

Informe de actividad: Rotación Psicogeriatría

Nombre: Valentina Santacoloma Cardona

Lugar de Residencia: Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca, España

Lugar de Rotación: Hospital Sagrat Cor, Martorell, España

Un breve recuento histórico sobre Psicogeriatría

Anteriormente la medicina se ejercía especialmente en centros religiosos, de forma general, sin hacer distinción entre edades, sexo o patologías específicas, pero en Inglaterra, lentamente surgen instituciones específicas como hospitales y asilos, es así como poco a poco se van clasificando los pacientes por edades, además observando que cada etapa de la vida requería atención a sus propias necesidades, finalmente se logra la especialización de algunos servicios con como ocurrió en la atención en la infancia con el surgimiento de hospitales infantiles. Posteriormente en 1906 se hace la primera diferenciación entre demencia y depresión, pero es solo hasta 1920 cuando se acepta la Psiquiatría como especialización, donde se lograría brindar una atención dirigida a las necesidades de cierta parte de la población.

Solo es hasta 1922 cuando Universidad John's Hopkins publica el primer trabajo que habla sobre la vejez llamado *Senescence: The Last Half of Life*.

Sobre 1940 surgen otros artículos en el *British Medical Journal (BMJ)* y en *The Lancet*, donde se describen los beneficios y la resolución de diferentes patologías en pacientes tanto jóvenes como mayores tras hacer un diagnóstico temprano, brindar unos cuidados adecuados y realizar una rehabilitación.(1)(2)

Es así como en 1945 la OMS y el National Institute of Mental Health ponen en marcha programas específicos para el estudio de la vejez.

Durante estos años se observa que la ocupación de los hospitales venía presentando un aumento progresivo en la proporción de pacientes mayores de 65 años, y quienes presentaban patologías con trayectorias prolongadas y que requerían mayor tiempo de hospitalización.

En 1947 se funda la Medical Society for the Care of the Elderly (MSCE), que posteriormente dará paso a British Geriatric Society, pero es solo hasta 1948 cuando se reconoce la Geriatría como especialidad, al observar que en este tipo de población no solo las patologías generaban un papel protagonista en su manejo sino también que se veían condicionados por la fragilidad(2).

Para 1950 el ministerio de Saludo del Reino Unido propone servicios de larga estancia para pacientes mayores con patología mental, y durante el mismo año el grupo para el Avance de la Psiquiatría publica la primera monografía geropsiquiátrica, "*The problem of the age patient in the public Psychiatric Hospital*" (2)(3)

Lastimosamente la evolución del estudio de la edad avanzada se ha visto marginada a definirla como la edad del retiro de la fuerza laboral, basando su importancia en la financiación de las pensiones y relegándolos hacia una zona de pobreza en el sistema, al dirigir el foco de los estudios poblacionales hacia la población más joven, con la aparición del ageismo y la gerontofobia, generando inequidad en la prestación del servicio de salud a esta población.

Durante los años 50s se hacen descripciones sobre la depresión y la esquizofrenia y los beneficios que trae para la población el tratamiento temprano.

En los años 60s se demuestran los beneficios de la atención del paciente en domicilio.

En Estados Unidos, sobre el año 1965 se inicia el primer programa de formación en psicogeriatría en la Universidad de Duke, y tras 10 años se funda la Mental Disorders of Aging Branch at the National Institute of Mental Health (NIMH) y se establece el Instituto Nacional de envejecimiento. A finales de los 70s se crea la Asociación americana de Psiquiatría Geriátrica y desde entonces se vienen realizando encuentros anuales, y procesos educativos que buscan dar la legitimidad e importancia que merece la subespecialidad. Para el año 1981 se logra la certificación médica en Psicogeriatría en los Estados Unidos, la cual debe ser precedida por una especialización en Psiquiatría (3,4).

En Noviembre de 1982 durante el primer "Congreso internacional de salud mental del anciano" en El Cairo, se funda la Asociación internacional de Psicogeriatría (IPA), con la visión de desarrollar una organización mundial de profesionales en psicogeriatría, donde poco a poco han ido participando diferentes disciplinas asistenciales como medicina (psiquiatras, neurólogos, geriatras, médicos de atención primaria entre otros), enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, psicología, investigación, epidemiología, etc. Dentro de dicha sociedad para 1986 se crea la revista *International Journal of Geriatrics Psychiatry*, durante un periodo de curiosidad científica sobre temas relacionados con el envejecimiento, el cual promulga los valores de la IPA.(2,5)

Durante el mismo año, en Europa se reconoce por primera vez la psicogeriatría como subespecialidad, por parte del Department Health and Social Security (DHSS) y el Royal College of Psychiatrists en Londres en vista a los cambios demográficos, las nuevas necesidades sociales y los conocimientos aprendidos en relación a la complejidad de los pacientes y la necesidad de nuevas herramientas de manejo. Todo esto motivó un desarrollo complejo donde ocurrió una interacción del gobierno, las universidades de formación médica y los hospitales de enseñanza.

En Reino Unido se inicia un nuevo modelo de psicogeriatría que vincularía la atención primaria, hospitalaria, comunitaria y de larga estancia.

[El Hospital Sagrat Cor y la orden de Las Hermanas Hospitalarias](#)

Este centro forma parte de la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, la cual fue fundada en 1881 por San Benito Menni. Desde entonces, la labor de la Congregación se ha expandido a nivel mundial, y en la actualidad, su labor hospitalaria se encuentra presente en 26 países de Europa, América, Asia y África. Aproximadamente 1.100 religiosas y más de 8.000 colaboradores laicos contribuyen al desarrollo de la misión apostólica de las Hermanas Hospitalarias en todo el mundo. Todos ellos se dedican a proporcionar una atención integral a los pacientes y a las personas acogidas en los diversos centros, abarcando aspectos físicos, mentales, sociales y espirituales.

Las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús establecieron el Hospital Sagrat Cor en 1963. En aquel período, el Instituto Psiquiátrico de Sant Boi presentaba una alta tasa de ocupación, lo que impedía brindar una atención de calidad a los pacientes hospitalizados. Por consiguiente, la Congregación y la Diputación de Barcelona acordaron crear un nuevo centro: el Centro Neuropsiquiátrico Sagrat Cor.

Inicialmente, el hospital era dirigido por un único psiquiatra, el Dr. Alfredo Rego, y ocho Hermanas que brindaban atención a 150 pacientes, exclusivamente mujeres. En pocos meses, el número aumentó a más de 200. Con el paso del tiempo, el hospital incorporó nuevos profesionales médicos y amplió su gama de servicios para incluir pacientes privados y de mutuas. En 1974, se realizó la primera expansión de las instalaciones con la creación de una unidad para la atención de pacientes masculinos. A partir de entonces, el centro se convirtió en mixto, con un total de 400 camas.

En 1981, se iniciaron los servicios de psiquiatría comunitaria y tres años después se firmó un acuerdo con la Diputación Provincial de Lleida, debido al cierre del Hospital Psiquiátrico Provincial, para atender a pacientes de larga estancia.

A partir de la década de 1990, el hospital dejó de ser exclusivamente un centro especializado en salud mental y se adentró en el ámbito sociosanitario. En 1994, la Generalitat de Catalunya planteó crear el primer centro de asistencia para pacientes con problemas de drogodependencia y trastornos mentales graves de manera simultánea. Como resultado de esta iniciativa, en 2001 se estableció la primera Unidad de Patología Dual en toda España, que integra la atención a la enfermedad mental y la adicción a las drogas.

Su misión: “La misión de la Congregación encarna y expresa el carisma de la Hospitalidad en la acogida, asistencia y cuidado especializado y preferente a las personas con enfermedad mental, discapacidad psíquica y física y otras enfermedades, teniendo en cuenta las necesidades y urgencias de cada tiempo y lugar, con preferencia por los más pobres y olvidados.”

De este modo, el Hospital Sagrat Cor ha ido adaptando sus instalaciones y servicios a las necesidades sanitarias y sociales de los pacientes en todo momento. Actualmente brinda servicios especializados en el campo de la salud mental y sociosanitaria a través de su ubicación en Martorell y de más de veinte instalaciones

comunitarias repartidas en las regiones de Alt Penedès, l'Anoia, el Baix Llobregat y el Berguedà. Todos los servicios son de carácter público y brindan servicios de Hospitalización de Agudos, Hospitalización de Subagudos, Unidad de Patología Dual, Área de Rehabilitación, Área de Rehabilitación Intensiva, Área Psicosocial, además ofrece atención en la comunidad con Centros de Salud Mental de Adultos, Centros de Atención y Seguimiento de Drogodependencias (CASD), Programa de Apoyo a la Atención Primaria (PAP), Programa de Atención a los Trastornos Mentales Severos (TMS), Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ), Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), Servicios de Rehabilitación Comunitaria, Hospitales de Día de Adultos, Hospitales de Día de Adolescentes, Plan de Servicios Individualizados (PSI), Programa de Apoyo a Centros de Educación Especial (CEE), Programa de Atención a los Trastornos Graves del Comportamiento (TMG), Programa de Apoyo a las residencias propias y concertadas de la Dirección General de Atención a la Infancia (DGAIA), Hogar con apoyo y Unidad de hospitalización domiciliaria. A nivel de sociosanitario, cuenta con Unidad de Media Estancia, Unidad de Convalecencia, Unidad de Curas Paliativas, Unidad Psicogeriátrica y Unidad de Larga Estancia

Desde la oferta del centro se desarrollan programas destinados a mejorar el funcionamiento mental, la autonomía, la conexión con el medio social y la calidad de vida en tres niveles: programa cognitivo-conductual, programa residencial y programa psicogeriátrico.

Psicogeriatría como Subespecialidad

La psicogeriatría es una disciplina que se enfoca en la búsqueda de una adecuada Salud mental en la población mayor de 65 años de edad, siendo "Salud mental" definida por la OMS como "un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad"(6). Esta situación de bienestar, exige al sistema, el diseño de estrategias para lograr un envejecimiento saludable, enfocándose en el desarrollo del individuo en su entorno y reconociendo que la edad y el sexo influyen en su correcto funcionamiento, además recordando que el individuo se desenvuelve en un ámbito condicionado por la capacidad económica, que le permitirá o no mayor acceso a la salud y a recursos comunitarios al igual que influyen también aspectos como las redes sociales que lo acompañan y los sistemas de apoyo con los que puede contar en un momento de crisis.

Los conceptos clásicos sobre el envejecimiento saludable, según Havigurst, afirmaban que éste se debía basar en una forma de vida socialmente deseable para ese grupo poblacional, donde la actividad continuara siendo necesaria en esta etapa de la vida, así el individuo pudiera experimentar satisfacción con el estado presente de las actividades y roles en los que se desarrollara y disfrutar de sentimientos de satisfacción y felicidad por la propia vida. Es por ello que en la actualidad se

combinan 3 pilares esenciales para su desarrollo como son la salud, el funcionamiento físico y psíquico, y el compromiso con la vida activa(7), todo esto influenciado por situaciones como el deterioro cognitivo y la demencia, trastornos afectivos, problemas de ansiedad, trastornos de personalidad, adicciones, psicosis y las derivadas de la comorbilidad médica.

Por lo tanto, la psicogeriatría busca desarrollar unos parámetros basados en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de patologías que podrían afectar a la población mayor de 65 años, con alcance no solo en dimensiones intrahospitalarias sino con apoyo comunitario.

Para la atención integral de este perfil de pacientes se propone el Modelo de Psicogeriatría basado en 5C donde se observa la paciente desde la complejidad, la cronicidad, la comorbilidad, la continuidad y el contexto.

De esta manera se expone que el paciente es complejo ya que convive en una interacción de diferentes factores asociados a las experiencias de vida, la personalidad, las herramientas para la adaptación a una nueva situación y el propio desarrollo psicológico. Asumiendo que la vejez implica una exposición a situaciones estresantes como son las pérdidas de familiares y amigos, la presencia de diferentes patologías que se superponen, el cambio de roles en la sociedad haciendo a este grupo poblacional más vulnerable, y a pesar de que todo esto puede llevar a la depresión, la cual es la manifestación psicogeriatrica más frecuente, afectará a un porcentaje pequeño de estos pacientes, llevándonos a pensar que de forma individual también influyen otros factores personales que pueden proteger a ciertas personas de padecerla.

También se ha descrito que la vejez se sumerge en un círculo vicioso que implica un estado de inflamación permanente, relacionado con la presencia de patologías de larga evolución, aumentando el riesgo de depresión y sufrimiento prolongado, lo cual puede llevar al deterioro de la funcionalidad y autonomía del individuo, empeorando la evolución de las ya mencionadas patologías crónicas.

Es evidente que esta población arrastra patologías de larga evolución y de forma intercurrente, aparecen nuevas afecciones que tenderán a cronificarse, es así como el clínico se ve retado no solo a iniciar tratamientos, sino a hacer un monitoreo estricto del paciente y realizar modificaciones según los cambios del individuo, integrando otras medidas para el bienestar del paciente, todo esto enfocado en el conocimiento de los síntomas que puedan ser tratables y en cuales permanecerán pero pueden ser modificables.

Entre tanto, cada persona es el reflejo de su propio caminar por la vida, teniendo como base sus costumbres, la capacidad de relacionarse y su papel en la sociedad, ocurriendo un acúmulo de efectos relacionados con sus hábitos de vida, comportamiento, actividad física y desarrollo psicológico.

Es así como la psicogeriatría se posiciona entre contrastes y complejidad (8).

Puesta en contexto

El envejecimiento de la población, un fenómeno irreversible, se caracteriza por el incremento proporcional de individuos de edad avanzada en relación con el total de la población. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística correspondientes a 2022 y citados en el informe del CSIC número 29, los países de Europa con mayor número de personas mayores fueron Alemania (18.1 millones), Italia (13.9 millones), Francia (13.7 millones), seguido de España donde residen aproximadamente 9.3 millones de personas mayores de 65 años, representando el 19,65 % de la población (47.3 millones para el 17/01/22), además el 6% de la población corresponde a octogenarios. Para el 2035, se estima que el porcentaje de personas mayores de 65 años aumentarán a un 26,5%, llegando casi a alcanzar a uno de cada tres habitantes. En el momento de la publicación del Informe del CSIC 18.020 centenarios estaban empadronados en España.

En relación a las características generales de la población española, la esperanza de vida al nacer es de 82,33 años, donde ocurre una feminización de la vejez, donde la cantidad de mujeres (5.2 millones) supera la de hombres (4 millones) en un 30,9%, y 761.021 mayores viven en ámbito rural, la proporción de población mayor que vive en riesgo de pobreza es de 18.8%, y la pensión media de esta población es de 1.085 euros, de los cuales el 49% se dedica al mantenimiento de la propia vivienda (agua, electricidad y otros gastos), el 18% a alimentación y otro 18% a actividades como transporte, comunicación, enseñanza y otros bienes (9).

En la vejez, se observa un aumento en la incidencia y prevalencia de enfermedades degenerativas, las cuales se ven influenciadas significativamente por el factor de riesgo asociado a la larga evolución de otras patologías de presentación en edades más tempranas. En relación a la cronicidad de las enfermedades se observa diferencias entre ambos sexos, donde la artrosis y la depresión son más prevalentes en la mujer, mientras que la bronquitis crónica y la EPOC son en los hombres(9). Estas enfermedades a menudo evolucionan hacia el deterioro de la función. En este sentido, lo que realmente marca la diferencia, con otras etapas de la vida, es la tendencia evolutiva de muchas de estas enfermedades de alta prevalencia en la población anciana a la pérdida de autosuficiencia.

Se estima que al menos un 1% de la población mayor de 65 años se encuentra completamente inmovilizada, mientras que un 6% experimenta limitaciones severas en las actividades de la vida diaria. Además, aproximadamente un 10 % más presenta algún grado de incapacidad moderada, cifras que aumentan significativamente en individuos mayores de 80 años.

Estos hechos inevitables tienen como consecuencia el incremento en el consumo de recursos sanitarios y sociales por parte de las personas de edad avanzada, lo cual se conoce como "Geriatrización de la Medicina", describiéndose que el 58% de las estancias hospitalarias corresponden a pacientes mayores de 65 años, objetivándose en esta población estancias más prolongadas en relación a otros

grupos etarios además causan el 46,7% de las altas hospitalarias(9). Esto se traduce en los siguientes aspectos concretos:

Mayor incidencia de enfermedades, con la frecuente coincidencia de múltiples patologías en un mismo individuo.

Mayor tendencia hacia la cronicidad de las enfermedades.

Mayor prevalencia de situaciones de incapacidad.

Mayor utilización de la Atención Primaria de Salud.

Mayor consumo de fármacos.

Mayor ocupación de camas hospitalarias.

Mayor necesidad de cuidados continuados.

Mayor utilización de recursos sociales.

En relación a la Psicogeriatría, los trastornos neuropsiquiátricos entre los adultos mayores representan el 6,6% de la discapacidad total (AVAD) para este grupo de edad. Aproximadamente el 15% de los adultos de 60 años o más sufren de un trastorno mental.

La prevalencia anual de la población mayor de 65 años, de cursar con trastornos psiquiátricos se representa así: Trastorno de ansiedad 6 a 12%, Demencia 5-10%, Depresión mayor 1-2%, Distimia 2%, abuso/dependencia de alcohol 1%, esquizofrenia 0.3-0.5%, Trastorno Bipolar 0.3%.

¿Por qué hacer una rotación externa en esta subespecialidad?

La necesidad de hacer un estudio profundo en dicha subespecialidad se basa en que el aumento de la población geriátrica en relación con mejores condiciones de la calidad de vida y mejor estado de salud mental y física a lo largo de muchos años, pero es evidente que el paciente añoso es más complejo, implicándole al clínico un gran reto a la hora de la resolución de problemas, vigilando la comorbilidad del paciente, el grado de dependencia y fragilidad, limitaciones sensoriales, interacciones farmacológicas y la posible iatrogenia que sufre.

Patologías como la depresión son muy típicas en estas edades, y lo que es más evidente es que las patologías psiquiátricas en el anciano no siempre tienen presentaciones habituales, las cuales dependen en gran medida del estado cognitivo del individuo, se relacionan con los acontecimientos vitales de la persona (como las pérdidas que afectan progresivamente al individuo y que generan mayor impacto sobre la vejez, también muerte de parientes o amigos, el declive progresivo de la salud, la pérdida de estatus social, etc.) e implican un grado de sufrimiento en el paciente y su familia. Para dichas manifestaciones el abordaje debe hacerse desde un enfoque sindrómico y no específicamente como la manifestación florida de una enfermedad, como ocurre en el paciente más joven, ya que muchas veces puede existir solapamiento de síntomas, todo esto ocurriendo en la vida de un

individuo que es actor en una unidad familiar y social que le puede condicionar su atención(10).

Es así como la OMS hace una propuesta para la enseñanza dentro de esta especialidad, recomendando una educación reglada para profesionales en el área de la salud, pero que exista divulgación del conocimiento a todo aquel con un interés en la materia, incluyendo a cuidadores como posibles receptores de dicho conocimiento, y donde afirman que cada actividad o contacto puede ser un momento importante para la enseñanza de dicho conocimiento a las familias y cuidadores de los pacientes, además se busca que la atención ocurra en ámbitos multidisciplinarios y deberá estar de la mano de la investigación y la autocrítica en los procesos (11).

El estudio a profundidad de esta subespecialidad desde una visión multidisciplinar brinda la oportunidad, a este grupo de edad, para lograr una mejor atención, con la esperanza de obtener un tratamiento adaptado a sus necesidades y perspectivas. En relación al personal en formación, el tener un enfoque de trabajo en equipo, ante la necesidad de la interacción con diferentes profesionales, buscará dar unas herramientas centradas en una correcta evaluación, diagnóstico y tratamiento con el correcto manejo de los recursos(10).

Metas a cumplir por parte de la Unidad Docente

Desde la unidad docente se plantean los objetivos, herramientas a adquirir, habilidades y actitudes que se esperan sean obtenidas en dicha rotación, las cuales cito textualmente del Libro del Residente de Geriátrica, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca, España.

1- Objetivos:

- Adquisición de los conocimientos requeridos.

2- Conocimientos a adquirir:

- Conocimiento de las principales patologías psiquiátricas del anciano, con especial énfasis en la demencia con trastornos de la conducta y en la depresión.
- Conocimiento de los recursos sanitarios, sociales y sociosanitarios, de ingreso y en la comunidad.
- Conocimiento de psicofármacos: indicaciones y efectos secundarios.

3- Habilidades:

- Entrevista psiquiátrica.
- Proceso diagnóstico.
- Manejo de pacientes con trastornos de la conducta.
- Tratamiento no farmacológico y uso de psicofármacos en el anciano.
- Información, consejo y relación con paciente y familia.

- Coordinación con unidades de hospitalización y estructuras sociosanitarias del área.

4- Actitudes:

- Realización de una adecuada valoración geriátrica.
- Detección de los problemas.
- Confección de un plan terapéutico.
- Adecuación en la petición de las exploraciones complementarias.
- Indicación de tratamientos.

La verdadera experiencia

La rotación de Psicogeriatría en el Hospital de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón fue desarrollada durante de 2 meses (Abril y Mayo), donde tuve la oportunidad de tener como tutor al Doctor Paul Ivanov, Psiquiatra Adjunto de la Unidad de Psicogeriatría de la institución.

Durante mi experiencia en el hospital gran parte de la rotación fue dedicada a la Unidad de Psicogeriatría con el Doctor Paul Ivanov, Adjunto de Psiquiatría. También pude asistir a las consultas de Clínica de Demencias y a la zona de Hospitalización en Unidad de convalecencia con el Doctor Luis Gil Yanes, Adjunto de Neurología, participé en Consultas de Neuropsicología con Juan Carlos Cejudo Bolívar, Adjunto de Neuropsicología y en las Sesiones de Terapia Electroconvulsiva.

A nivel académico el Hospital brinda diferentes espacios al personal adjunto y en formación para actualización y debate sobre temas de interés y funcionamiento de las diferentes Unidades de Psiquiatría, de esta manera semanalmente pude hacer parte de todas las actividades así:

- Martes: Reunión de equipo Unidad de Psiquiatría
- Miércoles: Sesión bibliográfica de residentes de diferentes especialidades y disciplinas. (El Hospital cuenta con sus propios Médicos Internos Residentes de Psiquiatría, Enfermeros Internos Residentes de Salud Mental y Psicólogos Internos Residentes además de Médicos Internos Residentes de Psiquiatría y Geriatría asistiendo a hacer sus rotaciones de Psicogeriatría y Patología Dual y Médicos especialistas de Psiquiatría y Geriatría que se encontraban haciendo prácticas del Master de Psicogeriatría)
- Jueves: Sesiones de actualización generales para el personal asistencial del hospital.

Mis presentaciones en el hospital

- 26/04/23 Presentación del artículo “*The neurobiology of apathy in depression and neurocognitive impairment in older adults: a review of epidemiological, clinical, neuropsychological and biological research*” (12)
- 03/05/23 Presentación del tema: “*Ajuste farmacológico en el paciente mayor pluripatológico*” (13–16)

Actividades en Barcelona

- 25/05/23: 27 Jornada de actualización en psicogeriatría

Actividad habitual

- Revisión Historia Clínica Electrónica, Retroalimentación de las novedades de los turnos de tarde y noche, además evaluación de la historia clínica de pacientes de reciente ingreso y pacientes pendientes de ingresar desde consultas externas o desde hospitalización en otras instituciones.
- Pase de Planta: Valoración de los pacientes ingresados, Examen físico y Valoración Geriátrica integral, Entrevista Psicogeriátrica.
- Entrevista familiar: Valoración del entorno familiar y social del paciente con el reconocimiento de tipo de unidad familiar al que pertenece el paciente, necesidades en su red de apoyo, desplazamientos, recursos, gestión del tiempo libre, riesgos de adicciones, reinterrogatorio sobre la situación que motivó al ingreso del paciente.
- Entrevista del paciente y la familia: Exposición de la evolución del paciente, manifestación de acuerdos y compromisos para continuidad del proceso terapéutico.
- Reunión con Trabajadora Social: Puesta al día de búsqueda y gestión de recursos para el paciente y solución de inconvenientes.
- Revisión de tema de interés: Entrevista en Psicogeriatría, Trastornos de Personalidad, El valor de la espiritualidad en la atención del paciente, Esquizofrenia, Depresión, Trastorno Bipolar, Vías dopaminérgicas, Terapia Electroconvulsiva, Uso de fármacos en el paciente geriátrico con patología Psiquiátrica, Manejo del Delirium, Adecuado manejo del paciente con antecedente de Alcoholismo.

Lecciones aprendidas

Terapia electroconvulsiva (TEC):

Es un tratamiento biológico basado en la aplicación de estimulación eléctrica para producir una convulsión generalizada, es un procedimiento eficaz y fiable, con una buena respuesta en depresión mayor con respecto a los antidepresivos orales pero es más usado de forma intrahospitalaria y es más usado como primera elección en pacientes en estados psicóticos con ideas de suicidio o anorexia, además evidencia de catatonía y parkinsonismo. También es utilizado en trastorno bipolar, esquizofrenia y Síndrome neuroléptico maligno (17–19).

Es un procedimiento seguro, especialmente en el paciente geriátrico quien tiene mayor riesgo de toxicidad e interacción medicamentosa, menor tolerancia a diferentes neurolépticos, algunas veces poca respuesta al manejo farmacológico. (17,19). Se ha visto una respuesta rápida y alta tasa de remisión en los pacientes

manejados con TEC, pero no debe abandonarse de forma precipitada si no se ven resultados inmediatos (17).

Se ha establecido su eficacia y seguridad tanto en intervenciones puntuales como en terapias de mantenimiento, con menores tasas de recaída e igual tolerancia al tratamiento psicofarmacológico (19).

Para la realización del procedimiento se hace una valoración multidisciplinaria, donde participarán psiquiatría, su médico tratante y el anestesista, donde se recolectan antecedentes patológicos, presencia de trastornos de personalidad, patologías psiquiátricas, situación neurocognitiva, dependencia, y situación familiar, posteriormente se hará un examen físico completo y se definirá la necesidad de hacer ampliación de estudios pertinentes en relación a la situación particular de cada paciente para definir el tratamiento mas óptimo. Dentro de estas visitas se realizará la entrevista con el paciente y su familia para explicar el procedimiento y despejar dudas sobre el mismo, además se procederá a firmar el consentimiento informado. (17–19)

Como efectos somáticos esperados tras la TEC se encuentran: cefalea, dolor muscular, boca seca, nauseas y cansancio, además se describen alteraciones cognitivas y confusión pero son efectos transitorios y con recuperación completa hasta el estado basal. Se ha evidenciado amnesia anterógrada que resuelve rápidamente y algún grado de alteración en la memoria anterógrada de predominio en recuerdos impersonales que resolverá en un periodo de tiempo más prolongado (17,19)

El aumento del riesgo de mortalidad en pacientes sometidos a TEC ocurre en pacientes con arritmias, infartos cardiacos, insuficiencia cardiaca descompensada, patología valvular severa, malformaciones cerebrovasculares, aneurismas cerebrales, lesiones cerebrales con aumento de la presión intracraneal, infartos o hemorragias cerebrales recientes, EPOC o asma severas, o la presencia de neumonía (17–19)

Puede realizarse en combinación con fármacos por vía oral para mejorar el control y evitar las recidivas tempranas de la sintomatología, pero debe limitarse el uso de benzodiacepinas y otros anticonvulsivantes ya que reducen la eficacia del tratamiento. (19)

Su aplicación puede hacerse 2 a 3 veces por semana y la cantidad de sesiones dependerán de la respuesta del paciente al manejo(19)

[Complejidad social del paciente en Psicogeriatría](#)

Definiéndose relación social como aquella donde un individuo comparte una relación interpersonal y un vínculo con un grupo de personas, además puede medirse como el número de relaciones sociales, que tiene, la frecuencia con la que se contacta con esas personas, que tipo de contacto tiene (teléfono o cara a cara), la diversidad de relaciones que tiene y la reciprocidad de dichas relaciones. Se describe que la variedad de relaciones y sus características particulares hacen una

descripción de la capacidad y herramientas disponibles a la hora de solucionar problemas. (20) Se ha visto que tener gran variedad de relaciones sociales y especialmente en aquellas donde hay un componente de reciprocidad, actúa como factor protector frente al aumento de la morbilidad y se aplica a ambos sexos, aún así se encuentra que las mujeres tienen relaciones más fuertes que los hombres. También se ha visto que quienes tienen un cuidador tienen menor riesgo de muerte, pero también se explica con el deterioro en la realización de actividades instrumentales de la vida diaria y mayor necesidad en los cuidados(21)

Algunos estudios mencionan que el soporte social está relacionado con el estado de salud, la comorbilidad y su evolución, la situación funcional y su recuperación tras un deterioro, riesgo de mortalidad, aparición de depresión, ansiedad y demencia en el paciente mayor, aún así se desconoce el mecanismo y algunos otros estudios no terminan de encontrar una relación entre una adecuada red social y el mayor riesgo de muerte.(20,21)

Además a la hora de realizar un tratamiento, deberán prevalecer los deseos del paciente, respetándose su dignidad y autonomía y finalmente, deberá ajustarse no solo a las necesidades del paciente, sino también a los recursos disponibles.

Tratamiento Farmacológico y no Farmacológico de los diferentes procesos que afectan al paciente.

Recordando que el paciente mayor es especialmente vulnerable a los efectos colaterales de diferentes fármacos, en relación a los cambios propios de la vejez, como el decremento de la funcionalidad del tracto digestivo, que afectará la liberación y absorción del fármaco, donde se observa una limitación de la producción de saliva y formación del bolo alimenticio, asociado a disminución del peristaltismo esofágico y el enlentecimiento en el vaciado gástrico, disminución del ácido clorhídrico, alteraciones en el flujo sanguíneo y alteraciones en las mucosas con limitación de la superficie de absorción. También se ven afectadas posibles zonas de aplicación de medicamentos como la muscular, con disminución de la masa muscular, con mayor riesgo de generar lesiones nerviosas, aumentando el dolor durante la aplicación y generándose una absorción errática gracias a las alteraciones en el gasto cardíaco y al flujo sanguíneo periférico. Es cierto que la distribución de los fármacos que usan transportadores como las proteínas especialmente la albúmina y la alfa 1 proteína ácida además de la hemoglobina, con la caída de las mismas durante la vejez; otro factor importante a tener en cuenta es el cambio en la composición corporal, aumentando la proporción de grasa y disminuyendo el agua lo que generará aumento de la semivida de los fármacos liposolubles y generará mayor concentración en el medio de los medicamentos hidrosolubles. Así mismo se altera el metabolismo con disminución del flujo hepático, y disminución del número de hepatocitos, limitaciones en la acción del citocromo CYP450 y alto riesgo de toxicidad. Finalmente, la reducción en la excreción con el empeoramiento de la función renal, y por consiguiente limitación a la hora de hacer una correcta eliminación de diferentes fármacos por vía urinaria. A nivel de farmacodinamia el paciente mayor se ve muy vulnerable gracias a la reducción de la capacidad fisiológica para la autorregulación, reparación y

adaptación, presentando mayor número de reacciones adversas asociadas a medicamentos, situación que empeora frente a la presencia de polimedicación que sufre este grupo etario.(22,23)

Como primera medida, se describe el tratamiento no farmacológico como el paso inicial para el control de las diferentes alteraciones conductuales de este tipo de pacientes, (24) buscando aportar estabilidad y bienestar al mismo, es así como se hace un manejo basado en los siguientes pilares:

- El espacio donde vive el paciente, donde percibirá confort y bienestar, además seguridad, evitando barreras arquitectónicas, elementos que se puedan manipular o enceres que faciliten las caídas como alfombras. Así mismo es importante una adecuada iluminación, respetando los ciclos circadianos del paciente con luces tenues en la mañana, en los momentos de sueño y en la noche, para evitar momentos de mayor miedo y desorientación y luz de mayor intensidad el resto del día. También se benefician de elementos que faciliten su orientación como calendarios, relojes y carteles que indiquen los lugares de la estancia. Es importante conservar o promover la presencia de fotografías y objetos personales que le permiten al paciente continuar con su vínculo familiar y con su historia de vida.
- La capacidad para el autocuidado, definir qué capacidad tiene el paciente para el autocuidado, conocer sus preferencias y actividades habituales y posteriormente hacer una intervención en ello, de esta manera crear rutinas y secuenciación de las tareas, así fortalecer las actividades que aún puede hacer el mismo paciente y posteriormente ir integrando nuevas actividades a la vida diaria, recordar el pudor del paciente y la posibilidad de incomodidad en la asistencia de ciertas actividades como el momento del aseo, además intentar disminuirlo con una comunicación permanente de las actividades que se le realizarán
- La forma en que se comunica con su ambiente, es importante que el paciente sea tratado por su nombre, con un tono de voz adecuado, procurando estar frente a él, con mensajes sencillos y claros, al hacerle preguntas, estas deberán ser cerradas, es importante evitar discusiones, y si aparece, procure estar calmado, intente cambiar de tema. Recordar que la comunicación no verbal tiene un papel esencial en el paciente mayor. También hay que tener en cuenta la necesidad del uso de prótesis, gafas y audífonos desempeñan un papel trascendental
- El papel que ocupa en su medio social, es imprescindible reconocer el rol que desempeñaba para que el paciente se sienta útil y le permita la conservación de sus capacidades funcionales por más tiempo, además permitirá centrar la atención en actividades productivas (25)

Si la realización de medidas no farmacológicas no son suficientes, deberá complementarse el tratamiento con manejo farmacológico de forma rápida, a las dosis correctas, y conociendo a profundidad los efectos deseados y no deseados esperables durante la administración de dicho medicamento, además deberá

siempre tenerse en mente el paso a seguir en el tratamiento del paciente, ya sea la necesidad de asociación de otro tipo de fármaco o de una terapia de otra índole que le permita hacer una remisión adecuada de los síntomas, buscando así disminuir el impacto negativo a nivel cognitivo y a nivel funcional del paciente.

Es bien sabido que la eficacia y la seguridad de los fármacos usados para el control de los síntomas neuropsiquiátricos en este grupo de edades es limitado, debido a la escasa cantidad de estudios en este ámbito, además por la poca colaboración para este tipo de investigaciones y los seguimientos durante poco tiempo. Por esto es importante dar a conocer al paciente y su familia los beneficios y riesgos frente al uso de los diferentes psicofármacos, diligenciando adecuadamente en la historia clínica su aprobación(26). Es frecuente el uso de medicamentos neurolépticos como antipsicóticos, antidepresivos, anticonvulsivantes y benzodiazepinas para el control de la sintomatología como la agitación, la agresividad, apatía, psicosis, entre otros. Aunque los resultados a largo plazo se ven limitados por los eventos adversos relacionados con el consumo de estos fármacos como síntomas extrapiramidales, sedación, deterioro cognitivo, deterioro funcional, alteraciones electrocardiográficas, alteraciones en electrolitos, hipotensión ortostática, el riesgo de caídas y complicaciones asociadas a estas, eventos cerebrovasculares y muerte súbita. Es por esto que el inicio de alguno de estos medicamentos requerirá un conocimiento amplio de la situación del individuo a tratar, de los beneficios que el medicamento le pueda brindar y finalmente contar con un periodo para monitorización y ajuste de medicamentos según las necesidades del paciente. (24,27). Es bien sabido que las indicaciones aceptadas en ficha técnica para este tipo de fármacos no cubren las necesidades de este tipo de pacientes(26).

Es así como los antipsicóticos hacen parte principal en el tratamiento de los síntomas psicóticos debido a que su manifestación es grave, genera gran sufrimiento al paciente y su familia hay pocas posibilidades de que se resuelvan de forma espontánea. Inicialmente se usaron los antipsicóticos de primera generación, con buena respuesta, pero con alto número de eventos adversos. Es así como gracias a la investigación han llegado los antipsicóticos de segunda generación con adecuada resolución de sintomatología, pero con efectos adversos menores y mejor tolerancia(26).

Se describe que los medicamentos con mayor evidencia para el manejo de síntomas conductuales en relación a la demencia son la risperidona, paliperidona, olanzapina y aripiprazol(24,26). Se recomienda hacer un seguimiento estricto del paciente y hacer un control de los resultados en relación al fármaco tras 2 semanas de toma del medicamento, seguido de un control dentro de las siguientes 4 semanas, continuando con controles cada 2 a 3 meses(26).

En relación al tiempo de duración de este tipo de manejo, se ha visto la necesidad de uso prolongado en el tiempo, pero su retiro y ajustes solo pueden depender de la respuesta y los efectos personales de cada paciente, buscándose desde control de síntomas hasta remisión de los mismos para impactar en la calidad de vida del paciente y su entorno.

Bibliografía

1. Hilton C. Psychogeriatrics in England in the 1950s: greater knowledge with little impact on provision of services. *Hist Psychiatry*. 2016 Mar 18;27(1):3–20.
2. Hilton C. Psychogeriatrics in England: Its Route to Recognition by the Government as a Distinct Medical Specialty, c .1970–89. *Med Hist*. 2016 Apr 14;60(2):206–28.
3. Morley JE. A Brief History of Geriatrics. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004 Nov 1;59(11):1132–52.
4. Rabins P V. The History of Psychogeriatrics in the United States. *Int Psychogeriatr*. 1999;11(4):371–3.
5. Jeste D V. International Psychogeriatrics turns a new page: new editor begins his term. *Int Psychogeriatr*. 2018 Jan 22;30(1):1–3.
6. Sarah Sheppard. <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20salud,aportar%20algo%20a%20su%20comunidad%C2%BB>. 2022. Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático En un nuevo informe de políticas de la OMS se ponen de relieve las medidas que deben adoptar los países.
7. Gómez Montes JF, Curcio Borrero CL. Envejecimiento exitoso, saludable y activo. In: *Salud del anciano*. Primera. 2021. p. 91–102.
8. Sadavoy J. An integrated model for defining the scope of psychogeriatrics: the five Cs. *Int Psychogeriatr*. 2009 Oct 9;21(05):805.
9. Perez Díaz J, Ramiro Fariñas D, Aceituno Nieto P, Muñoz Diaz C, Bueno Lopez C, Ruiz-Santacruz JS, et al. Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos. Madrid; 2022 Sep.
10. Organización Mundial de la Salud & Asociación Mundial de Psiquiatra. PSQUIATRÍA GERIÁTRICA DECLARACIÓN DE CONSENSO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89227/WHO_MNH_MND_96.7_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Ginebra; 1996.
11. Organización Mundial de la Salud & Asociación Mundial de Psiquiatra (WPA). Formación en psiquiatría geriátrica : declaración de consenso. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/89165>. Ginebra; 1998.
12. Steffens DC, Fahed M, Manning KJ, Wang L. The neurobiology of apathy in depression and neurocognitive impairment in older adults: a review of epidemiological, clinical, neuropsychological and biological research. *Transl Psychiatry*. 2022 Dec 26;12(1):525.
13. Portilla Franco ME, Tornero Molina F, Gil Gregorio P. La fragilidad en el anciano con enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2016 Nov;36(6):609–15.
14. Rodríguez-Blanco R, Álvarez-García M, Villalibre-Calderón C, Piña-Ferreras LD, Junquera-Alonso S, Alonso-Lorenzo JC. Evaluación de la actualización de los criterios STOPP-START en atención primaria. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2019 Apr;45(3):180–6.
15. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los

- pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009 Sep;44(5):273–9.
16. Delgado Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez-Castellano C, et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015 Mar;50(2):89–96.
 17. Kerner N, Prudic J. Current electroconvulsive therapy practice and research in the geriatric population. *Neuropsychiatry.* 2014 Feb;4(1):33–54.
 18. Navarro Pablo R, Santamaría Gómez O, Labrador Freire JF, González Garrido S. Terapia electroconvulsiva en el anciano frágil. *Psicogeriatría.* 2012;4(1):51–5.
 19. Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, Rosenbaum JF, Thase ME, Trivedi MH, et al. PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. 3rd ed. American Psychiatric Association., editor. 2010.
 20. Korten AE, Jorm AF, Jiao Z, Letenneur L, Jacomb PA, Henderson AS, et al. Health, cognitive, and psychosocial factors as predictors of mortality in an elderly community sample. *J Epidemiol Community Health (1978).* 1999 Feb 1;53(2):83–8.
 21. Benabarre S, Olivera J, Lorente T, Rodríguez M, Barros-Loscertales A, Pelegrín C, et al. Psychiatric symptoms are not an independent mortality risk factor in community-living elderly people. *Int Psychogeriatr.* 2014 Jun 27;26(6):911–20.
 22. Jordán Bueso J, Garrido Cid MJ, Fernández de Trocóniz Fernández I. Modificaciones farmacocinéticas y farmacológicas en el anciano. In: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, editors. *Tratado de Medicina Geriátrica Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores.* Barcelona, España; 2015. p. 47–55.
 23. Gómez Montes JF, Curcio Borrero CL. *Farmacología del Envejecimiento.* In: Universidad de Caldas, editor. *Salud del Anciano. Primera.* Manizales, Caldas, Colombia; 2021. p. 147–56.
 24. Seitz DP, Gill SS, Herrmann N, Brisbin S, Rapoport MJ, Rines J, et al. Pharmacological treatments for neuropsychiatric symptoms of dementia in long-term care: a systematic review. *Int Psychogeriatr.* 2013 Feb 19;25(2):185–203.
 25. O'Hara K, Cerezal M. Manejo no farmacológico en las alteraciones conductuales. En personas con demencia. . www.matiafundazioa.eus. 2023 Jan;
 26. Sociedad Española de Psicogeriatría. Documento de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre el Uso de Antipsicóticos en Personas de Edad Avanzada.
 27. Ma H, Huang Y, Cong Z, Wang Y, Jiang W, Gao S, et al. The Efficacy and Safety of Atypical Antipsychotics for the Treatment of Dementia: A Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. *Journal of Alzheimer's Disease.* 2014 Sep 16;42(3):915–37.