



webinar

ENCUENTRO CON EXPERTOS



Abordaje de las conductas autolesivas y el suicidio en el paciente con demencia

Ponente:



Manel Sánchez Pérez

Coordinador Unidad de Psiquiatría Geriátrica. Fundación Hospitalarias, Martorell (Barcelona). Presidente de la Sociedad Española de Psicogeriatría

MARTES 10 DE JUNIO DE 2025



Red de Agentes Activos en la
DETECCIÓN PRECOZ DEL
ALZHEIMER



A continuación presento al experto que hoy nos acompaña, el Dr. Manel Sánchez. Participa en este encuentro como presidente de la Sociedad Española de Psicogeriatría. Como profesional ejerce el cargo de director del área de gestión del conocimiento y coordinador de la unidad de psiquiatría geriátrica en el hospital Sagrat de Martorel. Así que por favor, Manel, puedes empezar tu ponencia.

Muy bien, muchas gracias, María Ángeles, muchas gracias por la invitación de nuevo de CEFA para este webinar en el que vamos a intentar desgranar algunas cuestiones relevantes en relación a un tema quizá poco conocido, poco tratado, pero que obviamente resulta de gran trascendencia.

Vamos a intentar ceñirnos en el tiempo que tenemos a este índice y hablar un poco de la importancia de este problema, de los factores de riesgo que acompañan a los actos o los intentos de suicidio en las personas mayores, en las personas casi siempre mayores con demencia y algunos aspectos que podrían formar parte de nuestro abordaje ante este tipo de problema cuando lo tenemos detectado y unas breves conclusiones.

Las conductas suicidas son básicamente universales a cualquier edad, con alguna distribución más o menos desigual entre países, aunque como podemos ver aquí en este gráfico de la Organización Mundial de la Salud con muchas zonas carentes de información y con una concentración en algunas zonas de la Europa del Este y Asia con más intensidad que en otros lugares.

En nuestro país, como pasa en muchos otros países del área de la Europa occidental, sobre todo el mundo occidental, los suicidios consumados se concentran, sobre todo en la población mayor y especial en la población mayor de varones. a partir de los 70 años el índice de prevalencia de estas conductas se eleva exponencialmente. En números absolutos, puesto que es una población todavía minoritaria la de estas edades, pero esto está cambiando en cuanto a los números relativos y sabemos que el porcentaje de tasa por 100.000 habitantes de personas que cometen suicidio de estos grupos de edad, especialmente, como digo, en varones, es proporcionalmente elevado. A nivel de lo que podrían ser datos más macro mundiales y a pesar de todo y a pesar de que hablamos sobre todo desde la época de pandemia de un repunte importante en las conductas suicidas prácticamente en cualquier edad y especialmente también en jóvenes, parece que globalmente hay un cierto retroceso en las cifras, las tasas totales de suicidio a nivel de todo el mundo con muchas diferencias regionales, pero vemos que incluso en los tramos desde el año 1998 hasta 2017 hay un cierto retroceso en estas tasas globales de suicidio a nivel de todo el mundo y para todos los grupos de edad.

Algunos aspectos genéricos de la conducta suicida en las personas mayores, con demencia o sin ella, es que las vemos con mayor frecuencia en los mayores, digamos, más mayores, a partir de los 80 años y siempre son más frecuentes en varones. Generalmente la tasa es de tres, cuatro suicidios consumados en varones por uno en mujeres. Los suicidios consumados tienen una tasa también bastante más alta en relación a los intentos de suicidio en este grupo de edad, pues por cada cuatro intentos, tres, cuatro intentos de suicidio, uno es un suicidio consumado, mientras que en personas menores de 40 años por cada 20 aproximadamente, algunas estadísticas dicen que 30 intentos de suicidio, sobre todo

cuando bajamos más la edad, esta desproporción es mayor, pues solamente hay un suicidio consumado en estas edades más comunes. En las personas mayores suelen utilizarse métodos más letales. Hay una intencionalidad más contundente a la hora de producirse la muerte, mientras que en población más joven puede haber mucha mayor ambivalencia o llamadas de atención que hacen que los métodos sean más reversibles o menos letales en primera intención. Por eso en las personas mayores, los intentos de suicidio, o los suicidios consumados sobre todo, muchas veces son de hecho el primer intento. Es decir, podríamos decir en este caso, entre comillas, un intento con éxito y a veces es difícil encontrar intentos previos. En los hombres se da con mayor frecuencia esta condición en hombres separados o viudos y las mujeres viudas son el grupo de riesgo menor precisamente para el sexo femenino como riesgo de suicidio.

Hay un cierto retroceso en las tasas globales de suicidio a nivel de todo el mundo y para todos los grupos de edad.

Los factores de riesgo que se reconocen como más habituales en esta edad son las condiciones de aislamiento social, como decíamos espe-

cialmente en hombres, hombres que se quedan solos, que llevan mucho peor esta situación de vulnerabilidad, la coexistencia de alguna enfermedad física grave, limitante o invalidante, la existencia de enfermedad mental, especialmente depresión o abuso de sustancias, pero también aquí en los casos que después comentaremos el deterioro cognitivo y la disponibilidad de armas de fuego en el hogar. Por eso a veces en el medio rural, donde hay entornos de caza, por ejemplo, es más fácil que en entornos urbanos, pero también puede facilitar el paso al acto en un momento de un pensamiento suicida. En condiciones habituales se suele decir que la escalada de pensamiento, desde un sentimiento inicial de desesperanza hasta el suicidio consumado, pasaría por una gradación como la que vemos aquí, desde ese momento inicial de desesperanza hasta pensar que la vida no vale la pena. Empezar a tener deseos pasivos de muerte. "Ojalá mañana por la mañana no me despierte". Tener ya idea suicida, hacer un plan de suicidio, intentar suicidarse y morir en el intento. Tenemos señalado aquí el hecho de los pensamientos de que la vida no vale la pena porque en la práctica es un tipo de pensamiento que no es nada infrecuente en las personas mayores. Corresponde a un estudio hecho en la ciudad de Berlín con un número bastante grande de pacientes, de personas, no de enfermos, sino de personas de más de 70 años y hasta casi un 20% de ese grupo expresaban espontáneamente pensamientos de que la vida no valía la pena. Con un porcentaje añadido de depresión comórbida en estas personas, no pequeño, pero que es un tipo de pensamiento que las condiciones de fragilidad, las condiciones de precariedad económica, de salud, de soledad pueden abocar a pensarlo con alguna frecuencia.

Por otro lado, en las personas mayores distintas enfermedades, muchas veces ocultas antes de que sean diagnosticadas, pueden producir sintomatología depresiva que puede llevar a pensamientos eh suicidas, algunos de ellos como algunos tipos de cáncer. En concreto, el cáncer de páncreas, por ejemplo, es muy conocida ese síntoma precoz, que es el tener una depresión importante o ideas de suicidio y posteriormente síntomas físicos que llevan al diagnóstico de ese tipo de enfermedad.

También en el ámbito de la demencia, el hecho de que coexista depresión en porcentajes variables, pero nada despreciables en función del tipo de demencia, incluso las cifras que aparecen aquí son relativamente modestas, porque algunos tipos de demencia tienen unas prevalencias realmente importantes. Aquí vemos como, por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer en relación a la demencia frontotemporal o el Parkinson tienen incidencias parecidas de depresión, algo menos la parálisis supranuclear progresiva, un poquito más la demencia por cuerpos de Lewy y la degeneración córtico-basal, que es un tipo de demencia que presenta frecuencias de depresión muy elevadas. Eso nos puede ayudar a la hora de hacer cribaje de los síntomas depresivos en las personas que tienen demencia, que nos obliga a utilizar instrumentos específicos, digamos validados para esa situación en la que la afectación cognitiva puede hacer que el paciente no tenga capacidad de comprender bien nuestras preguntas y lo hacemos pues con el cuidador o el acompañante como algunas escalas validadas conocidas, como es el caso de la escala de Cornell pueden también incorporar la exploración de alteraciones del contenido del pensamiento, como son las ideas de suicidio incluso en estas fases. Y a eso nos puede ayudar tener instrumentos de este tipo, a poder utilizar algoritmos de decisión sobre cómo tratar o no tratar.

Es importante saber que en el caso de la demencia, en este caso de la demencia tipo Alzheimer, si consideramos esta línea media vertical de color rojo como el momento en el que se hace formalmente el diagnóstico, podemos ver como retrospectivamente en un número de meses muy importante, que puede llegar hasta 40 meses antes, pueden empezarse ya a detectar de forma significativa síntomas psicológicos o conductuales importantes y unos de los primeros son los síntomas de tipo depresivo y la ideación suicida. La ideación suicida

puede responder a una sensación en la cual el paciente todavía no tiene claro lo que le pasa y muchas veces su entorno todavía tampoco, pero interiormente las dificultades de comprensión de su mundo externo y de su mundo interno le llevan a tener pensamientos de muerte. En algunos pacientes con demencia hay una situación descrita que puede ayudar

Los deseos de muerte no son tan extraños en las personas que ya tienen el deterioro cognitivo confirmado.

bastante bien a entender a veces algunas de estas reacciones letales, es lo que se denomina el síndrome de vulnerabilidad emocional en la demencia, que no sería exactamente una depresión como la que podemos observar en una persona con indemnidad cognitiva, pero que se acerca bastante. Pero en este caso concreto en el paciente con demencia supone una respuesta emocional a pequeños cambios ambientales que hasta ese momento ofrecía seguridad al paciente y ante ese pequeño cambio responden de una forma muy intensa, con una gran afectación del estado anímico, con angustia y en algunos casos casi que con un perfil de lo que se denomina reacción catastrófica pueden tener conductas autolesivas o conductas que pueden acabar en la muerte. No siempre en estos casos es fácil atribuirles una intencionalidad suicida, sino a veces sería más en un contexto casi confusional en el que el paciente huyendo de su terror interno o de su sensación de abandono o de soledad, puede precipitarse o puede salir a la calle sin mirar o puede ser atropellado, en fin, puede acabar en una situación, como decía, mortal.

De hecho, los pensamientos o los deseos de muerte no son tan extraños como pudiera parecer en las personas que ya tienen el deterioro cognitivo confirmado. En algunos estudios como este sobre bastantes pacientes, más de 200 pacientes, más de un 5% especificaban o podían expresar verbalmente lo que comentábamos antes, que su vida no valía la pena, tenían algo más del 3% de estos pacientes ideas claramente de suicidio. Casi un 1% habían hecho gestos suicidas. Un gesto suicida es un acto que no llega a completar el suicidio, pero que le ha podido poner en riesgo total o parcialmente, aunque en esa muestra concreta no se contabilizó ningún suicidio consumado. Esto corresponde a lo que se denomina metaanálisis, es decir, un estudio que incluye muchos estudios sobre el mismo tema. En este caso fueron 54 estudios sobre varios aspectos de la salud mental de pacientes con demencia, que también incluía la prevalencia y el riesgo de suicidio en un periodo muy prolongado entre 1991 y el año 2023. De este estudio se deducía que las personas con demencia experimentaban a menudo sentimientos depresivos, apatía, que sabemos que es un síntoma muy prevalente en prácticamente todas las demencias, ansiedad o conductas agitadas. Estos síntomas en su conjunto conllevan a un nivel de estrés emocional elevado y en ocasiones pueden generar ideación suicida. La controversia se da cuando se indica si la demencia moderada presenta más ideas de suicidio en los pacientes con demencia leve, puesto que en estos metaanálisis hay estudios que se decantan más por una mayor prevalencia en las demencias incipientes y otros que se decantan más por una mayor prevalencia en las demencias en fase moderada.

En este sentido, se sabe que un 2% de la población general tiene pensamientos de suicidio en algún momento. No quiere decir que han hecho ningún intento, pero no es una idea, como vemos, tan infrecuente en población general. Mientras que si agrupamos a esta población en la que tiene demencia, eso sucede o se puede cuantificar hasta en un 10%. Y cerca de un 1% de las personas con demencia pueden realizar intentos de suicidio, aunque los que finalmente fallecen por suicidio consumado en esta condición son una proporción más pequeña, 0,1%. Eso, excepto algunos tipos de demencia, sobre todo aquellas que permiten que el paciente conserve un nivel de conciencia de su proceso de deterioro durante más tiempo. Algunas demencias, en concreto, especialmente la demencia que se denomina semántica, es una demencia que permite, vamos a decirlo de este modo, al paciente tener conciencia durante más tiempo de su propio deterioro, que lo vive con angustia, porque también se traduce en dificultades en el lenguaje que son muy evidentes para el entorno y en los cuales el paciente es consciente de que su capacidad de comunicar está reducida, está afectada y todavía es capaz de hacerlo con un nivel de cognición que le permite procesar ese déficit, podemos decir que de una forma relativamente dramática. Este problema también es compartido con otro grupo de pacientes neurológicos que también pueden llegar, y de hecho se llegan a demenciar con facilidad, que son los pacientes con la enfermedad de Huntington y que tienen además incluso las en los periodos predemencia de esta evolución de esta terrible enfermedad, pues tiene una conciencia muy grave de su propio deterioro y tienen índices de suicidio realmente muy elevados. En el caso de este tipo de demencia, la demencia semántica, que no es muy frecuente, tienden a generar obsesión con la conciencia de su déficit. En más de una cuarta parte sufren depresión clínica y tienden a interpretar que están perdiendo su mente o perdiendo su yo y tiene una alta conciencia de esta pérdida, lo cual genera una angustia muy intensa. Algunas localizaciones de este tipo de de afectación a nivel neuroanatómico,

como es la degeneración global, temporal izquierda, hace que estos síntomas de de mayor insight, de mayor conciencia, de enfermedad, más elevados.

Otros factores de riesgo relacionados con la con la el suicidio y la demencia es la propia edad. De hecho, la edad sin demencia ya es un factor de riesgo, como hemos visto al principio, para presentar más conductas suicidas. Si a esa edad avanzada añadimos la coexistencia de la demencia, pues añadimos un factor de de riesgo, es más frecuente en las demencias que llamamos de tipo no Alzheimer, como estas dos que hemos comentado como ejemplo. El suicidio en la enfermedad de Huntington con demencia y la demencia semántica, como ya hemos comentado, son más frecuentes que en otros grupos de demencia, incluso de demencias no Alzheimer. Ya reiterando lo que hemos comentado antes, la conciencia del deterioro del lenguaje también añade un sufrimiento añadido. La presencia del depresión previa al diagnóstico aumenta el riesgo. Los pacientes que previamente a desarrollar la demencia habían presentado clínica depresiva a lo largo de la vida, también supone un incremento en el riesgo para que durante la fase de demencia

puedan presentar síntomas, pensamientos de suicidio y también, por supuesto, si hubieran habido intentos previos en la vida pasada de esta persona.

La presencia de depresión clínica siempre incrementa el riesgo potencial de suicidio.

Los sentimientos de desesperanza. Comentábamos antes, como ese es un alimento importante en el inicio de la generación de este tipo de de sensaciones o de pensamientos de de suicidio, de muerte, están presentes en un porcentaje de por lo menos un 10% de todos

los enfermos con demencia. En el caso de los pacientes con Alzheimer, se habla de que más de un 7%, esto como decía antes, durante el metaanálisis que hemos comentado, hay diferencias oscilantes entre los distintos estudios en cuanto a los porcentajes que se detectan con respecto al riesgo.

Las conductas autodestructivas, por ejemplo, el rechazo, la ingesta, y pueden darse en un porcentaje alto de pacientes que están desarrollando la demencia, sobre todo en las fases ya moderadas o moderadas avanzadas, podrían no estar tan relacionadas con la presencia de depresión o ideación suicida, porque muchas veces a este tipo de conductas se les ha atribuido la cualidad de ser equivalentes suicidas, conductas autodestructivas o que potencialmente pueden llevar a la muerte, pero realmente no estarían formando parte, según algunos autores, de un constructo mental orientado al pensamiento activo de suicidio. Parece-ría, por otro lado, que los pacientes con deterioro cognitivo de menor edad, el rango de edad de lo que serían las demencias prácticamente preseniles entre 50 y 69 años, tienen un riesgo de suicidio más elevado, especialmente cuando se encuentran hospitalizados. Por este motivo es el subgrupo de población con demencia donde se ha detectado con más con más alta.

Sumarizando un poquito los factores de riesgo que ya hemos venido comentando, la severidad de la depresión que pueda estar acompañando, el grado de insight, por eso es un momento de riesgo el de la revelación del diagnóstico. Esto sí que es un un aspecto crítico cuando una persona recibe por primera vez el diagnóstico de estar diagnosticado de de una demencia, tipo alfa, el tipo que sea. A día de hoy prácticamente cualquier persona tiene suficiente información

como para saber a qué le expone ese diagnóstico, como si se diera un diagnóstico de cáncer y en este sentido, pues el diagnóstico de cáncer es sigue teniendo un impacto emocional muy elevado, pero está asociado con según qué tipo de cáncer, con capacidades de recuperación en algunos casos muy elevadas, cosa que no sucede a día de hoy, por desgracia, en el ámbito de las enfermedades neurodegenerativas, la mayoría de ellas y en las demencias en particular.

Cuando hay menor apatía, puede haber una mayor capacidad de planificación, sobre todo todavía en estas fases iniciales de la demencia, donde la cognición aún está relativamente conservada. Esa misma cognición que todavía permite en esas situaciones incipientes de diagnóstico de redactar, por ejemplo, un testamento, un testamento vital, también permite pensar con suficiente profundidad en la trascendencia de lo que viene por delante y por lo tanto en algunas personas en la generación de este tipo de pensamientos, sobre todo si se documentan intentos previos en la vida pasada de esa persona. Se ha intentado buscar, entre otras hipótesis, por qué la disfunción cognitiva propiamente per sé, aparte de la conciencia que pueda tener la persona en concreto, puede jugar un papel como factor de riesgo para el suicidio.

Parece ser, y de hecho en algunas de las que se denominan autopsias psicológicas, que se hacen en algunos lugares, en las que las personas que han fallecido, sobre todo a veces cuando son por muertes violentas o inesperadas, se hace lo que se denomina una autopsia biológica haciendo unas entrevistas a los familiares o el entorno del paciente y en las que en algunos casos hay algunos estudios que demuestran que un porcentaje no despreciable de personas que murieron por suicidio habían evidenciado ya mediante estas encuestas a sus entornos inmediatos síntomas de deterioro cognitivo, pero que no habían llegado a ser formalmente diagnosticados.

Con lo cual parece que en algunos de los intentos, sobre todo de los primeros intentos de suicidio en personas mayores, habría un subgrupo, en algún estudio habla que entre alrededor del 10-12% de personas, que ya tenían algún nivel de deterioro cognitivo, aunque no habían recibido diagnósticos formales de demencia.

La posibilidad de asociar dos entidades que en sí mismo tienen ese riesgo, como es la depresión o como es la disfunción cognitiva, multiplica el riesgo de ambas. Y lo que parece, según algunos autores, que sería un factor determinante, es lo que está detrás de eso que hemos llamado antes conductas catastróficas, que es una afectación de la capacidad para poder dar respuesta a un problema relativamente simple o relativamente habitual en la vida del paciente, pero que su propia disfunción cognitiva le impide resolverlo y le produce un nivel de frustración y de impotencia muy intenso con una angustia acompañante también muy elevada y en algunos casos una resolución muy dramática como es precipitar una actitud violenta dirigida hacia sí mismo. Esta reacción catastrófica que definiremos como una reacción desproporcionada ante situaciones en las que el paciente claramente no puede dar una respuesta a un reto determinado. Esto lo vemos a veces en pacientes que se están demenciando y que tienen todavía una vida laboral activa, que toman decisiones, que tienen responsabilidades, profesionales liberales o empresarios que ante una situación que habitualmente resolvían, un conflicto o alguna decisión que podían organizar aceptablemente dentro de sus cometidos profesionales, se ven incapaces de hacerlo en situaciones en público, bloqueos que les producen pues sensaciones de miedo, irritabilidad, tristeza e in-

cluso impulsividad conductual, que en algunos casos puede llegar a este tipo de respuestas. Son más las respuestas más heteroagresivas cuando los cuidadores se acercan para atender, para bañar, para cuidar, para vestir o desvestir al paciente que no entienden lo que se está haciendo con ellos en ese momento y pueden responder con respuestas desproporcionadas. Pueden darse con más frecuencia en su conjunto este tipo de reacciones en entornos más estimuladores, por ejemplo, en hospitales de día, centros de día, lugares donde el paciente es requerido con más intensidad para que resuelva retos y cuando empieza a entrar en estas fases de dificultad puede responder de esta manera. Por lo tanto, es muy necesario la formación de los cuidadores ante este tipo de riesgos.

Visto el problema desde otro ángulo distinto, por ejemplo, en los países como es el nuestro, donde está regulada la eutanasia o el suicidio asistido, cuando se evalúa, sobre todo en los países que llevan más años con legislación vigente, cuáles son los motivos que llevan a las personas a pedir la eutanasia o pedir el suicidio asistido. Vemos aquí una gran cantidad de posibilidades y muchas de ellas están representadas en la demencia. Por ejemplo, la expectativa, como vemos al final, de acabar con una muerte indigna, de perder la dignidad, de perder la independencia, de perder la autonomía, de ser una carga para los demás. Es decir, muchas de estos sentimientos, de estas sensaciones están representadas o pueden vivirse de forma anticipada en el paciente que teme o que acaba de ser diagnosticado o todavía empieza a emerger un perfil al que hay que prestarle mucha atención, que es con esta dirección que estamos llevando cada vez para diagnosticar de forma más precoz a los pacientes que puedan llegar a desarrollar una demencia, aunque clínicamente todavía no la padezcan. Lo que se dan en las fases preclínicas es un cambio de investigación y de intervención muy interesante, pero que todavía a día de hoy está desarrollando más rápidamente la capacidad del diagnóstico precoz que no la capacidad del tratamiento precoz, con lo cual podemos exponer a un grupo de población, a veces todavía relativamente joven, a una certeza o una seguridad bastante alta de que va a padecer en unos años una demencia, cuando todavía no podemos ofrecerle un tratamiento preventivo o un tratamiento curativo. Convivir con ese diagnóstico puede exponer y de hecho pasa algunas personas a una interiorización muy angustiosa de esa noticia, cuando todavía no hay nada especialmente relevante. Esperemos que en los próximos años sí pueda hacerse algo para frenar esa evolución.

Tanto es así que incluso en algunos contextos dedicados a la bioética, teniendo en cuenta las repercusiones que tiene no solamente para el propio individuo, sino para la sociedad, se llega a recomendar, sin ningún tipo de pudor, podríamos decir, la indicación de que una persona que recibe ese tipo de diagnóstico debería sentirse obligada moralmente a pedir la eutanasia o acabar pronto sus días para no convertirse en una carga como seguramente se va a convertir para su familia, para sus cuidadores o para la sociedad.

Tenemos en cuenta además que las personas con demencia desde el momento del diagnóstico tienen hoy día una capacidad de sobrevivir tres veces mayor de la que se tenía hace unas décadas con ante la misma situación. Estas son afirmaciones realmente que pueden ser y que seguramente para muchos nos resultan bastante discutibles, pero para otras personas desde su punto de vista tienen esta categorización. Otros autores cuestionan este tipo de planteamientos desde una realidad que también es muy evidente. Es decir, para pedir este tipo de decisión, para tomar ese tipo de decisión, se exige

una competencia mental que obviamente la persona que está en ese momento con una demencia se supone que ya no la tiene. Dependerá un poco del grado, del momento en el que decide, pero es lo mismo que pasa para testar o para cualquier acción con consecuencias legales, se exige una competencia mental. La otra es la de que se trate, es una de las condiciones habituales en las leyes que regulan la eutanasia o el suicidio asistido, es que el sufrimiento sea insoponible. Y en cambio ese sufrimiento insoponible no siempre es una condición que pueda ser evidente en el paciente real que estamos viendo nosotros en ese momento, que a lo mejor hace años dejó escrita su voluntad de que se le practicara la eutanasia si llegaba a estar en una situación de demencia, pero justo en ese momento la impresión que uno puede tener es que si le preguntásemos en ese momento, no diría que está pasando por un sufrimiento insoponible. Quizá el sufrimiento lo viva la familia o el entorno más inmediato, pero probablemente no tanto el paciente. Es un tema de una cuestión de es un dilema muy importante a día de hoy y sobre todo siempre ha existido, pero desde luego desde que existen regulaciones legales para aspectos tan drásticos como es la eutanasia, un suicidio asistido, adquieren un valor, una actualidad muy crucial.

Esto tiene que ver con lo que comentábamos antes, las consecuencias psicológicas de un diagnóstico preclínico de la demencia. Ya hemos comentado, la ansiedad y el estrés por la incertidumbre y el pronóstico, miedo y preocupación por el futuro, en función también de cual sea el contexto social o familiar del paciente. Un impacto en la identidad y la autoestima es una especie de sentencia eh la cual difícilmente va a escapar y difícilmente se puede convivir con ella. Una especie de corredor de la muerte, para algunas personas, no pueden vivir de esa manera. Puede producir sentimientos depresivos y tristeza que pueden retroalimentar esta este cortejo de emociones negativas. Puede llevar a cambios en el comportamiento, en las relaciones que pueden hacer que las personas se aislen o que puedan empezar a modificar la calidad de sus relaciones con las personas que les cuidan o que conviven con ellos. Y por otro lado puede llevar, como decíamos, a decisiones anticipadas, algunas más determinantes que otras, pero que por lo menos en ese momento sí que es cierto que mantienen una capacidad cognitiva todavía para poder hacerlo.

¿Cómo podríamos actuar cuando nos encontramos con este tipo de condiciones que realmente es una situación difícil por definición y además absolutamente individual e individualizable, no hay dos situaciones similares o idénticas? Lo primero es siempre explorar este tipo de pensamientos. Porque la persona esté con deterioro cognitivo ya evidente, sea más avanzado o más incipiente, pensamos que no es capaz de desarrollar este tipo de pensamientos. Muchas veces la ausencia de conciencia de enfermedad, la nosognosia que tiene el paciente, nos puede llevar a pensar que esos pensamientos están lejos de su mente y el camino por el cual los construyen puede ser diferente de una persona que tenga indemnidad cognitiva, pero pueden estar presentes. De hecho, por eso, como decíamos antes, escalas o instrumentos suficientemente validados para evaluar la depresión en los pacientes con demencia incluyen la exploración activa de los pensamientos de muerte en estos pacientes.

Hay que identificar la existencia de depresión y tratarla porque aunque la depresión puede ser secundaria a la demencia, podría ser previa a la demencia. Sabemos que a veces la depresión es un anuncio de la demencia, es un síntoma premórbido de ella o puede tratarse de una persona que a lo largo de toda la vida ha sufrido episodios depresivos y aunque se esté deteriorando cognitivamente

los sigue presentando. En cualquier caso y en cualquier situación la presencia de depresión clínica siempre incrementa el riesgo potencial de suicidio que pueda existir en una persona. Una persona consumidora de alcohol, si desarrolla una depresión, sus tasas de suicidio se van a disparar exponencialmente. Una persona con deterioro cognitivo, si en ella se instaura una clínica depresiva, sus porcentajes de riesgo de suicidio, de pensamiento de muerte, también se van a incrementar. Por eso es importante conocer también los antecedentes, los antecedentes personales o los familiares de intento de suicidio, porque a veces en el propio paciente puede no haber un indicio real o registrable en este sentido, pero puede haberlo en algún pariente de primer grado, un padre, hermano, que se suicidó, por ejemplo, o que lo intentó. Y esto siempre nos debe alertar porque hay componentes genéticos que agrupan a veces estos riesgos en las familias donde algún miembro ha cometido suicidio.

Hay que valorar la intensidad de la angustia asociada a la demencia, porque la angustia también es un gran precipitante de conductas impulsivas. En muchas ocasiones no hay tanto un desarrollo, como vemos en los pacientes depresivos sin demencia, un desarrollo de planes suicidas, pero sí que les acerca ese riesgo estas experiencias que hemos comentado antes de fracaso, esta desafección, pacientes que en un momento determinado por ejemplo pierden de su entorno inmediato el cuidador habitual que les da seguridad, es un cuidador que ha podido ausentarse temporalmente o que puede haber fallecido o que se pueden haber trasladado de vivienda. En fin, ese tipo de situaciones el paciente las puede vivir con un nivel de angustia importante ante la cual puede reaccionar de manera autolesiva sin que haya incluso mediado ningún plan suicida. Puede haber una precipitación, como decía antes, una conducta de alto riesgo que puede acabar en un resultado de muerte.

Hay que identificar riesgos en el entorno inmediato, el acceso, a, como decíamos antes, armas de fuego, el acceso a productos cáusticos, a veces productos de limpieza. El paciente puede incluso discriminar beberse un cáustico y tener un mal resultado o fármacos, tener medicamentos al alcance de la mano, medicamentos de riesgo u otro tipo de productos. Por lo tanto, en pacientes que vemos con niveles altos de angustia o con pensamientos de muerte, es importante intentar en la medida de lo posible limitar los posibles riesgos.

Cuando se da un diagnóstico, en el los momentos iniciales del diagnóstico, siempre hay que acompañar a esta persona, siempre debería acompañarse de un programa de seguimiento una vez se ha dado un diagnóstico difícil de dar, porque la propia existencia del trastorno tampoco nos hace predecible en qué modo el paciente va a gestionar esa información. Nosotros la mayor asimilación que podemos hacer a eso es pensar cómo reaccionaríamos nosotros si nos dieran ese diagnóstico. Pero nuestro cerebro está indemne. Un cerebro que ya está afectado, en el cual ya existe algún nivel de neurodegeneración, puede interpretar la información de manera distinta a la que nosotros la estamos interpretando o pensamos que el paciente la va a interpretar. Desde una cierta indiferencia con los pacientes que parecen no inmutarse ante el diagnóstico, a pacientes que pueden tener una angustia tremenda o que incluso pueden hacer interpretaciones totalmente erróneas de lo que significa el diagnóstico. Lo recordamos un paciente recientemente que estaba convencido de que eso significaba que tenía un tumor cerebral y que empezó a partir de ese momento a exigir de forma muy intempestiva que se le interviniera y que se le operara ese tumor que le estaba

produciendo la demencia. Por tanto, hay que ofrecer apoyo y soporte psicológico para valorar de cerca cómo está el paciente encajando el diagnóstico y ayudar al paciente y a su entorno. A veces vemos que el paciente puede llevarlo relativamente bien y en cambio es el entorno el que lo vive con mucha angustia y es el que está precisando más atención.

Tiene una buena aplicación en esta en esta situación el uso de terapias no farmacológicas, que como sabemos son muy útiles en muchas alteraciones de conducta, muchos problemas psicológicos de los pacientes con demencia. En este caso, la aprovechar una de las características que incorporan eh mayor grado o en menor grado este conjunto de terapias de lo que llamaríamos distractibilidad cognitiva, es decir, cambios en el foco de atención del paciente, elementos más llamativos que captan su atención, pueden ayudar a a romper o a disminuir los bucles de pensamiento en los cuales pueda quedar enclado algún paciente tras recibir el diagnóstico, sobre todo o si esta idea de alguna de alguna forma se ha anclado en su mente de forma persistente.

Y por supuesto hay que monitorizar, hay que seguir, hay que valorar esa idea suicida que hemos diagnosticado o que hemos detectado en un momento determinado cómo se comporta en el tiempo y si se sostiene, si empeora o está mejorando. Algunas de las terapias que no vamos ni mucho menos a referir aquí, pero que tienen utilidad a la hora de poder ayudar a los pacientes en esta situación de tensión emocional que puede incluir pensamientos de muerte, es la terapia de validación muy conocida, muy contrastada, de muchísimo sentido común y que trabaja con niveles de empatía elevados con lo que vive el paciente en cada momento. Las terapias de reminiscencia, que son también muy clásicas, pero que pueden llevar en los momentos en los que se aplican al paciente a épocas más confortables de su vida o de recuerdo más positivo, en las cuales durante un tiempo puede asentarse y puede recuperar una parte de su yo no enfermo en el que se siente más cómodo, más reconocido, también es una estrategia de la que hay muchísimos materiales que nos pueden ayudar para aplicarlos incluso en el domicilio. La musicoterapia también tiene un impacto muy importante con efectividad en resultados clínicos, en disminución de frecuencia de conduc-

tas agitadas, de fármacos, disminución de sujeciones, de intentos de fuga, con una mejora de emociones positivas, de expresión de satisfacción y de socialización porque aumenta mucho la interacción significativa. La música puede ser compartida y es un elemento también que emocionalmente tiene resonancias muy positivas, que puede administrarse con la frecuencia que se quiera, porque realmente es muy sencillo, sobre todo esta forma individualizada de hacerlo, eh, y que también puede ayudar a neutralizar

pensamientos o sentimientos de angustia. Y por supuesto, el uso de animales de terapia que tienen una efectividad muy elevada y muy contrastada en pacientes incluso con niveles de de demencia ya muy avanzados o incluso en pacientes con demencias realmente ya muy evolucionadas que tienen ya pues algunos conductas muy regresivas, muy primarias, como son los gritos nocturnos, por ejemplo. A este tipo de pacientes proyectarles grabaciones breves con cachorros de animales que sea siempre perros jugando entre ellos les genera un gran

**“Los suicidios
“compartidos”
afortunadamente
no son demasiado
frecuentes.**

bienestar y una mejoría de la conducta muy significativa. Y por supuesto, las últimas adquisiciones que son los animales robóticos, como la conocida Nuka, que tiene un nivel de interacción muy conseguido con el paciente y que genera emociones muy positivas. Es realmente un robot muy sofisticado, pero con una apariencia muy amable y con una interacción tremendamente efectiva con los pacientes con deterioro cognitivo. O la estimulación multisensorial, que también tiene una gran capacidad de captar la atención de los pacientes con deterioro cognitivo y demencia, especialmente en las fases moderadas o moderadas avanzadas en las cuales genera un bienestar, una disminución de las conductas disruptivas, entre ellas las autolesivas y una mejoría del confort muy significativa.

Como conclusiones, simplemente recordamos lo que hemos venido diciendo, los pensamientos sobre el suicidio en pacientes con demencia no son infrecuentes, son menos infrecuentes de lo que pensamos habitualmente. Por tanto, deben explorarse adecuadamente siempre y a veces en entornos no habituados a la exploración en salud mental puede resultar un paradigma un poco más difícil o suele dar un poco de temor al profesional que no está acostumbrado a manejarse con este tipo de síntomas. La depresión es un mediador frecuente, aunque no siempre está presente. Pensemos de nuevo en las reacciones catastróficas que pueden darse en corto circuito y de forma muy inmediata, pero es frecuente la depresión. Por lo tanto, detectarla y tratarla. El tratamiento, aparte de los medidas no farmacológicas que acabamos de ver, también admite tratamientos farmacológicos con diversos grados de efectividad. El momento del diagnóstico, como hemos comentado ya en varios momentos, puede ser crítico para el surgimiento de las ideas de muerte. Por eso es un momento en el que las personas que están alrededor, tanto los profesionales como los familiares del paciente que está recibiendo ese diagnóstico, deben ser muy cuidadosos, empezando por el profesional, que es el que da la noticia. Todos sabemos que es un arte dar malas noticias y esta es una de ellas, y no todo el mundo tiene la misma formación y la misma habilidad para hacerlo de una manera que pueda respetar al máximo al paciente. O sea, no abandonarle con ese diagnóstico un minuto después sin estar pendiente de sus primeras reacciones o de si está acompañado o no lo está, o de poderle ofrecer algún seguimiento en los días y semanas posteriores. El tratamiento farmacológico de la depresión o de la angustia debe complementarse con estrategias no farmacológicas. En definitiva, el tratamiento sea farmacológico o no, casi siempre complementado, es necesario. Es una situación que produce una angustia vital absolutamente incontestable y ante la que tenemos que ser totalmente sensibles y poder ofrecer lo mejor de nuestra profesionalidad o de formación o de nuestra empatía en el peor de los casos, para hacernos cargo de lo que significa para el paciente lidiar con este tipo de pensamiento, además de su propio deterioro cognitivo y la distorsión del mundo interno que le produce encontrarse en esa situación.

Con esto ya terminamos la exposición. Muchas gracias por la atención y entiendo que ahora quedaríamos pendientes de preguntas.

Muchas gracias, Manel. Gracias por todos los datos e información facilitada sobre esta problemática de las ideas suicidas y cómo hacerle frente. Señalar, como has dicho, la necesidad del tratamiento farmacológico junto con el uso de terapias no farmacológicas, algo que siempre desde CEAFA destacamos para hacer frente a todos aquellos efectos que tiene el Alzheimer u otro tipo de demencia.

Preguntas

¿Hay planes para hacer frente al suicidio? ¿Qué es lo que se hace? ¿Qué más se podría hacer?

Respecto a lo que es el suicidio en general, en población general, sí que ha habido avances en los últimos años y sabemos que todos recibimos mensajes, tenemos este tema mucho más presente, es una realidad que se oculta menos, aunque sigue siendo una realidad muy difícil. Pero también hay políticas públicas de sensibilización, de difusión, de riesgo en los jóvenes, en los adultos, en los mayores. Creo que ahí los medios están más sensibles también a este tipo de informaciones. También existe desde el punto de vista profesional una sinergia importante, por ejemplo, en el modo en cómo se dan públicamente las noticias sobre suicidios a veces cuando afectan a personas conocidas, a personas famosas. Me estaba acordando ahora de algún actor que no me sale el nombre, pero que tenía una demencia por cuerpos de Lewy y parece que se suicidó hace pocos años, y tuvo mucha difusión. Bueno, importa mucho cómo se difundan las noticias, cómo se dicen las cosas y hoy día, por ejemplo, desde los programas de salud mental y desde las asociaciones profesionales de psiquiatría y de salud mental, hay campañas activas con los compañeros de la prensa y de los medios de comunicación para que tengan formación y poder dar este tipo de noticias de una forma veraz, pero que no sea ni excesivamente morbosa ni dramática, puesto es una noticia siempre muy difícil de manejar. Y uno no sabe nunca al otro lado de la pantalla o del periódico cómo va a impactar en una persona que la está escuchando o viendo. De hecho, es muy conocido cómo cuando ha habido algún caso socialmente muy relevante, de una persona conocida que se ha suicidado públicamente o que se ha conocido, ha habido una mayor o menor epidemia de suicidios posteriores. Hay personas que estaban, podríamos decir, en la cuerda floja y han querido seguir el ejemplo de alguien que dio el paso. Entonces, esto es una una realidad conocida.

En el aspecto concreto de las personas mayores, probablemente hay menos conductas proactivas y menos todavía en las personas que puedan tener demencia. O sea, estamos en una fase más incipiente. En algunos lugares, como es, por ejemplo, en el lugar que yo me muevo aquí en Cataluña, hay un plan de prevención del suicidio que tiene una sección especial, que ahora mismo está en curso, sobre prevención del suicidio en personas mayores y que incluye un capítulo para personas mayores con vulnerabilidad cognitiva. Y estamos elaborándolo en este momento y pienso que puede ser una aportación muy interesante.

Pero donde yo centraría ahora mismo el foco es en algo que ya hemos reiterado a lo largo de la presentación, es el delicado momento de la comunicación del diagnóstico. Es un momento muy crítico que no siempre se cuida todo lo bien que se debiera, como probablemente tampoco se cuida todo lo bien que se debiera dar malas noticias para otras enfermedades como el Alzheimer y las demencias, pero no es la única enfermedad con mal pronóstico, aunque sea a largo plazo. Hay otras muchas y a veces depende mucho de la formación, como decíamos, o de la sensibilidad del profesional involucrado en ello, en cómo impacta en esa persona. Yo creo que aquí sí que tenemos mucho por hacer, sobre todo porque cada vez se están extendiendo más estos esfuerzos de diagnóstico muy precoz en condiciones muy preclínicas donde la persona todavía no percibe ningún síntoma de enfermedad.

Todos somos conscientes de que afortunadamente cada vez hay un diagnóstico más precoz y tenemos casos con personas más jóvenes y es otro de los puntos que también hay que considerar para la importancia de ese diagnóstico precoz.

¿También este tema de conductas autolesivas o suicidios repercuten en familiares directos? ¿Hay también datos o información sobre esto?

Sí, por desgracia. Por ejemplo, tenemos documentados y de vez en cuando saltan a la prensa, porque son cosas así un poco mediáticas, cómo a veces matrimonios mayores en los cuales uno de ellos sufre demencia. Casi siempre el tandem es marido que se supone intacto cognitivamente, esposa muy afectada con una situación personal o social o familiar que le hace a esa persona muy difícil sobrevivir en esas condiciones, puede llegarse a dar lo que se llaman los suicidios compartidos. Que nunca son compartidos, siempre hay un inductor que en este caso, si fuera una pareja de estas características, acabaría siendo el que está indemne cognitivamente, aparentemente indemne, el que acaba con la vida de su cónyuge, afectado de demencia y posteriormente se suicida. No son pocos los ejemplos, la mayor parte son matrimonios y hay algunos ejemplos con hermanos, hermanos mayores que viven solos juntos en esta situación que consideran que es insufrible generalmente en situaciones de soledad o de aislamiento o de falta de ayuda, que llevan a este tipo de, presumiblemente indemne, porque cuando se hacen estas autopsias psicológicas que he comentado antes con mucha frecuencia, con bastante frecuencia se detecta que el inductor no estaba tan indemne cognitivamente, también tenía algún tipo de afectación, quizás no tan marcada como la persona con la que convive, pero que al final eso fue un cóctel explosivo para que se acabara produciendo esa situación. Afortunadamente esto en concreto no es demasiado frecuente, pero si uno revisa la prensa de vez en cuando aparecen este tipo de de noticias.



**CONFEDERACIÓN
ESPAÑOLA DE
ALZHEIMER
Y OTRAS DEMENCIAS**

C/ Pedro Alcatarena nº 3 Bajo. 31014 Pamplona (Navarra)

T: 948 17 45 17 | E: ceafa@ceafa.es

[facebook.com/CEAFA](https://www.facebook.com/CEAFA) twitter.com/AlzheimerCEAFA

www.ceafa.es