



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

Programa de doctorado: Ciencia de la Conducta

TESIS DOCTORAL

**DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN
PARA EL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA EN
PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS**

AUTOR: Álvaro García Soler
DIRECTORA: María Xesús Froján Parga
CODIRECTOR: Unai Díaz Orueta

Madrid, septiembre de 2013

–Uu... uu... uu... –cantó el trovador, y por fin le salieron las palabras–. ¡Locos! ¡Locos! ¡Locos! ¡Estáis todos locos de atar!

Caleb le dio una palmadita suave en el hombro mientras se volvían todos para seguir a su líder.

–Nosotros preferimos la palabra *berserker*, chaval –dijo.

El último héroe.

A Sir Terry Pratchett, por hacer del paso del tiempo un tiempo interesante.

AGRADECIMIENTOS

A pesar de que “Lorem ipsum ad his scripta blandit partiendo...” tiene cierto encanto, es de agradecer ser agradecido. Y siendo así, agradezco:

Lo primero: a todos los usuarios de los centros que han permitido que les observe sin miramientos, que me han tolerado en su residencia, su hogar y en su día a día con sentido del humor y paciencia. Muchas gracias, pues he aprendido mucho sobre las personas y sobre la vida. Igualmente a los profesionales que también han sabido tolerar mi intrusión teóricamente no intrusiva en su labor, pero intrusión al fin y al cabo.

Gracias a mi familia por su apoyo incondicional, madre, padre y hermana, y en especial a Miguel. Le he dedicado a la tesis muchas horas que eran para ti. ¡Te las devolveré, lo prometo!

A mis directores: gracias MX, por la FE que has depositado en mí a lo largo de todos estos años. Y gracias Unai por todo lo que implica ser un amigo y un auténtico *pro*. Rock and Roll!

Gracias Anita, por el apoyo conductual (siempre estás ahí cuando se te necesita) y por tu sobresaliente conocimiento. Gracias lejanas a Montse, también. Sois unas cracks.

Gracias a aquellos que me habéis apoyado y que habéis estado cuando lo necesitaba:

Aitziber, bi garagardo bat behar duzu, eskerrik asko eta muxu haundi batman, eres un pilar en el norte. ¡Así siempre!

Gracias a Raúl, Iker y María. Gracias por compartir un trabajo arduo y hacerlo agradable y divertido.

Gracias Buiza por todo el curro que te he dado, por hacer la investigación en gerontología divertida y orientada a una finalidad honesta y potente.

Gracias al grupo de demencias: Amaia, Carmen, Kike, Javi, Cris y todos los que aportáis para mejorar el trato. Hay que seguir dando caña.

Gracias Gabi por echarme un cable cuando lo he necesitado.

Gracias Iván por tu mumbo-jumbo.

Gracias Jorgeras por el currazo fetén.

Gracias a Mayte Sancho por mover lo inamovible.

Gracias a Gerardo Zamora por abrir puertas que parecían selladas.

Gracias a Elena Urdaneta y Javi Yanguas por darme la oportunidad de trabajar en envejecimiento y por su guía y orientación en este mundo que era nuevo para mí.

Gracias a Ángel Rodríguez por su sistematicidad tenaz.

Gracias a Juan Botella por instarme a la reflexión metodológica.

Gracias a Andrés Losada por ofrecerme un primer paso hasta el presente trabajo.

Gracias a Pura Diaz-Veiga y a Elena del Barrio por ser unas compañeras excelentes y gracias a todos los compañeros de Ingema y Matia con los que he compartido trabajo a lo largo de estos años, gracias por vuestra colaboración.

Gracias a los directores: Ana Orbezo, Marijo Garate y Gurutz Linasasoro por permitirme ser uno más en vuestras residencias y por hacer todo lo posible por mejorar la atención y el trabajo en esos seres mitológicos que son los centros residenciales

Por último, agradecer a todos aquellos grandes con quienes tengo una deuda intelectual (os debo mucho, pero ando un poco escaso de suelto, así que igual lo dejamos como está...) que me han orientado hacia una concepción inteligible del comportamiento humano: Skinner, Kantor, Pavlov, Watson... e igual de grandes, pero más cercanos: MX, Adarraga, Varela, Tonneau, Malott. Así como a los doctores Venkman, Spengler y Stantz por generar en mí el interés por la investigación y por salvar el mundo.

ÍNDICE DE LA TESIS

RESUMEN	1
1 CAPÍTULO I	5
<i>INTRODUCCIÓN</i>	5
1.1 Demencia, Alzheimer y trastornos de comportamiento.	6
1.2 Necesidad de un instrumento orientado a la intervención.....	11
2 CAPÍTULO II.....	15
<i>PROBLEMAS DE CONDUCTA</i>	15
2.1 Terminología y descripción según la literatura	15
2.2 Los problemas de conducta en las personas mayores y su relación con las demencias.	18
2.3 Perfiles diagnósticos y bases biológicas de los problemas de conducta	36
2.4 Relación entre perfiles de personalidad y problemas de comportamiento.	42
3 CAPÍTULO III.....	45
<i>EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA</i>	45
3.1 Estudio en gerontología.....	45
3.2 Historia de la investigación en problemas de conducta: demencia y SPCD....	47
3.3 Técnicas de investigación: registro por medio de códigos de observación y escalas.....	53
3.4 Escalas de apreciación de problemas de comportamiento en geriatría. Una revisión.	54
3.5 Otras escalas relacionadas.	82
3.6 Conclusiones	84
4 CAPÍTULO IV	89
<i>METODOLOGÍA OBSERVACIONAL. REVISIÓN</i>	89
4.1 Metodología de observación	89
4.2 Instrumentos de observación en gerontología.....	93
4.3 Conclusiones	94
5 CAPÍTULO V.....	95
<i>MARCO TEÓRICO DE ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA</i>	95
5.1 Marco teórico	95

5.2 Marco conceptual	98
5.3 Bases funcionales de los problemas de comportamiento.	100
5.4 ¿Por qué es necesario un instrumento como el que se plantea?	112
6 CAPÍTULO VI.	115
<i>ESTUDIO EMPÍRICO 1. Desarrollo de un instrumento de registro de los problemas de conducta en contexto institucional en personas con demencia.</i>	115
6.1 Introducción.....	115
6.2 Método.....	116
6.3 Análisis de datos.....	127
6.4 Resultados	130
6.5 Discusión	148
7 CAPÍTULO VII.	153
<i>ESTUDIO EMPÍRICO 2: estudio funcional de los problemas de conducta de personas diagnosticadas con demencia.</i>	153
7.1 Introducción.....	153
7.2 Participantes	155
7.3 Variables e instrumentos.	156
7.4 Procedimiento.....	157
7.5 Análisis de datos.....	158
7.6 Resultados	159
7.7 Discusión y conclusiones	162
8 CAPÍTULO VIII.....	167
<i>CONCLUSIONES</i>	167
8.1 Estudio 1. Desarrollo de un instrumento observacional de la conducta de personas mayores con demencia en entorno institucional.....	168
8.2 Estudio 2. Relación de los problemas de conducta con los factores ambientales.	170
8.3 Limitaciones y líneas de investigación futuras.....	172
9 ANEXOS:	201
9.1 Anexo 1. Instrumento de registro observacional de los problemas de comportamiento en demencias (IO-BEHOLDER-D) (Instrument for the Observation of the BEHavior of the OLDER with the dementia).	202
9.2 Anexo 2. Esquema de análisis funcional de los problemas de comportamiento	203

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Tabla.I.1. Población que vive en residencias de personas mayores por edades.</i>	9
<i>Tabla I.2. Población que vive en residencias de personas mayores por edades. Comparación entre el censo 2001 y 2011</i>	10
<i>Tabla II.1. Tomada de Cervilla, (2002)</i>	33
<i>Tabla II.2. Alteraciones biológicas relacionadas con problemas conductuales</i>	39
<i>Tabla II.3. Síndrome confusional frente a síntomas psicológicos y conductuales de la demencia</i>	41
<i>Tabla II.4. Características generales y psicométricas de las escalas (ordenación por fecha de publicación).</i>	57
<i>Tabla II.5. Categorías que cubre cada escala.</i>	76
<i>Tabla II.6. Resumen de los grupos de comportamientos que recogen las escalas.</i>	77
<i>Tabla II.7. Resumen de características de las escalas</i>	79
<i>Figura V.1. Representación de los modelos de condicionamiento.</i>	97
<i>Fig V.2. Relaciones entre el modelo de campo, modelos de condicionamiento directo y la gerontología conductual.</i>	100
<i>Fig. V.3. Niveles de análisis.</i>	101
<i>Fig V.4. Factores que influyen sobre la conducta</i>	103
<i>Fig.V.5. Representación del campo comportamental</i>	
<i>Tabla V.6.. Estímulos internos/externos en la evaluación de los problemas de conducta.</i>	105
<i>Tabla VI.6. Descripción de la muestra</i>	116
<i>Fig. VI.2. Guión de entrevista para los profesionales.</i>	117
<i>Fig. VI.3. Distribución de las observaciones. Semana 1</i>	119
<i>Fig. VI.4. Distribución de las observaciones. Semana 2.</i>	120
<i>Tabla VI.1. Recuento y organización de las sesiones de observación por horas salas y centros.</i>	125
<i>Tabla VI.1. (continuación). Recuento y organización de las sesiones de observación por horas salas y centros.</i>	126
<i>Tabla VI.2. Sesiones según tipo de actividad.</i>	127
<i>Tabla VI.3. Sesiones por centro y sección.</i>	127
<i>Tabla VI.4. Muestra de la ponderación utilizada para las categorías ordinales.</i>	129
<i>Tabla VI.5. Acrónimos de las categorías de registro.</i>	132
<i>Tabla VI.6. Acrónimos de las categorías antecedentes y consecuentes</i>	136
<i>Tabla VI.7. Acuerdos interjueces en las categorías antecedentes</i>	140
<i>Tabla VI.8. Acuerdos interjueces en las categorías Consecuentes.</i>	140

<i>Tabla VI.9. Acuerdos interjueces en las categorías Problema.</i>	140
<i>Tabla VI.10. Acuerdos interjueces en las categorías de registro del contexto y ambiente.</i>	141
<i>Tabla VI.11. Resumen del acuerdo obtenido por grupos de categorías.</i>	142
<i>Tabla VI.12. Concordancia por observador, cuando al menos hay un registro de una categoría antecedente verbal por parte de un observador.</i>	142
<i>Tabla VI.13. Concordancia por observador, cuando al menos hay un registro de una categoría antecedente motora por parte de un observador</i>	142
<i>Tabla VI.14. Concordancia por observador, cuando al menos hay un registro de una categoría consecuente verbal por parte de un observador.</i>	142
<i>Tabla VI.15. Concordancia por observador, cuando al menos hay un registro de una categoría consecuente motora por parte de un observador.</i>	144
<i>Tabla VI.16. Concordancia por observador, cuando al menos hay un registro de una categoría consecuente motora por parte de un observador.</i>	144
<i>Tabla VI.17. Concordancia por observador, cuando al menos hay un registro de una categoría consecuente motora por parte de un observador.</i>	144
<i>Tabla VI.18. Porcentaje de acuerdo promedio por cada observador.</i>	
<i>Tabla VI.19. Porcentaje de acuerdo acorde con la ponderación ad hoc y eliminados los acuerdos por omisión.</i>	145
<i>Tabla VI.20. Resumen de porcentaje de acuerdo y kappa en antecedentes y consecuentes.</i>	145
<i>Tabla VI.21. Resumen de porcentaje de acuerdo y kappa en respuestas problema.</i>	146
<i>Tabla VI.22. Características clínicas de la muestra dividida por centros.</i>	147
<i>Tabla VII.1. Características clínicas de la muestra total</i>	154
<i>Fig. VII.1. Frecuencia de los problemas de comportamiento (n=267).</i>	158
<i>Tabla VII.2. Frecuencia de aparición de los problemas según intensidad.</i>	159

RESUMEN

La presente tesis doctoral tiene un doble objetivo: por un lado, el desarrollo de un instrumento de observación por medio de un sistema de categorías para el registro de los problemas de conducta en demencias en contexto institucional y por otro, su aplicación para el estudio de las relaciones funcionales entre ambiente y las respuestas problema. La tesis, de esta manera, busca abordar un aspecto teórico y metodológico de los problemas de conducta en personas mayores con demencias, pero también desarrollar un instrumento que sea útil y práctico en el día a día del trabajo en residencias. Los problemas de conducta en las residencias son un problema frecuente que conlleva una serie de consecuencias negativas para el propio usuario del centro, los trabajadores, familiares, otros usuarios y para el sistema sanitario en general. La evaluación de los problemas de conducta en personas con demencia es un factor clave en el desarrollo y aplicación de intervenciones eficaces, para poder evaluar el cambio en la persona y consiguientemente, el efecto de la intervención. La tesis desarrolla el estudio histórico, las bases biológicas y funcionales y los medios de evaluación actuales de los problemas de conducta, presentando una propuesta de instrumento y analizando las relaciones entre ambiente y respuestas recogidas por medio de este instrumento.

El primer capítulo se orienta a la descripción de los problemas de conducta a nivel estadístico en la población, sus relaciones con la demencia y el contexto institucional de las residencias. En los capítulos dos, tres y cuatro se detallan los tipos de problemas más frecuentes en demencias, los modelos de conocimiento y las disciplinas que han afrontado históricamente su evaluación, así como sus principales propuestas metodológicas a nivel de procedimiento e instrumentos. El capítulo cinco expone el marco teórico y conceptual que engloba el trabajo dentro del modelo de campo interconductual.

La segunda parte de la tesis se compone de dos estudios empíricos cuyo objetivo es, respectivamente, desarrollar el sistema de categorías y comprobar su fiabilidad y validez para la observación de los problemas de conducta en demencias, y describir las relaciones entre el ambiente y las respuestas problema de los participantes obtenidos

tras la aplicación del instrumento. Los resultados obtenidos en los estudios apuntan a la utilidad de un instrumento de observación de la conducta con base en el análisis funcional y a la existencia de relaciones entre el ambiente y el desarrollo de respuestas problema en contexto residencial. El estudio busca aunar la investigación y la práctica por medio del uso de instrumentos coherentes con un modelo conductual que permita la intervención con base en los principios de aprendizaje.

1 CAPÍTULO I.

INTRODUCCIÓN

La demencia se considera un síndrome: conjunto de síntomas característicos de una enfermedad o conjunto de fenómenos que caracterizan una situación determinada. Ateniéndonos a la segunda acepción, la situación determinada en el caso que nos atañe sería la de una persona, generalmente mayor de 65 años, como unidad biológica y conductual que interactúa en un entorno residencial y cuyo conjunto de fenómenos característico está asociado a desviaciones de la norma social que, a grandes rasgos, resulta inadecuado o peligroso tanto para los demás como para la misma persona. Dentro de este conjunto de fenómenos se encontrarían los problemas de conducta. Una definición más acorde con los modelos imperantes en el estudio de los problemas de comportamiento en demencia sería la propuesta por Finkel (2000) en el número especial de la revista *International Psychogeriatrics*, desarrollado a raíz de la reunión para el consenso acerca de los Síntomas Psicológicos y Comportamentales de la Demencia (SPCD): “un término usado para describir un rango heterogéneo de reacciones psicológicas, síntomas psiquiátricos y comportamientos que ocurren en personas con demencia de cualquier etiología”.

Las desviaciones previamente enunciadas, encuadradas en el rango heterogéneo señalado por Finkel, suelen ser: cambios biológicos y cambios conductuales entre los que existe cierta relación y cuya interacción con el ambiente requiere de algún tipo de intervención acorde con el marco legal y moral establecido. Existe gran cantidad de estudios cuyo objetivo es, en segunda instancia, describir y predecir los cambios en los niveles biológico y conductual, con el objetivo, en primera instancia, de intervenir en la persona (tradicionalmente de manera farmacológica, aunque también se están estableciendo otras intervenciones, más conocidas en el campo por su definición por oposición a ésta como: intervenciones no farmacológicas). El presente estudio, sin embargo, se centra en la descripción de las relaciones de estas desviaciones de la norma

respecto a una situación determinada, cuyo conjunto interactivo conforma, a diferentes niveles, un problema.

El presente capítulo expone los conceptos generales que se van a abordar a lo largo del trabajo para enmarcar el estudio. Se describe el concepto de demencia y sus principales causas como trasfondo general para estudiar los trastornos de comportamiento. A continuación se presentan datos epidemiológicos y se encuadra el estudio en el contexto español dadas sus características específicas en el ámbito de los sistemas de salud y en el caso residencial.

1.1 Demencia, Alzheimer y trastornos de comportamiento.

La demencia es un fenómeno complejo, que se describe de múltiples maneras. De acuerdo con Yanguas et al. (2006), las diferentes sociedades científicas han creado sus propios criterios diagnósticos, no siempre coincidentes, causando confusión conceptual y terminológica. Entre estos, los más utilizados son: los criterios del DSM IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, texto revisado, 1994, 2002) y del CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades, 10ª versión [ICD-10], 1992), siendo los primeros más orientados al diagnóstico clínico y los segundos al estudio epidemiológico (García y Olazarán, 2002) por medio de la adscripción de un caso a una categoría clínica compuesta por distintas subcategorías de inclusión/exclusión.

La demencia, según las definiciones de consenso de la American Psychiatric Association por medio de las sucesivas versiones del DSM (DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV y DSM-IV-TR), se considera primariamente como un trastorno clínico (eje I) en el grupo de “Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos” y se caracteriza por: “el desarrollo de múltiples déficit cognoscitivos (que incluyen el deterioro de la memoria) que se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, a los efectos persistentes de una sustancia o a múltiples etiologías”. Dentro de éste grupo se proponen diferentes agrupaciones de síntomas para el diagnóstico: demencia tipo Alzheimer, demencia vascular, asociada a Parkinson, por traumatismo craneal, debida a enfermedad de Huntington, Pick, por cuerpos de Lewy, Creutzfeld-Jakob, frontotemporal, por VIH, debida a otras enfermedades médicas, inducida por el consumo persistente de sustancias, demencia debida a etiologías múltiples y demencia no especificada (American Psychiatric Association, 2002) y se diagnostica acorde con la etiología si se cumplen los criterios

establecidos de inclusión o exclusión. En el caso de la enfermedad de Alzheimer (la causa más frecuente de demencia) los síntomas son: apraxia, agnosia, afasia, alteración de la ejecución, deterioro de la actividad laboral, inicio gradual y no deberse a otras enfermedades. Dentro de esta categorización de demencia y según la etiología se describen dos subtipos: con presencia o no de trastornos de comportamiento. (International Psychogeriatric Association, 2002), sin embargo, el manual solamente menciona como ejemplos: andar sin rumbo y agitación, sin ninguna descripción adicional de lo que es un fenómeno más complejo y heterogéneo.

A pesar de que para cada tipo de demencia hay varias asociaciones que proponen su propio consenso, por ejemplo para la demencia vascular: *Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers* [ADDTC] (Wetterling, Kanitz, y Borgis, 1996), *National Institute of Neurological Disorders and Stroke–Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences* [NINDS-AIREN] (Pohjasvaara, Mäntylä, Ylikoski, Kaste, y Erkinjuntti, 2000) los criterios propuestos suelen coincidir en varios puntos: deterioro de la memoria, deterioro de actividad cognitiva, deterioro motor, y deterioro de la actividad diaria. Sin embargo no suelen considerar los trastornos del comportamiento como parte integral, sino como parte adicional. En nuestro caso, nos atenemos a la vinculación entre demencia y trastornos del comportamiento, patente en la literatura (Levy y Chelune, 2007; Margallo-Lana et al., 2001; Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz, y Muñiz-Schwochert, 2012) hasta el punto de incluir el mencionado apartado diagnóstico de la aparición de trastornos en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002) y las propuestas para incluir el término SPCD en la siguiente versión de DSM (Caine, Porsteinsson, Lyness, y First, 2000).

Según los estudios, el Alzheimer es la principal causa de demencia (Formiga, Robles, y Fort, 2009) y, sin ser la única, pasaremos a tenerlo en cuenta especialmente con fines de descripción estadística del síndrome que se va a tratar por ser también la más estudiada. No obstante, nos referiremos normalmente a la demencia como un síndrome que independientemente de su etiología causa problemas a la persona y/o al entorno. En una reciente revisión se estima que la prevalencia de la demencia en Europa es de 5,78% de las personas mayores de 65 años (Prince et al., 2013). En nuestro país se han llevado a cabo varios estudios en los cuales se observan notables diferencias en la prevalencia de demencia en sujetos mayores la citada edad. Es frecuente que los estudios de prevalencia en el mismo contexto varíen sus cifras dependiendo de la

definición de demencia que utilicen, los instrumentos de evaluación o la selección de la muestra. La prevalencia de demencia en personas mayores en España no se ha estudiado a nivel nacional, sino en varias regiones, como por ejemplo el estudio Toledo (García-García et al., 2001) o el desarrollado en el País Vasco (Fernández et al., 2008). Según una revisión de los estudios realizados durante 20 años en 9 zonas geográficas españolas la prevalencia oscilaba entre 3,5% en Bidasoa y 17,2% en Pamplona (Pedro-Cuesta et al., 2009) y tiende a ser aún mayor a medida que aumenta la edad.

Los problemas de conducta son frecuentes en las personas con demencia y se estima que entre un 70% y un 90% los presentan (Balestreri, Grossberg, y Grossberg, 2000; Margallo-Lana et al., 2001), ocurriendo en más de la mitad de los usuarios de entornos clínicos y hasta 95% en hospitalización a largo plazo (García-Alberca, Lara, y M. Berthier, 2010). Ateniéndonos a estas cifras, podríamos decir que cerca de 600.000 personas están diagnosticadas de demencia (Pedro-Cuesta et al., 2009) y entre 420.000 y 540.000 presentan problemas de comportamiento en España. Podemos inferir, además, que el conocido envejecimiento de la población se verá acompañado del incremento de esta cifra en años venideros (Formiga et al., 2009).

Con el transcurso del tiempo las personas con demencia pueden alcanzar un deterioro que les impida seguir manejándose por sí mismas, requiriendo desde una supervisión ligera hasta cuidados para las actividades más básicas. Las razones de la institucionalización de una persona en una residencia son complejas y de índole multicausal, aunque uno de los principales predictores parece ser la presencia de trastornos de comportamiento (Burns y Rabins, 2000; Prince et al., 2012). Si bien un reciente estudio en nuestro ámbito considera que la institucionalización se puede plantear tempranamente en el desarrollo de la demencia y los problemas de comportamiento puedan no ser causa suficiente para la internalización del familiar, (López, Losada, Romero-Moreno, Márquez-González, y Martínez-Martín, 2012), los comportamientos problemáticos son considerados, según uno de los modelos más frecuentemente utilizados en el campo del cuidado de personas con demencia, el modelo de estrés adaptado al cuidado de Knight (Márquez y Losada, 2009), como un estresor externo que interactúa con otras variables (edad, sexo, estatus marital, relación familiar, deterioro cognitivo, etc.) produciendo malestar psicológico y físico (Burns y Rabins, 2000; Losada, Márquez-González, Peñacoba, Gallagher-Thompson, y Knight, 2007). Acorde con los anteriores estudios, los problemas de conducta podrían ser un

disparador (o discriminativo) de la institucionalización del familiar, cuando se ha decidido tempranamente que ante el empeoramiento del familiar se realizaría el ingreso. Esto no sería así en alguien cuya idea de la institucionalización fuera más aversiva (culpa, tristeza, sensación de abandono, etc.) que el propio cuidado del familiar con problemas conductuales. A nivel estadístico, varios estudios señalan que comportamientos como deambulación, agresión, depresión, agitación y ansiedad tienen relación con las respuestas de ansiedad del cuidador (Burns y Rabins, *op. cit.*; Neil y Bowie, 2008; Ward, Opie, y O'Connor, 2003) y esto a su vez está relacionado con la institucionalización del familiar (Balestreri et al., 2000; Yaffe et al., 2002).

Según el *Informe 2010. Las personas mayores en España* (Imsero. Observatorio de Personas Mayores, 2012), existían en España 5.177 centros residenciales con un total de 335.380 plazas. Estas residencias atendían a 248.000 personas mayores cuyas características sociodemográficas se caracterizan por un predominio de personas de edad avanzadas (67%) de sexo femenino, así como de personas en situación de dependencia (65%). La edad media del usuario se estima en 83 años, situándose la edad de ingreso por encima de los 75 años. Según una fuente más actualizada, acorde con los datos de obtenidos en el censo de la población y viviendas publicados por el Instituto Nacional de Estadística (2013), en 2011 había 270.286 personas viviendo en residencias de personas mayores, la gran mayoría de ese colectivo tenía 65 o más años, cerca del 3,3% de la población de 65 y más años, una proporción que se ha duplicado desde el año 2001 (Abellán, 2013).

Tabla.I.1. Población que vive en residencias de personas mayores por edades (figura extraída del INE, notas de prensa, 2013).

	Total	Hombres	Mujeres	% Hombres	% Mujeres	Relación mujeres/hombres
Todas las edades	270.286	84.913	185.373	31,4%	68,6%	2,18
menos de 65	10.060	5.865	4.196	2,2%	1,6%	0,72
65-69	10.376	5.608	4.768	2,1%	1,8%	0,85
70-74	16.623	7.889	8.734	2,9%	3,2%	1,11
75-79	36.349	14.701	21.648	5,4%	8,0%	1,47
80-84	62.200	19.316	42.883	7,1%	15,9%	2,22
85-89	75.025	19.982	55.043	7,4%	20,4%	2,75
90-94	43.049	8.770	34.279	3,2%	12,7%	3,91
95-99	14.125	2.475	11.650	0,9%	4,3%	4,71
100 o más	2.480	307	2.172	0,1%	0,8%	7,07

Estas cifras indican que los centros residenciales en la actualidad acogen a un gran número de personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Gran parte de esta población estaría compuesta por mujeres: 68,6% mujeres y 31,4% hombres, siendo la relación entre 2,2 y 7,07 mujeres por cada hombre a partir de los 80 años.

Las proyecciones del incremento del porcentaje de personas mayores de 65 años van desde el 17,2% de la población española en 2011 a un 31,9% en 2049. Asimismo, se espera un incremento del número de personas con demencia de 27% hasta el año 2020, del 70% en el 2030 y que se triplique en el 2050 (Martí, 2006). Aunque con un usuario objetivo más general, se puede observar en la siguiente figura el incremento relativo en un período de 10 años sobre personas residentes en establecimientos colectivos.

Tabla I.2. Población que vive en residencias de personas mayores por edades. Comparación entre el censo 2001 y 2011 (figura extraída del INE, notas de prensa).

	Censo 2001	Censo 2011	Incremento absoluto 2001-2011	Incremento relativo (%)
TOTAL	233.347	444.101	210.754	90,3%
Hombres	86.063	204.435	118.372	137,54%
Mujeres	147.284	239.666	92.382	62,72%

Las cifras de demencia en las residencias también varían según los diferentes estudios. Varios estudios en entorno americano señalan que la demencia está presente entre el 45% y 60% de las personas en residencias. Si extrapolásemos las cifras a nuestro país, esto rondaría entre 200.000 y 260.000 personas con demencia viviendo en residencias en España.

Acorde con el incremento de la población residente y con el cambio de los valores sociales, el ámbito residencial también se modifica. Desde lo que era, según Leturia y Yanguas (1999): un centro polivalente de carácter sociosanitario basado en un modelo de intervención psicosocial, en el que convive un colectivo que, aunque heterogéneo, presenta una serie de características comunes: situaciones de dependencia y fragilidad, polimorbilidad, falta de recursos económicos y apoyo social; hacia un modelo de atención centrado en la persona (Díaz-Veiga y Sancho, 2012; Martínez, 2011). Estos

centros evolucionaron desde la connotación caritativa y asilar a una concepción hotelera centrada en los servicios y manutención, posteriormente, con el aumento de edad media de los residentes y la polimorbilidad, a una concepción hospitalaria-sociosanitaria y en la actualidad el cambio hacia el modelo imperante se orienta hacia convertirse en una extensión del hogar con servicios especializados (Díaz-Veiga y Sancho, 2012; Leturia y Yanguas, 1999; Martínez, 2011).

El desarrollar demencia y, con alta probabilidad, trastornos de comportamiento tiene innumerables implicaciones a nivel personal, familiar, social y económico. Al margen de los aspectos personales, la demencia y los trastornos de comportamiento suponen un problema económico. En un primer momento, a nivel familiar (gastos de cuidado, aumento de polimorbilidad del cuidador, abandono del trabajo en pro del cuidado) y en un segundo momento, con relación al gasto social.

Se ha constatado que los costes económicos asociados al cuidado de las demencias a nivel social son muy elevados. En Europa occidental se estima que los costes son cercanos a 160 mil millones de euros, de los que cerca de un 40% son costes asociados al cuidado informal (World Health Organization, 2012). Los trastornos de comportamiento suponen, en entorno institucional, un aumento de la intensidad de cuidado, con el consiguiente aumento de los gastos asociados (Kolanowski, 2006; Olazarán-Rodríguez et al., 2012). El control de los problemas de comportamiento de incluso pequeños porcentajes de la población de usuarios de residencia tendría importantes implicaciones económicas (O'Brien, Shomphe, y Caro, 2000).

1.2 Necesidad de un instrumento orientado a la intervención

Siguiendo las tendencias de crecimiento que experimenta la población mayor, el aumento en prevalencia de demencias y el número de personas que ingresan en residencias anualmente, se puede inferir que el número de personas mayores que ingresarán en entornos residenciales aumentará en los próximos años, siendo prioritario el establecer las medidas necesarias para asegurar la calidad de vida de estas personas. Dada la alta prevalencia de problemas de comportamiento asociados a la demencia en los centros residenciales y las implicaciones a nivel personal, social y económico, surge la necesidad de desarrollar medidas e intervenciones que permitan cambiar esta situación.

Actualmente en los campos de la geriatría y gerontología se ha desterrado la concepción inmovilista del ser humano de que llegada cierta edad las personas debido al declive no cambian y no pueden aprender (Fernández-Ballesteros, 2008). Más específicamente, con respecto al deterioro producido por la demencia, se considera que existe posibilidad de cambio a varios niveles: la plasticidad neuronal (Zamarrón, Tárraga, y Fernández-Ballesteros, 2008), los estudios sobre reserva cognitiva (Díaz-Orueta, Buiza, y Yanguas, 2010), o las aplicaciones del análisis y modificación de conducta (Burgio y Kowalkowski, 2011; Trahan, Kahng, Fisher, y Hausman, 2011) son, por poner algunos ejemplos del campo, grandes ramas de investigación que aportan evidencias del potencial de cambio de la persona incluso en fases avanzadas de la demencia.

De acuerdo con el informe *Science of Behavior Change* producido en la reunión de Maryland (2009), promovida por el *National Institute of Health*.

Aunque se ha hecho un progreso substancial y se han llevado a cabo muchas intervenciones conductuales, todavía quedan muchos retos para los investigadores y los dirigentes políticos. No hay duda de que producir el cambio de comportamiento es difícil y a menudo requiere de intervenciones complejas e intensivas que son un reto para el actual sistema de salud (p.7).

Que el cambio conductual sea complejo de obtener debería ser un reto y no un impedimento en el estudio para que se desarrollen intervenciones que aumenten la calidad de vida de las personas. El reto parece estar pues, en que la balanza costes/beneficios permita este desarrollo. La metodología conductual para el cambio de conducta en las personas mayores con demencia se utiliza, como veremos más adelante, de acuerdo con el modelo de gerontología conductual. El cambio comportamental, o aprendizaje, se nutre de la modificación de variables en interacción, luego la identificación de estas variables se presenta como un objetivo básico y necesario para el cambio conductual orientado. Como se discutirá en profundidad en posteriores capítulos, aunque la instrumentación para estas medidas es muy amplia llegando a existir más de 100 instrumentos de medida de los trastornos de comportamiento (Zaudig, 1996), no hay ninguno que identifique de modo estandarizado la relación de la conducta de la persona con el contexto. Según Katz (2000):

Los métodos de catacterización de los SPCD consideran la cualidad de los síntomas junto con la frecuencia, intensidad y en algunos instrumentos su

impacto en el cuidador o el ambiente. Aunque han existido avances relevantes en nuestro entendimiento de estos síntomas y su tratamiento, un parámetro clave, *contingencia ambiental*, ha sido largamente ignorado en la catacterización de los síntomas, la planificación de tratamientos y la evaluación de la respuesta (p.119).

Así como hay gran variedad de escalas cuyo objetivo de medida y criterios están establecidos de un modo estandarizado, los instrumentos de registro son algo más bien “artesanal”. El método más utilizado históricamente para describir la conducta en situaciones naturales es el narrativo-aneecdótico (Anguera, 1991). Muchos manuales de análisis y modificación de conducta proponen registros vacíos A-B-C (Perrin, 1996) para rellenar a mano redactando el comportamiento y para facilitar la aplicación del análisis funcional, sin embargo no existen, hasta nuestro conocimiento, instrumentos estandarizados de análisis funcional con sistemas de categorías ya establecidos, de manera que se puedan utilizar en centros residenciales con usuarios con demencia, acorde con los problemas que más frecuentemente suceden. En este estudio se enfatizará la importancia de instrumentos de medida observacionales, adaptados a los centros que permitan el poder identificar, manejar, modificar, controlar los factores conductuales que disminuyen la calidad de vida y de trabajo de usuarios y profesionales.

2 CAPÍTULO II.

PROBLEMAS DE CONDUCTA

Se han presentado los problemas de conducta desde el punto de vista demográfico, su vinculación con la demencia y una estimación hipotética del número casos en los años venideros, acorde con el envejecimiento de la población. En este capítulo se presentan los problemas de conducta con mayor detalle. Dado que el término de problemas de conducta abarca un amplio rango de comportamientos, y otros términos diferentes acuñados por modelos afines pueden contemplar los mismos fenómenos, el capítulo comienza con la discusión de las distintas terminologías para establecer un punto de partida conceptual que guíe el desarrollo del estudio. Una vez establecida esta base se describen, acorde con la definición, aquellos problemas de conducta más frecuentes en la literatura, sus posibles causas, su funcionamiento y dinámica y su localización. Entre los modelos que estudian los problemas de conducta en demencias, la geriatría como disciplina médica y la neuropsicología estudian los problemas de conducta estableciendo un diagnóstico que los vincula con su base biológica, mientras que la gerontología conductual lo hace por medio del análisis funcional de la conducta. Por último, el capítulo presenta las relaciones que se establecen entre los rasgos de personalidad y los distintos desarrollos de los problemas de conducta.

2.1 Terminología y descripción según la literatura

Al igual que sucede con otros muchos términos en Psicología, la pluralidad y la confusión terminológica están presentes en el campo de los problemas de conducta. Dadas estas circunstancias, la Asociación Internacional de Psicogeriatría (International Psychogeriatric Association, IPA en adelante), entre otros colectivos (clínicos, investigadores, cuidadores, agencias de gobierno, grupos industriales, etc.) comienza a

contemplar la necesidad de determinar las causas, la manera de evaluación y tratamiento de los trastornos del comportamiento. En el año 1996 tiene lugar el “*First International Consensus Conference on Behavioral Disturbances of Dementia*” (Lansdowne, Virginia) organizado por la *International Psychogeriatrics Association* cuyos temas de interés son los por entonces llamados “síntomas de demencia”: agresión física, delirios, deambulación, que resultan en la institucionalización prematura, sufrimiento emocional de los pacientes y cuidadores y aumento de los costes financieros y de la discapacidad. Tras esta reunión se acuñó el término: “behavioral disturbances of dementia” (BDD, traducible por “alteraciones comportamentales de la demencia”), término que tras el segundo congreso llevado a cabo por la IPA en 1999, se sustituyó por consenso en el número especial de la revista *International Psychogeriatrics* por “Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia” (BPSSD), que subsecuentemente fue acertado por el más aceptado: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) (Finkel y Burns, 2000), cuya definición se ha aportado tempranamente en el primer capítulo del presente trabajo en su traducción española: Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia (SPCD) (Olazarán-Rodríguez et al., 2012). Sin embargo (y como no podía ser de otra manera), aun siendo una definición integradora desarrollada con un loable esfuerzo unificador, el término puede ser cuestionado desde otros modelos al psicogeriátrico. La distinción baladí entre “psicológicos” y “conductuales” se antoja redundante en tanto que lo psicológico es conductual, dado que la psicología es aquella disciplina que estudia la conducta y la conducta acoge por definición respuestas verbales (cognitivas), fisiológicas y motoras, según el triple sistema de respuesta (Lang, 1968). La diferenciación, no muy acertada del término, quiere enfatizar dos de los sistemas de respuesta propuestos en el modelo del triple sistema de Lang (*Ibíd.*) equiparándolos con síntomas: cognitivos y motores, lo cuál sería una terminología más acertada desde el punto de vista conductual. Al margen de esta puntualización, el núcleo de la frase es “síntomas”, cuya definición es preeminentemente médica e implica el fenómeno revelador de una enfermedad. Si bien se puede argüir que el presente trabajo está orientado a los problemas conductuales en la demencia, la corrección nos incitaría a enfatizar el “*en la demencia*” en vez del “*de la demencia*” para no asignar de manera precoz una relación de dependencia directa más que una correlación. A colación del término “síntomas”, Olazarán (2012) señala también la incorrección terminológica en tanto que “síntomas” son los elementos subjetivos de la enfermedad, proponiendo “signos” como las manifestaciones objetivas

y observables. Si bien sería más acertado el término signo, en su acepción clínica, sigue teniendo una carga semiótica de dependencia con la enfermedad, cuyo peso se puede deber también a variables ambientales y no sólo a la enfermedad (como veremos más adelante).

La nomenclatura y la definición de los problemas de conducta dependen del marco teórico en el que se desarrollan, del modelo, del énfasis descriptivo en los supuestos causales, de la topografía a la que se refieren, del contexto en el que se desarrollan, etc. Es por eso que en algunos casos se hacía (y se hace) referencia a síntomas cognitivos, si se habla desde un modelo médico, como la parte observable de la alteración de la conducta verbal, de cálculo, memoria, y otros procesos debida una enfermedad o alteración biológica; síntomas neurocognitivos, al igual que el anterior siguiendo el modelo médico de enfermedad y enfatizando el supuesto causal en un nivel fisiológico; trastornos o alteraciones, en referencia al cambio observado en la conducta de una persona; desórdenes, centrado también en el campo conductual pero desde un punto de vista cognitivo atendiendo a la organización, estructura, control y metas de la conducta; conductas especiales, según el enfoque del modelo de atención centrado en la persona y modelos de “Psicología Positiva”, que en su énfasis por desestigmatizar les otorga un valor descriptivo y explicativo diferente al de las conductas normales (entendiéndose normal en su acepción de distribución estadística), etc.

En general, nos encontramos que las nomenclaturas de los SPCD hacen referencia a tres campos:

- Causal: síntomas, de la demencia, del Alzheimer, del deterioro cognitivo, de la enfermedad, etc.
- Descriptivos: alteraciones, desordenes, conductas especiales, trastornos.
- De adscripción a una disciplina o nivel de análisis: neurológicos, neuropsicológicos, cognitivos, conductuales, psiquiátricos, psicogerítricos, neuropsiquiátricos, etc.

En estas nomenclaturas encontramos sesgos sobre el fenómeno que se trata de explicar, algo prácticamente inevitable sin recurrir a definiciones exclusivamente topográficas de un fenómeno complejo y heterogéneo cuyo análisis se podría realizar en varios niveles: bioquímico, fisiológico, cognitivo, motor, social, económico, etc.

Si bien no es complicado encontrar una definición y nomenclatura propia de un fenómeno plural, tampoco nos adscribiremos a ninguna de las anteriores por considerar que existen sesgos de relevancia que deben ser evitados en pro de una definición y

explicación más operativa y objetiva de la conducta observable. En adelante, a costa de perder cierto peso explicativo intrínseco a la terminología al uso y por ende algunos sesgos teóricos, nos referiremos a "problemas conductuales" como todas aquellas conductas que son abarcadas en las anteriores definiciones, sin realizar inferencias sobre sus bases biológicas haciendo énfasis en la vertiente observable de la conducta, así como en las características funcionales que se dan en la interacción entre las respuestas de la persona y la estimulación ambiental. La elección de la palabra "problema" para englobar las anteriores definiciones nos ayudará también a centrarnos en su aspecto de descripción de un evento que requiere de una explicación y/o solución.

En la literatura especializada, entre los problemas de conducta más frecuentes se dan los siguientes: Agitación, Alteración, Agresividad, Conductas desadaptadas, Desinhibición, Conductas sexuales socialmente desadaptadas, Delirios, Alucinaciones, Problemas del sueño, Apatía, Tristeza, Aburrimiento, Depresión, Conductas aberrantes y Deambulación (Finkel et al., 2000; Gitlin, Kales, y Lyketsos, 2012; Olazarán-Rodríguez et al., 2012; Scarmeas et al., 2007; van der Linde, Stephan, Savva, Dening, y Brayne, 2012; Zaudig, 1996). Algunas de las definiciones de estos problemas se obtienen de escalas de apreciación y registros conductuales publicados en la literatura científica, así como en estudios y reflexiones teóricas, normalmente orientados a la intervención psicológica y/o farmacológica. También, dependiendo del nivel de análisis y el marco teórico, algunas de estas nomenclaturas se solapan (conductas desadaptadas, desinhibición, conductas antisociales, etc.), pueden suceder simultáneamente (delirios y agresividad), se confunden (apatía y depresión) o son grados diferentes de un mismo fenómeno en el cual algunos autores marcan un umbral de frecuencia o intensidad, en muchos casos no explícito (tristeza y depresión, agitación y alteración), a partir del cual consideran el problema cualitativamente diferente.

2.2 Los problemas de conducta en las personas mayores y su relación con las demencias.

No es fácil enumerar los problemas de conducta asociados a la demencia ya que existen diversas clasificaciones de los mismos, con importantes solapamientos entre las conductas que incluyen (Losada, 2004; Olazarán-Rodríguez et al., 2012; Teri, Montorio, y Izal Fernández de Trocóniz, 2000). Priman en las listas aquellos problemas que son disruptivos en el entorno y para la labor del profesional, aunque en algunos casos se mezclan con dificultades funcionales y problemas médicos; en otros casos y según el

enfoque, como puede ser, por citar un ejemplo en el caso de la psiquiatría geriátrica, el manual *Psiquiatría Geriátrica* (Agüera, Martín, y Cervilla, 2002), el planteamiento se realiza con base diagnóstica en el DSM-IV y describe los problemas de conducta como manifestaciones clínicas dentro de los cuadros establecidos bajo el epígrafe de enfermedad mental: delirium y otros trastornos psicoorgánicos, trastornos depresivos, trastorno bipolar, esquizofrenia tardía, trastorno delirante de ideas persistentes, trastornos de ansiedad, de personalidad, del sueño, por uso de alcohol y otras sustancias, somatomorfos y psicosexuales. A nivel observable, sea por observación sistemática del ambiente, sea sometiendo al sujeto a pruebas, los profesionales clínicos señalan la existencia de estos problemas. Según O'Connor (2000), gran parte de nuestro conocimiento sobre SPCD viene de la investigación desarrollada en clínicas especializadas, hospitales y centros académicos. Sin embargo y a pesar de que un gran número de estudios epidemiológicos se han desarrollado sobre la incidencia y la prevalencia de la demencia, su presumible etiología y el uso de servicios médicos y sociales, pocos han incluido detalles de los SPCD y pocos han incluido información detallada sobre el tipo de síntomas experimentados y sus consecuencias para los pacientes y sus cuidadores.

Según una reciente metarevisión de 36 revisiones (van der Linde et al., 2012) los SPCD incluyen síntomas depresivos, ansiedad, apatía, problemas de sueño, irritabilidad, psicosis, deambulación, elación (más comúnmente en castellano como: grandiosidad, fase maníaca o labilidad emocional si varía con respecto al estado emocional previo) y agitación. Esta revisión se encuentra en línea con el enfoque integrador planteado en el número especial de la IPA mencionado con anterioridad bajo el epígrafe de fenomenología. En éste último se plantean los siguientes problemas: alucinaciones, delirios, agitación, comportamiento agresivo, reacciones catastróficas, agitación física no agresiva, depresión, apatía y falta de implicación y ritmos circadianos. En estudios españoles (Arroyo-Anlló, Torres, y Castañeda, 2001; García-Alberca et al., 2010) se ha observado que los más habituales son: apatía/indiferencia (46-56% de los pacientes), irritabilidad (38-42%), depresión (35-50%), conducta motora aberrante (13-30%), agitación/agresividad (29%), ansiedad (27%), desinhibición (24%), ideas delirantes (19-26%), alucinaciones (14-16%) y euforia (3-4%). A continuación se describen algunos ejemplos de los problemas más frecuentemente recogidos en la literatura agrupados según un criterio con base en la topografía:

- Agitación: agitación, agitación física no agresiva, ritmos circadianos, conducta motora aberrante, ansiedad y euforia, problemas de sueño, elación.
- Agresividad: comportamiento agresivo, reacciones catastróficas, irritabilidad.
- Deambulación: deambulación, ambulación.
- Depresión: depresión, apatía y falta de implicación apatía/indiferencia, síntomas depresivos.
- Delirios y alucinaciones: alucinaciones, delirios, ideas delirantes y psicosis.

Para la descripción de estas agrupaciones se procederá, en la medida de lo posible, según los siguientes parámetros:

1. Definición. ¿Qué es?
2. Descripción ¿Cómo es?
3. Frecuencia ¿Cuánto sucede?
4. Localización y temporalización ¿Dónde y cuándo sucede?
5. Causas ¿Por qué sucede (o podría suceder)?
6. Efectos ¿Qué causa?
7. Dinámica ¿Cómo evoluciona?

Agitación.

- Definición: la agitación fue definida originalmente como cualquier actividad verbal, vocal o motora inapropiada, la cual acorde con un observador externo no es efecto de las necesidades o de la confusión de la persona agitada. Según los resultados obtenidos con los análisis factoriales desarrollados sobre la escala CMAI, Rabinowitz (2005) plantea que en la agitación hay cuatro factores que permiten explicar tres tipos de varianza: comportamiento agresivo físico (por ejemplo, pegar), comportamiento agresivo verbal (insultos), comportamiento físico no agresivo (por ejemplo, deambular) y comportamiento verbal no agresivo (quejas). De acuerdo con la definición y su base en los análisis previos, la agitación no sería una conducta

acotada definida de manera operativa sino una categoría que engloba diferentes comportamientos. En esta sección se abordará el concepto de agitación tal y como lo recoge la literatura especializada como un grupo de comportamientos con un sustrato común, pero también se detallarán los tres subtipos de agitación por separado en tanto que, coincidiendo con otros autores (Testad, Aasland, y Aarsland, 2007), se consideran comportamientos diferentes a nivel topográfico y funcional.

- Descripción: los comportamientos pueden ser variados pero incluyen un componente motor que se considera inadecuado o disruptivo en el contexto en el que se desarrollan, pueden ser por ejemplo: repetición de preguntas, falta de cooperación o resistencia al cuidado, deambulación o quejas. Menos frecuentes pero considerados dentro del mismo concepto: esconder objetos, acaparar comida, manierismos repetitivos, vestirse y desvestirse de manera inapropiada.
- Frecuencia: los comportamientos agitados se consideran frecuentes (Haupt, 2000). Cuando se consideran los comportamientos de agitación física no agresiva, su prevalencia es la mayor entre todos los tipos de comportamiento agitado. Cohen-Mansfield et al. (1989) reportaron que hasta un 93% de usuarios de centros residenciales desplegaban comportamientos de agitación semanalmente, Testad et al. (2007) reportaron 75,4% de usuarios y los comportamientos más frecuentes fueron: preguntas repetitivas, quejas, maldiciones e insultos, negativismo e inquietud.
- Localización y temporalización: dado que la agitación comprende una variedad de conductas que van desde la agresividad verbal y física, hasta deambulación o quejas la situación puede variar desde la habitación del usuario, los baños, salas comunes o pasillos, estando solo o recibiendo cuidado de un profesional.
- Causas: aunque desde un punto de vista estadístico los determinantes específicos de la agitación permanecen sin esclarecer (Pelletier y Landreville, 2007) los factores predisponentes pueden incluir género, personalidad, baja salud, deterioro funcional de las AVDS, así como deterioro cognitivo y neurológico. Otros factores relacionados con el ambiente y variables personales pueden ser el ruido, falta de interacción social, necesidades físicas tales como hambre, sed, incomodidad o dolor. Algunos autores coinciden en otorgar peso a la incomodidad (*discomfort*) que puede estar en la base de todos los comportamientos agitados (Cohen-Mansfield y Deutsch, 1996; Pelletier y Landreville, 2007)

- Efectos: dado que el concepto de agitación incluye componentes de agresividad física y verbal, o comportamientos tan variados como la deambulación, respuestas a la incomodidad, gritos o reacciones catastróficas sus efectos disruptivos pueden ser igualmente variados y complicar mucho el funcionamiento de los profesionales durante el desarrollo de las AVDS (Haupt, 2000) como por ejemplo durante la administración de medicamentos o produciendo estimulación aversiva para otros usuarios de los centros. Otro de los efectos importantes que tiene la agitación es la generación de estrés en familiares, llevando en entorno comunitario a predecir la institucionalización.
- Dinámica: Las personas con demencia se pueden comportar de manera disruptiva para el entorno y los que les rodean, por ejemplo un paciente que sufre de demencia moderada y que gradualmente va desarrollando afasia puede gritar, emitir ruidos extraños, convertirse en inmanejable o golpear a aquellos que les rodean para expresar dolor durante la higiene o el vestido (Pelletier y Landreville, *op. cit.*). La agitación no agresiva se incrementa con el curso de la demencia. Haupt (*op. cit.*) y otros autores (Lachs, Becker, Siegal, Miller, y Tinetti, 1992) reportan correlación entre agitación y delirios y alucinaciones.

Agresividad.

- Definición: Si bien se puede hablar de agresividad o irritabilidad como estado o rasgo, nos centraremos en el término agresión o conducta agresiva para referirnos al comportamiento. La agresión se considera un acto manifiesto, el cuál no es accidental, que involucra efectuar un estímulo nocivo (pero no necesariamente dirigido) a un objeto, persona o a uno mismo (Voyer et al., 2005). La agresividad y la conducta de agredir son conceptos complejos, cuyo estudio requiere de un desarrollo mucho más amplio del que está planteado en el presente trabajo. Normalmente, en demencias, se vincula al concepto de agitación previamente descrito, según los cuatro factores extraídos de los ejes: físico/verbal, agresivo/no agresivo y según otros autores también a reacciones catastróficas (Katz, 2000).
- Descripción: el comportamiento agresivo en demencia no se diferencia topográficamente del comportamiento agresivo en otras poblaciones. La agresión física incluye golpear, dar puñetazos, dar patadas, empujar, pellizcar, arañar, morder, agarrar, tirar objetos, cortar y pinchar. La agresión verbal se considera típicamente

insultar, uso de lenguaje profano u obsceno o realizar comentarios sexuales. El estudio de (Gainotti, 1972) describía las reacciones emocionales y conductuales que ocurrían como resultado del estrés producido por la administración de pruebas neuropsicológicas en pacientes con lesiones vasculares y neoplásicas: a) reacciones catastróficas con ansiedad, llanto, comportamiento agresivo, juramentos, desplazamiento de la ansiedad en eventos extraños y negación firme a continuar con las pruebas, b) reacciones depresivas con humor disfórico, falta de interés, anticipación y declaración de incapacidad, racionalización de los fallos y enaltecimiento compensatorio de ejecuciones inteligentes anteriores; y c) reacciones de indiferencia con bromas indiferentes, anosognosia y minimización.

- Frecuencia: Según la revisión realizada por Voyer (2005) la prevalencia de comportamientos agresivos entre residentes en centros geriátricos/gerontológicos varía de 7% a 91%, siendo estimado que una media de 24% de residentes con deterioro cognitivo son agresivos. Aunque a grandes rasgos, las tasas de prevalencia pueden variar, el comportamiento agresivo puede ser bastante frecuente.
- Localización y temporalización: los comportamientos agresivos suceden a menudo durante el desarrollo de las AVDs. más específicamente cuando los pacientes son movilizados, transferidos, vestidos, alimentados, bañados o acicalados. Siendo así, existirán unos momentos y lugares clave asociados a estos problemas: el baño o la ducha, un entorno con unas características muy específicas, así como dada la estructuración de los horarios de los centros un horario establecido, relativamente temprano, previo al desayuno, el momento de la comida, normalmente en comedores comunitarios ruidosos debido al despliegue de la cubertería y la comida, o en salas comunitarias en momentos puntuales del día con las movilizaciones para el mantenimiento físico o los cambios posturales para evitar las escaras y posturas asociadas a desarrollo de dolor y lesiones musculares.
- Causas: la agresión depende de dos grupos de factores: los situacionales (disparadores o provocadores) y los moduladores (o predisposiciones), considerándose los situacionales como eventos externos y los moduladores como variables de la personalidad, actitudes, creencias, intenciones y otros constructos cognitivos intermediarios según el modelo que se maneje (Andrés-Pueyo, Pérez-Ramirez, Gallardo, y García-Forero, 2006). Acorde con el modelo conductual, el comportamiento agresivo se daría ontogénicamente como una respuesta básica del

repertorio conductual para la supervivencia formado por la evitación, escape, agresión y congelación/parálisis y más tarde de manera aprendida. La respuesta de lucha se tiende a dar cuando las otras opciones se han agotado (Marks, 1991). Sin embargo este comportamiento se puede instaurar por reforzamiento negativo al escapar de una situación aversiva o desagradable, por refuerzo positivo obteniendo ventajas sobre el ambiente, por refuerzo vicario (Carr, Newsom, y Binkoff, 1980) o por refuerzo automático producido por la propia activación (Thompson, Fisher, Piazza, y Kuhn, 1998). Asimismo, la probabilidad de una respuesta agresiva puede verse modificada acorde con variables disposicionales como la activación fisiológica (*arousal*) o por cambios en los programas de reforzamiento (estallido de extinción) (Lerman, Iwata, y Wallace, 1999).

En geriatría el comportamiento agresivo en demencia suele estudiarse por medio del establecimiento de correlaciones estadísticas con otros comportamientos alterados o condiciones diagnósticas, por ejemplo, en relación con los delirios, ansiedad, agitación, etc. o a nivel de alteraciones biológicas como pueden ser cambios en los niveles de catecolaminas.

Katz (2000) menciona una serie de estudios relacionando la agresión con las llamadas reacciones catastróficas (señaladas por Goldstein en 1940 al estudiar pacientes con daño cerebral). Las reacciones catastróficas serán aquellas que surgen ante un exceso de demandas del entorno. Este exceso de demandas elicitaría dos tipos de reacciones dependiendo del daño focal cerebral: depresivas-catastróficas cuando el hemisferio dominante estaba afectado y eufóricas-maníacas cuando era el hemisferio no dominante. Sin embargo, las contingencias ambientales están menos estudiadas en esta población (Katz, *ibíd.*). De acuerdo con Voyer (*op. cit.*) y organizando su revisión desde un punto de vista conductual, los comportamientos agresivos podrían ser respuestas de evitación/escape elicitados ante la percepción de una amenaza (estímulo precedente a la dispensación de un estímulo aversivo), por recibir estimulación aversiva (curas, tomas de muestras de sangre y otros procedimientos médicos), o facilitados por el discomfort asociado a las condiciones ambientales (ruido, calor, cambio a lugares poco familiares). Ryden et al. (1991) encontraron que el 72% de las agresiones surgían en el contexto de una persona tocando a los residentes o invadiendo su espacio personal, resultados coincidentes con estudios observacionales de Marx (1989) y Bridges-Parlet et al. (1994) en los

que la proximidad de los profesionales a los residentes aumentaba los comportamientos físicos agresivos mayormente dirigidos al personal durante el cuidado. Rovner y et al. (1996) mencionaban que los profesionales pueden generar excesivas demandas sin tener en cuenta los déficits cognitivos que ocurren en la demencia.

- Efectos: los comportamientos agresivos son, dentro de los problemas conductuales, posiblemente, aquellos comportamientos que mayor ansiedad provocan en los cuidadores principales (Arroyo-Anlló et al., 2001) y pueden llevar a la institucionalización del familiar. Una vez en ambiente institucional, este tipo de comportamiento puede llevar a que amigos y familiares reduzcan el número de visitas (Voyer et al., 2005). Estos comportamientos a su vez son frecuentemente objetivo de restricción física y farmacológica, lo cual empeora el deterioro cognitivo y reduce la fuerza física, resistencia y flexibilidad, lo que a su vez puede llevar a una pérdida de independencia funcional y depresión. También se considera que lleva al aumento de costes del sistema sanitario. Los proveedores de servicios de salud aumentan su estrés, se hace más difícil el desarrollo del cuidado diario y pueden llevar a los cuidadores a desarrollar estados de ansiedad, cansancio emocional, depresión y lesiones ocupacionales. Así el aumento de la rotación y del absentismo laboral puede aumentar los costes del cuidado (Voyer et al. *ibíd.*).
- Dinámica: La agresividad en los centros sucede normalmente como respuesta a demandas ambientales y en entornos muy definidos y poco variables. Sin embargo considerando que existen ciertos perfiles de personas con repertorios de conductas agresivas, habrá residentes que respondan con mayor facilidad por medio del uso de la conducta agresiva ante los estímulos aversivos o frustrantes. Estas personas, si no se producen cambios ambientales (cambio en la manera de dispensar los cuidados, en las categorías ambientales como exceso de ruido, calor, etc.), cambios biológicos (reducción de la activación fisiológica) o cambios en sus cogniciones (intenciones, ideas paranoides, o ideas relacionadas con el trato personal) reaccionarán con agresividad de modo sistemático acorde con sus patrones conductuales aprendidos.

Deambulaci3n.

- Definici3n: Tendencia a mantenerse en movimiento sin objetivo, en aparente confusi3n o con el objetivo de la consecuci3n de una meta no alcanzable (Stokes,

1990), otra definición más operativa puede ser: movimientos por una persona con demencia, con o sin motivo, a pie o por otros medios, que ocurren cuando ciertas pérdidas cognitivas interactúan con circunstancias ambientales causando que la persona se pierda en un ambiente sin supervisión potencialmente peligroso (Silverstein, Flaherty, y Tobin, 2002).

- Descripción: varios autores proponen diversas clasificaciones. Según Algase (1999) deambulación directa (direct), aleatoria (random), circuito (lapping), o realizar una trayectoria hacia atrás y delante entre dos puntos (pacing). Esto a su vez en un estudio previo de la misma autora se catalogó según dos fases locomotriz y no locomotriz. Los casos con deterioro grave mostraron un mayor número de ciclos de deambulación aleatoria, un mayor número de fases locomotoras y mayor duración del episodio.
- Frecuencia: en el estudio de Algase (*ibid.*) 88% de los sujetos presentaron deambulación aleatoria y 52% en circuito y “pacing”. Los llamados deambuladores pueden deambular un 70% de los días (Meguro et al., 2004).
- Localización y temporalización: los usuarios de los centros comienzan un movimiento que puede ser aleatorio, puede estar dirigido hacia una puerta como escape o pueden realizar movimientos entre dos puntos sin culminar la llegada. El movimiento en los centros se supone acotado por los límites establecidos en el entorno residencial, dentro de la sala común si permanece cerrada o por los pasillos del ala residencial entre la sala común y las habitaciones y los baños. Si el movimiento supera los límites establecidos se puede considerar una fuga con los consiguientes riesgos asociados. Con respecto a su temporalización se consideran no lineares, ultradianos y bifásicos (Algase, *op. cit.*); sucediendo con más frecuencia durante el *sundowning* (atardecer/anocheecer) (Meguro et al. *op. cit.*).
- Causas: Algase (1999) encontró relación entre deterioro cognitivo y deambulación; asimismo la luz y el ruido (Cohen-Mansfield, Werner, Marx, y Freedman, 1991), la memoria espacial y la atención (con base en una pérdida relativa de funcionalidad en el lóbulo parietal derecho y en el hipocampo en particular), pueden tener un papel en la capacidad de producir mapas mentales (Hardt y Nadel, 2009), la alteración en los ritmos theta, daños en el lóbulo parietal (teniendo como efecto perseveraciones) y las propias necesidades humanas tendrían también un papel la deambulación. A nivel

funcional se han definido 4 perfiles de deambuladores: los buscadores de salidas (*exit seekers*), autoestimuladores (*self-stimulatory*), caminantes incansables (*restless pacers*) y los modeladores (*modelers*) (Lucero, 2002). Los caminantes incansables, normalmente aquejados de deterioro cognitivo grave, parecen responder a estímulos internos inidentificables y no suelen responder a los instigadores del personal. Sucede algo similar en los modeladores que replican el movimiento mimicamente de otras personas del entorno. Los autoestimuladores son aquellos usuarios que en falta de estimulación o ante una situación aversiva como dolor o aburrimiento, deambulan con función de evitación o escape. Los *exit seekers* (buscadores de salida) son aquellos usuarios con deterioro cognitivo y de la memoria que pueden no ser conscientes de su estatus como usuario del centro y quieren abandonar el centro para realizar tareas cotidianas, volver con familia que puede incluso no estar presente o simplemente querer salir del centro sin conocer o recordar la imposibilidad legal de poder hacerlo. Dentro de los buscadores de salidas, hay dos tipos: los *elopers* y los *runaways* (ambos traducibles por “fugados”, a falta de una traducción mejor en castellano y teniendo en cuenta que las diferencias entre ambos términos son sutiles, se mantendrán los términos en inglés). Los *elopers* responden a lo descrito en el anterior perfil y los *runaways*, en cambio, parecen tener consciencia de su estancia en el centro y quieren abandonarlo, normalmente pasando desapercibidos o aprovechando descuidos del personal. A grandes rasgos parece ser que la deambulación sucede ante ciertas situaciones ambientales: ruido, baja/alta luminosidad, estímulos internos de la persona (necesidades fisiológicas, querer abandonar el centro, sensación de urgencia, etc.) y problemas anatomopatológicos y funcionales que pueden evitar que la persona recuerde su recorrido o establezca su dirección.

- Efectos: aumenta la probabilidad de sufrir accidentes tales como caídas, fugas, perderse en el centro, entrar en habitaciones ajenas e interrupción en el funcionamiento del centro.
- Dinámica: la persona normalmente sentada abandona su sitio, se levanta y comienza un movimiento a veces indeterminado u otras veces dirigido y repetitivo de manera que recorre circuitos de habitaciones o pasillos con una duración relativamente elevada o hasta que los profesionales la redirigen o la sientan. En algunos casos graves, la persona no se sienta y no se acuesta deambulando todo el tiempo de

vigilia, necesitando ser dirigida para la realización de AVDS como comer o ir al baño.

Delirios y alucinaciones.

- Definición y descripción: el concepto de delirio, dada su complejidad, es de difícil definición y se suele acotar por medio del diagnóstico y su fenomenología. El término se atribuye a Celsio en el s.I. d.C., que utilizó *De Lira* (salirse del camino o de ruta) para describir formas de trastornos mentales (Guillén, 2005). El término se fue desarrollando para definir estados graves de insanidad y síndromes asociados a estados febriles hasta el s. XIX cuando se vincula al trastorno de conciencia (Agüera et al., 2002). Varios diagnósticos contemplan los delirios y las alucinaciones como síntomas subyacentes de un trastorno biológico. Estos se consideran generalmente psicosis, síntomas de un trastorno psicobiológico, encuadrados dentro de los trastornos de la cognición y alteraciones de la conciencia.
 - Delirios: el delirio se considera una confusión severa y repentina, así como cambios rápidos en la función cerebral, que ocurren con enfermedad física o mental. Se define como una creencia falsa y persistente acerca de algo que está sucediendo o sobre quién es uno (Corlett, Taylor, Wang, Fletcher, y Krystal, 2010).
 - Alucinaciones: percepciones en ausencia de estímulos externos que están acompañadas por una sensación convincente de realidad (Boksa, 2009).
- Frecuencia: en una revisión de 21 estudios, Wragg y Jeste (1989) reportaron que la prevalencia de delirios a lo largo de la enfermedad se encontraba entre 10% y 73%, mientras que las alucinaciones se encontraban entre el 21% y 49%. En su estudio con una muestra de 342 usuarios examinados, 22% desarrollaron delirios, 3% alucinaciones y 9% ambos, siendo en total 31% los que mostraron delirios y 12% alucinaciones. Los delirios más frecuentemente experimentados en demencia son, acorde con Yanguas et al. (1998), delirios paranoides de perjuicio y persecución, sospecha de robo, de abandono, de infidelidad del cónyuge y de que hay extraños en casa (síndrome de Capgras). Acorde con López y Mendioroz (2001), el robo y el abandono parecen los más frecuentes y pueden ser predictores de agresión. Las alucinaciones más habituales son las alucinaciones visuales y las auditivas, siendo las táctiles y gustativas más infrecuentes pudiendo indicar una condición comórbida y

las olfativas raramente reportadas (Holroyd, 2000). Las alucinaciones son más frecuentes en algunos tipos de demencia como en cuerpos de Lewy (Holroyd, 2000; López y Mendioroz, *op. cit.*), mientras que por ejemplo, pacientes con Parkinson sin delirios muestran exclusivamente alucinaciones, en la enfermedad de Huntington los pacientes experimentan delirios y alucinaciones auditivas y en el caso de demencia vascular la prevalencia es variable (Holroyd, 2000), debido posiblemente a la afectación diferencial de las áreas involucradas en el accidente.

- **Localización y temporalización:** La frecuencia de los delirios y las alucinaciones en la comunidad son menos conocidos dado su carácter fluctuante y porque su gravedad aconseja su rápida hospitalización o institucionalización, los estudios realizados sobre epidemiología los vinculan a ambientes hospitalarios y residenciales.
- **Causas:** Se considera un síndrome multifactorial en el cuál un desequilibrio entre el estado de vulnerabilidad (como factores predisponentes) en interacción con factores precipitantes pueden desencadenar un episodio de delirio. Se han encontrado diferencias entre usuarios con alucinaciones y sin alucinaciones en estudios volumétricos en el cerebro. Pacientes con alucinaciones visuales tenían un ratio de volumen occipital significativamente menor que aquellos sin alucinaciones (Holroyd, 2000). Asimismo, la hipoperfusión y el daño producido en ciertas áreas por el Alzheimer u otras condiciones, no solamente en el área occipital, puede aumentar la posibilidad de desarrollar alucinaciones debido al cambio en ciertas redes neurales que modulan estos fenómenos. En el estudio de Bassiony et al. (2000) se encontró que existían distintos patrones de delirios o alucinaciones según una serie de variables. Los usuarios que mostraron ambos comportamientos se relacionaban con el perfil de usuarios con delirios, exclusivamente, mientras que los usuarios que desarrollaban alucinaciones sólo tenían alucinaciones. Los delirios estaban asociados con mayor edad, peor salud, depresión, agresión y el uso de antihipertensivos. Las alucinaciones tuvieron relación con menor educación, demencia severa, raza afroamericana y el uso de ansiolíticos.

Entre los factores ambientales, los eventos estresantes que pueden precipitar los delirios son: cambio del entorno familiar, hospitalización, cambio de rutinas, privación sensorial o sobreestimulación aumentan la probabilidad de desarrollo. La

acumulación de factores de riesgo ejerce un aumento multiplicativo de la probabilidad de desarrollar delirios.

- Efectos: acorde con la revisión realizada por Ropacki y Jeste (2005), los síntomas psicóticos se han asociado con la ansiedad del cuidador y se consideran un predictor significativo de deterioro funcional e institucionalización.
- Dinámica: se trata de una entidad silente, hipoactiva y transitoria con carácter fluctuante, en la que se alternan períodos de lucidez con otros de confusión. La aparición de delirios puede darse precozmente y ser el primer síntoma de la enfermedad, aunque generalmente su ocurrencia está ligada a estadios más avanzados (Díaz-Orueta, 2006).

Depresión.

- Definición: el término depresión ha evolucionado desde el más heterogéneo melancolía. Hacia 1820 el concepto deja de usarse para referirse a un subtipo de manía, considerándose así un trastorno primario de las emociones relacionado con pérdida inhibición reducción o declive. “Depresión” se utilizaba exclusivamente por la medicina cardiovascular hasta que a mediados del s. XIX, se incluye el término “mental” para denominar los citados estados melancólicos. Término que a finales de siglo se reduciría solamente a depresión (Cervilla, 2002). La depresión es un problema de comportamiento caracterizado por la presencia de una o varias de las siguiente conductas que afectan a distintas esferas de la vida del individuo: alteraciones del estado de ánimo, alteraciones motivacionales y motoras, alteraciones cognitivas y alteraciones psicofisiológicas.
- Descripción: El DSM-IV-TR incluye la depresión dentro de los trastornos de ánimo, que presentan como característica principal una alteración del humor. Según la línea descriptiva del manual un trastorno depresivo mayor se diagnosticará cuando se presente al menos un episodio mayor que no pueda ser explicado por otro diagnóstico diferencial (Froján, 2006). Acorde con el DSM-IV-TR, se considera un episodio depresivo mayor si se dan los siguientes síntomas:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. insomnio o hipersomnia casi cada día
5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Diagnosticar depresión en demencia es, sin embargo, todavía difícil y controvertido (Verhey y Visser, 2000), entre las razones que se esgrimen para este argumento se dan las siguientes: dado que el DSM-IV se desarrolló para la evaluación de adultos sanos (en contraposición a personas mayores con demencia) existe un cierto acuerdo sobre la no idoneidad de los criterios del DSM-IV para su aplicación en demencia. No existe un *gold standard* con lo que los estudios de prevalencia arrojan resultados muy variables (Cervilla, 2002; Verhey y Visser, 2000), el uso de un enfoque categórico en el que los síntomas son enumerados para hacer un diagnóstico de un síndrome falla en el contexto de la demencia porque los síntomas son muy similares a ésta necesitándose de medidas más específicas, y la relación de la depresión con diferentes patologías puede dar lugar a diferente sintomatología (el rango de síntomas puede ser menor en estados avanzados de la demencia) (Verhey y Visser, *ibíd*). Debido a estas dificultades algunos autores proponen escalas específicas que midan signos más adaptados a la población específica (Cervilla, *op. cit.*).

Tabla 2.1. Signos de depresión en personas con demencia. Tomada de Cervilla, (2002).

<i>Katona y Aldridge</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Apariencia triste • Agitación diurna • Lentitud del lenguaje • Retraso psicomotor • Pérdida del apetito • Despertar temprano • Variación diurna del humor
<i>Greenwald y Kramer</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Baja reactividad emocional • Ansiedad afectiva (llanto, etc.) • Demanda excesiva de atención • Autoagresiones • Gritos con contenido depresivo

- **Frecuencia:** la demencia y la depresión se consideran los trastornos psiquiátricos más frecuentes en las personas mayores. Varios estudios transversales reportan tasas de depresión en demencia entre 1,5% y 28% y tasas mayores de síntomas depresivos, entre 0 y 87% (Verhey y Visser, 2000). El estudio europeo EURO-DEP (1999), desarrollado con una metodología específica para la persona mayor en la comunidad con una muestra total de 13.808 participantes entrevistados con el Geriatric Mental State (GMS)- AGE-CAT, encontró una prevalencia global de 12,3%. El estudio Zaragoza (Lobo et al. 1995) describe una prevalencia de 10,7% en comunidad siendo 2,5 veces más frecuente en mujeres. Lyketsos (2002) menciona que puede afectar hasta 50% de las personas con Alzheimer. En personas mayores institucionalizadas en residencias la prevalencia puede alcanzar el 25% y hasta el 30-35% si consideramos las llamadas depresiones menores.
- **Localización y temporalización:** tanto en comunidad como en residencia los estudios muestran una frecuencia elevada. La conducta depresiva cronificada sucedería a lo largo del día. En el centro residencial, ya que existen horarios estructurados y normalmente parte de la actividad diaria transcurre fuera de las habitaciones, la persona deprimida se encontraría en las salas comunes.
- **Causas:** La depresión se estudia a múltiples niveles. El enfoque neurobiológico del estudio de la depresión establece relaciones entre alteraciones orgánicas y la depresión orientado al posterior tratamiento farmacológico, el enfoque estadístico

relaciona estados diagnósticos y características sociodemográficas con la depresión, mientras que el enfoque conductual establece relaciones entre repertorios conductuales y eventos ambientales. En el caso del modelo biológico, a pesar de que tiende a establecer relaciones entre estados alterados a nivel orgánico y la depresión, los hallazgos de laboratorio no son confirmatorios de relación causal en ningún caso, ni se ha encontrado ningún marcador biológico de la depresión (M. Pérez y García, 2003). Las alteraciones descritas en la literatura se encuentran en personas con depresión de manera que podrían ser tanto causa como consecuencia de los comportamientos depresivos (Froján, 2006). En general, las hipótesis clásicas destacan el papel del déficit de las monoaminas (serotonina, catecolaminas) en la aparición de depresión y se pone en relación la acetilcolina y la noradrenalina, existiendo distintos tipos de depresión/manía dependiendo del ratio de déficit/incremento de la acción de unos con respecto a los otros: déficit en las acciones catecolaminérgicas y serotoninérgicas producirían la depresión, déficit de serotonina e incremento en catecolaminas, comportamientos maníacos, e igualmente en el caso del predominio de actividad noradrenérgica sobre colinérgica. En otro nivel de estudios estadísticos, Rosness et al. (2010) mencionan que el hipotiroidismo, la diabetes y los accidentes cardiovasculares pueden causar depresión (aunque en realidad, el enfoque no permite, estrictamente hablando, establecer relaciones de causalidad sino correlacionales).

De acuerdo con el modelo conductual, los planteamientos del condicionamiento operante y clásico se combinan de manera que la depresión se considera un problema de comportamiento que tiene su base en la interrupción o ruptura de las secuencias conductuales adaptativas. Esto es: pérdida o cambio en la valencia de los reforzadores y/o de los estímulos discriminativos, ya sea por la irrupción de un acontecimiento traumático, la existencia de una situación estresante o sin detonante específico), con todas sus consecuencias a largo plazo a nivel individual y social, así como la funcionalidad que adquieren las respuestas cognitivo/verbales, fundamentalmente como estímulos condicionados de emociones negativas, como respuestas condicionadas aversivas, como estímulos discriminativos de respuestas desadaptativas o como castigos de respuestas adaptativas (Froján, *op. cit.*). Por poner algunos ejemplos de cambios ambientales en la secuencia conductual en población geriátrica: el propio ingreso en una residencia con la privación de estimulación

previa así como de la actividad generada ante esa estimulación, disminución de estímulos condicionados a emociones positivas (por ejemplo apoyo social), experimentación de estimulación aversiva generada por el funcionamiento hospitalario de los centros (pérdida de intimidad, tratamientos físicos que pueden ser dolorosos, disminución de la autonomía personal, etc.), respuestas cognitivas asociadas a pérdida (duelo, cercanía de la muerte, perspectivas negativas del futuro), dificultades de adaptación a un nuevo entorno producidas por la pérdida de discriminativos acorde con el deterioro perceptivo y cognitivo, o el refuerzo sistemático de comportamientos dependientes pueden ser algunos ejemplos de cambios en las secuencias conductuales que pueden llevar a la inactividad y a la experimentación de emociones negativas.

- Efectos: ciertos estudios vinculan la depresión a un aumento de la mortalidad por parte del posible aumento en comorbilidad física, de la iatrogenia asociada al consumo de psicofármacos o por la tasa de suicidios. El suicidio tiene una incidencia del 15-20% entre las personas que sufren una enfermedad depresiva crónica con independencia de su edad (Henríquez y Agüera, 2002) y la relación entre intentos de suicidio y suicidio consumado es mayor que en otro grupo de edad siendo de 1:1 en el caso de las personas mayores en contraposición con la tasa de 10:1 en población general (Sánchez, 2008).
- Dinámica: durante décadas ha existido una tendencia a asumir que la depresión en las personas mayores tenía un peor pronóstico que en otras edades, sin embargo la evidencia científica no apoya dicho postulado (Cervilla, 2002). Varios estudios realizados en la década de los 90 con población geriátrica deprimida mostraban que a largo plazo un entre un 25 y un 47% de los pacientes se encontraban bien, del 18-60% se encontraban en un grupo que podía estar bien aunque habiendo experimentado recaídas, el 24% continuaba deprimido y el 11% había fallecido durante el seguimiento.

Hasta aquí hemos descrito los problemas de conducta más frecuentes agrupados bajo un criterio subjetivo ad hoc, buscando la coherencia tanto funcional como topográfica. De ahí que aunque la deambulación sea considerada como un subgénero de la agitación al igual que la agresividad, se traten por separado de acuerdo con sus características diferenciadoras.

2.3 *Perfiles diagnósticos y bases biológicas de los problemas de conducta*

Las relaciones entre los problemas de comportamiento y los perfiles etiológicos han sido más estudiadas que las relaciones entre estos y el nivel anatómico/fisiológico, debido a la mayor facilidad metodológica que implica. La relación entre un perfil diagnóstico y los problemas de comportamiento se pueden medir con escalas y establecer relaciones de coocurrencia estadística de manera relativamente sencilla (con las ventajas y los inconvenientes relacionados), sin embargo la medición de variables biológicas acorde con el desarrollo de un problema conductual implicaría obtener la medida en el momento del suceso (lo cual es prácticamente muy difícil) u obtener las medidas biológicas y relacionarlas retrospectiva o prospectivamente (estudios postmortem o estableciendo prognosis y reanalizando de manera retrospectiva), perdiendo validez. Como se mencionó en el capítulo 1, a lo largo del trabajo hablaríamos casi indistintamente de los problemas de comportamiento en relación con la demencia/alzheimer, dado que la demencia está mayoritariamente ocasionada por la enfermedad de Alzheimer, sin embargo otras de las entidades más frecuentemente asociadas a la demencia en personas mayores de 65 años pueden mostrar características conductuales algo diferentes o en grupos de comportamientos frecuentes.

- Demencia con Cuerpos de Lewy: la demencia con cuerpos de Lewy (DCL) es el término preferido para una variedad de diagnósticos durante los últimos 20 años. Estos incluyen enfermedad con cuerpos de Lewy difusos, demencia cortical asociada con cuerpos de Lewy, demencia senil del tipo cuerpos de Lewy y demencia con cuerpos de Lewy y la variante de enfermedad de Alzheimer con cuerpos de Lewy. La DCL es reconocida como la segunda causa patológica más común de demencia, diagnosticada tras la autopsia de hasta un 20% de todos los casos (McKeith, 2000). Se definen tres patrones sintomáticos acorde con la localización de la enfermedad: a) características motoras de parkinsonismo relacionadas con la afectación de la zona nigroestriada, b) deterioro cognitivo y síntomas neuropsiquiátricos si la afectación es cortical, y fallos del sistema nervioso autónomo si se afecta el sistema nervioso simpático. Teniendo en cuenta que el diagnóstico comprobado por autopsia es positivo en gran parte de los casos, 71-91% (McKeith, *ibíd*), se puede considerar que la asociación de los problemas de comportamiento encontrados en DCL, especialmente alucinaciones y delirios, presentándose en un 80% de los casos de manera

diferencial a otras etiologías, se ve apoyada por los datos. El contenido de las alucinaciones suele incluir figuras animadas, bien detalladas y persistentes, que pueden causar respuestas emocionales y cierta conciencia de la experimentación; se pueden presentar alucinaciones auditivas, olfativas y táctiles en un rango del 13-45%. Los delirios también son frecuentes, hasta un 65% de las personas con DCL los desarrollan a lo largo de la enfermedad y son una colección de alucinaciones y alteraciones perceptuales elaboradas que pueden tener un contenido fijo y complejo que contrasta con los delirios de contenido mundano que aparecen en la enfermedad de Alzheimer y que pueden ser fruto de los olvidos y malinterpretación del comportamiento social de otros. Depresión y ansiedad se presentan también dentro de los rangos de la presentación en demencias. También se encuentran trastornos del sueño (Boeve et al., 1998), en particular, la producción de sueño REM sin atonía muscular, con contenidos violentos.

- **Demencia vascular:** A pesar de que los problemas de conducta han sido asociados en estudios de caso y series de pacientes con demencia vascular, la literatura no apoya totalmente la asunción de que los problemas de conducta son integrales a la demencia vascular (Erkinjuntti, Vataja, y Leppävuori, 2000), sin embargo, sí parecen prevalentes en la demencia vascular de los vasos pequeños, lo cual suele afectar al circuito prefrontal-subcortical (Cummings, 1994). Los problemas de conducta podrían ser causa directa de la afectación de la materia blanca profunda o gris, o bien estar en relación con el deterioro cognitivo provocado por el accidente. Gran parte de los estudios realizados muestran que la prevalencia de depresión, síntomas psicóticos y ansiedad no es mayor en demencia vascular que en demencia tipo Alzheimer (Erkinjuntti et al., 2000), igualmente con respecto a la variabilidad emocional y confusión nocturna. Los estudios apuntan a que los problemas de conducta experimentados en demencia vascular no son diferentes en prevalencia o en cualidad sobre los experimentados en enfermedad de Alzheimer. Futuros estudios deberán controlar el tipo, lugar y extensión de las lesiones isquémicas para evaluar la relación con los problemas conductuales.
- **Demencia Frontotemporal:** demencia frontotemporal (también conocida como enfermedad de Pick) es el término por el que se conoce tanto a la enfermedad como al síndrome conductual/psicológico que se asocia a éste. La enfermedad,

consistente en una neurodegeneración asociada a los cuerpos de Pick (acumulación de proteína tau), en la que la muerte neuronal afecta a los lóbulos frontales y temporales produciendo una anatomopatología frontotemporal denominada: complejo de Pick. Según el criterio de consenso desarrollado por el grupo de Manchester/Lun, las características clínicas incluyen: desinhibición, pérdida de conciencia, apatía, desorganización, falta de espontaneidad, indiferencia, falta de higiene, rigidez mental, perseveración, hiperoralidad y comportamientos de utilización o de agarre (Kertesz, 2000).

Los factores biológicos involucrados en los problemas de conducta se consideran como un factor que predispone a ciertos comportamientos y crea una variabilidad en las operaciones conductuales que tienen peso en el aprendizaje. Aunque la relación entre los problemas de conducta y la enfermedad de Alzheimer se sobreentiende en el campo aplicado, pocos estudios han examinado la relación entre los problemas de conducta y la neuropatología (Fürstl, 2000). El trabajo de Bondareff concluyó que no se conocen centros específicos en el cerebro para las alucinaciones y delirios. A pesar de esto, la correlación entre alteraciones neuroanatómicas, histopatológicas, o de sistemas de neurotransmisión relacionadas con enfermedades tipo Alzheimer o necrosis isquémicas con condiciones alteradas del comportamiento se encuentra ampliamente datada. Acorde con la revisión de Díaz-Orueta (2006) se dan 10 causas generales de la demencia: causadas por procesos degenerativos, enfermedad vascular, agresión neurológica, infecciones, tóxicos, masas cerebrales, metabólicas, hidrocefalia y enfermedades inflamatorias. Igualmente, desde la perspectiva biológica, los problemas de conducta se ven correlacionados con factores anatómicos, bioquímicos y genéticos, estos últimos mucho menos conocidos (Olazarán-Rodríguez et al., 2012). A continuación se muestra una tabla en la que se relaciona el diagnóstico, la alteración biológica que lo caracteriza y la conducta relacionada extraída de los trabajos de Olazarán y Fürstl.

Tabla II.2. . Alteraciones biológicas relacionadas con problemas conductuales

Etiología	Supuesta alteración biológica	Conducta relacionada
Klüver-Bucy	Alteraciones en la amígdala y los lóbulos temporales	Desinhibición, hypermetamorfosis
Alzheimer	Placas y Ovillos neurofibrilares, en el área temporoparietal.	Agresividad, hypermetamorfosis
	Núcleo Basal de Meynert	Deambulación
	Deterioro físico, cognitivo y severidad de la demencia	Síntomas negativos: apatía, no comunicación, discapacidad
	Menor peso del cerebro: Cambios en el isocortex, hipocampo y núcleos basales	Síntomas negativos
	Alteraciones en neurotransmisores: serotonina, noradrenalina, dopamina y glutamato y polimorfismos genéticos)	Depresión
	Actividad incrementada en las neurónas noradrenérgicas del Locus Coeruleus	Depresión
	Mayor densidad de Ovillos	Depresión
	Cambios en los sistemas aminérgicos y estructuras temporolímbicas	Alucinaciones y delirios
	Daño amigdalalar	Memoria emocional deteriorada
	Déficit colinérgico y degeneración del núcleo supraquiasmático	Alteración del sueño
Cuerpos de Lewy	Cuerpos de Lewy	Mayor intensidad y frecuencia de alucinaciones con deterioro visual
	Mecanismos colinérgicos (mayor depleción de la acetilcolina cortical) y dopaminérgicos	Mayor intensidad y frecuencia de alucinaciones con deterioro visual

Tabla 2.2. . Alteraciones biológicas relacionadas con problemas conductuales (Continuación)

Etiología	Supuesta alteración biológica	Conducta relacionada
Demencia frontotemporal	Mutaciones en el gen TAU, ovillos neurofibrilares y degeneración amigdalár.	Conducta social desadaptada, psicosis
		Alteración en los impulsos: Apatía, hiperactividad, desinhibición y cambios de la alimentación.
		Deficiente contraste con la realidad: alteración del pensamiento, fabulación.
	Asociado a alteración del circuito de Papez	Trastorno de identificación y fabulación Hiperfagia, apatía

Siguiendo a Meins (2000), los síntomas cognitivos de la demencia son más uniformes que los problemas de conducta en términos de incidencia y prevalencia. Asimismo, Olazarán et al. (2012) señalan que estas manifestaciones, están determinadas por el deterioro del sustrato biológico y son también predecibles. Sin embargo, ambos autores coinciden en que la base neurobiológica de la enfermedad de Alzheimer es menos determinante de los problemas de comportamiento que de los síntomas cognitivos. Olazarán et al. (*ibíd*) señalan que la variabilidad y el patrón de los problemas conductuales se debe a la influencia de factores psicológicos y ambientales susceptibles de modificación.

Las diferencias metodológicas entre diferentes niveles de estudio dificultan la obtención concluyente y específica de la relación entre las alteraciones biológicas y las relaciones conductuales. Los estudios con animales y anatomopatológicos causados por traumas, muestran que alteraciones del sustrato biológico suponen cambios conductuales. Sin embargo, los cambios conductuales que se dan en situaciones en que existe alteración orgánica no son siempre los mismos, varían a nivel interpersonal e intrapersonal acorde con el desarrollo de la enfermedad y con las contingencias ambientales. Este es el caso de la reserva cognitiva (Stern, 2009).

Olazarán (*op. cit.*) señala que sí existen factores biológicos que dan lugar a problemas de comportamiento fácilmente caracterizables y útiles para el diagnóstico etiológico: el trastorno del sueño REM descrito en el contexto de las α -sinucleionopatías (enfermedad de Parkinson, demencia con cuerpos de Lewy y degeneración multisistémica), otros trastornos encajan aceptablemente en el modelo biológico (como

la hiperfagia, desinhibición y conductas estereotipadas), pero que la mayoría de los casos los problemas de conducta aparecen como resultado de una interacción compleja de factores biológicos, psicológicos sociales y ambientales que actúan sobre un organismo biológicamente predispuesto, por lo que la aproximación debe ser multidisciplinar. La diferenciación del origen de los procesos en un comportamiento alterado es un punto clave cuando se trabaja con personas con deterioro grave a varios niveles. La posibilidad de una causa médica aguda (efecto de cambios tóxicometabólicos, malestar o dolor) podrá producir alteraciones conductuales y físicas que pueden ser debidas a una alteración bioquímica directa en lugar de un problema conductual producido por un aprendizaje en interacción con el ambiente. La diferencia entre una causa médica aguda (síndrome confusional) y un problema conductual no siempre es fácil pero de ello puede depender la intervención, el pronóstico funcional e incluso vital (Olazarán-Rodríguez et al., *ibíd*).

Tabla II.3. Síndrome confusional frente a síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (extraída y adaptada de Olazarán-Rodríguez et al., 2012)

	Síndrome confusional	Problemas de conducta
Inicio y curso	Agudo o subagudo, curso fluctuante, sin remisión espontánea	Progresivo, generalmente de larga evolución (meses), puede ser esporádico o intermitente
Atención	Dispersa, hiperalerta o con pérdida de respuestas, cambiante	Relativamente estable, con posibles patrones horarios (por ejemplo, agitación vespertina)
Conducta	Impredecible	Relativamente impredecible
Signos físicos	Taquicardia, temblor, sudoración, cambios de coloración y temperatura	Ausentes (salvo en caso de ansiedad)
Causa y manejo	Modelo médico, manejo urgente	Modelo biopsicosocial

Los problemas de comportamiento habrán de ser evaluados desde un modelo multidisciplinar en un primer momento para evaluar si el comportamiento tiene una causa primariamente médica, psicológica o en interacción. El comportamiento sería el objeto de estudio y aquello que tendrá que ser explicado por medio de la observación sistemática de la conducta, tanto si la causa ha sido biológica como comportamental. Si

bien, las consistencias observacionales que se encuentren en el estudio de casos, numerosos permitirán establecer perfiles, el desarrollo a priori de un diagnóstico sólo debería orientar las hipótesis comportamentales y no la intervención. El cambio en el sustrato biológico se habrá de considerar en el establecimiento de comportamientos acorde con las capacidades de interacción con el ambiente, atención a discriminativos, cambio en el valor de los estímulos reforzadores o de castigo con respecto a la norma y poder establecer así las relaciones de campo.

2.4 Relación entre perfiles de personalidad y problemas de comportamiento.

Acorde con Meins (2000), dada la falta de determinación de la neurobiología para explicar los problemas de conducta la personalidad premórbida debería ser considerada para el estudio de estos, debido a que sentarían un rango de respuestas ante el estrés del envejecimiento y la enfermedad cerebral. El modelo teórico que se ha utilizado en los pocos estudios que han afrontado la búsqueda de estas relaciones es el de los Cinco Grandes factores de personalidad (*Big Five*) que contempla: neuroticismo, extraversión, responsabilidad, amabilidad y apertura a nuevas experiencias. En su estudio, encontraron evidencia de que en pacientes con enfermedad de Alzheimer probable, la personalidad premórbida estaba asociada con un riesgo incrementado de problemas de comportamiento: la tolerancia a la frustración se asociaba con síntomas y signos depresivos y un alto nivel de neuroticismo se asociaba con problemas de comportamiento.

Olazarán et al. (2012) señala que la pérdida de capacidades cognitivas podría compensarse inicialmente con la puesta en juego de recursos, pero los rasgos más básicos de la personalidad terminarían aflorando. Existen ciertas hipótesis acerca de la evolución de la personalidad premórbida hacia los problemas de conducta al desarrollar una demencia. Siendo así, los rasgos de personalidad sentarían las bases de los problemas de conducta al producirse un deterioro que implicaría la adaptación al ambiente y al nuevo estado cognitivo desarrollando comportamientos que por exceso o por defecto se podrían catalogar de problema. Según esto, la apatía evolucionaría en timidez, la desconfianza en alteración del pensamiento, el perfeccionismo en ansiedad y depresión y la asertividad en agresividad. Algunos estudios, como los de Chatterjee, Strauss Meins (*op. cit.*) mostraron que el neuroticismo premórbido se asociaba con depresión y disforia, el nivel de ansiedad con comportamiento problemático, baja extraversión y tolerancia a la frustración con depresión, mayor hostilidad con delirios y

mayor apertura con alucinaciones. El estudio de Low (2002) mostró que el mayor neuroticismo predecía delirios, mayor agresividad, alucinaciones, perturbación emocional y problemas de conducta en general. Los resultados fueron inconsistentes con los estudios precedentes lo que los autores achacan al tamaño de la muestra de conveniencia y tasa de devolución de cuestionarios por parte de los cuidadores, aunque podría tener relación con los sesgos que implica la evaluación de la personalidad de manera retrospectiva por parte de una tercera persona. Los estudios muestran cierta inclinación hacia que algunos rasgos de personalidad podrían predecir el desarrollo de ciertos patrones de comportamiento alterado al desarrollar demencia. Sin embargo, se han encontrado varios problemas metodológicos en este acercamiento, sin embargo, que hacen que los estudios se muestren inconcluyentes: la dificultad de datar el comienzo de la patología, de manera que la distinción personalidad premórbida y tras el desarrollo de la personalidad se hace incierta. Por otro lado, las muestras pequeñas de estos estudios (cercas a 30 usuarios) y los sesgos involucrados en las medidas retrospectivas de la personalidad por parte de los cuidadores aconsejarían cautela en la extrapolación de los rasgos de personalidad a los problemas de conducta.

De acuerdo con el modelo conductual, la hipótesis de la relación entre personalidad premórbida y problemas de conducta desarrollados sería plausible, no como factores de personalidad subyacentes sino como repertorios de conducta establecidos que, ante los problemas tipificados del desarrollo de la enfermedad (problemas de memoria, de atención, de resolución de problemas, etc.) y la experimentación de los eventos ambientales frecuentemente desarrollados en los centros residenciales (pérdida de intimidad, de libertad, ambiente fuertemente estructurado), se mostrarían desadaptados, produciéndose así los problemas de conducta.



3 CAPÍTULO III

EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA

Como se puede extraer de capítulos anteriores, la evaluación de los problemas de conducta es un aspecto importante a la hora de establecer soluciones a diferentes niveles. En el entorno residencial los problemas de conducta se afrontan primariamente por los profesionales del cuidado, auxiliares y personal de enfermería, y en segundo lugar por psicólogos y médicos, que en conjunto con el equipo multidisciplinar tratarán de aportar soluciones partiendo de la base teórica de la disciplina, la experiencia práctica del trabajo en residencia y de la acumulación de conocimiento sobre la persona en particular. Para establecer soluciones, lo primero es delimitar el problema y los diferentes enfoques tradicionales proponen diferentes medidas, diferentes límites y diferentes opciones de intervención acorde con el modelo de conocimiento y el nivel de análisis que se manejen. En este capítulo se describe el estudio de los problemas de conducta desde su vinculación al concepto de demencia y la generación y desarrollo de disciplinas en torno a ellos, así como la evolución de las técnicas predominantes que han coexistido para su evaluación a lo largo de la historia. A grandes rasgos, el modelo médico con mayor trayectoria histórica dispone de una mayor implantación en el estudio de las demencias y por ende, en los problemas de conducta.

Se detallan las técnicas imperantes y se discuten sus características, realizándose una propuesta técnica de instrumento de evaluación.

3.1 Estudio en gerontología

Dentro del envejecimiento se consideran varias áreas de estudio. Según la Organización Mundial de la Salud en su informe *Health of the Elderly* (1989) se definen 6 campos de evaluación en las personas mayores: actividades básicas de la vida diaria (movilidad física, mantenimiento del autocuidado, actividades instrumentales), estado funcional (funcionamiento cognitivo, presencia de psicopatología), funcionamiento

psicosocial (bienestar emocional en el contexto sociocultural), salud física (percepción subjetiva, sintomatología, uso de los servicios de salud y niveles de capacidad/incapacidad), recursos sociales (accesibilidad a los recursos familiares y sociales), recursos económicos (ingresos) y ambientales (disponibilidad y situación del hogar con respecto al ambiente). El estudio del envejecimiento utiliza básicamente las mismas técnicas de investigación y evaluación que el resto de las disciplinas sociales, con el fin de obtener información precisa, rigurosa, fiable, válida y libre de sesgos (Hernández, 2004). Con el objetivo de evaluar los diferentes campos de la persona mayor, la edad per se no conlleva una problemática complicada, sin embargo la población objeto de estudio presenta unas características que definen el acercamiento y por tanto las técnicas de evaluación. Entre estas características destacan el efecto de cohorte, la normalidad psicológica establecida dentro de la cohorte particular y los cambios biológicos (sensoriales y motores) (Fernandez-Ballesteros, Reig, y Zamarrón, 2008) y especialmente en el caso de las personas mayores con demencia en las que la comprensión se puede ver comprometida, las capacidades comunicativas se encuentran deterioradas y la colaboración no siempre se puede obtener (Potkins et al., 2003)

Dentro de las áreas de evaluación en gerontología propuestas por la OMS, los problemas de comportamiento son, dado su origen multicausal y las consecuencias que tienen en diferentes niveles de la vida de la persona (psicológico, social, de la salud, económico, etc.), un objetivo de evaluación que en ocasiones puede agrupar todas las áreas propuestas por la OMS. Por poner un ejemplo: una persona con fractura de cadera (salud física) que desarrolla un deterioro cognitivo definido por: problemas de memoria, confusión, desorientación y de comunicación (estado funcional), dependiente para realizar sus actividades de la vida diaria (AVDS), es ingresada en un centro residencial por sus familiares que no pueden ejercer el cuidado (funcionamiento psicosocial y recursos sociales). De esta manera el acceso a sus recursos, pensión (recursos económicos) y hogar se ve limitado (ambientales). En este caso se ilustra la necesidad realizar una valoración de la persona multidisciplinar teniendo en cuenta que los múltiples niveles que hay involucrados tienen relación a través de la persona. Cada una de las áreas de análisis habrá de ser evaluado por un profesional con competencia en el área que a su vez forme parte de un equipo de profesionales, cuyo trabajo en conjunto esté orientado a la descripción de las áreas, implementación de intervenciones particulares dentro de un plan integral y evaluación de los resultados con el objetivo de

ampliar la calidad de vida de la persona. Dentro de las áreas de evaluación, los problemas de comportamiento son, en la definición ampliamente aceptada de la IPA (que será discutida más adelante en la justificación del modelo teórico): un rango variado de reacciones psicológicas, síntomas psiquiátricos y comportamientos que ocurren en personas con demencia de cualquier etiología (Finkel et al., 2000) y que producen una desadaptación de la persona a su ambiente produciendo una disminución de la calidad de vida (Rabins, 2000) tanto de la persona como de la familia, riesgos para la salud, internalización (Balestreri et al., 2000), gasto económico de los servicios de salud (O'Brien et al., 2000) y de la familia.

3.2 Historia de la investigación en problemas de conducta: demencia y SPCD

El estudio de los trastornos de comportamiento en el campo científico (no sólo en las personas mayores) va unido en muchos casos al estudio de la psicopatología. El término demencia tiene su origen en el latín “de” (privativo) y “mens” (inteligencia). Atendiendo a la revisión realizada por Díaz-Orueta (2006):

Según Ochoa (1996) se cree que en el año 500 a.C. en la antigua Grecia, el reformador ateniense Solón escribió varios libros sobre el deterioro cognitivo y la pérdida de juicio causada por la edad. Peña-Casanova (1999) señala cómo en esa misma época se describía este trastorno como la imposibilidad de administrar los propios bienes. Ochoa (Op.cit.) describe como la primera consideración de la demencia como entidad clínica vino de mano de Aurelius Cornelius Celsus en su obra *De Medicine*, en el s. I a.C. Un siglo después, el médico romano Arateo de Capodicia señaló el envejecimiento como causa del deterioro cognitivo y de la pérdida de juicio, y estableció la primera clasificación conocida que dividía las demencias en agudas y crónicas (p.108).

En la edad media, el concepto de demencia no cobra demasiada relevancia, debido posiblemente a otras dificultades imperantes del contexto como la corta esperanza de vida, la mortalidad producida por la peste o la visión acientífica de los eventos naturales, que permitía por ejemplo a un representante de la filosofía de la época como Roger Bacon (1214–1294) enunciar que podía explicar “razonablemente” que la senilidad era una consecuencia del pecado original (Boller y Forbes, 1998). Tras el oscurantismo místico de la edad media, con el resurgimiento de la visión científica durante el renacimiento, el comportamiento desadaptado, deja gradualmente de considerarse como efecto de una causa mística o religiosa y pasa a ser considerado

como una enfermedad del alma y más adelante de la psique. Históricamente, los problemas de comportamiento han sido identificados como parte integral de la demencia o en otros términos ya en desuso: la locura, enajenación o alienación. El cambio al concepto moderno de demencia, si bien el término se usaba con anterioridad, se atribuye a Philippe Pinel (1745–1826) el cuál proveyó de elaboradas descripciones basadas en sus casos. Uno de sus alumnos, Jean Etienne Esquirol (1772-1849) desarrolló el estudio de casos, junto con su coetáneo Daquin, en su obra clásica publicada en 1791: “Sobre las pasiones” y “Filosofía de la Locura” respectivamente (Esquirol, E. y Daquin, J., 1791), Para Esquirol la demencia senil era considerada una afección que cursaba con alteraciones emocionales. Su método de evaluación, aunque hoy anacrónico sin embargo, era el reflejo del pensamiento médico de la época. Al margen de que el desarrollo científico haya detallado la terminología, desentrañado hasta cierto punto las causas y desterrado explicaciones erróneas con respecto al planteamiento de la época, en la actualidad se consideran similares problemas conductuales como correlato de la enfermedad o trastorno.

En 1793, el fundador de la psiquiatría americana Benjamin Rush publicó un caso clínico de lo que a partir de 1906 se conocería como enfermedad de Alzheimer. Alzheimer en su descripción clásica de la enfermedad describió los problemas cómo síntomas y manifestaciones prominentes de ésta. Estos síntomas incluían: paranoia, delirios de abuso sexual, alucinaciones y gritos (IPA, 2002). Desde entonces y hasta mediados los años 30 los trastornos conductuales de la demencia senil han sido estudiados mayormente desde la psiquiatría, para la definición y tratamiento desde el punto de vista farmacológico, y por las diversas corrientes psicodinámicas asociadas a este campo, para la definición y tratamiento psicológico desde su modelo teórico explicativo (Van Rillaer, 1985). Desde el modelo médico (en varias de sus disciplinas científicas: psiquiatría, geriatría, neurología, etc.), atendiendo a ciertas etiologías, también se han descrito los aspectos emocionales y conductuales de la demencia como puede ser en el caso de la demencia tipo frontotemporal (Kertesz, 2000), vascular (Erkinjuntti et al., 2000) o la demencia por cuerpos de Lewy (McKeith, 2000).

El estudio de los trastornos de comportamiento en personas mayores se ha venido considerando como una consecuencia de la demencia causada por diferentes patologías. De ahí su vinculación al término y consecuentemente a las patologías neurológicas que la conforman. Posiblemente las definiciones de consenso más usadas se deban a la

American Psychiatric Association a través de las sucesivas versiones del DSM (Caine et al., 2000) y a la Clasificación Internacional de Enfermedades cuya última edición es la CIE-10-R. En ambas se proponen criterios diagnósticos para las diferentes subcategorías de demencia, sin desarrollar los problemas de comportamiento asociados. En el caso del DSM-IV-TR se propone el añadido con problemas de comportamiento o sin problemas de comportamiento para la etiología (Eje III) y otros síntomas psicológicos o emocionales en el Eje I. Con respecto a la CIE-10-R, se proponen también categorías diagnósticas (F0-F3) y la sintomatología se especifica “con otros síntomas” que pueden ser predominantemente: alucinatorios, delirantes o depresivos.

Hasta aquí hemos desarrollado la introducción del término demencia, su relación terminológica y conceptual con los trastornos del comportamiento y su evolución en la historia hasta mediados del s. XX. A continuación, se describen las dos ramas principales de conocimiento que han estudiado los problemas del comportamiento en paralelo a lo largo del s. XX y cuáles han sido sus aportaciones a la evaluación de los problemas de comportamiento: el modelo médico-geriátrico (por medio de las escalas de evaluación y la valoración clínica diagnóstica) y el modelo psicológico de la gerontología conductual (por medio de la observación sistemática y el análisis funcional). Se entiende el modelo médico como el conjunto de disciplinas que desarrollan su campo de conocimiento en un nivel de análisis biológico y el psicológico, en un nivel conductual. Si bien ambos modelos estudian la conducta desadaptada, el sesgo explicativo atiende a entidades diferentes. Aunque en muchos casos se confunden Gerontología y Geriatria (Fernández-Ballesteros, 2000), se podría considerar la gerontología como estudio de lo normal y la geriatría como el estudio de la enfermedad, ambas en personas mayores.

La evaluación de las capacidades y aptitudes humanas se desarrolla desde finales del s.XIX y se consideran puntos clave de este desarrollo los períodos de las guerras mundiales, en la que la evaluación cuantitativa de las anteriores era vital en un contexto de asignación de puestos acorde con las capacidades personales (Fernández-Ballesteros, 2001). La (todavía no llamada así) evaluación psicológica, cuyos métodos se basaron primariamente en las exploraciones físicas, diagnósticos básicos psicológicos y pedagógicos y posteriormente en tests proyectivos hasta el año 1939 con la publicación de la escala Weschler y en 1942 el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, MMPI) se encuadraba en el ámbito

diferencial con el objetivo de comprender y establecer la medida de las capacidades, las diferencias individuales y la posición relativa de estas medidas en la sociedad. A partir de la Segunda Guerra Mundial, acorde con los diferentes modelos imperantes: médico, de atributo y conductual, el desarrollo de las técnicas psicométricas de evaluación facilitó que a principios de los años 60, con un objetivo eminentemente aplicado, se hubieran desarrollado instrumentos para la evaluación de las diferentes manifestaciones de los problemas psiquiátricos: escalas como: *Crychton Royal Behavioural Scale* (CRBS) (Sixsmith, Stilwell, y Copeland, 2004) y *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) (Overall y Gorham, 1962), recogiendo presencia, frecuencia, intensidad o descripción, de diversos comportamientos tales como: golpear, gritar, deambular, robar, miedo por estar solo, delirios y alucinaciones. Si bien es cierto, que el nacimiento de la evaluación de estos problemas comprende una población más amplia (por ejemplo: niños con problemas del desarrollo o adultos con trastornos psicóticos, o debidos al abuso de sustancias), pocos años después se comienzan a desarrollar escalas tanto orientadas a la evaluación del rendimiento cognitivo como de los problemas de comportamiento en población de personas mayores con deterioro (Finkel, 2000).

En la revisión de escalas realizada más adelante en el presente trabajo se puede observar que en la década de los 60 se publican 7 escalas relacionadas con los problemas de comportamiento. Los primeros instrumentos son orientados a problemas psiquiátricos, relacionados con pacientes institucionalizados y extraídos de otros instrumentos de evaluación de la personalidad como puede ser el MMPI. Estos instrumentos se orientan a la descripción de las características del comportamiento más que a su relación funcional con el ambiente. En el año 1966 se publica la escala Stockton (Meer y Baker, 1966) de la cual (junto con el índice de Katz, en 1963) surgen en la década de los 70 varias escalas sobre problemas de comportamiento: *Geriatric Rating Scale* (Plutchik et al., 1970), *Physical and Mental impairment of Function Evaluation* (PAMIE) (Gurel, Linn, y Linn, 1972), o la *London Psychogeriatric Scale* (LPRS) (Hersch, Kral, y Palmer, 1978). Durante la década de los 70 llegan a publicarse otras 7 escalas, número que asciende a 19 escalas en la década de los 80, más del doble de las escalas existentes conjuntamente durante las dos décadas anteriores. Este auge en publicación de escalas que daría de media casi dos escalas por año, se ve continuado en la década de los 90 habiéndose encontrado hasta 26 escalas relacionadas con problemas del comportamiento. Este desarrollo de las escalas del comportamiento parece tocar

techo a finales de los 90, momento en el que se dejan de encontrar escalas relacionadas con los SPCD en la literatura a excepción de casos puntuales como puede ser el Delirium O Meter (de Jonghe, Kalisvaart, Timmers, Kat, y Jackson, 2005) o revisiones y abreviaciones de las escalas clásicas como pueden por ejemplo ser la Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE) (Honigfeld, Gillis, y Klett, 1966), la Ryden Aggression Scale (Ryden, 1988) o la Neurobehavioral Rating Scale (NRS) (Sultzer, Levin, Mahler, High, y Cummings, 1992).

En el año 1964, Lindsey señala la relación entre el comportamiento y el ambiente en las personas mayores como la influencia que tiene el deterioro biológico al limitar el rango de los estímulos discriminativos que pueden controlar su comportamiento en ambientes ordinarios (Burgio y Burgio, 1986). Se considera que la gerontología conductual surge a principios de la década de los 70, como una alternativa al modelo médico basada en la aplicación de los principios del análisis conductual (Trahan et al., 2011), siendo el campo casi inexistente antes de 1972 (Burgio y Burgio, *ibíd*). Si bien la modificación de conducta llevaba una trayectoria de más de 10 años desde finales de la década de los 50 (Lazarus, 1958; M. Pérez, 2006), sus principios tardaron en empezar a aplicarse al campo gerontológico.

De acuerdo con Baltes y Barton (1979) desde su concepción, la gerontología ha sido guiada por un modelo de envejecimiento de deterioro biológico. Aunque es innegable que ciertas habilidades declinan con el avance de la edad, las condiciones ambientales interactúan con las variables biológicas de la persona mayor produciendo excesos y déficits conductuales (Burgio y Burgio, 1986). La investigación conductual ha aportado evidencia de que los factores ambientales influyen en la frecuencia e intensidad de los síntomas de la demencia (Baltes, Burgess, y Stewart, 1980). Sin embargo, a pesar de que se han llevado a cabo abundantes estudios sobre problemas de comportamiento en otras poblaciones, un número limitado de estudios ha examinado el uso de tecnologías conductuales (análisis funcional, evaluación sobre preferencias, tratamientos con base en la funcionalidad) con personas mayores diagnosticadas de demencia (Trahan et al., 2011). Esta aparente disociación entre el desarrollo de tratamientos con apoyo empírico y la diseminación de su aplicación para personas mayores con demencia ya fue señalada por Iwata (1986) en un número especial dedicado a la gerontología conductual: *Special section on behavioral gerontology* en el *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA). En este número de la revista, Burgio y

Burgio (1986) mencionan el relativamente bajo número de artículos publicados en la propia revista sobre gerontología: 11 por año entre 1973 y 1984, siendo virtualmente inexistentes artículos relacionados antes de 1972. Desde 1986 hasta 2011, la revista ha publicado sólo 21 artículos relacionados con gerontología (Trahan et al., 2011) siendo una de las principales revistas científicas en análisis del comportamiento. Sin embargo, así como el número de publicaciones en gerontología conductual entre mediados de la década de los 70 y la década de los 80, se mantuvo en una frecuencia relativamente baja, el número de escalas publicadas aumentó.

Según varios autores (Buchanan, Husfeldt, Berg, y Houlihan, 2008; Burgio y Kowalkowski, 2011; Trahan et al., 2011) a pesar de que la evaluación y tratamiento de los problemas presentados por la población objetivo parecen idóneos para ser abordados desde un enfoque conductual, dicho enfoque generó un, relativamente bajo, interés por el campo siendo considerada una población infraestudiada desde la investigación conductual. Los motivos de esta disociación no parecen estar claros, a pesar de encontrarse en la literatura evidencias a favor de la eficacia en el análisis y modificación del comportamiento de personas mayores con demencia. Una explicación histórica alude a la visión innatista y decremental de las capacidades de las personas a medida que envejecen, siendo ésta una concepción que se extiende hasta los años setenta y se encuentra presente en la mayor parte de los textos en gerontología (Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González, y Díaz, 1992). Burgio y Burgio (1986) sugieren otras explicaciones relacionadas con la falta de atención de los medios por el envejecimiento durante las primeras décadas del análisis del comportamiento, la coexistencia entre dos modelos complementarios pero cuyos planes educativos históricamente han coexistido por separado (o es relativamente nuevo como es el caso de los estudios superiores en Psicología, típicamente como escisión de licenciatura en Filosofía), y la situación de refuerzo diferencial que puede existir entre la aplicación de métodos de análisis y modificación de conducta en población joven, que pueden utilizar las habilidades aprendidas durante toda una vida o, por contra, en población cuya expectativa de vida limitada, cambios debidos a degeneración orgánica y procesos patológicos pueden producir un decremento en los resultados que pueden haber necesitado meses para alcanzarse. En una revisitación a su artículo de 1986, Burgio (2011) sugiere que la divergencia entre estudios de la conducta y sus publicaciones en el ámbito geriátrico es una cuestión de diferencias en el lenguaje especializado y de la

elección de los medios en los que se realiza la diseminación de conocimiento, existiendo gran número de publicaciones y de programas de financiación cuyo corpus de conocimiento es la gerontología conductual y que sin embargo utilizan un lenguaje menos especializado para hacer el conocimiento accesible al colectivo interdisciplinar de profesionales que trabajan en geriatría y gerontología.

3.3 *Técnicas de investigación: registro por medio de códigos de observación y escalas.*

A pesar de las diferencias entre modelos coexistentes, es generalmente aceptado que existe una necesidad de uso de un modelo multidimensional y multimetódico a la hora de describir, predecir o explicar el comportamiento de las personas mayores (Fernández-Ballesteros et al., 1992). De acuerdo con el modelo teórico no sólo el lenguaje se especializa, unas u otras técnicas de evaluación pueden verse seleccionadas según el objetivo de estudio. Las técnicas según el proceso de evaluación psicológica son de primer, segundo y tercer nivel en función con el coste de la evaluación y la especificidad y objetividad de la información que se busca obtener (Fernández-Ballesteros, 2001). El nivel de análisis de los problemas de conducta, independientemente de la edad de la persona evaluada, se refiere a los comportamientos observables de la persona en interacción con el ambiente, a sus consecuencias sobre el entorno tanto físico como social y, dependiendo del modelo teórico, a constructos inferidos y trastornos y patologías supuestamente subyacentes.

La valoración geriátrica se define como la cuantificación de todos los atributos y déficits importantes, médicos funcionales y psicosociales, con el fin de conseguir un plan racional de tratamiento y utilización de recursos (Ruipérez, 2004). Con respecto a los problemas del comportamiento la observación en geriatría, como procedimiento de evaluación, se ha realizado principalmente a través de escalas de observación estructurada (Montorio, 1994), mientras que en la gerontología conductual se ha desarrollado por códigos de observación (por señalar algunos ejemplos: (Baltes et al., 1980; Baltes y Barton, 1979; Dwyer-Moore y Dixon, 2007; Moore, Delaney, y Dixon, 2007). En ambos casos el objetivo es obtener un informe que comprenda la información relevante para la intervención del profesional. El informe psicológico es, ante todo, un documento científico, testimonio archivable y duradero sobre la tarea realizada por el evaluador (Fernández-Ballesteros, 2001). Éste comprende la ordenación de los datos resultantes en diversas formas de obtención de información, entre ellas una de las más

extendidas, dadas sus ventajas, es la observación por medio de escalas de apreciación: instrumentos sistemáticos y tipificados que permiten la comparación de un sujeto con un grupo normativo (Pelechano, 1976).

3.4 Escalas de apreciación de problemas de comportamiento en geriatría. Una revisión.

Las escalas de apreciación se utilizan para la cuantificación, calificación y clasificación de las actividades de un sujeto (o grupo de sujetos) según conductas específicas, dimensiones o atributos previamente establecidos (Fernández-Ballesteros et al., 1992). Con respecto al objetivo de la tesis se ha llevado a cabo una revisión de las escalas más utilizadas para la evaluación de los problemas de conducta de las personas mayores. Para ello se realizaron búsquedas electrónicas en las bases de datos nacionales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) IME de Biomedicina e ISOC (Ciencias sociales y humanidades), y en las bases de datos internacionales MEDLINE, Pubmed, así como búsquedas manuales en literatura especializada en revisión de escalas. Las búsquedas se realizaron en torno al término “escala” y las combinaciones de los términos (tanto en inglés como en español): “observación” “comportamiento” y la raíz “ger” para incluir (geriatría, gerontología, geriátrico y demás términos relacionados). Los criterios de inclusión fueron:

1. La escala debía estar accesible en la literatura en los artículos de referencia
2. Validada con la muestra objetivo.
3. Heteroadministrada por medio de observación directa o retrospectiva.
4. Con al menos 5 ítems relacionados con problemas de comportamiento que a juicio del investigador pudieran encajar en las siguientes categorías: delirios, alucinaciones, agresividad, agitación, comportamiento desadaptado, depresión y apatía.
5. Que se encontrase accesible en inglés o castellano.

Como criterios de exclusión:

1. Se excluyeron aquellas escalas cuyas conductas objetivo estuvieran en relación con la observación del dolor
2. Se excluyeron también aquellas escalas cuyos ítems fueran exclusivamente orientados a la evaluación de la depresión.

Asimismo, se incluyeron aquellas escalas que al margen de las búsquedas electrónicas en las bases de datos, se encontraran en la práctica clínica o en manuales y artículos de revisión que cumplieran los criterios de inclusión 2, 3, 4 y 5 y los criterios de exclusión. Acorde con la revisión se encontraron 57 escalas accesibles. El objetivo de la revisión es establecer el estado del arte con respecto a las escalas de apreciación de los problemas de conducta en demencias y evaluar si existen escalas exhaustivas de valoración de los problemas de conducta que permitan establecer relaciones con el ambiente. Para ello, en la revisión se realiza una estructuración de los objetivos y unidades de medida, del procedimiento de administración, de la fiabilidad y de la aplicabilidad cada escala. En esta revisión se han recogido las siguientes características de las escalas por considerarse los rasgos definitorios más relevantes:

1. Nombre de la escala: se recoge el nombre y el acrónimo de la escala (el cual podía existir previamente, en el caso contrario se asignó uno por razones de espacio en las siguientes tablas)
2. Nº Ítems: se registró el número de ítems como un indicador indirecto de la duración de la administración de la escala así como un indicador de su especificidad.
3. Tiempo de administración: tiempo aproximado de administración de la escala reportado por los autores o estimado por el investigador si la información no estuviera accesible en los artículos de validación o el manual de aplicación.
4. Áreas de evaluación: dentro de los problemas de comportamiento, tal y como se ha definido con anterioridad en el capítulo 2, se consideran varias áreas evaluables: delirios, alucinaciones, agresividad, ritmos alterados, depresión, etc. Existen diferencias en la nomenclatura de estas áreas entre los autores de las escalas y aunque existe un cierto consenso, los ítems que componen una escala o subescala propuesta por un autor no necesariamente coinciden con los ítems de otras escalas bajo una misma definición y sucede también el fenómeno contrario, ítems similares se encuadran dentro de áreas diferentes de evaluación.
5. Tipo de escala: la característica principal de evaluación de las áreas de evaluación: frecuencia (numérica si la frecuencia es reportada en términos numéricos, por ejemplo: 1,2,3 veces al día, u ordinal si se plantea como categorías ordinales: poco, mucho, siempre), intensidad (numérica u ordinal al

igual que en el caso de la frecuencia) y gradación de las puntuaciones (por ejemplo, de 1 a 4, de 0 a 3, etc.).

6. IRR: fiabilidad interjueces referida por los autores y estudios de validación relacionados.
7. Validación en castellano: se aporta la referencia en caso de que se hubiera encontrado traducción y validación al castellano de la escala.
8. Aplicabilidad: observación directa o referida: La escala se puede utilizar para evaluar características observables del residente de modo directo o referidas de manera retrospectiva por otro profesional o cuidador formal o informal.

Según la estructura propuesta, se ordenaron las escalas siguiendo un procedimiento de organización sucesiva en diferentes tablas:

- Tabla 1. Organización de las escalas según características generales y psicométricas.
- Tabla 2. Organización de las escalas según las categorías de evaluación propuestas.
- Tabla 3. Organización de las escalas combinando categorías psicométricas y de evaluación.

Tabla III.4. Características generales y psicométricas de las escalas (ordenación por fecha de publicación).

Nº	Nombre de la escala	Items	Duración	Áreas de evaluación	Tipo de escala	IRR	Validada en castellano	Aplicabilidad
1	Chrichton Royal Behavioural Scale (CRBRS) (Sixmith et al., 2004)	11	5 min.	Mobility Orientation Communication Co-operation Restlessness Dressing Feeding Continence Sleep Mood	Ordinal, Intensidad (1-5)	Alta, 0,81 de la escala total.	(Bowlig, 1994)	Autocompletada o por informantes.
2	Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall and Gorham ,1962).	16	25 min.	Somatic concern Anxiety Emotional withdrawal Conceptual disorganisation Guilt feelings Tension Mannerisms Grandiosity Depressive mood Hostility Suspiciousness Hallucinatory behaviour Motor retardation Unooperativeness Unusual thought Blunted affect	Intensidad (1-7)	0,56-0,87	(Peralta y Cuesta, 1994)	Entrevista semiestructurada
3	Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE) (Honigfeld et al., 1966).	80. Existe versión de 30	20 min.	Social Comptence Social interests Hygiene Irritability Psychosis (Hallucinations) Retardation	Frecuencia (0-4) ordinal.	Satisfactoria	No encontrada	Enfermeras durante tres días

Tabla III.4 (continuación). Características generales y psicométricas de las escalas (ordenación por fecha de publicación).

Nº	Nombre de la escala	Items	Duración	Áreas de evaluación	Tipo de escala	IRR	Validada en castellano	Aplicabilidad
4	Stockton Geriatric Scale (Meer y Baker, 1966).	33	10-20 min.	Physical disability Apathy Communication failure Socially Irritating Behavior	Frecuencia ordinal (0-2)	0,7-0,88	No encontrada	Informe retrospectivo por un auxiliar o enfermero
5	Blessed Dementia Scale (BDS) (Blessed, Tomlinson, y Roth, 1968).	28 items. Subescala de 11 items	5 min.	Personalidad Cambios de conducta.	Severidad (0-1)	-	(Peña-Casanova et al., 2005)	Referida por un familiar
6	Mini Mult. Escala obtenida a partir del MMPI (Kincannon, 1968).	71	1 hora.	Hipocondriasis Depression Histeria Paranoia	-	-	No encontrada	Entrevista clínica
7	Geriatric Rating Scale (GRS) (Plutchik et al., 1970)	31	20-25 min.	BADL Confusión Conducta socialmente inapropiada Respuestas de orientación Agresividad	Frecuencia y severidad mezclados	0,87	No encontrada	Referida por observador
8	Physical and Mental Impairment of Function Evaluation (PAMIE) (Gurel et al., 1972).	77	10-15 min.	Belligerence/irritability, mental confusion, anxiety/depression, bedfast/moribund, behavioural deterioration, paranoia/suspicion, sensory and motor function, withdrawn/apathetic, and ambulation	Frecuencia y severidad mezclados (0-1)	No encontrada. Aparece consistencia interna entre 0,67-0,91	No encontrada	Staff administered questionnaire

Tabla III.4 (continuación). Características generales y psicométricas de las escalas (ordenación por fecha de publicación).

Nº	Nombre de la escala	Items	Duración	Áreas de evaluación	Tipo de escala	IRR	Validada en castellano	Aplicabilidad
9	Sandoz Clinincal Assessment Geriatric (SCAG) (Shader, Harmatz, y Salzman, 1974)	19	15-20 min.	Humor depresivo Confusión Alerta Mental Iniciativa- Motivación Irritabilidad Hostilidad Tendencia a molestar Indiferencia al ambiente Sensibilidad pobre Fatiga Falta de colaboración Labilidad emocional Autocuidado Anorexia Vértigos Ansiedad Desorientación	Severidad (1-7)	Baja	No encontrada	Informante
10	Kingston Dementia Rating Scale (Lawson, Rodenburg, y Dykes, 1977)	27	20-25 min.	Orientation BADL Sleep problems Wandering Motor restlessness Communication problems Emotional lability Aggression Understanding	Presencia / ausencia (0-1)	0,95	No encontrada	Observador

Tabla III.4 (continuación). Características generales y psicométricas de las escalas (ordenación por fecha de publicación).

Nº	Nombre de la escala	Items	Duración	Áreas de evaluación	Tipo de escala	IRR	Validada en castellano	Aplicabilidad
11	Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE) (Gurland et al., 1977).	4 áreas generales.	45-90 min.	Medical problems Nutritional Social Economic Anger Obsessions Sleep Disturbance Depersonalization Communication	Presencia / ausencia	Baja, sin especificar	No encontrada	Entrevista clínica por un profesional entrenado
12	London Psychogeriatric Scale. (LPRS) (Hersch et al., 1978).	36	15 min (estimado por el investigador)	Incapacidad Mental Incapacidad Física Comportamiento socialmente irritante Retraimiento	Frecuencia ordinal (0-2)	Alto, sin especificar	No encontrada	Media obtenida por 2 evaluadores.
13	Global Assessment of Psychiatric Symptoms (GAPS)	19	15-20 min.	Apathy Motor coordination Communication problems Confusion Memory problems Irritability Depression Anxiety Delirium Hallucination Emotional lability Sleep problems	Severidad (1-5)	0,43-0,72	No encontrada	Observación por observadores entrenados.

Tabla III.4 (continuación). Características generales y psicométricas de las escalas (ordenación por fecha de publicación).

Nº	Nombre de la escala	Items	Duración	Áreas de evaluación	Tipo de escala	IRR	Validada en castellano	Aplicabilidad
14	Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) (Bucht y Adolfsson, 1983)	36	20 min.	Sadness Hostile feelings Inability to feel Depression related items Concentration and memory Sleep Problems Pain Perceptive problems Hallucinations Agitation and mannerisms Memory	Severidad (0-3)	No encontrada	No encontrada	Observación realizada por un profesional clínico.
15	Psychogeriatric Dependency Rating Scales (PGDRS) (Wilkinson y Graham-White, 1980).	42	20 min.	Orientation Perception Disruptive Manipulating Wandering Socially objectionable Demanding interaction Communication difficulties Noisy Aggression (active, pasive, verbal) Restless Destructive Affect Delusions Speech content Personal hygiene	Frecuencia (0-2) ordinal (Nunca, 2-5 días o menos, 3-5 días o más)	0,48-0,61	No encontrada	Observación por profesionales

Tabla III.4 (continuación). Características generales y psicométricas de las escalas (ordenación por fecha de publicación).

Nº	Nombre de la escala	Items	Duración	Áreas de evaluación	Tipo de escala	IRR	Validada en castellano	Aplicabilidad
16	Gottfries Brane y Seen Scale (GBS) (Gottfries, Bråne, Gullberg, y Steen, 1982)	26	30 min.	Motor functions Intellectual Emotional functions Confusion Irritability Anxiety Agony Reduced mood Restlessness	Frecuencia numérica (días y semanas)	0,83-0,93	No encontrada	Observación por un observador sin entrenamiento especial.
17	Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS-Non Cog) (Mohs, Rosen, y Davis, 1983).	10	10 min.	Sintomas depresivos Funciones vegetativas Agitación Delirios Alucinaciones	Intensidad (0-5)	No presentada	(Manzano, Llorca, Ledesma, y López-Ibor, 1994)	Entrevista Referida Observación
18	Problem Checklist and Strain Scale (PCSS) (Gilleard, 1984).	34	20 min.	BADL Communication and conversation problems Verbal Aggressive Safety Wandering Self Care Apathy Sleep Others (finances, health, holidays)	Frecuencia ordinal (0-2)	No presentada	No encontrada	Entrevista realizada por profesional sin formación específica.

Tabla III.4 (continuación). Características generales y psicométricas de las escalas (ordenación por fecha de publicación).

Nº	Nombre de la escala	Items	Duración	Áreas de evaluación	Tipo de escala	IRR	Validada en castellano	Aplicabilidad
19	Clinical Rating Scale for Symptoms of Psychosis in Alzheimer's Disease (SPAD) (Reisberg y Ferris, 1985).	9	10 min.	Delusions	Intensidad (0-3) especificada	No presentada	No encontrada	Referida por un cuidador
20	Overt Aggression Scale (OAS) (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, y Williams, 1986).	16	5 min.	Agresión contra objetos Agresión contra uno mismo Agresión contra otros Agresión verbal	Intensidad Duración y consecuencias	0,5 en 95% 0,75 en 52%	(Arbach y Puey, 2007).	Autoaplicada, formato similar al registro. buena para un análisis funcional
21	Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) - Long Form (Cohen-Mansfield, 1986).	29	10-15 min.	Agresividad, Agitación/Ansiedad, Depresión, Comportamiento desadaptado y Comportamiento sexual desadaptado	Frecuencia numérica/ordinal (1-7)	-	(Cervilla, Rodríguez-Cano, y Gurpegui, 1995)	Referida por cuidadores.
22	Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination (CAMDEX) (Roth et al., 1986).	119	1 hora.	Demencia Delirios Depresión Ansiedad Paranoia	-	Muy alta 92-96%	(Linás Regla, López Pousa, y Vilalta Franch, 1995)	Entrevista clínica
23	BEHAVE-AD (Reisberg et al., 1987).	25	20 min.	Delusions Alucinaciones Activity Aggressiveness Diurnal Rythm Affective Disturbance Anxieties/Phobias	Frecuencia, intensidad y topografía mezcladas (0-3)	0,65-0,91	(Boada, Cejudo, Tàrraga, López, y Kaufer, 2002)	Directa

Tabla III.4 (continuación). Características generales y psicométricas de las escalas (ordenación por fecha de publicación).

Nº	Nombre de la escala	Items	Duración	Áreas de evaluación	Tipo de escala	IRR	Validada en castellano	Aplicabilidad
24	Neurobehavioural Rating Scale (NRS) (Levin et al., 1987).	28	30-40 min.	Cognición Agitación/desinhibición Retardo conductual Ansiedad/depresión Expresión verbal perturbadora Psicosis (Delirios y alucinaciones)	Presencia/ausencia	-	(Pelegrín, Martín, y Tirapu, 1995)	Observador,
25	Cognitive Behavior Rating Scale (CBRS) (Williams, Klein, Little, y Haban, 1986).	137	1h.	Cognitive Problems Intellectual skills Depression Demographics and medical information	Intensidad (1-5)	-	No encontrada	Heteroaplicada
26	Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES) (Helmes, Csapo, y Short, 1987).	40	25 min.	Self-care functioning Disorientated behaviour Depressed/anxious mood Irritable behaviour Withdrawn behaviour	-	0,5-0,99	No encontrada	Observación por observadores entrenados.
27	Ryden Aggression Scale (1988, 2994) (Ryden, 1988).	25	20 min.	Agresión física Agresión verbal Agresión sexual	Frecuencia ordinal (0-5)	Alta 0,88	No encontrada	Informante.
28	Georagsobber Vatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric) (Verstraten, 1988).	82	10 min.	14 escalas en 4 factores: Psychomotor behavior types Cognitipe behavior types Social Behavior types Emotional or affective behavior types	Frecuencia (1-4)	Variable 0,53 – 0,90	No encontrada	Personal cuidador
29	Delirium Rating Scale (1988,1998) (Trzepacz et al., 2001).	10-16	5-10 min.	Delusions	Intensidad variable (0-3 y 0-4)	0,97	No encontrada	Observación por un clínico

Tabla III.4 (continuación). Características generales y psicométricas de las escalas (ordenación por fecha de publicación).

Nº	Nombre de la escala	Items	Duración	Áreas de evaluación	Tipo de escala	IRR	Validada en castellano	Aplicabilidad
30	Relative's assessment of Global Symptomatology (RAGS) (Raskin y Crook, 1988).	21	15 min.	BADL Social activities Anxiety Depression Irritability Suspicion and strange ideas Hallucinations Emotional lability Sleep problems Motor coordination Communication Confusion Memory	Intensidad (1-5)	No encontrada	No encontrada	Observación por un usuario sin entrenamiento.
31	Disruptive Behavior Rating Scales (DBRS) (Mungas, Weiler, Franzi, y Henry, 1989).	21	10 min.	Agresión física Agresión verbal Agitación Deambulación	Intensidad según grado de intervención (0-5)	0,83	No encontrada	Enfermeras o cuidadores, diariamente durante una semana.
32	Agitated Behavior Mapping Instrument (ABMI). (Cohen-mansfield et al., 1989)	14	1 hora de observación estratificada en 3 minutos durante 2 meses.	Verbal non aggressive Physical non aggressive Verbal aggressive Physical aggressive	Frecuencia numérica/ordinal (1-5)	-	No encontrada	Observadores entrenados
33	Irritability, Aggression and Apathy (Burns, Folstein, Brandt, y Folstein, 1990).	15	10 min.	Irritabilidad Apatía	Frecuencia ordinal (1-3) Intensidad (1-5)	0,85	No encontrada	Entrevista semiestructurada con informador.

Tabla III.4 (continuación). Características generales y psicométricas de las escalas (ordenación por fecha de publicación).

Nº	Nombre de la escala	Items	Duración	Áreas de evaluación	Tipo de escala	IRR	Validada en castellano	Aplicabilidad
34	Dementia Behaviour Disturbance Scale (DBD) (Baumgarten, Becker, y Gauthier, 1990)	28	5 min.	Preguntas repetitivas Conductas desadaptadas Desorientación Delirios Agitación Comida Sexual Agitación Agresividad BADL Conductas desadaptadas	Frecuencia ordinal (0-4)	0,71		Entrevista con informante o autoaplicada por el cuidador
35	Confusion Assessment Method (CAM) (Inouye et al., 1990).	11	5 min	Delirios/ alucinaciones Pensamiento desorganizado Alteración de conciencia	Presencia / ausencia		Toro, Escobar, Franco, Díaz-Gómez, Muñoz, Molina, Bejarano, Yepes, Navarro, García Wesley Ely, Esteban.	Valoración directa o por informante.
36	Dysfunctional Behavior Rating Instrument (DBRI) (Molloy, Bédard, Guyatt, y Lever, 1996)	25	10 – 15 min	Conducta verbal Miedo Agresividad Delirios Alucinaciones Agitación Conducta desadaptada	Frecuencia numérica/ordinal (0-5) Intensidad (0-5)	-	No	Enfermería Observador
37	Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients, (NOSGER I) (Spiegel et al., 1991).	30	5-10 min	Autocuidado Humor Conducta social Trastornos conductuales	Frecuencia ordinal (1-5)	0,6-0,7	No	Referida por un cuidador

Tabla III.4 (continuación). Características generales y psicométricas de las escalas (ordenación por fecha de publicación).

Nº	Nombre de la escala	Items	Duración	Áreas de evaluación	Tipo de escala	IRR	Validada en castellano	Aplicabilidad
38	Nursing Home Behavior Problem Scale (NHBPS) (Ray, Taylor, Lichtenstein, y Meador, 1992).	29	3-5 min	Uncooperative/agresive Irrational/restless Irrational/restless Annoying Behavior Innapropriate Behavior Dangerous Behavior Sleep Problems	Frecuencia ordinal (0-4)	0,47 – 0,77	No	Referida por un cuidador.
39	Rating scale for Aggressive Behaviour in the Elderly (RAGE) (Patel y Hope, 1992).	21	5 min	Comportamiento agresivo Consecuencias Evaluación subjetiva	Frecuencia numérica (0-3) Intensidad (0-3)	0,94 86% de acuerdo	(de Azpiazu, Salamero, Pujol, y Cuevas, 2001)	Basada en el recuerdo durante 3 días
40	Present Behavioral Examination (PBE) (Hope y Fairburn, 1992).	187 (121 +66)	1 hora	Mental Health Walking Eating Diurnal Rythm Aggressiveness Sexual Continance Individual Behavioural Abnormality	Severidad (2-7)	0,65 – 1 96% de ítems puntuados igual.	No	Observación directa por un observador entrenado.
41	Caretaker Obstreperous-Behavior Rating Assessment (COBRA) Scale (Drachman, Swearer, O'Donnell, Mitchell, y Maloon, 1992).	30	20 min	Agresive/assaultive Ideas/personality Mechanical/Motor Vegetative	Frecuencia ordinal (0-4) Intensidad (0 -4)	0,73 y 0,99 (para el 75%)	No	Observador

Tabla III.4 (continuación). Características generales y psicométricas de las escalas (ordenación por fecha de publicación).

Nº	Nombre de la escala	Items	Duración	Áreas de evaluación	Tipo de escala	IRR	Validada en castellano	Aplicabilidad
42	Reliability, Validity and Clinical Correlates of Apathy in Parkinson's Disease (Starkstein et al., 1992).	14	5-10 min	Apatía	Intensidad (0-3)	0,85	No	Entrevista clínica con paciente
43	BEAM-D (Sinha et al., 1992).	16	20 min	Agresividad Cooperación Atención Comportamiento sexual Deambulaci3n Estados inferidos Sueño	Frecuencia e intensidad mezclada (0-4)	0,7 – 1,00 0,56 – 1,00	No	Evaluadores entrenados.
44	Columbia University Scale for Psychopathology in Alzheimer's Disease (CUSPAD) (Devanand et al., 1992).	33	10-15 min.	Delusions Hallucinations Illusions Behavioral Disturbances Depression	Variable: Presencia / ausencia Intensidad (0-2) Frecuencia (0-4)	0,8-1,00 (en entrevistas conjuntas) 0,3-0,73(en entrevistas por separado)	No	Entrevista por un profesional al cuidador.
45	Delirium symptom interview (Albert et al., 1992).	7	10-15 min	Disorientation Sleep disturbance Perceptual disturbance Disturbance of Consciousness Psychomotor activity General behaviour observations Fluctuating behaviour score	Severidad (1-4)	0,45-0,9	No	Observaci3n por medio de entrevista por un profesional.
46	Revised Memory and Behaviour Problems Checklist (RMBPC) (1992) (Allen et al., 2003).	24	15-20 min	Memory Aggressive Depression Anxiety Caregivers' reaction	Frecuencia numérica/ordinal (0-4) Intensidad (0-4)	0,75-0,87	(Salvia et al., 2011)	Entrevista a un familiar

Tabla III.4 (continuación). Características generales y psicométricas de las escalas (ordenación por fecha de publicación).

Nº	Nombre de la escala	Items	Duración	Áreas de evaluación	Tipo de escala	IRR	Validada en castellano	Aplicabilidad
47	Discomfort scale. (DS-DAT) (Hurley, Volicer, Hanrahan, Houde, y Volicer, 1992).	9	5 min	Negative vocalizations Noisy breathing Sad Facial Expression Frightened Facial Expression Frown Lack of Relaxed body language Tense body language Fidgeting	Duración , intensidad y frecuencia numérica.	-	No	Observación
48	Brief Agitation Rating Scale (BARS) (Finkel, Lyons, y Anderson, 1993).	10	5 min	Agresión Ansiedad Conducta verbal	Frecuencia ordinal (0-3)	0,73	No	Cuidador
49	Pittsburgh Agitation Scale (PAS) (Rosen et al., 1994).	4	1 min	Aberrant vocalization Agitación Agresividad Resistencia al cuidado	Intensidad específica (0-4)	0,8	No	Observador
50	Neuropsychiatric Inventory (NPI) (Cummings et al., 1994).	12	10 min.	Síntomas neuropsiquiátricos (delirios, alucinaciones, agitación, depresión, ansiedad, euforia, apatía, desinhibición, irritabilidad, conducta motora sin finalidad). Síntomas neurovegetativos (sueño, apetito) Síntomas extrapiramidales (Rigidez, temblor, otros)	Frecuencia (1-4) Severidad (1-3) Distress que produce en el cuidador (0 -5).	Agreement in over 90 ratings	(Vilalta-Franch et al., 1999)	Referida por un cuidador
51	Psychogeriatric Assessment Scale (PAS) (Jorm et al., 1995).	27	20 min.	Sociodemográficos Depresión Deterioro cognitivo	Presencia/ausencia - Correcto/ incorrecto.	-	No	Entrevista directa y entrevista a informante.

Tabla III.4 (continuación). Características generales y psicométricas de las escalas (ordenación por fecha de publicación).

Nº	Nombre de la escala	Items	Duración	Áreas de evaluación	Tipo de escala	IRR	Validada en castellano	Aplicabilidad
52	Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD) Behavior Rating Scale for Dementia (BRSD) (Tariot, 1996)	46	20 – 30 min	Depressive features Psychotic features Defective self regulation Irritability/agitation Vegetative feature Apathy aggression Affective liability	presencia/ausencia (0 – 9) frecuencia cambio/no cambio	91-100% 0.77 a 1.0	No	Entrevista o autoaplicada basada en el recuerdo.
53	Manchester and Oxford Universities Scale for the Psychopathological Assessment of Dementia (MOUSEPAD) (Allen, Gordon, Hope, y Burns, 1996)	54	15-30 min.	Delirios Alucinaciones Deambulación Comer Dormir Sexual Agresión	Presencia/ausencia Severidad evaluada por frecuencia Duración Sucede actualmente	0,4 - 0,93 0,56 - 1,0	No	Referida por un cuidador.
54	Confusional State Evaluation (CSE) (Robertsson, Karlsson, Styru, y Gottfries, 1997).	22	20 min.	Disorientation Cognitive disturbance Delusions Hallucinations Irritability Emotional Liability Sleep Problems Psychomotor activity	Severidad (1-4)	0.38-0.93	-	Observación realizada por profesionales de enfermería, doctores y psicólogos.
55	The Delirium Index (1998) (McCusker, Cole, Dendukuri, y Belzile, 2004).	7	5-10 min	Attention Disorganized thinking Level of consciousness Disorientation Memory Perceptual disturbance Motor activity	Intensidad (0-3)	0,77-0,93	-	Observación realizada por un observador entrenado.

Tabla II.4 (continuación). Características generales y psicométricas de las escalas (ordenación por fecha de publicación).

Nº	Nombre de la escala	Items	Duración	Áreas de evaluación	Tipo de escala	IRR	Validada en castellano	Aplicabilidad
56	Health of the nation outcome scales (HoNOS) 65+ (Pirkis et al., 2005).	12	5 min	Aggression Self harm Drug and alcohol use Cognitive problems Physical illness and disability Hallucinations and delusions Depression Other symptoms ...	Intensidad 0-5	Moderado a bueno según estudios.	No	Valoración directa.
57	Delirium O Meter (de Jonghe et al., 2005).	12	5 min	Attention Orientation Consciousness Apathy Psychomotor retardation Incoherence Restlessness Delusions Hallucinations Anxiety	Presencia/ausencia	0,84-0,81	No	Observación por profesionales de enfermería

En la tabla anterior se refieren las escalas con las áreas de evaluación en su idioma original aquellas que no se hayan encontrado validadas al español. Éstas se agruparon a su vez en las siguientes categorías, con el objetivo de homogeneizar estas definiciones en un acercamiento más comprensible a la comparación entre escalas: Delirios, Alucinaciones, Agresividad, Ansiedad, Agitación, Conductas desadaptadas, Conducta sexual desadaptada, Depresión.

Cada área de evaluación se recogerá en castellano si existe escala en castellano y en inglés si no existiera la escala en castellano.

Delirios: en esta categoría incluiremos las escalas (entendiendo escala como agrupación de uno o más ítems de similar contenido) que evalúen un estado inferido de consciencia alterada o una conducta verbal o motora observable que denote acciones en respuesta acordes con situaciones complejas no observables, cuya existencia pueda ser puesta en duda por el personal cuidador. Se incluirán en esta categoría las subescalas e ítems denominados: psicosis, histeria, conducta delirante y delirios, conceptual disorganisation, grandiosity, suspiciousness, delusions, pensamiento desorganizado, alteración de conciencia, salud mental, ideas distorsionadas, paranoia, confusión, desorientación, desorientación, delirios, cognitive problems, psychotic features.

Alucinaciones: similar a los delirios, las alucinaciones se consideran la alteración de la percepción de la realidad. En este caso se agruparán bajo esta característica las escalas y subescalas denominadas como alucinaciones o delirios, en las que la alteración de la percepción es simple y relacionada con estímulos discretos no estructurados sin base narrativa, por ejemplo: sonidos, imágenes, estímulos olfativos u otras percepciones que no se correspondan con el entorno observable por el resto de la comunidad. Se consideraran pertenecientes al grupo “alucinaciones” los siguientes ítems o subescalas: hallucinatory behaviour, unusual thought, alucinaciones, hallucinations.

Agresividad: cualquier conducta motora que implique el daño físico a uno mismo, a otros o al entorno, así como la conducta verbal

(descalificaciones, insultos, amenazas y blasfemias). Dentro de esta categoría se encontrarían: hostility, irritabilidad, hostilidad, agresión contra objetos, agresión contra uno mismo, agresión contra otros, agresión verbal, aggressiveness, agresión física, agresión sexual, agresividad, comportamiento agresivo, agresión, resistencia al cuidado, irritability, aggression, cooperación/agresividad, self harm, verbal aggressive, physical aggressive, evaluación subjetiva (de la agresividad).

Ansiedad / Agitación: respuestas de la persona que impliquen expresión facial o verbal de miedo o tensión, así como respuestas motoras repetitivas aparentemente no causadas por estímulos contextuales. entrarían dentro de esta categoría los manierismos, la deambulación, deambulation, ambulation, wandering, aberrant motor behavior, euforia, somatic concern, anxiety, tensión, hipocondriasis, histeria, alerta, mental, ansiedad, agitación, anxieties/phobias, irracional/agitación, euphoria, frightened facial expression, preguntas repetitivas, miedo, tense body language, lack of relaxed body lenguaje, fidgeting, verbal non aggressive, physical non aggressive behaviors.

Comportamiento desadaptado: cualquier conducta instrumental orientada hacia un estímulo considerado inadecuado por la comunidad. Un ejemplo de esto sería comer con las manos (en gran parte del contexto occidental, en otros contextos el uso de las manos o dependiendo de que mano en particular se usa para comer implica otras connotaciones con respecto a la adecuación social), o realizar conductas sexuales explícitas en público. Entran dentro de esta categoría los problemas de higiene y/o vestido, comportamiento interferente, socialmente irritante, no cooperativo, tendente a molestar, comportamiento aberrante, desinhibición, etc. Según la nomenclatura de las escalas revisadas: higiene, cambios de conducta, tendencia a molestar, autocuidado, actividades personales, comportamiento socialmente irritante, activity, necesidad de rutina comportamiento social, conducta social, comportamiento cognitivo, comportamiento motor, conductas desadaptada/as, conducta verbal, trastornos conductuales,

comportamiento interferente, comportamiento peligroso, continencia, comer, comida, anormalidad de comportamiento individual, actividad motora, cooperación, desinhibición, aberrant vocalization, appetite and eating disorders, night time behaviors, cambios comportamentales, autorregulación, autocuidado, conducta social, humor, drug and alcohol use, intereses sociales, defective self regulation, liability.

Comportamiento sexual desadaptado: si bien podría considerarse dentro de la categoría anterior, “comportamiento desadaptado”, se considerará el comportamiento sexual desadaptado como una categoría propiamente dicha debido a sus características particulares. Dentro de esta categoría se encontrarían los ítems y subescalas denominados como: sexual, comportamiento sexual, vegetative (change in sexuality), making physical sexual advances.

Depresión: Afectivo: toda conducta de alta frecuencia relacionada con respuestas emocionales y afectivas de carácter negativo: llanto, gesto apático, expresión verbal de tristeza, soledad, expresión de dolor, retardo conductual, labilidad emocional, etc. También entrarán en esta categoría la baja frecuencia en conductas interactivas con el entorno: aislamiento, evitación de mirada, etc. Dentro de esta categoría se encontrarían los siguientes ítems o subescalas: emotional withdrawal, guilt feelings, depressive mood, motor retardation, uncooperativeness, blunted affect, retardo, depresión, humor depresivo, fatiga, labilidad emocional, control emocional, retraimiento, síntomas depresivos, affective disturbance, depression, comportamiento emocional, apatía, iniciativa- motivación, indiferencia al ambiente, sensibilidad pobre, retardo conductual, falta de colaboración, afectivo, apathy, apatía, negative vocalizations, sad facial expression, frown, affective apathy depressive features.

Otros: Cualquier otra característica que pueda ser de interés pero que no haya sido contemplada en las otras categorías, normalmente características ambientales específicas o síntomas médicos: vértigos, necesidad de rutina, enfermedad y deterioro, uso de alcohol y drogas,

competencia social, personalidad, vértigos, incapacidad mental, incapacidad física, demencia, diurnal rythm, sueño, problemas de sueño, ritmo diurno, consecuencias, dormir, noisy breathing, other symptoms, physical illness and disability, atención, funciones vegetativas, síntomas vegetativos, vegetative features.

Las categorías mixtas: “hallucinations and delusions”, “Ansiedad/depresión”, “Agitación/desinhibición” y viceversa se registrarán de manera doble si dentro de la categoría se incluyen ítems relacionados con ambas categorías anteriormente descritas. Aquellas escalas que no dispongan de subescalas establecidas o no se hayan llevado a cabo análisis factoriales y por tanto sólo dispongan de ítems no estructurados bajo subcategorías, estos serán asignados a subcategorías relacionadas de las enumeradas anteriormente. Por ejemplo, la escala CMAI (Cohen-Mansfield, 1986) dispone de 29 ítems, que serán asignados a las siguientes categorías con fines de estructuración:

- Agresividad: Cursing or verbal aggression, Hitting, Kicking, Grabbing, Pushing, Throwing things, Biting, Scratching, Intentional Falling, Hurt self or other.
- Agitación/Ansiedad: Pace-aimless wandering, Trying to get to a different place, Complaining, Performing repetitious mannerisms, General restlessness.
- Depresión: Negativism.
- Comportamiento desadaptado: Innapropriate dress or disrobing, Spitting, Constant unwarranted request for attention, repetitive sentence, Strange noises, Screaming, Eating inappropiate substances, Handling things inappropriately, Hiding things, Hoarding things, Tearing things or destroying property.
- Comportamiento sexual desadaptado: Making physical sexual advances.

De esta manera, la escala CMAI estaría compuesta por 5 categorías de agrupación: Agresividad, Agitación/Ansiedad, Depresión, Comportamiento desadaptado y Comportamiento sexual desadaptado.

Si resumimos la anterior tabla según la presencia de categorías de evaluación registradas en las escalas, obtendríamos la siguiente tabla. En la columna derecha se puede observar

el porcentaje de categorías de agrupación de problemas de conducta sobre el total de las categorías observadas que cubre cada escala (excluyendo la columna “Otros”, por contemplar un conjunto de categorías demasiado heterogéneo).

Tabla III.5. Categorías que cubre cada escala.

Nº	Escala	Ag	An	Del	Al	CD	CS	Dep	Ot	% Total
1	CBRS		x			x		x		43%
2	BPRS	x	x	x	x			x	x	71%
3	NOSIE	x		x	x	x		x	x	71%
4	Stockton					x		x	x	29%
5	BDS					x				14%
6	MMPI		x	x				x		43%
7	GRS	x		x		x			x	43%
8	PAMIE	x	x	x		x		x	x	71%
9	SCAG	x	x	x		x		x	x	71%
10	KDRS			x		x		x	x	43%
11	CARE	x	x	x					x	43%
12	LPRS					x		x	x	29%
13	GAPS	x	x	x	x			x	x	71%
14	CPRS	x	x		x			x	x	57%
15	PGDRS	x	x	x		x		x	x	71%
16	GBS	x	x	x				x	x	57%
17	ADAS	x		x	x			x	x	57%
18	PCSS	x				x		x	x	43%
19	SPAD			x						14%
20	OAS	x								14%
21	CMAI	x	x			x	x	x		71%
22	CAMDEX		x	x				x		43%
23	BEHAVE-AD	x	x	x	x			x	x	71%
24	NRS	x	x	x	x	x		x	x	86%
25	CBRS		x					x	x	29%
26	MOSES	x		x				x	x	57%
27	RAS	x								14%
28	GIP-28		x	x		x		x		57%
29	DRS			x						14%
30	RAGS	x	x	x	x			x	x	71%
31	DBRS	x	x			x				43%
32	ABMI	x	x					x		43%
33	IAA	x						x		29%
34	DBD	x	x			x			x	43%
35	CAM	x		x	x					43%
36	DBRI	x	x	x	x	x				71%

Tabla III.5. Categorías que cubre cada escala (continuación).

Nº	Escala	Ag	An	Del	Al	CD	CS	Dep	Ot	% Total
37	NOSGER II					x		x		29%
38	NHBPS	x	x	x		x			x	57%
39	RAGE	x							x	14%
40	PBE	x				x	x		x	43%
41	COBRA	x				x	x		x	43%
42	RVCCAPD							x		14%
43	BEAM-D	x	x	x		x	x		x	71%
44	CUSPAD			x	x	x		x		57%
45	DSI			x						14%
46	RMBPC	x	x					x	x	29%
47	DS-DAT		x			x		x	x	43%
48	BARS	x								14%
49	PAS (Pittsburgh)	x				x				29%
50	NPI-Q	x	x	x	x	x		x	x	86%
51	PAS							x	x	14%
52	BRSD	x	x	x		x		x	x	71%
53	MOUSEPAD			x	x	x	x		x	57%
54	CSE	x		x	x	x			x	57%
55	DI			x					x	14%
56	HoNOS 65	x		x	x	x		x	x	71%
57	DOM		x	x	x			x		57%
		63%	49%	58%	28%	53%	9%	61%	61%	

Ag: agresividad, An: ansiedad, Del: delirios, Al: alucinaciones, CD: conducta desadaptada, CS: Conducta sexual desadaptada, Dep: depresión, Ot: otros.

A continuación se resume el número de escalas que contienen elementos de evaluación referentes a los grupos de problemas anteriormente señalados según la tabla anterior.

Tabla III.6. Resumen de los grupos de comportamientos que recogen las escalas.

Agresividad	36	63%
Ansiedad / agitación	28	49%
Delirios	33	58%
Alucinaciones	16	28%
Conductas desadaptadas	30	53%
Conducta sexual desadaptada	5	9%
Depresión y apatía	35	61%
Otros	35	61%

Según la anterior agrupación, agresividad, delirios, conductas desadaptadas y depresión y apatía, son el objetivo de evaluación más frecuente entre las escalas revisadas, siendo la conducta sexual desadaptada el aspecto menos frecuentemente evaluado. Sin embargo varios autores los consideran parte relevante de la evaluación de

los problemas de conducta pudiendo considerarse como un comportamiento perteneciente a la categoría de conductas desadaptadas, lo que aumentaría la frecuencia de evaluación de conductas desadaptadas en la muestra de escalas hasta un 62%.

Las escalas de uso frecuente en trastornos conductuales así como ciertas escalas multidimensionales cuyo objetivo es una evaluación completa de la persona mayor, normalmente en entorno geriátrico, suelen dar cuenta de una serie de conductas del residente problemáticas para la adaptación de la persona (tanto al entorno social como que reviertan en una pérdida de bienestar o en riesgo de la persona).

Según la revisión realizada existen escalas especializadas en la evaluación de los problemas de conducta en geriatría desde mediados de la década de los 60. Desde entonces se han ido desarrollando escalas específicas sobre problemas de conducta, así como escalas multidimensionales que incluyen los problemas comportamentales dentro de al menos una de las áreas de evaluación que pueden comprender otras áreas como deterioro cognitivo, anamnesis, cambios en el comportamiento y exploraciones médicas.

El número de ítems de las escalas varía según las características del trastorno a evaluar, del número de trastornos que se observen, así como de las características psicométricas de las escalas, tratando siempre de reducirse el número de ítems lo máximo posible sin perder aspectos relevantes de la evaluación.

El formato de la escala suele estar orientado a la evaluación de la frecuencia o la intensidad del fenómeno. La especificidad de estas características varía entre escalas pudiendo, por ejemplo, encontrarse presencia/ausencia como una medida dicotómica de frecuencia, la enumeración de la frecuencia del suceso (2-3 veces por semana) o etiquetado según valoración subjetiva (“a menudo”, “pocas veces”, “nunca”). Sin embargo, la duración de una conducta, la especificación del entorno, estimulación antecedente o consecuencias para la persona y el entorno no se han encontrado como objetivos de estas escalas.

Para una aproximación comprensiva de las escalas relacionadas con los problemas de conducta, se han desarrollado los siguientes criterios de evaluación de las escalas con respecto a sus características de administración. Estos criterios se basan en:

1. Porcentaje de las categorías de análisis de los trastornos de conducta. Según el procedimiento de organización seguido, cada escala es adjudicada un valor que representa el porcentaje de categorías de evaluación sobre el total de categorías que se han descrito con anterioridad.

2. Observación directa vs. referida: la eliminación del informador intermediario en la obtención de información por medio de una escala o un registro proporciona una mayor fiabilidad de los resultados al minimizar la aparición de sesgos de memoria y de evaluación. Se codificará como: (EI) Entrevista a un Informante, (OD) Observación directa, (IR) Informe Retrospectivo y (EP) Entrevista a la persona.
3. Frecuencia: Si la escala evalúa la aparición y repetición de un evento problema independientemente de la escala, definición de la frecuencia y especificidad.
4. Intensidad: Si la escala evalúa la severidad o gravedad o grado de perjuicio del evento problemático.
5. Fiable: Si la escala presenta menos de un 0,7 en medidas de fiabilidad obtenidas por medio del kappa de Cohen o un porcentaje de acuerdo del 80%, se considerará fiabilidad baja (B), aceptable entre 0,7 - 0,8 u 80% -90% (M), alta si se encontrara por encima de esas medidas (A) y desconocida si no se hubieran encontrado datos sobre la fiabilidad en la literatura (D)
6. Tiempo de administración medio. Se considerará eficiente si la escala se puede administrar en 15 minutos o menos. En aquellas escalas cuya duración es un intervalo relativo (10-20 minutos) se considerará el valor mayor de tiempo (por ejemplo, en este caso serían 20 minutos).

Tabla III.7. Resumen de características de las escalas.

Nº		% Categorías	Observación vs. referida	Frecuencia	Intensidad	Fiabilidad (B)/(M)/(A)/(D)	T (min)
1	CRBRS	43%	EI		Ordinal	A	5
2	BPRS	71%	EP		Ordinal	B-A	20
3	NOSIE	71%	IR	Ordinal		M	20
4	Stockton	29%	IR	Ordinal		M-A	20
5	BDS	14%	IR		Presencia	D	5
6	MMPI	43%	EP	-	-	D	60
7	GRS	43%	IR	Ordinal	Ordinal	A	25
8	PAMIE	71%	IR	Ordinal	Ordinal	D	15
9	SCAG	71%	IR		Ordinal	B	20
10	KDRS	43%	IR,OD	Presencia		A	25
11	CARE	43%	IR,OD	Presencia		B	90
12	LPRS	29%	IR	Ordinal		A	15

Tabla II.7. Resumen de características de las escalas (continuación).

Nº		% Categorías	Observación vs. referida	Frecuencia	Intensidad	Fiabilidad (B)/(M)/(A)/(D)	T (min)
13	GAPS	71%	OD		Ordinal	B-M	20
14	CPRS	57%	IR		Ordinal	D	20
15	PGDRS	71%	IR	Ordinal		B	20
16	GBS	57%	OD	Numérica		A	30
17	ADAS	57%	EP		Ordinal	D	10
18	PCSS	43%	IR	Ordinal		D	20
19	SPAD	14%	EI		Ordinal	D	10
20	OAS	14%	OD	Numérica	Categórica	B-M	5
21	CMAI	71%	IR	Numérica/ Ordinal		D	15
22	CAMDEX	43%	EP	-		A	60
23	BEHAVE- AD	71%	OD	Ordinal	Ordinal	M-A	20
24	NRS	86%	IR	Presencia		D	40
25	CBRS	29%	EI		Ordinal	D	60
26	MOSES	57%	IR,OD	-		M-A	25
27	RAS	14%	IR,EI	Ordinal		M	20
28	GIP-82	57%	IR	Ordinal		B-A	10
29	DRS	14%	IR		Ordinal	A	10
30	RAGS	71%	IR		Ordinal	A	15
31	DBRS	43%	OD		Ordinal	A	10
32	ABMI	43%	OD	Numérica/ Ordinal		D	60
33	IAA	29%	EI	Ordinal	Ordinal	A	15
34	DBD	43%	EI,IR	Ordinal		M	5
35	CAM	43%	ED	Presencia		D	5
36	DBRI	71%	IR	Numérica/ Ordinal	Ordinal	D	15
37	NOSGER II	29%	IR	Ordinal		B-M	10
38	NHBPS	57%	IR	Ordinal		B-M	5
39	RAGE	14%	IR	Numérica	Ordinal	A	5
40	PBE	43%	OD		Ordinal	M-A	60
41	COBRA	43%	IR	Ordinal	Ordinal	M-A	20
42	RVCCAPD	14%	EI		Ordinal	M	10
43	BEAM-D	71%	IR	Ordinal	Ordinal	M-A	20

Tabla II.7. Resumen de características de las escalas (continuación).

Nº		% Categorías	Observación vs. referida	Frecuencia	Intensidad	Fiabilidad (B)/(M)/(A)/(D)	T (min)
44	CUSPAD	57%	EI	Presencia/ Ordinal	Ordinal	B-A	15
45	DSI	14%	EP		Ordinal	B-A	15
46	RMBPC	29%	IR	Numérica/ Ordinal	Ordinal	A	20
47	DS-DAT	43%	OD	Numérica	Numérica	D	5
48	BARS	14%	IR	Ordinal		M	5
49	PAS	29%	OD		Categorica	M	1
50	NPI-Q	86%	IR	Ordinal	Ordinal	A	10
51	PAS	14%	IR,OD	Presencia		A	1
52	BRSD	71%	EI	Presencia	Ordinal	A	30
53	MOUSEPAD	57%	IR	Presencia	Ordinal	B-A	30
54	CSE	57%	EP,EI		Ordinal	B-A	20
55	DI	14%	OD		Ordinal	A	10
56	HoNOS 65	71%	OD		Ordinal	M-A	5
57	DOM	57%	OD		Ordinal	A	5

(EI) Entrevista a un Informante, (OD) Observación directa, (IR) Informe Retrospectivo y (EP) Entrevista a la persona.

Siguiendo esta clasificación, se puede observar lo siguiente:

1. Las escalas revisadas recogen de media un 46% de las categorías propuestas (con un rango de 14-86%).
2. De las escalas revisadas, sólo el 4% evalúan de algún modo el 86% de las categorías y el 19% de ellas se focalizan en una categoría exclusivamente.
3. Con respecto a la administración de las escalas: 18% de las escalas se administran por medio de entrevista a un informador, 11% de las escalas se administran por medio de la entrevista directa a la persona, 56% de las escalas se cumplimentan como un informe retrospectivo y 28% de las escalas se sirven de la observación directa para su administración.
4. Con respecto a la fiabilidad interjueces: 28% de las escalas han mostrado una fiabilidad alta, 11% media y sólo un 5% baja. Algunas de las escalas han reportado fiabilidad variable según los ítems o los métodos: 12% reportaron entre media y alta, 7% entre baja y media y 11% entre baja y alta.

5. Con respecto a la evaluación de la frecuencia: el 61% de las escalas evalúan la intensidad y el 60% frecuencia. La intensidad es medida de manera ordinal en 85% de los casos, mientras que la frecuencia se mide también de manera ordinal en 53% de las escalas que miden esta característica, en el 23% se mide por presencia y ausencia, 23% de manera numérica y en 3 casos no se ajustaba a los parámetros de la revisión.
6. La administración de las escalas tiene una duración media de 20,03 (Dt=17,91 min) con un rango de 1minuto-90 minutos.
7. Los objetivos principales de evaluación de las escalas según la agrupación propuesta serían: agresividad, delirios, conductas desadaptadas y depresión y apatía.

3.5 Otras escalas relacionadas.

Otras escalas que pueden tener interés para el estudio son las escalas específicamente diseñadas para evaluar la ansiedad, el nivel de conciencia (alerta, obnubilación, estupor y coma), la depresión, la apatía y el dolor. Ateniéndonos a la definición planteada en el 2, el desarrollo de dolor no se contemplará como un trastorno de conducta, sin embargo, entre las escalas e instrumentos de medida desarrollados para evaluar estos procesos existen algunas escalas que permiten el registro de características conductuales relacionadas con los trastornos. En el caso de la evaluación de dolor, estas escalas pueden permitir la medida de trastornos con la finalidad de diferenciar entre procesos de dolor y trastornos conductuales y en el caso de la depresión, ítems de medida de la apatía, tristeza, verbalizaciones, etc. pueden ser considerados según ciertas definiciones como trastornos de conducta. Con respecto a las escalas de depresión, se considera un campo muy especializado, que necesita de su propio instrumento/técnica de evaluación. A pesar de esto, tanto el dolor como ciertas características conductuales de la depresión pueden ser observadas y registradas por escalas u instrumentos de observación, como se detallará en el siguiente capítulo.

En los siguientes párrafos se mencionan algunas de las escalas que pueden tener relación con los trastornos de conducta

Escalas de dolor.

El dolor en calidad de fenómeno fisiológico con componentes cognitivos de valoración y acciones motoras destinadas a evitarlo, es un concepto complejo de valorar por terceros dado que solamente se puede acceder a los diversos indicadores. La valoración del dolor, con base en sus diferentes características (localización, agudeza, permanencia, variación, etc.) suele ser difícil para la persona que lo experimenta, que si bien experimenta las sensaciones su capacidad de catalogarlo o describirlo dependerá de varios factores. Existiendo esta dificultad en la autoevaluación del dolor, la evaluación del dolor desde un punto de vista externo cuenta con menos indicadores que los que pueda manejar la persona que lo experimenta.

Objetivos: El objetivo de las escalas de dolor es la evaluación del dolor percibido por la persona o por un observador externo con el objetivo último de definir una intervención adaptada a las características del dolor o evaluar el cambio en esas medidas tras la aplicación de la intervención.

Descripción: Estas escalas evalúan el dolor de por medio de la observación directa basándose en diferentes indicadores visuales como puede ser la expresión facial, la expresión verbal de dolor (tanto la verbalización de la percepción de dolor como quejidos y gritos), la respiración, tensión muscular, postura, etc.

Enumeración: De acuerdo con la revisión realizada por Alaba et. al. (Alaba et al., 2011), dentro de las escalas de observación podemos incluir la Escala de evaluación del dolor en ancianos con demencia -EDAD- (Baeza, Baños y Torubia, 2006), La escala Pain Assessment for Dementia in the Elderly –PADE- (Villanueva, Smith, Erickson, Lee y Singer, 2003), la escala Rating Pain in Dementia –RAPID- (Sign Orrel, 2003), la escala Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate –PACSLAC- (Fuchs-Lacelle y Hadjistavropoulos, 2004), la Abbey Pain Scale (Abbey, Piller, Bellis, Esterman, Parker, Giles et al., 2004), el Checklist of Nonverbal Pain Indicators –CNPI- (Feldt, 2000), la escala discomfort in dementia of the Alzheimer’s type -DS-DAT- (Hurley et al., 1992), el Noncommunicative Patient’s Pain Assessment Instrument –NOPPAIN- (Show et al., 2004), la Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Comunicate -PACSLAC- (Fuchs-Lacelle y Hadjistavropoulos, 2004), la Doloplus-2 (Lefebvre-Chapiro, 2001) y la Pain Assessment in Advanced Dementia Scale –PAINAD- (Warden, Hurley y Voliler, 2003), validada al castellano en nuestro entorno (García-Soler et al., 2013)

Escalas de depresión.

El estado de ánimo deprimido es la interacción entre la persona y el ambiente que le rodea. Teniendo en cuenta lo elevado de las cifras de depresión en centros geriátricos (Verhey y Visser, 2000), las escalas de evaluación de este trastorno se convierten en un instrumento de gran valor. Muchas veces se utilizan con fines diagnósticos para la prescripción de tratamientos farmacológicos. Las escalas que puedan de modo eficaz ser aplicadas al grupo objetivo permitirán descripción de la población a niveles estadísticos del centro así como permitir la adscripción a terapia y el posible cambio tras esta.

Objetivos: Las escalas de depresión buscan evaluar los pensamientos asociados a respuestas de malestar y tristeza, respuestas observables a nivel postural y facial y otros constructos relacionados como apatía, desinterés, etc.

Enumeración: se pueden encontrar la escala de Depresión Geriátrica, (Brink, Yesavage et al.), Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos CES-D, Inventario de depresión de Beck, Escala autoaplicada de depresión SDS de Zung y Escala observacional EO de Torres, Escala Breve de valoración de la depresión con tarjetas BASDES. De acuerdo con Montorio (1994) podemos encontrar también las siguientes escalas y subescalas relacionadas: Escala de Hamilton, Lista de adjetivos para la depresión (DACL), Hopkins Inventory, Affect Balance Scale, Escala de depresión para Ancianos de Reig, Escala de Depresión OARS, CARE, Lista de Conductas de Autocuidado de Williams, Barlow y Agras, Hospital anxiety and depression scale de Zigmond, Hamilton's Depression Scale with the Melancholia Scale, Escala de Depresión IPAT de Krug, Escala de depresión del MMPI 2D.

3.6 Conclusiones

En el presente capítulo se han descrito las áreas de conocimiento que han estudiado los problemas de conducta de las personas mayores con demencia y sus principales acercamientos metodológicos. Se han encontrado dos líneas que complementariamente han evaluado estos problemas por medio de diferentes metodologías: el modelo geriátrico por medio de escalas de apreciación y el modelo de gerontología conductual por medio de la observación sistemática.

Con respecto a las escalas e instrumentos estandarizados de evaluación, algunas de las ventajas que tiene el uso de escalas de observación sobre registros conductuales no estructurados son: ahorro de tiempo por parte de los profesionales y una mayor

estandarización con respecto a las medidas obtenidas, si bien se pierden las ventajas de la aproximación ideográfica al estudio del comportamiento (Fernández-Ballesteros, 2001). La elección de la escala es determinante para la correcta evaluación de las áreas objetivo. Estos instrumentos, al margen de sus ventajas y de requerir unas mínimas garantías psicométricas de validez y fiabilidad, presentan una serie de desventajas en su aplicación: parcialidad, distorsión y olvido (Froján, 2009) tendencia por parte de los jueces a puntuar en los extremos, la carencia de un muestreo representativo del momento de administración con respecto al total del tiempo evaluable, la evaluación de situaciones temporalmente distantes con los consiguientes sesgos de recencia (recuerdo del evento más cercano en el tiempo) saliencia (impacto de un evento aislado cuyas características lo permiten destacar sobre otros estímulos) y la falta de consideración por los factores ambientales que conforman las relaciones funcionales entre estímulos y respuestas en el comportamiento (Bijou, Peterson, y Ault, 1968).

En la revisión realizada sobre las escalas de evaluación de los problemas de comportamiento en personas con demencia se han encontrado cerca de 60 escalas que evalúan una serie de áreas consideradas problema. Las escalas encontradas varían en el número de categorías y la especificidad de la evaluación, sin embargo no se ha encontrado ninguna escala que considere de manera exhaustiva la evaluación de la totalidad de las áreas de problemas de comportamiento que la literatura considera relevantes. Esto puede ser debido a la indefinición de ciertas áreas de evaluación, diferentes modelos de acercamiento al área o a la importancia relativa que los autores conceden a ciertos fenómenos sobre otros.

Más de la mitad de las escalas se administran por medio de un informe retrospectivo que puede incurrir en los diferentes sesgos anteriormente enumerados. En un 18% de los casos, las escalas se administran por medio de una entrevista a un informador, que implica además sesgos adicionales como la parcialidad y la pérdida de información por la existencia de un intermediario.

Con respecto a la fiabilidad obtenida, menos de una tercera parte de las escalas han mostrado una fiabilidad alta y en algunos casos los informes muestran fiabilidad variable, lo que podría implicar la necesidad de mayor desarrollo de la escala por medio de eliminación de ciertos ítems o la depuración de las definiciones.

Más de la mitad de las escalas evalúan la intensidad y la frecuencia de manera ordinal, sin embargo, la medida ordinal de la frecuencia implica una apreciación en

términos generales que puede no permitir una elevada sensibilidad en la medida cuando se realizan intervenciones. A modo de ejemplo: puede que existan cambios en la frecuencia del comportamiento de deambulación de una persona en un centro si se realiza un registro de duración en minutos durante el día, que no serían registrados en la apreciación por medio de una escala cuyas opciones son “el participante deambula durante el día (nada, a veces, bastantes veces o siempre)”. La misma situación aún más extrema se daría en las medidas realizadas por medio de categorías dicotómicas: presencia o ausencia, que si bien pueden ser interesantes para la evaluación de comportamientos extremos, no permitirían una evaluación específica de este comportamiento.

La duración media de aplicación de las escalas oscila entre 15 y 20 minutos. Teniendo en cuenta el ratio de personal mínimo en los centros geriátricos en España debería ser como mínimo 1 profesional por cada 4-5 residentes, esta duración sería relativamente elevada y necesitaría de un aumento del ratio de personal o la aplicación por otros profesionales cuya labor no sea la asistencia directa, lo cual implicaría los problemas de aplicación retrospectiva o por medio de entrevista de las escalas. Habría que tener en cuenta además que los protocolos de evaluación multidisciplinarios en los centros geriátricos y gerontológicos suelen incluir baterías de evaluación neuropsicológica, de salud, de recursos sociales, evaluación médica, etc. a pesar de que con cierta frecuencia sólo se utilice el Mini Examen Cognoscitivo. Una de las características deseables de este tipo de escalas orientadas al trabajo en residencias es minimizar el tiempo de aplicación al mínimo posible de manera que los propios profesionales asistenciales pudieran aplicarlo directamente. Normalmente, en el funcionamiento de los centros residenciales esta observación e intervención se realiza de forma no estructurada e informal por parte del personal del centro involucrado en el trato con los residentes, hasta que se realiza la evaluación integral planificada en los centros. Sin embargo, el uso de escalas está muy extendido en los centros gerontológicos para el seguimiento del residente, la evaluación de cambios tras la implantación de tratamiento así como con fines de investigación.

El desarrollo de instrumento de registro por medio de categorías, que tenga en cuenta una evaluación exhaustiva de los problemas de comportamiento, cuya aplicación sea breve, las categorías sean específicas y objetivas, permita el control de los sesgos de aplicación y tenga en cuenta las relaciones funcionales del comportamiento y el

ambiente, permitiría la medición descriptiva y funcional de los problemas de comportamiento en residencia, facilitando su análisis, posibilidades de intervención y evaluación de los resultados de las intervenciones de un modo más eficaz, de manera que mejorase la calidad de vida de las personas y de su entorno.

La valoración de la persona mayor y de los procesos naturales del envejecimiento se realiza desde el corpus de conocimiento multidisciplinar de la gerontología. Sin embargo, el estudio de la enfermedad y los factores que la rodean se vienen estudiando con anterioridad desde la geriatría, como la rama de la medicina cuyo objeto epistémico son las enfermedades que ocurren en la vejez. La geriatría, en su generación desde el modelo médico (Fernández-Ballesteros, 2000) tiene una implantación más temprana en la historia de la ciencia que la gerontología y esta situación facilita que en la actualidad el estudio de los problemas de conducta en personas mayores se vea comprendido en gran parte desde esta disciplina muy establecida en los contextos laborales: residencias, centros de día, hospitales geriátricos y sus respectivas alas de rehabilitación y paliativos. Así, el estudio de los problemas de comportamiento en personas mayores tiende a realizarse desde un modelo médico que enfatiza el concepto biológico de la enfermedad y de los problemas de comportamiento como un signo o síntoma de ésta. Este punto de vista condiciona la evaluación y el tratamiento de las personas mayores cuando entran dentro del contexto residencial y pasan a tener la etiqueta de pacientes y normalmente un diagnóstico más o menos específico (desde demencia como el más general a subtipos según el origen de su patología: tipo Alzheimer, vascular, frontotemporal, cuerpos de Lewy, etc.). En este contexto la evaluación tiende a ser focalizada en los síntomas, como características observables de la enfermedad, y el tratamiento, farmacológico. Si bien es algo que está cambiando en la actualidad y los llamados tratamientos no farmacológicos se van haciendo cada vez más frecuentes en este contexto, históricamente la evaluación geriátrica tiende a no tener en cuenta factores psicológicos (ambientales y sociales) que puedan actuar de estimulación antecedente o consecuente y que puedan estar determinando la conducta.

Por otro lado, la gerontología conductual siguiendo la evolución de la psicología del aprendizaje y la metodología de evaluación conductual se ha servido de instrumentos de observación estructurados por medio de categorías para permitir tanto la descripción topográfica del comportamiento como las relaciones funcionales y así

facilitar el análisis del comportamiento y su modificación acorde con los cánones de bienestar imperantes.

4 CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA OBSERVACIONAL. REVISIÓN

Mientras que en el anterior capítulo hemos visto las características de las escalas de valoración de los problemas de conducta en demencias, en el presente capítulo nos centraremos en la revisión de la metodología observacional y su aplicación a la evaluación de estos. Si bien se pueden encontrar diversos inventarios conductuales y escalas de valoración para problemas psiquiátricos y del desarrollo, existen pocos instrumentos estandarizados de observación por medio de un sistema de categorías aplicados al envejecimiento. Y en el caso de los problemas de conducta en demencias, los sistemas de categorías son relativamente frecuentes a nivel idiográfico con fines de análisis funcional, sin embargo no hay un instrumento integrador de observación y registro que agrupe los problemas de conducta más frecuentes que se dan en residencias.

4.1 Metodología de observación

La observación es la estrategia fundamental del método científico. Se define de forma general como la conducta deliberada cuyo objetivo va en la línea de recoger datos en base a los cuales formular o verificar hipótesis (Fernández-Ballesteros, 2001). La observación es un proceso presente en cierta medida en toda técnica de obtención de información en Psicología, ya sea por medio de instrumentación que permita observar respuestas no directamente observables (EEG, PET, MRI, etc.), por medio de la administración de escalas y tareas, o usando autoinformes, la observación es parte de esta recogida de información. Aunque todo procedimiento de obtención de información en psicología requiere de cierta forma de observación, en este capítulo nos centraremos en las técnicas de observación propiamente dichas: recogida de datos intencionada, más o menos sistemática y estructurada del comportamiento del sujeto o sujetos en exploración, llevada a cabo por observadores expertos.

En el caso de la psicología, el objeto de observación es la conducta, pero las unidades de análisis conductual pueden variar: aspectos generales, conductas manifiestas, relación entre conductas manifiestas o la observación como medio para la inferencia de rasgos o constructos intrapsíquicos inferidos. La sistematización implica la codificación de las categorías como un proceso de elaboración conceptual en el que una descripción narrativa se transforma en un conjunto de símbolos altamente estructurado y orientado hacia los fines del estudio. Hay varios tipos de sistematización, acorde con el grado de estructuración del sistema de observación: narrativos, semisistemáticos por listas de control y escalas de apreciación o de sistema de categorías o formatos de campo. En nuestro caso, la observación de los problemas de conducta en residencias como interacción entre la persona y el ambiente, necesariamente tendrá que consignar aspectos de las respuestas de la persona, pero también de las características físicas del entorno y de otras personas involucradas. El análisis de la interacción entre unas y otras podría consignarse por medio de categorías relacionales (por ejemplo, categoría A: el usuario agrede al profesional) o por categorías descriptivas diferenciadas (categoría A: presencia o ausencia del profesional, y categoría B: presencia ausencia de la agresión) que pudiesen ponerse en relación a posteriori. La elección de un tipo de comportamiento y su delimitación se conforman dentro del modelo teórico acorde con el objeto de estudio y los fines de la investigación.

Una vez delimitadas las unidades de análisis se buscará establecer su cuantificación. Al igual que en el caso anterior, las unidades de medida estarán orientadas por el objetivo del estudio: frecuencia y ocurrencia, duración y latencia, o intensidad. La operativización de estas medidas también variará según el grado de sistematización que se busque (y que el fenómeno permita alcanzar): la frecuencia y la duración podrán ser estimadas en una secuencia ordinal como se suele hacer en las escalas de valoración (nada, poco, mucho, bastante, según la intensidad o nunca, de vez en cuando, siempre, etc. según el criterio temporal) o escalar-numérica (1, 2, 3, 4, 5... con la especificación decimal que se considere necesaria). El caso de la ocurrencia es la dicotomización de la frecuencia en 1 (presencia) y 0 (ausencia), y la duración, a su vez, como variable temporal podrá estructurarse en los intervalos del evento: duración propiamente dicha (desde que aparece hasta que finaliza), latencia (desde que comienza la observación hasta que sucede el evento) e intervalos inter-respuesta. Cada una de las opciones presenta ventajas e inconvenientes básicamente en dos niveles relacionados:

precisión/coste. A mayor precisión, mayor coste de aplicación en tiempo, formación, creación del instrumento, y, por contra, a menor precisión, mayor facilidad de aplicación y desarrollo. Acorde con Anguera (1994), cualquiera de los tipos de registro anteriormente mencionados deberá sistematizarse par que la información recogida pueda considerarse como “datos netos”, y, por tanto, sea capaz de dar lugar a resultados precisos. Para desarrollar el sistema, el proceso de categorización consiste en una serie de operaciones cognitivas, el cual se estructura como el establecimiento de clases entre las que existen relaciones complementariedad y equivalencia de acuerdo con un criterio fijado al efecto. Esta codificación genera un sistema de signos o categorías que suele requerir de aproximaciones sucesivas al sistema final. Inicialmente y tomando como referencia los elementos conductuales (Caballo, 1988), se realizará la agrupación de las conductas por afinidades y semejanzas acorde con los criterios ya mencionados proponiéndose un sistema provisional que se ajustará por medio sesiones dedicadas a este fin. En estas categorías existirá un núcleo categorial (la base de la categoría) y un grado de plasticidad dentro del cual las respuestas heterogéneas se consignarían y fuera de éste pasarían a ser otra categoría diferente. Las categorías habrán de ser exhaustivas y mutuamente excluyentes, no obstante se puede registrar co-ocurrencia simultánea de estas categorías. En nuestro caso, un acercamiento topográfico a las categorías y la posibilidad del registro simultáneo nos permitirán, además de la descripción, establecer relaciones funcionales por medio del análisis de la co-ocurrencia de las categorías acorde con el establecimiento de eventos antecedentes y consecuentes en la secuencia conductual.

No tan relacionado con el instrumento como con el propio procedimiento, se encontraría el muestreo. La situación óptima sería, al igual que en otros métodos de evaluación, la captación continua de toda la población de estudio pertinente. Sin embargo dada la impracticable viabilidad de esta situación tanto en el tiempo necesario para la observación y registro como en el excesivo volumen de datos que se generaría, hacen recomendable la selección de una muestra representativa de la población (Anguera, Op. cit.). En nuestro caso, el concepto población sería el conjunto total de comportamientos de una o varias personas y la muestra, una sección de ese comportamiento.

Una vez realizada la recogida de datos, el evaluador ha de asegurarse las garantías necesarias sobre la calidad de los datos, garantías de que el instrumento mide

correctamente, de modo sistemático y replicable bajo las mismas circunstancias, los eventos o constructos para los que se diseñó. La fiabilidad comprendería la primera garantía y la validez la segunda. Con respecto a la fiabilidad o al acuerdo interjueces, existe cierta discusión acerca de cuál es el término general y cuál el más específico, sin entrar en la discusión, acorde con varios autores (Anguera, 1994; Bakeman y Gottman, 1997) nos atenderemos al término “acuerdo o concordancia interjueces” por ser más directo y limitado (al tener menos connotaciones valorativas) que el término fiabilidad. La fiabilidad interjueces sería un concepto unitario que oscilaría entre 0 y 1 y en su grado máximo se referiría a la consistencia con la que se representan los eventos registrados entre diferentes personas, de manera que el registro del evento no dependa del observador sino de que su variación suceda independientemente de éste y sea idéntica entre varios jueces. Se podría argüir que dos observadores pueden compartir un punto de vista sesgado de la realidad ofreciendo una visión sesgadamente consistente, esta consistencia sesgada es sin embargo la que se busca al desarrollar la teoría y las definiciones de manera operativa, de modo que éste pasa a ser un “sesgo” teórico, que denota el posicionamiento del modelo de trabajo. Así como éste podría ser un sesgo deseable, otros sesgos deben ser controlados para que las variables de interpretación propias de cada persona se reduzcan y permitan ofrecer una visión consistente del fenómeno a observar.

Con respecto a la validez en el caso de los instrumentos observacionales se suelen estudiar tres dimensiones de la misma: validez de contenido, de constructo y de criterio (Anguera, Op. Cit.). La validez de contenido se obtendría cuando la muestra del evento observable es representativo de la población del fenómeno que se quiere observar; la validez de constructo indica si se refleja correctamente el constructo hipotético que se quiere observar por medio de las circunstancias observables que recogería el instrumento y por último la validez orientada al criterio establecería el grado en el que un código detecta las posibles variaciones del fenómeno que se quiere observar. La validez de constructo no tendría razón de ser si los eventos observables (en este caso, conductas) no son representación de un constructo inobservable (Calero, 2009; León y Montero, 1997). Siendo así, y no buscando representación de un constructo mayor, en el presente estudio, nos centraremos en la validez de contenido y orientada al criterio. Con respecto a la validez de contenido, ésta implica que las manifestaciones del concepto categorial se encuentran adecuadamente representadas, lo cual requeriría un desarrollo

previo y una descripción operativa, comparar el instrumento con otros previamente validados con el objetivo de establecer qué grado de relación mantienen ambos instrumentos y si existe alguna posible mejora en el instrumento presente para completar el repertorio de categorías de observación o eliminar aquellas que estuvieran midiendo aspectos diferenciales innecesarios. Atendiendo a la validez orientada al criterio, una manera de abordar su estudio sería iniciar diseños de investigación en los que se apliquen los instrumentos de medida para analizar si existen variaciones entre casos o grupos y si estas variaciones tienen consistencia teórica.

4.2 Instrumentos de observación en gerontología

La gerontología conductual busca, por medio del enfoque del análisis funcional de la conducta, la identificación de contingencias que ayudan en la planificación individualizada del cuidado con el fin de disminuir los comportamientos por exceso en personas mayores con demencia (Trahan et al., 2011). Bajo este enfoque, varios estudios se desarrollan por medio de instrumentos de observación con categorías creadas ad hoc para establecer el análisis funcional como las medidas obtenidas en el diseño experimental (Baker, Hanley, y Mark Mathews, 2006; Buchanan y Fisher, 2002; Dwyer-Moore y Dixon, 2007). En este tipo de estudios se crean estas categorías acorde con el objetivo (análisis funcional, descripción y tratamiento) y a pesar de ser muy útiles para el estudio de la conducta de la persona en particular, su alcance y replicabilidad en otros casos es muy limitado debido a la orientación idiográfica del estudio. Un instrumento sistematizado de observación y registro por medio de categorías estandarizadas en el campo gerontológico es el *Dementia Care Mapping (DCM)* (Bradford Dementia Group, 1997). El *DCM*, originalmente desarrollado como un instrumento clínico desde el enfoque humanista de la atención centrada en la persona para el cuidado de personas con demencia (Kitwood, 1997), consiste en un sistema de categorías de observación cuyo objetivo es la descripción del estado de ánimo/involucración en las actividades cotidianas en las residencias. Se plantea como un procedimiento e instrumento de evaluación de la calidad en los centros gerontológicos y geriátricos en general y no como un registro de problemas de comportamiento. El sistema contiene 23 categorías de comportamiento con una unidad de medida de intensidad de la implicación/estado de ánimo (con un rango ordinal de -5 a +5) y 17 “potenciadores” y 17 “detractores”, como conductas de interacción social efectuadas por el resto de las personas en el contexto. Si bien, el sistema es prometedor,

y su validación se va depurando por medio de los estudios que desarrolla principalmente el grupo de Demencia de Bradford (Fossey, Lee, y Ballard, 2002; Sloane et al., 2007), el sistema presenta varios problemas con los siguientes aspectos de su aplicación: algoritmos complicados de puntuación, fiabilidad interjueces, valor limitado de los potenciadores y detractores, sesgos de expectativa, sobrecarga y comparabilidad de los resultados, hacen que su uso para la investigación sea todavía incierto.

4.3 Conclusiones

La observación es la estrategia fundamental del método científico (Fernández-Ballesteros, 2001) y el sistema de categorías constituye el instrumento de observación por excelencia en evaluación (Anguera, 1994). Los sistemas de categorías de conducta presentan una serie de ventajas a la hora de estudiar que los pueden hacer el instrumento de elección para el estudio del comportamiento: permiten un amplio número de actividades a observar, proveen información sobre conductas y/o interacciones complejas, permiten la comparabilidad entre sujetos e investigaciones, simplifican el trabajo de observación y al ser un procedimiento estándar presenta mayores garantías científicas. Comparativamente con otros procedimientos de observación (registros no sistemáticos, escalas de apreciación o registro de productos conductuales) presenta una serie de ventajas como una mayor precisión, evitación de sesgos de recuerdo, primacía, representatividad, tendencia a puntuar en los valores centrales o extremos y selección de la muestra temporal. Por contra presenta un mayor coste de tiempo y desarrollo, así como otros sesgos a controlar como la reactividad tanto del participante observado como del propio observador (reactividad recíproca), sesgos debidos a dificultades de sincronización temporal o expectativas. A pesar de estos sesgos, que una vez delimitados se pueden poner en marcha estrategias para controlar la variabilidad en los datos debido a errores del observador o de la observación, la creación de un sistema de categorías se plantea como el método idóneo para el registro de la conducta de las personas mayores con demencia en el entorno institucional y con éste, el establecimiento de análisis funcionales relativamente estandarizados, dada la carencia de instrumentos en la literatura que cumplan esta finalidad.

5 CAPÍTULO V

MARCO TEÓRICO DE ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA

La finalidad de la ciencia es construir una o varias teorías que sistematicen las descripciones de los resultados de los experimentos y de otras observaciones; esa sistematización hace posible *explicar* las observaciones realizadas y predecir otras nuevas (Madsen, 1967). Una teoría es, en general, todo sistema de símbolos descriptivo o explicativo. En particular, la teoría se organiza y enuncia en dos tiempos: enunciados primarios (axiomas, postulados, premisas o principios) y secundarios (consecutivos, consecuencias, o teoremas); las teorías, para su comprensión se organizan a su vez en modelos que permiten abarcar por medio de un símil conceptual el conocimiento que se elabora en éste. La adhesión conceptual a un modelo define el marco teórico de un trabajo, definiendo en última instancia, sirviendo de referencia y permitiendo un posicionamiento ante un objeto de investigación. El marco teórico permite abstraer contenidos, orientar el estudio y establecer hipótesis que puedan ser puestas a prueba. En este capítulo se presenta el marco teórico y conceptual del estudio, desde un modelo amplio de la psicología que abarca el estudio del comportamiento humano, hasta su aplicación específica para el estudio de los problemas del comportamiento en demencias.

5.1 Marco teórico

Con base en los modelos de condicionamiento directo (operante y clásico) el modelo de campo interconductual (modelo de campo, por abreviar) se denomina a la perspectiva teórica que toma como referencia los trabajos desarrollados por J. R. Kantor durante el gran parte del s.XX (Moreno, 2004). Según el modelo de campo el objeto de estudio no es ni el estímulo ni la respuesta, sino la conducta como el campo multifactorial integrado de interacciones naturales. Este modelo trata de integrar todo el objeto de estudio de la psicología y de aportar una teoría natural (Kantor, 1978).

La alternativa para la construcción causal es el campo interconductual. Todas las agencias creativas, todos los poderes y fuerzas se rechazan. Se considera un acontecimiento como un campo de factores, los cuales son igualmente necesarios o, hablando con más propiedad, participan igual en el acontecimiento. De hecho, los acontecimientos se describen científicamente cuando se analizan estos factores participantes y se encuentra como están relacionados (p.97).

El presupuesto básico del modelo de campo es considerar el estudio psicológico ausente de dualismo de tipo mentalista o que acepte la distinción cartesiana, organicista porque reduzca el estudio psicológico al nivel de explicación biológica (Moreno, 2004). El modelo básicamente acoge los modelos de condicionamiento directo con una modificación. Si bien los modelos de condicionamiento directo podían tender hacia una concepción mecanicista, el modelo de campo considera tanto estímulos como respuestas elementos que conforman el objeto de estudio que es la interacción.

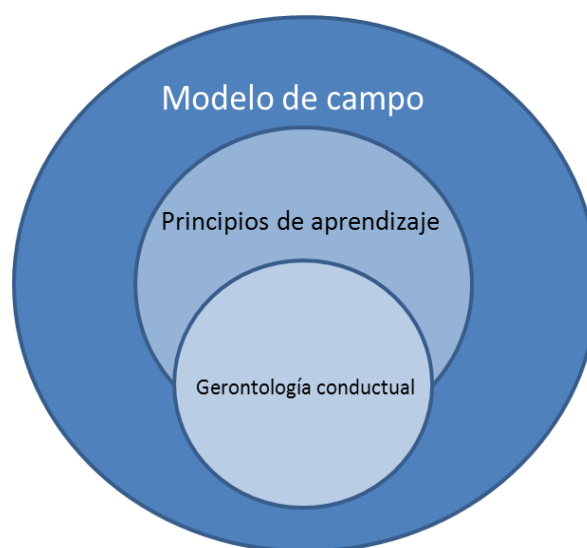
Figura V.1. Representación de los modelos de condicionamiento.



En el modelo de campo el estímulo no elicit de manera mecánica la respuesta, sino que se considera parte de la interacción, la respuesta sin estímulo no tiene razón de ser y a su vez el estímulo se define porque lo hace con respecto a una respuesta. En este caso ambos polos de la relación son una parte inseparable del objeto de estudio, que es la interacción que se da en el campo natural, favorecida o dificultada por el organismo, su historia natural de aprendizaje y por ende las interacciones previas. Ateniéndonos al modelo de campo de Roca el modelo de campo recogería los siguientes axiomas: 1) la esencia de la naturaleza es el movimiento, 2) hay movimiento en cualidad, cantidad y en evolución. Acorde con esta base axiomática el objeto de la psicología sería la interconducta (interacción inseparable entre la persona y el contexto) y el objeto de estudio la interacción entre las diversas variables que conforman la interconducta. Asimismo tendría en cuenta los diferentes problemas mencionados sobre los modelos de condicionamiento directo y mediacional y proporcionaría los siguientes posicionamientos teóricos:

- No existe causalidad, sino relación de dependencia. El efecto es producto de múltiples causas que están en interacción.
- Se descartan ficciones explicativas, el comportamiento es fruto de la constante interacción y dinámica con el ambiente. Las motivaciones del comportamiento no se reifican de manera que no existe motivación sino comportamiento motivado por la estimulación acorde con las consecuencias obtenidas a lo largo de la historia de aprendizaje.
- La persona es una entidad en interacción con el ambiente, dispone de un sustrato orgánico que modula la interacción pero que es parte de ésta.
- Se consideran las variables encubiertas como variables no observables nada más que por un observador, homogéneas, sujetas a los mismos procesos de aprendizaje que el resto de las variables conductuales y se consideran parte de la secuencia comportamental.
- El nivel de análisis es el del comportamiento independientemente de qué factores intervengan en él.

Fig V.2. Relaciones entre el modelo de campo, modelos de condicionamiento directo y la gerontología conductual.



5.2 *Marco conceptual*

Así como el marco teórico supone la descripción de las teorías sustentan el estudio, el marco conceptual (imbricado en el anterior) implica la descripción de los términos que forman parte de las teorías. Dado que gran parte de los términos han sido definidos en anteriores capítulos (véase el capítulo 2 para la descripción de los diferentes problemas de comportamiento) el glosario se restringirá al abordaje de los problemas de conducta y a una escueta definición de los elementos y procesos que rigen el aprendizaje. Para un análisis más profundo de los conceptos básicos del aprendizaje se remite al lector a los trabajos de Segura, Sánchez y Barbado (1995) y Pérez, Gutiérrez, García y Gómez (2005).

De acuerdo con la nomenclatura y la definición de los problemas de conducta más frecuentes en demencia planteados con anterioridad, en este capítulo se describen los factores relevantes a nivel biológico y conductual, sus relaciones entre estos niveles, cómo surgen y cómo se mantienen y cuáles son los acercamientos al tratamiento.

Tal y como hemos ido viendo en los capítulos anteriores, los problemas de conducta responden a muy diversas definiciones acorde con el modelo que afronta su estudio. Si bien, en el capítulo 1 hemos explicado el porqué de atenernos a la nomenclatura tan sencilla como inclusiva de “problemas de conducta” no hemos, todavía definido en qué consisten, sino recogido las definiciones que se aportan desde los marcos de estudio principales. A pesar de que el desarrollo de una definición nueva a un campo en el que predominan ya gran cantidad de definiciones sólo puede aportar de una manera sumativa, una definición más y probablemente aportar mayor pluralidad terminológica, en pro de la coherencia nos es difícil escoger una definición ya creada dadas las críticas mencionadas con anterioridad. Asimismo, la presentación de una definición es un ejercicio de adscripción teórica a un modelo, con lo que una definición se convierte en una obligación para el desarrollo posterior. Para ello, se proponen 2 definiciones que buscan abarcar el mismo fenómeno, pero que son aplicables a diferentes ámbitos de generalización del conocimiento, del más restrictivo al más amplio.

1. Los problemas de conducta (en residencias) son: aquellos que se describen en éste trabajo (en particular los que se recogen en el trabajo experimental n.1, presentados también en el presente trabajo).

2. Los problemas de conducta (en residencias) son: aquellas secuencias conductuales, en las que se incluye al menos un residente, cuya topografía de la interacción implica un desvío de la norma de comportamiento social establecida en la residencia por cualquiera de los involucrados en la secuencia o un comportamiento que estimule este desvío.

Cada una de las definiciones anteriores plantearía un cierto posicionamiento teórico y un ámbito de aplicación. La primera se circunscribiría al presente trabajo, con un posicionamiento claro y poca flexibilidad terminológica, siendo las posibilidades de generalización mínimas. La segunda definición, más flexible, hace énfasis en la secuencia conductual como el problema en sí y no como el problema de alguien en particular (como podría ser en: “el paciente tiene problemas de conducta”) o el efecto de una condición biológica (por ejemplo, en el caso de los “síntomas psicológicos y conductuales de la demencia”), asimismo señala que el problema se basa en la desviación de la norma social establecida en cada residencia. Esto implicaría que cada residencia tendría que operativizar la norma social tan cambiante según el contexto social y cultural. Esta normativa social podría plasmarse en la carta de derechos y obligaciones acorde con la propuesta de Rodríguez (2007). Por otro lado menciona que en la cadena conductual debe haber al menos la participación de un residente, pero eso no excluye que en el problema participen cualquier número de auxiliares u otros residentes. Si por ejemplo se diera un problema de comportamiento entre dos profesionales, entraría dentro del campo laboral y aunque sucediera en el entorno, no se consideraría un problema de conducta en residencias. Y en último caso contempla como parte del problema “un comportamiento que estimule este desvío”, véase cualquier comportamiento reforzador de conductas inadecuadas, o discriminatorio de éstas. Siendo así, el concepto asociado al término “problemas de conducta” sería posiblemente más coherente que se asociara a los términos secuencia problema, de esta manera se haría énfasis en la interacción en el ambiente y se desplazaría la posesión del problema de la persona a la interacción entre agentes y eventos ambientales. Por poner un ejemplo, Olazarán (2012) señala la conveniencia en distinguir entre conductas de resistencia a los cuidados y los SPCD acorde con que la persona con demencia sin antecedentes psiquiátricos sólo suele manifestar agresividad reactiva ante un manejo inadecuado del cuidador. “Etiquetar sistemáticamente estas conductas como SPCD es, por tanto, un equívoco que puede deteriorar más aún los cuidados y conducir a un exceso de

medicación”. Aunque consideramos que el autor señala un punto clave, señalando que no toda reacción del residente es un problema médico o psicológico que tiene que ser tratado, sino una reacción ante una ejecución incorrecta de los cuidados, se mantiene el problema terminológico de considerar al usuario como el agente o bien de una conducta problema o bien de una reacción ante los cuidados. La distinción es sutil. Sin embargo, desde el punto de vista que se presenta en este trabajo, ambas situaciones serían una conducta problema o, para ser más exactos: una secuencia problema; en la que la culpa o la responsabilidad no es del usuario y no es del cuidador, sino la interacción es el problema ya que causa malestar, desadaptación, aumento del tiempo y del cuidado, lesiones en los cuidadores, aumento de medicación en el usuario y demás efectos a corto y a largo plazo sobre el bienestar de ambos participantes en la conducta.

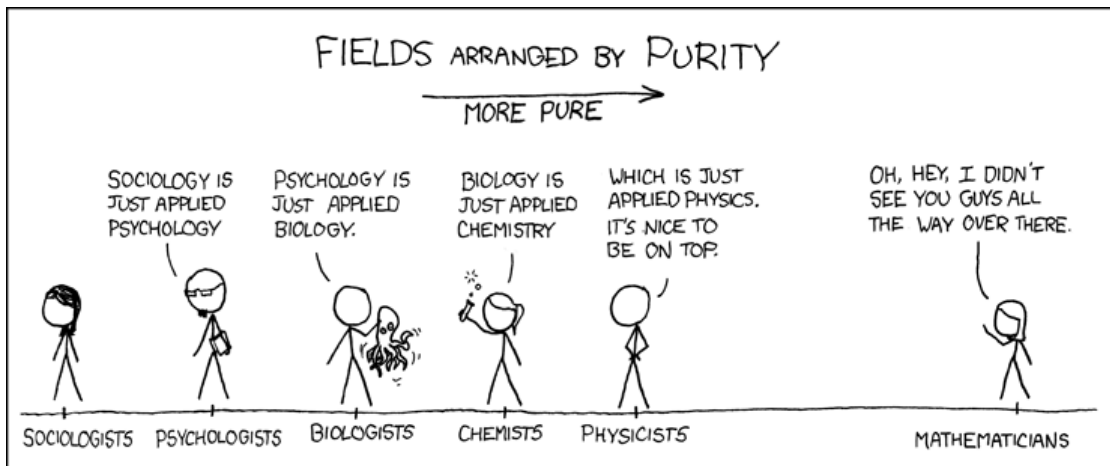
En adelante se revisarán los problemas acorde con la segunda definición dentro del modelo interconductual.

5.3 Bases funcionales de los problemas de comportamiento.

Las bases funcionales de la conducta serían los elementos relacionales de la conducta comprendidos históricamente en los modelos de condicionamiento clásico y operante.

Los diferentes niveles de análisis de la naturaleza permiten el estudio del comportamiento de aquellas variables comprendidas en cada nivel. Es por eso que cada nivel de análisis tiene su objeto de estudio y que una comprensión holística de la naturaleza requiere de la comprensión integrada de todos los niveles de conocimiento, sin embargo cada nivel de análisis se define básicamente por su capacidad descriptiva y explicativa sin reducirse al nivel anterior. Así resultaría extraño y discutible atribuir los cambios sociales a la respiración celular y ésta a la posición relativa de los electrones en un átomo, a pesar de que se encuentren relacionadas y en última instancia son parte del mismo fenómeno, sin embargo se explican de una manera más sencilla y con coherencia teórica dentro de cada nivel de análisis.

Fig. V.3. Niveles de análisis. Extraído de XKCD (<http://xkcd.com/435/>).

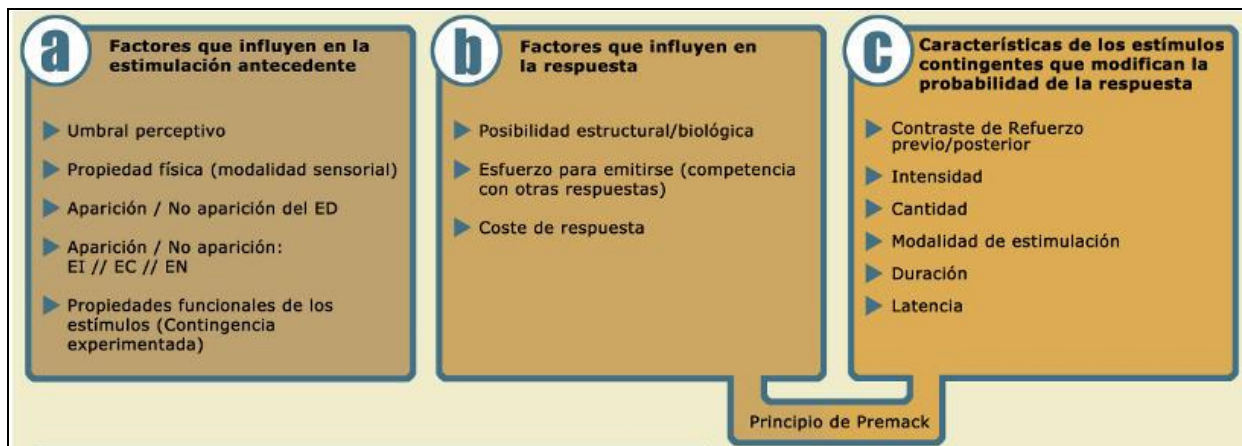


Así la conducta es el conjunto indivisible de organismo-ambiente significativo y el objeto de estudio de la ciencia del comportamiento son las secuencias conductuales que la componen. A pesar de estar de acuerdo con Hayes y Brownstein (1986), en que el estudio del sistema nervioso sea, por supuesto, relevante para el análisis conductual, nos posicionamos en el enfoque molar del comportamiento. En el caso de la gerontología conductual y específicamente en la demencia, se suele trabajar con población con diferentes patologías que alteran el sustrato biológico, de manera que su comportamiento puede cambiar acorde con los cambios anatomopatológicos y fisiológicos que conlleva la patología. Este es un punto clave para el modelo y es que a pesar de que el comportamiento pueda cambiar acorde con la patología es el *comportamiento* el que puede cambiar. Sirva esta tautología para señalar que el análisis del comportamiento buscará el estudio de este organismo en adaptación al ambiente esté sano, en condiciones de intoxicación o bajo medicación. No se niega el sustrato biológico ni las relaciones que tienen los elementos de este sustrato entre sí, pero sí se considera que el comportamiento bajo esa condición bioquímica alterada ha de ser estudiado en su contexto, describiendo las relaciones que pueden guardar los procesos bioquímicos y sus respuestas fisiológicas asociadas en el comportamiento cognitivo y motor (“la medicación me deja aturdido, mejor no me levanto por si me caigo”). Así los factores biológicos forman parte del modelo como variables disposicionales del comportamiento y como respuestas bioquímicas preaprendizaje, que pueden influir en la funcionalidad del comportamiento de diferentes maneras, no ya a nivel cerebral solamente (disminución del hipocampo que acompaña a la disminución de la memoria y

por tanto de ciertos tipos de aprendizaje), si no a nivel físico en general (dolor, hambre, o diversidad funcional).

Los problemas de conducta serían entonces aquellas secuencias conductuales interactivas que no son un producto directo de una emergencia médica, que se desvían de la norma social establecida en el contexto, produciendo o en proceso de producir malestar o pérdida de calidad de vida. Dentro de esta secuencia conductual, existen una serie de factores que modifican la aparición de ciertos comportamientos acorde con el ambiente. Si establecemos que la secuencia conductual se da como constantes interacciones entre el campo estimular y el campo responsivo, que es la persona, podemos atender a ciertas secuencias de comportamiento que se dan en una línea sucesiva de interacciones. Esta línea ... $A < - > B < - > C$... se puede entender como los tres términos de una interacción secuencial. Siendo A el antecedente, B el comportamiento y C las consecuencias. Se entiende que esta secuencia es un modelo funcional de conveniencia y que se puede aplicar a otros momentos del comportamiento, pudiendo el término B ser a su vez el A de la siguiente secuencia, o ser simultáneamente términos A para las secuencias de todos los involucrados en la acción. Por ejemplo: un usuario se dirige hacia la puerta (A), llegado a la puerta intenta abrirla (B) y un auxiliar llega dándole instrucciones para sentarse (C). A su vez, el usuario intentando abrir la puerta es el término A de la secuencia conductual del auxiliar, que elicitaba la respuesta de dar instrucciones (B), y así sucesivamente. Cada uno de los términos está a su vez en un proceso de influencia recíproca que modifica la probabilidad de aparición de otros. En la siguiente figura podemos ver los factores que influyen en cada uno de los términos, en el modelo de campo.

Fig V.4. Factores que influyen en la secuencia conductual.

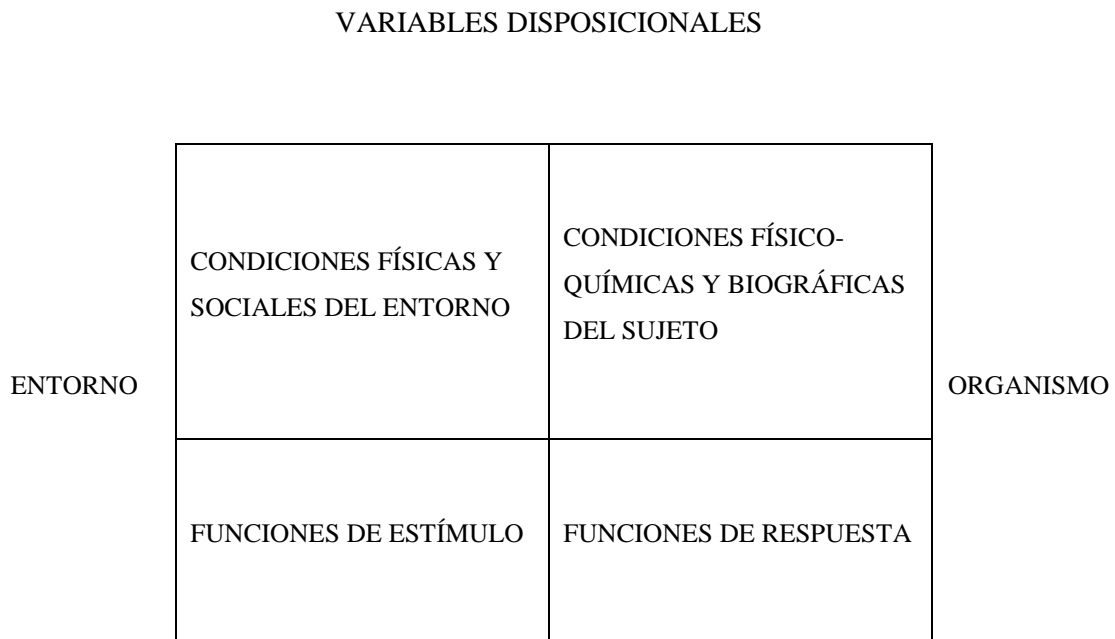


Extraída de García-Soler y Garzón (2006).

Por continuar con el ejemplo, entre los factores que influyen en la estimulación antecedente (a), la posibilidad de dirigirse hacia la puerta implica que la puerta sea un objeto con propiedades físicas que le permiten ser percibido y que haya sido previamente asociado con ciertos beneficios (como señalar la salida) ED. Entre los factores que implican emitir la respuesta de levantarse e ir hacia la puerta (b) se encuentran que la persona tenga capacidad motora para levantarse, capacidad visual para percibir la puerta, que el coste de respuesta sea inferior a otras respuestas en competición (como ver la televisión); y con respecto a los factores que alteran el valor de la contingencia (c), implicaría que según la intensidad (de la voz y de la guía física), modalidad de estimulación (agresiva, directiva, amable, etc.) y del contraste (entre la presente y previas contingencias), la respuesta se pueda o no volver a emitir con variable intensidad y frecuencia y que el antecedente pasara a tener diferentes valores evocadores o discriminativos.

Si bien el esquema anterior se basa en la secuencia conductual ordenada con un criterio temporal, el modelo de campo se podría organizar en dos ejes (Fig V. 5).

Fig.V.5. Representación del campo comportamental (extraído de Segura et al., 1995)



VARIABLES FUNCIONALES

En el anexo 3 se muestra un esquema con los problemas de conducta descritos en posibles secuencias funcionales por medio de la topografía, parámetros, hipotéticas funcionalidades, discriminativos y contingencias, así como las consecuencias a largo plazo.

El desarrollo de los problemas de comportamiento acorde con el modelo, sería un modelo dinámico en el que los factores disposicionales variarían y acorde con esta variación, los estímulos ambientales tendrían diferente valor estimular sobre la conducta. El comportamiento de las personas se daría acorde con los objetivos de las personas o como reacciones ante una estimulación aversiva. En ambos casos, la historia de aprendizaje de la persona tendrá peso en la determinación del comportamiento actual.

Los problemas de conducta surgirían ante una estimulación contextual, explícita, externa a la persona y observable por cualquiera o una estimulación interna, implícita observable sólo por la persona en particular (algunos ejemplos de estimulación

antecedente se pueden consultar en la tabla V. 6). Esta conducta motora, fisiológica o cognitiva a su vez podrá ser el estímulo de siguientes conductas del usuario u otras personas, produciendo un ciclo en el caso de que se vea seguida por consecuencias que la mantengan o disminuirá y se cortará en pro de otras secuencias tanto adaptativas como desadaptativas.

Tabla V.6. Estímulos internos/externos en la evaluación de los problemas de conducta.

Estímulos internos		Estímulos Externos	
Estatus Médico	<ul style="list-style-type: none"> • Delirium • Infección • Dolor 	Factores ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Luz • Ruido • Temperatura ambiente • Falta de estructura • Aburrimiento • Soledad, aislamiento • Estimulación excesiva
Estatus Psiquiátrico	<ul style="list-style-type: none"> • Psicosis • Depresión • Ansiedad/fobias • Desorden de la personalidad 		<ul style="list-style-type: none"> • Falta de estimulación
Cognición	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la memoria • Afasia • Agnosia • Apraxia • Disfunción ejecutiva 	Acercamiento del cuidador	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sobre demencia y BPSD • Confrontación • Demandante • Negando los déficits • Expectativas no realistas • Intrusivo • Depresivo • Cognitivamente deteriorado

Tomada y adaptada de Bharucha, Rosen, Mulsant y Pollock (2002).

Los problemas de conducta se mantendrían por el refuerzo contingente a la ejecución de la respuesta, porque la respuesta se ha establecido y es autorreforzante o porque el comportamiento está muy instaurada por medio de un programa de refuerzo intermitente o natural, que mantendría el comportamiento con alta frecuencia incluso a pesar de no recibir refuerzo durante largas temporadas. El reforzamiento de la conducta puede ser por refuerzo positivo o negativo. El primero sería acorde con la consecución de ciertos beneficios y el segundo con la evitación o escape de situaciones aversivas. Desde aquí nos planteamos, acorde con Malott (2004), que gran parte de los comportamientos se darán por refuerzo negativo: escapar de los cuidados no deseados por medio de respuestas agresivas, escapar del aburrimiento por medio de autoestimulación, escapar de la incertidumbre por medio de preguntas (repetidas constantemente por los problemas de memoria a corto plazo, o escapar del centro como lugar asociado a cuidados no deseados, falta de estímulos, etc. Aunque también

existirían problemas de conducta dependiente instaurados en el propio centro, no por acción sino por inacción. Acorde con Froján (2009), podemos llegar a relacionar la disminución o incluso desaparición del funcionamiento adaptativo en ancianos institucionalizados con un ambiente que propicia el comportamiento deficitario y refuerza el comportamiento ineficaz y dependiente.

La detección de los problemas de conducta se hace por medio de la observación del comportamiento. En entorno natural, institucionalizado, como puede ser el entorno residencial y más específicamente en las unidades psicogerátricas los problemas de conducta se sobreentienden, puesto que si la persona fuese autónoma o su comportamiento fuera socialmente correcto no necesitaría del uso de una institución. En las instituciones suele desarrollarse una metodología específica a la problemática que allí se plantea (Anguera, 1991). Así se desarrollan o se utilizan instrumentos ya desarrollados para la observación, en el mejor de los casos, o se realiza acorde con el juicio de los profesionales. Uno de los problemas de la observación en residencia es que la observación del funcionamiento cotidiano es realizado por profesional auxiliar cuya formación en observación, análisis y modificación de conducta, generalmente no se encuentra dentro de su corpus de conocimiento (Kolanowski, 2006). De esta manera, la transmisión de información puede ser sesgada, incompleta o desconecta de los factores ambientales que aumentan su probabilidad.

La localización de los problemas de conducta puede ser en comunidad o en residencia. Tal y como hemos mencionado con anterioridad, en el caso del entorno institucional el ambiente está muy acotado. A pesar de esto y de su marcada estructuración, el entorno institucional se considera un marco natural de observación (Anguera, 1991). La detección de los problemas de conducta en residencia será dinámico a partir de que vayan sucediendo o se vayan instaurando o desapareciendo acorde con la interacción ambiental, acorde con esto, se infiere que los problemas de conducta positivos sucederán normalmente en las situaciones activas de cuidado como reacción, mientras que los problemas de conducta negativos lo harán en las salas comunes y las habitaciones, como falta de reacción.

El procedimiento adecuado para el análisis de los problemas de conducta sería el análisis funcional. El análisis funcional consiste en la identificación de las relaciones de contingencia relevantes y controlables que explican hipotéticamente determinadas conductas de una persona concreta (Froján, 2009). Estas relaciones se establecerán con

base en los antecedentes y consecuentes acorde con el planteamiento científico, proponiendo una hipótesis, poniéndola a prueba y extrayendo conclusiones sobre la prueba. Para ello es importante que los datos obtenidos para establecer la hipótesis sean fiables, operativos y representativos del problema.

Históricamente los problemas de conducta se tratan acorde con dos las dos disciplinas de conocimiento ya presentadas: farmacológicamente (acorde con el modelo médico), con terapia/modificación de conducta (desde el modelo psicológico). En la literatura especializada en Geriátría y Gerontología podemos encontrar los términos: terapia farmacológica y terapia no farmacológica. Esta distinción, posiblemente surgida en el propio seno del modelo geriátrico, muestra la apertura a otros modelos de intervención con las personas con demencia haciendo, sin embargo, énfasis en la terapia no farmacológica como oposición a la primariamente utilizada. Este sesgo, frecuente en el campo de la geriatría agrupa diversos tipos de terapias psicológicas dentro de un término por oposición asemejándose al desarrollo de criterios diagnósticos, en los que se definen las etiologías acorde con los síntomas, pero también acorde con los criterios de exclusión (que el trastorno se explique mejor por otros medios). A lo largo del texto hemos planteado dudas sobre de lo correcto de ciertos términos de uso frecuente, por el mero hecho de acotar el campo conceptual y evitar sesgos definitorios en los términos que podrían llevar a confusión. El uso del término terapia no farmacológica es inadecuado acorde con dos argumentos: la definición por negación no define lo que es sino lo que no es, dejando un campo abierto a lo que sí podría ser, por otro lado, existe suficiente desarrollo histórico en la terapia psicológica (porque como veremos, gran parte de las terapias llamadas no farmacológicas se pueden agrupar dentro del modelo psicológico/conductual) como para que los acercamientos de modificación de la conducta en demencias tenga su propia nomenclatura. Según este desarrollo histórico, el tratamiento de los colectivos institucionalizados por medio del enfoque psicológico tuvo un rápido crecimiento por medio de la Modificación de Conducta desde su instauración a finales de los años 50 como reacción al descontento con el modelo de enfermedad intrapsíquica hasta finales de los 70, cuando el llamado salto cognitivo introdujo las variables cognitivas como eje motor del comportamiento y el desarrollo de tecnología e instrumentación acorde con el modelo teórico. Acorde con Froján et al. (2011) la modificación de conducta pasa por un ciclo compuesto por: nacimiento (a raíz de la fundación de la psicología), consolidación, crisis y renovación del panorama. Es durante

los años 60 cuando se consolidó el avance en Modificación de Conducta como una disciplina formal, teórica y metodológicamente distinta de las psicoterapias tradicionales, donde la aplicación de los modelos conductuales mostró su capacidad para el cambio conductual. Modificación de conducta y terapia de conducta se utilizaron en sus orígenes como la aplicación específica de la tradición clásica y operante respectivamente, aunque en la actualidad se usan indistintamente (Calero, 2009). En el presente trabajo nos decantaremos por utilizar el término modificación de conducta, como un término el término general de las aplicaciones de los principios comportamentales a los problemas de conducta, en contraposición al término terapia de conducta más específicamente orientado al ámbito clínico de la psicoterapia. La modificación de conducta será así la aplicación de los modelos conductuales a los problemas de conducta definidos en el trabajo. Distinguiremos también:

- Terapia como el enfoque general que busca la mejoría del estado de una persona.
- Terapia farmacológica a aquella que busca la modificación de patrones biológicos por medio del uso de sustancias químicas
- Otras terapias: a caballo entre la modificación biológica y conductual y como pueden ser la modificación biológica/física por medio de estimulación física (p ej. masajes, terapia ocupacional, fisioterapia, electroshock, cirugía, etc).

Los enfoques de intervención no farmacológica se pueden catalogar en dos categorías amplias: generalizada (entrenamiento o apoyo de los profesionales) o con objetivo (intervención en comportamientos específicos) (Gitlin et al., 2012). Acorde con la revisión sistemática sobre terapias realizada por Kverno et al. (2009) las terapias que existen en demencias se pueden agrupar en: acercamientos basados en la emoción, acercamientos comportamentales/conductuales, acercamientos basados en estimulación sensorial.

- a) Acercamientos basados en la emoción: estos acercamientos tienen su base en la evocación de respuestas emocionales y el refuerzo de éstas. Dentro de este enfoque se pueden distinguir dos tipos:

- Validación y reconocimiento de sentimientos: intervenciones que enfatizan la expresión y experimentación emocional por medio de reminiscencias, aceptación y reafirmación de las emociones.
 - Presencia simulada: se basa en la reproducción de una voz o imagen de alguien familiar o con el que se tenga algún vínculo afectivo.
- b) Acercamientos basados en la conducta/ambiente: estas intervenciones se basan en la modificación estimular y ambiental:
- Unidades especiales: la mejora de los cuidados por medio de profesionales entrenados en reconocer los comportamientos, buscar causas potenciales, uso de diferentes terapias, modificar la estimulación lumínica y acústica, aumentar el número de actividades, eliminar restricciones, controlar las caídas, etc.
 - Modificación ambiental: cambios en el ambiente, ya sea en la arquitectura o en la organización del espacio social. Se modifica por ejemplo, el tamaño de las salas, el número de personas presentes la organización y estética de los elementos.
- c) Estimulación sensorial: este acercamiento busca estimular a la personas por medio de las diferentes vías sensoriales con el objetivo de reducir los problemas de conducta, especialmente la agitación.
- Aromaterapia: aplicación o difusión de aceites aromáticos en el ambiente o a la propia persona.
 - Terapia lumínica: modificación de la presentación de luz con el objetivo de cambiar patrones de sueño/vigilia alterados.
 - Terapia de movimiento: incluye aumentar la actividad física y participación en actividades que tengan contenido motor.
 - Musicoterapia: las intervenciones basadas en música implican la representación musical, presentación de música pregrabada o la incitación a la participación en la interpretación de canciones.

- Estimulación sensorial múltiple: también llamada “snoezelen”, permite a los usuarios la estimulación de múltiples sentidos simultánea o secuencialmente en habitaciones especialmente preparadas para ello.
- Tacto: las intervenciones basadas en el tacto se sirven de los llamados masajes terapéuticos, masajes de manos, craneosacral y masaje muscular.
- Balanceo de sensorioestasis: el trasfondo teórico del balanceo de sensorioestasis tiene su base en que las personas tienen diferentes períodos de actividad/inactividad que busca equilibrarse de manera homeostática, de manera que la modificación en la estimulación en estos períodos disminuiría los problemas.

Acorde con la revisión de Kverno (2009), estas terapias tienen diferentes niveles de calidad en la evidencia reportada y una eficacia moderada. Respecto a las terapias de validación, reminiscencia emocional, presencia simulada, aromaterapia y terapia lumínica, Gitlin et al (2012) señalan que los datos no permiten apoyar estos acercamientos por falta de resultados o inconsistencia entre estudios. Aunque los estudios deberán aumentar su rigor en futuros trabajos para poder demostrar su eficacia (ateniéndose por ejemplo a las normas de la declaración CONSORT (Cobos-Carbó y Augustovski, 2011)) por medio de especificación, ampliación y estratificación de la muestra, descripción específica del método, pruebas experimentales con grupos control y grupos experimentales, medidas de evaluación estandarizadas y sensibles, el campo señala posibilidades de estudio futuro. Uno de los problemas que parecen ser, sin embargo, comunes a los acercamientos terapéuticos mencionados es el posicionamiento fundamental del estudio. En muchos casos la propia terminología señala como terapia la mera estimulación, realizada independientemente de otros factores personales, ambientales, objetivos o de la estructura de la intervención. No se critica la eficacia de la estimulación ya que estaría en consonancia con el modelo conductual, puesto que éste basa la modificación de la conducta en la variación de la estimulación antecedente y consecuente, sino que la estimulación per se, privada de un modelo que identifique las causas del problema de conducta, su desarrollo y su mantenimiento se convierte en una intervención al azar que puede mejorar la situación de un porcentaje de personas y mientras no tener efecto en otras, lo que podría tener peso explicativo en los resultados

moderados y bajos que se obtienen normalmente en algunos grupos. Así como las guías recientes proporcionadas por la Asociación de Psiquiatría Americana para el tratamiento de pacientes con demencia abogan por el desarrollo de planes de tratamiento acorde con el estadio específico del desarrollo de la enfermedad (APA Work Group on Alzheimer's Disease and other Dementias et al., 2007), desde el punto de vista conductual se propondría el uso del análisis funcional del comportamiento para la definición y especificación de los problemas y favorecer así el desarrollo de estrategias de intervención con base en los principios de aprendizaje. Otras revisiones han señalado la eficacia, de acuerdo con los criterios de evaluación de la American Psychological Association sobre los tratamientos eficaces (Chambless y Hollon, 1998), del entrenamiento de los profesionales en comunicación y manejo de problemas de conducta (Deudon et al., 2009).

Con respecto al tratamiento farmacológico Gitlin et al. (2012) señalan que debido a las modestas o nulas mejoras comparadas con el placebo y la evidencia de efectos adversos del tratamiento farmacológico incluyendo el aumento de riesgo de mortalidad, ha llevado a la organización americana *Food and Drug Administration (FDA)* a un aumento del interés por las estrategias no farmacológicas. Similarmente, la encuesta realizada a 59 expertos en un estudio orientado a esclarecer cuáles eran los medicamentos más apropiados para el manejo de los problemas de conducta mostró que los profesionales desaconsejaban el uso de medicamentos favoreciendo estrategias no farmacológicas (Bishara, Taylor, Howard, y Abdel-Tawab, 2009). Como segunda opción planteaban el uso de quetiapina como el agente más apropiado para el manejo general, inhibidores de la acetilcolinesterasa para los síntomas psicóticos, benzodiazepinas para la agitación y agresión y trazodona para la desinhibición, señalando que las benzodiazepinas eran el más frecuentemente utilizado. Lo que concuerda con las recomendaciones en nuestro país (Olazarán-Rodríguez et al., 2012).

El uso de fármacos se utilizaría para el control de ciertas alteraciones biológicas buscando como objetivo que el organismo funcione en un rango manejable de conducta, pero sin el control específico del comportamiento. Dentro del modelo interconductual, el manejo médico de las alteraciones orgánicas funcionaría para cambiar el potencial de las variables disposicionales del organismo a la hora de entrar en la relación conductual. De ahí que se tenga en cuenta el manejo farmacológico en el estudio de la conducta, pero como un factor más que predispone o limita la interacción conductual.

5.4 ¿Por qué es necesario un instrumento como el que se plantea?

La psicología para poder avanzar como una ciencia natural necesita dar explicaciones descriptivas de la conducta y hacer análisis funcionales de los datos que obtiene (Bijou et al., 1968). Acorde con lo establecido a lo largo del capítulo, la identificación y descripción de los factores que determinan la aparición, instauración y mantenimiento de un problema de comportamiento, sea por exceso o por defecto de alguno de sus parámetros, es especialmente relevante para la intervención y el cambio conductual. En el capítulo se ha descrito el modelo interconductual como un modelo inclusivo del estudio de la conducta humana en el que se define la conducta, no sólo la desadaptada o problemática, como una interacción constante entre el organismo y el ambiente. Esta interacción se rige por los principios de aprendizaje que plantean los modelos de condicionamiento directo clásico y operante. La persona es así un ente inseparable del entorno que estimula respuestas y responde a estímulos acorde con su historia de aprendizaje. La persona con demencia se define como una persona cuyos cambios biológicos y conductuales le dificultan la interacción adaptada con el ambiente de manera que sin el tratamiento adecuado se va instaurando una manera de comportamiento desadaptativo, antisocial y de riesgo, que lo vuelve dependiente y con mermada autonomía personal. En la sociedad actual, el cuidado de esta persona es complicado y se convierte en un generador de estimulación de respuestas desadaptadas en el cuidador de manera que éste tiende a la institucionalización del familiar como un escape de una situación aversiva o como la obtención de un cuidado mejor para el familiar. El familiar pasa a un entorno estructurado muy específico donde sus comportamientos habituales no obtienen las mismas contingencias previas y se ve sometido a diferentes programas de reforzamiento, castigo y extinción que los que disponía en su entorno natural. Esto unido a un alterado estado disposicional de su organismo sea por la propia enfermedad, por la medicación o por una combinación de ambas, produce una alta frecuencia de problemas de conducta. La necesidad ética y económica de manejar correctamente estos problemas lleva al colectivo científico a buscar soluciones por medio de los modelos que normalmente los tratan, que suelen incluir la valoración de la frecuencia o la intensidad de la conducta por medio escalas y la consecuente intervención farmacológica por un lado, y el manejo conductual directo y la aplicación de sesiones de terapias variadas por otro. En los centros geriátricos y gerontológicos, la intervención tanto farmacológica como conductual es frecuente. La intervención farmacológica modifica los factores disposicionales orgánicos

predisponiendo o no a la persona a actuar de cierta manera. La administración de fármacos se va regulando según las observaciones del personal asistencial, de enfermería y de los propios familiares aumentando o disminuyendo según se observa exceso o defecto conductual o efectos yatrogénicos del medicamento. Los tratamientos conductuales implican varios procedimientos de menos a más estructurados: a) el día a día con el personal, normalmente dispensador de estimulación recompensante y aversiva de manera natural, con un programa de cuidados y de actividades de la vida diaria establecido según el plan de atención individualizada, pero sin un programa de modificación de conducta estructurado, salvo por medio de pautas de atención con sistematización variable (frecuentemente similar al funcionamiento de la aplicación de medicamentos “si-entonces”: “si presenta estreñimiento entonces laxante”; “si preguntas repetitivas, ignorar”), b) programas de actividad específicos llevados a cabo por un perfil variado (auxiliares, trabajadores sociales, animadores socioculturales, psicólogos, voluntarios, etc.) en los que pueden realizar ejercicio físico, reminiscencia, orientación a la realidad, etc. que están estructurados según horas y días de la semana, c) las llamadas terapias que consisten frecuentemente en la dispensación de estímulos: música, luz, aromas, contacto físico y masajes, contacto con animales, etc., y por último d) modificación de conducta estructurada según el análisis funcional, con objetivos conductuales definidos y aplicación de los principios de aprendizaje de la modificación de conducta. En cualquiera las intervenciones, ya sea farmacológica o conductual, además de la observación asistemática y la creación de partes narrativas, se pueden aplicar los instrumentos de medida para comprobar los efectos en la conducta de la persona. Salvo en el caso de la modificación de conducta aplicada estrictamente como procedimiento, el resto de la variabilidad conductual no se analiza de manera que se puedan establecer los factores ambientales determinantes de la conducta, con lo que la consignación de la generación de los problemas y sus soluciones se realiza de una manera altamente inespecífica. Dada esta situación, un instrumento eficaz y eficiente (en el tiempo y en el formato de uso) permitiría la obtención de datos específicos sobre la intensidad, frecuencia y duración de las respuestas problemáticas del usuario del centro y la vinculación de estas con factores ambientales (tanto por presencia como por ausencia). Este nivel de especificidad de los datos permitiría la realización de análisis funcionales básicos y relativamente estandarizados de gran parte de los problemas de conducta más frecuentes en los centros y, por ende, la generación de hipótesis y aplicación de intervenciones de modificación de conducta que permitan la disminución

de la frecuencia, la intensidad o la duración de las respuestas desadaptadas de las personas aumentando la calidad de vida del usuario, la eficacia de los profesionales, disminuyendo el *burn-out* y la sobrecarga, y en última instancia los costes económicos del cuidado.

6 CAPÍTULO VI.

ESTUDIO EMPÍRICO I. Desarrollo de un instrumento de registro de los problemas de conducta en contexto institucional en personas con demencia.

En los anteriores capítulos hemos comentado los diversos instrumentos de observación y escalas de medida que se encuentran en la literatura y cuyo objetivo es el registro, evaluación y baremación de los problemas de comportamiento en la población de estudio. Asimismo se ha descrito la fundamentación teórica de los registros observacionales y la necesidad del desarrollo de un instrumento que diese cuenta de los problemas de conducta en relación con el contexto y a los eventos antecedentes y consecuentes de estos problemas en contextos residenciales. Dada la ausencia de uno que cumpliera con estos hemos elaborado un sistema de categorías que cumpliera los requisitos para el estudio. Se describe la elaboración de un sistema de categorías y de registro de los problemas de comportamiento de las personas mayores en entorno residencial para el estudio de sus características psicométricas. Este sistema tendrá como objetivo registrar los problemas de comportamiento y los eventos antecedentes y/o consecuentes que pueden alterar su aparición, frecuencia e intensidad.

6.1 Introducción

A pesar de que la instrumentación psicológica para la evaluación en gerontología es muy amplia y que siempre es recomendable utilizar instrumentos ya desarrollados y validados, en ocasiones el investigador se ve obligado a construir sus propios instrumentos (Hernández, 2004), debido a que el tema concreto de la investigación sea lo suficientemente específico como para justificar la decisión de un nuevo instrumento de evaluación. Como se ha mencionado en anteriores capítulos, para la creación de un instrumento es fundamental un desarrollo, en primer momento, teórico con el fin de establecer el objetivo del estudio y aunque sea de modo tentativo, una hipótesis orientativa, si bien, ha de hacerse partiendo de los trabajos previos para complementar el trabajo por medio de la capacidad sistemática y sumativa del trabajo científico. En

relación con este desarrollo hay que tener en cuenta que las garantías científicas del mismo sean apropiadas. A grandes rasgos, estas garantías se recogen en los conceptos fiabilidad y validez. El objetivo principal de este estudio es desarrollar un instrumento de registro para la observación sistemática de los problemas de comportamiento en personas con deterioro cognitivo en entorno residencial y hacer un estudio piloto de sus características psicométricas para garantizar su utilidad

En las siguientes secciones se describe el procedimiento por el que se ha desarrollado el instrumento y los resultados obtenidos con respecto a sus características psicométricas.

6.2 Método

Participantes

Los participantes fueron 89 personas con demencia residentes en las zonas psicogeríatras (a partir de ahora las llamaremos secciones 1, 2 y 3 en el centro A, y 4, 5 y 6 en el centro B) de dos centros residenciales (68,54% mujeres y 31,46% hombres) con $X=83,22$ años y $DT=8,93$, con un rango de edad de 60-103 años Sus datos se pueden observar en la siguiente tabla:

Tabla VI.1. Descripción de la muestra

		N	Sexo		Edad		Años de ingreso	
			Mujeres	Hombres	X	DT	X	DT
Centro A	Sección 1	14	13	1	86,333	7,889	3,083	2,503
	Sección 2	12	5	7	77,750	8,781	1,667	2,103
	Sección 3	17	11	6	85,000	7,312	4,313	5,839
Centro B	Sección 4	15	10	5	84,692	9,810	4,069	2,818
	Sección 5	16	11	5	81,429	9,913	3,696	1,902
	Sección 6	15	11	4	83,692	8,788	3,500	2,814
Total/Promedio		89	61	28	83,225	8,927	3,452	3,420

Diseño

Para alcanzar los objetivos del estudio se estableció el siguiente diseño de la investigación:

1. Diseño de un instrumento de registro observacional en ausencia de uno desarrollado ex profeso para el registro de los problemas de conducta en relación con el contexto.

2. Observación y registro de los problemas de comportamiento en diferentes contextos y momentos del día, con el fin de probar la aplicabilidad del instrumento en una muestra representativa del contexto objetivo.
3. Observación simultánea de las conductas objetivo por varios observadores para garantizar la fiabilidad del instrumento.
4. Administración coincidente en el tiempo de una escala de valoración sobre los problemas de conducta para estimar la validez del instrumento de registro por medio de la correlación con un instrumento estandarizado.

Diseño de las categorías de observación (Sub objetivo 1)

Con el fin de establecer y definir las categorías de observación se revisó la literatura y se realizaron entrevistas con 3 profesionales de la práctica geriátrica. La revisión de la literatura se puede consultar en el capítulo 2 del presente trabajo. Para obtener información relativa a la práctica diaria en las alas psicogeriatricas se desarrolló la siguiente entrevista.

Figura VI.1. Guión de entrevista para los profesionales.

Teniendo en cuenta que se está buscando desarrollar un instrumento de observación que permita dar cuenta de un modo fiable y eficiente de los comportamientos problemáticos en las residencias,

- *¿Quién es el usuario objetivo?*
- *¿Quién podría realizar la observación?*
- *¿Quién se beneficiaría del uso del instrumento?*
- *¿Qué se busca observar?*
- *¿Qué se puede observar?*
- *¿Qué es lo más frecuente?*
- *¿Qué lo puede causar?*
- *¿Qué causa más problemas a los trabajadores?*
- *¿Qué causa más problemas o sufrimiento a los propios usuarios del centro?*
- *¿Existe algún instrumento que cumpla con las expectativas del trabajo?*
- *¿Cuál? ¿Hay algo que le añadirías o le restarías?*
- *¿Cuáles son las características que buscas en un instrumento de registro?*
- *¿Es ético realizar la observación de los participantes?*

Diseño para el desarrollo de un instrumento utilizable (Sub objetivo 2).

Se desarrollaron los siguientes criterios de aplicabilidad del instrumento y se pusieron a prueba.

- Usable: que se pueda usar por un único usuario, con una hora de formación.
- Aplicable: que se pueda aplicar en una sala con entre 1-15 personas.
- No interferente: que no interfiera en el funcionamiento del centro.
- Eficaz: que permita dar cuenta de los problemas de comportamiento de las personas objetivo.
- Eficiente: que se pueda utilizar entre 1-15 minutos dando una información representativa del comportamiento diario de los participantes.

Diseño para el desarrollo de un instrumento fiable (Sub objetivo 3).

Antes de la versión definitiva, para desarrollar un instrumento fiable se probó el instrumento en varios contextos, observando a diferentes grupos de personas y con diferentes observadores para establecer la fiabilidad interjueces.

El objetivo era obtener muestras del comportamiento de varias personas en varios días diferentes tanto en horario como de tarde. De esta manera se obtendría una muestra representativa del comportamiento más frecuente de los usuarios en su entorno.

Cada día se segmentó en sección de mañana y tarde, cada sección en actividades de una hora de duración según el horario organizado en cada centro. A su vez, cada hora de actividad se segmentó en 3 períodos de 20 minutos de manera que se pudiera observar en una sala durante 15 minutos a cada grupo de personas con 5 minutos para cambiar de localización (ala/planta/sala) en el centro. Con el objetivo de que no se repitiera la secuencia de los grupos observados se realizó una aleatorización sencilla del orden de los grupos de observación. El diseño de observación se puede consultar en la siguiente tabla.

Fig. VI.2. Distribución de las observaciones. Semana 1.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desayuno (1h)			Grupo 4 Grupo 5 Grupo 6		Grupo 3 Grupo 1 Grupo 2		Grupo 6 Grupo 4 Grupo 5
Inactividad (1h)			Grupo 6 Grupo 4 Grupo 5		Grupo 2 Grupo 3 Grupo 1		Grupo 5 Grupo 6 Grupo 4
Actividad (1h)			Grupo 5 Grupo 6 Grupo 4		Grupo 1 Grupo 2 Grupo 3		Grupo 4 Grupo 5 Grupo 6
Comida (1h)		Grupo 1 Grupo 2 Grupo 3				Grupo 6 Grupo 4 Grupo 5	
Inactividad (1h)		Grupo 3 Grupo 1 Grupo 2				Grupo 5 Grupo 6 Grupo 4	
Actividad (1h)		Grupo 2 Grupo 3 Grupo 1				Grupo 4 Grupo 5 Grupo 6	

Fig. VI.3.. Distribución de las observaciones. Semana 2.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desayuno (1h)		Grupo 1 Grupo 2 Grupo 3		Grupo 4 Grupo 5 Grupo 6			Grupo 3 Grupo 1 Grupo 2
Inactividad (1h)		Grupo 3 Grupo 1 Grupo 2		Grupo 6 Grupo 4 Grupo 5			Grupo 2 Grupo 3 Grupo 1
Actividad (1h)		Grupo 2 Grupo 3 Grupo 1		Grupo 5 Grupo 6 Grupo 4			Grupo 1 Grupo 2 Grupo 3
Comida (1h)	Grupo 6 Grupo 4 Grupo 5		Grupo 4 Grupo 5 Grupo 6		Grupo 1 Grupo 2 Grupo 3	Grupo 3 Grupo 1 Grupo 2	
Inactividad (1h)	Grupo 5 Grupo 6 Grupo 4		Grupo 5 Grupo 6 Grupo 4		Grupo 3 Grupo 1 Grupo 2	Grupo 2 Grupo 3 Grupo 1	
Actividad (1h)	Grupo 4 Grupo 5 Grupo 6		Grupo 6 Grupo 4 Grupo 5		Grupo 2 Grupo 3 Grupo 1	Grupo 1 Grupo 2 Grupo 3	

Si bien, en principio, se organizó de manera en la que se alternaban los días secuencialmente (mañana-tarde), por razones prácticas relativas a los centros y a la disponibilidad de los observadores no fue posible mantenerlo y se buscó una configuración de las observaciones que permitiera el registro de una muestra tanto de horario de mañana como de tarde, respetando la distribución de las situaciones observacionales. Según esta estructura se podía observar a los grupos de participantes 3 mañanas no consecutivas y 3 tardes no consecutivas (excepto en un caso) alternando el orden de los grupos para que no hubiera efectos de repetición debidos a una misma secuencia de observación repetida en los grupos.

Diseño para el desarrollo de un instrumento válido (Sub objetivo 4).

Para la obtención de índices de validez se buscó la aplicación coincidente en el tiempo (al final de la misma semana de observación) de una escala estandarizada de valoración de los problemas de conducta de manera que se pudiera observar la correlación entre ésta y el instrumento de observación. Además, se compararon las medidas en una serie de variables cognitivas, funcionales y de ansiedad en los centros de manera que se pudiese comprobar si existían también diferencias o no en el instrumento de registro.

Material e instrumentos

Con el fin de describir la muestra y de aportar medidas de validez por medio de la comparación con otros instrumentos se recogieron las puntuaciones en las siguientes escalas, instrumentos utilizados en la valoración de los residentes en los propios centros. Se escogieron aquellos instrumentos cuyas evaluaciones estuviesen completas y fueran correlativos en el tiempo a la observación de los problemas de conducta. Los instrumentos seleccionados fueron los siguientes: MEC, NPI, Índice de funcionalidad de Barthel y Escala Hamilton de Depresión.

- Mini Examen Cognoscitivo (MEC; Lobo, Ezquerro, Gómez Burgada, Sala, y Seva Díaz, 1979): Es el test breve de cribado del deterioro cognitivo más difundido en la clínica y en la investigación (Buiza et al., 2011). Fue diseñado basándose en el MiniExamen del Estado Mental (MMSE en sus siglas en inglés) creado por Folstein, Folstein y McHugh en 1975, de la que el MEC es la primera versión en castellano. Se trata de un instrumento sencillo que consta de 24 ítems, que exploran 5 áreas cognitivas: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje. La puntuación total máxima es de 35 puntos y se pueden excluir preguntas porque la persona sea analfabeta o por imposibilidad física de administrar algún ítem, por ejemplo, ceguera. El MEC ha demostrado en diferentes estudios su fiabilidad, validez y potencial diferenciador. En un trabajo de revalidación y normalización en la población general geriátrica, el MEC cumple criterios de fiabilidad, validez de contenido, procedimiento y construcción en cuanto a validez predictiva con sensibilidad 88%, especificidad 83,9%, índice de mal clasificados 15,2% y área bajo la curva ROC 0,92627
- Inventario Neuropsiquiátrico (Neuropsychiatric Inventory, NPI) (Cummings et al., 1994; Vilalta-Franch et al., 1999). El NPI es un instrumento de entrevista clínica con un cuidador que evalúa un amplio rango de psicopatología (Burns et al., 2004). Sus características de medida se han estudiado en el capítulo 2 en la revisión de escalas. Es una de las escalas más frecuentemente usadas en la evaluación geriátrica de problemas de comportamiento dada su facilidad y corto tiempo requerido de administración. El estudio original y subsiguientes reportan garantías de validez concurrente, de contenido, consistencia interna, y alta fiabilidad interjueces y test-retest.
- Índice de funcionalidad de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965). Publicado en el año 1965 por Mahoney y Barthel como fruto de la observación del equipo

multidisciplinario que trabajaba con pacientes ingresados en hospitales de enfermos crónicos en Maryland. Es posiblemente la escala más ampliamente utilizada a nivel internacional para la valoración funcional de pacientes con patología vascular. Tiene valor predictivo sobre mortalidad, ingreso hospitalario, duración de la estancia en unidades de rehabilitación (Lucas-Vaquero, 2003). Se utilizó la escala modificada de Shah más sensible a los pequeños cambios que se va imponiendo poco a poco a la original (Ruipérez, 2004). Evalúa 10 AVDs. Se puntúa de 0-100 (o de 0 a 90 en pacientes en silla de ruedas. Su interpretación se realiza de acuerdo con las siguientes categorías de dependencia:

- Total <20
 - Grave 20-35
 - Moderada 40-55
 - Leve >60
 - Autónomo 100
- Escala Hamilton de depresión (Hamilton, 1967). El objetivo de la escala es la valoración de la gravedad de la depresión en personas adultas. Es una escala de tipo Likert con 9 ítems que se puntúan de 0-4 y 8 que se puntúan de 0-2. La puntuación oscila entre 0 y 52 siendo 18 el punto de corte.

La observación, registro y codificación de las conductas objetivo se realizó en un instrumento diseñado a tamaño DIN-A4 para ser utilizado en lápiz y papel. Para el análisis de la confiabilidad entre observadores y de la validez se utilizó el paquete de análisis estadísticos SPSS en su versión 15.0. y el EPIDAT V.4.0. (Servicio Galego de Saude).

Procedimiento

Primero se obtuvo el visto bueno de los directores de las residencias por medio de la presentación del estudio en cada centro. Una vez obtenido el permiso del centro, los profesionales de los centros (auxiliares y personal de enfermería) fueron informados de la realización del estudio como una parte más de las evaluaciones que se realizan periódicamente en los centros. El psicólogo de referencia de cada centro sirvió de enlace antes y durante las observaciones con el objetivo de facilitar el proceso de observación con los profesionales y los usuarios. Los observadores fueron presentados a los usuarios de los centros y explicaron el motivo de su presencia para evitar posible reactividad de los usuarios a una presencia nueva en el entorno.

Con respecto a la obtención de información práctica, 2 neuropsicólogas (dos mujeres, de 32 y 36 años respectivamente, con 8 y 15 años de experiencia en el campo de la geriatría), trabajando dos centros residenciales de San Sebastián, y un neuropsicólogo de 33 años trabajando en investigación relacionada con deterioro cognitivo fueron entrevistados por medio de un guion semiestructurado.

Partiendo del análisis de la literatura y en consonancia con las entrevistas cualitativas se desarrollaron una serie de categorías iniciales. Así se buscaba extraer información teórica y práctica como base conceptual del instrumento. Estas categorías partían de aquellas encontradas en la literatura con mayor frecuencia y porque fueran consideradas como relevantes en las entrevistas con los profesionales. Se discutieron con los profesionales hasta que se depuró un sistema inicial de categorías.

Al margen de las categorías descriptivas de los problemas de comportamiento, y a partir de las premisas establecidas en el modelo teórico, se buscó desarrollar un número de categorías adicionales que diesen cuenta de las posibles relaciones entre el problema y los antecedentes y/o consecuentes que podían alterar la probabilidad de desarrollar estos problemas. Para ello, se establecieron dos secciones relacionadas con las categorías problema denominadas antecedentes y consecuentes que recogían los posibles eventos observables que según la literatura y las entrevistas podían causar o mantener los problemas de comportamiento.

En esta primera fase se desarrollaron 10 categorías de registro de problemas de conducta: agresividad física, agresividad verbal, alteración motora, alteración verbal, deambulación, ansiedad, tristeza, apatía, conducta antisocial y confusión; y 11 categorías que servirían tanto como antecedentes como consecuentes: contacto verbal directivo, agresivo, afectuoso, neutro, bromista y retirada de contacto verbal; y contacto físico agresivo, directivo, afectuoso, acercamiento y retirada de contacto físico.

Esta primera versión se probó durante 4 días de manera que se pudiera establecer su aplicabilidad y detallar las definiciones de aquellas categorías que presentaran problemas en su registro por uno o por dos observadores. Al final de cada sesión de observación se recogían los problemas encontrados y sugerencias de mejora por parte de dos observadores. Esta aplicación de prueba sirvió para que las categorías seleccionadas al principio del estudio se redefinieran para evitar aquellas ambiguas o no excluyentes.

Si bien no hubo cambios (ni eliminaciones ni adiciones) en las categorías seleccionadas desde el principio del estudio, sí se redefinieron para evitar categorías ambiguas o no excluyentes. Asimismo también se ajustaron los parámetros de medida

conductual de manera que se registrara presencia y ausencia en lugar de intensidad en algunas categorías, dado que la naturaleza del fenómeno no permitía con facilidad identificar gradación, por ejemplo, en el caso de apatía: delimitar niveles de apatía requeriría un análisis observacional mucho más detallado, que requeriría un instrumento propio cuyas categorías atendieran a respuestas específicas de orientación, atención, reacciones a estímulos específicos, nivel de manipulación y la duración e intensidad de diferentes respuestas de manipulación con estos estímulos, haciendo excesiva la demanda atencional para el observador. Así, al hacer dicotómica la variable se puede perder algo de precisión pero ganar fiabilidad en la medida.

Desarrollo de la observación.

Solamente el observador principal conocía las hipótesis del estudio de manera que se pudiera minimizar el sesgo del observador y la expectativa. Se realizó una sesión de entrenamiento de una hora con los observadores, además de un ensayo piloto en el que se estableció el escenario de observación:

1. Localización: dentro de la sala, los observadores se situaban en un lateral de la habitación, o en una esquina, con el objetivo de minimizar la interferencia en el contexto.
2. Distancia de observación: se buscó una distancia de observación de entre 3-4 metros a la persona.
3. Regla de no interacción: se estableció previamente la no interacción con el contexto, salvo que fuera elicitada por los propios usuarios (preguntas, comentarios o situación de riesgo que requiriese de intervención).

Se discutieron las diferencias en las puntuaciones en los ensayos para garantizar un mínimo de acuerdo entre los evaluadores.

La observación se realizó acorde con el respeto por la privacidad y confidencialidad de los datos personales de los usuarios del centro. Diariamente los observadores pasaban un período de adaptación sin observación en cada sala de manera que los usuarios se adaptaran a su presencia.

Como regla de muestreo intrasesional hasta la sesión 28 se eligió una observación focal, con registro idiográfico mediante rotación de intervalos equivalentes, de observación continua y registro discontinuo. Como regla se usó un registro activado por un criterio de saliencia establecido previo a las observaciones: Cada observador registraría el comportamiento del usuario que considerara que desarrollaba una conducta

de más disruptiva a menos disruptiva: agresividad física, conducta social desadaptada, agresividad verbal, deambulación, alteración motora, ansiedad, tristeza, confusión, apatía. Este período se vio seguido de un período de observación realizada por un único observador. A partir de la sesión 52 el muestreo intrasiesional fue también de observación focal, de un usuario cada vez pero como regla de registro se utilizó un registro activado focal por uno de los dos observadores en base al criterio de saliencia. Ambos observadores registraban el comportamiento del participante seleccionado por un observador. La regla de muestreo intersiesional se detalla en las figuras VI.3 y VI.4. En la siguiente tabla se puede observar la organización que se siguió en el muestreo intersiesional.

Tabla VI.2. Recuento y organización de las sesiones de observación por horas salas y centros.

Centro	Observador	Sesión	Hora	Actividad	Centro 1	Nº	Sala
Día 1	Centro 1	O1 + O2	Tarde	17:30-18:40	Inactividad	1	Centro1A
						2	Centro1B
						3	Centro1C
			Tarde	18:50-19:40	Cena	4	Centro1A
						5	Centro1B
						6	Centro1C
Día 2	Centro 1	O1 + O3	Mañana	10:30-11:30	Inactividad	1	Centro1C
						2	Centro1B
						3	Centro1A
			Mañana	11:30-12:30	Inactividad	4	Centro1B
						5	Centro1C
						6	Centro1A
			Mañana	12:30-13:30	Comida	7	Centro1A
						8	Centro1B
						9	Centro1C
Día 3	Centro 2	O1 + O4	Tarde	18:50-19:44	Inactividad	1	Centro2B
						2	Centro2A
						3	Centro2C
			Tarde	18:50-19:45	Inactividad	4	Centro2B
						5	Centro2C
						6	Centro2A
Día 4	Centro 2	O1 + O3	Mañana	10:50-11:20	Inactividad	1	Centro2A
						2	Centro2B
						3	NA
			Mañana	11:30-12:00	Actividad	4	Centro2B
						5	Centro2C
						6	Centro2A
			Mañana	12:50-13:55	Comida	7	Centro2B
						8	Centro2A
						9	Centro2C
Día 5	Centro 1	O1	Mañana	10:30-11:30	Inactividad	1	Centro1C
						2	Centro1A
						3	Centro1B
			Mañana	11:30-12:30	Inactividad	4	Centro1B
						5	Centro1C
						6	Centro1A
			Mañana	12:30-13:30	Pre-comida	7	Centro1A
						8	Centro1B
						9	Centro1C
			Mañana	13:30-14:30	Comida	10	Centro1C
						11	Centro1B
						12	Centro1A
			Tarde	15:00-16:00	Hora Punta	13	Centro1B
						14	Centro1C
						15	Centro1A
Día 6	Centro 2	O1	Mañana	11:10-12:00	Rosario	1	Centro2B
						2	Centro2A
						3	Centro2C
			Mañana	12:15-13:15	Precomida	4	Centro2C
						5	Centro2B
						6	Centro2A
			Mañana	13:15-14:15	Comida	7	Centro2A
						8	Centro2C
						9	UPSI B

Tabla VI.2. (continuación). Recuento y organización de las sesiones de observación por horas salas y centros.

Día	Centro	Observador	Sesión	Hora	Actividad	Centro 1	Nº	Sala			
Día 7	Centro 1	O1 + O2	Tarde	17:25-18:40	Inactividad	1	54	Centro1C			
						2	55	Centro1A			
						3	56	Centro1B			
			Tarde	18:30-19:30	Precena	4	57	Centro1B			
						5	58	Centro1C			
						6	59	Centro1A			
Día 8	Centro 1	O1 + O3	Mañana	10:00-11:00	Predesayuno	1	60	Centro1A			
						2	61	Centro1B			
						3	62	Centro1C			
			Mañana	11:00-12:25	Inactividad Posdeayuno	4	63	Centro1C			
						5	64	Centro1A			
						6	65	Centro1B			
			Mañana	12:30-13:25	Precomida	7	66	Centro1B			
						8	67	Centro1C			
						9	68	Centro1A			
			Mañana	13:30-14:15	Comida	10	69	Centro1B			
						11	70	Centro1C			
						12	71	Centro1A			
Día 9	Centro 1	O1 + O4	Tarde	17:00-18:05	Post Comida	1	72	Centro1A			
						2	73	Centro1B			
						3	74	Centro1C			
			Tarde	18:10-19:15	Precena	4	75	Centro1C			
						5	76	Centro1A			
						6	77	Centro1B			
Día 10	Centro 2	O1 + O3	Mañana	10:35-11:40	Post-desayuno	1	78	Centro2A			
						2	79	Centro2B			
						3	80	Centro2C			
			Mañana	12:00-13:05	Inactividad	4	81	Centro2C			
						5	82	Centro2A			
						6	83	Centro2B			
			Mañana	13:10-14:00	Comida	7	84	Centro2B			
						8	85	Centro2C			
						9	86	Centro2A			
Día 11	Centro 2	O1+O2	Tarde	16:00-17:00	Post Comida	1	87	Centro2A			
						2	88	Centro2B			
						3	89	Centro2C			
			Tarde	17:00-18:00	Precena	4	90	Centro2C			
						5	91	Centro2A			
						6	92	Centro2B			
Tarde	18:00-18:20	Precena	7	93	Centro2C						
			Día 12	Centro 2	O1+O2	Tarde	15:00-16:00	Post Comida	1	94	Centro2C
									2	95	Centro2A
3	96	Centro2B									
Tarde	16:00-17:00	Post Comida				4	97	Centro2B			
						5	98	Centro2C			
						6	99	Centro2A			

La 4ª y la 5ª sesión de observación durante la mañana del cuarto día no se registraron por disgregarse los grupos de observación para asistir al servicio religioso. Se realizó una observación asistemática de aquellos participantes que tomaron parte en el servicio, si bien el registro no se consignó por no poder mantenerse las características del resto de las observaciones.

Se observó durante 33 horas, repartidas en 99 sesiones de observación de 15 minutos durante 12 días. De las 99 sesiones observadas, 42 fueron por la mañana, 18 a

la hora de comer y 36 por la tarde, 3 sesiones no fueron consignadas para el registro por no cumplir los criterios de observación. En total se realizaron 1670 observaciones de las cuales se escogió la segunda parte de las observaciones interjueces una vez depurado el instrumento y el procedimiento de observación. Esta segunda ronda de observaciones consta de 686 observaciones las cuales fueron estudiadas para el análisis de concordancia. A la hora de realizar los análisis, los datos de la observación se disociaron de los datos personales identificables de la persona por medio de un código de manera que no se pudiera trazar la información de los usuarios referente a los datos personales. La descripción de las variables se hizo mediante porcentajes para variables categóricas. En variables cuantitativas se informó del máximo, mínimo, media (y mediana en caso de acusada asimetría en los datos) y desviación típica.

Se observaron las siguientes sesiones de inactividad, de actividad organizada y sesiones relacionadas con los servicios de comida (preparación y servicio de comida).

Tabla VI.3. Sesiones según tipo de actividad.

Tipo de actividad	Inactividad	Actividad	Desayuno	Comida	Cena
Horas observadas	16	2	1	10	7

En el siguiente cuadro se pueden observar el número de observaciones realizadas en cada ala de los centros.

Tabla VI.4. Sesiones por centro y sección.

Centro	Ala del centro		
	Ala 1	Ala 2	Ala 3
Centro 1	18	17	17
Centro 2	17	17	16

6.3 Análisis de datos

Se buscó hallar los índices de fiabilidad por medio de los índices de concordancia. Para estos, se utilizó el índice kappa (Cohen, 1960) directo o ponderado si las variables eran ordinales y el porcentaje de acuerdo como medidas complementarias del mismo fenómeno.

Análisis de datos de fiabilidad.

Existen varios procedimientos estadísticos por los que se puede estimar el acuerdo interjueces. Cada uno tiene diferentes potencialidades dependiendo de la

naturaleza de los datos: variables categóricas, ordinales o escalares, si alguna de las variables es una constante o si se busca estimar los acuerdos debidos al azar. Los más frecuentemente utilizados en observación son: el porcentaje de acuerdo, el coeficiente kappa de Cohen (Cohen, *op. cit.*) y el coeficiente de correlación intraclase (Fleiss y Cohen, 1973)

Dadas las características de las categorías de observación (tanto categóricas como ordinales y con diferente gradación de valores), como las debidas a la propia observación (registro constante de una variable, o no registro de ningún suceso durante la observación por al menos uno de los observadores), las pruebas estadísticas más utilizadas presentaban los siguientes problemas:

- El porcentaje de acuerdo no contempla los acuerdos producidos al azar.
- El coeficiente kappa de Cohen, no contempla la posibilidad de que una variable sea constante, siendo en éste caso el numerador igual a 0. Asimismo cuando los acuerdos se polarizan en uno de los valores de la variable, a pesar de que el porcentaje de acuerdo pueda ser alto, el kappa tiende a ser bajo (Feinstein y Cicchetti, 1990).
- El índice de correlación intraclase no se puede realizar para variables nominales, además presenta el mismo problema que el kappa con variables que son constantes.

Dada esta situación, en el presente estudio se optó por utilizar tres métodos complementarios de manera que se pudiera estimar la fiabilidad interjueces aprovechando las ventajas de cada procedimiento y minimizando las carencias de los mismos. Se utilizó el porcentaje de acuerdo como una estimación básica del acuerdo total alcanzado, el kappa de Cohen para las variables nominales y el kappa de Cohen ponderado para las categorías ordinales.

Con respecto a las variables de problemas de comportamiento se utilizó, además, una combinación de tabla de contingencia con una ponderación ad hoc para extraer un porcentaje de acuerdo. Para realizar la ponderación se utilizó un modelo con base en la ponderación de Cicchetti, otorgando valores proporcionales a los desacuerdos cercanos y eliminando la ponderación de los desacuerdos extremos. Con base en la justificación teórica, los acuerdos/desacuerdos en la categoría se evaluarían de esta manera.

1. Nivel 1. Acuerdo Completo: ambos observadores observan lo mismo.

2. Nivel 2. Acuerdo Relativo: ambos observadores observan la misma categoría con un nivel de diferencia de 1 grado (agresividad de intensidad alta vs. agresividad de intensidad media).
3. Nivel 3. Acuerdo Bajo: ambos observadores registran la misma categoría con un nivel de diferencia de 2 grados (agresividad de intensidad alta vs. agresividad de intensidad baja), o uno de los observadores registra una categoría a nivel bajo y el otro la registra como ausente.
4. Desacuerdo: uno de los observadores registra la categoría a nivel medio o alto y el otro la registra ausente.

Según se puede ver en la siguiente tabla, los acuerdos de la diagonal serían acuerdos completos ($n*1$), los que se encuentran a un nivel de distancia se considerarían acuerdos relativos ($n*0,66$), los que se encontrasen con dos niveles de diferencia o fueran registrados como ausente y presente de intensidad baja simultáneamente se considerarían acuerdos bajos ($n*0,33$) y los registros del problema a nivel medio y alto por un observador y ausente por otro se considerarían desacuerdo. En la esquina superior izquierda se encontrarían los acuerdos en la categoría por omisión, que se eliminan del análisis para evitar sobrevalorar el acuerdo.

Tabla VI.5. Muestra de la ponderación utilizada para las categorías ordinales.

Problema de conducta	Ausencia	Intensidad Baja	Intensidad Media	Intensidad Alta
Ausencia		0,33	Desacuerdo	Desacuerdo
Intensidad Baja	0,33	1	0,66	0,33
Intensidad Media	Desacuerdo	0,66	1	0,66
Intensidad Alta	Desacuerdo	0,33	0,66	1

Una vez obtenidas las puntuaciones, se utilizaría la fórmula estándar del porcentaje de acuerdo. Éste además, se obtuvo directamente de las medidas en general y para informar de aquellos casos en los que una variable fuera registrada como constante.

El primer cálculo realizado fue por medio de tablas de contingencia que ponían en relación cada categoría entre ambos observadores con todos los casos presentes durante la observación.

La fórmula de kappa no pudo ser aplicada en varias ocasiones debido a que una de las dos o las dos variables eran registradas como constantes.

Gran parte de los acuerdos en todas las categorías a excepción de las categorías relacionadas con el ambiente se daban por omisión (ambos observadores estaban de

acuerdo en cada observación sobre qué conductas no registrar) se realizó un análisis de concordancia exclusivamente sobre las emisiones. Para ello se seleccionaron para los análisis aquellos casos en los que al menos un observador registrase algún evento antecedente, comportamental o consecuente respectivamente. Las categorías se recodificaron por presencia/ausencia para poder comparar, en caso de que hubiera existido un registro por al menos uno de los dos observadores, la aparición de la categoría. El acuerdo interjueces fue evaluado igualmente por cada categoría: por medio de kappa si la variable era categórica y por medio de kappa ponderado con asignación cuadrática a los valores si era una variable ordinal.

Para calcular el kappa de Cohen se utilizó el software de análisis estadístico SPSS versión 15 y para el kappa ponderado se utilizó el programa de análisis estadístico gratuito EPIDAT V.4.0., dado que el SPSS presenta problemas para realizar tablas de contingencia no cuadradas y no permite realizar el kappa ponderado.

Análisis de datos de validez.

Dadas las características del presente instrumento y la ausencia de instrumentos similares la comparación entre instrumentos se realizó por medio de la transformación de las puntuaciones del instrumento para facilitar cierta comparabilidad con otros instrumentos escalares. Se crearon dos variables de medida acumulativa de la escala: una medida total de frecuencia a lo largo de 7 observaciones (el número máximo común de observaciones que recibieron todos los usuarios) y una medida de acumulación ordinal del total de frecuencia y el total de intensidad (ejemplo: 7 registros de intensidad 2 indicarían una puntuación de 14). Estas variables se correlacionaron con el NPI para establecer un indicador de validez.

Por otro lado se usaron las variables creadas para establecer diferencias de medias entre ambos centros. Los análisis estadísticos se realizaron por medio de la correlación rho de Spearman para la comparación con el NPI y por medio de una prueba u de Mann para ver la diferencia de medias entre los centros.

6.4 Resultados

Resultados relacionados con el sub objetivo 1: Desarrollo del sistema de categorías de observación.

Se desarrollo un el instrumento de observación a denominar: Dementia Categorization Recording Observational System (D-CROS). Se obtuvieron 10 categorías de respuesta problema, 13 categorías antecedentes y 13 consecuentes y 1 categoría ambiental. Las categorías antecedentes y consecuentes como parte del ambiente tienen la misma definición, salvo que unas se relación por anteceder a la respuesta del usuario y las otras por ser consecuentes a esta. Las categorías antecedentes/consecuentes se dividen en Personal (6 de verbalizaciones y 5 de contacto físico) y del propio usuario (Dolor y Emoción). En este apartado se muestran las categorías finales como resultado del desarrollo del instrumento (anexo 1). Se distribuyen por A,B y C siguiendo el modelo secuencial de antecedentes (A), respuesta problema (B) y consecuentes (C), organizándose para la presentación en A y C, por un lado y B, por otro dada su morfología.

A y C) Antecedentes/Consecuentes

1. Personal (Profesional, Familiar, Usuario, Otros)

1.1. Verbalización

1. Directiva
2. Agresiva
3. Afectuosa
4. Neutra
5. Bromista
6. Retirada de contacto verbal

1.2. Contacto físico

1. Directiva
2. Agresiva
3. Afectuosa
4. Acercamiento
5. Retirada de contacto físico

2. Usuario

2.1. Dolor

- a) Alto
- b) Bajo
- c) Nulo (por defecto, no se registra)

2.2. Aspecto emocional

- a) Positivo
- b) Negativo
- c) Neutral (por defecto, no se registra)

B) Problemas de conducta.

1. Agresividad Física (Intensidad Alta, Media, Baja / Duración / Disrupción)
2. Agresividad Verbal (Intensidad Alta, Media, Baja / Duración / Disrupción)
3. Alteración Motora (Intensidad Alta, Media, Baja / Duración / Disrupción)
4. Alteración Verbal (Intensidad Alta, Media, Baja / Duración / Disrupción)
5. Deambulación (Duración / Disrupción)
6. Ansiedad (Intensidad Alta, Media, Baja / Duración / Disrupción)
7. Tristeza (Intensidad Alta, Media, Baja / Duración / Disrupción)
8. Apatía (Duración / Disrupción)
9. Conducta antisocial (Intensidad Alta, Media, Baja / Duración / Disrupción)
10. Confusión (Duración / Disrupción)

PROBLEMAS DE CONDUCTA

Tabla VI.6. Acrónimos de las categorías de registro.

1.	Agresividad Física	AgF
2.	Agresividad Verbal	AgV
3.	Alteración Motora	AIM
4.	Alteración Verbal	AIV
5.	Deambulación	De
6.	Ansiedad	An
7.	Tristeza	Tr
8.	Apatía	Ap
9.	Conducta antisocial	CA
10.	Confusión	Co

Definición de las conductas problema:

1. Agresividad Física (AF): Agredir físicamente. Se define como aquella ejecución motora del sujeto observado efectuada contra un objeto y/o persona con un aumento súbito de la intensidad muscular y velocidad, habrá de estar acompañado con gesto de enfado y/o de la categoría de la agresividad verbal. Se registrará independientemente de los medios utilizados. (Ejemplos: dar un puñetazo, patada, arañar, empujar, tirar un objeto a otra persona, tirar un objeto al suelo, retorcerse, etc.).

Ejemplos excluyentes (no se registrarían como trastorno): levantar el brazo en amenaza o golpear a alguien por accidente.

(AgF) Intensidad		
Baja	Media	Alta
La ejecución no va orientada a ningún objeto en particular.	La ejecución va orientada hacia un objeto. Tirar una cuchara al suelo.	La ejecución va orientada hacia una persona o uno mismo.

2. Agresividad Verbal (AV): Agredir verbalmente. Se define como la verbalización inteligible de descalificaciones, insultos, amenazas o blasfemias independientemente de si van dirigidas a otra persona o son pronunciadas en volumen alto. (“gilipollas”, “me cagüendios”, “ya está esta imbécil...”, “joder”, “mierda”, “¡qué no como!”etc.).

Ejemplos excluyentes: responder en alto a una pregunta o gritar el nombre de alguien.

(AgV) Intensidad		
Baja	Media	Alta
Levantar el tono de voz con enfado o sarcasmo, sin utilizar palabras malsonantes.	Proferir amenazas gestuales, insultos dirigidos o blasfemias o en un tono medio de voz.	Proferir insultos, amenazas, blasfemias en voz alta, gritando, de modo súbito o continuado.

3. Alteración Motora (AIM): Moverse sin finalidad. Se define como: realizar movimientos sin funcionalidad aparente definida. (Ejemplos son: gestos repetitivos de las manos como en bucle, levantarse y sentarse, acunarse, bruxismo, etc.).

Ejemplos excluyentes: levantarse y andar, rascarse o limpiarse menos de 5 segundos, girar la cabeza ante un sonido súbito.

(AIM) Intensidad		
Baja	Media	Alta
Gestos cortos con una mano o pie. Sin movimiento ni desplazamiento del tronco.	Gestos amplios de miembros superiores o/e inferiores sin desplazamiento del tronco.	Movimientos amplios de miembros superiores o que impliquen desplazamiento del tronco.

4. Alteración Verbal (AIV): Vocalizar sin finalidad. Se define como: aquella vocalización audible por el observador con sentido o sin sentido, realizada repetitivamente por el sujeto observado que no esté orientada a una persona. (Ejemplos: ecolalia, musitar, mover los labios en vocalización sin emitir sonido, hacer ruidos guturales, gritar repetidamente, “oye, oye, oye, oye”, etc.).

Ejemplos excluyentes: llamar la atención a una auxiliar, desarrollar una conversación tipo Wernicke (habla incoherente, sin sentido o parafásica).

(AIV) Intensidad		
Baja	Media	Alta
Sonidos bajos emitidos de manera ininteligible a un nivel de voz inferior al de una conversación normal.	Vocalizaciones sin sentido o con sentido "tipo mantra" (repetición de rezos) pronunciados a nivel de conversación. Peticiónes de atención repetidas.	Vocalizaciones sin sentido o con sentido pronunciadas en voz alta sin agresividad.

5. **Deambulaci3n (D):** Deambular. Se define como dar pasos o andar sin realizar acciones intermedias. (Ejemplo: La persona que se levanta se dirige hacia la puerta del m3dulo vuelve al asiento se gira y vuelve a realizar el mismo trayecto durante m3s de 2 minutos). En la deambulaci3n el par3metro intensidad se mide por medio de la duraci3n.

Ejemplos excluyentes: la persona se levanta y se dirige a una ventana por la que mirar a trav3s.

6. **Ansiedad/miedo(Ans):** Expresar facial, verbal o f3sicamente preocupaci3n o miedo. Se define como la expresi3n verbal, facial o f3sica de ansiedad. (Ejemplo: La persona reacciona bruscamente ante un ruido, trata de agarrar a la persona con gesto asustado, grita ;No! con gesto de miedo, etc.).

Ejemplos excluyentes: gritar con ira.

(An) Intensidad		
Baja	Media	Alta
Gesto de preocupaci3n puntual.	Gesto de preocupaci3n mantenido y movimientos de orientaci3n de la cabeza. Expresar verbalmente preocupaci3n o necesidad de realizar una tarea: "tengo que irme", "me est3 esperando mi hija", "no s3 d3nde dormir"	Gesto de preocupaci3n mantenido, movimientos de orientaci3n de la cabeza, peticiones de atenci3n repetidas verbal o gestualmente y cambios posturales. Expresar miedo o preocupaci3n en alto grado "tengo mucho miedo".

7. **Tristeza/llanto (T):** Llorar o compungirse. Se define como la expresi3n facial relacionada con tristeza acompa1ada o no de llanto. (Ejemplo: La persona llora, tiene el gesto triste, parece que llora pero sin lagrimear).

Ejemplos excluyentes: no se registrar3a por ejemplo el lagrimeo si no se diera el gesto entristecido.

(Tr) Intensidad

Baja	Media	Alta
Gesto de tristeza.	Gesto de tristeza y llanto silencioso.	Gesto de tristeza y llanto desconsolado.

8. **Apatía (Ap)**: No reaccionar a estímulos. Se define como la no orientación ante los estímulos ambientales (Ejemplo: la persona que está sentada vuelta de espaldas con la vista perdida en el vacío. En la apatía se registra solamente la duración.

Ejemplos excluyentes: No se registraría ver la televisión o dormir.

9. **Conducta antisocial (CA)**: Actuar de modo antisocial. Se define como cualquier conducta instrumental orientada hacia un estímulo que es considerada inadecuada por la comunidad social. (Ejemplo: comer con las manos, realizar conductas sexuales en público, conductas antihigiénicas, orinar en público).

(CA) Intensidad		
Baja	Media	Alta
Conductas antihigiénicas, hurgarse la nariz u orejas o boca, comer acompañándose de las manos en platos de cubierto, jugar con la comida.	Comer exclusivamente con las manos un plato de cubiertos, tocarse los genitales por encima de la ropa repetidamente, abrazar a desconocidos, enseñar la comida de la boca.	Untarse en comida u otros restos orgánicos, masturbarse u orinar en público, desnudarse, etc.

10. **Confusión(C)**: Actuar operativamente de modo erróneo. Realizar una conducta operante ante un estímulo que normalmente no la elicitaría. Dar impresión de estar delirando o teniendo alucinaciones (Ejemplo: Coger un teléfono que no suena, aparentar coger la sombra de uno, ofrecer algo inexistente, mantener una conversación con un objeto, secuencias cortas de verbalizaciones acompañadas de gesticulación, preguntar algo sin sentido etc.) No se registraría intensidad.

Ejemplos excluyentes: Verbalizaciones inteligibles mirando al tendido (lista de la compra mirando al tendido, alteración verbal).

Definición de los parámetros de las conductas problema:

1. **Intensidad**: En la casilla de registro de la conducta problema se registrará la intensidad de la conducta como Baja/Media/Alta según la gradación en la que se encuentre el problema con respecto a las definiciones ofrecidas en el anterior apartado.

2. **Disrupción**: En la casilla de disrupción se registrará la gradación del efecto que la conducta del usuario tenga en el ambiente físico y social.

1. Nulo (Por defecto, no se registraría): Si la conducta del usuario no ha tenido efecto en el ambiente inmediato.
2. Bajo (B): Si la conducta del usuario ha recibido atención visual por parte de algún profesional u otro usuario.
3. Medio (M): Si la conducta del usuario ha recibido atención física o verbal por parte de algún profesional o usuario, o ha causado algún deterioro en el ambiente.
4. Alto: (A): Si la conducta del usuario ha recibido atención física o verbal de alta intensidad (gritos de un profesional, restricción, reducción o bloqueo físico por fuerza).

3. **Duración:** Se registrará la estimación de la duración de la conducta problema con respecto a la parte de la observación que ha durado la observación. Esta estimación se multiplicaría por el tiempo empleado en la observación.

1. Puntual (<1/4)
2. Parte de la observación (1/4)
3. La mitad de la observación (1/2)
4. Casi toda la observación (3/4)
5. Toda la observación (4/4)

ANTECEDENTES Y CONSECUENTES

En esta sección se definen las características de las categorías antecedentes y consecuentes:

Tabla VI.7. Acrónimos de las categorías antecedentes y consecuentes

Personal					
Profesional (Pro), Familiar (Fam), otros Usuarios (Usu), Otros (Otr)					
Contacto Verbal			Contacto Físico		
1.	Directiva	Di	1.	Directivo	Di
2.	Agresiva	Ag	2.	Agresivo	Ag
3.	Afectuosa	Af	3.	Afectuoso	Af
4.	Neutra	N	4.	Acercamiento	Ac
5.	Bromista	Br	5.	Retirada de contacto físico	Re
6.	Retirada de contacto verbal	Re			

Definición de los antecedentes y consecuentes Personales según el actor:

1. **Profesional (Pro):** Cualquier profesional del centro de corte asistencial: auxiliar, enfermero, médico.

2. **Familiar (Fam):** Persona de visita no trabajador en el centro.
3. **Otros Usuarios (Usu):** Otros usuarios del centro tanto en regimen de día, noche o residencial.
4. **Otros (Otr):** los propios observadores, voluntarios en el centro, personal de limpieza y catering.

Definición de los antecedentes y consecuentes Personales-Verbales:

1. **Directiva (Di):** Cualquier vocalización que implique instrucción u orden a una persona (cállate, siéntate, vete ahí, etc.)
2. **Agresiva (Ag):** Cualquier vocalización que implique insultos, sarcasmo, maldiciones y blasfemias.
3. **Afectuosa (Af):** Cualquier vocalización que implique reconocimiento y afecto (muy bien, bien, cariño, mi amor, etc.).
4. **Neutra (Ne):** Cualquier vocalización de contenido informativo y/o emocionalmente neutro (hoy es 7 de septiembre, ahora vamos, en seguida te atiendo, la comida está caliente)
5. **Bromista (Br):** Cualquier vocalización jocosa independientemente de su efecto en el interlocutor (chistes, bromas, burla o sarcasmo).
6. **Retirada de contacto verbal (Re):** Establecida la interacción verbal en una conversación previamente retirarlo de modo súbito interrumpiendo contacto verbal y visual (procedimiento de extinción).

Definición de los antecedentes y consecuentes Personales-Físicos:

1. **Directivo (Di):** Cualquier conducta motora que implique dirigir a la otra persona hacia un objetivo (levantar a una persona, llevarla al baño, sentarla, desnudarla para acciones higiénicas, servir de apoyo al andar, colocar las piernas en la silla, etc.)
2. **Agresivo (Ag):** Cualquier conducta motora efectuada de modo súbito encaminada a realizar daño a una persona u objeto.
3. **Afectuoso (Af):** Cualquier conducta motora relacionada con despliegue afectivo (caricias, besos, abrazos, etc.).
4. **Acercamiento (Ac):** Cualquier conducta motora de acercamiento hacia el usuario sin llegar a completar contacto físico.

5. **Retirada de contacto físico (Re):** Establecido el contacto físico previamente retirarlo de modo súbito interrumpiendo contacto físico y visual.

Resultados relacionados con el sub objetivo 2: Probar la aplicabilidad del instrumento en el entorno residencial.

Según las reglas de aplicabilidad establecidas durante el diseño:

- El sistema fue usable tanto por un usuario como por dos usuarios simultáneamente sin interferir en el funcionamiento del centro con sólo una hora de formación.
- El instrumento se aplicó en 6 salas diferentes en 2 centros. En las salas había desde 4 hasta 17 personas. Se llevaron a cabo 1670 observaciones de 30 segundos por usuario.
- El instrumento permitió registrar los problemas de comportamiento de los usuarios de los centros.
- El instrumento fue eficiente pudiendo administrarse en 15 minutos y obtener una muestra representativa del comportamiento de los participantes en esa franja del día.
- El instrumento fue aplicable desde la prueba piloto y se pudo utilizar sin interferir en el funcionamiento del centro. Se realizaron un total de 96 situaciones de observación de las cuales sólo 3 observaciones no se pudieron realizar por no ser posible el establecimiento del escenario de observación debido a una actividad pautada en el centro. El uso del instrumento fue posible en un 96,87% de las ocasiones.

Resultados relacionados con el objetivo 3: Desarrollar un instrumento fiable.

En las siguientes tablas se presentan los datos obtenidos con respecto a la concordancia interjueces, en la segunda vuelta de observaciones tras depurar el instrumento. Las comparaciones del grado de acuerdo se realizaron sobre las 686 observaciones que compusieron esta segunda vuelta realizadas por los diferentes observadores. Se realizaron 3 análisis de fiabilidad interjueces para ofrecer diferentes puntos de vista sobre la fiabilidad de más general a más específico.

Se presentan tres tablas separadas según la diferenciación establecida según los tres bloques de categorías de la secuencia conductual: antecedentes, problema y consecuentes. Se presenta el porcentaje de acuerdos establecidos por omisión (aquellas coincidencias debidas a la ausencia de registro de la categoría por parte de ambos observadores) y por emisión (aquellas coincidencias debidas a la existencia de al menos un acuerdo en el registro de la categoría). En la última columna se puede observar el porcentaje de acuerdo promedio a lo largo de las sesiones de observación.

Tabla VI.8. Acuerdos interjueces en las categorías antecedentes.

Antecedentes	%	Kappa	Omisión %	Emisión %
Verbal				
1 Directivo	99,27	0,569	99,27	0,29
2 Agresivo	100	NA	100,00	0,00
3 Afectuoso	99,71	0,728	99,71	0,15
4 Neutro	98,98	0,598	98,98	0,44
5 Bromista	99,71	0,666	99,71	0,15
6 Retirada	100	NA	100,00	0,00
Contacto físico				
7 Acercamiento	100	0,604	100,00	0,00
8 Directivo	97,67	,798	97,67	1,02
9 Agresivo	99,85	NA	99,85	0,00
10 Afectuoso	99,56	0,799	99,56	0,29
11 Retirada	100	NA	100,00	0,00
Condicionantes				
12 Dolor	97,96	NA	97,96	0,00
13 Emocional	100	NA	100,00	0,00

Todos los valores de kappa se corresponden con una significatividad de 0,000

NA: El kappa no se puede calcular.

Según la tabla anterior se puede observar un acuerdo porcentaje de acuerdo medio de las categorías de 99,61%, con gran parte de los acuerdos obtenidos por omisión (99,44% en contraposición a 0,66% obtenidos por emisión).

Tabla VI.9. Acuerdos interjueces en las categorías Consecuentes.

Consecuentes	%	Kappa	Omisión %	Emisión %
Verbal				
1 Directivo	96,94	0,508	96,94	1,02
2 Agresivo	99,71	0,666	99,71	0,15
3 Afectuoso	98,54	0,568	98,54	0,58
4 Neutro	99,27	0,749	99,27	0,44
5 Bromista	99,85	1	99,85	0,15
6 Retirada	99,71	1	99,71	0,15
Contacto físico				
7 Acercamiento	99,42	0,399	99,42	0,15
8 Directivo	98,4	0,423	98,40	0,44
9 Agresivo	100	NA	100,00	0,00
10 Afectuoso	98,98	0,247	98,98	0,15
11 Retirada	99,56	0,499	99,56	0,15
Condicionantes				
12 Dolor	99,71	0,662	99,71	0,15
13 Emocional	99,56	0,499	99,56	0,15

Todos los valores de kappa se corresponden con una significatividad de 0,000

NA: El kappa no se puede calcular.

Según la tabla anterior se puede observar un porcentaje de acuerdo medio de las categorías de 99,48%, con gran parte de los acuerdos obtenidos por omisión (99,2% en contraposición a 0,8% obtenidos por emisión).

Tabla VI.10. Acuerdos interjueces en las categorías Problema.

Problemas de comportamiento	%	Kappa	Omisión %	Emisión %
14 Agresividad Física	100	1	99,56	0,44
15 Agresividad Verbal	97,81	0,63	95,77	2,04
16 Alteración Motora	92,42	0,706	83,53	8,89
17 Alteración Verbal	94,75	0,766	89,65	5,10
18 Deambulacion	99,56	0,912	97,23	2,33
19 Tristeza	98,83	1	98,10	0,73
20 Ansiedad	98,83	0,641	98,10	0,73
21 Apatía	95,34	0,667	90,09	5,25
22 C. Antisocial	98,83	0,475	98,10	0,73
23 Confusión	96,79	0,604	94,17	2,62
Parámetros				
12 Disrupción	96,21	0,405	95,19	1,02
13 Duración	75,07	0,776	58,16	16,91

Todos los valores de kappa se corresponden con una significatividad de 0,000

NA: El kappa no se puede calcular.

Con respecto a los problemas de comportamiento, en la tabla anterior se puede observar un porcentaje de acuerdo promedio de las categorías de 95,37%, con gran parte de los acuerdos obtenidos por omisión (91,47% en contraposición a 3,9% obtenidos por emisión), a diferencia de los parámetros de la conducta disruptiva y duración cuyo promedio de acuerdo es de 85,64%, promedio por omisión igual a 76,68% y por emisión igual a 8,97%. En la tabla inferior se observa el acuerdo interjueces de las categorías de definición del ambiente. El porcentaje de acuerdo promedio es 79,37%, 25,44% por omisión y 53,94 por emisión.

Tabla VI.11. Acuerdos interjueces en las categorías de registro del contexto y ambiente.

	Emisión n	Omisió n	Desacuerd o	% 77,5	Kappa a	Omisió n %	Emisió n %
12 Ambiente1	513	19	155	5	0,479	2,77	74,78
13 Ambiente2	227	330	129	81,2	0,609	48,10	33,09

Todos los valores de kappa se corresponden con una significatividad de 0,000

El grado de acuerdo obtenido por medio de las tablas de contingencia se encuentra asociado a niveles de significación estadística menor de 0,01 establecido por medio del coeficiente kappa de Cohen, por lo que se puede rechazar la hipótesis de que el grado de acuerdo en general es debido al azar.

Tabla VI.12. Resumen del acuerdo obtenido por grupos de categorías.

	Kappa promedio	% acuerdo promedio
Antecedentes	0,751	99,44
Conducta problema	0,740	95,37
Consecuentes	0,610	99,20
Parámetros	0,591	85,64

El porcentaje de acuerdo oscila entre 75,07% en la categoría Disruptiva y 100% en varias categorías (Antecedente Verbal Agresivo, Retirada de Contacto Físico y Verbal, Antecedente Emocional, Consecuente de Contacto Físico Agresivo y Problema de Agresividad). Los valores promedio obtenidos en las comparaciones en las que se obtuvo el kappa muestran mayor variabilidad (entre 0,247 y 1). Dada esta situación, los análisis se segmentaron por cada observador con el fin de observar si las observaciones de los jueces eran homogéneas o diferían entre sí. Los resultados se pueden observar a continuación.

Tabla VI.13. Concordancia por observador, cuando al menos hay un registro de una categoría antecedente verbal por parte de un observador.

Antecedentes		Obs 1	Obs 2	Obs 3	Promedio
	%	88,89	95,83	83,33	89,35
Directivo	K	0,727	NA	NA	0,73
	Sig.	0,023	NA	NA	0,02
	%	100	100,00	100	100,00
Agresivo	K	NA	NA	NA	NA
	Sig.	NA	NA	NA	NA
	%	88,89	100,00	100,00	96,30
Afectuoso	K	NA	0,042	NA	0,04
	Sig.	NA	NA	NA	NA
	%	100,00	87,50	83,3	90,28
Neutro	K	1,000	0,042	0,571	0,54
	Sig.	0		0,121	0,06
	%	88,89	100	100	96,30
Bromista	K	0,609	NA	NA	0,61
	Sig.	0,047	NA	NA	0,05

Tabla VI.14. Concordancia por observador, cuando al menos hay un registro de una categoría antecedente verbal por parte de un observador (continuación).

	%	100	100,00	100	100,00
Retirada	K	NA	NA	NA	NA
	Sig.	NA	NA	NA	NA

Tabla VI.15. Concordancia por observador, cuando al menos hay un registro de una categoría antecedente motora por parte de un observador

Antecedentes		Obs 1	Obs 2	Obs 3	Promedio
M.	%	88,89	70,83	83,33	81,02
Acercamiento	K	0,609	0,364	0,571	0,514
	Sig.	0,047	0,074	0,121	0,080
	%	100,00	95,83	83,33	93,06
Directivo	K	1	0,647	NA	0,823
	Sig.	0,003	0,001	NA	0,00
	%	100	95,83	100	98,61
Agresivo	K	NA	NA	NA	NA
	Sig.	NA	NA	NA	NA
	%	100,00	91,67	83,33	91,67
Afectuoso	K	1	NA	NA	1
	Sig.	0	NA	NA	0,00
	%	100	100,00	100	100,00
Retirada	K	NA	NA	NA	NA
	Sig.	NA	NA	NA	NA

Antecedentes		Obs 1	Obs 2	Obs 3	Promedio
Dolor	%	100,00	91,67	100,00	97,22
	K	NA	-0,430	NA	-0,43
	Sig.	NA	0,831	NA	0,831
Emoción	%	100,00	41,67	100,00	80,56
	K	NA	-0,167	NA	-0,167
	Sig.	NA	0,14	NA	0,14

Tabla VI.16. Concordancia por observador, cuando al menos hay un registro de una categoría consecuente verbal por parte de un observador.

		Obs 1	Obs 2	Obs 3	Promedio
Directivo	%	71,43	68,18	66,67	68,76
	K	0,44	0,15	0,33	0,31
	Sig.	0,86	0,467	0,263	0,53
Agresivo	%	100	95,45	100	98,48
	K	1	0,645	1	0,88
	Sig.	0	0,01	0	0,00
Afectuoso	%	100	72,73	100	90,91
	K	1	0,34	1	0,78
	Sig.	0	0,76	0	0,25
Neutro	%	100	95,5	83,3	92,93
	K	1	0,645	0,571	0,74
	Sig.	0	0,001	0,21	0,07
Bromista	%	100	100	100	100,00
	K	1	1	1	1,00
	Sig.	0	0	0	0,00
Retirada	%	100	95,45	100	98,48
	K	1	NA	1	1,00
	Sig.	0	NA	0	0,00

Tabla VI.17. Concordancia por observador, cuando al menos hay un registro de una categoría consecuente motora por parte de un observador.

Consecuentes		Obs 1	Obs 2	Obs 3	Promedio
M.	%	92,86	95,45	83,33	90,55
Acercamiento	K	0,632	NA	NA	0,632
	Sig.	0,011	NA	NA	0,011
	%	64,29	95,45	66,67	75,47
Directivo	K	0,054	0,645	0,333	0,344
	Sig.	0,837	0,001	0,237	0,36
	%	100	100	100	100
Agresivo	K	NA	NA	NA	NA
	Sig.	NA	NA	NA	NA
	%	92,86	90,91	83,33	89,03
Afectuoso	K	NA	-0,48	NA	-0,48
	Sig.	NA	0,823	NA	0,82
	%	1	90,91	1	30,97
Retirada	K	NA	0,463	NA	0,463
	Sig.	NA	0,01	NA	0,01

Tabla VI.18. Concordancia por observador, cuando al menos hay un registro de una categoría consecuente motora por parte de un observador.

Consecuentes		Obs 1	Obs 2	Obs 3	Promedio
Dolor	%	100,00	100,00	100,00	100,00
	K	NA	NA	NA	NA
	Sig.	NA	NA	NA	NA
Emoción	%	100,00	100,00	100,00	100,00
	K	1	1	1	1
	Sig.	0	0	0,014	0,00

Tabla VI.19. Concordancia por observador, cuando al menos hay un registro de una categoría consecuente motora por parte de un observador.

Contexto		Obs 1	Obs 2	Obs 3	Promedio
Ambiente1	%	80,51	78,32	63,64	74,16
	K	0,145	0,665	NA	0,405
	Sig.	0,001	0,000	NA	0,0005
Ambiente2	%	80,13	88,46	75,00	81,20
	K	0,596	0,777	0,295	0,556
	Sig.	0	0	0	0,00

En la tabla anterior se puede observar que los porcentajes de acuerdo oscilan entre 30,97% de promedio y 100. Con respecto a los diferentes observadores se puede

observar que hay diferencias en el porcentaje de acuerdo observado así como en el número de registros.

Tabla VI.20. Porcentaje de acuerdo promedio por cada observador.

Promedio	Obs. 1	Obs. 2	Obs. 3
Total	95,27	87,54	89,13

Con respecto a los problemas de comportamiento se realizó un último análisis por cada categoría. Se realizaron tablas de contingencia con una ponderación desarrollada ad hoc para representar el tamaño del acuerdo/desacuerdo de una manera más precisa, eliminando los posibles acuerdos obtenidos por omisión y ofreciendo así un porcentaje de acuerdo más ajustado a la realidad de la observación.

Tabla VI.21. Porcentaje de acuerdo acorde con la ponderación ad hoc y eliminados los acuerdos por omisión.

Conducta problema	%
Agresividad Física	100
Agresividad Verbal	65,27
Alteración Motora	76,6
Alteración Verbal	67,51
Tristeza	83
Ansiedad	58,17
Conducta Antisocial	54,45
Disrupción	41,20
Duración*	,7730

**En el caso de Duración se realiza una prueba simple para obtener el kappa ponderado con peso cuadrático acorde con el mayor número de categorías.*

Según los anteriores análisis, se presenta un resumen de los indicadores de fiabilidad.

Tabla VI.20. Resumen de porcentaje de acuerdo y kappa en antecedentes y consecuentes.

Antecedentes	% P1	% P2	K1	K2	Consecuentes	% P1	% P2	K1	K2
<u>Verbal</u>					<u>Verbal</u>				
Directivo	✓	✓	✓	✓	Directivo	✓			
Agresivo	✓	✓	✓	✓	Agresivo	✓	✓	✓	✓
Afectuoso	✓	✓	✓		Afectuoso	✓	✓		✓
Neutro	✓	✓	✓		Neutro	✓	✓	✓	✓
Bromista	✓	✓	✓	✓	Bromista	✓	✓		✓
Retirada	✓	✓	✓	✓	Retirada	✓	✓		✓
<u>Contacto físico</u>					<u>Contacto físico</u>				
Acercamiento	✓	✓	✓		Acercamiento	✓	✓		✓
Directivo	✓	✓	✓	✓	Directivo	✓	✓		
Agresivo	✓	✓	✓	✓	Agresivo	✓	✓		✓
Afectuoso	✓	✓	✓	✓	Afectuoso	✓	✓		
Retirada	✓	✓	✓	✓	Retirada	✓	✓		
<u>Condicionantes</u>					<u>Condicionantes</u>				
Dolor	✓	✓	✓		Dolor	✓	✓	✓	✓
Emocional	✓	✓	✓		Emocional	✓	✓		✓

Tabla VI.21. Resumen de porcentaje de acuerdo y kappa en respuestas problema.

Problemas de comportamiento	% P1 (>70%)	K1 (>,06)	% P2 (>70%)
Agresividad Física	✓	✓	✓
Agresividad Verbal	✓	✓	
Alteración Motora	✓	✓	✓
Alteración Verbal	✓	✓	
Deambulación	✓	✓	NA
Tristeza	✓	✓	NA
Ansiedad	✓	✓	
Apatía	✓	✓	NA
C. Antisocial	✓		
Confusión	✓	✓	NA
<u>Parámetros</u>			
Disrupción	✓		
Duración	✓	✓	✓
<u>Ambiente</u>			
Ambiente1	✓		✓
Ambiente2	✓		✓

Teniendo en cuenta que los valores óptimos establecidos en la literatura (Bakeman y Gottman, 1997; Bakeman, McArthur, Quera, y Robinson, 1997; Landis y Koch, 1977;

Nunnally y Bernstein, 1994) caracteriza los kappa como correctos (0,4 - 0,6), buenos (0,6 - 0,75) y excelentes (0,75 – 1) en las tablas anteriores podemos ver un recuento de aquellas pruebas en las que las categorías han sido registradas simultáneamente de manera fiable.

Resultados relacionados con el objetivo 4: Desarrollar un instrumento válido.

Los análisis mostraron que existía una correlación positiva y significativa entre la frecuencia establecida en el NPI y la variable de acumulación de frecuencia e intensidad del instrumento de registro observada a lo largo de las sesiones de observación ($p = 232$; $p = 0,041$).

Asimismo se se observó que existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos compuestos por la residencia A y la residencia B en la frecuencia de problemas de conducta, al igual que existían diferencias entre otras variables.

Tabla VI.22. Características clínicas de la muestra dividida por centros.

	Centro 1			Centro 2		
	M	DT	Rango	M	DT	Rango
Inventario neuropsiquiátrico (NPI)	18,14	16,99	0-83	8,50	8,60	0-31
Min examen cognoscitivo (MEC)	4,35	7,43	0-23	8,33	9,26	0-35
Escala Barthel de Funcionalidad	32,51	27,23	0-93	36,25	31,92	0-100
Escala Hamilton de Ansiedad	11,27	4,66	2-22	3,89	4,28	0-16
Escala Cornell de Depresión	7,32	5,02	0-21	-	-	-

Se pudieron obtener las puntuaciones de un alto porcentaje de los usuarios (90-93%) con excepción de la escala Cornell de depresión en el centro 2, la cual no se pudo obtener por no encontrarse entre los protocolos de evaluación de los usuarios. Todos los participantes se encontraban en estadios 4-7 de GDS/Fast con la excepción de dos usuarios con trastorno psiquiátrico anterior al envejecimiento. Se puede observar que los centros difieren estadísticamente en varias variables. En ambos casos, los usuarios mostraron un perfil de deterioro cognitivo grave, alta dependencia, un patrón moderado de problemas conductuales y el centro 1 tendría una media por encima de la puntuación de corte en depresión evaluada por medio de la escala de Hamilton. Se puede observar que el centro n° 1 tiene un perfil más deteriorado, con mayores problemas de conducta según el NPI, menor nivel cognitivo según el MEC, mayor ansiedad experimentada y una capacidad funcional similar. De acuerdo con los datos se encontraron diferencias significativas en: MEC ($t = -2,119$; $p = 0,037$), Hamilton ($t = 7,304$; $p = 0,000$) y NPI (t

= 3,218 y $p = 0,002$). Mostrando que el centro 1 tenía un perfil de usuario más deteriorado a nivel cognitivo, con mayor depresión y problemas de conducta, pero similar capacidad funcional.

En esta situación se compararon también las medidas de frecuencia obtenidas en el instrumento de registro, observándose que existían también diferencias entre los centros, existiendo una mayor frecuencia en problemas de conducta en el centro 1 ($u = 579,5$; $p = 0,008$).

6.5 *Discusión*

La traducción de los objetivos en comportamientos observables es, probablemente, la labor más crucial en un proceso de observación altamente estructurada (Hernández, 2004). En las secciones anteriores se ha descrito el proceso de creación de un instrumento observacional de los problemas de comportamiento, siguiendo un procedimiento de elaboración teórica, operativización, puesta en práctica, evaluación y discusión y depuración de las categorías. Cada ciclo que se realice influirá sobre la fiabilidad y validez del instrumento. Para desarrollar un instrumento fiable en el estudio se depuraron las categorías y se entrenó a 3 observadores diferentes, de manera que la posibilidad de un sesgo indeseable entre jueces se minimizase. De acuerdo con Bakeman y Gottman (1997) los resultados obtenidos en kappa por sí mismos no nos permiten afirmar a priori si el valor es alto, moderado o bajo puesto que depende, fundamentalmente, de tres factores: a) el número de categorías que constituyen el sistema de codificación, algo perfectamente identificable en cada estudio particular; b) la variabilidad de la probabilidad de ocurrencia de las categorías, lo que en la práctica se puede estimar a partir del cálculo de la proporción de ocurrencia de cada categoría sobre el total de eventos registrados; y c) el grado de precisión de los observadores, un valor teórico desconocido que sólo podríamos obtener si fuera posible comparar el registro de cada juez falible con el de un observador “perfecto”. Los resultados obtenidos nos permiten ver que el rango de acuerdo entre observadores varía, aunque alcanzando acuerdos que a grandes rasgos se podrían considerar entre razonables y excelentes (por encima de 0,75 en kappa y 0,75 en porcentaje de acuerdo), de manera que el sesgo entre jueces todavía se podría minimizar aún más, especialmente en algunas categorías cuyo registro no ha mostrado consistencia a lo largo de las observaciones a pesar de su definición operativa (como por ejemplo: Disrupción y Consecuente Verbal Directivo). Se puede observar que existe un mayor acuerdo general y en varias categorías con el

juez de referencia por parte del interjuez 1, que además de la formación en el instrumento y un mayor número de horas de observación tenía experiencia en observación sistemática por medio de sistemas de categorías en residencias.

La mayor parte de los acuerdos en los antecedentes y consecuentes de la conducta problema se dieron por omisión, ambos jueces estuvieron de acuerdo en no registrar ciertos eventos durante las observaciones, es decir, estuvieron de acuerdo cuando no sucedía nada o, cuando sucedía algo, en lo que no era, sin embargo ante los proporcionalmente pocos eventos que sucedían (7,29% de los casos en antecedentes y 10,20% en los consecuentes) la proporción de acuerdos y desacuerdos era similar. Lo cual, en una matriz de dispersión básica, por poner un ejemplo, para el diagnóstico entre dos observadores de disminución de la masa encefálica, con dos entradas de presente/ausente, sería inaceptable dado que el acierto por azar sería similar al obtenido en la observación. En nuestro caso el sistema de registro es más complejo y hay que tener en cuenta, que tal y como está planteado el instrumento cada observador puede observar 13 categorías antecedentes con 5 valores cada una (excepto emoción y dolor, con 3 y 4 respectivamente) de manera no excluyente: luego la posibilidad de concordar por azar sería, según teoría básica de probabilidad, el producto de las probabilidades simples: $(0,2)^{10} \times 0,33 \times 0,25 = 1,6896^{E-9}$. Lo que indica que concordar por azar sería prácticamente imposible. Con base en este argumento se desecharía la idea de que los acuerdos se pudieron haber obtenido por azar.

Los desacuerdos, por otro lado, se deben en gran parte de los casos al registro de un evento donde el otro observador no ha observado nada. Esto posiblemente atañe al elevado número de categorías presentes que dificulta recordar o atender a la correcta. En el caso de los antecedentes, influiría también el sesgo de memoria o atención, dado que el registro de un antecedente se debe efectuar una vez se ha consignado la aparición del problema de comportamiento, lo cual podría estar relacionado con la menor proporción de registro de antecedentes en comparación con los consecuentes.

El registro de los problemas de comportamiento muestra también que hay gran parte del acuerdo sobre lo que un evento “no es” y que el acuerdo decrece sobre lo que “sí es”. También hemos podido observar que los desacuerdos, en algunos casos, eran relativos y existía acuerdo sobre la consignación del evento, pero un acuerdo menor sobre la intensidad de éste (por ejemplo en alteración verbal), mientras que en otros (conducta antisocial o agresividad verbal), el desacuerdo se debía a una emisión/omisión. En el primer caso habría que definir con mayor detalle y estudiar las

situaciones específicas que producen conflicto en la elección del nivel de intensidad o plantearse reducir el número de niveles en pro de una mayor fiabilidad. En el segundo caso, dada la variabilidad de comportamientos observables que se podrían recoger dentro de la categoría, se podría optar por un listado finito de comportamientos frecuentes para acotar la definición.

En ambos casos, especialmente en el caso de los antecedentes y consecuentes dada la baja frecuencia de aparición, el estudio de fiabilidad se vería beneficiado de la selección y grabación de algunos eventos de manera que se pudieran estudiar por múltiples jueces una vez refinadas las categorías.

En los instrumentos de registro, en los que el sistema de categorías se construye a raíz de entidades observables, que no buscan la extrapolación de lo observado a otros conceptos supraordinados, el estudio de la fiabilidad es el factor importante y la validez se da por supuesta si el desarrollo de las categorías está acorde con la teoría y la comunidad científica lo considera relevante. En nuestro caso, adicionalmente hemos buscado aportar indicadores de fiabilidad que muestren que el concepto general del instrumento está en consonancia con otros procedimientos similares. Los resultados muestran que la frecuencia de problemas correlaciona con la frecuencia obtenida en un instrumento estandarizado. Asimismo, en la muestra se encontró que ambos grupos (formados por usuarios con demencia y problemas de conducta por definición y según las medidas obtenidas en la escala de apreciación) son diferentes en la medida obtenida en variables relacionadas con el deterioro cognitivo, físico y problemas conductuales. Los resultados obtenidos en esta escala señalan también las diferencias entre los grupos. A pesar de que esta última sea una medida general que podría señalar una relación con otras características, la correlación con la escala de valoración aunada con la propia naturaleza del instrumento orientan a que la medida es válida para la observación de problemas de conducta en el entorno, si bien se podría ahondar más en estudios similares. No obstante, la correlación que se buscaría en estos casos, tampoco sería necesariamente alta, dado que el instrumento de registro propondría categorías de observación y unidades de medida relativamente diferentes a las que existen en las escalas, y la observación directa hipotéticamente minimizaría los sesgos de las escalas de valoración obteniéndose así puntuaciones no totalmente correlativas.

En resumen, en el presente capítulo se muestran datos sobre los índices de fiabilidad del instrumento desarrollado que aportan evidencia a favor de la fiabilidad y la validez del instrumento. Sin embargo el estudio de algunos datos requerirían de una

mayor profundización difícilmente obtenible por la propia naturaleza del fenómeno observado. Futuros desarrollos y afianzamiento de la fiabilidad se deberán nutrir de la observación indirecta por medio de grabaciones y representaciones de *roleplaying*, de manera que se pueda estudiar de forma exhaustiva la fiabilidad sobre una ocurrencia de un fenómeno relativamente infrecuente.

7 CAPÍTULO VII.

ESTUDIO EMPÍRICO 2: Estudio funcional de los problemas de conducta de personas diagnosticadas con demencia.

7.1 Introducción

Una vez obtenidas garantías de fiabilidad y validez en el piloto del instrumento, se llevó a cabo un segundo estudio, con el objetivo de esclarecer la relación entre las respuestas de la persona y otras variables tanto internas como externas que según la teoría podrían estar relacionadas. Según hemos observado en el capítulo 3, el trasfondo histórico del estudio de los problemas de conducta en demencias se desarrolla principalmente a través de dos modelos; cada modelo siguiendo una metodología, con líneas de estudios de corte nomotético en el caso de la geriatría e idiográfico en el caso de la gerontología conductual. En el primer enfoque hemos visto que la obtención de datos por medio de escalas de valoración y evaluación diagnóstica permite poner en relación entidades clínicas con valoraciones más o menos precisas de los problemas conductuales según la escala que se use, dándose así un enfoque correlacional estadístico que describe a grandes rasgos las respuestas problema sin tener en cuenta los factores ambientales que podrían producirlos. En el segundo enfoque se describen los factores ambientales de manera que permiten un análisis funcional, pero de una manera micro, no permitiendo en muchos casos extrapolar el estudio de caso a la población de residentes. Ambos casos orientan el estudio y aportan información valiosa para el control de estos problemas, sin embargo, los factores ambientales que pueden estar controlando de un modo directo las respuestas de las personas permanecen sin esclarecer. La delimitación de estos eventos externos permitiría hacer un análisis funcional para la modificación de la conducta de los usuarios así como, con respecto a la investigación, crear diseños experimentales con el objetivo de observar el peso de las variables ambientales sobre la conducta de la persona.

Acorde con el modelo teórico, existirá relación entre los problemas de conducta y la aparición o no de ciertos factores ambientales tanto antecedentes como consecuentes. La estimulación puede evocar respuestas fisiológicas directamente por medio de estímulos incondicionados (comida, luz, contacto físico...) o condicionados de manera que la respuesta se asocie a un evento que antes no la generaba; ciertos estímulos pueden pasar a elicitar respuestas operantes a medida que se ven seguidos de un consecuente sea aversivo o apetitivo. El estudio de la literatura y el conocimiento del campo nos muestra que existen ciertas pautas del entorno institucional que, en virtud de su alta estructuración, pueden elicitar, instaurar y mantener sistemáticamente estos problemas. En el presente capítulo se busca la descripción de estas variables en relación con las respuestas problema. Para ello se desarrollaron múltiples hipótesis operativas, de manera que se pudiera comprobar la existencia de relaciones y diferencias estadísticamente significativas. Como hipótesis general, se espera encontrar relación entre las respuestas problema y la estimulación antecedente y/o consecuente. Factores como el trato directivo de los profesionales durante el cuidado, aspectos puramente contextuales como un entorno oscuro o ruidoso o el *sundowning*, el contacto agresivo de otros usuarios y la incomodidad podrían elicitar estos comportamientos. Por otro lado, la carencia de estimulación tanto social como ambiental podría producir aburrimiento y búsqueda de atención o simplemente interacción e implicación en alguna actividad de un modo desadaptado. Con respecto a los factores consecuentes, se infiere que parte de las respuestas problema están reforzadas por el entorno. Ejemplos clásicos son: el refuerzo social por medio de la atención a una conducta desadaptada y la retirada de un contacto directivo por medio de la una respuesta agresiva.

Con el fin de recoger los datos que permitieron el análisis de estas relaciones desde un punto de vista funcional, en el anterior capítulo se describe el desarrollo del instrumento de registro de problemas de comportamiento. La sistematización de las categorías permitió observar los problemas más frecuentemente descritos en la literatura y sus hipotéticos estímulos ambientales. A continuación se describen las hipótesis planteadas acorde con el modelo y la información obtenida en la revisión bibliográfica.

Hipótesis general: las respuestas de los participantes estarán asociadas con el ambiente.

La hipótesis general señala que tanto por presencia como por ausencia de estimulación existirá relación con los problemas de conducta. El contraste de las

subhipótesis nos permitirá comprobar si existe o no esta relación. Para ello se han generado 10 hipótesis de relación entre estímulos y respuestas de modo operativo con base en la frecuencia e intensidad de los problemas. Las subhipótesis se pueden observar a continuación.

Subhipótesis:

1. Existirá correlación entre los problemas de conducta y los eventos antecedentes y consecuentes.
2. Los problemas de agresividad vendrán elicitados por acercamiento físico o verbal de otras personas.
3. Los problemas de apatía vendrán elicitados por falta de acercamiento físico o verbal de otras personas.
4. Los problemas de deambulación vendrán elicitados por falta de estímulos.
5. Los problemas de comportamiento disminuirán su frecuencia durante el período de comidas.
6. Los problemas de comportamiento aumentarán su intensidad durante el período de comidas.
7. Los problemas de comportamiento aumentarán por la tarde.
8. No existirá relación entre los problemas de comportamiento y la edad.
9. Relación de los problemas de conducta con ambiente: Ruido, Oscuridad y combinación de ambos.
10. Existirá relación entre el ambiente oscuro o mal iluminado y la confusión, siendo mayores los casos de confusión en ambiente oscuro que en otros casos.

7.2 Participantes

Los participantes fueron los mismos que tomaron parte en el estudio I.

Tabla VII.1. Características clínicas de la muestra total.

	M	DT	Rango
Inventario neuropsiquiátrico (NPI)	13,44	14,33	0 – 83
Mín examen cognoscitivo (MEC)	6,34	8,57	0-35
Escala Barthel de Funcionalidad	34,36	29,52	0-100
Escala Hamilton de Ansiedad	7,72	5,80	0-22
Escala Cornell de Depresión	7,32	5,02	0-21

7.3 *Variables e instrumentos.*

Las variables de estudio fueron aquellas desarrolladas en el estudio I, las cuales se recogieron por medio del sistema de categorías del instrumento de registro. Se seleccionaron aquellas relevantes para las subhipótesis cuya definición se puede encontrar en el capítulo anterior.

A y C) Antecedentes/Consecuentes

1. Personal (Profesional, Familiar, Usuario, Otros)

1.1. Verbalización

1. Directiva
2. Agresiva
3. Afectuosa
4. Neutra
5. Bromista
6. Retirada de contacto verbal

1.2. Contacto físico

1. Directiva
2. Agresiva
3. Afectuosa
4. Acercamiento
5. Retirada de contacto físico

2. Usuario

2.1. Dolor

- a) Alto
- b) Bajo
- c) Nulo (por defecto, no se registra)

2.2. Aspecto emocional

- a) Positivo
- b) Negativo
- c) Neutral (por defecto, no se registra)

B) Problemas de conducta.

1. Agresividad Física (Intensidad Alta, Media, Baja)
2. Agresividad Verbal (Intensidad Alta, Media, Baja)

3. Alteración Motora (Intensidad Alta, Media, Baja)
4. Alteración Verbal (Intensidad Alta, Media, Baja)
5. Deambulación (Presencia/Ausencia)
6. Ansiedad (Intensidad Alta, Media, Baja)
7. Tristeza (Intensidad Alta, Media, Baja)
8. Apatía (Presencia/Ausencia)
9. Conducta antisocial (Intensidad Alta, Media, Baja)
10. Confusión (Presencia/Ausencia)

C) Ambiente: Cálido, Frío, Luminoso, Oscuro, Ruidoso o Neutro.

7.4 Procedimiento

Se escogieron las observaciones del segundo ciclo, compuesto por 686 observaciones a lo largo de 55 sesiones durante 6 días.

Para el estudio de la correlación entre las respuestas problema y los antecedentes, se creó una variable que recoge si existe problema de comportamiento en cada sesión con los siguientes valores: 0 ausencia, 1 presencia. Se creó una variable que recoge si existe antecedente con los mismos valores 0-1. Se observó si existía correlación por medio de una comparación entre dos variables nominales. Para realizar la comparación de dos variables categóricas se realizó una tabla de contingencia y una prueba binomial. El mismo procedimiento se siguió para las variables consecuentes.

Con respecto a la relación entre los problemas de agresividad y los antecedentes verbales o físicos, se seleccionaron aquellos casos que presentaban problema de agresividad y se realizó una tabla de contingencia para comparar aquellos que presentaban antecedentes o no.

Dado que la apatía y la deambulación estaban consignadas como 0-1 (presencia-ausencia), la relación entre ésta y la falta de estimulación social se realizó por medio de una prueba binomial con respecto a la variable presencia de antecedentes.

Acorde con los datos en la literatura, la falta de estimulación podría tener peso en la determinación de los problemas de conducta, de esta manera se hipotetiza que durante las comidas la propia estimulación de los alimentos y la propia actividad de la ingesta disminuyan la frecuencia de problemas de conducta. El análisis se llevó a cabo por medio de un ANOVA. Sin embargo, la intensidad de los problemas podría aumentar dado lo estructurado y funcionalmente demandante de la actividad. Para ello, dado que

la intensidad era una variable ordinal, se comparó la frecuencia entre los diferentes tiempos relacionados con la comida (antes, durante y después) por medio de una prueba de Kruskal Wallis.

En previsión de que los problemas de conducta podían aumentar su frecuencia por la tarde se realizó una comparación de frecuencia entre mañana y tarde en cada grupo. Las comparaciones entre los grupos se realizaron por medio de una prueba t.

Para comprobar la hipótesis de falta de relación estadística entre la edad y los problemas de conducta, se creó una variable (F+I) de los problemas de conducta que recoge la suma de los valores de la intensidad. Dado que F+I es una variable ordinal se utilizó la correlación por medio del estadístico rho de Spearman para poner en relación la edad con los problemas de conducta.

Para observar la relación entre los problemas de conducta con el ambiente: se seleccionaron las variables ruido y oscuridad y se creó una tercera variable combinación de las anteriores que sirvieron para establecer los grupos de comparación. Se comparó la media en la variable F+I por medio la prueba u de Mann Whitney.

La relación entre presencia de confusión y la luz ambiental se llevó a cabo por medio de unas tablas de contingencia.

7.5 Análisis de datos

La descripción de las variables se hizo mediante porcentajes para variables categóricas. En variables cuantitativas se informó del máximo, mínimo, media y desviación típica. Los análisis sobre la relación de los problemas de conducta se realizaron de acuerdo con la naturaleza de las categorías en relación:

Categorías nominales: se evaluaron por medio de pruebas binomial para establecer si la distribución era diferente a la esperada en casos de descripción de una variable en la muestra y tablas de contingencia, aportando el estadístico X^2 para el estudio de la significatividad, cuando se estudiaban dos variables nominales.

Categorías nominales y ordinales: se analizaron por medio de pruebas de u de Mann Whitney y Wilcoxon para el estudio de las diferencias y se utilizó el estadístico rho de Spearman para establecer las correlaciones.

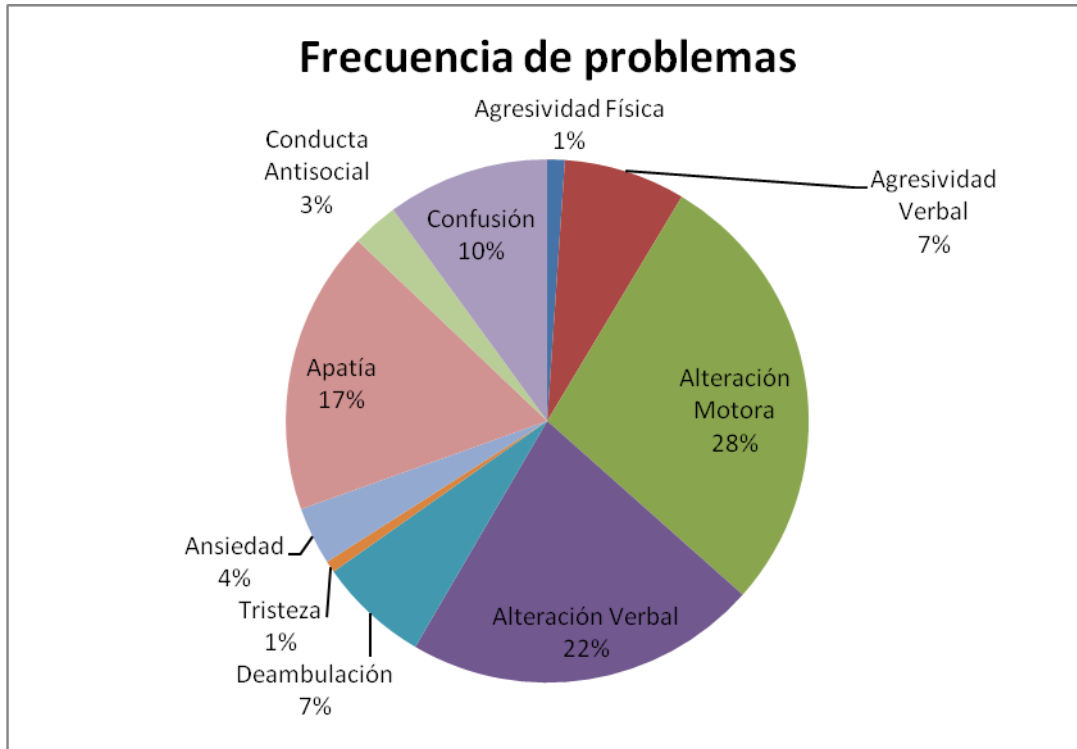
Variabes escalares y nominales: para el estudio de las diferencias entre las variables escalares entre diferentes grupos establecidos por los valores de variables nominales, se utilizaron pruebas t de Student y ANOVA, cuando había tres o más grupos involucrados.

7.6 Resultados

Resultados del Análisis descriptivo

Con respecto a la frecuencia de problemas de conducta se registraron 267 problemas de comportamiento:

Fig. VII.1. Frecuencia de los problemas de comportamiento (n=267).



La mitad de los problemas de comportamiento encontrados fueron problemas de alteración verbal y motora en conjunto ($n = 78$ y $n = 61$), el siguiente problema más frecuente fue la apatía ($n=49$), seguido de confusión ($n = 28$), agresividad verbal ($n = 21$), deambulación ($n = 19$), ansiedad ($n = 10$), conducta antisocial ($n = 8$), agresividad física ($n = 3$) y tristeza ($n = 2$).

De todos los comportamientos observados se registraron 38,92% de problemas. Cada usuario presentó una media de problemas $X = 0,39$ ($DT = 0,48$), mientras que si se toma como medida el problema como frecuencia e intensidad compuesta (aparición x intensidad: $\sum_n (0-1) * (1,2,3)$) la media sería $X = 0,65$ ($DT = 1,022$) con un rango de 0-7. Esto es, si un problema aparece lo hace con una intensidad de 1 a 3 (baja, media o alta; con la excepción de deambulación y apatía, que son dicotómicos de presencia/ausencia) de manera que la presentación de problemasha variado en la muestra desde 0 (no

aparición) a 7 que sería la combinación de al menos 2 problemas de comportamiento simultáneos a nivel alto y un comportamiento a nivel bajo.

Tabla VII.2. Frecuencia de aparición de los problemas según intensidad.

Problema (FxI)	Frecuencia	Porcentaje
0	419	61,08
1	157	22,89
2	52	7,58
3	52	7,58
4	1	0,15
5	3	0,44
6	1	0,15
7	1	0,15
Total	686	100

Resultados del Análisis relacional

Con respecto a la hipótesis general que busca responder a la pregunta de si los problemas de conducta están elicitados por el ambiente, los análisis muestran que existe una relación significativa entre la ausencia de antecedentes y los problemas de conducta: $X^2(1, 686) = 37,346$, $p < 0,001$. Cuando se controla la relación por omisión (omisión de problemas de conducta y omisión de antecedentes) aunque no se puede extraer estadístico debido a la creación artificial de una constante (al igual que sucedía en el anterior capítulo con gran parte de los análisis de fiabilidad), la proporción de los 267 problemas de comportamiento que se ven precedidos por presencia de un antecedente es de 8,61% en comparación con el 91,39% que suceden en ausencia de registro de antecedentes. Igual que en el anterior caso se obtuvo una diferencia significativa $X^2(1, 686) = 44,107$, $p < 0,001$ y siguiendo el mismo procedimiento para controlar el efecto de la relación por omisión, se encontró que el 89,9% de los casos no eran seguidos por una consecuencia, mientras que si lo eran en un 10,1% de los casos.

Los comportamientos agresivos se presentaron en 3,35% de las observaciones, siendo un 8,61% del total de los problemas presentados. Tomando en conjunto la agresividad física y la verbal, un 52,2% de los comportamientos agresivos se presentaron en ausencia de antecedentes y un 47,8% lo hicieron ante la presencia de estos. Se encontraron diferencias significativas entre ambas variables $X^2(3, 23) = 8,896$; $p < 0,05$.

Se registraron 49 conductas de apatía, el 98% de los registros se dio en ausencia de estimulación antecedente y tan sólo un caso presentó apatía ante la presencia de antecedentes. Por medio de la prueba binomial, se rechazó la hipótesis de bondad de ajuste con significación asintótica unilateral, mostrando que la proporción observada de personas con apatía en la situación sin estimulación previa era mayor que la esperada al azar ($P_o = 0,98$, $p < 0,001$).

Se registraron 19 eventos de deambulación, 7,1% de los problemas de conducta registrados. Todos los casos de la observación se registraron sin que hubiera antecedentes previos.

En las observaciones de problemas de conducta acorde con los períodos de comida, se observó que durante los períodos previos a la comida el porcentaje de registros de problemas del comportamiento fue de 40,8%, durante la comida 35,1% y tras la comida se encontró un 38,2%, sin diferencias significativas entre los grupos. Con respecto a la intensidad de los comportamientos, los datos no apoyan la hipótesis de que existan diferencias entre los grupos $X^2(2, 686) = 0,821$; $p = 0,663$.

Los datos no aportan evidencia de que los problemas de comportamiento aumentasen en frecuencia durante la tarde. No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de comportamientos en la prueba T por grupos (Mañana/Tarde) ($t = 0,659$; $p = 0,510$).

Los datos aportan evidencia de que la edad y la presencia de problemas de comportamiento no se relacionan ($p = 0,006$; $p = 0,958$).

Con respecto a la relación de problemas de conducta con las situaciones ambientales: luminoso/oscuras, neutro/cálido, tranquilo/ruidoso y la combinación entre los factores supuestamente elicitadores de problemas en comparación con los neutros, los datos no permiten apoyar la hipótesis en múltiples comparaciones:

- Luminoso/Oscuro: $u = 4917,5$; $p = 0,333$.
- Neutro/Calido: $u = 19258$; $p = 0,966$
- Neutro/Ruidoso: $u = 56746,6$; $p = 0,407$
- Ambiente supuestamente calmado (luminoso, sin ruido y con temperatura normal) / Ambiente supuestamente elicitador de problemas (luminoso, ruidoso y cálido) $u = 1698,5$; $p = 0,125$.

La relación entre confusión y luz ambiental a su vez fue nula no obteniéndose significación estadística, 0% sobre 20 personas mostraron confusión en situaciones

pobremente iluminadas, 20 de 533 (3,67%) mostraron confusión en situación iluminada y 8 de 104 (7,14%) mostraron confusión en entorno neutro (ni muy luminoso, ni muy oscuro).

7.7 *Discusión y conclusiones*

En este segundo estudio se presentan los análisis descriptivos de la frecuencia de las respuestas problema y los resultados obtenidos sobre las relaciones entre éstas y los factores ambientales. Con respecto a la descripción se puede observar que los problemas de conducta más frecuentes fueron la alteración verbal, motora y la apatía. Salvo niveles altos de intensidad en los dos primeros (gritos o movimientos amplios repetitivos), su interacción con el ambiente parece ser prácticamente nula. Con respecto a la apatía su interacción con el ambiente es nula por definición y puede pasar desapercibido o ignorado durante días ya que no interfiere con los cuidados, no genera otros problemas adicionales ni conductas de riesgo. La confusión es el siguiente problema con mayor frecuencia considerado como el desarrollo de delirios o alucinaciones. Los comportamientos agresivos verbales y la deambulación son los siguientes problemas más frecuentes. Respuestas de ansiedad (como podría ser miedo), conductas antisociales, agresividad física o tristeza son mucho menos frecuentes suponiendo en conjunto menos de un 5% de los comportamientos observados.

Con respecto a las relaciones entre estímulos ambientales y respuestas problema, los análisis muestran diferencias según la tipología del problema y la funcionalidad hipotetizada de la conducta. A grandes rasgos, los datos aportarían evidencias en contra de que los problemas de conducta estén determinados por la estimulación antecedente (tanto social como aquella observable por la expresión) y a favor de que estén causados por la falta de estímulos. Esto podría estar relacionado con las siguientes explicaciones hipotéticas que bien podrían suceder complementariamente: a) el problema está muy establecido y generalizado a la multiplicidad de estímulos que caracterizan el entorno, así el propio contexto sería elicitador del problema de comportamiento sin que haya estímulos específicos, b) los estímulos discriminativos no son tanto sociales como ambientales (un canal de la televisión, el ruido de las mesas al ser servidas, la “hora de salir del trabajo” en el reloj, etc.) c) la estimulación es interna en muchos casos, no permitiendo su registro al no ser observable. Si bien la estimulación interna, en último término estaría determinada por estimulación externa, la duración/complejidad de la secuencia separaría lo suficiente el estímulo externo de la respuesta instrumental de

manera que el observador no vincula el estímulo original con la respuesta final, d) los problemas están causados por falta de estimulación, lo que, en el ser humano, axiomáticamente un ente interrelacional, genera una sensación desagradable cuya evitación o escape se produce por la interacción contextual eliminando una “sensación de vacío”, interacción problemática reforzada por el contexto.

Viendo los problemas uno por uno podemos ajustar más estas hipótesis explicativas. Con respecto a la agresividad física, su frecuencia era demasiado baja como para establecer relaciones con antecedentes. La frecuencia encontrada se relaciona con la encontrada en la literatura (Arroyo-Anlló et al., 2001) en los que se muestra que aunque muy estresante, es relativamente infrecuente. Por otro lado, se espera que la frecuencia encontrada no sea muy alta por varias razones: la conducta agresiva suele ser objeto de intervención farmacológica por el bien de los profesionales y los demás usuarios, con lo que el comportamiento agresivo cuyo factor disposicional fuera la activación inespecífica se podría ver mermado por la medicación. Otra explicación es que las observaciones se realizaron durante momentos del día que podrían no elicitarla. Por respeto al derecho a la intimidad, las observaciones en el desarrollo de la higiene matutina, el ir al baño o el momento de ir a la cama no se observaron ni registraron, momentos que según la literatura son elicitadores de agresividad reactiva al cuidado (Bridges-Parlet et al., 1994; Katz, 2000; Marx et al., 1989). La agresividad verbal, sin embargo, se observó con mayor frecuencia en comparación con la agresividad física. En la mitad de las ocasiones se ve precedida por uno o más antecedentes y la otra mitad en aparente ausencia de estos. El tipo de comportamiento es diferente en ambos casos aunque su topografía sea similar. El antecedente reactivo de la agresividad verbal suele darse siguiendo a la interacción de un cuidador, mientras que, según una hipótesis ad hoc generada tras las observaciones, el no elicitado directamente por contacto físico o verbal podría darse ante la percepción de diferentes eventos que suceden en el campo visual de la persona: acciones realizadas por otros usuarios o cuidadores o evocadas por situaciones de discomfort.

Los problemas de apatía, se dieron claramente en ausencia de estimulación. Lo cual no es sorprendente y coincide con lo encontrado en la literatura siendo además un comportamiento bastante frecuente. No se registraron como apáticos los momentos en los que la persona dormía, sin embargo dormirse durante el día podría ser un efecto de la falta de estimulación y de la apatía generada ante esta y no sólo una alteración de los ciclos circadianos, un problema de sueño, o el efecto de una medicación, con lo que la

prevalencia de la apatía en la muestra podría ser mayor. Sería relevante en este caso conocer los ciclos de sueño y la medicación que está recibiendo la persona con el fin de comprender si ciertas conductas de sueño durante el día en salas comunes son causa del sueño o una conducta más de desconexión, apatía y quizás de depresión.

Al igual que en el caso de la apatía, la deambulación se registró independientemente de la estimulación antecedente del campo social, pero podría ser elicitada por discomfort previo inobservable, como autoestimulación y evitación de la falta de estímulos, u obtención de metas más elaboradas (salir del centro, o ir a un sitio el cual no se recuerda o ante la sensación imperativa de que alguien le está esperando, volver a casa, etc). Los problemas de deambulación y apatía no se veían precedidos por antecedentes o seguidos por consecuentes. La falta de estimulación podría ser causa o consecuencia de estos problemas, factible en ambos casos y muy posiblemente, una combinación de los dos. De manera que hipotéticamente, con el uso de este instrumento, se podrían implementar intervenciones por medio de estimulación y registrar por medio de un diseño A-B-A-B, el cambio en la frecuencia/duración de estos problemas y seleccionar qué tipo de estimulación controla la deambulación y si es necesario controlarla.

Los comportamientos de confusión, supuestamente evocados por falta de luz, ruido o problemas de visión no mostraron relación con las características estrictamente ambientales, si bien parecía existir una tendencia a que la luminosidad se relaciona con una menor frecuencia de ésta.

Otros problemas como conductas antisociales, ansiedad y tristeza no fueron lo suficientemente frecuentes como para establecer relaciones significativas con eventos ambientales. Su frecuencia contrasta con los datos obtenidos en los estudios. En el caso de la tristeza, la categoría más infrecuente en el estudio, la baja frecuencia posiblemente se deba a diferencias en los ítems que se recogen en depresión, un conjunto más amplio de respuestas que la categoría que se recoge en el presente estudio, exclusivamente relacionada con la expresión facial de tristeza, sin atender a aspectos encubiertos como las ideas irracionales con respecto a la llamada tríada cognitiva Beck (1979). Por esto apatía y tristeza podrían ser parte del mismo fenómeno y la combinación posiblemente correlacionase con el diagnóstico de depresión por medio de las escalas al uso.

El registro de estos comportamientos se realizó por medio de un muestreo estratificado de tiempo para obtener una muestra de conducta que pudiera ser representativa de distintos momentos del día y de diferentes días. Sin embargo, la

estrategia utilizada para abarcar un mayor número de sujetos, por contra, permite un tiempo menor de observación de los usuarios de manera que la muestra de comportamientos obtenida puede ser insuficiente para dar cuenta del comportamiento total del usuario. El registro de varios de estos momentos aunque sean secuencias cortas de tiempo nos permite aumentar la probabilidad de que el comportamiento observado sea representativo de la población de comportamientos del usuario, sin embargo el estudio de las secuencias comportamentales puede que requiera una muestra mayor de tiempo por usuario (es decir, el estímulo discriminativo puede ser fugaz y la respuesta problema duradera).

Al margen de las características del muestreo, la propia observación puede haberse visto sesgada de diversas formas. El sesgo de la expectativa del observador señalado por Rosenthal (1994) señala que el propio conocimiento del fenómeno a observar puede predisponer al observador a variar la interpretación en aquellas categorías que dejen lugar a una cierta inferencia. Este sesgo se pudo controlar por medio de la creación de un sistema de categorías lo más objetivo posible cuyo registro se realizara en torno a variables observables con un rango mínimo de interpretación. Por otro lado, este sesgo está relacionado con el conocimiento acumulado, el cual, según Anguera (1991), ejerce una acción positiva en cuanto contribuye a la adquisición de mayor información que puede prevenir fallos de planificación o de aplicación de una técnica concreta. Otros sesgos que se pueden haber dado con respecto al observador serían el uso de sesiones largas de observación, la complejidad del código y la complejidad de la situación. Los cuales se podrían controlar en gran medida por medio de observaciones más esporádicas y con mayor tiempo de descanso, dado que la complejidad de la situación es intrínseca al fenómeno a observar.

Las dificultades inherentes al uso de instrumentos de observación no deberían ser óbice para utilizar estos instrumentos en el día a día tanto a nivel de investigación como de intervención. De acuerdo con Bharucha et al (2002):

Buscar un estímulo antecedente puede ser difícil, siendo esta estrategia a menudo difícil e inefectiva (...) Hacer una asunción clínica sobre los problemas de conducta requiere una observación meticulosa en el cual el comportamiento debe ser entendido en el contexto ambiental y personal en el que emerge. Los estímulos externos como el acercamiento del cuidador, distracciones ambientales y aburrimiento deben ser explorados en todos los casos y considerados como

factores que contribuyen incluso en la presencia de claramente inferibles estímulos internos (p. 799).

El estudio de caso o de grupos más pequeños por medio de sesiones más largas de observación permitiría obtener información más generalizable así como el acercamiento idiográfico aumentaría la posibilidad de establecer un análisis funcional de la conducta con base en el registro de múltiples secuencias conductuales. La acumulación de estudios de caso proporcionaría una información relevante no sólo a nivel estadístico, dado que posiblemente ciertas pautas se repitan en diferentes casos sin necesidad de establecer muestras muy amplias, sino a nivel clínico de manera que ciertos casos puedan ser utilizados como prototipos de intervención. Está claro que no se podrá aplicar a todos los casos y que la funcionalidad de la conducta tiene su variabilidad acorde con la historia personal y los factores disposicionales, siendo necesario el análisis funcional por medio de registros más idiográficos. No obstante, incluso en ese caso, la utilización de las categorías establecidas en el instrumento y de sus parámetros de medida también sería de utilidad, unificando los procesos de registro narrativos para el análisis funcional.

8 CAPÍTULO VIII.

CONCLUSIONES

Acorde con la revisión de la literatura y de las entrevistas con profesionales se ha podido comprobar que si bien la metodología de la modificación de conducta se utiliza en el campo de la gerontología conductual en entornos institucionales y comunitarios, existe una carencia de instrumentos especializados para el registro de problemas de conducta asociados a la demencia. La evaluación de los problemas de conducta está principalmente regida por escalas de valoración que miden su frecuencia, intensidad y la duración y disrupción (en menor medida), sin tener en cuenta las variables que podrían tener peso causal en el campo conductual. Esta falta de medidas sobre la relación entre el comportamiento y sus antecedentes y consecuentes deja fuera de la ecuación los principios de aprendizaje que pueden estar rigiendo la conducta, de manera que las intervenciones se basan en la modificación de factores orgánicos disposicionales que modifican todo un rango de conductas en contraposición a la conducta problema específica. El manejo farmacológico se desaconseja como primera opción para los problemas de conducta debido a su eficacia moderada y a los efectos yatrogénicos. Sin embargo, los tratamientos psicológicos (las llamadas terapias y programas de estimulación) al uso tampoco consiguen resultados notables, debido posiblemente a la falta de especificación de los elementos conductuales y sus parámetros, por su aplicación indiscriminada independientemente de un análisis funcional de la conducta. La creación de un instrumento de registro de los componentes conductuales en el caso de los problemas de conducta acotados en el entorno institucional facilitaría la realización de análisis funcionales, así como ofrecería medidas naturales más objetivas y carentes de una serie de sesgos que las que se recogen por medio de las escalas al uso.

8.1 *Estudio 1. Desarrollo de un instrumento observacional de la conducta de personas mayores con demencia en entorno institucional.*

De acuerdo con la necesidad de una medida sensible a los cambios ambientales, se desarrolló un instrumento con base en la modificación de conducta, de manera que se pudiese trasladar el procedimiento de análisis funcional a un instrumento específico y estandarizado de registro de los comportamientos problema más frecuentes en las residencias. Este instrumento se desarrolló con la base teórica de la aplicación de los principios de aprendizaje a la modificación de conducta dentro del modelo interconductual de Kantor, con el objetivo de describir de manera operativa los parámetros de la conducta problema. Para definir el sistema de categorías que cubriría la conducta problema se realizó una revisión bibliográfica sobre las escalas que miden estas conductas y una revisión teórica de la génesis, mantenimiento, descripción y tratamiento de los problemas en la literatura. Partiendo de esta base teórica y de nuestro conocimiento práctico de la clínica y del trabajo de campo realizado en las residencias, se acotaron teóricamente los problemas de conducta y se desarrolló un sistema de categorización para su registro. Las categorías buscaban comprender básicamente dos campos: la intensidad de la conducta motora (en sus vertientes verbal y motriz a nivel general) y la presencia/ausencia de estímulos ambientales antecedentes y consecuentes. Cada una de las categorías se definió con el objetivo de acotar de manera ordinal en el caso de los problemas de conducta la intensidad de ésta y de manera nominal las variables ambientales. Las definiciones se realizaron de manera exhaustiva y excluyente, de manera que se pudiera recoger una gran variedad de comportamientos, acorde con la variabilidad teórica potencial de estos.

- Con respecto a las garantías de la escala, la fiabilidad se estudió por medio de la concordancia interjueces. Los niveles de concordancia que se obtuvieron tras la depuración del instrumento y la re-definición de las categorías acorde con un primer afrontamiento práctico fueron relativamente aceptables. Utilizamos el término relativo porque según los diferentes análisis que se usaran podían existir diferencias en los niveles de concordancia. Dadas las características del instrumento y del fenómeno a observar una parte de las categorías (más específicamente, antecedentes y consecuentes), se registraron con una frecuencia muy baja y su registro por omisión arrojaba valores muy altos de acuerdo. La situación de acuerdo polarizado en la matriz de dispersión se recoge en la

literatura como la paradoja Cicchetti (Feinstein & Cicchetti, 1990) que señala que aunque exista un porcentaje de acuerdo alto, el kappa puede ser bajo y cuya solución recae en el uso complementario del porcentaje de acuerdo y en la observación crítica de las matrices de dispersión. Se utilizaron diferentes análisis (porcentaje de acuerdo, kappa y una versión ad hoc del acuerdo ponderado) para observar los resultados desde puntos de vista complementarios. Ante esta situación, se podría discutir la necesidad de mantener categorías con poca frecuencia de aparición por dos razones: teóricamente por no ser una parte relevante del objeto de estudio y prácticamente por eliminar una variable que puede estar aumentando innecesariamente la complejidad del registro. Sin embargo y aunque es una posibilidad que se debe valorar en futuros estudios, en el momento presente optaremos por mantenerla por la importancia clínica que podría tener de acuerdo con el modelo conductual para la realización de análisis funcionales.

- Con respecto a la validez, ésta es un proceso continuo desde el momento en el que comienza a construir el instrumento y lo deseable es seguir acumulando evidencia al respecto (Anguera, 1994; León & Montero, 1997). Si bien, dentro de los instrumentos observacionales la validez es menos relevante que la fiabilidad, no deja de ser un objetivo del estudio asegurarse de que el instrumento evalúa lo que quiere evaluar, en este caso los problemas de conducta. En los instrumentos de registro en los que no se busca la extrapolación a un constructo superordinal, la validez de constructo no tiene razón de ser y la validez de contenido se asegura por la propia definición de las categorías y el acuerdo entre expertos de que el instrumento es válido. De acuerdo con el desarrollo del instrumento desde el marco teórico y la extracción de las unidades de observación de los instrumentos utilizados de la propia literatura especializada, el instrumento debería ser válido por definición. Además se buscó la comparación con las medidas obtenidas en un instrumento de uso frecuente obteniéndose correlación entre la frecuencia y la intensidad entre éste y el instrumento de registro, aportando datos a favor de la validez concurrente del instrumento para evaluar los problemas de comportamiento.
- La aplicabilidad del instrumento también fue evaluada, dadas las dificultades estimadas de la evaluación en un entorno natural en el que los problemas

conductuales son tan presentes. Se pudo observar que con entrenamiento los observadores podían observar y registrar por medio del sistema de categorización una muestra de los problemas de conducta en el entorno natural con una invasividad mínima pudiendo obtener medidas naturales sin mayores dificultades en su aplicación de un grupo de hasta 17 usuarios.

De este modo, el planteamiento y diseño de la investigación han conformado un procedimiento de obtención de datos que han sido útiles para el desarrollo del instrumento.

8.2 Estudio 2. Relación de los problemas de conducta con los factores ambientales.

Tras el desarrollo del instrumento, éste se utilizó para la observación de los problemas de conducta en su entorno natural acorde con la definición propuesta. El instrumento sirvió para registrar durante varios días en dos centros de manera que pudiera recoger una muestra representativa de los problemas de conducta.

- Acorde con los datos recogidos los problemas de comportamiento son frecuentes y sus frecuencias se encuentran dentro de los rangos que se recogen en los estudios epidemiológicos con la excepción de la categoría tristeza cuya relación con el concepto de depresión en entorno geriátrico requiere de una mayor profundización en su estudio.
- Con respecto a las relaciones entre estímulos ambientales y respuestas problema, los análisis mostraron algunas pautas relacionales por presencia o por ausencia. Las hipótesis planteadas de manera general apuntaban a la relación positiva entre los estímulos antecedentes con los problemas de conducta más activos. Es decir, la estimulación antecedente propiciada por los profesionales (directiva o neutral) se vería seguida de un problema conductual reactivo. Los datos no permitieron apoyar esta hipótesis, pero es posible que la información al haberse recogido en una muestra del contexto no representativa de todo el día (a falta de higiene o cama) no permita apoyar esta hipótesis por falta de datos. En este punto se podría decir que los problemas de agresividad verbal tipo reactiva durante el día tienen la misma probabilidad de aparecer ante estimulación directa que ante estimulación indirecta y, por otro lado, existiría una conducta verbal agresiva

con antecedentes difusos. Se necesitaría más estudio para poder confirmar o desechar la hipótesis.

- Los problemas de conducta menos disruptivos, tales como apatía o deambulación se dieron en contextos de falta de estimulación. Que esta falta de estimulación sea causa o efecto, necesitaría de posteriores estudios. Las hipótesis conductuales señalarían a la falta de estimulación como determinante ambiental, al desarrollo de conductas operantes de búsqueda de salida y autoestimulación para evitar la situación aversiva de privación estimular.
- El uso del instrumento permite el registro de los parámetros interactivos de las secuencias conductuales de manera que se puedan desarrollar hipótesis de intervención conductual y establecer la relación entre los distintos parámetros de la conducta para evaluar la eficacia de las intervenciones. Esto permitiría obtener líneas base de cada usuario y poner a prueba intervenciones independientemente del diagnóstico, con base en la conducta sin atender a explicaciones intrapsíquicas o biologicistas. Si se considerase necesario también podría facilitar el estudio más firme de los efectos de la administración de fármacos sobre el comportamiento de una manera estructurada. Asimismo, se podría utilizar el instrumento como una versión abreviada sin atender a los eventos antecedentes y consecuentes. Sin embargo, esto sería sólo útil con respecto a la eficiencia de la formación de los profesionales en el uso del instrumento, dado que el la propia observación requeriría prácticamente el mismo tiempo en un caso o en el otro. La mayor sencillez y el pragmatismo del instrumento abreviado repercutirían exclusivamente en la formación sobre su uso, que evitaría la formación sobre el análisis funcional y la necesidad de atender a eventos relacionales antecedentes y consecuentes, más compleja que la observación meramente topográfica.
- El instrumento también permite acorde con la posibilidad de desarrollo de una línea base, el establecimiento de unos rangos de problemas de comportamiento y la detección de los estímulos antecedentes y consecuentes, de manera que se puedan crear perfiles para desarrollar intervenciones grupales adaptadas a un perfil y no a una gama heterogénea de comportamientos problemáticos, aumentando la capacidad de evaluación de la modificación de conducta implementada y la eficacia de las intervenciones.

8.3 Limitaciones y líneas de investigación futuras

Como limitaciones señalaríamos las siguientes:

- Con respecto al desarrollo del instrumento, las garantías científicas de fiabilidad y validez son un objetivo principal para asegurarse de que el instrumento mide aquello para lo que se diseñó y que lo hace de una manera replicable independientemente del observador. A pesar de que los datos muestran una fiabilidad y validez correcta a grandes rasgos, los datos obtenidos acorde con el procedimiento diseñado no permiten teóricamente diferenciar entre los acuerdos por omisión y por emisión, haciendo artificiales y, en teoría, no definitivamente fiables los análisis de concordancia separando unos y otros. En futuros estudios sería útil aislar los eventos antecedentes y consecuentes en el entorno natural y realizar una grabación de estos (ya sea real o por *roleplaying*) de manera que se pueda entrenar a los profesionales en su discriminación, redefinir las categorías si fuese necesario y aumentar la fiabilidad de manera concluyente.
- El que el investigador principal fuera el observador de referencia con respecto a los otros tres jueces puede producir el sesgo del investigador, de manera que diferencias en la concordancia se puedan deber al conocimiento previo de las hipótesis del estudio. Sin embargo, la correlación entre las medidas obtenidas entre observadores, más alta entre el observador referencial y los observadores con mayor formación, indicaría que el conocimiento del sistema y la acumulación de conocimiento sobre la observación de los problemas de conducta aumentarían la coherencia sobre el registro de éstos. Futuros estudios se beneficiarían del entrenamiento de los observadores haciéndoles ciegos a las hipótesis del estudio.
- El hecho de que los usuarios presentasen problemas de conducta por definición dada su pertenencia a las psicogeríatras definiría el uso del instrumento en el entorno. Sin embargo sería interesante el desarrollar observaciones en otras situaciones no catalogadas como problemáticas, en entornos similares para asegurarse su validez discriminante. Por ejemplo, en centros de día, casas del jubilado o alas de convalecencia con personas sin demencia. De esta manera se podrían establecer diferencias entre frecuencias e intensidades de problemas de comportamiento, aportando mayor validez al instrumento, pero ofreciendo

también unos valores baremados para la comparación de diferentes rangos de problemas de comportamiento según contextos y perfiles.

- Relacionado con lo anterior, se podría extender el uso, posiblemente con modificaciones y adaptaciones del sistema de categorización a otros entornos como puede ser el psiquiátrico o en problemas del desarrollo con niños (autismo, retraso mental, etc.).
- Aunque el objetivo del instrumento es el análisis funcional de los problemas de comportamiento en entorno residencial, la definición de las categorías soportaría su uso en entorno comunitario, permitiendo con la adecuada formación su uso a familiares y cuidadores informales para el análisis básico de los problemas de conducta, medición de cambios en el familiar, implementación de modificación de conducta y comunicación con los profesionales médicos y psicólogos.

Las ventajas de un instrumento de registro del comportamiento sobre las escalas al uso, a pesar de su mayor coste de aplicación, incidirían en un mayor conocimiento de los problemas de conducta en demencias de una manera contextualizada y con un objetivo de intervención con base en parámetros observables. Con respecto a lo mencionado a lo largo del trabajo y especialmente en esta última sección se puede observar que el desarrollo del instrumento y de la aplicación práctica del procedimiento requieren mucho trabajo adicional para asegurarse unas garantías científicas concluyentes y unos resultados que puedan ser relevantes para el desarrollo de la investigación en el campo de los problemas de conducta. Adicionalmente, y a pesar de las dificultades encontradas, se espera haber realizado una aportación al campo práctico y aplicado, desde un marco teórico coherente, que permita en un futuro (lo más cercano posible) mejorar la calidad de vida de las personas mayores que viven en residencias, de sus familiares y de los profesionales que trabajan con ellos



REFERENCIAS

- Abellán, A. (2013, mayo 16). El paisaje humano de las residencias es femenino y muy envejecido. *Envejecimiento* [en-red]. Recuperado 25 de julio de 2013, a partir de <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2013/05/16/el-paisaje-humano-de-las-residencias-es-femenino-y-muy-envejecido/>
- Agüera, L., Martín, M., y Cervilla, J. (2002). *Psiquiatría Geriátrica* (2.a ed.). Barcelona: Masson.
- Alaba, J., Arriola, E., Navarro, A., González, M. F., Buiza, C., Hernández, C., y Zulaica, A. (2011). Demencia y dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 18(3), 176-186.
- Albert, M. S., Levkoff, S. E., Reilly, C., Liptzin, B., Pilgrim, D., Cleary, P. D., Rowe, J. W. (1992). The delirium symptom interview: an interview for the detection of delirium symptoms in hospitalized patients. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 5(1), 14-21.
- Algase, D. L. (1999). *Wandering in dementia*. (J. J. Fitzpatrick, Ed.) (Vol. 17). New York: Springer.
- Allen, N. H., Gordon, S., Hope, T., y Burns, A. (1996). Manchester and Oxford Universities Scale for the Psychopathological Assessment of Dementia (MOUSEPAD). *The British Journal of Psychiatry*, 169(3), 293-307. doi:10.1192/bjp.169.3.293
- Allen, R. S., Burgio, L. D., Roth, D. L., Ragsdale, R., Gerstle, J., Bourgeois, M. S., Teri, L. (2003). The Revised Memory and Behavior Problems Checklist--Nursing Home: instrument development and measurement of burden among certified nursing assistants. *Psychology and aging*, 18(4), 886-895. doi:10.1037/0882-7974.18.4.886
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Andrés-Pueyo, A., Pérez-Ramírez, M., Gallardo, D., y García-Forero, C. (2006). *Evaluación y medida de la agresión, la agresividad y la violencia*. Barcelona.

- Anguera, M. T. (1991). La observación (I): Problemas metodológicos. En R. Fernandez-Ballesteros y J. A. I. Carrobbles (Eds.), *Evaluación Conductual* (6.a ed., pp. 278-314). Madrid: Pirámide.
- Anguera, M. T. (1994). Metodología observacional en evaluación conductual. En *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- APA Work Group on Alzheimer's Disease and other Dementias, Rabins, P. V., Blacker, D., Rovner, B. W., Rummans, T., Schneider, L. S., y Fochtmann, L. J. (2007). American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. Second edition. *The American journal of psychiatry*, 164(12 Suppl), 5-56.
- Arbach, K., y Puey, A. A. (2007). Papeles del Psicólogo. *Papeles del Psicólogo*, 28(3). Recuperado a partir de:
<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1501>
- Arroyo-Anlló, E. M., Torres, J., y Castañeda, J. C. (2001). Agitación/agresividad en la demencia de tipo Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36, 156-162.
- Bakeman, R., y Gottman, J. M. (1997). *Observing Interaction. An Introduction to Sequential Analysis* (2.a ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bakeman, R., McArthur, D., Quera, V., y Robinson, B. (1997). Detecting sequential patterns and determining their reliability with fallible observers. *Psychological Methods*, 2(4), 357-370. doi:10.1037//1082-989x.2.4.357
- Baker, J. C., Hanley, G. P., y Mark Mathews, R. (2006). Staff-Administered Functional Analysis and Treatment of Aggression by an Elder with Dementia. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39(4), 469-474. doi:10.1901/jaba.2006.80-05
- Balestreri, L., Grossberg, A., y Grossberg, G. T. (2000). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia as a Risk Factor for Nursing Home Placement. *International Psychogeriatrics*, 12(Supplement S1), 59-62. doi:10.1017/S1041610200006773

- Baltes, M., Burgess, R., y Stewart, R. (1980). Independence and dependence in self-care behavior in nursing home residents: An operant-observational study. *International Journal of Behavioral Development*, 3, 489-500.
- Baltes, M. M., y Barton, E. M. (1979). Behavioral Analysis of Aging: A Review of the Operant Model and Research. *International Journal of Behavioral Development*, 2(3), 297-320. doi:10.1177/016502547900200307
- Bassiony, M. M., Steinberg, M. S., Warren, A., Rosenblatt, A., Baker, A. S., y Lyketsos, C. G. (2000). Delusions and hallucinations in Alzheimer's disease: prevalence and clinical correlates. *International journal of geriatric psychiatry*, 15(2), 99-107.
- Baumgarten, M., Becker, R., y Gauthier, S. (1990). Validity and reliability of the dementia behavior disturbance scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(3), 221-226.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bharucha, A J, Rosen, J., Mulsant, B. H., y Pollock, B. G. (2002). Assessment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *CNS spectrums*, 7(11), 797-802.
- Bijou, S. W., Peterson, R. F., y Ault, M. H. (1968). A method to integrate descriptive and experimental field studies at the level of data and empirical concepts. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1(2), 175-191. doi:10.1901/jaba.1968.1-175
- Bishara, D., Taylor, D., Howard, R. J., y Abdel-Tawab, R. (2009). Expert opinion on the management of behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) and investigation into prescribing practices in the UK. *International journal of geriatric psychiatry*, 24(9), 944-954. doi:10.1002/gps.2200
- Blessed, G., Tomlinson, B. E., y Roth, M. (1968). The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 114(512), 797-811.
- Boada, M., Cejudo, J. C., Tàrraga, L., López, O. L., y Kaufer, D. (2002). [Neuropsychiatric inventory questionnaire (NPI-Q): Spanish validation of an

- abridged form of the Neuropsychiatric Inventory (NPI)]. *Neurología (Barcelona, Spain)*, 17(6), 317-323.
- Boksa, P. (2009). On the neurobiology of hallucinations. *Journal of Psychiatry y Neuroscience*, 34(4), 260-262.
- Boller, F., y Forbes, M. M. (1998). History of dementia and dementia in history: an overview. *Journal of the neurological sciences*, 158(2), 125-133.
- Bowlig, A. (1994). *La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Masson, S.A.
- Bradford Dementia Group. (1997). *Evaluating dementia care: The DCM method*, 7th Edition, University of Bradford. University of Bradford.
- Bridges-Parlet, S., Knopman, D., y Thompson, T. (1994). A descriptive study of physically aggressive behavior in dementia by direct observation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(2), 192-197.
- Buchanan, J. A., y Fisher, J. E. (2002). Functional assessment and noncontingent reinforcement in the treatment of disruptive vocalization in elderly dementia patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35(1), 99-103.
doi:10.1901/jaba.2002.35-99
- Buchanan, J., Husfeldt, J., Berg, T., y Houlihan, D. (2008). Publication trends in behavioral gerontology in the past 25 years: are the elderly still an understudied population in behavioral research? *Behavioral Interventions*, 23(1), 65-74.
doi:10.1002/bin.254
- Bucht, G., y Adolfsson, R. (1983). The Comprehensive Psychopathological Rating Scale in patients with dementia of Alzheimer type and multiinfarct dementia. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 68(4), 263-270.
- Buiza, C., Navarro, A., Díaz-Orueta, U., González, M. F., Alaba, J., Arriola, E., y Yanguas, J. J. (2011). Short evaluation of cognitive state in advanced stages of dementia: preliminary results of the Spanish validation of the Severe Mini-Mental State Examination. *Revista española de geriatría y gerontología*, 46(3), 131-138.
doi:10.1016/j.regg.2010.09.006

- Burgio, L., y Kowalkowski, J. (2011). Alive and well: the state of behavioral gerontology in 2011. *Behavior therapy*, 42(1), 3-8.
doi:10.1016/j.beth.2010.08.003
- Burgio, L. D., y Burgio, K. L. (1986). Behavioral gerontology: application of behavioral methods to the problems of older adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 19(4), 321-328. doi:10.1901/jaba.1986.19-321
- Burns, A, Folstein, S., Brandt, J., y Folstein, M. (1990). Clinical assessment of irritability, aggression, and apathy in Huntington and Alzheimer disease. *The Journal of nervous and mental disease*, 178(1), 20-26.
- Burns, A. S., Lawlor, B. A., y Craig, S. (2004). *Assessment scales in old age psychiatry*. London: Martin Dunitz.
- Burns, A., y Rabins, P. (2000). Carer Burden in Dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(Issue Supplement 1), 9-13.
- Caballo, V. E. (1988). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Caine, E., Porsteinsson, A., Lyness, J., y First, M. (2000). Reconsidering the DSM-IV Diagnoses of Alzheimer's Disease: Behavioral and Psychological Symptoms in Patients With Dementia. *International Psychogeriatrics*, 12(S1), 23-27.
- Calero, A. (2009, junio). *Análisis de la interacción entre terapeuta y cliente durante la aplicación de la técnica de la reestructuración cognitiva*. U.A.M: Madrid.
- Carr, E. G., Newsom, C. D., y Binkoff, J. A. (1980). Escape as a factor in the aggressive behavior of two retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13(1), 101-117. doi:10.1901/jaba.1980.13-101
- Cervilla, J. A. (2002). Trastornos depresivos. En *Psiquiatría Geriátrica* (2.a ed., pp. 333-360). Barcelona: Masson.
- Cervilla, J. A., Rodríguez-Cano, T., y Gurpegui, M. (1995). Prevalencia de Conductas Agitadas en Ancianos. *Anales de Psiquiatría*, 11(I).
- Cobos-Carbó, A., y Augustovski, F. (2011). Declaración CONSORT 2010: actualización de la lista de comprobación para informar ensayos clínicos

- aleatorizados de grupos paralelos. *Medicina Clínica*, 137(5), 213-215.
doi:10.1016/j.medcli.2010.09.034
- Cohen, J. (1960). A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37-46. doi:10.1177/001316446002000104
- Cohen-Mansfield, y Deutsch. (1996). Agitation: Subtypes and Their Mechanisms. *Seminars in clinical neuropsychiatry*, 1(4), 325-339. doi:10.1053/SCNP00100325
- Cohen-mansfield, J., Marx, M. S., y Rosenthal, A. S. (1989). A Description of Agitation in a Nursing Home. *Journal of Gerontology*, 44(3), M77-M84.
doi:10.1093/geronj/44.3.M77
- Cohen-Mansfield, J., Werner, P., Marx, M. S., y Freedman, L. (1991). Two studies of pacing in the nursing home. *Journal of gerontology*, 46(3), M77-83.
- Corlett, P. R., Taylor, J. R., Wang, X.-J., Fletcher, P. C., y Krystal, J. H. (2010). Toward a Neurobiology of Delusions. *Progress in neurobiology*, 92(3), 345-369.
doi:10.1016/j.pneurobio.2010.06.007
- Cummings, J. L. (1994). Vascular subcortical dementias: clinical aspects. *Dementia (Basel, Switzerland)*, 5(3-4), 177-180.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., y Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308-2314.
- Chambless, D. L., y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 7-18.
- De Azpiazu, P., Salamero, M., Pujol, J., y Cuevas, R. (2001). Aggressive behaviour in dementia. RAGE scale, validation of the version in Spanish. *Revista de neurologia*, 33(10), 928-930.
- De Jonghe, J. F. M., Kalisvaart, K. J., Timmers, J. F. M., Kat, M. G., y Jackson, J. C. (2005). Delirium-O-Meter: a nurses' rating scale for monitoring delirium severity in geriatric patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(12), 1158-1166. doi:10.1002/gps.1410
- Deudon, A., Maubourguet, N., Gervais, X., Leone, E., Brocker, P., Carcaillon, L., Robert, P. H. (2009). Non-pharmacological management of behavioural

- symptoms in nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry*, 24(12), 1386-1395. doi:10.1002/gps.2275
- Devanand, D. P., Miller, L., Richards, M., Marder, K., Bell, K., Mayeux, R., y Stern, Y. (1992). The Columbia University Scale for Psychopathology in Alzheimer's disease. *Archives of neurology*, 49(4), 371-376.
- Díaz-Orueta, U. (2006). Efectos de la intervención psicológica en el deterioro cognitivo de ancianos residencializados (tesis). UD, Bilbao. Recuperado a partir de <http://edtb.euskomedia.org/4240/>
- Díaz-Orueta, U., Buiza, C., y Yanguas, J. (2010). Reserva cognitiva: evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 45(3), 150-155. doi:10.1016/j.regg.2009.12.007
- Díaz-Veiga, P., y Sancho, M. (2012). Residencias, crisis y preferencias de las personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 48(3), 101-102. doi:10.1016/j.regg.2013.01.003
- Drachman, D. A., Swearer, J. M., O'Donnell, B. F., Mitchell, A. L., y Maloon, A. (1992). The Caretaker Obstreperous-Behavior Rating Assessment (COBRA) Scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(5), 463-470.
- Dwyer-Moore, K. J., y Dixon, M. R. (2007). Functional Analysis and Treatment of Problem Behavior of Elderly Adults in Long-Term Care. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40(4), 679-683. doi:10.1901/jaba.2007.679-683
- Erkinjuntti, T., Vataja, R., y Leppävuori, A. (2000). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Vascular Dementia. *International Psychogeriatrics*, 12(Supplement S1), 195-200. doi:10.1017/S104161020000702X
- Esquirol, E., y Daquin, J. (1999). Sobre las pasiones. *Filosofía de la locura*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Feinstein, A. R., y Cicchetti, D. V. (1990). High agreement but low kappa: I. The problems of two paradoxes. *Journal of clinical epidemiology*, 43(6), 543-549.
- Fernández, M., Castro-Flores, J., Perez-de las Heras, S., Mandaluniz-Lekumberri, A., Gordejuela, M., y Zarranz, J. (2008). [Prevalence of dementia in the elderly aged above 65 in a district in the Basque Country]. *Revista de neurología*, 46(2), 89-96.

- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2001). *Introducción a la evaluación psicológica* (9.a ed., Vol. I). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Psicología de la vejez: Una psicogerontología aplicada*. Pirámide. Recuperado a partir de <http://www.casadellibro.com/libro-psicologia-de-la-vejez-una-psicogerontologia-aplicada/8436822129/1233732>
- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J. L., y Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martinez Roca.
- Fernández-Ballesteros, R., Reig, A., y Zamarrón, M. D. (2008). Evaluación en psicogerontología. En R. Fernandez-Ballesteros (Ed.), *Psicología de la vejez* (pp. 35-96). Madrid: Pirámide.
- Finkel, S. I. (2000). Introduction to behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD). *International journal of geriatric psychiatry*, 15 Suppl 1, S2-4.
- Finkel, S. I., y Burns, A. (2000). Introduction. *International Psychogeriatrics*, 12(S1), 9-12.
- Finkel, S. I., Burns, A., y Cohen, G. (2000). Overview. *International Psychogeriatrics*, 12(Supplement S1), 13-18. doi:10.1017/S1041610200006700
- Finkel, S. I., Lyons, J. S., y Anderson, R. L. (1993). A brief agitation rating scale (BARS) for nursing home elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(1), 50-52.
- Fleiss, J. L., y Cohen, J. (1973). The equivalence of weighted kappa and the intraclass correlation coefficient as measures of reliability. *Educational and Psychological Measurement*, 33(3), 613-619. doi:10.1177/001316447303300309
- Formiga, F., Robles, M. J., y Fort, I. (2009). Demencia, una enfermedad evolutiva: demencia severa. Identificación de demencia terminal. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. doi:10.1016/j.regg.2009.05.009
- Förstl, H. (2000). Neuropathology of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *International Psychogeriatrics*, 12(Suppl.1), 77-81.

- Fossey, J., Lee, L., y Ballard, C. (2002). Dementia care mapping as a research tool for measuring quality of life in care settings: psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(11), 1064–1070. doi:10.1002/gps.708
- Froján, M. X. (2006). *Tratando... depresión: Guía de actuación para el tratamiento psicológico*. Ediciones Pirámide, S.A.
- Froján, M. X. (2009). Trastornos de conducta. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Psicología de la vejez* (pp. 117-135). Madrid: Pirámide.
- Froján, M. X., Montaña, M., Calero, A., y Ruiz, E. (2011). Aproximación al Estudio Funcional de la Interacción Verbal entre Terapeuta y Cliente Durante el Proceso Terapéutico 1er. Premio de la XVII edición del Premio de Psicología Aplicada «Rafael Burgaleta» 2010. *Clínica y Salud*, 22(1), 69-85.
- Gainotti, G. (1972). Emotional behavior and hemispheric side of the lesion. *Cortex; a journal devoted to the study of the nervous system and behavior*, 8(1), 41-55.
- García, J. A., y Olazarán, J. (2002). Criterios diagnósticos de demencia. En *Guías en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia. Revisión 2002* (pp. 141-150). Barcelona: Masson.
- García-Alberca, J. M., Lara, J. P., y M. Berthier. (2010). Sintomatología neuropsiquiátrica y conductual en la enfermedad de Alzheimer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(4), 212-222.
- García-García, F. J., Sánchez Ayala, M. I., Pérez, A., Martín, E., Marsal, C., Rodríguez, G., Gutiérrez, G. (2001). Prevalencia de demencia y de sus subtipos principales en sujetos mayores de 65 años: efecto de la educación y ocupación. *Estudio Toledo. Medicina Clínica*, 116(11).
- García-Soler, A., Sánchez-Iglesias, I., Buiza, C., Alaba, J., Navarro, A. B., Arriola, E., y Hernández, C. (2013). Adaptation and validation of the Spanish version of the Pain Evaluation Scale in patients with advanced dementia: PAINAD-Sp. *Revista española de geriatría y gerontología*. doi:10.1016/j.regg.2013.02.001
- Gilleard, C. J. (1984). *Living with Dementia: Community Care of the Elderly Mentally Infirm*. Routledge.
- Gitlin, L. N., Kales, H. C., y Lyketsos, C. G. (2012). Managing Behavioral Symptoms in Dementia Using Nonpharmacologic Approaches: An Overview. *JAMA : the*

- journal of the American Medical Association, 308(19), 2020-2029.
doi:10.1001/jama.2012.36918
- Gottfries, C. G., Bråne, G., Gullberg, B., y Steen, G. (1982). A new rating scale for dementia syndromes. *Archives of gerontology and geriatrics*, 1(4), 311-330.
- Guillén, F. (2005). Delirium en pacientes ancianos hospitalizados. *Medicina Clínica*, 124(14), 538-540. doi:10.1157/13073941
- Gurel, L., Linn, M. W., y Linn, B. S. (1972). Physical and Mental Impairment-of-Function Evaluation in the Aged: The PAMIE Scale. *Journal of Gerontology*, 27(1), 83-90. doi:10.1093/geronj/27.1.83
- Gurland, B., Kuriansky, J., Sharpe, L., Simon, R., Stiller, P., y Birkett, P. (1977). The Comprehensive assessment and Referral Evaluation (CARE)--rationale, development and reliability. *International journal of aging y human development*, 8(1), 9-42.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 278-296.
- Hardt, O., y Nadel, L. (2009). Cognitive maps and attention. *Progress in brain research*, 176, 181-194. doi:10.1016/S0079-6123(09)17610-0
- Haupt, M. (2000). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Physical Nonaggressive Agitation. *International Psychogeriatrics*, 12(Supplement S1), 125-127. doi:10.1017/S104161020000689X
- Helmes, E., Csapo, K. G., y Short, J. A. (1987). Standardization and validation of the Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES). *Journal of gerontology*, 42(4), 395-405.
- Henríquez, R., y Agüera, L. (2002). Suicidio. En *Psiquiatría Geriátrica* (2.a ed., pp. 333-360). Barcelona: Masson.
- Hernández, J. M. (2004). Técnicas de investigación y evaluación. En *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Hersch, E. L., Kral, V. A., y Palmer, R. B. (1978). Clinical value of the London Psychogeriatric Rating Scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 26(8), 348-354.

- Holroyd, S. (2000). Hallucinations and Delusions in Dementia. *International Psychogeriatrics*, 12(Supplement S1), 113-117. doi:10.1017/S1041610200006876
- Honigfeld, G., Gillis, R. D., y Klett, C. J. (1966). NOSIE-30: a treatment-sensitive ward behavior scale. *Psychological reports*, 19(1), 180-182.
- Hope, T., y Fairburn, C. G. (1992). The Present Behavioural Examination (PBE): the development of an interview to measure current behavioural abnormalities. *Psychological medicine*, 22(1), 223-230.
- Hurley, A. C., Volicer, B. J., Hanrahan, P. A., Houde, S., y Volicer, L. (1992). Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. *Research in nursing y health*, 15(5), 369-377.
- Imsero. Observatorio de Personas Mayores. (2012). Informe 2010. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad Instituto de Mayores y Servicio Sociales (IMSERSO).
- Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegal, A. P., y Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of internal medicine*, 113(12), 941-948.
- Instituto Nacional de Estadística. (2013). Censos de población y viviendas 2011. Población residente en establecimientos colectivos. Recuperado a partir de www.ine.es/prensa/prensa.htm
- International Psychogeriatric Association. (2002). IPA BPSD Educational Pack.
- Iwata, B. A. (1986). Editor's Note. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 19(4), 319-319. doi:10.1901/jaba.1986.19-319
- Jorm, A. F., Mackinnon, A. J., Henderson, A. S., Scott, R., Christensen, H., Korten, A. E., y Mulligan, R. (1995). The Psychogeriatric Assessment Scales: a multi-dimensional alternative to categorical diagnoses of dementia and depression in the elderly. *Psychological medicine*, 25(3), 447-460.
- Kantor, J. R. (1978). *Psicología Interconductual: un ejemplo de construcción científica sistemática*. Trillas.

- Katz, I. R. (2000). Agitation, Aggressive Behavior, and Catastrophic Reactions. *International Psychogeriatrics*, 12(Supplement S1), 119-123.
doi:10.1017/S1041610200006888
- Kertesz, A. (2000). Behavioral and Psychological Symptoms and Frontotemporal Dementia (Pick's Disease). *International Psychogeriatrics*, 12(Supplement S1), 183-187. doi:10.1017/S1041610200007006
- Kincannon, J. C. (1968). Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: the mini-mult. *Journal of consulting and clinical psychology*, 32(3), 319-325.
- Kitwood, T. M. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Open University Press.
- Kolanowski, A. (2006). Geropsychiatric Nursing: The State of the Science. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(2), 75-99.
doi:10.1177/1078390306292158
- Kverno, K. S., Black, B. S., Nolan, M. T., y Rabins, P. V. (2009). Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: a systematic literature review. *International psychogeriatrics / IPA*, 21(5), 825-843. doi:10.1017/S1041610209990196
- Lachs, M. S., Becker, M., Siegel, A. P., Miller, R. L., y Tinetti, M. E. (1992). Delusions and behavioral disturbances in cognitively impaired elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(8), 768-773.
- Landis, J. R., y Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. *Research in psychotherapy*, 90-102. doi:10.1037/10546-004
- Lawson, J. S., Rodenburg, M., y Dykes, J. A. (1977). A Dementia Rating Scale for Use With Psychogeriatric Patients. *Journal of Gerontology*, 32(2), 153-159.
doi:10.1093/geronj/32.2.153
- Lazarus, A. A. (1958). New methods in psychotherapy: a case study. *South African medical journal*, 32(26), 660-663.

- León, O., y Montero, I. (1997). *Diseño de investigaciones: Introducción a la lógica de la investigación en Psicología y Educación*. Madrid: McGraw-Hill.
- Lerman, D. C., Iwata, B. A., y Wallace, M. D. (1999). Side effects of extinction: prevalence of bursting and aggression during the treatment of self-injurious behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32(1), 1-8.
doi:10.1901/jaba.1999.32-1
- Leturia, F. J., y Yanguas, J. (1999). Intervención en ámbitos residenciales. En *Gerontología Conductual* (pp. 181-206). Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3420645>
- Levin, H. S., High, W. M., Goethe, K. E., Sisson, R. A., Overall, J. E., Rhoades, H. M., y Gary, H. E. (1987). The neurobehavioural rating scale: assessment of the behavioural sequelae of head injury by the clinician. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 50(2), 183-193.
- Levy, J. A., y Chelune, G. J. (2007). Cognitive-behavioral profiles of neurodegenerative dementias: beyond Alzheimer's disease. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 20(4), 227-238. doi:10.1177/0891988707308806
- Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez Burgada, F., Sala, J. M., y Seva Díaz, A. (1979). [Cognocitive mini-test (a simple practical test to detect intellectual changes in medical patients)]. *Actas luso-españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines*, 7(3), 189-202.
- López, A., y Mendioroz, M. (2001). Síntomas Conductuales y Psicológicos en la Demencia: Aspectos clínicos y etiológicos. Conferencia de Consenso de la International Psychogeriatric Association (IPA). Matia Fundazioa.
- Losada, A. (2004). *Intervenciones no farmacológicas para la reducción de comportamientos problemáticos asociados a la demencia* (No. 13). Madrid: Portal Mayores. Recuperado a partir de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-intervenciones-01.pdf>
- Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., Gallagher-Thompson, D., y Knight, B. G. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de

- personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinaria. *Psicología Conductual*, 15(1), 57-76.
- Low, L.-F., Brodaty, H., y Draper, B. (2002). A study of premorbid personality and behavioural and psychological symptoms of dementia in nursing home residents. *International journal of geriatric psychiatry*, 17(8), 779-783. doi:10.1002/gps.697
- Lucas-Vaquero, M. V. (2003). Compilación de técnicas para una evaluación multidimensional en vejez. Un ejemplo de protocolo de evaluación. Recuperado a partir de <http://gabinetedepsicologia.com/gabinetedepsicologia/downloadclinica/GERONTOLOGIA.pdf>
- Llinás Regla, J., López Pousa, S., y Vilalta Franch, J. (1995). The efficiency of CAMDEX in the diagnosis of dementia and its sub-types. *Neurología (Barcelona, Spain)*, 10(3), 133-138.
- Madsen, K. B. (1967). *Teorías de la motivación: Un estudio comparativo de las teorías modernas de la motivación*. Buenos Aires: Paidós.
- Mahoney, F. I., y Barthel, D. W. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland state medical journal*, 14, 61-65.
- Malott, R. W. (2004). Notes from an Introspective Behaviorist. *Journal of Organizational Behavior Management*, 24(1-2), 75-112. doi:10.1300/J075v24n01_06
- Manzano, J. M., Llorca, G., Ledesma, A., y López-Ibor, J. J. (1994). [Spanish adaptation of the Alzheimer's disease assessment scale (ADAS)]. *Actas luso-españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines*, 22(2), 64-70.
- Margallo-Lana, M., Swann, A., O'Brien, J., Fairbairn, A., Reichelt, K., Potkins, D., y Ballard, C. (2001). Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (16), 39-44.
- Marks, I. M. (1991). *Miedos, fobias y rituales: Clínica y tratamientos*. Martínez Roca.
- Márquez, M., y Losada, A. (2009). Evaluación e intervención en el ámbito del cuidado informal. En Rocío Fernández-Ballesteros (Ed.), *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada*. Madrid: Pirámide.

- Martí, J. de. (2006). El ingreso de personas con deterioro cognitivo en residencias (No. 61). Portal Mayores. Recuperado a partir de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/marti-ingreso-01.pdf>
- Martínez, T. (2011). La atención Gerontológica centrada en la persona. Vitoria: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco.
- Marx, M. S., Werner, P., y Cohen-Mansfield, J. (1989). Agitation and touch in the nursing home. *Psychological reports*, 64(3 Pt 2), 1019-1026.
- McCusker, J., Cole, M. G., Dendukuri, N., y Belzile, E. (2004). The delirium index, a measure of the severity of delirium: new findings on reliability, validity, and responsiveness. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(10), 1744-1749. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52471.x
- McKeith, I. G. (2000). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Dementia With Lewy Bodies. *International Psychogeriatrics*, 12(Supplement S1), 189-193. doi:10.1017/S1041610200007018
- Meer, B., y Baker, J. A. (1966). The Stockton Geriatric Rating Scale. *Journal of Gerontology*, 21(3), 392-403. doi:10.1093/geronj/21.3.392
- Meguro, K., Meguro, M., Tanaka, Y., Akanuma, K., Yamaguchi, K., y Itoh, M. (2004). Risperidone is effective for wandering and disturbed sleep/wake patterns in Alzheimer's disease. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 17(2), 61-67. doi:10.1177/0891988704264535
- Meins, W. (2000). Impact of Personality on Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *International Psychogeriatrics*, 12(Supplement S1), 107-109. doi:10.1017/S1041610200006852
- Mohs, R. C., Rosen, W. G., y Davis, K. L. (1983). The Alzheimer's disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. *Psychopharmacology bulletin*, 19(3), 448-450.
- Molloy, D. W., Bédard, M., Guyatt, G. H., y Lever, J. (1996). Dysfunctional Behavior Rating Instrument. *International psychogeriatrics / IPA*, 8 Suppl 3, 333-341; discussion 351-354.
- Montorio, I. (1994). La persona mayor: guía aplicada de evaluación psicológ... (SID). Madrid: INSERSO. Recuperado a partir de

<http://sid.usal.es/libros/discapacidad/5171/8-1/la-persona-mayor-guia-aplicada-de-evaluacion-psicologica.aspx>

- Moore, K., Delaney, J. A., y Dixon, M. R. (2007). Using Indices of Happiness to Examine The Influence of Environmental Enhancements for Nursing Home Residents With Alzheimer's Disease. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40(3), 541-544. doi:10.1901/jaba.2007.40-541
- Moreno, R. (2004). La Psicología Interconductual en España: Orígenes y desarrollo. *Acta Comportamentalia*, 12(1), 39-51.
- Mungas, D., Weiler, P., Franzi, C., y Henry, R. (1989). Assessment of disruptive behavior associated with dementia: the Disruptive Behavior Rating Scales. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 2(4), 196-202.
- National Institute of Health. (2009). Science of Behavior Change. Recuperado a partir de <http://commonfund.nih.gov/behaviorchange/meetings/sobc061509/>
- Neil, W., y Bowie, P. (2008). Carer burden in dementia--assessing the impact of behavioural and psychological symptoms via self-report questionnaire. *International journal of geriatric psychiatry*, 23(1), 60-64. doi:10.1002/gps.1839
- Nunnally, J. C., y Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. McGraw-Hill.
- O'Brien, J. A., Shomphe, L. A., y Caro, J. J. (2000). Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia in Nursing Home Residents: The Economic Implications. *International Psychogeriatrics*, 12(Supplement S1), 51-57. doi:10.1017/S1041610200006761
- O'Connor, D. W. (2000). Epidemiology of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *International Psychogeriatrics*, 12(Supplement S1), 41-45. doi:10.1017/S1041610200006748
- Olazarán-Rodríguez, J., Agüera-Ortiz, L. F., y Muñoz-Schwochert, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 55, 598-608.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra.

- Overall, J. E., y Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10(3), 799-812. doi:10.2466/pr0.1962.10.3.799
- Patel, V., y Hope, R. A. (1992). A rating scale for aggressive behaviour in the elderly-- the RAGE. *Psychological medicine*, 22(1), 211-221.
- Pedro-Cuesta, J. de, Virués-Ortega, J., Vega, S., Seijo-Martínez, M., Saz, P., Rodríguez, F., y Barrio, J. L. del. (2009). Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: A reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. *BMC Neurology*, 9(1), 55. doi:10.1186/1471-2377-9-55
- Pelechano, V. (1976). *Psicodiagnóstico*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la UNED.
- Pelegrín, C., Martín, M., y Tirapu, J. (1995). La escala NRS: la versión española de la Neurobehavioural Rating Scale. *Anales de Psiquiatría*, 11, 88-98.
- Pelletier, I. C., y Landreville, P. (2007). Discomfort and agitation in older adults with dementia. *BMC Geriatrics*, 7(1), 27. doi:10.1186/1471-2318-7-27
- Peña-Casanova, J., Monllau, A., Böhm, P., Aguilar, M., Sol, J. M., Hernández, G., Grupo NORMACODEM. (2005). [Diagnostic value and test-retest reliability of the Blessed Dementia Rating Scale for Alzheimer's disease: data from the NORMACODEM project]. *Neurología (Barcelona, Spain)*, 20(7), 349-355.
- Peralta, V., y Cuesta, M. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *ActasLuso-Esp Neurol Psiquiatr*, 4, 44-50.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5(2), 159-172.
- Pérez, M., y García, J. . (2003). Guía de tratamientos eficaces para la depresión. En Marino Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández, y I. Amigó (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I (Adultos)* (pp. 161-195). Madrid: Pirámide.
- Pérez, V., Gutierrez, M. T., García, A., y Gómez, J. (2005). *Procesos psicológicos básicos: un análisis funcional*. Pearson Educación.
- Pirkis, J. E., Burgess, P. M., Kirk, P. K., Dodson, S., Coombs, T. J., y Williamson, M. K. (2005). A review of the psychometric properties of the Health of the Nation

- Outcome Scales (HoNOS) family of measures. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 76. doi:10.1186/1477-7525-3-76
- Plutchik, R., Conte, H., Lieberman, M., Bakur, M., Grossman, J., y Lehrman, N. (1970). Reliability and validity of a scale for assessing the functioning of geriatric patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 18(6), 491-500.
- Pohjasvaara, T., Mäntylä, R., Ylikoski, R., Kaste, M., y Erkinjuntti, T. (2000). Comparison of different clinical criteria (DSM-III, ADDTC, ICD-10, NINDS-AIREN, DSM-IV) for the diagnosis of vascular dementia. *National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences. Stroke; a journal of cerebral circulation*, 31(12), 2952-2957.
- Potkins, D., Myint, P., Bannister, C., Tadros, G., Chithramohan, R., Swann, A., ... Margallo-Lana, M. (2003). Language impairment in dementia: impact on symptoms and care needs in residential homes. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(11), 1002-1006. doi:10.1002/gps.1002
- Prince, M., Brodaty, H., Uwakwe, R., Acosta, D., Ferri, C. P., Guerra, M., ... Liu, Z. (2012). Strain and its correlates among carers of people with dementia in low-income and middle-income countries. A 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(7), 670-682. doi:10.1002/gps.2727
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., y Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's y dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 9(1), 63-75.e2. doi:10.1016/j.jalz.2012.11.007
- Rabinowitz, J., Davidson, M., De Deyn, P. P., Katz, I., Brodaty, H., y Cohen-Mansfield, J. (2005). Factor analysis of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in three large samples of nursing home patients with dementia and behavioral disturbance. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 13(11), 991-998. doi:10.1176/appi.ajgp.13.11.991

- Rabins, P. V. (2000). Measuring Quality of Life in Persons With Dementia. *International Psychogeriatrics*, 12(Supplement S1), 47-49.
doi:10.1017/S104161020000675X
- Raskin, A., y Crook, T. (1988). Relative's Assessment of Global Symptomatology (RAGS). *Psychopharmacology bulletin*, 24(4), 759-763.
- Ray, W. A., Taylor, J. A., Lichtenstein, M. J., y Meador, K. G. (1992). The Nursing Home Behavior Problem Scale. *Journal of gerontology*, 47(1), M9-16.
- Reisberg, B., Borenstein, J., Salob, S. P., Ferris, S. H., Franssen, E., y Georgotas, A. (1987). Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *The Journal of clinical psychiatry*, 48 Suppl, 9-15.
- Reisberg, B., y Ferris, S. H. (1985). A clinical rating scale for symptoms of psychosis in Alzheimer's disease. *Psychopharmacology bulletin*, 21(1), 101-104.
- Robertsson, B., Karlsson, I., Styrud, E., y Gottfries, C. G. (1997). Confusional State Evaluation (CSE): an instrument for measuring severity of delirium in the elderly. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 170, 565-570.
- Rodríguez, P. (2007). *Residencias y otros alojamientos para personas mayores*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Ropacki, S. A., y Jeste, D. V. (2005). Epidemiology of and risk factors for psychosis of Alzheimer's disease: a review of 55 studies published from 1990 to 2003. *The American journal of psychiatry*, 162(11), 2022-2030.
doi:10.1176/appi.ajp.162.11.2022
- Rosen, J., Burgio, L., Kollar, M., Cain, M., Allison, M., Fogleman, M., y Zubenko, G. S. (1994). A user-friendly instrument for rating agitation in dementia patients. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 2(1), 52-59.
- Rosenthal, R. (1994). Science and ethics in conducting, analyzing, and reporting psychological research. *Psychological Science*, 5(3), 127-134.
- Rosness, T. A., Barca, M. L., y Engedal, K. (2010). Occurrence of depression and its correlates in early onset dementia patients. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(7), 704-711. doi:10.1002/gps.2411

- Rovner, B. W., Steele, C. D., Shmueli, Y., y Folstein, M. F. (1996). A randomized trial of dementia care in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(1), 7-13.
- Ruipérez, I. (2004). Escalas de valoración en contextos geriátricos. En *Gerontología Social* (2.a ed.). Madrid: Pirámide.
- Ryden, M. B. (1988). Aggressive behavior in persons with dementia who live in the community. *Alzheimer disease and associated disorders*, 2(4), 342-355.
- Ryden, M. B., Bossenmaier, M., y McLachlan, C. (1991). Aggressive behavior in cognitively impaired nursing home residents. *Research in nursing y health*, 14(2), 87-95.
- Salvia, M. G., Dawidowski, A., Schapira, M., Figar, S., Söderlund, M. E., Seinhart, D., y Teri, L. (2011). Spanish Revised Memory and Behavior Problems Checklist Scale (SpRMBPC): trans-cultural adaptation and validation of the RMBPC questionnaire. *International psychogeriatrics / IPA*, 23(7), 1160-1166. doi:10.1017/S1041610210002073
- Sánchez, M. I. (2008). Depresión, ansiedad e insomnio. En *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico* (2.a ed., pp. 571-578). Barcelona: Masson.
- Scarmeas, N., Brandt, J., Blacker, D., Albert, M., Hadjigeorgiou, G., Dubois, B., y Stern, Y. (2007). Disruptive behavior as a predictor in Alzheimer disease. *Archives of neurology*, 64(12), 1755-1761. doi:10.1001/archneur.64.12.1755
- Segura, M., Sánchez, P., y Barbado, P. (1995). *Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo: (análisis de casos y supuestos prácticos)*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada.
- Shader, R. I., Hartz, J. S., y Salzman, C. (1974). A new scale for clinical assessment in geriatric populations: Sandoz Clinical Assessment--Geriatric (SCAG). *Journal of the American Geriatrics Society*, 22(3), 107-113.
- Silverstein, N. M., Flaherty, G., y Tobin, T. S. (2002). *Dementia and Wandering Behavior: Concern for the Lost Elder*. New York: Springer Publishing Company.
- Sinha, D., Zemlan, F. P., Nelson, S., Bienenfeld, D., Thienhaus, O., Ramaswamy, G., y Hamilton, S. (1992). A new scale for assessing behavioral agitation in dementia. *Psychiatry research*, 41(1), 73-88.

- Sixmith, A., Stilwell, J., y Copeland, J. (2004). Rementia: Challenging the limits of dementia care. *International Journal of Geriatric Psychology*, 8(12), 993-1000.
- Sloane, P. D., Brooker, D., Cohen, L., Douglass, C., Edelman, P., Fulton, B. R., y Zimmerman, S. (2007). Dementia care mapping as a research tool. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(6), 580–589. doi:10.1002/gps.1721
- Spiegel, R., Brunner, C., Ermini-Fünfschilling, D., Monsch, A., Notter, M., Puxty, J., y Tremmel, L. (1991). A new behavioral assessment scale for geriatric out- and in-patients: the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(4), 339-347.
- Starkstein, S. E., Mayberg, H. S., Preziosi, T. J., Andrezejewski, P., Leiguarda, R., y Robinson, R. G. (1992). Reliability, validity, and clinical correlates of apathy in Parkinson's disease. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 4(2), 134-139.
- Stern, Y. (2009). Cognitive Reserve. *Neuropsychologia*, 47(10), 2015-2028. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004
- Sultzer, D. L., Levin, H. S., Mahler, M. E., High, W. M., y Cummings, J. L. (1992). Assessment of cognitive, psychiatric, and behavioral disturbances in patients with dementia: the Neurobehavioral Rating Scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(6), 549-555.
- Tariot, P. N. (1996). CERAD behavior rating scale for dementia. *International psychogeriatrics / IPA*, 8 Suppl 3, 317-320; discussion 351-354.
- Teri, L., Montorio, I., y Izal Fernández de Trocóniz, M. (2000). Capítulo 8: Intervención en problemas de comportamiento asociados a la demencia, 178-201.
- Testad, I., Aasland, A. M., y Aarsland, D. (2007). Prevalence and correlates of disruptive behavior in patients in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9), 916–921. doi:10.1002/gps.1766
- Thompson, R. H., Fisher, W. W., Piazza, C. C., y Kuhn, D. E. (1998). The evaluation and treatment of aggression maintained by attention and automatic reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(1), 103-116. doi:10.1901/jaba.1998.31-103

- Trahan, M. A., Kahng, S., Fisher, A. B., y Hausman, N. L. (2011). Behavior-analytic research on dementia in older adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 44(3), 687-691. doi:10.1901/jaba.2011.44-687
- Trzepacz, P. T., Mittal, D., Torres, R., Canary, K., Norton, J., y Jimerson, N. (2001). Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98: comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 13(2), 229-242.
- Van der Linde, R. M., Stephan, B. C., Savva, G. M., Denning, T., y Brayne, C. (2012). Systematic reviews on behavioural and psychological symptoms in the older or demented population. *Alzheimer's research y therapy*, 4(4), 28. doi:10.1186/alzrt131
- Van Rillaer, J. (1985). *Las Ilusiones Del Psicoanálisis*. Barcelona: Ariel Recuperado a partir de <http://es.scribd.com/doc/78383798/Jacques-Van-Rillaer-Las-Ilusiones-Del-Psicoanálisis>
- Verhey, F. R. J., y Visser, P. J. (2000). Phenomenology of Depression in Dementia. *International Psychogeriatrics*, 12(Supplement S1), 129-134. doi:10.1017/S1041610200006906
- Verstraten, P. F. (1988). The GIP: an observational ward behavior scale. *Psychopharmacology bulletin*, 24(4), 717-719.
- Vilalta-Franch, J., Lozano-Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, M., Llinàs-Reglà, J., López-Pousa, S., y López, O. L. (1999). [The Neuropsychiatric Inventory. Psychometric properties of its adaptation into Spanish]. *Revista de neurologia*, 29(1), 15-19.
- Voyer, P., Verreault, R., Azizah, G. M., Desrosiers, J., Champoux, N., y Bédard, A. (2005). Prevalence of physical and verbal aggressive behaviours and associated factors among older adults in long-term care facilities. *BMC Geriatrics*, 5(1), 13. doi:10.1186/1471-2318-5-13
- Ward, S., Opie, J., y O'Connor, D. W. (2003). Family carers' responses to behavioural and psychological symptoms of dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(11), 1007-1012. doi:10.1002/gps.1005

- Wetterling, T., Kanitz, R.-D., y Borgis, K.-J. (1996). Comparison of Different Diagnostic Criteria for Vascular Dementia (ADDTC, DSM-IV, ICD-10, NINDS-AIREN). *Stroke*, 27(1), 30-36. doi:10.1161/01.STR.27.1.30
- Wilkinson, I. M., y Graham-White, J. (1980). Psychogeriatric dependency rating scales (PGDRS): a method of assessment for use by nurses. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 137, 558-565.
- Williams, J. M., Klein, K., Little, M., y Haban, G. (1986). Family observations of everyday cognitive impairment in dementia. *Archives of clinical neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 1(2), 103-109.
- World Health Organization. (2012). *Dementia. A public health priority*. United Kingdom.
- World Health Organization (WHO). (1989). *Health of The Elderly. Report of a WHO expert committee*. Geneva: World Health Organization.
- Wragg, R. E., y Jeste, D. V. (1989). Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *The American journal of psychiatry*, 146(5), 577-587.
- Yaffe, K., Fox, P., Newcomer, R., Sands, L., Lindquist, K., Dane, K., y Covinsky, K. E. (2002). Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 287(16), 2090-2097.
- Yanguas, J., Leturia, F. J., Uriarte, A., y Leturia, M. (1998). *Intervención Psicosocial en gerontología: manual práctico*. Madrid: Caritas.
- Yanguas, Javier, Buiza, C., Etxeberria, I., Galdona, N., González, M. F., Arriola, E., Urdaneta, E. (2006). *Estudio Longitudinal Donostia de enfermedad de Alzheimer*. Salamanca: Ediciones Témpora.
- Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., y Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *The American journal of psychiatry*, 143(1), 35-39.
- Zamarrón, M. D., Tárraga, L., y Fernández-Ballesteros, R. (2008). Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema*, 20(3), 432-437.

Zaudig, M. (1996). Assessing behavioral symptoms of dementia of the Alzheimer type: categorical and quantitative approaches. *International psychogeriatrics / IPA*, 8 Suppl 2, 183-200.

9 ANEXOS:

Anexo 1. Instrumento de registro observacional de los problemas de conducta en residencias.

Anexo 2. Esquema de análisis funcional de los problemas de comportamiento

Anexo 3. Consentimiento informado.

9.2 Anexo 2. Esquema de análisis funcional de los problemas de comportamiento

Concepto diagnóstico	Topografía	Posibles parámetros observables de la conducta				Secuencia conductual			Consecuencias a largo plazo				
		Intensidad	Frecuencia (Nº)	Duración (min, seg)	Latencia (min, seg)	Funcionalidad	Estímulos discriminativos	Contingencia a corto plazo	Consecuencias físicas / psicológicas	Consecuencias ambientales	Consecuencias Sociales	Médicos / Farmacológicos	Consecuencias de segundo orden
Aglitación	Inquietud. Cambio postural, movimientos en la silla, cambios repetitivos, miradas nerviosas.	Velocidad de los movimientos en la silla, cambios repetitivos, miradas nerviosas.	Movimientos en la silla	Movimiento fuera de acciones instrumentales orientadas a objetivo	Tiempo que tarda desde la realización de una actividad hasta comenzar una acción de agitación	Conducta automatizada, respuestas motoras de ansiedad y orientación, ansiedad y orientación, autoestimulación.	Eventos externos, ruidos, conversaciones, eventos internos, preocupación.	Evitación de la ansiedad, control del entorno, autoestimulación, preocupación fundada o infundada de los profesionales por dolor o malestar.	Mantenimiento de la ansiedad.	Aumento de restricciones. Pérdidas materiales, privación de estimulación. Apatía de las prescripciones médicas (pajal, sondas, etc.)	Aumento de la dificultad de la labor asistencial, aumento de la sobrecarga y el burnout de los profesionales, ignorancia de los profesionales sobre su estado	Aumento de la dificultad de la labor de enfermería, repetición de atenciones. Cambio en la medicación.	Problemas médicos asociados a la pérdida de rinda. Confusión con dolor, depresión y cambio de medicación.
	Gestos inquietos, autoestimulación, agarrar a las personas, tirar de la ropa.	Amplitud de los movimientos de las manos, cambios posturales, etc.	Movimientos repetitivos de las manos	Desde que comienza el movimiento hasta que finaliza, fuera de acciones instrumentales	Tiempo que tarda desde que se despierta hasta comenzar una acción de agitación	Conducta automatizada, respuestas motoras de ansiedad y orientación, autoestimulación. Refuerzo social.	Eventos externos, ruidos, conversaciones, eventos internos, preocupación.	Evitación de la ansiedad, control del entorno, autoestimulación, etc. fundada o infundada de los profesionales por dolor o malestar.	Mantenimiento de la ansiedad.	Ruptura de material, aumento de las restricciones físicas. Malfuncionamiento de los dispositivos médicos (pajal, sondas, etc.)	Aumento de la dificultad de la labor asistencial, aumento de la atención, aumento del burnout de los profesionales	Aumento de la dificultad de la labor de enfermería, repetición de atenciones. Cambio en la medicación.	Problemas médicos asociados a la pérdida de rinda. Confusión con dolor, depresión y cambio de medicación.
	Incoherencia verbal. Comentarios con o sin sentido repetitivos. Ruidos y gritos.	Volumen de las vocalizaciones	Repetición de palabras sin sentido (o sin interlocutor)	Tiempo de verbalización sin sentido (o sin interlocutor)	Tiempo que tarda en empezar la repetición de una secuencia verbal sin sentido	Interacción social realizada con ejecución pobre de conducta verbal, petición, comentario o autoestimulación	Eventos externos, ruidos, conversaciones, eventos internos, preocupación, falta de estimulación	Interacción social, física y/o verbal, escape del aburrimiento, autoestimulación, satisfacción de necesidades por parte de los profesionales	Mantenimiento de la ansiedad.	Aumento de la contaminación acústica.	Aumento de la atención del profesional, aumento del burnout. Discriminativo para otros usuarios	Aumento de la dificultad de la labor de enfermería, repetición de atenciones. Cambio en la medicación.	Aumento de la agitación de los otros residentes
	Quejas (bajas, palabras malsonantes, gemidos)	Aumento del volumen o significado de las verbalizaciones (palabras más malsonantes, o pronunciadas más alto)	Repetición de las palabras más malsonantes	Duración del episodio de quejas	Tiempo que tarda en realizar una queja desde que comienza una interacción personal	Interacción social, escape de confort o dolor, obtención de algún objeto reforzador o de un beneficio	Percepción de dolor o incomodidad, aparición de algún profesional o familiar, instrucción para realizar algún comportamiento con el que no está conforme	RF-Atención, contacto, objeto reforzador, privilegio RF-escape/evitación de algún evento aversivo (cursos, alimento no deseado, movilización, interacción)	Mantenimiento de la ansiedad.	Aumento de la contaminación acústica	Aumento de la dificultad de la labor asistencial, aumento de la atención, aumento del burnout	Aumento de la dificultad de la labor de enfermería, repetición de atenciones. Cambio en la medicación.	Aumento de la agitación de los otros residentes
	Golpear objetos de manera repetitiva sin intención violenta.	Intensidad sonora de los golpes	Golpear muebles (mesas, sillas, puertas)	Duración de la conducta de golpear	Tiempo que tarda desde una acción de golpear hasta dar el primer golpe	Autoestimulación, expresión de enfado o dolor, obtención de atención, escape de situación aversiva.	Objeto que hace ruido, situación aversiva, percepción de dolor o incomodidad	RF-Atención, contacto, objeto reforzador, privilegio, autoestimulación, RF-escape/evitación de algún evento aversivo (cursos, alimento no deseado, movilización, interacción)	Asesiones y heridas	Aumento de restricciones. Pérdidas materiales, privación de estimulación	Aumento de la dificultad de la labor asistencial, aumento del burnout de los profesionales. Heridas a terceros, aislamiento, etc.	Aumento de la dificultad de la labor de enfermería, repetición de atenciones. Cambio en la medicación.	Aumento de la agitación de los otros residentes, aumento de la probabilidad de herida de otros residentes.
	Resistencia	Resistencia física. Aumento de la intensidad del movimiento, amplitud, etc. Incorporación de gritos y quejas	Resistencia a acciones de cuidado (bomba, cambio postural, movilización, higiene)	Duración de la resistencia	Tiempo que tarda en empezar a reaccionar a los cuidados	Escape de situación aversiva.	Comienzo de acciones de cuidado.	RF- Alivio, eliminación del dolor, contacto no requerido. RF-juicio del contacto físico, instrucción para realizar algún comportamiento con el que no está conforme	Asesiones y heridas	Aumento de restricciones. Pérdidas materiales, privación de estimulación	Aumento de la dificultad de la labor asistencial, aumento de la atención, aumento del burnout de los profesionales. Heridas a terceros, aislamiento, etc.	Aumento de la dificultad de la labor de enfermería, repetición de atenciones. Cambio en la medicación.	Aumento de riesgo cardíaco. Aumento de riesgo de mala aplicación de terapéuticos, etc.
Deambulación	La persona se levanta, comienza a caminar. Ejerce una acción repetida sobre un objeto y/o repite el ciclo.	Número de pasos dados	Veces que se incorpora al día	Tiempo que tarda en levantarse desde un estímulo externo	Escape del entorno, escape del aburrimiento/búsqueda de estimulación/ Reacción ante un estímulo. Imitación del entorno	Horas del día, comentarios de profesionales, vistas, discomfort, repuestas cognitivas.	RF- Alivio de la ansiedad, del dolor, del burnout, del juicio del contacto físico, interacción con objetos y/o personas	Pérdida de peso, lesiones y heridas.	Aumento de restricciones	Aumento de la dificultad de la labor asistencial, aumento de la atención.	Distracción de los profesionales, fugas, pérdida de peso, aumento de la medicación, restricción física	Distracción de los profesionales, fugas, pérdida de peso, aumento de la medicación, restricción física	
	Gritos	Aumento súbito de la intensidad del tono de voz	Número de cambios de volumen	Duración del tiempo de grito	Tiempo que tarda en empezar a gritar desde la aplicación de un estímulo o interacción personal		Aumento de restricciones físicas. Aumento de contaminación acústica			Aumento de restricciones físicas. Aumento de contaminación acústica	Cambio en la medicación	Probabilidad de confusión con dolor. Aumento de riesgo de mala aplicación de terapéuticos. Aumento de la agitación de otros residentes.	
Agresividad	Violencia	Acción súbita e intencional hacia otra persona, animal o material susceptible de causar heridas (fuerza del movimiento, expresión facial)	Veces que se realiza un movimiento: levantar la mano, golpear, zurrar, arropar cosas, empujar, etc.	Duración de la actividad agresiva desde que se registra la primera aparición hasta que pasa un minuto sin nueva aparición	Tiempo que tarda en realizar una acción violenta		Aumento de restricciones físicas. Aumento de contaminación acústica. Pérdidas materiales	Heridas	Aumento de la dificultad de la labor asistencial, aumento del burnout de los profesionales. Heridas a terceros, aislamiento, etc.	Aumento de restricciones físicas. Aumento de contaminación acústica. Pérdidas materiales	Cambio en la medicación	Aumento del riesgo cardíaco. Aumento de riesgo de mala aplicación de terapéuticos. Aumento de la agitación de otros residentes. Heridas a otros residentes y profesionales	
	Violencia verbal	Significado de las verbalizaciones negativas (insultos y amenazas)	Número de verbalizaciones negativas al día	Duración de un episodio compuesto de varias verbalizaciones negativas continuadas	Tiempo que tarda en realizar una verbalización violenta		Aumento de restricciones físicas. Aumento de contaminación acústica.		Aumento de la dificultad de la labor asistencial, aumento de la atención, aumento del burnout de los profesionales.	Aumento de restricciones físicas. Aumento de contaminación acústica.	Cambio en la medicación	Aumento del riesgo cardíaco. Aumento de riesgo de mala aplicación de terapéuticos. Aumento de la agitación de otros residentes. Aumento del riesgo de recibir agresividad	
Ansiedad	Evitación/Escape	Frecuencia de conducta motora de evitación (andar en sentido contrario al del evento aversivo, andar de espaldas, retirar la cabeza, retirar la mirada)	Duración del episodio de evitación	Tiempo desde que aparece el estímulo aversivo hasta que se emite la respuesta		Fugas, Heridas	Aumento de restricciones físicas.	Aumento de la dificultad de la labor asistencial, aumento de la atención, aumento del burnout de los profesionales.			Cambio en la medicación		
	Expresión de miedo	Intensidad en el significado de las verbalizaciones sobre miedos ("no", "no quiero", "quitá", "apártate")	Número de verbalizaciones negativas al día	Duración del episodio de un episodio compuesto de varias verbalizaciones negativas continuadas	Tiempo desde que aparece el estímulo aversivo hasta que se emite la respuesta		Movilización de la persona, cambio del ambiente.	Aumento de la dificultad de la labor asistencial, aumento de la atención, aumento del burnout de los profesionales.			Cambio en la medicación	Aislamiento.	
	Gemidos	Intensidad del volumen de los gemidos	Número de gemidos al día	Duración de un episodio compuesto de varios gemidos separados por x tiempo	Tiempo desde que aparece el estímulo aversivo hasta que se emite la respuesta		Movilización de la persona, cambio del ambiente.	Aumento de la dificultad de la labor asistencial, aumento de la atención, aumento del burnout de los profesionales.			Cambio en la medicación	Riesgo de dolor, depresión, etc.	
Depresión	Llanto	Volumen del llanto	Número de episodios de llanto al día separados por tiempo sin llanto	Duración del episodio de llanto	Tiempo desde que aparece el estímulo aversivo hasta que se emite la respuesta		Movilización de la persona, cambio del ambiente.	Aumento de la dificultad de la labor asistencial, aumento de la atención, aumento del burnout de los profesionales.			Cambio en la medicación	Riesgo de dolor, depresión, etc.	
	Gemidos	Intensidad del volumen de los gemidos	Número de gemidos al día	Duración de un episodio compuesto de varios gemidos separados por x tiempo	Tiempo desde que aparece el estímulo aversivo hasta que se emite la respuesta								
	Llanto	Volumen del llanto	Número de episodios de llanto al día separados por tiempo sin llanto	Duración del episodio de llanto	Tiempo desde que aparece el estímulo aversivo hasta que se emite la respuesta								

Para poder observar mejor la tabla se puede descargar desde la siguiente dirección (o pinchando directamente en el link:

<https://www.dropbox.com/sh/udsi888qfiq3qt5/L7vRF3X-hQ>

Anexo 3. Modelo de consentimiento informado

Nombre del participante: _____

I. INTRODUCCIÓN:

Usted o bien su familiar ha sido invitado a participar en esta investigación. Antes de dar su consentimiento o no, le pedimos que lea cuidadosamente este documento. Esta hoja de consentimiento puede incluir palabras que no entienda bien. Si así fuera, por favor pregunte al investigador responsable del estudio que le explique cualquier palabra o información que no comprenda perfectamente. Por favor, haga cualquier pregunta que considere para asegurarse que ha entendido el procedimiento incluyendo posibles riesgos y beneficios.

Usted puede llevarse una copia de este consentimiento para leerlo con tranquilidad o discutirlo con su familia antes de tomar una decisión. Buscamos asegurar en todo momento la autonomía del paciente y respetar los derechos y obligaciones de la ley básica 21/2002 del 14 de Noviembre.

II. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN:

La meta del proyecto es obtener información sobre los problemas de comportamiento en las residencias, con el objetivo de crear terapias más adecuadas con la situación de la persona. La información que se obtenga servirá para desarrollar un instrumento de observación de los problemas en las residencias.

III. PARTICIPANTES:

Se le ha pedido la colaboración para participar de forma voluntaria en el estudio. Este consentimiento informado contiene información sobre el estudio. Queremos asegurarnos de que usted ha sido informado del propósito de este estudio y lo que significa para usted participar en él. El estudio es totalmente voluntario. Usted puede renunciar a su participación en cualquier momento sin ser penalizado ni perder los beneficios que el estudio pudiera reportar.

IV. PROCEDIMIENTO:

Un observador estará en las salas comunes tomando notas. No interactuará con la persona ni buscará mayor información que la que pueda registrar a primera vista.

V. RIESGOS E INCONVENIENTES:

Ningún riesgo ni daño se ha previsto durante la aplicación de la prueba.

VI. BENEFICIOS:

Es probable que no reciba ningún beneficio personal por su participación en este estudio. En cualquier caso, los datos obtenidos en este estudio podrán resultar en un mayor desarrollo de los instrumentos de registro y la terapia en las residencias.

VII. PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:

Firmando el presente consentimiento, entiende y consiente ceder libremente sus datos personales, de acuerdo con las leyes. Estos datos serán usados para el desarrollo de una tesis sobre problemas de comportamiento.

Mis datos son usados solamente para el estudio por instituciones. Grabaremos sus datos que no mantendrán ninguna identificación de usted ni será posible identificarle más adelante. En otras palabras, cuando alguien accede a participar en la investigación, recibe un código, y desde ese momento sus datos personales se encuentran bajo ese código, de modo que nadie pueda saber a quien pertenecen esos datos. La información será procesada durante los análisis de los datos y podrá aparecer en documentos del proyecto, pero de nuevo, sólo de modo que no sea posible identificarle acorde con la ley española de protección de datos LOPD 15/1999 del 13 de Diciembre.

La autorización para el uso y acceso de la información para los objetivos del estudio es totalmente voluntaria. Si no accede a proveer los datos arriba explicados, entiende que no puede participar en éste estudio. Esta autorización se aplicará hasta el final del estudio a no ser que la cancele previamente. En este caso dejaríamos inmediatamente de utilizar sus datos. Desde el momento de su retirada, sus datos no serán nuevamente procesados en fases posteriores del proyecto de investigación. Sin embargo no será posible alterar documentos que hayan sido publicados previamente.

Tengo el derecho de acceder a mis datos personales para corregirlos o borrarlos sin ningún problema y sin necesidad de dar ninguna razón. Para estos propósitos puedo contactar con el investigador de contacto: Álvaro García Soler

Matia Instituto
Calle XXX
CP XXX
Telf. XXX

Entiendo que si los resultados son publicados, mi identidad será en todo momento confidencial y mi imagen facial no será publicada en ningún medio garantizándome el completo anonimato.

Los datos adquiridos serán guardados durante la duración del proyecto XXX y posibles proyectos futuros relacionados con las mismas tareas de reconocimiento. Además los datos no serán borrados mientras existan licencias que los utilicen para sus respectivos propósitos.

He leído lo anterior y entiendo que soy libre para indicar si accedo o no al procesamiento de mi imagen, video, sonido y otros datos personales así como se describen arriba. He sido informado del propósito del estudio y lo que significa para mí participar en él. Todas las dudas me han sido clarificadas y entiendo todos los aspectos explicados. Firmando el presente consentimiento, accedo a lo expresado con anterioridad.

VIII. PERMISO PARA CONTACTAR EN EL FUTURO:

Por la firma de esta cláusula, autorizo al investigador principal y a sus coinvestigadores a contactarme en futuras investigaciones relacionadas con las personas mayores.

Fecha:

Firma:

IX. PERSONAS DE CONTACTO

Para más información sobre sus derechos como participante de la investigación, si no se encuentra satisfecho con la manera en la que el estudio se está desarrollando, si tiene cualquier pregunta, o experimenta cualquier daño durante el curso de la investigación, por favor contacte con el investigador principal.

XXX
Fundación XXX
Calle XXX
CP XXX
Telf. XXX

X. CONFIRMACIÓN:

Su participación en el estudio es posible sólo si usted firma el consentimiento en el que nos autoriza a usar su información personas y la información de su estado de salud. Si usted no desea esto, por favor, no tome parte en este estudio.

He leído o me ha sido leída la información escrita en este consentimiento. Todas mis preguntas acerca del estudio y mi participación han sido solucionadas.

Señale una de las siguientes.:

- He leído toda la información del consentimiento.
 La información en este consentimiento me ha sido leída por:

Todas mis preguntas han sido contestadas por:

Autorizo el uso y diseminación de los datos grabados a las entidades anteriormente mencionadas y para los propósitos anteriormente mencionados. La firma de este consentimiento no implica la renuncia a ningún derecho legal. Voluntariamente accedo a participar en este estudio llevado a cabo por Fundación Matia Instituto y otros miembros del proyecto XXX.

Nombre y apellidos del participante

Fecha

Firma del Participante:

Nombre y apellidos del investigador

Fecha

Firma del Investigador:

