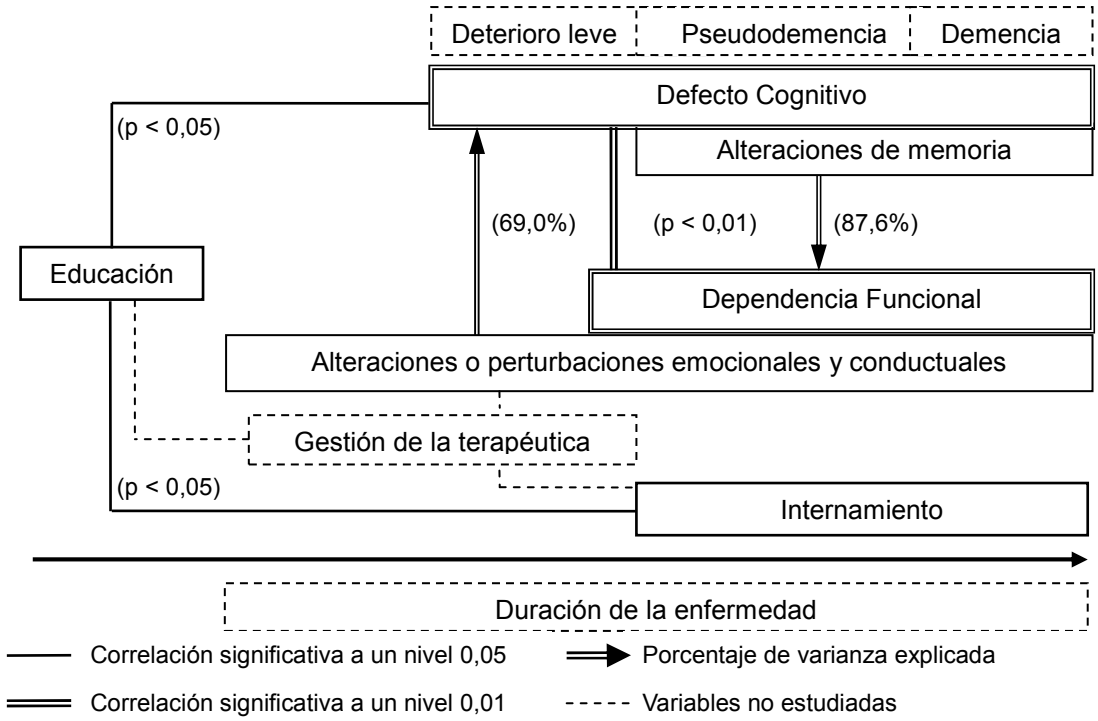
Retomando el tema del diagnóstico diferencial entre entidades psiquiátricas que cursan con deterioro cognitivo, podemos constar la inscripción de la psicosis afectiva en el grupo de las pseudosdemencias, también puede ser reforzada por las referidas alteraciones de memoria (fijación y de evocación), que según la evidencia resultan de cuadros afectivos, y de déficit de atención (Beltrán Aleu, 2004). Es decir, por un lado, tenemos los dos subapartados del MMSE más afectados: la memoria de evocación y la concentración y cálculo, que son “dimensiones clave” en el diagnóstico diferencial de las pseudodemencias depresivas, en pacientes de edad avanzada (i.e. resultantes de cuadros afectivos); por otro lado, observamos que la alteración de la memoria de fijación, común a la pseudodemencia y a la demencia, es responsable por el deterioro funcional.

Asimismo, creemos que, en sujetos con psicosis afectiva, la variabilidad en el estado cognitivo y en la memoria, resultante del curso de la patología y de los típicos episodios afectivos, es, no sólo determinante para la variabilidad de los resultados funcionales, como puede, aún, justificar el desarrollo de un cuadro típico de pseudodemencia.

Por otras palabras, y procurando ir un poco más lejos, podemos sugerir que las alteraciones de conducta y la memoria pueden representar, en la psicosis afectiva, “factores clave” para un posible transcurso cognitivo que va desde el deterioro leve hasta la demencia, pasando por la pseudodemencia. En la primera instancia, el pasaje a un cuadro de pseudodemencia dependería de alteraciones o perturbaciones emocionales (subapartado conducta), o de una conversión en bipolaridad después de cuadros de depresión, que llevan a alteraciones cognitivas, en particular: alteraciones en la memoria (fijación y evocación) y en la concentración y cálculo. Posteriormente, el pasaje a un cuadro de demencia, dependería de las alteraciones funcionales por empeoramiento de memoria fijación (por deterioro) y por el establecimiento de múltiples déficit cognitivos (Figura 16).

En todo caso, esta hipótesis parece hacer más sentido en un contexto con elevada prevalencia de sujetos mayores sin escolaridad y donde el déficit cognitivo puede ya existir por efecto de la educación y/o de la edad. En este caso, la evaluación de la dependencia funcional seria entendida como una mejor opción, o como una opción necesaria, al diagnóstico de la demencia.

Figura 16 – Propuesta de modelo explicativo del curso de la cognición y de la funcionalidad, en sujetos con psicosis afectiva



Con respecto a la cognición, la presente investigación viene a confirmar los resultados del estudio de Bartels y colaboradores (Bartels et al., 1997), que reportan, igualmente, la inexistencia de diferencias significativas entre las medias de resultados del MMSE de la esquizofrenia y de la psicosis afectiva.

Sin embargo, la evidencia sugiere también que una evaluación más completa permite identificar algunas diferencias cognitivas, entre los dos grupos de diagnóstico. En este caso, se destaca el mismo estudio de Bartels y colaboradores (Bartels et al., 1997), que registra diferencias moderadas en el Clinical Dementia Rating o el estudio de Goldeberg y colaboradores (Goldberg et al., 1993b), que a través del repaso de una batería de test neuropsicológicos permitió destacar los contrastes cognitivos en el deterioración intelectual, en los perfiles del deterioro y en las asociaciones entre el desempeño cognitivo y la psicopatología, con los pacientes con esquizofrenia a presentar un desempeño sistemático peor que los pacientes con trastorno bipolar.

Realmente, en nuestra investigación, los distintos análisis de los resultados también remeten para perfiles de desempeño cognitivo, asociados a cada una de las patologías. Situación que parece ser conciliadora a nivel cuantitativo y diferenciadora a nivel cualitativo. Es decir, por un lado no se registran diferencias significativas en las medias de los resultados globales de la escala de evaluación cognitiva; por otro, así

como el estudio descriptivo de las puntuaciones totales y parciales (subapartados del MMSE) remete para un “panorama” diferencial, también los análisis de correlación y de regresión observados tienden a diferenciar los perfiles cognitivos de las dos patologías crónicas. Pues, mientras en el grupo con psicosis afectiva el desempeño cognitivo es explicado por un factor único (como hemos ya discutido), en la esquizofrenia los resultados del MMSE son explicados por cuatro factores (escolaridad, higiene, movilización y edad), pero con un menor valor predictivo (un 64,9%) que el factor único de la psicosis afectiva (un 69,0%).

En el caso de la esquizofrenia, creemos que los factores predictivos son bastante congruentes con las correlaciones previamente observadas y con la evidencia, que menciona, a nivel global, la importancia tanto de las variables independientes: escolaridad y edad (Folstein et al., 1975; Guerreiro et al., 1994; Iavarone et al., 2007; Selkoe, 1992; Fernández, 2007; Fernández-Ballesteros et al., 2002; Zamarrón et al., 2002; Cacabelos, 2000; Zelinski et al., 1980; Jorm et al., 1998; Selkoe, 1992; Ott et al., 1995), como de la funcionalidad (Sauvaget et al., 2002; Arthanat et al., 2004; Sociedad Española de Psicogeriatría, 2005), que aquí se impone a través de los resultados de dos subapartados: la higiene y a la movilización.

Es cierto que la relevancia de estas dos tareas funcionales (representativas de las AVD), para el estado cognitivo, se aproxima bastante de la evidencia registrada en el estudio de la demencia. Es decir, la movilidad y la higiene hacen parte de las tareas más afectadas en la presente muestra de sujetos con diagnóstico de demencia y, según la evidencia, son tareas que se encuentran más frecuentemente asociadas a la demencia (i.e. más significativamente deterioradas) (Wilms et al., citado por Sauvaget et al., 2002). Sin embargo, como hemos observado en el estudio descriptivo, estas dos dimensiones presentan un nivel de dependencia más bajo (i.e. menos sujetos dependientes) y más próximo a la psicosis afectiva que a la demencia. Estos datos están de acuerdo con los resultados de las comparaciones múltiples, que revelan, a nivel de la funcionalidad, diferencias significativas con la demencia ($p = 0,000$), pero no con la psicosis afectiva, y confirman los resultados del estudio Bartels y colaboradores (Bartels et al., 1997) en lo cual se concluye que en actividades más básicas (AVD) los sujetos con esquizofrenia no registran un funcionamiento global peor que los pacientes con trastorno bipolar.

Además, en nuestro estudio, el perfil de la variancia explicada de los sujetos con demencia (en la puntuación del MMSE) es distinto del perfil cognitivo de los sujetos con esquizofrenia. Pues, en los sujetos con demencia, sólo existen dos factores predictivos: la visión y la educación, que explican en conjunto un 79,3% de la varianza. En este caso, la visión es la única dimensión funcional presente, y la que asume el mayor peso predictivo

(un 63,2%); la educación, por su lado, aunque también incorpore el modelo, surge en segundo plano y con menor peso explicativo (un 16,1%).

En nuestro entender, la presencia de la higiene y de la movilización entre los factores predictivos de la cognición, puede estar relacionada con el hecho de poder, ser también ellas, las dos dimensiones más afectadas por un nivel de deterioro cognitivo menos grave que la demencia (una vez que se reconoce una correlación estadísticamente muy significativa entre la funcionalidad y la cognición). Es decir, el menor nivel de dependencia en las dos actividades, registrado en la esquizofrenia, sugiere que el déficit cognitivo es aún insuficiente para alcanzar el criterio de demencia, y que cuando las actividades se encuentren más afectadas los sujetos con esquizofrenia podrán alcanzar esa condición, dejando la condición típica de pseudodemencia (Beltrán Aleu, 2004).

Con respecto a la educación, creemos que la variable asume particular interés por ser la única variable en estudio que no registra diferencias significativas entre los dos grupos de diagnóstico. No obstante, al explicar un 43,5% de la varianza de los resultados cognitivos (MMSE), la educación parece asumir un especial papel en la esquizofrenia, en la medida que las reservas cognitivas (reflejadas en años de educación) se pueden tornar decisivas para el “manejo” de la patología cerebral (Roe et al., 2007).

En todo caso, creemos que la comparación entre la esquizofrenia y la demencia a nivel del desempeño cognitivo, a pesar de las diferencias predictivas y de las diferencias muy significativas en las medias de resultados, aún carece de ser controlada por la edad. Pues, una vez que existen diferencias muy significativas entre los dos grupos de diagnóstico ($p = 0,000$) y que la edad se encuentra presente en el modelo predictivo de los resultados cognitivos de los sujetos con esquizofrenia, es de suponer que una submuestra más mayor, con medias de edad próximas a la submuestra de sujetos con demencia, pudiese alterar el modelo explicativo de la esquizofrenia. Además, como hemos constatado, la evidencia es consensual con respecto a la importancia de la edad en la cognición – “con el adelanto de la edad, existe una menor funcionalidad de los diferentes órganos y sistemas, con sus correspondientes repercusiones tanto físicas como psíquicas” (Beltrán Aleu, 2004).

Resistiendo a esta última hipótesis, se puede confirmar que el curso cognitivo en la enfermedad mental es claramente distinto del curso cognitivo en la demencia, en sujetos institucionalizados. Es decir, el estado cognitivo en la esquizofrenia es, en media, más elevado (mejor) y significativamente diferente de la demencia, pero más sensible a la educación, a las pérdidas funcionales en tareas de la vida diaria y al aumento de la edad.

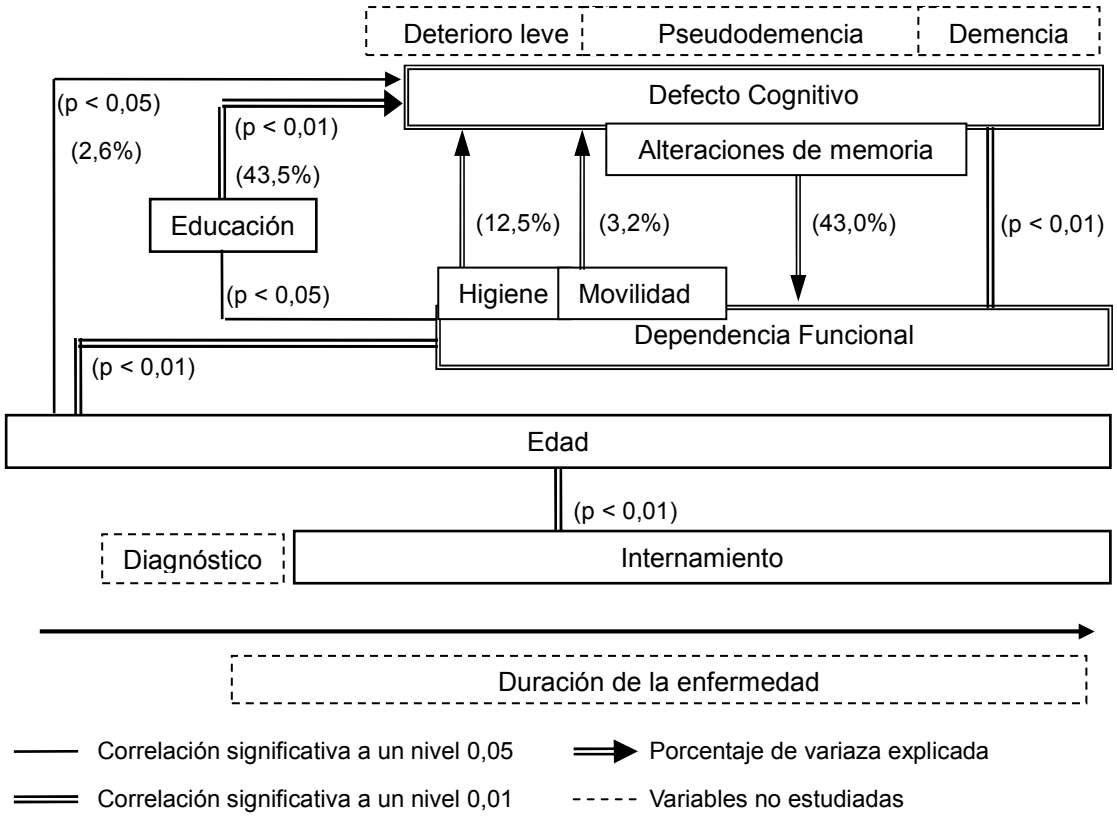
En comparación con otros estudios sobre la esquizofrenia en la vejez, se destaca el estudio longitudinal del grupo del “Mt. Sinai School of Medicine”, que, de igual modo,

refiere que el desempeño cognitivo no se explica por el tiempo de internamiento (Davidson et al., 1995).

El mismo estudio sugiere, aún, que el deterioro cognitivo se encuentra correlacionado con la severidad de los síntomas positivos y negativos, que varían con el curso de vida. Estos resultados van de encuentro con otros dos estudios que consideran poco probable que los resultados del MMSE refleja el nivel de funcionamiento cognitivo a la altura del primero surto (Davidson et al., 1995) (Davidson y Harvey, 1995 citados por Harvey et al., 2002). Esta hipótesis no parece ser, con todo, pasible de confirmar en la presente investigación, una vez que nuestra muestra presenta niveles bastante más bajos de educación (1 año de mediana) y una media de resultados cognitivos, proporcionalmente, más elevada (15 puntos). Es decir, contrariamente a la evidencia, en que la puntuación en el MMSE es razonablemente baja (9,6 y 20 puntos) para los niveles medios de educación encontrados (8 y 11 años), nuestros resultados no sugieren una alteración evidente después del primer surto.

Aunque también se insinúe que no existe declinación del funcionamiento cognitivo en los pacientes esquizofrénicos, a lo largo del tiempo (Goldberg et al., 1993a), hay que admitir que el profundo deterioro cognitivo y funcional que se observa en algunos sujetos mayores con esquizofrenia puede indicar que algún cambio ha ocurrido, en algún momento, después del primer episodio de la enfermedad. En todo caso, en la presente muestra, podemos suponer que el desempeño cognitivo puede haber beneficiado de un control y de una contención de la severidad de los síntomas positivos y negativos, promovidas por los propios cuidados de salud mental, eventualmente menos conseguidos en otros contextos.

Figura 17 – Propuesta de modelo explicativo del curso de la cognición y de la funcionalidad, en sujetos con esquizofrenia



Capítulo 8. Conclusión

En este trabajo hemos observado la importancia socio-demográfica que las personas mayores y, en particular, las mujeres con 65 y más años vienen asumiendo en el contexto de la salud mental. En este contexto, sobresale el hecho de que las personas mayores presentan un porcentaje significativo de la carga global de enfermedades (World Health Organization, 2008), en el cual se asiste a un progresivo aumento de la prevalencia de las enfermedades neuropsiquiátricas (Murray et al., 1995; World Health Organization, 2004a). Tales hechos nos permiten considerar el envejecimiento como uno de los más grandes desafíos a los que se verán expuestos todos los profesionales de salud mental.

Hemos constatado también que las enfermedades neuropsiquiátricas conducen a un importante porcentaje del total de años vividos con discapacidad ("*disability adjusted life years*") y son una de las causas más importantes para la carga global de la enfermedad ("global burden of disease)". En este sentido, la enfermedad mental de evolución prolongada o crónica, además del perjuicio individual, constituye uno de los más importantes problemas socioeconómicos y de salud pública.

Asimismo, se considera que existe una urgente necesidad de reformas adecuadas y de suficiente calado, que minimicen las principales consecuencias de las transiciones demográficas, donde se incluye el mayor compromiso del sistema sanitario.

Para enfrentar la dimensión del problema, hemos considerado fundamental el conocimiento, estructurado y actualizado, de la repercusión del envejecimiento sobre la salud mental individual (y el diagnóstico), que permita promocionar formas diferentes de acercamiento a las distintas enfermedades psiquiátricas que más afectan a los mayores, por parte de los profesionales de salud y diseñar políticas de prevención y asistencia, capaces de obtener por parte de los organismos y de las estructuras sanitarias respuestas diferenciadas.

Con respecto a la realidad portuguesa, el incremento de las enfermedades crónicas relacionadas con la edad viene a dar particular importancia a patologías como la demencia, pero también a las enfermedades mentales, como la perturbación bipolar o la esquizofrenia, que presentan elevados índices de prevalencia en las distintas modalidades de atención y que en conjunto corresponden a cerca de un cuarto de los años de vida ajustados por la incapacidad, relativos a las enfermedades neuropsiquiátricas (World Health Organization, 2003; World Health Organization, 2004a).

En Portugal, el hecho de asistir a una mayor prevalencia de mujeres que de hombres con más de 65 años, en todas las modalidades de atención psiquiátrica, y a un incremento significativo de la prevalencia de los cuidados psiquiátricos en la consulta y en la urgencia (un 12,6% y un 11,9%, respectivamente) para los cuidados en el internamiento (un 26,4%), han justificado la pertinencia de un abordaje centrado en la mujer mayor con patología mental crónica institucionalizada, en particular, en las instituciones religiosas que son quien más atiende a la población mayor institucionalizada (Bento, Carreira, & Heitor, 2003; Direcção-Geral da Saúde, 2005).

En lo que se refiere a las distintas enfermedades mentales y a la deficiencia mental, se ha tornado también claro que la consecuente discapacidad o la pérdida de capacidad funcional pueden conducir, en la mayoría de los casos, a una desventaja social o *handicap*. Pues, como primeros (o principales) usuarios de los sistemas de salud, las personas mayores con patología mental crónica tienen que enfrentar un conjunto vasto de tareas demasiado exigentes, como por ejemplo: tareas cognitivas que implican el aprendizaje de nuevas condiciones médicas, tomar decisiones sobre su estado de salud y acordar protocolos para el uso de medicinas o de dispositivos médicos. Al mismo tiempo, estos adultos más viejos viven alteraciones cognitivas relacionadas con la edad que afectan el procesamiento de las informaciones médicas, de los consentimientos informados o de los resultados obtenidos/esperados.

Sin embargo, mientras se reconoce que las personas con distintas discapacidades (funcionales y mentales) tienen necesidades comunes a las necesidades de todos los ciudadanos, hemos también fijado nuestra atención en las necesidades y características específicas para cada tipo de discapacidad/enfermedad. En este sentido, una buena evaluación del enfermo mayor con patología mental es la piedra angular del diagnóstico diferencial de las patologías que generan alteraciones en la funcionalidad y en la cognición del sujeto (y que pueden cursar con este tipo de defectos). Siendo el envejecimiento y la patología crónica (como la demencia, la deficiencia o la enfermedad mental), condiciones que contribuyen seriamente para la discapacidad física y mental, el incremento del conocimiento sobre las distintas patologías y el diagnóstico diferencial pueden evitar confundir, por ejemplo, la evolución de muchas enfermedades psicogeriátricas, con un tipo de demencia, pseudodemencia o estados de demencia en estado precoz. Además, se considera la función y la cognición como determinantes para el establecimiento de recursos asistenciales pertinentes para una atención de calidad a los pacientes (y a sus cuidadores).

Así, en el estudio de caracterización de pacientes mayores con diferentes tipos de patología psiquiátrica, hemos identificado las personas mayores que se encuentran

ingresadas en las instituciones que prestan cuidados de salud mental, bien como la distribución de las cuatro patologías de mayor prevalencia nacional: demencias, esquizofrenia, psicosis afectiva y retraso mental.

A través de la identificación de los sujetos y de la evaluación del estado cognitivo y del nivel de dependencia de los distintos grupos de individuos, hemos percibido en qué medida las variables socio demográficas (edad y años de escolaridad) y clínicas (diagnóstico y años de internamiento) influyen estas dos variables.

Con respecto a las diferentes variables en estudio hemos concluido lo siguiente:

Edad

- La media de edad de los sujetos con demencia es significativamente diferente de la media de edad de los demás grupos de diagnóstico, no existiendo diferencias entre estos;
- Solamente en sujetos con esquizofrenia la edad se correlaciona y predice el estado cognitivo;
- La edad presenta una asociación significativa con el estado funcional en sujetos con retraso mental y en sujetos con esquizofrenia;
- La asociación entre la edad y el estado funcional es más fuerte en la esquizofrenia que en el retraso mental;
- La edad sólo predice el estado funcional de sujetos con retraso mental;

Educación

- El nivel educacional medio de los sujetos con demencia no es significativamente diferente del nivel educacional medio de los sujetos con esquizofrenia y con psicosis afectiva;
- El nivel educacional medio de los sujetos con retraso mental o con psicosis afectiva no es significativamente diferente del nivel educacional medio de los sujetos con esquizofrenia;
- La educación se correlaciona con el estado cognitivo en los cuatro grupos de diagnóstico, pero sólo presenta una asociación muy significativa y predictiva del estado cognitivo en sujetos con demencia y en sujetos con esquizofrenia; En los sujetos con esquizofrenia, el valor predictivo de la educación en el estado cognitivo es casi tres veces superior al valor predictivo en sujetos con demencia;
- La educación se correlaciona con el estado funcional en la demencia y en el retraso mental;
- En ninguno de los grupos de diagnóstico la educación predice el estado funcional;

Internamiento

- El tiempo de internamiento medio de la demencia no es significativamente diferente del tiempo de internamiento medio de la psicosis afectiva;
- El tiempo de internamiento medio del retraso mental no es significativamente diferente del tiempo de internamiento medio de la esquizofrenia;
- El tiempo de internamiento está directamente correlacionado con el estado cognitivo de los sujetos con retraso mental;
- El tiempo de internamiento está inversamente correlacionado con el estado funcional de los sujetos con demencia;
- El tiempo de internamiento no predice los resultados cognitivos y funcionales (en todos los diagnósticos);

Variables dependientes

- En todos los grupos de diagnóstico existe una correlación muy significativa entre el estado cognitivo y el estado funcional;

Actividades funcionales

- Después de un periodo de dos años de internamiento, el nivel de dependencia medio de los sujetos internados en contexto psicogeriátrico es significativamente diferente, empeorando ante la primera evaluación;
- El nivel de dependencia medio de los sujetos con demencia es significativamente diferente del nivel de dependencia medio de los demás grupos de diagnósticos, que no presentan diferencias entre ellos;
- La pérdida de capacidades visuales predicen el estado cognitivo de los sujetos con demencia y de los sujetos con retraso mental; en los sujetos con demencia, el valor predictivo de las capacidades visuales en el estado cognitivo es casi el doble del valor predictivo en sujetos con retraso mental;
- La pérdida de capacidades para realizar la higiene predice el estado cognitivo de los sujetos con esquizofrenia y de los sujetos con retraso mental; en los sujetos con esquizofrenia, el valor predictivo de las capacidades para realizar la higiene en el estado cognitivo es cerca del doble del valor predictivo en sujetos con retraso mental;
- La pérdida de la capacidad de movilización predice el estado cognitivo de los sujetos con esquizofrenia;
- Las alteraciones o perturbaciones emocionales y conductuales predicen el estado cognitivo de los sujetos con psicosis afectiva;

Habilidades cognitivas

- Dos años después de una primera evaluación, el nivel cognitivo medio de los sujetos internados en contexto psicogeriátrico no es significativamente diferente;
- El nivel cognitivo medio de los sujetos con demencia es significativamente diferente del nivel cognitivo medio de los demás grupos de diagnóstico;
- El nivel cognitivo medio de los sujetos con retraso mental o con psicosis afectiva no es significativamente diferente del nivel cognitivo medio de los sujetos con esquizofrenia;
- Las alteraciones en la memoria de fijación predicen el estado funcional de los sujetos con psicosis afectiva, de los sujetos con esquizofrenia y de los sujetos con demencia;
- Las alteraciones en el lenguaje predicen el estado funcional de los sujetos con demencia y de los sujetos con retraso mental.

Creemos que estas conclusiones se traducen en conocimiento relevante que contribuye a fundamentar prácticas diferenciadas en la atención psicogeriátrica, sobre todo, en el ámbito de las patologías con mayor prevalencia en el internamiento psiquiátrico, en Portugal. Por otras palabras, los resultados de la presente investigación justifican que los enfermos, las familias y los servicios de atención al envejecimiento contemplen en la prestación de cuidados las especificidades de cada patología, en cada momento, disminuyendo la búsqueda indiscriminada de cuidados no diferenciados, y evitando los abordajes segregacionistas y estigmatizantes - tanto para los usuarios como para los profesionales.

En concreto, sugerimos que la demanda o la referenciación de los casos clínicos contemplen las distintas necesidades y competencias reales de las personas mayores, con distintas patologías mentales, de modo a contestar de forma eficaz a la nueva realidad social y demográfica. Para eso, es imprescindible adaptar los protocolos a cada caso particular, personalizando el significado de la enfermedad para esa persona concreta (humano único e irrepetible), con una historia de vida particular y una manifestación de la enfermedad específica, personal y subjetiva.

Con respecto a la intervención psicogeriátrica, resulta de vital importancia la colaboración y unificación de los criterios de cada uno de los integrantes del equipo interdisciplinar, así como la colaboración de la familia y de la propia persona mayor para lograr retardar el proceso de deterioro que conlleva a la pérdida funcional y cognitiva, bien como el empeoramiento general.

La experiencia práctica sugiere que en muchas ocasiones, y debido al esfuerzo que supone para los ancianos con patología mental la realización de sus actividades de la vida diaria, junto a una cultura tradicional de base asistencialista, algunos cuidadores (formales e informales) tienden a sobre proteger a los ancianos,(incluso de una manera "paternalista") substituyéndolos en sus tareas de la vida diaria. La dependencia y la pérdida de autonomía resultan, así, incrementadas, aunque de forma involuntaria. Por eso, es importante reforzar junto de los cuidadores el hecho de que una ayuda innecesaria favorece la pérdida de autonomía y, por tanto, contribuye al deterioro.

En todo caso, creemos que la valoración de capacidad funcional es fundamental en el proceso diagnóstico y de planificación de cuidados de cada paciente, puesto que va a ser el principal indicador del grado de independencia y autonomía de la persona con patología mental.

En términos prácticos, la valoración funcional debe centrarse en la identificación de la población psicogeriátrica en riesgo (o los más frágiles) y en el conocimiento adecuado de las necesidades y tipo de cuidados a dispensar en cada patología o a cada caso individual, a través, por ejemplo, i) del reconocimiento de las deficiencias físicas y funcionales (para poder planificar, si estas son reversibles, una rehabilitación adecuada), ii) de la valoración de la eficacia de las intervenciones realizadas o iii) del establecimiento de orientaciones en el pronóstico, con bases científicas que permitan una más adecuada intervención.

Es cierto que el perfil más habitual en el contexto psicogeriátrico es el de personas mayores con pérdida de capacidad funcional, física y psíquica, que carecen de apoyo familiar y social para permanecer en su entorno; es decir: personas que presentan dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria por distintos grados de dependencia y que, además, presentan un aislamiento considerable por dificultades relacionales y falta de apoyo social suficiente. En este sentido, consideramos que independientemente del diagnóstico y de la expresión cognitiva y funcional, se pueden adoptar líneas de orientación y prácticas consensuales, como las que se sugieren:

- Mejorar o mantener la capacidad cognitiva y funcional y prevenir el incremento del deterioro y de la dependencia, mediante programas integrados de rehabilitación;
- Recuperar y/o mantener el máximo grado de autonomía personal, para garantizar la participación de la persona mayor;
- Controlar y seguir terapéuticamente los trastornos psiquiátricos y otras enfermedades concomitantes;

- Proporcionar ayuda técnicas y humanas en las actividades de la vida diaria, siempre que sea necesario y que no puedan ser satisfechas de manera independiente;
- Ofrecer un marco adecuado, donde se puedan desarrollar relaciones y actividades gratificantes entre residentes, familiares y profesionales;
- Desarrollar programas, dirigidos y supervisados por profesionales especializados en la atención al mayor con algún grado de dependencia y/o deterioro.

Específicamente, ante todo paciente psicogeriátrico en que se constate la incapacidad para realizar actividades que previamente realizaba, sin que exista ningún factor aparentemente responsable de ello, se ha de proceder a una evaluación exhaustiva y urgente con el objetivo de diagnosticar las causas, su posible reversibilidad y prevenir y tratar las complicaciones lo más precozmente posible. Consecuentemente, la identificación de las causas tratables o modificables por parte del equipo cuidador servirá para elaborar unos objetivos y un plan de actuación, que incluirá un tratamiento clínico (cuando sea posible), la modificación de los factores ambientales (que, por ejemplo, dificultan la movilidad) y la valoración de la necesidad de tratamiento rehabilitador.

Con respecto a la esquizofrenia, el papel tan fundamental que puede jugar la promoción y mantenimiento de la movilidad puede también pasar, por ejemplo, por impedir que los cuidadores sobreprotejan el paciente esquizofrénico, haciendo por él las tareas más rápido, pero aumentando progresivamente el grado de dependencia hasta desembocar en un inmovilismo y, consecuentemente, en pérdidas cognitivas. Por ello, debemos estimularles a que los ancianos, y en particular los que padecen de esquizofrenia, se mantengan activos y realicen a su ritmo todo lo que puedan en las actividades de la vida diaria. En inmovilismos ya muy graves, cabe conseguir mejorías que, aunque sean muy discretas, pueden disminuir la incidencia y la gravedad de las complicaciones, y seguramente aumentar el bienestar del paciente y facilitar el trabajo a los cuidadores.

El deterioro de la movilidad es un problema serio que muchas veces no es tenido en cuenta como tal. El inmovilismo, siendo uno de los grandes síndromes, geriátricos y psicogeriátricos, merece ser más acordado por los profesionales. Así, consideramos que, paralelamente a los esfuerzos valorativos, hay que tomar medidas de manera a: i) incrementar las referencias en los libros de texto de geriatría y de psicogeriatría (y en la literatura internacional), ii) impedir que el tema pase inadvertido en los informes clínicos, y iii) sugerir que pase a figurar en la lista de los problemas y diagnósticos de los pacientes que lo sufren.

La higiene es otra de las actividades de la vida diaria que en el contexto psiquiátrico antes se ve afectada, cuando una persona, por la edad o por la patología, comienza a perder independencia, y que en la esquizofrenia también presenta un efecto predictor sobre las pérdidas cognitivas. Además, puede convertirse en una de las actividades que más ansiedad ocasiona a los cuidadores, sobre todo, si el paciente psicogeriátrico no colabora (hay que referir que el cuarto de baño es uno de los lugares con más riesgo de accidentes). Para facilitar esta tarea, se recuerdan algunas recomendaciones generales, como por ejemplo:

- Disminuir todas las posibilidades de caídas (utilizando elementos antideslizantes o asientos);
- Crear rutinas para el baño y siguiendo siempre un mismo horario;
- Explicar lo que se va hacer y los pasos que se van siguiendo (intentando que la persona haga lo máximo posible);
- Mantener la intimidad y respetar el pudor;
- Preparar con anterioridad los elementos necesarios (colocando asientos en el aseo, frente al lavabo, para lavarse las manos, dientes, cara, etc.);
- Y, sobre todo, mantener un ambiente tranquilo.

Específicamente para la población mayor con demencia, y con retraso mental, las estrategias se han de dirigir a diseñar programas de intervención, encaminados al aprendizaje de repertorios de habilidades necesarias para hacer frente de forma eficaz e independiente a la vida, en que se considera de utilidad medidas personales como la de coger los defectos sensoriales relacionados con la visión.

Una vez que la alteración visual en la vejez resulta, normalmente, de un trastorno en el que el individuo es incapaz de discriminar con claridad los objetos (i.e. producir una imagen nítida en la retina), y que este trastorno, sobre todo en la demencia, tiene un elevado peso predictivo a nivel de las pérdidas cognitivas, creemos que los distintos tipos de tratamiento - farmacológicos, quirúrgicos, utilización de lentes y entrenamiento visual (entrenamiento en discriminación o *feedback* de la acomodación) – pueden ser completados con otro tipo de actuaciones, cuyo objetivo sea impedir la aparición de esto tipo de alteraciones. En términos más concretos, reducir el agravamiento o el aparecimiento de nuevos casos, incidiendo positivamente sobre las variables que tienen relación con el desarrollo de los problemas visuales, en los tres niveles tradicionalmente considerados: cognitivo (aspectos informativos sobre la salud en general y su dependencia de nuestro comportamiento, y sobre la visión), fisiológico (control de la agudeza visual) y motor (postura, utilización de la iluminación).

Con respecto a la valoración del estado cognitivo o mental de la persona mayor, y de la persona mayor con patología mental en particular, es importante tener en cuenta

que ninguna escala, por sí sola, es capaz de realizar un diagnóstico preciso del deterioro, ni detectar necesariamente deterioros iniciales. Tal como hemos comentado, para poder aproximarnos con certeza a un diagnóstico, se debe hacer uso de un conjunto de escalas, así como de una valoración neuropsicológica más completa que la que hemos planteado en este estudio (con otras dimensiones).

Relativamente a la valoración cognitiva, hay aún que destacar el alto porcentaje de pacientes psicogeriátricos en el presente estudio que presentan déficit cognitivo, que tienen diagnósticos diferentes al de demencia y que en la mayoría de los casos pueden tener un tratamiento efectivo, si se considera el déficit real. Además, como se refirió en el marco teórico, existe un porcentaje nada despreciable de demencias reversibles, que tienen un tratamiento capaz de revertir, por lo menos parcialmente, al curso de la enfermedad.

En términos generales, la intervención en los síntomas cognitivos puede ayudar a mantener las funciones cognitivas, retardando la progresión del deterioro. Algunas de las terapias son, incluso, adecuadas a cualquier práctica asistencial, una vez que son de fácil manejo y aplicabilidad, por parte de todos los miembros del equipo interdisciplinar. A este propósito, destacamos las terapias de orientación a la realidad (durante 24 horas u orientación formal), las terapias de reminiscencias (estimulación de la memoria autobiográfica), las terapias cognitivas específicas para trabajar sobre aspectos concretos de actividades y capacidades mentales (talleres de memoria) o las técnicas de comunicación.

Nuestro trabajo ha identificado que la mayoría de los sujetos, en los cuatro grupos de diagnóstico, presenta deterioro cognitivo y algún nivel de dependencia, pero con una clara diferencia por parte del grupo de mujeres mayores con diagnóstico de demencia, en que los niveles se tornan más acentuados y generan situaciones más graves. No obstante, sabiendo que el diagnóstico contabilizado es el primer diagnóstico (o diagnóstico de entrada en la institución), podemos suponer o levantar la hipótesis, para trabajos futuros, de que algunos sujetos con otros diagnósticos que no la demencia también la pueden tener en una situación de comorbilidad.

Al final, entre los factores precipitantes y mantenedores de las distintas enfermedades mentales se pueden descubrir componentes ambientales, cognitivos, conductuales, fisiológicos. Por ejemplo, existe una variedad de condiciones que interfieren con la cognición y con la dependencia funcional, como los delirios, los problemas psiquiátricos, el aislamiento social o el bajo intelecto, y que pueden estar asociadas a los resultados más flacos en los tests cognitivos (Graham et al., 1997).

En este sentido, parece oportuno considerar un modelo de conductas de cuidado de la salud que tome en consideración eventos ambientales antecedentes,

comportamientos, antecedentes cognitivos y consecuencias o, aún, enunciar el efecto recíproco de los antecedentes ambientales, o cognitivos y conductuales sobre los aspectos funcionales o fisiológicos. Dada la importancia de estas cuestiones, en futuros trabajos seria interesante hacer referencia, por ejemplo, a la evaluación de variables conductuales, (al margen de las variables cognitivas y funcionales), como parte integrante de una evaluación completa del problema que presenta el individuo y además controlar a los factores ambientales y sociales que no han sido contemplados en la presente Tesis.

En una evaluación psicogeriátrica completa habría que tener en cuenta la expresión cognitiva de los síntomas, la medida de comportamientos, problemas específicos y las respuestas funcionales o fisiológicas, evaluadas de acuerdo con estrategias individualizadas. Además, no podemos olvidar que la frecuencia, intensidad y duración de las alteraciones cognitivas y funcionales también disminuyen, cuando llevamos a la práctica estrategias conductuales y emocionales para manejar las situaciones difíciles que se presentan en la relación de ayuda con el enfermo que padece de deficiencia o enfermedad mental crónica. En esto caso, hablamos de una valoración y de una intervención con mayor interés interdisciplinar, que puede funcionar a petición de los distintos servicios que acogen al paciente mayor con patología mental, y que puede seguir objetivos muy semejantes a los contemplados en el presente estudio:

- Mejorar la situación funcional, cognitiva y afectiva;
- Definir el riego de discapacidad y dependencia (o de su incremento);
- Articular las medidas de prevención adecuadas;
- Y prever los recursos necesarios;

Para una buena valoración es también necesaria una buena formación, donde se facilite la información y el aprendizaje de técnicas para el manejo de intervenciones problemáticas y se ayude a los profesionales a enfrentarse a la exigente tarea del cuidado diario. Pues, el cuidado de los pacientes con deterioro cognitivo y alteraciones del comportamiento supone la gestión de las complicaciones que surgen por deterioro físico y mental, pero cada vez más los imperativos éticos hacen reflexionar sobre cómo dar un mejor trato humano y de calidad a estos pacientes, con todas sus dimensiones, como personas afectadas.

En este sentido, estamos convencidos que este trabajo presenta contribuciones para que los diseños y la organización de las tareas de los profesionales de los equipos de trabajo, pasen a contemplar informaciones diferenciadas i) que garanticen la creación de protocolos y planes de acción psicogeriátrica, ii) que den respuesta a las dificultades que surgen en el desempeño de las labores de atención a los pacientes mayores con patología mental y iii) que beneficien los principios éticos y las premisas de comportamiento a nivel asistencial.

Parece aún importante referir que la expresión de la patología psiquiátrica crónica y de la longevidad, añadido de las potenciales intervenciones y soluciones, pueden demostrar diferencias considerables al nivel del tipo de prestación de cuidados de salud mental a las personas mayores, tanto en las prácticas como en los recursos utilizados. Pues, en algunos casos, las tentativas para mejorar la afectación de recursos pueden, inclusivamente, surtir efectos negativos y discriminatorios. Resaltamos, por ejemplo, los modelos de gestión institucional que han favorecido la rentabilización y la producción, analizada en función del número de actos practicados, y que han contribuido, en una larga mayoría de los casos, para una desvalorización de las ganancias/beneficios en salud.

De esta forma, se pone clara la importancia de identificar cuáles son las buenas y las malas medidas a administrar. Sabiendo a priori que las buenas políticas de salud pública son las que resultan en procesos benéficos y eficientes (respondiendo a las necesidades de los ciudadanos) y que las malas políticas, contrariamente, pueden achacar procesos que provocan discapacidades y que a su vez, incrementan las necesidades de las personas mayores con repercusiones en el aislamiento y en la dependencia.

Entre los tópicos que siempre siguen en abierto, dentro de este ámbito de las políticas de salud y envejecimiento, se encuentran los conceptos acerca de la causalidad de la enfermedad (física y mental), las creencias sobre la hospitalización y el tratamiento, el locus de control sobre la salud, así como sobre las alternativas teóricas y metodológicas, por ejemplo, para la (des)medicalización y para el bienestar (Centro de Humanización de la Salud, 2008).

En el seguimiento de lo que hemos visto, en el contexto de la salud mental, las buenas políticas de apoyo al envejecimiento pueden claramente pasar por un incremento de la educación, que tenga como objetivo ayudar a las personas a construir modelos adecuados de la realidad de manera a promover la salud mental y a reducir la dependencia y el deterioro cognitivo. Además la educación tiene influencia en otras dimensiones importantes, como la condición social y el rendimiento que, por su lado, también pueden condicionar el transcurso de la enfermedad. Para el paciente con patología mental, la comprensión de la propia enfermedad puede influir en el estado emocional, en las estrategias de afrontamiento, en el seguimiento del tratamiento e, incluso, en la recuperación de pérdidas o de episodios agudos.

De hecho, la implementación de programas adaptados al desarrollo cognitivo-evolutivo de los sujetos (la comprensión lógica) puede ayudar a los pacientes a adquirir las habilidades que les permitan tomar decisiones responsables e informadas y ayudar al personal sanitario en sus esfuerzos por reducir la ansiedad y el miedo de los sujetos,

aumentando consecuentemente el grado de adherencia. Con otras palabras, se aumenta la empatía, se facilita la explicación tanto de la enfermedad como de los procedimientos médicos y, finalmente, se previne con eficacia las respuestas negativas asociadas con la institucionalización de los sujetos. Sin embargo, muchas veces se suele prescindir de las ideas a cerca de la realidad que los sujetos elaboran a través de su experiencia personal y su interacción con el entorno social. Esta realidad deberá ser alterada.

En todo caso, cualquier programa carece de información congruente, adaptada y complementaria, sobre todo en los estados iniciales (lo que no es frecuente), con el fin de:

- Minimizar el estrés y las conductas anómalas;
- Proporcionar seguridad y aumentar la autonomía del paciente, mejorando así la imagen personal, la autoestima y la motivación;
- Evitar la desconexión de la persona con su entorno, potenciando las relaciones sociales y "ambientales";

Para eso, en el contexto institucional, pero también a un nivel más amplio del contexto del sistema de salud, se propone la promoción de una práctica continua de recogida, registro y sistematización de toda la información necesaria y la implementación de sistemas de información que faciliten compartir el conocimiento más actualizado sobre la situación del paciente, entre todos los cuidadores formales e informales.

Por último, registramos la importancia del incremento de la investigación en psicogeriatría basada en un abordaje multimodal y en un tipo de aproximación que se apoya menos en la identificación de síndromes discretos y coloca un mayor enfoque en los planos de atención multidimensional que procuran minimizar la discapacidad cognitiva y funcional, y, así, mejorar la calidad de vida. En una filosofía de investigación-acción los resultados de los estudios realizados deberán conducir a propuestas de alteración de la práctica (como las que aquí presentamos) y a eventuales nuevos programas, los cuales deben ser evaluados de modo a favorecer datos para investigaciones futuras.

8.1. Nota final

En esta tesis hemos querido compartir el conocimiento que es fruto de lo que hemos estudiado y observado en el trabajo diario con estos pacientes, pero también de una profunda inquietud que nos mueve a dar significado y esperanza frente a experiencias de fragilidad y limitación.

El contacto con una etapa tan vulnerable como la vejez psicopatológica carece no sólo de la necesaria adaptación a una realidad cada vez más extendida y frecuente,

como también del aporte de una visión integral e integradora de cuidados y tratamientos interdisciplinares.

Asimismo, esta tesis no pretende ser solamente un instrumento teórico, y lejano a la realidad asistencial de los profesionales de psicogeriatría, sino más bien una herramienta de estudio y reflexión para la práctica y con utilidad en la vida diaria.

Se han detectado puntos críticos que merecen un abordaje más profundo y concreto y otros que son susceptibles de mejora y renovación. Constatamos, por eso, la necesidad de continuar avanzando en el desarrollo y perfeccionamiento de los modelos que aquí se exponen, como la una única forma de mejorar los servicios profesionales a los mayores y de garantizar una respuesta más cercana y adecuada a este colectivo de personas, por parte de los diferentes profesionales que les asisten. Pues, la práctica diaria con las personas mayores es fuente continua de confrontación y reciclaje profesional, y nunca como ahora fue de tanta importancia la formación de todos los que se dedican a las personas mayores.

Para el futuro esperamos haber contribuido para una atención diferencial a personas mayores en contextos institucionales. Al final, no podemos dejar de ambicionar que nuestras aportaciones ayuden a facilitar el acceso al diagnóstico y terapéuticas, detectar precozmente el riego de institucionalización u hospitalización prolongada, valorar el tratamiento psicogeriátrico (clínicamente complejo) y la factibilidad de los objetivos, realizar una valoración integral, promover medidas de rehabilitación (precoces), disminuir el encamamiento prolongado, racionalizar el consumo de fármacos y ubicar adecuadamente los recursos sanitarios, contribuir para la formación de los cuidadores formales e informales, y facilitar la coordinación intra y extra hospitalaria..

Referencias Bibliográficas

Distribuição dos Equipamentos Sociais por Concelho (2009). Portal do Governo dos Açores [On-line]. Available: http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/srtss-drsss/livres/Equipamentos+Concelho+ABC.htm

Aguero-Torres, H., Fratiglioni, L., Viitanen, M., Strauss, E., & Winblad, B. (1998). Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-year follow-up data from a population-based study. American Journal of Public Health, 88, 1452-1456.

Akiskal, H. S. & Pinto, O. (1999). The Evolving Bipolar Spectrum: Prototypes I, II, III, and IV. Psychiatric clinics of North America, 22, 517-534.

Aleu, P. B. (2004). Diagnostico diferencial entre demencias y pseudodemencias o deterioro cneurocognoscitivo leve y relacionado con la edad. Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 4, 215-225.

Allaire, J., Gamaldo, A., Ayotte, B. J., Sims, R., & Whitfield, K. (2009). Mild Cognitive Impairment and Objective Instrumental Everyday Functioning: The everyday Cognition Battery Memory Test. Jounal of the American Geriatrics Society, 57, 120-125.

Alvarez, G. (1983). Effects of material deprivation on neurological functioning. Social Science and Medicine, 17, 1097-1105.

Alzheimer Europe (2006). The population of people with dementia in Europe. http://www.dementia-in-europe.eu/?lm2=OWQAUJKRXAEZ [On-line]. Available: http://www.dementia-in-europe.eu/?lm2=OWQAUJKRXAEZ

Alzheimer's Disease Education & Referral Center (2008). Alzheimer's Disease: Fact Sheet. National Institute on Aging [On-line]. Available: http://www.nia.nih.gov/Alzheimers/Publications/adfact.htm

American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mentaldisorders,3th edition (DSM-III). (Third Edition ed.) Washington D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and statistical manual of mentaldisorders,3th edition - Revised (DSM-III-R). (Third Edition ed.) Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mentaldisorders,4th edition (DSM-IV). (Third Edition ed.) Washington: American Psychiatric Association.

Andreasen, N. C. & Carpenter, W. T., Jr. (1993). Diagnosis and Classification of Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 19, 199-214.

Angst, J. (1978). The course of affective disorders. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 226, 57-64.

Angst, J., Gamma, A., & Lewinsohn, P. (2002). The evolving epidemiology of bipolar disorder. Journal of the World Psychiatriy Association, 1, 146-148.

Angulo, J. V. & Jiménez, A. M. (2000). Sociodemografía. In R.Fernández-Ballesteros (Ed.), Gerontología Social (pp. 55-76). Madrid: Ediciones Pirámide.

Ardila, A. (2000). Evaluación cognoscitiva en analfabetos. Revista de Neurología, 30, 465-468.

Ardila, A., Ardila, O., Bryden, M. P., Ostrosky, F., Rosselli, M., & Steenhuis, R. (1989). Effects of cultural background and education on handedness. Neuropsychologia, 27, 893-898.

Arnold, S. E., Gur, R. E., Shapiro, R. M., & et al. (1995). Prospective clinicopathological studies of schizophrenia: Accrual and assessment of patients. American Journal of Psychiatry, 152, 737.

Arthanat, S., Nochajski, S. M., & Stone, J. (2004). The international classification of functioning, disability and health and its application to cognitive disorders. Disability and Rehabilitation, 26, 235-245.

Aylward, E. H., Burt, D. B., Thorpe, L. U., Lai, F., & Dalton, A. J. (1996). Diagnosis of dementia in Individuals with Intellectual Disability. Journal of Intellectual Disability Research, 41, 152-164.

Aylward, E. H., Roberts-Twillie, J. V., Barta, P. E., Kumar, A. J., Harris, G. J., Geer, M. et al. (1994). Basal ganglia volumes and white matter hyperintensities in patients with bipolar disorder. American Journal of Psychiatry, 151, 687-693.

Bachman, D., Wolf, P. A., Linn, R., Knoefel, J. E., Cobb, J. L., Belanger, A. et al. (1992d). Prevalence of dementia and probable senil dementia of the Alzheimer type in the Framingham Study. Neurology, 42, 115-119.

Badenhorst, L. (2006). Dementia: End-of-life care.

Ballone, G. B. (2002). O Uso de Medicamentos em Idosos e Iatrogenia. PsiqWeb .

Ballone, G. B. (2005). Demências. PsiqWeb .

Baltes, M. M. (1987). Theoretical propositions of lifespan developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. Developmental Psychology, 23, 611-626.

Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Successful Aging: Perspectives from the Behavioural Sciences. (European Science Foundation ed.).

Baltes, P. B. & Shaie, K. W. (1976). On the plasticity of intelligence in adulthood and old age. American Psychologist, 10, 720-725.

Bandin, C. and Lora, M. E. (2008). Un abordaje desde el psicanálisis sobre el déficit mental. AJayu, VI.

Bartels, S. J., Moak, G. S., & Dums, A. R. (2002). Mental Health Services in Nursing Homes: Models of Mental Health Services in Nursing Homes: A Review of the Literature. Psychiatric Services, 53, 1390-1396.

Bartels, S. J., Mueser, K. T., & Miles, K. M. (1997). A comparative study of elderly patients with schizophrenia and bipolar disorder in nursing homes and the community. Schizophrenia Research, 27, 181-190.

Bassett, S. S. & Folstein, M. F. (1991). Cognitive impairment and functional disability in the absence of psychiatric diagnosis. Psychological Medicine, 21, 77-84.

Bazo, M. T. (1998). Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. Papers: Revista de Sociología, 56, 143-161.

Beange, H., McElduff, A., & Backer, W. (1995). Medical disorders of adults with mental retardation: A population study. American Journal of Mental Retardation, 99, 595-604.

Beland, F. & Zunzunegui, M. V. (1995). La salud y las incapacidades funcionales.Elaboración de un modelo causal. Revista de Gerontologia, 5, 259-273.

Belsky, J. (1996). Psicología del envejecimiento. Barcelona (España): Masson.

Beltrán Aleu, P. B. (2004). Diagnostico diferencial entre demencias y pseudodemencias o deterioro cneurocognoscitivo leve y relacionado con la edad. Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 4, 215-225.

Benhamou, R. (1997b). Evaluer la dépendance des personnes âgées: proposition d'une échelle d'evaluation rapide et globale. Revue du Praticien-Médecine Générale, 394.

Benhamou, R. (1997a). Avaliar a dependência dos idosos: proposta de uma escala de avaliação global. 1-7.

Bento, A., Carreira, M., and Heitor, M. J. (2003). Censo Psiquiátrico de 2001. Síntese dos Resultados Preliminares. Saúde em Números, 16, 12.

Bickel, H. & Cooper, B. (1994). Incidence and relative risk of dementia in an urban elderly population: findings of a prospective field study. Psychological Medicine 24, 179-192.

Blazer, D. G. & Koenig, H. G. (1999). Psiquiatria Geriátrica. (2 ed.) Porto Alegre: Artes Médicas.

Boada, M. & Tárraga, L. (2000). La enfermedad de alzheimer y otras demencias y su tratamiento integral. In R.Fernández-Ballesteros (Ed.), Gerontología Social (pp. 547-579). Madrid: Ediciones Pirámide.

Bonaiuto, S., Rocca, W. A., Lippi, A., Luciani, P., Turtu, F., & Cavarzeran, F. (2008). Impact of education and occupation on the prevalence of Alzheimer's disease (AD) and multiinfarct dementia (MID) in Appigano. Neurology, 40 (suppl 1), 346-347.

Botelho, M. A. (1999b). Autonomia funcional em idosos. Lisboa.

Boult, C., Kane, R. L., Louis, T. A., Boult, L., & McCaffrey, D. (1994). Chronic conditions that lead to functional limitation in the elderly. Jornal of Gerontology, 49, 28-36.

Braff, D. L., Heaton, R., Kuck, J., Cullum, M., Moranville, J., Grant, I. et al. (1991). The generalized pattern of neuropsychological deficits in outpatients with chronic schizophrenia with heterogenous Wisconsin Card Sorting Test results. Archives of General Psychiatry, 48, 891-898.

Branco, M. J., Nogueira, P. J., & Dias, C. M. (2001). MOCECOS: uma observação dos cidadãos idosos en el princípio do século XXI Lisboa: Observatório Nacional de Saúde.

Broadhead, J. & Jacoby, R. (1990). Mania in old age: A First Prospective Study. International Journal of Geriatric Psychiatry, 5, 215-222.

Bryden, M. P., Ardila, A., & Ardila, O. (1993). Handedness in native Amazonians. Neuropsychologia, 31, 301-308.

Buñuel, L. (1982). O Meu Último Suspiro. Lisboa.

Burt, D. B., Primeaux-Hart, S., Loveland, K. A., Cleveland, L. A., Lewis, K. R., Lesser, J. et al. (2005). Aging in Adults With Intellectual Disabilities. American Journal of Mental Retardation, 110 (nº4), 268-284.

Busse, E. W. & Blazer, D. G. (1999). Psiquiatria Geriátrica. Porto Alegre: Atres Médicas Sul.

Cacabelos, R. (2000). Bases biológicas del envejecimiento cerebral. In R.Fernández-Ballesteros (Ed.), Gerontología Social (pp. 105-151). Madrid: Ediciones Pirámide.

Câmara Municipal de Ponta Delgada (2008). Carta Social 2008-2009.

Cantera, I. R. (2000). Escalas de valoración en contextos geriátricos. In R.Fernández-Ballesteros (Ed.), Gerontología Social (pp. 383-399). Madrid: Ediciones Pirámide.

Casado, J. M. R. (2002). Envejecimiento cerebral. In J.M.R.Casado & P. G. Gregorio (Eds.), Función Mental y Envejecimiento XVIII (Editores Medicos ed., pp. 11-24). Madrid.

Casado, J. M. R. & Gregorio, P. G. (2002). Función Mental y Envejecimiento. (Editores Medicos ed.) (vols. XVIII) Madrid.

Centro de Humanización de la Salud (2008). Manual de Especialización para Gerocultores y Auxiliares Geriátricos: Síndromes geriátricos. (2ª Edición ed.) Madrid: Cáritas Española.

Charazac, P. (2004). Introdução aos cuiadados gerontopsiquiátricos. Lisboa: Climepsi editores.

Chávez, M. G. (2007). La transformación de la asistencia psiquiátrica. (Editorial Mayoria ed.) Madrid.

Cobb, J. L., Wolf, P. A., Au, R., White, R., & D'Agostino, R. B. (1995). The effect of education on the incidence of dementia and Alzheimer's disease in the Framingham Study. Neurology, 45, 1707-1712.

Cohen, G. (1990). Psychopathology and Menthal Health in the Mature and Elderly Adúlt. In James Birren (Ed.), Handbook of The Psychology of Aging (Academic Press ed., San Diego, California.

Collacott, R. A. (1992). The effect of age and residential placement on adaptive behavior of adults with Down etiology. British Journal of Psychiatry, 61, 675-679.

Comissão Para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). Proposta de Plano de Acção para a Restruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016 Lisboa: Ministério da Saúde.

Comissão Provincial para a Estratégia Assistencial. (2008). Inquerito sobre a situação assistencial. Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Consejo de Redacción (1998). Emil Kraepelin y la locura maníaco-depresiva. Asociación Española de Neuropsiquiatía, 65, 83-86.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 - Resumo Executivo Lisboa.

Craddock, N. & Jones, I. (1999). Genetics of bipolar disorder. Journal of Medical Genetics, 36, 585-594.

Craik, F. I. M. (1977). Age differences in human memory. In J.E.Birren & K. W. Schaie (Eds.), Handbook of the psychology of aging (New York: Van Nostrand Reinhold.

Cravioto, J. & Nutricin, A. R. (1982). Desarrollo mental, conducta y aprendizaje Mexico D.F..

Criado-Alvarez, J. J., Domper Tornil, J. A., & Rosa Rodriguez, G. d. l. (2000). Estimación de la prevalencia de trastornos bipolares tipo I en España a través del consumo de carbonato de litio (1996-1998). Revista Española de Salud Pública, 74, 00.

Crow, T. J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? British Medical Journal, 280, 66-68.

Cumming, E. & Henry, E. G. (1961). Growing old: process of disengagement. New York: Basic Press.

Dalgard, O. S., Mykletun, A., Rognerud, M., Johansen, R., & Zahl, P. H. (2007). Education, sense of mastery and mental health: results from a nation wide health monitoring study in Norway. BMC Psychiatry, 7, 1-9.

Davidson, M., Harvey, P. D., Powchik, P., Parrella, M., White, L., Knobler, H. Y. et al. (1995). Severity of symptoms in geriatric chronic schizophrenic patients. American Journal of Psychiatry, 152, 197-207.

Davison, K. (1983). Schizophrenia-like psychoses associated with organic cerebral disorders: a review. Psychiatric Developments, 1, 1-34.

De Ronchi, D., Fratiglioni, L., Rucci, P., Graziani, S., & Dalmonte, E. (1998). The effect of education on dementia occurrence in an Italian population with middle to high socioeconomic status. Neurology, 50, 1231-1238.

Depp, C. A., Moore, D. J., Sitzer, D., Palmer, B. W., Eyler, L. T., Roesch, S. et al. (2007). Neurocognitive impairment in middle-aged and older adults with bipolar disorder: Comparison to schizophrenia and normal comparison subjects. Journal of Affective Disorders, 101, 201-209.

Depp, C. A., Savla, G. N., Moore, D. J., Palmer, B. W., Stricker, J. L., Lebowitz, B. D. et al. (2008). Short-Term Course of Neuropsychological Abilities in Middle-Aged and Older Adults with Bipolar Disorder. Bipolar Disorders, 10, 684-690.

Detterman, D. K. & Spry, K. M. (1993). A cross-sectional study of aging in Down syndrome:Some cognitive measures are more affected than others. In Gatlinburg Conference on Research and Theory in Mental Retardation and Theory in Mental Retardation and developmental Disabilities.

Dhingra, U. & Rabins, P. V. (1991). Mania in the elderly: a 5-7 year follow-up. Jounal of the American Geriatrics Society, 39, 581-583.

Dias Cordeiro, J. C. (2005). Manual de Psiquiatria Clínica. (Fundação Calouste Gulbenkian ed.) Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde (2005). Psiquiatria e saúde mental das pessoas idosas Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde. (2003). Inquérito sobre Articulação dos Serviços de Saúde Mental com os Cuidados de Saúde Primários. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde (2004). Elementos Estatísticos. Informação Geral: Saúde 2001 Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Directorate General Health and Consumer Protection (2008). European Commission: European Collaboration on Dementia (EuroCoDe). Alzheimer Europe [On-line]. Available: http://www.alzheimer-europe.org/?lm2=511D4A325936

Dufouil, C., Clayton, D., Brayne, C., Chi, L. Y., Dening, T. R., Paykel, E. S. et al. (2000). Population norms for the MMSE in the very old: Estimates based on longitudinal data. Neurology, 55, 1609-1613.

Ebrahim, S. (1999). Disability in older people: a mass problem requiring mass solutions. Lancet, 353, 1990-1992.

Elkis, H. (2000). A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. Revista Brasileira de Psiquiatria, 22, 23-26.

European Commission (2003). Feasibility Study - Comparable Statistics in the Area of Care of Dependent Adults in the European Union Luxembourg.

Evenhuis, H., Henderson, C. M., Beange, H., Lennox, N., & Chicoine, B. (2000). Healthy ageing adults with intellectual disabilities. Physical health issues Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Evenhuis, H., Theunissen, M., Denkers, I., Verschuure, H., & Kemme, H. (2001). Prevalence of visual and hearing impairment in a Ducth institutionalized populçation with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research, 45, 457-474.

Eysenck, M. W. & Keane, M. T. (1994). Psicologia Cognitiva: um manual introdutório. In (Artes Médicas ed., Porto Alegre.

Fabrigoule, C., Letenneur, L., Dartigues, J. F., & et al. (1995). Social and leisure activities and risk of dementia: a prospective longitudinal study. Jounal of the American Geriatrics Society, 43 (5), 485-490.

Feldman, H. & Gracon, S. (1996). Alzheimer's disease: symptomatic drugs under development. In S.Gauthier (Ed.), Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease (pp. 239-259). London: Martin Dunita Ltd.

Fernández, R. (2007). El proceso de envejecimiento y la intervención social. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, 4, 57-75.

Fernández-Ballesteros, R. (1986). Hacia una vejez competente: un desafío a la ciencia y a la sociedad. In A.Marchesi, M. Carretero, & J. Palacios (Eds.), Psicología Evolutiva III (Alianza Universidad ed., Madrid.

Fernández-Ballesteros, R. (1998). Psicogerontología: una rama de la gerontología. Revista Multidisciplinar de Gerontología, 8, 199-200.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontologia social. Una introducción. In R.Fernández-Ballesteros (Ed.), Gerontología Social (pp. 31-54). Madrid: Ediciones Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (1996). Psicologia del envejecimiento: crecimiento y declive.

Fernández-Ballesteros, R. (2003). Encyclopedia of Psychological Assessment. (vols. 1) London: Sage Publications.

Fernández-Ballesteros, R. & Corraliza Rodríguez, J. A. (2000). Ambiente y vejez. In R.Fernández-Ballesteros (Ed.), Gerontología Social (pp. 251-273). Madrid: Ediciones Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R., Fresneda, R. M., Martinez, J. L., & Zamanon, M. D. (1999). Qui es la Psicologia de la vejes. Madrid.

Fernández-Ballesteros, R. & Frojan, M. J. (2002). Aspectos psicológicos en el cuidado geriátrico en atención primaria. In J.M.R.Casado & A. Cruz (Eds.), Geriatría en atención primaria (Aula Médica ed., Madrid.

Fernández-Ballesteros, R. & Izal, M. (1992). Evaluación durante la vejez. In R.Fernández-Ballesteros (Ed.), Introducción a la evaluación psicológica (Madrid: Pirámide.

Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M. et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. The Lancet, 366, 2112-2117.

Ferris, S. H., Mackell, J. A., Mohs, R., Schneider, L. S., Galasko, D., Whitehouse, P. J. et al. (1997). A Multicenter evaluation of new treatment efficacy instruments for Alzheimer's disease clinical trials: Overview and general results. Alzheimer disease and associated disorders, 11, S1-S12.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHgh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Jounal of Psychiatric Research, 12, 189-198.

Foreman, P. (2003). Mental retardation: definition, classification and systems of support, 10th edn. American Association on Mental Retardation. Washington, DC. 2002. Journal of Intellectual & Developmental Disability, 28, 310-311.

Frasher, V. P. & Chung, M. C. (1996). Cause of age-related decline in adaptive behavior of adults with Down etiology: Differential diagnosis of dementia. American Journal of Mental Retardation, 101, 175-183.

Freels, S., Cohen, D., Eisdorfer, C., Paveza, G., Gorelick, P., Luchins, D. J. et al. (1992). Functional status and clinical findings in patients with Alzheimer's disease. Jornal of Gerontology, 47, 177-182.

Fried, L. P., Ettinger, W., Lind, B., Newman, A., & Gardin, J. (1994). Physical disabihty in older adults: A physiological approach. Journal of Clinical Epidemiology, 47, 646-670.

Fried, L. P. & Guralnik, J. M. (1997). Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. Jounal of the American Geriatrics Society, 45, 92-100.

Fried, L. P., Herdman, S. J., Kuhn, K. E., Rubin, G., & Turano, K. (1991). Preclinical Disability: Hypotheses About the Bottom of the Iceberg. Journal of Aging and Health, 3, 285-300.

Friedman, J. I., Harvey, P. D., Coleman, T., Moriarty, P. J., Bowie, C., Parrella, M. et al. (2001). Six-Year Follow-Up Study of Cognitive and Functional Status Across the Lifespan in Schizophrenia: A Comparison With Alzheimer's Disease and Normal Aging. American Journal of Psychiatry, 158, 1441-1448.

Friedman, J. I., Harvey, P. D., Kemether, E., Byne, W., & Davis, K. L. (1999). Cognitive and functional changes with aging in schizophrenia. Biological Psychiatry, 46, 921-928.

Fries, J. F. (1983). The compression of morbidity. Milbank Memorial Fund Quarterly[61], 397-419. Health and Society.

Frisoni, G. B., Fratiglione, L., Fastbom, J., Viitanen, M., & Winblad, B. (2000). Mortality in nondemented subjects with cognitive impairment: the influence of health-related factors. American Journal of Epidemiology, 150, 1031-1044.

Fundación ACE, Institut Català de Neurociències Aplicades, & Alzheimer Centre Educacional (2003). Cuadernos de repaso: ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada. Barcelona: Editorial Glosa.

Gale, C. R., Martyn, C. N., & Cooper, C. (1996). Cognitive impairment and mortality in a cohort of elderly people. BMJ, 312, 608-611.

García Navarro, J. A. (2002). Demecia tipo Alzheimer: concepto y epidemiología. In J.M.R.Casado & P. G. Gregorio (Eds.), Función Mental y Envejecimiento XVIII (Editores Medicos ed., pp. 131-144). Madrid.

Garcia, C. A. (1984). Doença de Alzheimer, Problemas de Diagnóstico Clínico. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.

García, M. B., García-Portilla, P. G., Sánchez, J. P., & García, J. B. (1994). Diagnóstico y clasificación de los trastornos depresivos. Psiquiatría, VI, 13-21.

Gauthier, S., Panisset, M., Nalbantoglu, J., & Poirier, J. (2007). Alzheimer's disease: current knowledge, management and research. Canadian Medical Association Journal, 157 (8), 1047-1052.

Gill, T. M., Allore, H., Holford, T. R., & Guo, Z. (2004). The development of insidious disability in activities of daily living among community-living older persons. American Journal of Medicine, 117, 491.

Glahn, D. C. & Velligan, D. I. (2007). Cognitive Impairment in Patients With Bipolar Disorder: Effect on Psychosocial Functioning. Psychiatric Times, 24, 1-2.

Gold, J. M. & Harvey, P. D. (1993). Cognitive deficits in schizophrenia. Psychiatric clinics of North America, 16, 295-312.

Goldberg, T., Hyde, T. M., Kleinman, J. E., & Weinberger, D. R. (1993a). Course of schizophrenia: Neuropsychological evidence for static encephalopathy. Schizophrenia Bulletin, 19, 804.

Goldberg, T. E., Gold, J. M., Greenberg, R., Griffin, S., Schulz, S. C., Pickar, D. et al. (1993b). Contrasts between patients with affective disorders and patients with schizophrenia on a neuropsychological test battery. American Journal of Psychiatry, 150, 1355-1362.

Gonçalves, C. M. and Dias, I. (2008). Envelhecimento e emprego. Rediteia, 41, 26-27.

Goodwin, G. & Sachs, G. (2004). Fast Facts: Bipolar Disorder. (1 ed.) Health Press International.

Graham, J. E., Rockwood, K., Beattie, B. L., Eastwood, R., Gauthier, S., Tuokko, H. et al. (1997). Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. The Lancet, 349, 1793-1796.

Gray, D. B. & Hendershot, G. E. (2000). The ICIDH-2: Developments for a New Era of Outcomes Research. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 81, S10-S14.

Green, A. F., Rebok, G., & Lyketsos, C. G. (2008). Influence of social network characteristics on cognition and fuctional status with aging. International Journal of Geriatric Psychiatry, 23, 972-978.

Green, M. F. (2006). Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 67, 3-8.

Guerreiro, M. (1998). Contributo da Neuropsicologia para o estudo das Demências. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.

Guerreiro, M. S. A., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do "mini mental state examination" (MMSE). Revista Portuguesa de Neurologia, 3, 9-10.

Guk-Hee, S. (2006). Mental health Economics. http://www.ipa-online.net/ipaonlinev4/main/programs/task/task_economics.html [On-line].

Gupta, S., Steinmeyer, C., Frank, B., Lockwood, K., Lentz, B., & Schultz, K. (2003). Older patients with schizophrenia: nature of dwelling status and symptom severity. American Journal of Psychiatry, 160, 383-384.

Guralnik, J. M., Branch, L. G., Cumming, S. R., & Curb, J. D. (1989). Physical performance measures in aging research. Jornal of Gerontology, 44, 141-146.

Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Pieper, C. F., Leveille, S. G., Markides, K. G., Ostir, G. V. et al. (2000). Lower Extremity Function and Subsequent Disability: Consistency Across Studies, Predictive Models, and Value of Gait Speed Alone Compared With the Short Physical Performance Battery. The Jornals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, M221-M231.

Guralnik, J. M. & Simonsick, E. M. (1993). Physical disability in older Americans. Jornal of Gerontology, 48, 10.

Gurwitz, J. H., Field, T. S., & et al. (2003). Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in ambulatory setting. Journal of the American Medical Association, 289, 1107-1116.

Harvey, P. D. (2001). Cognitive impairment in elderly patients with schizophrenia: age related changes. International Journal of Geriatric Psychiatry, 16 (Suppl. 1), S78-S85.

Harvey, P. D. & Davidson, M. (2002). Schizophrenia: Course Over the Lifetime. In D.C.J.T.C.a.C.N.Kenneth L.Davis (Ed.), Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress (pp. 641-655). American College of Neuropsychopharmacology.

Harvey, P. D., Docherty, N. M., & Serper, M. R. (1990). Cognitive deficits and thought disorder: II. An eight month followup study. Schizophrenia Bulletin, 16, 147-156.

Harvey, P. D., Leff, J., Trieman, N., & Davidson, M. (1997). Cognitive and adaptive impairment in late-life schizophrenia: A crossnational study in the US and UK. International Journal of Geriatric Psychiatry, 12, 1007.

Harvey, P. D., Lombardi, J., Leibman, M., Parrella, M., White, L., Powchik, P. et al. (1997). Age-related differences in formal thought disorder in chronically hospitalizad schizophrenic patients: A cross-sectional study across 9 decades. American Journal of Psychiatry, 154, 205-210.

Harvey, P. D., Lombardi, J., Leibman, M., White, L., Parrella, M., Powchik, P. et al. (1996). Cognitive impaiment and negative symptoms in geriatric chronic schizophrenic patiens: a follow-up study. Schizophrenia Research, 22, 223-231.

Harvey, P. D., Powchik, P., Parrella, M., White, L., & Davidson, M. (1997). Symptom severity and cognitive impairment in chronically hospitalised geriatric patients with affective disorders. The British Journal of Psychiatry, 170, 369-374.

Harvey, P. D., Silverman, J. M., Mohs, R. C., Parrella, M., White, L., Powchik, P. et al. (1999). Cognitive decline in late-life schizophrenia: a longitudinal study of geriatric chronically hospitalized patients. Biological Psychiatry, 45, 32-40.

Harvey, P. D., White, L., Parrella, M., Putnam, K. M., Kincaid, M. M., Powchik, P. et al. (1995). The longitudinal stability of cognitive impairment in schizophrenia: minimental state scores at one and two year follow-ups in geriatric inpatients. British Journal of Psychiatry, 166, 630-633.

Heaton, R. M., Paulsen, J. S., McAdams, L. A., Kuck, J., Zisook, S., Braff, D. et al. (1994). Neuropsychological deficits in schizophrenics: Relationships to age, chronicity, and dementia. Archives of General Psychiatry, 51, 469-476.

Heckhausen, J., Dixon, R. A., & Baltes, P. B. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different age groups. Developmental Psychology, 25, 109-121.

Horwitz, S. M., Kerker, B. D., Owens, P. L., & Zigler, E. (2000). The health status and needs of individuals with mental retardation New Have, Connecticul.

Iavarone, A., Milan, G., Vargas, G., Lamenza, F., De Falco, C., Gallotta, G. et al. (2007). Role of functional performance in diagnosis of dementia in elderly people with low educational level living in Southern Italy. Aging Clinical and Experimental Research, 19 (2), 104-109.

Instituto Nacional de Estatística (1999b). As Gerações Mais Idosas Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2007a). Dia Mundial da População.

Instituto Nacional de Estatística (2007b). Indicadores Sociais 2006 Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2008a). Estatísticas Demográficas 2007 Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2003). Portugal Social 1991-2001 Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2005). Indicadores Sociais 2003.

Instituto Nacional de Estatística (2008b). Indicadores Sociais 2007.

Instituto Nacional de Estatística (2008c). Protecção Social 2006.

Instituto Nacional de Estatística (2000). Mulheres e Homens em Portugal - Retrato estatístico da década de 90.

Instituto Nacional de Estatística (2002). Censos 2001: Resultados Definitivos.

Instituto Nacional de Estatística (1999a). A situação da mulher em Portugal: breve análise estatística.

Instituto Nacional de Estatística (2004). O País em Números.

International Labour Office (2000). Mental health in the workplace Geneva: International Labour Office.

Ismail, Z. & Shulman, K. I. (2006). Avaliação cognitiva breve para a demencia. In H.Firmino, L. Cortez Pinto, A. Leuschner, & J. Barreto (Eds.), Psicogeriatria (Psiquiatria Clínica ed., pp. 513-530).

Jacqmin-Gadda, H., Fabrigoule, C., Commenges, D., & Dartigues, J. F. (1997). A 5-Year Longitudinal Study of the Mini-Mental State Examination in Normal Aging. American Journal of Epidemiology, 145, 498-506.

Janicki, M. P., Dalton, A. J., Henderson, M., & Davidson, P. W. (1999). Mortality and Morbility among older adults with intellectual disabilities: Health services considerations. Disability and Rehabilitation, 21, 284-294.

Jorm, A. F. (1990). The epidemiology of Alzheimer's disease and related disorders. London.

Jorm, A. F. & Jolley, D. (1998). The incidence of dementia: A meta-analysis. Neurology, 51, 728-733.

Joynt, R. J. & Shoulson, I. (1985). Dementia. In K.M.Heilman & E. Valestein (Eds.), Clinical neuropsychology (pp. 453-479). New York: Oxford University Press.

Kahn, R. L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. American Journal of Psychiatry, 117, 326-328.

Kaszniak, A. W. (1988). Cognition in Alzheimer's disease: Theoretic models and clinical implications. Neurobiology of Aging, 9, 92-94.

Katz, I. R. & Coyne, J. C. (2000). The Public Health Model for Mental Health Care for the Elderly. Journal American Medical Association, 283.

Katz, S., Ford, A. B., Moskowxitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The Idex of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. Journal of the American Medical Association, 185, 914-919.

Kelly-Hayes, M., Jette, A. M., Wolf, P. A., D'Agostino, R. B., & Odell, P. M. (1992). Functional limitations and disability among elders in the Framingham Study. American Journal of Public Health, 82, 841-845.

Klapow, J. C., Evans, J., Patterson, T. L., Heaton, R. K., Koch, W. L., & Jeste, D. V. (1997). Direct assessment of functional status in older patients with schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 154, 1022-1024.

Kleinpell, R. M., Fletcher, K., & Jennings, B. M. (2008). Reducing Functional Decline in Hospitalized Elderly. In Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses (Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Dept. of Health and Human Services.

Korkeila, J., Lehtinen, V., Bijl, R., Dalgard, O. S., Kovess, V., Morgan, A. et al. (2003). Establishment of a set of mental health indicators for European Union. Scandinavian Journal of Public Health, 31, 451-459.

Kowatch, R. A., Sethuraman, G., Hume, J. H., Kromelis, M., & Weinberg, W. A. (2003). Combination pharmacotherapy in children and adolescents with bipolar disorder. Biological Psychiatry, 53, 978-984.

Kral, V. A. (1978). Benign Senescent Forgetfulness. In R.D.T.K.L.B.Robert Katzman (Ed.), Alzheimer's Disease: Senile Dementia and Related Disorders (Raven Press ed., pp. 47-58). New York.

Kramer, M. (1980). The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. Acta Psychiatrica Scandinavica, 62 (suppl. 283), 382-397.

Kurz, A., Farlow, M., Quarg, P., & Spiegel, R. (2004). Disease Stage in Alzheimer Disease and Treatment Effects of Rivastigmine. Alzheimer Disease & Associated Disorders, 18.

Lambon Ralph, M. A., Patterson, K., Graham, N., Dawson, K., & Hodges, J. R. (2003). Homogeneity and heterogeneity in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a cross-sectional and longitudinal study of 55 cases. Brain, 126, 2350-2362.

Larson, E. B., Kukull, W. A., & Katzman, R. L. (1992). Cognitive impairment: dementia and Alzheimer's disease. Annual Review of Public Health, 13, 431-439.

Lawton, M. P. & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people; self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, 9, 179-186.

Letenneur, L., Gilleron, V., Commenges, D., Helmer, C., Orgogozo, J. M., & Dartigues, J. F. (1999a). Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease? Incidence data from the PAQUID project. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 66, 177-183.

Letenneur, L., Gilleron, V., Commenges, D., Helmer, C., Orgogozo, J. M., & Dartigues, J. F. (1999b). Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease? Incidence data from the PAQUID project. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry., 66 (2), 177-183.

Lieury, A. (1990). Manuel de psychologie générale. Paris: Dunod.

Lifshitz, H. & Merrick, J. (2004). Aging among persons with intellectual disability in Israel in relation to type of residence, age, and etiology. Research in Developmental Disabilities: A Multidisciplinary Journal, 25, 193-205.

Lishman, W. A. (1978). Organic Psychiatry: The Psychological Consequences of Cerebral Disorder. Oxford: Blackwell Science Publications.

Llera, F. G. & Cantera, I. R. (2002). Valoración geriátrica. In A.Salgado Alba (Ed.), Manual de Geriatria (3 ed., pp. -836). Masson.

Llinares Zaragoza, M. C. (2009). Evolución histórica del concepto de Trastorno Afectivo Bipolar. Bipolarweb [On-line]. Available: http://www.bipolarweb.com/Ehistoria.htm

Lucero, R. & Casali, G. (2006). Trastornos afectivos en el adulto mayor. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 70, 151-166.

Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Medical Journal, 14, 61-65.

Mañas, L. (2000). Envejecimiento y enfermedad: manifestaciones y consecuencias. In R.Fernández-Ballesteros (Ed.), Gerontología Social (pp. 153-165). Madrid: Ediciones Pirámide.

Manton, K. G., Stallard, E., & Corder, L. (1997). Changes in the age dependence of mortality and disability: Cohort and other determinants. Demography, 34, 135-158.

Mari, J. J. & Leitão, R. J. (2000). A epidemiologia da esquizofrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria, 22, 15-17.

Marín, D. C. & Casasnovas, D. L. (2001). Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. [6]. Fundación "la Caixa". Colección Estudios Sociales.

Ref Type: Serial (Book,Monograph)

Marsden, C. D. (1978). The diagnosis of dementia. In A.D.Isaacs & F. Post (Eds.), Studies in geriatric psychiatry (pp. 95-118). Chichester: John Wiler.

Marsden, C. D. & Harrison, M. J. G. (1972). Outcome of Investigation of Patients with Presenile Dementia. British Medical Journal, 2, 249-252.

Martin, J. I., Neves, R. B., Pires, C., & Portugal, J. (2006). Estatísticas de Equipamentos Sociais de Apoio à Terceira Idade em Portugal 2006.

Martínez, M. I. & Fernandez, A. A. (2004). Enfermedades Raras: un enfoque práctico. (1ª ed.) Madrid - España: Instituto de Investigación de Enfermedades Raras.

Martínez-Lage, J. M. (2002). La polémica etiqueta diagnóstica de leve deterioro cognitivo en las personas mayores. In J.M.R.Casado & P. G. Gregorio (Eds.), Función Mental y Envejecimiento XVIII (Editores Medicos ed., pp. 111-129). Madrid.

Martínez-Lage, J. M. & Berthier Torres, M. (2002). Alzheimer 2002: teoría y practica. Madrid: Aula Médica.

Matinez-Aran, A., Vieta, E., Torrent, C., Sanchez-Moreno, J., Goikolea, J. M., Salamero, M. et al. (2007). Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. Bipolar Disorders, 9, 103-113.

McConnell, H. & Duffy, J. (1994). Principles of neuropsychiatric treatment of the elderly in Coffey. In C.Edward (Ed.), The American Psychiatry Press textbook of geriatric neuropsychiatry (Washington DC: The Press.

McGrath, J., Saha, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C., & Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. BMC Medicine, 2, 13.

Medalia, A., Gold, J., & Merriam, A. (1988). The effects of neuroleptics on neuropsychological test results in schizophrenics. Archives of Clinical Neuropsychology, 3, 249-271.

Mendes de Leon, C., Guralnik, J., & Bandeen-Roche, K. (2002). Short-Term Changes in Psysical Function and Disability: The Women´s Health and Aging Study. Journal of Gerontology, 57B, Nº6, S355-S365.

Mendonça Lima, C. A., Levav, L., Jacobsson, L., & Rutz, W. (2003). Stigma and Discrimination against older people with mental disorders in Europe. International Journal of Geriatric Psychiatry, 18, 679-682.

Moise, P., Schwarzinger, M., Um, M., & Dementia Experts' Group (2004). Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis (Rep. No. 13). Paris.

Mondimore, F. M. (2003). Perturbação Bipolar: Guia para doentes e suas famílias. (1 ed.) Lisboa: Climepsi Editores.

Morgan, K., Lilley, J., Arie, T., Byrne, J., Jones, R., & Waite, J. (1992). Incidence of dementia: preliminary findings from the Nottingham longitudinal Study of Activity and Aging. Neuroepidemiology, 11, 80-83.

Moritz, D. M., Stanislav, V. K., & Berkman, L. F. (1994). Cognitive Functioning and the Incidence of Limitations in Activities of Daily Living in an Elderly Community Sample. American Journal of Epidemiology, 141, 41-49.

Mosby Staff (2004). Diccionario Mosby Pocket de Medicina, Enfermeria y Ciencias de la salud. (4 ed.) Elsevier España.

Murray, C. J. & Lopez, A. D. (1995). The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020 Geneva, Switzerland.

Murray, C. J. & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet, 349, 1436-1442.

Nordberg, G., Wimo, A., Jonsson, L., Kareholt, I., Sjolun, BM., Lagergren, M. et al. (2007). Time used and costs of institutionalised elderly persons with or without dementia: results from the Nordanstig cohort in the Kungshlomen Project - a population based study in Sweden. International Journal of Geriatric Psychiatry, 22, 639-648.

Novell, R. & Forgas, E. (2000). Retraso mental y demencias.

Nygård, L. (2003). Instrumental activities of daily living: a stepping-stone towards Alzheimer's disease diagnosis in subjects with mild cognitive impairment? Acta Neurologica Scandinavica, 107, 42-46.

O'Connor, D. W., Pollitt, P. A., & Treasure, F. P. (1991). The influence of education, social class and sex on the diagnosis of dementia in a community population. Psychological Medicine 21, 219-224.

Ólafsdóttir, M., Marcusson, J., & Skoog, I. (2001). Mental disorders among elderly people in primary care: the Linkoping study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 104, 12-18.

Oliveira, C. R., Rosa, M. S., Pinto, A. M., Botelho, M. A. S., Morais, A., & Veríssimo, M. T. (2008). Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa. (Gerpi ed.).

Onder, G., Pedone, C., & et al. (2002). Adverse drug reactions as cause of hospital adminissions: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the elderly (GIFA). Jounal of the American Geriatrics Society, 50, 1962-1968.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2000). Literacy in the Information Age : Final Report of the International Adult Literacy Survey Paris.

Orrell, M. & Sahakian, B. (2008). Education and Dementia. British Medical Journal, 310, 951-952.

Orsitto, G., Cascavilla, L., Franceschi, M., Aloia, R. M., Paris, F., Seripa, D. et al. (2005). Influence of cognitive impairment and comorbidity on disability in hospitalized elderly patients. Journal of Nutrition Health Aging, 9(3), 194-198.

Ostrosky-Solis, F., Ardila, A., Rosselli, M., Lopez-Arango, G., & Uriel-Mendoza, V. (1998). Neuropsychological test performance in illiterate subjects. Archives of Clinical Neuropsychology, 13, 645-660.

Ott, A., Breteler, M. M. B., Harskamp, F., Claus, J. J., Cammen, T. J. M., Grobbee, D. E. et al. (1995). Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. British Medical Journal, 310, 970-973.

Ott, A., Van Harskamp, F., Stijnen, T., & Hofman, A. (1998). Incidence and risk of dementia. The Rotterdam study. American Journal of Epidemiology, 147, 574-580.

Palmer, B. W., Heaton, R. K., Paulsen, J. S., Kuck, J., Braff, D., Harris, M. J. et al. (1997). Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? Neurology, 11, 437-446.

Palmore, E. B., Nowlin, J. B., & Wang, H. S. (1985). Predictors of function among the old-old: a 10-year follow-up. Jornal of Gerontology, 40, 244-250.

Pascual, E. V. & Ferrer, C. G. (1997). Trastornos Bipolares. (1 ed.).

Paúl, M. C. (1997). Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente. Coimbra: Livraria Almedina.

Paúl, M. C., Ayis, S., & Ebrahim, S. (2007). Disability and psychological outcomes in olld age. Journal of Aging and Health, 19, 723-741.

Perlick, D., Mattis, S., Stastny, P., & Teresi, J. (1992). Neuropsychological discriminators of long-term inpatient or outpatient status in chronic schizophrenia. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 4, 434.

Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. Jounal of the American Geriatrics Society, 23, 433-441.

Philp, I. (1997). Can a medical and social assessment be combined? Jounnal of the Royal Society of Medicine, 90, 11-13.

Philp, I. & Armstrong, G. K. (1997). Needs assessment analysis Sheffield: University of Sheffield.

Pope, A. M. & Tarlov, A. R. (1991). Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention. Washington, DC, USA: Institute of Medicine.

Powchik, P., Davidson, M., Haroutunian, V., Gabriel, S. M., Purohit, D. P., Perl, D. P. et al. (1998). Postmortem studies in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 24, 325-341.

Prescott, L. F. (1979). The nephrotoxicity and hepatotoxicity of antipyretic analgesics. British Journal of Clinical Pharmacology, 7, 453-462.

Provedoria de Justiça (2008). Os Idosos e as Instituições de Acolhimento da Região Autónoma da Madeira.

Puner, M. (1974). The good long life: What we know about growing old. New York.

Purohit, D. P., Perl, D. P., & Haroutunian, V. (1998). Alzheimer's disease and related neurodegenerative diseases in elderly schizophrenia patients: A postmortem neuropathologic study of 100 cases. Archives of General Psychiatry, 55, 205-211.

Putnam, K. M., Harvey, P. D., Parrella, M., White, L., Powchik, P., & Davidson, M. (1996). Symptom stability in geriatric chronic schizophrenic inpatients: A one-year follow-up study. Biological Psychiatry, 39, 92-99.

Quraishi, S. & Frangou, S. (2002). Neuropsychology of bipolar disorder: a review. Journal of Affective Disorders, 72, 209-226.

Ram, R., Bromet, E. J., Eaton, W. W., Pato, C., & Schwartz, J. E. (1992). The Natural Course of Schizophrenia: A Review of First-admission Studies. Schizophrenia Bulletin, 18, 185-207.

Rasanen, P., Tiihonen, J., & Hakko, H. (1998). The incidence and onset-age of hospitalized bipolar affective disorder in Finland. Journal of Affective Disorders, 48, 63-68.

Reed, B. R., Jagust, W. J., & Seab, J. P. (1989). Mental status as a predictor of daily function in progressive dementia. The Gerontologist, 29, 804-807.

Reisberg, B. (1986). Dementia: a systematic approach to identifying reversible causes. Geriatrics, 41, 30-46.

Reisberg, B., Ferris, S. H., Anand, R., de Leon, M. J., Schneck, M. K., Buttinger, C. et al. (1984). Functional staging of dementia of the Alzheimer's type. Annals of the New York Academy of Sciences, 435, 481-483.

Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). Global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. American Journal of Psychiatry, 139, 1136-1139.

Ribeiro, J. L. P. (1999). Investigação e avaliação em psicologia e saúde. Lisboa: Climepsi Editores.

Robinson, L. J. & Ferrier, I. N. (2006). Evolution of cognitive impairment in bipolar disorder: a systematic review of cross-sectional evidence. Bipolar Disorders, 8, 103-116.

Roe, C. M., Xiong, C., Miller, J. P., & Morris, J. C. (2007). Education and Alzheimer disease without dementia . Neurology, 68, 223-228.

Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. The Gerontologist, 37, 433-440.

Ruiloba, J. V. (2006). Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. (6 ed.) Elsevier España.

Sadavoy, J. (2006). Prefácio. In H.Firmino, L. Cortez Pinto, A. Leuschner, & J. Barreto (Eds.), Psicogeriatria (Psiquiatria Clínica ed., pp. 13-20).

Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. Plos Medicine, 2, 413-433.

Salthouse, T. A. (1996). Adult cognition: An experimental psychology of human aging. New York: Springer-Verlag.

Saraceno, B. (2005). Challenges for Global Mental Health: Burden, Trends, Significance.

Sarasola, D., Calcagno, M. L., Sabe, L., Caballero, A., & Manes, F. (2004). Utilidad del Addenbrooke's Cognitive Examination en Español para el Diagnóstico de Demencia y para la diferenciación entre la Enfermedad de Alzheimer y la Demencia

Frontotemporal. Revista Argentina de Neuropsicología, 4, 11.

Sauvaget, C., Tsuji, I., Aonuma, T., & Hisamichi, S. (1999). Health-life expectancy according to various functional levels. Jounal of the American Geriatrics Society, 47, 1326-1321.

Sauvaget, C., Tsuji, I., Haan, M. N., & Hisamichi, S. (1999). Trends in dementia-free life expectancy among elderly members of a large health maintenance organization. International Journal of Epidemiology, 28, 1110-1118.

Sauvaget, C., Yamada, M., Fujiwara, S., Sasaki, H., & Mimori, Y. (2002). Dementia as a predictor of functional disability: a four-year follow-up study. Gerontology, 48, 233.

Saykin, A. J., Gur, R. C., Gur, R. E., & et al. (1991). Neuropsychological function in schizophrenia: Specific déficit in learning and memory. Archives of General Psychiatry, 48, 618-623.

Schalock, R. L., Luckasson, R. A., Shogren, K. A., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W. H. et al. (2007). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. Journal of Intellectual & Developmental Disability, 45, 116-124.

Schultz, S. K., Ellingrod, V. L., Moser, D. J., Kutschner, E., Turvey, C., & Arndt, S. (2002). The influence of cognitive impairment and psychiatric symptoms on daily functioning in nursing facilities: A longitudinal study. Annals of Clinical Psychiatry, 14, 209-213.

Selkoe, D. (1992). Aging Brain, Aging Mind. Scientific American, 267, 97-103.

Shulman, K. & Herrmann, N. (1999). Bipolar disorder in old age. Canadian Family Physician, 45, 1229-1237.

Silverman, W., Zigman, W. B., Kim, H., Krinsky-McHale, S., & Wisniewski, H. (1998). Aging and dementia among adults with mental retardation and down syndrome. Topics in Geriatric Rehabilitation, 13 (3), 49-64.

Siu, A. L., Reuben, D. B., & Hays, R. D. (1990). Hierarchical measures of physical function in ambulatory geriatrics. Journal of American Geriatrics Society, 38, 1113-1119.

Small, B. J., Mobly, J. L., Laukka, E. J., Jones, S., & Bäckman, L. (2003). Cognitive deficits in preclinical Alzheimer's disease. Acta Neurologica Scandinavica, 107, 29-33.

Smyer, M. A., Shea, D. G., & Streit, A. (1994). The provision and use of mental health services in nursing homes: results from the National Medical Expenditure Survey. American Journal of Public Health, 84, 284-287.

Snowdon, D. A., Kemper, S. J., Mortimer, J. A., Greiner, L. H., Wekstein, D. R., & Markesbery, W. R. (1996). Linguistic ability in early life and cognitive function and Alzheimer's disease in late life. Findings from the Nun study. Journal of the American Medical Association, 275, 532.

Sobral, M. (2006). A Contribuição da psicologia na avaliação do idoso. In H.Firmino, L. Cortez Pinto, A. Leuschner, & J. Barreto (Eds.), Psicogeriatria (pp. 499-512).

Sociedad Española de Psicogeriatría (2005). Consenso Español sobre Demencias. (2ª Edición ed.).

Spar, J. E. & La Rue, A. (1998). Guia de Psiquiatria Geriatrica. (1 ed.) Lisboa.

Spoerri, T. H. (1975). Compendio de Psiquiatria. (3 ed.) Barcelona: Toray.

St John, P. D., Montgomery, P. R., Kristjansson, B., & McDowell, I. (2002). Cognitive scores, even within the normal range, predict death and institutionalization. Age and Ageing, 31, 373-378.

Stone, K. (1989). Mania in the elderly. The British Journal of Psychiatry, 155, 220-224.

Strakowski, S. M., DelBello, M. P., Sax, K. W., Zimmerman, M. E., Shear, P. K., Hawkins, J. M. et al. (1999). Brain Magnetic Resonance Imaging of Structural Abnormalities in Bipolar Disorder. Archives of General Psychiatry, 56, 254-260.

Strauss, E. & Eyman, R. (1996). Mortality of people with mental retardation in California with and without down syndrome 1986-1991. American Journal of Mental Retardation, 100, 643-653.

Streim, J. E., Oslim, D., Katz, I. R., & Parmelee, P. A. (1997). Lessons from geriatric psychiatric in the long-term care setting. The Psychiatric quarterly, 68, 281-307.

Stuck, A. E., Walthert, J. M., Nikolaus, T., B³la, C. J., Hohmann, C., & Beck, J. C. (1999). Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review

290. Social Science & Medicine, 48, 445-469.

Tárraga, L. (1994). Estrategia no farmacológica del deterioro cerebral senil y demencia. Medicine, Número extraordinario, 44-53.

Teri, L., Borson, S., Kiyak, A., & Yamagishi, M. (1989). Behavioral disturbance, cognitive dysfunction, and functional skill. Prevalence and relationship in Alzheimer's disease. Jounal of the American Geriatrics Society, 37, 109-116.

The University of Texas M.D.Anderson Cancer Center (2009). Estudios retrospectivos. The University of Texas M.D.Anderson Cancer Center [On-line]. Available: http://www.mdanderson.org/SP/patients_public/about_cancer/display.cfm?id=33540a76-72df-11d4-aebd00508bdcce3a&method=displayfull

Tomlin, P. J. (1977). Psychological problems in intensive care. British Medical Journal, 2, 441-443.

Tracana, I., Santos, F., Caetano, C., Mayor, M. S., & Varandas, I. (2000). Estudo de Uma População Idosa Institucionalizada: Avaliação dos Níveis de Comprometimento Cognitivo e Funcional. Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica, XIII.

Tsuang, M. T., Stone, W. S., & Faraone, S. V. (2000). Toward Reformulating the Diagnosis of Schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 157, 1041-1050.

Tudela, A. & Gelonch, O. (2000). Análisis de la efectividad del "Programade Estimulación Cognitiva Adesma". Revista Multidisciplinar de Gerontologia, 10, 234-240.

United Nations (2002). Report of the Second World Assembly on Ageing: Madrid, 8-12 April 2002 New York.

United Nations Educational Scientific, a. C. O. U. I. f. S. L. a. N. F. E. S. (2002). Estimates and Projections of Adult Illiteracy for Population Aged 15 Years Old and Above, By Country and By Gender Paris: UNESCO.

Vázquez, C., López, B., & Florit, A. (1996). Procesamiento de la información y esquizofrenia. In J.A.Aldaz y C.Vázquez (Ed.), Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación (pp. 23-55). Madrid: Madrid: Siglo XXI.

Veríssimo, M. T. (2006). Avaliação multidimensional do idoso. In H.Firmino, L. Cortez Pinto, A. Leuschner, & J. Barreto (Eds.), Psicogeriatria (pp. 489-498).

Vieta, E., Gast£, C., Otero, A., Nieto, E., & Vallejo, J. (1997). Differential features between bipolar I and bipolar II disorder. Comprehensive Psychiatry, 38, 98-101.

Wancata, J., Musalek, M., Alexandrowicz, R., & Krautgartner, M. (2003). Number of dementia sufferers in Europe between the years 2000 and 2050. European Psychiatry, 18, 306-313.

Warburg, M. (1994). Visual impairment among persons with developmental delay. Journal of Intellectual Disability Research, 38, 423-432.

Warren, E. J., Grek, A., Conn, D., Herrmann, N., Icyk, E., Kohl, J. et al. (1989). A correlation between cognitive performance and daily functioning in elderly people. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 2, 96-100.

Wehmeyer, M. L., Buntinx, W. H., Lachapelle, Y., Luckasson, R. A., Schalock, R. L., Verdugo, M. A. et al. (2008). The intellectual disability construct and its relation to human functioning. Journal of Intellectual & Developmental Disability, 46, 311-318.

Whitlock, F. A. & Evans, L. E. (1978). Drugs and depression. Drugs, 15, 53-71.

Woods, R. & Clare, L. (2008). Depression. In R.Woods & L. Clare (Eds.), Handbook of the Clinical Psychology of Aging (pp. 100-108). Wiley-Interscience.

World Health Organization (1999). Health and ageing: a discussion paper Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2003). Death and DALY estimates for 2002 by cause for WHO Member States. World Health Organization [On-line].

World Health Organization (2004a). Projections of mortality and burden of disease, 2002-2030. World Health Organization [On-line].

World Health Organization (2004b). World Health Report 2004: changing history Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2008). The global burden of disease 2004 update Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2002). World Health Report 2002: Reducing Risks Promoting Healthy Life Geneva, Switzerland.

World Heath Organization (2000). Ageing and Intellectual Disabilities - Improving Longevity and Promoting Healthy Ageing: Summative Report Geneva, Switzerland: World Heath Organization.

World Heath Organization (2007). International Classification of Diseases, 10th revision Geneva, Switzerland.

World Heath Organization (2001a). Atlas: mental health resources in the world Geneva, Switzerland.

World Heath Organization (2002). Active Ageing: a policy framework Geneva, Switzerland: World Heath Organization.

World Heath Organization (2001d). Mental health: New understanding new hope Geneva, Switzerland.

World Heath Organization (2001c). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Geneva, Switzerland.

World Heath Organization (1977). International Classification of Diseases, 9th revision Geneva, Switzerland.

World Heath Organization (1948b). The uses of epidemiology in the study of the elderly (Rep. No. 706). Geneva, Switzerland.

World Heath Organization (1948a). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference (Rep. No. 2). Geneva, Switzerland.

World Heath Organization (2001b). International Classification of Diseases, 10th revision Geneva, Switzerland.

Yildiz, A., Sachs, G. S., Dorer, D. J., & Renshaw, P. F. (2001). 31P Nuclear magnetic resonance spectroscopy findings in bipolar illness: a meta-analysis. Psychiatry Research: Neuroimaging, 106, 181-191.

Young, R. C., Murphy, C. F., Heo, M., Schulberg, H. C., & Alexopoulos, G. S. (2006). Cognitive impairment in bipolar disorder in old age: Literature review and findings in manic patients. Journal of Affective Disorders, 92, 125-131.

Young, R. C. (1997). Bipolar mood disorders in the elderly. Psychiatric clinics of North America, 20, 121-136.

Zamarrón, M. D. & Fernández-Ballesteros, R. (2002). Envejecimiento cerebral. In J.M.R.Casado & P. G. Gregorio (Eds.), Función Mental y Envejecimiento XVIII (Editores Medicos ed., pp. 25-39). Madrid.

Zanetti, O., Bianchetti, A., Frisoni, G., Rozzini, R., & Trabucchi, M. (2009). Determinants of disability in alzheimer's disease. International Journal of Geriatric Psychiatry, 8, 581-586.

Zarate, C. A., Tohen, M., Land, M., & Cavanagh, S. (2000). Functional impairment and cognition in bipolar disorder. Psychiatric Quarterly, 71, 309-329.

Zarit, S. H. & Zarit, J. M. (2007). Other common mental health problems in later life. In Mental disorders in older adults (2 ed., pp. 99-114). New York: The Guilford Press.

Zaudig, M. (1992). A New Systematic Method of Measurement and Diagnosis of Mild Cognitive Impairment and Dementia According to ICD-10 and DSM-III-R Criteria. International Psychogeriatrics, 4, 203-219.

Zelinski, E. M., Gilewski, M. J., & Thompson, L. W. (1980). Do lab tests relate to self-assessment of memory ability in young and old? In L.W.Poon, J. L. Fozard, L. S. Cermak, D. Arenberg, & L. W. Thompson (Eds.), New directions in memory and aging (Erlbaum ed., pp. 519-544). Hillsdale, NJ.

Anexos

MINI-MENTAL STATE - MMS

NOME: _____

IDADE:_____Anos DATA: _____ de _____ de _____ _____

1. ORIENTAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta).

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____
Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____ Nota:

2. RETENÇÃO (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida).
"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cór".
Pêra _____
Gato _____
Bola _____ Nota:

3. ATENÇÃO E CÁLCULO (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.)
"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".
27 __ 24 __ 21 __ 18 __ 15 __ Nota:

4. EVOCAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta.)
"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".
Pêra _____
Gato _____
Bola _____ Nota:

5. LINGUAGEM (1 ponto por cada resposta correcta).

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:
Relógio _____
Lápis _____ Nota:

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" Nota:

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", (ou "sobre a cama", se for o caso); dar a folha segurando com as duas mãos.
Pega com a mão direita _____
Dobra ao meio _____
Coloca onde deve _____ Nota:

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto ler-se a frase.
Fechou os olhos Nota:

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.
Nota:

Folstein, Folstein e McHugh, 1975, segunda adaptação portuguesa de Manuela Guerreiro e colabs., 1993. Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz, Hs - MG Maia

Anexo 1

ESCALA MDA

APELIDO: Data de avaliação:

Nome: Data de nascimento:

a) Alimentação

0= Alimenta-se normalmente
1= Necessita parcialmente de auxílio ou de alimentação triturada
2= Necessidade de ajuda humana ou de alimentação artificial (sonda, perfusão)

b) Higiene
0= Faz a sua higiene normalmente
1= Necessita de ajuda parcial
2= Necessita de ajuda total

c) Eliminação
0= Micção e defecação normais
1= Incontinência urinária ou fecal ocasional
2= Incontinência urinária ou fecal permanente (algália ou doente osteomizado)

Sub-total

a) Transferência
(subir ou descer da cama)
0= Efectua-se normalmente
1= Necessita de ajuda parcial ou de apoio
2= Necessita de ajuda humana total ou de uma cadeira elevatória ou impossibilidade de deslocação

b) Deslocação
(no domicilio ou no exterior)
0= Efectua-se normalmente

1= Necessita de ajuda humana técnica (bengala, andarilho)
2= Necessita de uma cadeira de rodas ou impossibilidade de deslocação

c) Espaço de vida
(+ - ajuda humana ou técnica)
0= Possível no exterior ou em casa
1= Limitado ao domicilio
2= Limitado à cama

Sub-total

TOTAL

a) Fala

0= Expressão verbal perfeita
1= Dificuldade em falar

2= Na compreensão ou afasia

b) Visão (+- correcção)
0= Normal
1= Má
2= Muito má ou cegueira (cego)

c) Audição (+- correcção)
0 Normal
1= Má
2= Muito má ou surdez

Sub-total

a) Memória
0= Normal
1= Esquecimentos mais ou menos frequentes
2= Esquecimentos muito frequentes ou amnésia

b) Comportamentos
0= Normal
1= Perturbações minor
Teimosia. Lamentações. Emotividade.
2= Perturbações Major
Agitação. Desorientação. Fuga

c) Humor
0= Normal
1= Tristeza + - importante ou irritabilidade
2= Apatia (sem energia) ou agressividade

Sub-total