

# L'envelliment en persones amb trastorn mental sever

Carol Palma<sup>1,2</sup>, Nuria Farriols<sup>1,2</sup>, Cristina Torres<sup>1,2</sup>, María Fernández<sup>2</sup>, Isabel Alonso<sup>2</sup>, Miriam Gregorio<sup>2</sup>, Anna Palacios<sup>2</sup>, Anna Salvador<sup>2</sup>, Álvaro Frías<sup>2</sup> & Josep Cañete<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universitat Ramon Llull

<sup>2</sup> Centre de Salut Mental d'Adults de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme.

Rebut: 1-3-2012

Acceptat: 14-5-2012

## L'envelliment en persones amb trastorn mental sever

**Resum.** *Són moltes les investigacions que han aprofundit en l'estudi de l'esquizofrènia i algunes aporten resultats referents al seu procés d'envelliment. L'objectiu principal d'aquest estudi és descriure alguns aspectes mèdics i de gestió de casos en la població gran afectada de trastorn mental. Un segon objectiu és observar si hi ha un major risc cardiovascular en edat avançada en comparació amb persones de menor edat. Es tracta d'un estudi descriptiu i transversal amb una mostra de 220 subjectes afectats de trastorn mental sever, 33 dels quals sobrepassen els 60 anys. Es van utilitzar els registres sobre les dades mèdiques, clíniques i de funcionament social durant l'any 2011. Entre els resultats principals s'ha trobat una bona adherència al tractament i al seguiment (95,3 % - 90 % respectivament), una bona participació familiar en el tractament (90 %), nivells més elevats de dislipèmies (colesterol 70,6 %; triglicèrids 64,3 %), menor nombre de fumadors (28 %). Les valoracions psicopatològiques no mostren significació estadística respecte al grup més jove ( $p = .468$ ) ni en reingressos ni urgències ( $p = .181$ ; 420 respectivament).*

*Les dades que es presenten en aquest estudi fan èmfasi en la necessitat de tenir cura dels malalts mentals, també en el seu procés d'envelliment, en el qual la fragilitat física i psicosocial s'accentua a nivell de comorbiditat amb altres malalties mèdiques.*

**Paraules clau:** envelliment, trastorn mental sever, malalties mèdiques.

## Ageing in people with severe mental disorder

**Summary.** *Much research has been devoted to the deep study of schizophrenia, with some results being connected with their ageing process. The main aim of this study is to describe some medical and case management aspects in the elderly population with mental disorder. A second aim is to observe whether there is a higher cardiovascular risk in old age in comparison with younger people. This is a descriptive, transversal study with a sample of 220 subjects with severe mental disorder, with 33 of them being older than 60. Records of their medical, clinical and social functioning data in 2011 were used. Among main results, there is good adherence to treatment and follow-up (95.3% - 90%, respectively), good family participation in treatment (90%), higher levels of dyslipidemias (cholesterol 70.6%; triglycerides 64.3%), and lower number of smokers (28%). Psychopathological assessments show no statistical significance in comparison with the younger group ( $p = .468$ ) or in readmissions into hospital or emergency visits ( $p = .181$ ; 420, respectively). Data presented in this study highlight the need to take care of mentally ill people also in their ageing process, when physical and psychosocial frailty is accentuated at the level of comorbidity with other medical diseases.*

**Keywords:** Ageing, severe mental disorder, medical diseases.

### Correspondència

Carol Palma

FPCEE Blanquerna  
Universitat Ramon Llull  
c/ Císter, 34  
08022 Barcelona.  
e-mail: carolinaps@blanquerna.url.edu

### Esquizofrènia: expressió simptomàtica de la malaltia durant l'envelliment

En els darrers quinze anys s'han realitzat nombrosos estudis sobre les característiques i necessitats que s'observen en adults joves i, fins i tot, en els estadis previs a l'eclosió de la malaltia. Pel que respecta a la població adulta i especialment en la població en procés d'envelliment, les investigacions actuals són escasses, resultant força limitada la informació disponible sobre els atributs d'aquest segment de població, sempre creixent. La majoria d'investigacions en malalties de l'espectre psicòtic s'han centrat en adults menors de 65 anys i en els canvis a nivell psicopatològic, neuropsicològic vers la funció social i en salut física, per la qual cosa no poden ser generalitzats en la població en procés d'envelliment (Berry i Barrowclough, 2009).

Els malalts d'esquizofrènia representen, en l'actualitat, el grup més nombrós de persones grans amb malaltia mental i està previst que en els pròxims anys augmenti de manera considerable el nombre de persones majors de 65 anys amb una malaltia mental greu; es calcula que l'any 2030 el percentatge serà equivalent al de malalts d'entre 30 i 44 anys amb malalties similars (Folsom, Lebowitz, Lindamer, Palmer, Patterson i Jeste, 2006).

Es tracta d'una població que presenta un elevat nombre de necessitats respecte a la població jove, necessitats tant clíniques com socials i especialment en aspectes de la vida diària. Aquest fet fa que resulti necessari considerar intervencions i tractaments que s'ajustin al requeriment propi d'aquesta població de malalts. Malgrat que l'esquizofrènia es presenta com un trastorn que cursa amb limitacions funcionals (probablement de deteriorament neurocognitiu, dèficits en l'autocura, en les relacions interpersonals i en les habilitats de la vida diària), en l'actualitat la gran majoria de persones grans amb esquizofrènia viuen de forma força independent en la comunitat (Cohen *et al.*, 2008).

En el curs de l'esquizofrènia, habitualment s'identifiquen símptomes positius i negatius tals com al·lucinacions, deliris, alteracions en el pensament, anhedonia, apatia o aplanament afectiu, per la qual cosa és habitual que els pacients en procés d'envelliment continuïn experimentant la simptomatologia pròpia de l'esquizofrènia però adoptant certa especificitat pròpia de l'edat (Harvey, 2004). En els darrers anys, diversos estudis indiquen que els símptomes positius tendeixen a ser menys severos en la gent gran que en malalts més joves, però els resultats no són tan concloents entorn de la simptomatologia negativa, ja que s'observa que alguns pacients presenten una evident millora, d'altres romanen estables i d'altres presenten, amb l'edat, un augment en la clínica (Berry i Barrowclough, 2009).

### Esquizofrènia: comorbiditat i envelliment

Partint del fet que l'envelliment no és un procés homogeni, freqüentment s'observa una davallada en la salut física associada a la vellesa. En comparació

amb la població sana gran, els pacients amb esquizofrènia presenten una acceleració en el procés d'envelliment i una major i prematura comorbiditat mèdica i mortalitat. L'esperança de vida en persones amb aquest trastorn és d'uns onze anys menys que en la població sana, probablement a causa de l'augment de problemes de salut física i d'un major percentatge de suïcidis (Brown, Barraclough i Inskip, 2000).

Les malalties cardiovasculars, infeccioses, respiratòries, com també la diabetis són més prevalents en malalts mentals crònics, com és el cas de l'esquizofrènia (Dixon *et al.*, 2000). Tot i presentar una major comorbiditat mèdica, alguns estudis apunten que les persones grans amb diagnòstic d'esquizofrènia presenten un alt risc de ser infradiagnosticades entorn de les malalties físiques; aquesta situació probablement s'explica pel reduït nivell de funcionalitat, que limita el reconeixement de símptomes i la transmissió d'aquests als cuidadors o sanitaris, i per la dificultat de valoració dels símptomes físics, per part dels professionals, quan es tracta d'una persona que presenta una malaltia mental, context al qual s'afegeix un estil de vida poc saludable, una baixa educació en salut i, de vegades, situacions vitals de pobresa, elements que, inevitablement, augmenten el risc de malalties somàtiques (Cohen, 2003; Berry, Barrowclough, 2009). En aquesta línia, alguns autors apunten que la mortalitat és aproximadament tres vegades més alta en persones amb esquizofrènia respecte a la població general, però no s'ha trobat consens entorn dels factors directament influents (Karim, Overshott i Burns, 2005; Shoos i Cohen, 2003).

La comorbiditat entre l'esquizofrènia i la depressió, durant l'envelliment, ha estat indicada en nombrosos estudis que mostren una incidència des del 20 fins al 80 % (Cohen *et al.*, 2008; Berry, Barrowclough, 2009), tot i que, val a dir, que ens trobem amb diverses limitacions en la mesura de la clínica depressiva, especialment en referència a la falta de consens en els estudis entorn de la seva definició, com també amb dificultats en la seva avaluació i diferenciació respecte a la simptomatologia negativa (Berry i Barrowclough, 2009).

Encara que s'han trobat pocs estudis en relació als símptomes ansiosos, sembla que aquests correlacionen positivament amb els síndromes depressius, els símptomes positius, el deteriorament funcional i la qualitat de vida. El risc de suïcidi s'associa amb la depressió postpsicòtica, els intents previs de suïcidi, abús de tòxics o la baixa adherència al tractament, si bé la tradició bibliogràfica mostra que el percentatge de suïcidis en pacients amb esquizofrènia disminueix amb l'edat (Berry i Barrowclough, 2009).

En relació als hàbits tòxics, val a dir que els pacients amb esquizofrènia dupliquen la taxa, enfront de la població general, respecte al consum de tabac. Tot i que no s'observa aquesta correlació en el consum d'alcohol o drogues il·legals, hi ha autors que reflexionen respecte al consum de substàncies il·legals, especialment en relació a les futures generacions, que van

cap a un probable augment en la població gran (Karim *et al.*, 2005).

### **Esquizofrènia: deteriorament cognitiu i envelliment**

Entorn del perfil cognoscitiu en l'esquizofrènia, nombrosos estudis confirmen l'existència de cert deteriorament cognitiu en els primers episodis de la malaltia i, fins i tot, s'observen certes dificultats en els estadis premòrbids, dèficits que sembla que acompanyen el malalt al llarg de la vida.

Ara bé, tot i que els dèficits cognitius ja són presents, des de l'inici, amb el diagnòstic, la tradició bibliogràfica referent a l'esquizofrènia en l'envelliment ofereix resultats que disten de l'homogeneïtat, probablement a conseqüència de l'heterogeneïtat que caracteritza aquest trastorn. S'ha observat que, malgrat que la presentació clínica de l'esquizofrènia pot variar al llarg de la malaltia, l'etapa d'envelliment es correspon amb un període d'estabilització o període residual en el qual predomina la clínica negativa i els dèficits cognitius (Silva, Santana, Simoes do Couto, Maroco, Guerreiro i Mendonça, 2009). Si bé això és cert, es troben diferents evolucions entorn del funcionament cognitiu segons si els pacients romanen o no institucionalitzats. S'ha objectivat una acceleració en la deterioració cognitiva global en pacients crònics institucionalitzats, malgrat que resulta difícil determinar si aquests dèficits responen a la malaltia o bé es contextualitzen en una possible demència (Harvey, 2004; Berry, Barrowclough, 2009). Enfront d'aquestes dades, en els darrers anys diversos estudis amb pacients no institucionalitzats perfilen l'existència d'una certa estabilitat en el funcionament cognitiu, malgrat la deterioració intrínseca a l'edat (Cohen, 2003; Folsom *et al.*, 2006). En relació a aquests resultats optimistes trobem limitacions en la metodologia dels estudis, dificultant així la seva generalització, per la qual cosa interessaria seguir aquesta línia i tractar de localitzar aquells factors que podrien contribuir a configurar un patró cognoscitiu estable i incloure'ls en la creació de futures intervencions terapèutiques (Folsom *et al.*, 2006).

### **Esquizofrènia: qualitat de vida, funcionament social i vellesa**

Tradicionalment, quan es fa referència als factors significatius en la presentació de l'esquizofrènia, trobem que el rendiment cognitiu i els símptomes psiquiàtrics són a primera línia, però, en els darrers anys, la literatura valora molt positivament la qualitat de vida com un indicador important en l'avaluació de la malaltia. La importància en la seva inclusió radica entorn del fet que la qualitat de vida permet conèixer la percepció que té el malalt sobre la seva situació biopsicosocial, és a dir, permet, en última instància, conèixer de primera mà quin és l'impacte que la malaltia exerceix en la seva vida i en el propi funcionament global (Fol-

som, Deep, Palmer, Mausbach, Golshan, Cardenas, Patterson, *et al.*, 2009).

Els estudis mostren que els efectes de l'esquizofrènia fan que la Qualitat de vida i la satisfacció vital siguin menors que les de les persones grans sense el diagnòstic (Cohen, 2003; Berry i Barrowclough, 2009), però, malgrat aquests resultats, la majoria de persones amb esquizofrènia valoren satisfactòriament la seva trajectòria vital i la seva qualitat de vida, negant sentir que aquesta sigui pitjor o que hagin tingut més dificultats que altres persones (Cohen, Talavera, Hartung, 1997; Karim, Overshott i Burns, 2005).

En relació al funcionament social, la tradició bibliogràfica mostra discrepància entorn de l'existència o no de canvis en el transcurs vital. Alguns estudis refereixen que, en comparació amb pacients joves, els majors de 65 anys presenten més necessitats i majors dificultats en dominis de la quotidianitat, tals com la comunicació, l'ús del transport, les finances o les compres (Berry i Barrowclough, 2009). D'altres estudis indiquen que aquests dèficits ja són presents en l'eclosió de la malaltia i que en el procés d'envelliment romanen estables (Meesters, 2011). Els estressors vitals exerceixen un gran impacte en la quotidianitat dels pacients amb esquizofrènia. Ja des de les primeres fases de la malaltia, resulta imprescindible comptar amb suport social i, especialment, disposar del suport de la família, pel paper que aquests juguen en l'evolució de la malaltia i, especialment, entorn de les recaigudes i en la recuperació (Berry, Barrowclough, Byrne i Purandare, 2006).

Malgrat les necessitats requerides per aquesta població, tradicionalment s'ha relacionat esquizofrènia i baix funcionament social, associat a una ruptura biogràfica localitzada entre l'adolescència i la primera adultesa, que probablement trenca l'esperada normalitat en el desenvolupament de les normes i habilitats socials. Alguns estudis apunten que els pacients amb esquizofrènia tendeixen a adoptar un menor compromís en els rols socials i a atorgar una valoració baixa a l'ajut percebut en les relacions interpersonals (Berry *et al.*, 2006). Malauradament, és habitual que els pacients amb aquest diagnòstic es trobin poc integrats socialment i presentin grans dificultats en la creació d'una adequada xarxa interpersonal, en la majoria de casos, com a resultat dels efectes que els símptomes tenen entorn de les interaccions socials. Aquests dèficits socials ja es detecten des de les primeres fases de la malaltia i semblen adoptar una major complexitat amb l'edat, afegint-s'hi una dependència física envers els altres.

Aquestes deficiències es localitzen també en l'àmbit familiar; resulta significatiu que el 30 % dels pacients refereixin dificultats en la relació amb familiars (Patterson, Semple, Shaw, Grant, Jeste, 1996). S'han identificat alguns dels estressors en familiars directes dels malalts que poden donar explicació a aquestes dades, objectivant-se, per exemple, les dificultats en l'afrontament i maneig dels símptomes psicòtics, l'exhaustiu acompanyament requerit entorn de les activi-

tats pròpies de la quotidianitat, com també l'impacte emocional que suposa per a la família la sensació de pèrdua progressiva (Berry i Barrowclough, 2009). Aquests resultats condueixen, inevitablement, cap a una realitat que es defineix com a compromesa, en quant trobem que la població gran amb esquizofrènia té una xarxa social pobre.

Aquesta situació envers els malalts d'esquizofrènia resumeix la tendència tradicional en pacients psiquiàtrics crònics, però, en els últims anys, es perfila un canvi de direcció contextualitzat en el major ressò que les intervencions en l'esfera psicosocial han anat adquirint darrerament, fins al punt que, en l'actualitat, configuren una part important del tractament de l'esquizofrènia i s'integren exitosament en els programes d'intervenció terapèutica. Si bé és cert que aquestes intervencions han estat inicialment centralitzades en pacients joves, en els darrers anys està creixent la seva eficàcia en persones grans. Aquest canvi de tendència ve donat per la detecció d'una millora, amb l'edat, en relació a les habilitats socials i a l'ús de les tècniques d'entrenament, ja que els pacients esdevenen més actius i participatius en la seva recuperació i, al mateix temps, desenvolupen una millor socialització amb la família (Folsom *et al.*, 2009). Paral·lelament s'ha observat que, amb el pas dels anys, els membres de la família i de l'entorn immediat aprenen les característiques de la malaltia (Karim *et al.*, 2005). Així, doncs, en aquest context, s'observa aquesta correlació: a major edat, notable millora en la funció psicosocial, menor presència de símptomes psicòtics, menor nombre de recaigudes psiquiàtriques que requereixin hospitalització i millor autogestió. Tanmateix, s'observa que molts adults majors de 65 anys s'adapten, de manera exitosa, a la malaltia i presenten una major autoestima i un augment en el suport social (Folsom *et al.*, 2009). Tot i que la remissió completa és poc habitual, la majoria d'individus amb esquizofrènia milloren de manera significativa la seva qualitat de vida i benestar (Jeste, Wolkowitz i Palmer, 2011).

### Limitacions dels estudis en aquest àmbit

Seguint la tradició empírica fins al moment, observem que tant els pacients joves com els majors de 65 anys afectats d'esquizofrènia requereixen necessitats específiques entorn dels símptomes, funcionament cognitiu i social, suport familiar i social, salut física i, fins i tot, en l'adherència al tractament. Els estudis perfilen alguns canvis, al llarg de la vida, entorn de l'especificitat d'aquestes necessitats, però cal dur a terme una àmplia recerca en aquesta línia.

Els estudis revisats fins al moment presenten limitacions òbvies que comprometen la interpretació d'aquestes dades, tals com l'efecte de *cohort*, és a dir la inclusió, en les investigacions, de persones nascudes en diferents generacions i que, per tant, representen diferents cohorts a nivell psicobiosocial. Tanmateix, s'ha de tenir present el biaix de supervivència, és a dir, els individus més malalts moren joves i els que sobre-

viuen a l'edat adulta són un grup selectiu amb una forta constitució i major resiliència. Per altra banda, els pacients amb esquizofrènia que han experimentat una remissió substancial de la clínica, estan menys disposats a ser identificats i a presentar-se voluntàriament en recerques d'esquizofrènia, fet que pot crear un biaix cap al cantó contrari (Jeste *et al.*, 2011).

Seria interessant de comprovar aquestes divergències, en resultats, entorn dels aspectes físics, cognitius i psicosocials, amb estudis longitudinals i amb l'ús d'una metodologia estandarditzada. Tot i això, és necessari recordar l'heterogeneïtat en l'esquizofrènia, que fa present les dificultats per a establir un patró uniforme entorn de l'envelliment i que té implicacions rellevants en les intervencions, ja que podríem estar davant d'una població amb un gran potencial, la qual, amb una intervenció adequada, conduiria a millores en l'última etapa de la vida.

### Atenció a l'envelliment en persones que pateixen trastorn mental sever

Per a la Salut Mental pública, el trastorn mental sever (TMS) ha esdevingut una prioritat en l'atenció mèdica i psiquiàtrica en els darrers anys. L'atenció a persones que pateixen un TMS, generalment de l'espectre psicòtic, és cada cop més especialitzada i personalitzada. En molts centres de Catalunya es duu a terme mitjançant el programa de Trastorn Mental Sever que el mateix departament de salut promou.

En l'àmbit de la salut mental, el concepte de Trastorn Mental Sever s'utilitza per a fer referència a trastorns mentals greus, de durada perllongada i que comporten un grau variable de discapacitat i disfunció social.

La definició més representativa i que ha assolit un major grau de consens va ser emesa per l'Institut Nacional de Salut Mental dels EUA en 1987 (NIMH, 1987), la qual conté: a) diagnòstic: inclou els trastorns psicòtics (excloent els orgànics) i alguns trastorns de la personalitat; b) durada de la malaltia i del tractament: temps superior a dos anys; c) presència de Discapacitat: originàriament es va determinar per la presència de, com a mínim, tres dels vuit criteris que especificava el NIMH, però que posteriorment es van substituir per l'existència d'una disfunció moderada o severa del funcionament global, mesurada a través del GAF (*Global Assessment of Functioning* APA, 1987), la qual indica una afectació, entre moderada i severa, del funcionament laboral, social i familiar.

El programa de Trastorn Mental Sever pretén desenvolupar un conjunt diversificat d'intervencions i procediments per donar una resposta selectiva, adequada a cada patologia, que inclogui tècniques mèdiques, farmacològiques, psicològiques i socials, i que integri els nivells purament assistencials amb els preventius i rehabilitadors.

El programa vol atendre aspectes de la persona, de la família i de l'entorn social, a través de l'estudi de les necessitats específiques de cada pacient i de la confi-



guració d'un pla terapèutic individualitzat (PTI), el qual serà posat en marxa per equips multidisciplinaris de treball, coordinats per un professional de referència preestablert per a cada cas.

Els objectius terapèutics hauran de reduir, al mínim possible, l'impacte de la malaltia mental, com també afavorir la recuperació de la persona amb TMS perquè pugui aconseguir una forma de vida satisfactòria, malgrat les limitacions que comporta la malaltia.

Així, doncs, la metodologia del programa inclou una sèrie d'intervencions terapèutiques destinades a obtenir un alleugeriment simptomàtic, un augment de l'autonomia personal, una conscienciació del procés patològic i dels propis conflictes, i també a afavorir la integració social i familiar, la creació i el manteniment d'un vincle terapèutic i una millora en la satisfacció de l'usuari i de la família.

L'equip de trastorn mental fa control del tractament farmacològic, del seguiment familiar, del seguiment psicològic, del seguiment psiquiàtric i de la integració comunitària. En aquesta línia, es coordina amb les àrees bàsiques de salut, amb els clubs socials, amb els centres de dia i amb altres recursos comunitaris.

A nivell social i de recursos comunitaris, els adults tenen certes particularitats que cal comentar. Els recursos en Salut Mental en Adults abracen des dels 18 anys fins al final de la vida, i s'utilitzen depenent de la fase de la malaltia i de l'edat de la persona.

Per exemple, no és el mateix tractar un noi diagnosticat d'esquizofrènia, amb 20 anys, que estava estudiant, on l'orientació serà la d'obtenir la formació necessària per a treballar després la integració laboral, que tractar una persona de 60 anys, on l'objectiu no serà la seva incorporació al món laboral, sinó l'obtenció d'algunes prestacions o el fet de poder accedir a un centre per fer activitats d'oci.

Els recursos específics de Salut Mental són per a persones fins a l'edat de 65 anys, i a partir d'aquí els centres, tallers o serveis a gestionar han de ser dins la xarxa de gent gran a nivell normalitzat.

Per això, a l'hora de treballar, fem servir els recursos, tant els específics per a la Salut Mental com d'altres destinats a la gent gran, tenint en compte que parlem de Salut Mental i envelliment.

### Recursos sanitaris a Catalunya

A nivell de recursos sanitaris, per tal de garantir una bona assistència a la població gran, és molt important la coordinació amb les àrees bàsiques de salut, les unitats hospitalàries d'aguts i subaguts, els hospitals de dia i altres unitats sanitàries com el PSI (Programa de Seguiment Individual, adreçat a aquells usuaris que tenen una vinculació insuficient a través dels recursos de salut mental i que requereixen un suport integral i mes individualitzat).

Per altra banda, el centre de salut mental ambulatoria també es coordina amb les unitats de descans familiar (no superior a un mes), les places UAPE (per

ingrés transitori, com a màxim de dos anys de durada, de persones amb diagnòstic psiquiàtric greu, amb gravetat conductual, amb impossibilitat d'atenció per cap altre recurs i amb incapacitat legal) o les places MILLE (d'ingrés per a pacients amb dependència, per als quals, de moment, els recursos de la Comunitat no són suficients. Aquest recurs és també transitori i el seu objectiu és treballar la inserció del pacient a altres recursos alternatius com ara les llars-residència).

### Recursos no sanitaris a Catalunya

Per a gent gran afectada de malaltia mental; també tenim a la nostra disposició recursos per a gent gran sense afectació de malaltia mental, com ara el Programa d'Atenció Domiciliària – Equip de Suport (PADES) (equip especialitzat que dona suport a l'atenció primària en l'àmbit de geriatría i les cures pal·liatives) o el Servei de Rehabilitació Domiciliària concertat amb la Seguretat Social; Serveis de teleassistència pública o de Creu Roja i els Servei de llar residència temporal o permanent per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental.

Per altra banda, si la persona supera els 65 anys, pot accedir a les llars residència per a gent gran, als centres de dia i als casals de gent gran. Els clubs socials estan destinats a malalts mentals de menys de 65 anys, a l'igual que els programes de suport a l'autonomia a la pròpia llar.

Amb els recursos que tenim a la nostra disposició i una bona coordinació que pivota en el Programa de Trastorn Mental Sever, tant per a recursos sanitaris com comunitaris, es pretén garantir el màxim de qualitat de vida i d'autonomia possible per al pacient, que, al cap i a la fi, és un dels aspectes més importants en aquesta franja d'edat (Jeste *et al.*, 2011).

El present treball té com a objectiu descriure alguns aspectes mèdics i de gestió de casos en la població gran afectada de trastorn mental sever, en el context del Programa de Trastorn Mental Sever del Centre de Salut Mental de Mataró (Consorci Sanitari del Maresme). Per altra banda, un segon objectiu és observar si hi ha un major risc cardiovascular i de malalties mèdiques en edat avançada en comparació amb persones de menor edat que també pateixen trastorn mental sever.

### Mètode

#### Disseny i participants

Es tracta d'un estudi descriptiu i transversal amb una mostra de 220 subjectes afectats de trastorn mental sever, 33 dels quals sobrepassen els 60 anys.

#### Instruments

S'han fet servir els registres de control d'infermeria, psiquiatria, psicologia i treball social sobre les dades mèdiques, clíniques i de funcionament social durant

l'any 2011 per tal de recollir i analitzar les variables següents: tipus d'atenció rebuda, serveis rehabilitadors, adherència al tractament farmacològic i al seguiment, hàbits tòxics, algunes dades mèdiques (obesitat, sedentarisme, diabetis, tipus de tractament, dislipèmies, factors de risc cardiovascular, hàbits alimentaris i nombre d'ingressos durant l'últim any) i l'activitat global. Aquesta darrera variable ha estat mesurada amb els següents instruments:

- Escala d'Avaluació de l'Activitat Global EEAG (American Psychiatric Association) (1995). Va ser creada per l'American Psychiatric Association el 1987 per avaluar el nivell de funcionament dels malalts mentals.
- Escala d'Impressió Global CGI (Guy, 1976). Aquesta escala avalua la gravetat i la milloria del quadre a nivell longitudinal.

Per altra banda, també es van recollir algunes dades clíniques sobre la simptomatologia positiva i negativa de l'esquizofrènia amb l'escala PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*, Kay, Fishbein i Opler, 1987).

A nivell de valoració de l'adherència al tractament i al seguiment, es van fer valoracions qualitatives per part del metge de referència i de la infermeria respectivament. Aquesta escala qualitativa valorava el pacient de la manera següent:

- **Adherència al tractament:** a) Abandona la major part dels tractaments (compleix < 40 % de les prescripcions); b) És complidor parcial (40-60 % de les prescripcions); c) Pacient complidor (60-80 % de les prescripcions); d) Pacient molt complidor (> 80 % de les prescripcions).
- **Adherència al seguiment:** a) El pacient acudeix a les visites regularment (molt complidor >80 %); b) El pacient acudeix a la majoria de visites durant l'any (60-80 % complidor); c) El pacient acudeix de forma irregular (30-60 % compliment baix); d) Nul o molt baix compliment (<30 %), a excepció del fet que l'equip realitzi la visita fora del centre (domicili o carrer).

### Procediment

Durant deu anys, l'equip de trastorn mental sever (compost per una psiquiatra, una psicòloga, una treballadora social i una infermera) va recollir les dades clíniques, mèdiques i de funcionament a la comunitat dels pacients en programa de trastorn mental sever. Durant les visites es van administrar (un cop a l'any) les escales esmentades i, al final del 2011, es va procedir a l'anàlisi de les dades. Finalment, l'anàlisi es va realitzar en base als 33 subjectes que sobrepassaven els 60 anys. Malgrat que l'expressió «gent gran» fa referència a persones a partir dels 65 anys, en la malaltia mental greu el deteriorament és més primerenc i treballem a nivell funcional amb recursos i cures, tenint en compte la fragilitat de l'edat ja a partir dels 60 anys.

Es va fer una primera anàlisi descriptiva de la mostra de malalts grans i una segona anàlisi comparativa amb un grup d'edat més jove (<60 anys) per observar

les diferències en les dades clíniques i de risc cardiovascular en ambdós grups.

### Resultats

#### Descripció de dades generals: diagnòstic, tractament i incapacitat

La mostra que conforma el total de participants en el trastorn mental sever va ser de 220. Un 15,5 % (n=33) d'aquesta mostra conformen la població de malalts grans adscrita al programa en el darrer any. El 75,8 % d'aquests presentaven malalties de l'espectre de l'esquizofrènia, el 6 % trastorns afectius (bipolars) i el 18,2 % depressions majors recurrents amb simptomatologia psicòtica. Només un 31,6 % seguia un tractament neurolèptic combinat; la resta seguia un tractament basat en un sol neurolèptic.

La totalitat de la mostra (n=220) comprenia aquests diagnòstics i, a més, alguns trastorns límit de la personalitat i trastorns obsessius-compulsius greus. A nivell de tractament, el total de la mostra seguia un tractament neurolèptic, molts d'ells combinat amb tractaments antidepressius i ansiolítics.

Dels malalts mentals grans, el 22,2 % tenien una incapacitat legal, iniciada o bé per part de la família, o dels serveis socials o del mateix centre de salut mental en casos on no hi havia família.

#### Seguiment psiquiàtric i atenció multidisciplinària

Tots els pacients van rebre un seguiment psiquiàtric continu i un 85 % van ser atesos per la infermeria del centre de salut mental. La resta van ser atesos per la infermeria de l'àrea bàsica de la seva zona de residència, en coordinació amb el centre de salut mental, per tal de facilitar l'adherència al seguiment i la mobilitat dels pacients.

Un 40 % van rebre seguiment per part de treball social, amb l'objectiu de posar en marxa recursos comunitaris o de suport a la llar o la gestió d'ajudes econòmiques; i només un 10 % van rebre assistència a psicologia a nivell individual.

No obstant això, un 15 % dels subjectes de la mostra van participar en grups de pacients a nivell terapèutic durant el darrer any i el 95 % de les famílies van participar en l'atenció individualitzada per part de l'equip. En canvi, cap dels familiars no va participar en grups dirigits directament a aquest col·lectiu, ja que en aquest rang d'edat les famílies optaven per una atenció a les necessitats més específiques.

Per altra banda, un petit percentatge (10 %) van rebre suport del PSI (Programa de Seguiment Individualitzat), que recau sobre la figura d'una infermera comunitària que s'encarrega de treballar objectius concrets d'autonomia, autogestió i adherència al tractament, directament al domicili.

Un petit percentatge de pacients grans (6,6 %) van acudir a serveis rehabilitadors comunitaris (centres de dia i clubs socials bàsicament).

**Taula 1.** Comparació dels paràmetres de salut de persones amb trastorn mental sever de més de 60 anys i de menys de 60 anys

Paràmetre	Grup d'edat	Mitjana	DS	p
Colesterol Total	menors de 60	189.30	40.044	0,013*
	majors de 60	215.72	30.651	
Colesterol LDL	menors de 60	130.12	33.476	0,575
	majors de 60	135.33	24.893	
Triglicèrids	menors de 60	126.22	79.950	0,64
	majors de 60	169.51	73.886	
Pes Kg	menors de 60	80.44	15.864	0,223
	majors de 60	76.42	13.329	
IMC (índex de masa massa corporal)	menors de 60	28.33	5.600	0,797
	majors de 60	28.65	5.354	
Perímetre abdominal	menors de 60	100.21	14.757	0,759
	majors de 60	101.23	15.131	
Pressió arterial sistòlica	menors de 60	118.94	13.343	0,014*
	majors de 60	126.37	18.096	
Pressió arterial diastòlica	menors de 60	77.80	10.189	0,525
	majors de 60	76.44	9.386	
Freqüència cardíaca	menors de 60	85.95	15.609	0,350
	majors de 60	82.84	12.902	

\*Nivell de significació al.05

### Adherència al tractament farmacològic

Segons les valoracions dels metges de referència, el 95,3 % de les persones grans amb malaltia mental presenten una molt bona adherència al tractament i el 90 % d'aquests bona adherència al seguiment.

### Hàbits d'alimentació i paràmetres mèdics

Un 40,7 %, gairebé la meitat, presenten uns bons hàbits de vida i alimentació saludable segons les valoracions d'infermeria. No obstant això, un 34,8 % presenten obesitat, sedentarisme (60 %), nivells de colesterol alterats (70,6 %), especialment el LDL (64,3 %), nivells de triglicèrids alterats (40 %), alteració de la tensió arterial (26,9 %).

A nivell de malalties mèdiques, afortunadament només un 8 % presenten *Diabetis Mellitus*, però, a causa de les dislipèmies descrites, més de la meitat són derivats per control a altres especialitats (60 %).

### Dades clíniques comparatives amb pacients amb trastorn mental sever majors i menors de 60 anys

Respecte als hàbits alimentaris saludables valorats per infermeria, se sap que, en la població de més de 60 anys, una proporció major de persones presenten bons hàbits de vida saludable (11 de 17 vs. 31 de 92) respecte als menors de 60 anys. No obstant això, aquesta proporció major que s'observa no és significativa ( $\chi^2=1,676$ ;  $p=.195$ ).

Respecte als hàbits tabàquics, un 28 % són fumadors i un 9,6 % dels quals també són consumidors d'alcohol. Curiosament, la majoria dels pacients (al voltant del 72 %) no són consumidors de cap substància en l'etapa d'envelliment. La proporció de pacients no fumadors és significativament menor en el grup de gent gran ( $\chi^2=8,256$ ;  $p=.004$ ).

**Taula 2.** Dades de la valoració clínica en la mostra de gent major i menor de 60 anys

Escala de valoració	Grup d'edat	Mitjana	DS	p
EEAG	menors de 60	52.69	12.581	0,636
	majors de 60	55.75	4.349	
CGI	menors de 60	55.81	11.315	0,677
	majors de 60	57.06	7.707	
PANSS	menors de 60	94.48	47.092	0,64
	majors de 60	67.00	93.338	
PANNS-P	menors de 60	23.20	8.865	0,733
	majors de 60	25.50	10.607	
PANNS-N	menors de 60	31.95	10.689	0,756
	majors de 60	29.50	4.95	
PPANNS-PG	menors de 60	55.95	15.271	0,592
	majors de 60	62.00	7.071	

No s'han trobat diferències amb persones afectades més joves respecte al sedentarisme ( $\chi^2=.213$ ;  $p=.644$ ).

En la taula 1 es poden observar les diferències entre les mitjanes en alguns paràmetres de salut que valoren el risc cardiovascular.

Com es pot observar en la taula 1, els únics paràmetres en els quals s'observen diferències és a nivell de tensió sistòlica i de colesterol total i, tenint present la desviació estàndard respecte a la mitjana, la interpretació d'aquesta diferència és bastant relativa.

Pel que fa al tipus de tractament, la majoria fan tractament oral i no hi ha diferències en el format de tractament (oral/injectable) entre ambdós grups d'edat ( $p=.248$ ). Tampoc no s'han trobat diferències en un major ús de recursos d'hospitalització o d'assistència a urgències entre la gent gran i altres edats ( $p=.181$ ;  $p=.420$  respectivament).

Respecte a la valoració clínica, no s'han trobat diferències significatives a nivell de severitat entre la mostra de la població gran i la d'edats menors de 60 anys. El nivell d'activitat global és molt homogeni, encara que una mitjana al voltant de 50 s'interpreta com un nivell d'afectació d'activitat moderat-greu. En aquesta línia es presenten els resultats de la impressió clínica global (vegeu taula 2).

De la mateixa manera s'observa la presència de simptomatologia psicòtica a l'escala positiva, negativa i de psicopatologia general. La comparació amb la població més jove no és significativa, ja que els resultats de la presència simptomàtica tendeixen a certa estabilitat en la població gran. No obstant això, i malgrat que no sigui significatiu, cal remarcar una major puntuació en la PANSS total en la població més jove (encara que la variabilitat mostrada per la desviació estàndard ens faci tenir cautela a l'hora d'interpretar els resultats). Qualitativament, tots els professionals que van valorar la mostra de gent gran van determinar la presència de simptomatologia residual en el 100 % dels subjectes.

### Discussió

La mostra de persones afectades de malaltia mental greu majors de 60 anys analitzada en el present estudi

ens fa veure que la gent d'aquest sector d'edat viu de forma independent a la comunitat, a excepció d'un pacient que ha ingressat aquest darrer any en un recurs de llarga estada per absència d'autonomia i de família de suport. Aquests resultats estan en consonància amb altres estudis (Cohen *et al.*, 2008). Per aquest motiu és tant important el treball amb les famílies, ja que formen part del mateix tractament i de l'abordatge.

En aquest nivell, els nostres resultats posen en evidència com la majoria de famílies (95 %) participen activament en l'assistència psiquiàtrica i psicològica. Aquest aspecte és força important, ja que l'entorn relacional del pacient sol estar bastant deteriorat, pel fet que les deficiències relacionals es manifesten bàsicament en el cercle familiar (Patterson *et al.*, 1996). Per aquest motiu calen intervencions que afavoreixin l'aprenentatge de la caracterització de la malaltia per a garantir patrons de comunicació saludable amb el malalt (Karim *et al.*, 2005).

El nivell d'abordatge és multidisciplinari i en equip, de tal manera que les dificultats per a aconseguir la bona adherència al tractament pròpia de la malaltia, en la població gran, ja han estat força treballades i per això els resultats d'adherència són bastant encoratjadors. En aquesta línia, s'observa que al voltant del 95,3 % de la nostra mostra presenta bons nivells d'adherència al tractament i al seguiment.

Pel que fa als hàbits tabàquics, sobta que només un 28 % dels subjectes siguin fumadors, ja que alguns estudis afirmen que hi ha un augment d'aquest hàbit en gent gran amb malalties mentals (Karim *et al.*, 2005).

Respecte a les dades mèdiques, gairebé la meitat de la nostra mostra presenta bons hàbits d'alimentació, segons la valoració d'infermeria. Aquesta dada contrasta amb la tendència observada per alguns autors respecte al risc de patir malalties mèdiques, incrementat per uns hàbits poc saludables (Cohen, 2003). En la nostra mostra, es pot observar la baixa educació en hàbits de vida saludable, però no és la tendència general. En el Centre de Salut Mental es realitzen tallers per a augmentar aquests hàbits.

Malgrat això, s'han trobat dades de dislipèmies i comorbiditat somàtica alterades en consonància amb altres estudis (Dixon *et al.*, 2000; Karim *et al.*, 2005; Shoos i Cohen, 2003).

En aquest aspecte no s'ha trobat consens entorn dels factors directament influents, però la nostra experiència és que seguir un tractament neurolèptic de forma indefinida i probablement al llarg de la vida, des dels primers anys de la malaltia, que se situen en l'adolescència i en els primers anys de la vida adulta, podria estar relacionat amb algunes de les alteracions a nivell de risc cardiovascular que trobem. En les dades analitzades es troben diferències significatives entre pacients grans i més joves a nivell de colesterol i de pressió arterial. Aquest fenomen passa també en la població general, però hi ha estudis que afirmen que, en la població que pateix malaltia mental, aquests

paràmetres són més elevats (Cohen, 2003; Shoos i Cohen, 2003; Karim *et al.*, 2005). Això no vol dir que les diferències siguin degudes al tractament, però, possiblement, la longevitat dels tractaments està relacionada amb aquesta dada entre altres factors, com ara el sedentarisme, l'obesitat, els hàbits alimentaris etc.

No obstant això, gran part de la nostra mostra (60 %) està fent un seguiment amb altres especialitats mèdiques per controlar aquesta comorbiditat somàtica.

Aquest aspecte és especialment delicat en aquesta franja d'edat, ja que les malalties somàtiques presenten un alt risc de ser *infradiagnosticades* com a malaltia física, ja que moltes de les queixes d'aquests malalts sovint són atribuïdes a la malaltia mental. Això impedeix molt el reconeixement dels símptomes i la derivació (Cohen, 2003).

El fet que s'hagin registrat derivacions del 60 % de la mostra a altres especialitats, ho interpretem com una dada positiva, ja que cada cop anem cap a una assistència coordinada amb altres especialitats i entenem el malalt mental com un ésser *bio-psico-social*. Alhora tenim cura de la seva salut física i intentem prevenir la mortalitat precoç i incrementar la qualitat de vida de les persones. Malgrat aquesta assistència en xarxa i amb la intervenció de tants professionals, les dades deixen entreveure un major ús de recursos d'urgències i d'hospitalitzacions durant l'envelliment. Aquest és un indicador d'una bona qualitat assistencial i cura de la salut a nivell ambulatori i comunitari.

A nivell clínic, les dades d'aquest estudi van molt en la línia d'altres investigacions, ja que els símptomes tendeixen a certa estabilitat i «residualitat» (Silva *et al.*, 2009). No obstant això, alguns estudis indiquen que la simptomatologia positiva tendeix a minvar en l'envelliment; en canvi, en les nostres dades, els resultats no presenten significació estadística respecte a aquest aspecte (Berry i Barrowclough, 2009).

En conclusió, les dades que es presenten en aquest estudi fan èmfasi en la necessitat de tenir cura dels malalts mentals també en la població gran (no solament en les fases inicials de la malaltia), que és on la fragilitat física i psicosocial s'accentua a nivell de comorbiditat amb altres malalties mèdiques. Per tant, afavorir uns bons hàbits de vida saludable i el treball en xarxa amb recursos sanitaris i no-sanitaris es fa imprescindible.

Pel que respecta a les limitacions del disseny de l'estudi, caldria ampliar la mostra de gent gran i incorporar-hi un grup control de persones que no pateixin trastorn mental sever. A més, seria molt útil diferenciar els diagnòstics per tal que fos més específic. Per altra banda, seria necessari incorporar a la instrumentació escales d'adherència al tractament i al seguiment validades en la població espanyola.

## Referències

- American Psychiatric Association (4a. ed.) (1995). Escala de Evaluación de la Actividad Global EEG.



- A *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Berry, K. & Barrowclough, C. (2009). The needs of older adults with schizophrenia. Implications for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 29, 68-76.
- Berry, K., Barrowclough, C., Byrne, J. & Purandare, N. (2006). Coping strategies and social support in old age psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41, 280-4.
- Brown S., Barraclough B. & Inskip, H. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 177, 212-7.
- Cohen, C. (2003). *Schizophrenia into Later Life: Treatment, Research, and Policy*. (2<sup>nd</sup> ed). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Cohen, C., Talavera, N. & Hartung, R. (1997). Predictors of subjective well-being among older, community dwelling persons with schizophrenia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 145-55.
- Cohen, C., Vahia, I., Reyes, P., Diwan, S., Bankole, A., Palekar, N., Kehn, M. & Ramirez, P. (2008). Schizophrenia in later life: clinical symptoms and social well-being. *Psychiatric Services*, 59, 232-234.
- Dixon, L., Wieden, P., Delahanty, J., Goldber, R., Posgrado, L., Lucksted, A. & Lehman, A. (2000). Prevalence and correlates of diabetes in national schizophrenia samples. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 903-12.
- Folsom D., Deep C., W. Palmer, B, T. Mausbach, B., Golshan, S., Cardenas, V., Patterson, T., Kraemer, H., V. & Jeste, D. (2009). Physical and mental health-related quality of life among older people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 108, 207-13.
- Folsom, D., Lebowitz, B., Lindamer, L., Palmer, B., Patterson, T. & Jeste, D. (2006). Schizophrenia in late life: emerging issues. *Dialogues clinical neuroscience*, 8, 45-53.
- Harvey, P. (2004). *Schizophrenia in late life: aging effects on symptoms and course of illness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Jeste, DV. & Lebowitz, BD. (1997). Coming of age. The leifer report, special edition. *Journal of Clinical research*, 8, 39-40.
- Jeste, D., Wolkowitz, O. & Palmer, B. (2011). Divergent trajectories of physical, cognitive, and psychosocial aging in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 451-55.
- Karim, S., Overshott, R. & Burns, A. (2005). Older people with chronic schizophrenia. *Aging and Mental Health*, 9(4), 315-24.
- Kay, S. R., Fiszbein, A. & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-76.
- Meesters, P. (2011). Schizophrenia in later life. Studies on prevalence, phenomenology and care needs. Thesis Dissertation. Netherlands: University of Amsterdam.
- National Institute of Mental Health. (1987). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington DC: NIMH.
- National Institute of Mental Health. (1976). CGI. Clinical Global Impressions. A W.Guy (ed.), *ECDEU Assesment Manual for Psychopramacology*. Maryland: Rev. Ed. Rockville.
- Patterson, T., Semple, S., Shaw, W., Grant, I & Jeste, D. (1996). Researching the caregiver: Family members who care for older psychotic patients. *Psychiatric Annuals*, 26, 772-784.
- Silva, D., Santana, I., Simoes do Couto, F., Maroco, J., Guerreiro, M. & Mendonça, A. (2009). Cognitive deficits in middle-aged and older adults with bipolar disorder and cognitive complaints: comparison with mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 624-631.
- Shoos, R. & Cohen, C. (2003). Medical co-morbidity in older persons with schizophrenia. A C. Cohen, *Schizophrenia into Later Life: Treatment, Research, and Policy*. (2<sup>ED</sup>) (pp. 113-140). Washington DC: American Psychiatric Association.

## Resumen

### El envejecimiento en las personas con trastorno mental severo

Son muchas las investigaciones que han profundizado en el estudio de la esquizofrenia y algunas aportan resultados de personas que están en la tercera edad. El objetivo principal de este estudio es describir algunos aspectos médicos y de gestión de casos en la población mayor afectada de trastorno mental. Un segundo objetivo es observar si hay un mayor riesgo cardiovascular en edad avanzada en comparación con personas de menor edad. Se trata de un estudio descriptivo y transversal con una muestra de 220 sujetos afectados de trastorno mental severo, 33 de los cuales sobrepasan los 60 años. Se utilizaron los registros sobre los datos médicos, clínicas y de funcionamiento social durante el año 2011. Entre los resultados principales se ha encontrado una buena adherencia al tratamiento y al seguimiento (95.3 % - 90 % respectivamente), una buena participación familiar en el tratamiento (90 %), niveles más elevados de dislipemias (colesterol, 70.6 %; triglicéridos, 64.3 %), menor número de fumadores (28 %). Las valoraciones psicopatológicas no muestran significación estadística respecto al grupo más joven ( $p = .468$ ) ni en reingresos ni urgencias ( $p = .181$ ; 420 respectivamente). Los datos que se presentan en este estudio hacen hincapié en la necesidad de cuidar a los enfermos mentales también a la tercera edad, donde la fragilidad física y psicosocial se acentúa a nivel de comorbilidad con otras enfermedades médicas.

**Palabras clave:** tercera edad, trastorno mental severo, enfermedades médicas