

GERIATRIA

**CONDUCTAS REGRESIVAS Y
NEGATIVISMO EN ADULTOS
MAYORES
(Revisión Bibliográfica)**

Rolando Angulo Cruz*
Manuel Sánchez Pérez**
Andrea Umaña Alvarez***
Eugenie Arguedas Gourzong****

SUMMARY

The negativism behavior in the elderly with mental illness is not infrequent, but still unknown its origin, phenomenology and treatment. In general, this behavior is described because of its clinical manifestations in an interpretative way as a regressive behavior. The regressive behavior in children is well explained in the literature, but not in the older people, that it's not always produced by the same mechanism. This article try to explain some of the possible reasons, related to the regressive behavior in the elderly, common in the clinical practice.

PALABRAS CLAVE: Negativismo, Conductas regresivas, Con-

ductas disruptivas.

KEY WORDS: Negativism, Regressive and Disruptive behavior,

INTRODUCCIÓN

El Negativismo se define como la oposición o resistencia, verbal o no verbal, a las sugerencias externas. Es característico de la esquizofrenia catatónica, en la que el paciente se resiste a cualquier esfuerzo para ser movilizado o intenta hacer lo opuesto a lo que se le pide. Se considera Negativismo activo cuando el paciente tiende positivamente a hacer lo contrario de lo que se espera o desea de él. En niños los comportamientos

negativistas y regresivos están ampliamente descritos y se asocian con un sinnúmero de síntomas: desde agresividad hacia sus personas allegadas, rebeldía ante la imposición de límites y desobediencia enfocada generalmente en expresar su disconfort o llamar la atención. Es habitual que realicen conductas regresivas en las primeras semanas tras tener un hermano, para llamar la atención o preocupar a los padres, generalmente desarrollan conductas como: volver a orinarse en la ropa, no querer comer sólidos, hablar de manera más infantil, originar conflictos en lugares públicos y desarrollar todo tipo de conductas disruptiva, etc.

*Médico especialista en psiquiatría, Hospital Raúl Blanco Cervantes.

**Médico especialista en psiquiatría, Hospital del Sagrado Corazón. Barcelona

***Médico especialista en geriatría, Hospital Raúl Blanco Cervantes.

****Médico especialista en geriatría, Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega.

DEFINICION DE LAS CONDUCTAS NEGATIVISTAS

Las conductas negativistas en pacientes ancianos no constituyen un problema clínico poco frecuente en Psicogeriatría. Las situaciones en que un paciente de edad avanzada se niega a ingerir alimentos, medicamentos o recibir cuidados, se observan con frecuencia en un amplio rango de trastornos mentales en geriatría, como trastornos afectivos, de la personalidad o demencias. Las conductas disruptivas se han asociado a diversas situaciones desencadenantes como el dolor en pacientes con deterioro cognitivo, quienes suelen hacer regresiones infantiles (ej. Gritos, llanto incoercible, rabietas, etc.) en respuesta a estímulos leves (ej. Distensión colónica asociada a constipación)³. La aparición de este tipo de conductas, no exclusivas de estas edades, adquiere en ellas una dimensión crítica para su pronóstico a corto plazo. Ya que, conductas como las descritas tienen gran capacidad para comprometer la integridad física de un anciano que restringe, por ejemplo, el aporte de nutrientes, de líquidos y de medicamentos que precisa para el control de otras enfermedades concurrentes. Dado que, un adulto mayor que no se alimenta, no ingiere líquidos, ni toma su medicamento puede descompensarse mucho más rápidamente que un individuo

más joven, con una mayor capacidad para enfrentar el estrés físico ocasionado por estas carencias y puede generar en los adultos mayores consecuencias mortales^{8,10}. A pesar de la frecuencia de presentación y de su potencial trascendencia, este tipo de conductas han recibido una reducida atención en la literatura especializada y apenas existen datos epidemiológicos sobre la prevalencia de estas conductas en la literatura científica⁸. La terminología con la que se describen incluye el negativismo, oposicionismo o las conductas regresivas, entre las más utilizadas. Las conductas que suelen incluirse bajo estos términos pueden englobar comportamientos tales como el rechazo de alimentos, medicaciones o cuidados -generalmente acompañado de cierto grado de hostilidad-, el mutismo, la negación activa para la deambulación, el cuidado personal o el control de esfínteres, entre otras. Algunas condiciones como la resistencia a cooperar en la rehabilitación funcional tras una caída, una intervención quirúrgica o un accidente cerebrovascular, se incluyen también en estas descripciones^{1,2,3,8,9}.

Aunque estas descripciones no incluyen la totalidad de las conductas observables, comprenden fundamentalmente las denominadas *regresivas*, entendiendo las mismas como *conductas propias de fases muy anteriores del desarrollo*

*encaminadas a reducir la angustia en la situación presente*⁸. En este punto, pues, conviene hacer referencia a la cuestión de la equivalencia entre la descripción de estas conductas en términos de *conductas negativistas* o *conductas regresivas*. Con mucha probabilidad podríamos afirmar que no todas las conductas negativistas obedecen a un mecanismo de regresión según la anterior definición. En este sentido, este concepto debería hacer referencia con más propiedad a un término explicativo de la conducta observada que a una denominación de la misma. Fenomenológicamente, las características de tales comportamientos pueden, en la práctica, expresarse de idéntica manera, tanto si responden o no a un mecanismo regresivo. Un estudio sobre los motivos de interconsulta psicogeriatría en Hospital General evidenció que el 55 % de las interconsultas estuvieron motivadas por conductas que impedían implementar un plan terapéutico para el paciente debido a un conducta hostil de rechazo (34,5 %), rechazo del tratamiento tras el alta (25,5 %), escasa cooperación en la rehabilitación por fisioterapia (16,4 %), rechazo del tratamiento farmacológico (10,9 %) o rechazo a la alimentación (9,1 %)³. Podría parecer que, en cualquier caso, el esfuerzo por establecer las diferencias ante conductas que se manifiestan de forma similar

fuera excesivo, pero, también en la práctica pueden suponer el establecimiento de estrategias terapéuticas diferentes.

CLASIFICACION DE LAS CONDUCTAS NEGATIVISTAS

Estableciendo una clasificación de estas conductas negativistas según sean activas o pasivas, siendo las primeras más frecuentemente catalogadas como regresivas, por requerir de un comportamiento abiertamente hostil y muchas veces inapropiado ante una sugerencia del cuidador o del personal de salud y las segundas como negativas, donde el individuo intentará no interactuar con el medio para no exponerse a lo propuesto por los anteriores. Siendo lo sugerido en ambos casos, evidentemente para beneficio del individuo. Así estas conductas intentan clasificarse a continuación (Tabla I).

Tabla I. Conductas de negación observadas con más frecuencia en anciano

- Oposicionismo: negativa, total o parcial, a colaborar ante cualquier sugerencia
- Negativismo o rechazo activo, en ocasiones con agresividad:
 - A la ingesta de alimentos (negativa, vómito o regurgitación)
 - A recibir tratamiento o cuidados (medicamentos, sondas, curas, etc.)

- Mutismo, total o selectivo hacia algunas personas (cuidadores, familiares, médicos o personal de salud)
- Conductas disruptivas: rabietas, gritos, llanto incoercible, etc.
- Pérdida de funciones (generalmente aguda y sin causa orgánica)
 - Deambulación
 - Control de esfínteres
 - Cuidado personal

Desde el punto de vista clínico, cuando estas conductas se presentan en pacientes de edad avanzada, suele observarse una instauración más rápida que cuando se dan en pacientes más jóvenes. Así mismo se asocian a una mayor mortalidad que en cualquier otro grupo de edad^{3,6}. Las consecuencias a corto plazo de una negativa total a la ingesta de alimentos, sólidos y líquidos o de medicamentos críticos para el control de numerosas patologías crónicas, condicionan la supervivencia en términos de tiempo con márgenes muy estrechos, bien directamente, o bien precipitando una cascada de complicaciones somáticas, especialmente en los ancianos de más edad o más frágiles.

CONDICIONES PSIQUIATRICAS ASOCIADAS

Las condiciones más frecuentemente asociadas a la generación de conductas negativistas se

desarrollan a continuación. *Los Trastornos afectivos*, especialmente los depresivos e incluso en su fase residual una vez remitido el episodio agudo. Determinados perfiles de personalidad premórbidos, incluyendo algunos trastornos de la personalidad propiamente dichos, en especial aquéllos que incluyen rasgos de marcada rigidez o que han ejercido un fuerte control sobre su entorno a lo largo de los años, resultan más vulnerables a los estados depresivos^{2,5}. La *demencia* es una de las enfermedades más comúnmente relacionada con este tipo de conductas, especialmente en pacientes institucionalizados^{6,10}. Los *trastornos psicóticos* pueden incluir, entre otras temáticas delirantes, la ideación de perjuicio asociada que pueden condicionar el rechazo activo a los alimentos, fármacos y cercanía de otros individuos. Una conducta insuficientemente explicada y de incierta ubicación nosográfica, el denominado *síndrome de Diógenes*¹, presenta conductas de oposición y negativismo, además del rechazo activo a la sociedad, el atesoramiento de objetos y/o basura. Los intentos para comprender la génesis de este tipo de conductas han incluido la conceptualización de los denominados *estados de estrés postraumático de involución*⁷. Estas condiciones suponen la presencia de acontecimientos vitales de fuerte impacto en la edad avanzada. Una mayor frecuencia

de pérdidas significativas en la vejez puede afectar a esta edad mediante la experiencia de la viudedad, los cambios forzados de residencia, la jubilación traumática o la precariedad económica, entre otras. En otras ocasiones, cambios de menor nivel pueden entrañar un alto impacto emocional para el individuo, otorgándole mayor significación en la vejez⁸.

También se han descrito dentro de las *conductas de abandono pasivo de los esfuerzos de adaptación*. Entre ellas: El *síndrome de la tortuga de espaldas*, incluido en los denominados síndromes post-caída, corresponde a la descripción de personas que viven solas y que tras sufrir una caída que les mantiene inmovilizados en el suelo, por varias horas. Reciben auxilio, pero su recuperación funcional es muy inferior a la esperable, predominando las conductas de pasividad y regresión⁹. El *síndrome por deslizamiento* ha sido relacionado con los equivalentes suicidas en ancianos que durante el periodo de recuperación de una enfermedad grave y durante la hospitalización inician un cuadro de mutismo y de negativa activa a la ingesta de alimentos y medicamentos que se asocia a una alta mortalidad⁸. El *síndrome de aislamiento social (social breakdown síndrome)* se describe en ancianos aislados socialmente que evolucionan presentando conductas regresivas y se relaciona en el 15 % con el desarrollo de una demencia⁵. Una vez que se dan las

conductas negativistas o regresivas en un anciano, las consecuencias que pueden derivarse de ello, si no revierten en breve plazo, incluyen la precipitación de complicaciones somáticas o psiquiátricas, frecuentemente dando lugar al efecto cascada en el que diversas complicaciones se suceden y potencian unas a otras. La existencia de negativa a la ingesta de líquidos resulta especialmente crítica dada la alta sensibilidad a la deshidratación de los pacientes ancianos más frágiles, así como la descompensación de las comorbilidades, sobretodo la insuficiencia renal, hepática, cardíaca o la diabetes pueden complicar en breve el estado general del paciente^{6,9}. La presencia de este tipo de conductas supone generalmente un elevado grado de estrés en los familiares o cuidadores de los pacientes y les pongan en riesgo de forzar actitudes inadecuadas.

MANEJO DE LAS CONDUCTAS NEGATIVAS

El tratamiento de los pacientes ancianos que presentan conductas regresivas o negativistas es habitualmente complejo. Dependerá fundamentalmente del riesgo potencial que genere la conducta presentada, aunque frecuentemente se dan simultáneamente más de uno de estos comportamientos. En todos los casos el tratamiento deberá contemplar el abordaje

intensivo del trastorno psiquiátrico de base, si está identificado, junto con medidas de soporte vital que aseguren la correcta nutrición e hidratación del paciente así como la administración de la medicación de uso crítico. Medidas de apoyo a los cuidadores, tanto profesionales como informales, deben conducir al manejo adecuado de sus elevados niveles de estrés y a la evitación de actitudes inadecuadas. La colaboración entre el geriatra y el psiquiatra resulta especialmente necesaria en estas situaciones⁸.

RESUMEN

Las conductas de negativismo en pacientes ancianos con alteraciones mentales no son infrecuentes. A pesar de ello se conoce poco sobre su origen, fenomenología y tratamiento. En general se tiende a describirlas de forma interpretativa atribuyéndoles la característica de regresivas. Las conductas de regresión cuentan con abundante literatura, aunque fundamentalmente referidas a la etapa infantil. En el caso de los ancianos es dudoso que las conductas negativistas respondan siempre a un mecanismo regresivo. Desde el punto de vista clínico se manifiestan de diversas formas pero, generalmente, suponen una actitud de rechazo a recibir cuidados, alimentación o tratamiento y, habitualmente, entrañan un comportamiento hostil o abiertamente agresivo. En el presente trabajo, se revisa

el estado actual de esta cuestión, fundamentalmente mediante una revisión bibliográfica conceptos que pondrían estar en relación con estas manifestaciones clínicas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Clark A, Manikar GD, Gray I: Diogenes Syndrome: a clinical study of gross neglect in old age. *Lancet* 1975, February, 366-368.
2. Delomier Y: Les effets somatiques de la crise et syndrome de glissement. *Psychol. Med.* 1985,17(8), 1111-1115
3. Euba R: Negative behaviors as the reason for referral to a liaison old age psychiatrist. *Eur. J. Psychiat.* 2005; 19:3,155-158
4. Ferrey G: Le syndrome de glissement. *Geriatrics* 1997, 1(2), 48-53.
5. Gruenberg E: The Social Breakdown Syndrome-Some Origins *Am J Psychiatry* 1967,123:1481-1489
6. Halliday G, Banerjee S, et al. Community study of people who live in squalor. *Lancet* 2000; 355: 882-886
7. Monfort JM: Troubles de l'Humeur, en *Psychiatrie du Sujet âgé*. Léger, JM ; Clément JP ; Wertheimer J. (eds.) Flammarion, Paris, 1999 ; pag.119-126
8. Moulias S, Alboua A, Pinquier C: Etats régressifs aigus. Intérêt d'une collaboration entre gériatre et psychiatre. *Gériatries*, 2004, 38, 20-22.
9. Ruthig JC, Chipperfield JG, Newal LE, Perry RP, Hall NH. Detrimental Effects of Falling on Health and Well-being in Later Life. *Journal of Health Psychology* 2007, 12:2, 231-148
10. Ushikubo M: A study of factors facilitating and inhibiting the willingness of the institutionalized disabled elderly for rehabilitation: A United States-Japanese comparison. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 1998; 13: 127-157