



Universidad de Valladolid



Universidad de Valladolid

Facultad de
Ciencias de la Salud
de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

INTERVENCIONES ENFERMERAS PARA EL CONTROL DE LAS ALUCINACIONES VISUALES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE CHARLES BONNET REVISIÓN SISTEMÁTICA

Estudiante: Marta Isabel Postigo de Diego

Tutelado por: Prof. Dra. Lourdes Jiménez Navascués

Soria, 25 de mayo de 2022

“Las enfermeras tienen esa manera única e insaciable de cuidar de otros,
lo que es una gran fortaleza y a la vez una debilidad”

Dr. Jean Watson

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. El Síndrome de Charles Bonnet es un cuadro clínico que se asocia a pacientes con gran deterioro visual, con estado cognitivo conservado y en ausencia de otros síntomas psiquiátricos o neurológicos. Se caracteriza por la aparición de alucinaciones visuales, elaboradas, persistentes, estereotipadas y repetitivas, que el paciente reconoce como irreales. La etiología no ha sido descrita claramente, pero la teoría más aceptada es la de la desaferentación neuronal. Su prevalencia es del 10-15% en pacientes con baja visión. El SCB a menudo está infradiagnosticado.

OBJETIVO. Establecer el nivel de evidencia científica y el grado de recomendación de las intervenciones enfermeras en el control de las alucinaciones visuales de los pacientes con Síndrome de Charles Bonnet.

METODOLOGÍA. Revisión bibliográfica sistemática en las bases de datos CUIDEN, Scopus, SciELO, Dialnet, CINAHL y PubMed. Se seleccionan un total de 12 artículos publicados entre los años 2012 y 2022. Se evalúa la calidad metodológica de los mismos con el Programa CASPe y se analiza el nivel de evidencia y grado de recomendación de los estudios mediante la propuesta de Sackett.

RESULTADOS. Los artículos analizados muestran suficiente evidencia sobre la indicación del tratamiento de la patología visual, el abordaje conductual y la necesidad de modificaciones del entorno para el control de síntomas en pacientes con SCB. No existe evidencia suficiente sobre la indicación de un tratamiento farmacológico concreto como procedimiento terapéutico. El nivel de evidencia y grado de recomendación sobre las intervenciones enfermeras para el abordaje de pacientes con SCB es bajo.

CONCLUSIONES. El perfil de los pacientes con SCB se caracteriza por predominar el sexo femenino, edad superior a 65 años, estado cognitivo conservado y baja agudeza visual. Los pacientes padecen alucinaciones visuales que pueden afectar o no a su calidad de vida. El SCB requiere un abordaje multidisciplinar, y la intervención prioritaria es tratar la patología visual, junto con el tratamiento conductual y las modificaciones del entorno. Se requieren más estudios con evidencia suficiente para poder recomendar las intervenciones enfermeras en la práctica clínica.

Palabras clave: Síndrome de Charles Bonnet, alucinaciones visuales, calidad de vida, terapias, enfermería.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	JUSTIFICACIÓN.....	2
3.	OBJETIVOS	3
4.	METODOLOGÍA.....	3
5.	RESULTADOS	7
	5.1. Perfil de los pacientes con Síndrome de Charles Bonnet.....	7
	5.2. Impacto del Síndrome de Charles Bonnet en la calidad de vida de los pacientes	8
	5.3. Efectividad de las terapias para el abordaje de pacientes con Síndrome de Charles Bonnet	8
	5.4. Intervenciones enfermeras para el control de las alucinaciones visuales en pacientes con Síndrome de Charles Bonnet	9
6.	DISCUSIÓN.....	10
	6.1. Perfil de los pacientes con Síndrome de Charles Bonnet.....	10
	6.2. Impacto del Síndrome de Charles Bonnet en la calidad de vida de los pacientes ..	11
	6.3. Efectividad de las terapias para el abordaje de pacientes con Síndrome de Charles Bonnet	12
7.	CONCLUSIONES	14
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	15
	ANEXOS	
	ANEXO I.	I
	ANEXO II.	VI
	ANEXO III.	VIII

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1- Pregunta PICO.....	3
Tabla 2 - MeSH, DeCs y Palabras clave de búsqueda.....	4
Tabla 3 - Clasificación de los niveles de evidencia según Sackett.....	6
Tabla 4 - Resumen de los artículos analizados.....	I
Tabla 5 - Evaluación de calidad y grado de recomendación de los estudios.....	VII
Tabla 6 - Perfil de los pacientes con Síndrome de Charles Bonnet.....	VIII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama de flujo de búsqueda según la Declaración PRISMA.....	5
---	---

ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AVD	Actividades de la Vida Diaria
BCVA	Mejor Agudeza Visual Corregida (sigla del inglés)
CASPe	Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español
DeCs	Descriptores de Ciencias de la Salud
DMAE	Degeneración Macular Asociada a la Edad
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (sigla del inglés)
ECA	Ensayo Clínico Aleatorio
Et al.	Y otros autores
MeSH	Medical Subject Headings
PICO	Paciente/Problema, Intervención, Comparación y Resultados (Outcomes)
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
SCB	Síndrome de Charles Bonnet
%	Porcentaje

1. INTRODUCCIÓN

Socialmente la población mundial refleja, en la actualidad, un envejecimiento demográfico con cambios en la estructura poblacional, donde ha aumentado la población mayor de 60 años, especialmente los mayores de 80 años. En 2050 se espera que las personas de 80 años o más, alcancen los 2000 millones. A nivel individual, el envejecimiento se define como el resultado de modificaciones bioquímicas secuenciales e irreversibles, que conllevan un descenso paulatino de la capacidad física y mental, aumentando el riesgo de padecer enfermedades y, en última instancia la muerte¹.

Las estructuras que integran el sistema visual, se ven afectadas en mayor o menor medida por el proceso de envejecimiento de las personas. Se producen cambios morfológicos y fisiológicos en las estructuras del ojo, comprometiendo el rendimiento visual del adulto mayor, con mayor probabilidad de desarrollar patologías². El Síndrome de Charles Bonnet (SCB) se asocia a pacientes con déficit visual severo, las patologías asociadas más comunes son DMAE, catarata o glaucoma³.

El SCB se define como un cuadro clínico que se da en pacientes con gran deterioro visual, pero estado cognitivo conservado y en ausencia de otros síntomas psiquiátricos o neurológicos. Se caracteriza por la aparición de alucinaciones visuales, elaboradas, persistentes, estereotipadas y repetitivas, que el paciente reconoce como irreales^{3,4}.

Fue descrito por primera vez por el biólogo y filósofo suizo Charles Bonnet en 1769, cuando describió la experiencia de su abuelo de 89 años con importante disminución de la agudeza visual por cataratas. Refería imágenes de dibujos, formas geométricas, pájaros, personas o partículas en movimiento. Posteriormente, De Morsier dio nombre al síndrome en 1936⁴, pero no fue hasta 1952, cuando Bortl recaló la presencia de alucinaciones sin alteraciones cognitivas ni enfermedad mental³.

Según la última actualización del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), una alucinación es una "percepción falsa en ausencia de un estímulo sensorial relacionado, que se presentan cuando el individuo está despierto y alerta"⁵. Las alucinaciones visuales de origen no psiquiátrico, son comunes en algunos cuadros clínicos oftalmológicos⁵, pueden percibirse alucinaciones simples y, también, complejas. Las simples se caracterizan por la visión de luz, líneas o formas geométricas. Las complejas, son estructuradas, normalmente incluyen animales, personas, flores o figuras con colores brillantes⁶. En el caso del SCB, las alucinaciones tienen contenido variable, pueden ser objetos no animados, animales o situaciones, pero la imagen más frecuente es la de personas que realizan alguna acción. La alucinación puede durar unos segundos o prolongarse a lo largo del día, pero por lo general duran entre 3 y 5 minutos, y son recurrentes⁴. Las alucinaciones pueden remitir cuando el déficit visual evoluciona y se alcanza la ceguera total, o cuando se produce una mejoría de la visión^{3,7}.

En cuanto al tiempo que perdura este cuadro clínico, normalmente suele ser inferior a un año. Se pueden dar casos episódicos, cíclicos o crónicos⁷. Los principales factores desencadenantes se asocian a situaciones de fatiga, estrés, deslumbramiento, baja iluminación, aislamiento social y privación sensorial³. La etiología no ha sido descrita claramente, pero la hipótesis más aceptada es la teoría de la desafrentación neuronal. Propone, que la pérdida de células nerviosas en la retina por una patología ocular, produce una disminución de la estimulación de la corteza

occipital. Como consecuencia, las aferencias residuales sufren hiperexcitabilidad sináptica, provocando al paciente una imagen inconexa de lo que sus ojos le están enseñando; es decir, alucinaciones visuales⁸.

La prevalencia del síndrome se sitúa en un 0,1% de la población general y entre el 10-15% de pacientes con baja visión. En el caso de patologías específicas como la Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE), la incidencia alcanza el 40%⁹. Se relaciona especialmente con la etapa de la vejez, con un ligero predominio en mujeres^{7,8}.

En lo que respecta a su diagnóstico, es complicado, y a menudo está infradiagnosticado. Se debe en parte, al desconocimiento de los profesionales sanitarios, y al hecho de que los pacientes oculten los síntomas por miedo a ser juzgados^{3,7}.

Conociendo las características del síndrome, las enfermeras pueden promover acciones que faciliten su diagnóstico y brindar los cuidados necesarios, ayudando al paciente a resolver las alucinaciones, y mejorar así su calidad de vida. Enfermería tiene un papel clave, ya que, en la práctica clínica habitual, tanto en residencias para mayores, hospitales como atención primaria, tratan con pacientes con déficit visual. Su competencia es actuar, guiar, apoyar, prevenir y educar, para lograr mejorar la capacidad funcional mediante un cuidado humanista, integral y ético^{1,7}.

2. JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de este Trabajo de Fin de Grado sobre el Síndrome de Charles Bonnet surge del interés personal por la patología visual y por ser un tema poco estudiado. Pretendo conocer en qué consiste, cómo se manifiesta, cómo colaborar en el correcto diagnóstico clínico y especialmente identificar las intervenciones de enfermería en pacientes con déficit visual, que ayuden a promover su calidad de vida.

A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades oftalmológicas (DMAE, cataratas...) y como consecuencia, el número de casos de pacientes con SCB puede incrementarse. Por tanto, es necesario que los profesionales estén preparados para su abordaje y poder tratar de forma individualizada a estos pacientes.

En la formación recibida durante todo el Grado Universitario, se ha insistido en la importancia de fomentar la autonomía de los pacientes y de brindar un cuidado integral, humanizado y ético, además de buscar la mejor evidencia antes de tomar decisiones. Por lo que identificar la evidencia sobre la intervención enfermera en pacientes con SCB, ayudará a disminuir las consecuencias negativas de este síndrome en la vida diaria de los pacientes y de sus familiares.

Con la presente revisión sistemática se pretende conocer: ¿qué características tienen los pacientes con SCB?, ¿cómo afecta el SCB en su vida diaria?, ¿qué posibilidades de tratamiento existen? y ¿cuál es la efectividad de las intervenciones enfermeras para el abordaje y control de las alucinaciones de pacientes con SCB?

3. OBJETIVOS

General

Establecer el nivel de evidencia científica y el grado de recomendación de las intervenciones enfermeras en el control de las alucinaciones visuales de los pacientes con Síndrome de Charles Bonnet.

Específicos

- Identificar el perfil de los pacientes con SCB.
- Describir las consecuencias en la vida diaria de los pacientes con SCB.
- Determinar la efectividad de las terapias para el abordaje de los pacientes con SCB.
- Valorar el grado de recomendación de las intervenciones enfermeras para el abordaje y control de las alucinaciones de pacientes con SCB.

4. METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica sistemática, que permitirá valorar el grado de recomendación y el nivel de evidencia científica de las intervenciones enfermeras en el abordaje de los pacientes diagnosticados con el Síndrome de Charles Bonnet. Los pasos a seguir para realizar una revisión sistemática se basan en la propuesta de Page et al.¹⁰, que plantean las siguientes etapas: formular la pregunta de investigación, búsqueda sistematizada para la que se concretan los criterios de selección de artículos y los descriptores de ciencias de la salud, realizar la búsqueda en diferentes bases de datos, selección de los trabajos, valorar la información de los estudios, analizar, recopilar e interpretar los resultados y por último, resumir y divulgar los resultados.

La pregunta de investigación planteada se presenta en el formato PICO (P-Población, I-Intervención, C-Comparación, O-Resultados (Outcomes) (Tabla 1).

Pregunta: ¿Las intervenciones enfermeras en la atención de pacientes con SCB son efectivas para mejorar la respuesta del paciente en el abordaje y control de las alucinaciones?

Tabla 1. Pregunta PICO. Fuente: elaboración propia.

Tabla 1. Pregunta PICO		
P	Población	Pacientes con Síndrome de Charles Bonnet.
I	Intervención	Intervenciones enfermeras para el abordaje y control de las alucinaciones de pacientes con SCB.
C	Comparación	Otras terapias, diferentes a la enfermera, para el abordaje y control de las alucinaciones de pacientes con SCB.
O	Resultados	Efectividad en el control de las alucinaciones visuales: <ul style="list-style-type: none">• Número de alucinaciones y control o manejo de las mismas.• Nivel de ansiedad.• Calidad de vida.• Relaciones sociales.• Visitas a especialistas e interconsultas.

Tras plantear la pregunta de investigación, se han establecido criterios de inclusión a la hora de seleccionar los artículos:

- Publicaciones comprendidas entre los años 2012 y 2022.
- Idioma inglés o español.
- Calidad de las publicaciones según el programa de lectura crítica CASPe. Cumplan el 80% de los criterios.

Los criterios de exclusión han sido: Publicaciones de reportes de casos individuales o revisiones secundarias de la literatura y artículos referidos a alucinaciones visuales asociadas a la enfermedad de Parkinson o Demencia de Cuerpos de Lewy.

Se llevó a cabo la búsqueda, entre enero y marzo del 2022, se consultaron las bases de datos CUIDEN, Scopus, SciELO, Dialnet, CINAHL y PubMed. Se seleccionaron los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCs), Medical Subject Headings (MeSH) y palabras clave, teniendo en cuenta la pregunta planteada (Tabla 2). Además, se desarrollaron fórmulas para combinar los diferentes términos de búsqueda con los operadores lógicos booleanos OR y AND. Se inicia la búsqueda con la siguiente propuesta, en la que se enlazan todos los términos: ((Charles Bonnet Syndrome) OR (visual hallucinations) OR (visual impairment)) AND ((therapeutics) OR (management) OR (intervention) OR (strategies) OR (behavioral treatment)) AND ((quality of life) OR (anxiety) OR (hallucinations)) AND (Nursing).

Tabla 2. MeSH, DeCs y Palabras clave de búsqueda. Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. MeSH, DeCs y Palabras clave de búsqueda		
	MeSH y DeCs	Palabras clave
P	<ul style="list-style-type: none"> • Charles Bonnet Syndrome/Síndrome de Charles Bonnet 	<ul style="list-style-type: none"> • Visual hallucinations/Alucinaciones visuales • Visual impairment/Discapacidad visual
I	<ul style="list-style-type: none"> • Nursing/ Enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> • Behavioral treatment/Tratamiento conductual • Therapeutics/Terapéutica • Intervention/Intervención
C	<ul style="list-style-type: none"> • Ophthalmology/Oftalmología • Psychiatry/Psiquiatría 	<ul style="list-style-type: none"> • Treatment options/Opciones de tratamiento • Management/ Gestión • Strategies/Estrategias
O	<ul style="list-style-type: none"> • Quality of life/Calidad de vida • Anxiety/Ansiedad • Hallucinations/Alucinaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Symptom control/Control de síntomas

En las bases de datos consultadas, se localizaron un total de 312 artículos, de los cuales se excluyeron 15 registros duplicados. Posteriormente, se llevó a cabo un cribado de los registros encontrados con la lectura de título/abstract y se excluyeron 270, ya que no estaban relacionados con los objetivos de la revisión. Las 27 publicaciones restantes, fueron analizadas a texto completo y se descartaron 15 por carencias metodológicas de los estudios. Finalmente se incluyeron un total de 12 artículos para la revisión sistemática. (Figura 1. Diagrama de flujo de búsqueda según la propuesta PRISMA)

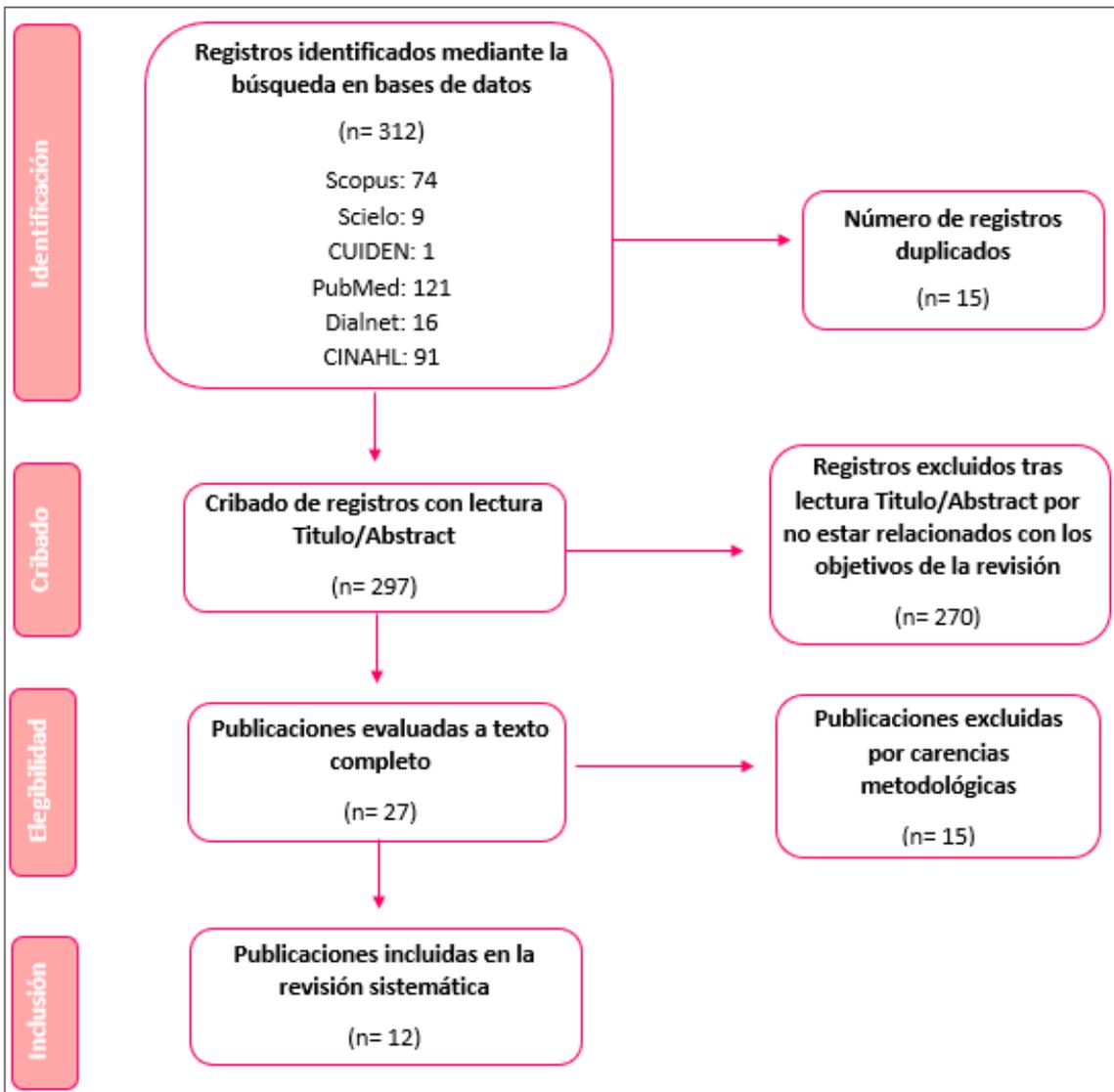


Figura 1. Diagrama de flujo de búsqueda según la propuesta PRISMA¹⁰.

Se evaluó la calidad de las publicaciones mediante el Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español, para seleccionar aquellos que cumplieran al menos el 80% de los criterios CASPe. El objetivo de este programa es brindar habilidades para la lectura crítica de la evidencia clínica, planteando 3 preguntas de cribado y 7-8 restantes para evaluar el estudio. Incluye listas para evaluar específicamente ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, estudios de diagnóstico, reglas de predicción clínica, estudios cualitativos, estudios de casos y controles, estudios de cohortes y análisis de evaluaciones económicas¹¹. Con la finalidad de valorar la evidencia científica y el grado de recomendación de las publicaciones seleccionadas, se tuvo en cuenta la clasificación planteada por Sackett, que propone hasta 5 niveles de evidencia de las publicaciones (Tabla 3. Clasificación de los niveles de evidencia según Sackett)¹².

Tabla 3. Clasificación de los niveles de evidencia según Sackett¹².

Tabla 3. Clasificación de los niveles de evidencia según Sackett ¹² .					
Recomendación	Nivel	Terapia, prevención, etiología y daño	Pronóstico	Diagnóstico	Estudios económicos
A	1a	RS con homogeneidad y Meta-análisis de EC	RS con homogeneidad y Meta-análisis de estudios de cohortes concurrente	RS de estudios de diagnóstico nivel 1	RS de estudios económicos de nivel 1
	1b	EC individuales con intervalo de confianza estrecho	Estudio individual de cohorte concurrente con seguimiento superior al 80% de la cohorte	Comparación independiente y enmascarada de un espectro de pacientes consecutivos sometidos a la prueba diagnóstica y al estándar de referencia	Análisis que compara los desenlaces posibles, contra una medida de costos. Incluye un análisis de sensibilidad
B	2a	RS con homogeneidad de estudio de cohortes	RS de cohortes históricas	RS de estudios diagnósticos de nivel mayor a 1	RS de estudios económicos de nivel mayor a 1
	2b	Estudio de cohortes individual. EC de baja calidad	Estudio individual de cohortes históricas	Comparación independiente enmascarada de pacientes no consecutivos, sometidos a la prueba diagnóstica y al estándar de referencia	Comparación de un número limitado de desenlaces contra una medida de costo. Incluye análisis de sensibilidad
	3a	RS con homogeneidad de estudios de casos y controles			
	3b	Estudio de casos y controles individuales		Estudios no consecutivos o carentes de un estándar de referencia	Análisis sin una medida exacta de costo, pero incluye análisis de sensibilidad
C	4	Series de casos. Estudio de cohortes y casos y controles de mala calidad	Series de casos. Estudios de cohortes de mala calidad	Estudios de casos y controles sin la aplicación de un estándar de referencia	Estudio sin análisis de sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología, o en investigación teórica	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología, o en investigación teórica	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología, o en investigación teórica	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en teoría económica

5. RESULTADOS

Se valoran los 12 artículos seleccionados y se presentan los resultados de forma resumida en la tabla 4 (ANEXO I). La metodología de los estudios analizados es: 2 ECAs, 3 revisiones sistemáticas (una de ellas incluye metaanálisis) y 12 estudios descriptivos, 5 de ellos con diseño transversal, 1 es un estudio retrospectivo y otro es prospectivo. El número total de la muestra analizada en los estudios es de 691 pacientes. De las tres revisiones sistemáticas analizadas se incluyen un total de 72 estudios, una de ellas no especifica la metodología de los artículos seleccionados, en las otras dos revisiones se incluyen: ECAs, estudios de casos y controles, estudios de cohortes, criterios diagnósticos publicados y estudios transversales prospectivos y retrospectivos. Estos estudios se han realizado en un entorno internacional (América del Norte y del Sur, Europa y Asia). En la tabla número 5 (ANEXO II) se resume el nivel de evidencia y el grado de recomendación evaluado en los artículos según la propuesta de Sackett.

A continuación, se exponen los resultados estructurados en función de los objetivos planteados inicialmente. Se valoran las características de los pacientes con SCB, posteriormente, se detalla cómo afecta el SCB en la vida diaria de los pacientes y por último se realiza un análisis sobre la efectividad de las terapias para su abordaje y qué grado de recomendación tienen las intervenciones enfermeras para el control y manejo de las alucinaciones de pacientes con SCB.

5.1. Perfil de los pacientes con Síndrome de Charles Bonnet

Las características de los pacientes con SCB son descritas por los autores según se detalla en la tabla 6 (ANEXO III). Los datos indican que es un síndrome que se desarrolla con mayor frecuencia entre las mujeres. En cuanto al tipo de alucinaciones y el factor etiológico, los pacientes con SCB sufren alucinaciones visuales, que pueden ser simples o complejas. En el ensayo realizado por Hahamy et al.¹³, compararon la visión real en pacientes con visión normal o corregida y las alucinaciones visuales en pacientes con SCB, y detectaron que se superponían patrones de actividad cerebral en muchas regiones de la jerarquía visual, por lo que las alucinaciones visuales y la visión verídica evocarían un perfil similar de actividad cerebral.

En cuanto a los factores desencadenantes de las alucinaciones, el estudio de Santos et al.¹⁴, indicó que el 28,8% de las alucinaciones visuales se desencadenaron por baja iluminación, el 26,6% por deslumbramiento, el 17,7% por aislamiento social y el 2,2% por estrés y fatiga. Rodríguez et al.⁴, estimaron que el 39% de los pacientes podía controlar voluntariamente las alucinaciones y que solían desaparecer al cerrar los ojos.

Los factores de riesgo para padecer SCB, identificados en los estudios son: la discapacidad visual, el daño cerebral, el aislamiento social, la privación sensorial y la baja iluminación y la edad^{4,15}.

5.2. Impacto del Síndrome de Charles Bonnet en la calidad de vida de los pacientes

Los pacientes con SCB padecen alucinaciones visuales que, en ocasiones, les provocan miedo y ansiedad¹⁶. En el estudio de Cox y Ffytche¹⁷ y de Jones et al.¹⁸, se empleó un cuestionario específico para evaluar el impacto del SCB en la calidad de vida y bienestar de los pacientes, en el resto de estudios no se describe ningún instrumento de medida, por lo que las reacciones negativas se basan en la percepción transmitida por los pacientes.

Según distintos autores^{17,19}, entre el 10% y el 66% de los pacientes describieron que las alucinaciones interfieren en las actividades de la vida diaria (AVD). Las reacciones de los pacientes ante las alucinaciones, según se describe en los trabajos analizados, fueron desde una sensación agradable (6%), hasta reacciones negativas como el miedo, el estigma de padecer una enfermedad mental o la ansiedad. Si bien, la respuesta del paciente parece estar mediada por el tipo de alucinación, duración de las alucinaciones y episodios repetitivos¹⁷.

El aislamiento social, unido a la soledad, parece afectar negativamente a las personas con SCB y puede influir en la manifestación de los síntomas. Estos pacientes, se han visto especialmente afectados por la pandemia por COVID-19, el 56% hizo referencia a una mayor frecuencia de las alucinaciones visuales durante el confinamiento, el 47% de ellos con cambios en la naturaleza de las alucinaciones y el 53% con cambios en la respuesta emocional¹⁸. Los pacientes aislados especificaron alucinaciones más desorientadoras, complejas y problemáticas, que les causaron mayor dificultad para diferenciarlas de la realidad. El 31% de los encuestados consideró que las noticias mediáticas negativas influyeron en la agudización de la frecuencia de las alucinaciones. Un 47% de los pacientes indican una relación entre la reducción de las posibilidades de realizar ejercicio físico y los cambios en la fenomenología de las alucinaciones¹⁸. Rodríguez et al.⁴, constataron en su estudio que el 67% de los participantes que manifiestan alucinaciones viven solos.

Según indican los estudios, las alucinaciones visuales pueden interferir en las AVD de los pacientes con SCB o afectar a su calidad de vida, por tanto, es preciso plantear la posibilidad de pautar intervenciones que ayuden al paciente a controlar los síntomas^{4,14-16,18-21}.

5.3. Efectividad de las terapias para el abordaje de pacientes con Síndrome de Charles Bonnet

Ante el diagnóstico o sospecha de SCB, no existe evidencia suficiente para recomendar de forma unánime un tratamiento²⁰. Cuando un paciente refiere alucinaciones, inicialmente, se debe diferenciar el origen de las alucinaciones visuales, si son consecuencia de problemas neurodegenerativos, oftalmológicos, de salud mental u otras causas²¹. Hamedani y Pelak²¹ resaltaron que el 42% de los estudios requieren como criterio diagnóstico para el SCB un estado cognitivo conservado y en el 33% emplearon un test cognitivo para confirmarlo.

Para un óptimo diagnóstico del SCB se sugiere realizar un abordaje multidisciplinar, en el que participen equipos de: oftalmología, neurología y psiquiatría⁴. Desde el inicio de la sintomatología, el diagnóstico puede prolongarse en el tiempo (hasta 41 meses antes de emitir el diagnóstico)¹⁵ e incluso 1/3 de los profesionales dudan al confirmar este diagnóstico¹⁸.

El tratamiento que se indica a estos pacientes una vez realizado el diagnóstico diferencial, por medio de interconsultas con oftalmología, neurología, psiquiatría o con el servicio de psicología, dependiendo de los recursos, se centran en los factores modificables que inciden en las alucinaciones^{4,14-16,18-22}. La intervención prioritaria es tratar la patología visual, rectificándola cuando es posible, esta medida corrige las alucinaciones y proporciona bienestar a los pacientes con SCB^{4,14-16,19,21}. Se trata el problema directamente, por ejemplo, con la cirugía de cataratas, tratamiento de la DMAE o proporcionando ayudas para la baja visión¹⁹⁻²¹.

El tratamiento conductual se presenta como un planteamiento muy eficaz para el control de las alucinaciones por SCB²⁰. La empatía, la sensibilidad, la comunicación y la tranquilidad son herramientas muy útiles²⁰, los pacientes se sienten aliviados al conocer que sus experiencias visuales no están causadas por ningún trastorno mental^{15-17,21,22}. El parpadeo, la redirección de la mirada, realizar ejercicio físico y reducir la exposición a noticias mediáticas puede contribuir al alivio de los síntomas del SCB^{18,21}. Es importante incidir en que los pacientes eviten el aislamiento^{19,24} y animarlos a mejorar la interacción social^{16,18}.

Las modificaciones del ambiente, especialmente mejorar la iluminación del hogar, pueden ayudar a mitigar la sintomatología del SCB¹⁸⁻²⁰.

Por último, otra propuesta terapéutica es evaluar al paciente en el servicio psiquiátrica o psicología²², para que se indique el tratamiento de la ansiedad secundaria a las alucinaciones¹⁴. También se plantea la posibilidad de pautar un tratamiento farmacológico cuando el resto de medidas no son suficientes para remitir los síntomas²⁰. Hay casos aislados en los que se ha demostrado la eficacia de antidepresivos, antiepilépticos, inhibidores de la colinesterasa y antipsicóticos, pero no existe evidencia que confirme la indicación de este abordaje terapéutico^{16,21}.

5.4. Intervenciones enfermeras para el control de las alucinaciones visuales en pacientes con Síndrome de Charles Bonnet

Conocer los factores de riesgo y las características clínicas del SCB, ayudaría a los profesionales de la salud a emprender estrategias efectivas que promuevan el autocontrol de los pacientes¹⁸.

En el trabajo de Hughes²⁰, se destacó la importancia de la figura de la enfermera en la práctica clínica con pacientes con SCB. Los profesionales de Enfermería a través de la educación sanitaria pueden empoderar al paciente, con la finalidad de fomentar el autocuidado y de esta forma ayudar a que el paciente gestione adecuadamente su enfermedad a través de las herramientas que se conocen para reducir los factores de riesgo y/o efectos negativos asociados al síndrome²⁰.

Las intervenciones susceptibles de ser llevadas a cabo por las enfermeras, corresponden a medidas de prevención de las alucinaciones visuales, se recomienda la educación sanitaria dirigida al paciente, y parece que, en muchos casos, es suficiente para remitir los síntomas del síndrome^{16,21}. Explicar en qué consiste el SCB y asegurarles que sus alucinaciones no indican un trastorno mental, reduce significativamente el miedo y la ansiedad^{14-17,19-22}. Otras intervenciones susceptibles de prevenir las alucinaciones según los estudios analizados son: enseñar técnicas de distracción, fomentar el incremento de la interacción social, motivar a mejorar la iluminación del hogar y gestionar la disponibilidad de ayudas visuales^{16,20}.

Cuando las alucinaciones visuales no se han podido prevenir, las intervenciones enfermeras están orientadas al objetivo de que el paciente las maneje de forma óptima, evitando que afecten a las AVD y a la calidad de vida del paciente. Se puede enseñar técnicas para minimizar el impacto de la alucinación o remitirla, entre las conductas que se pueden recomendar encontramos: girar la cabeza hacia los lados, caminar por la habitación, intentar tocar o mirar directamente la alucinación o cambiar la intensidad de la luz o la actividad que se esté realizando¹⁸.

6. DISCUSIÓN

6.1. Perfil de los pacientes con Síndrome de Charles Bonnet

En los estudios publicados sobre el SCB predomina el sexo femenino, este hecho puede deberse a que, en la tendencia actual de estructura poblacional, las mujeres tienen mayor esperanza de vida, por lo que la morbilidad en este grupo será más elevada²³. Según Hughes²⁰, a pesar de que los estudios indican que el SCB se desarrolla con más frecuencia en mayores de 65 años, siendo excepcional en jóvenes, puede ocurrir en cualquier momento de la vida, cuando las entradas sensoriales al cerebro disminuyen a causa de déficit visual y/o aislamiento social.

Los pacientes con SCB tienen en común la baja agudeza visual^{14,15,19,20,24} y, además, se constata que suelen tener pérdida de visión bilateral¹⁵. La patología ocular más frecuente asociada al síndrome que se estudia es la DMAE. En los países desarrollados, la DMAE es la principal causa de pérdida de visión y ceguera en personas mayores de 65 años y en la población general constituye la tercera causa. Se estima que su incidencia aumente hasta los 288 millones de afectados en el año 2040²⁵. La prevalencia de DMAE en pacientes con SCB es de 15,8%, 1 de cada 6 pacientes, dato a tener en cuenta, puesto que el 31,3% de los pacientes con DMAE que acuden a centros de rehabilitación visual padecen el SCB¹⁶. Aunque en menor porcentaje, otras patologías que también producen el síndrome son: cataratas, glaucoma, retinopatía diabética grave, miopía severa^{4,14,19}. Si bien, Rodríguez et al.⁴ destacaron que, si disminuye y empeora progresivamente la capacidad visual, hay más riesgo de padecer SCB que si se padece una baja agudeza visual crónica; aunque no todos los pacientes con baja agudeza visual desarrollan el SCB. Esto se sostiene porque la causa oftalmológica principal es la DMAE, en la que se va perdiendo agudeza visual progresivamente⁴.

No está descrita claramente la etiología de este síndrome, pero la hipótesis más aceptada es la teoría de la desaferentación neuronal, que plantea que la pérdida de aferencia de estímulos en la corteza occipital, a causa de las patologías visuales, provocaría cambios histológicos, anatómicos y bioquímicos en las neuronas. Para intentar compensar la falta de estimulación, se produciría una hiperexcitación de las células, causando la aparición de alucinaciones visuales^{14,15}.

Los estudios que abordan la prevalencia del SCB aportan datos desde el 7,14%¹⁹ al 15%¹⁴. Las muestras tan reducidas de pacientes en los estudios analizados, hace plantearnos la duda de si realmente se diagnostican a todas las personas con SCB o si las alucinaciones son interpretadas como consecuencia de otras patologías.

El SCB está caracterizado por la aparición de alucinaciones visuales inferiores a 10 minutos, que pueden ser simples (figuras o líneas) o complejas (personas, rostros, animales u otros objetos), en blanco y negro o en color y en movimiento o estáticas, aunque, hay gran variabilidad en el tipo y características de las alucinaciones visuales en los estudios analizados, por lo que no es posible establecer un tipo concreto de alucinaciones predominantes. Su curso puede ser episódico, cíclico o crónico; a pesar de que hay casos aislados de varios años de evolución, su duración suele ser menor de 12 meses¹⁴. Normalmente, los pacientes son conscientes de la naturaleza irreal de las alucinaciones¹⁹, sin embargo, hay que tener en cuenta los estudios que sugieren que el aislamiento social y la soledad pueden dificultar esta distinción¹⁸. Según Rodríguez et al.⁴, al 39% de los pacientes le ocurrían las alucinaciones por la noche, lo que puede confirmar como la baja iluminación o el deslumbramiento predisponen al desarrollo de las alucinaciones, sin olvidar que la fatiga, el estrés o el aislamiento social también pueden desencadenarlas^{14,24}.

6.2. Impacto del Síndrome de Charles Bonnet en la calidad de vida de los pacientes

Los pacientes con SCB experimentan alucinaciones visuales, que en algunos casos afectan a sus AVD, sin embargo, hay otros pacientes que son capaces de expresar una autocrítica de su experiencia y no refieren interferencia de las alucinaciones en su calidad de vida¹⁹. Según Rodríguez et al.⁴, el 72% de los pacientes no describieron efectos negativos asociados a las alucinaciones, pero el resto presentaba cuadros de ansiedad secundarios a estas. Kratochwil et al.²² por su parte destacaron que los pacientes se preocupaban más por perder la visión como resultado de su patología ocular, que por las propias alucinaciones. Se ha llegado a estimar, que la asociación de las alucinaciones con una enfermedad mental y la información insuficiente por parte de los profesionales sobre el SCB al inicio de los síntomas, han tenido un impacto negativo en los pacientes¹⁸. Sin embargo, la duración total del síndrome no se ha asociado con un impacto negativo¹⁷, este hecho nos hace plantearnos que los pacientes puedan tolerar mejor las alucinaciones o adaptarse a ellas en el tiempo^{17,18}.

El envejecimiento poblacional se vincula con enfermedades crónicas no transmisibles, pero no se debe pasar por alto el sentimiento de soledad en la población adulta mayor, que tiene una prevalencia del 20-40% por condiciones como el duelo, abandono, cambio de rol o pérdida²⁶. La realidad de la soledad en los mayores, se ha visto amplificada por la pandemia de COVID-19, que provocó una situación excepcional de cuarentena masiva para evitar la transmisión del virus, conllevando al aislamiento social de millones de personas¹⁸. En el estudio de Jones et al.¹⁸, se estableció una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la soledad, las personas que estuvieron solas en la pandemia eran mayores que los que estaban acompañados. Además, los pacientes que hicieron referencia a cambios en la respuesta emocional a las alucinaciones, según Jones et al.¹⁸, eran personas mayores de 73,3 años de media (53%), frente a los que no percibieron cambios durante el aislamiento que tenían 60,2 años de media. El 67% hizo referencia a mayor sentimiento de soledad y se relacionó directamente con los cambios en la naturaleza de las alucinaciones¹⁸.

Los pacientes con alucinaciones susceptibles de padecer SCB que no expresan su sintomatología es por temor a padecer una enfermedad mental y/o ser juzgados, y en muchos casos, tienden a reducir los contactos sociales. Como ya se ha valorado, el aislamiento social tiene consecuencias negativas en el SCB, la interacción social, la soledad y la ansiedad juegan un papel clave en la manifestación de los síntomas y en la capacidad de las personas para autogestionar el trastorno. Por este motivo, es importante garantizar que los pacientes diagnosticados con SCB se deriven a las redes de apoyo apropiadas, ya que el apoyo social desempeña un papel fundamental en los resultados de salud¹⁸.

6.3. Efectividad de las terapias para el abordaje de pacientes con Síndrome de Charles Bonnet

El SCB debe ser uno de los diagnósticos a tener en cuenta en pacientes de 65 años o más, con estado cognitivo conservado, con patología ocular y disminución de la agudeza visual, que soliciten atención médica por alucinaciones visuales¹⁹. Es una enfermedad a menudo infradiagnosticada y de difícil manejo, debido a que requiere un abordaje multidisciplinar entre oftalmología, neurología y psiquiatría. La falta de seguridad de los profesionales a la hora de diagnosticar el síndrome, unido a la dificultad de los pacientes al revelar sus síntomas por temor al estigma social o por falta de entendimiento, prolongan la implantación de un tratamiento y por tanto los efectos negativos como el sufrimiento y la angustia⁴. Los pacientes reportan que al inicio de la sintomatología recibieron información insuficiente sobre el SCB¹⁸, Cox y Ffytche¹⁷ hacen hincapié en que el 47% de los pacientes no ha obtenido información clara por parte de los profesionales. Si se realizan las valoraciones necesarias por los diferentes especialistas implicados, se evitarán diagnósticos erróneos¹⁴. Una vez que se tiene claro el diagnóstico, lo más importante es tranquilizar al paciente, proporcionándole información adecuada a éste y a su familia, de esta forma se evitarán el malestar asociado, pruebas complementarias innecesarias, ingresos y efectos secundarios por medicación poco eficaz^{4,19}.

A pesar de que el SCB puede resolverse espontáneamente por agotamiento neuronal o por ceguera total, el tratamiento del SCB debe ser individualizado e incluir todos los aspectos relacionados con la etiopatogenia del síndrome¹⁹. El abordaje multidisciplinar del SCB precisa estrategias encaminadas a mejorar la función visual, medidas conductuales para controlar las alucinaciones, evitar el aislamiento social⁴, modificaciones del entorno, y por último, el tratamiento farmacológico, que se limita a pacientes cuyas alucinaciones afectan a su calidad de vida y no remiten con el resto de medidas implantadas o en los casos que padecen ansiedad secundaria a los cuadros alucinatorios^{14,20}. Guisado et al.¹⁹ determinaron que en el 60% de los pacientes diagnosticados con SCB, los síntomas habían remitido en menos de tres meses, 1 caso con medicación, otro con intervención de cataratas y 4 con medidas conductuales como: educación, mejora de la luminosidad del hogar y reducción del aislamiento social.

La efectividad de las terapias analizadas en los artículos está limitada por el escaso número de pacientes incluidos en los estudios y por la metodología que no sustenta una elevada evidencia científica. Se requerirían más estudios con metodología con evidencia suficiente para poder recomendar intervenciones. Asimismo, no existe suficiente evidencia clínica para recomendar un tratamiento farmacológico específico, por lo que también sería necesaria más investigación científica específica sobre este aspecto²⁰. La bibliografía sobre el SCB es escasa, se ha visto reflejado en los artículos revisados, ya que 2 referencias bibliográficas se repiten en varios de ellos.

Únicamente el estudio de Hughes²⁰ hace referencia a la importancia de enfermería en el abordaje de pacientes con SCB. En la práctica clínica habitual en residencias para mayores, atención hospitalaria y en atención primaria las enfermeras tratan con pacientes que podrían ser susceptibles de padecer el SCB. Si los profesionales de enfermería estuvieran familiarizados con el síndrome, conocieran los factores de riesgo y las características clínicas, podrían cooperar en la detección de los casos de SCB para que fueran derivados a los especialistas correspondientes¹⁸. Igualmente, podrían participar en el emprendimiento de las estrategias para el tratamiento conductual, medidas para mejorar el ambiente y en caso de que el paciente tuviese pautado tratamiento para la patología visual o la ansiedad, las enfermeras potenciarán la adherencia al tratamiento para así evitar la exacerbación de las alucinaciones.

De la misma manera sería interesante realizar más estudios para poder demostrar la efectividad de las terapias planteadas, los resultados serían de gran ayuda para mejorar el abordaje de los pacientes con SCB y generar evidencia sobre la eficacia de las intervenciones enfermeras en el control de las alucinaciones visuales.

7. CONCLUSIONES

1. En el perfil de paciente con Síndrome de Charles Bonnet predomina el sexo femenino, edad superior a 65 años, estado cognitivo conservado y baja agudeza visual. La patología ocular que se asocia con más frecuencia a este síndrome es la DMAE.
2. Las reacciones de los pacientes ante las alucinaciones van desde una sensación agradable, hasta respuestas negativas como el miedo o la ansiedad, que pueden interferir en su calidad de vida.
3. Es preciso abordar con los pacientes el problema del aislamiento social, ya que tiene consecuencias negativas en el Síndrome de Charles Bonnet, provoca la exacerbación de las alucinaciones visuales.
4. El Síndrome de Charles Bonnet es una enfermedad a menudo infradiagnosticada. Cuando se presentan alucinaciones y se sospecha de este síndrome, se debe realizar un diagnóstico diferencial oftalmológico y psiquiátrico.
5. En el abordaje multidisciplinar del Síndrome de Charles Bonnet la intervención prioritaria es tratar la patología visual, corrigiéndola cuando es posible. La intervención enfermera estará orientada a proporcionar bienestar a los pacientes a través del control de los síntomas. Los procedimientos centrados en la orientación conductual y las modificaciones del entorno alivian y controlan los síntomas del síndrome.
6. No existe evidencia suficiente sobre la indicación de un tratamiento farmacológico concreto para el abordaje terapéutico, en caso de que el resto de medidas no sean suficientes para remitir los síntomas.
7. Son necesarios más estudios con metodología que aporte suficiente evidencia científica para recomendar las intervenciones enfermeras en la práctica clínica con pacientes con Síndrome de Charles Bonnet.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Ponce JP. Envejecimiento demográfico: principal reto para enfermería geriátrica. CuidArte [Internet]. 2022 [citado 1 de marzo 2022]; 11(21): 58-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2022.11.21.80055>
2. Vázquez MC. Pérdida visual y auditiva y su posible asociación con la función cognitiva en el adulto mayor [tesis doctoral]. Universidad Santiago de Compostela. 2017 [citado 1 de marzo 2022]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/156949972.pdf>
3. Serrano AI, Vidal J, Santos E. El Síndrome de Charles Bonnet. Gaceta Óptica [Internet]. 2018 [citado 1 de marzo 2022]; 541: 50-56. Disponible en: <http://cgcoo.es/descargas/gaceta541/2.%20El%20S%C3%ADndrome%20de%20Charles%20Bonnet.pdf>
4. Rodríguez R, Saiz MD, Santos E, Díaz M. Síndrome de Charles Bonnet: la alucinación visual en el anciano. Alzheimer. Real Invest Demenc [Internet]. 2013 [citado 3 de marzo de 2022]; 54: 28-34. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Alberto-Rodriguez-Quiroga/publication/276043721_Sindrome_de_Charles_Bonnet_la_alucinacion_visual_en_el_anciano/links/5723225908aee491cb36024b/Sindrome-de-Charles-Bonnet-la-alucinacion-visual-en-el-anciano.pdf
5. Acevedo JC, Salamanca ML. Semiología de las alucinaciones en tumores del sistema nervioso central. Univ. Med [Internet]. 2020 [citado 3 de marzo de 2022]; 61(4): 1-11. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-4.semi>
6. Padilla P, López T, Romero C. Síndrome de Charles Bonnet: importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial de las alucinaciones visuales en ancianos. Psicogeriatría [Internet]. 2021 [citado 5 de marzo de 2022]; 11(1): 45-48. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/1101/PSICO_1101_045_NC_2618007_Padilla.pdf
7. Oliver PM, Cuartielles A, López B, Martínez M. Manejo del Síndrome de Charles Bonnet en Atención Primaria. A propósito de un caso. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021 [citado 5 de marzo de 2022]; 2(12). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/manejo-del-sindrome-de-charles-bonnet-en-atencion-primaria-a-proposito-de-un-caso/>
8. Fabregat A, Serra L, Amézaga C. Síndrome de Charles Bonnet; a propósito de un caso. Gac. Med. Bilbao [Internet]. 2020 [citado 5 de marzo de 2022]; 117(3): 229-232. Disponible en: <http://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/804/814>
9. López A. Síndrome de Charles Bonnet: Reporte de caso y revisión bibliográfica. Neuroeje [Internet]. 2016 [citado 5 de marzo de 2022]; 29(1): 31-37. Disponible en: <http://www.neuroeje.com/ediciones/21.pdf#page=31>
10. Page MJ, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2021 [citado 15 de marzo de 2022]; 74(9): 790-799. Disponible en: <http://www.prisma-statement.org/documents/Page%20PRISMA%202020%20Spanish.pdf>
11. CASPe [Internet]. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español. Alicante. 2022 [citado 15 de marzo 2022]. Disponible en: <https://redcaspe.org/>
12. Mella M, Zamora P, Mella M, Ballester JJ, Uceda P. Niveles de Evidencia Clínica y Grados de Recomendación. Rev. S. And. Traum. Y Ort [Internet]. 2012 [citado 21 de marzo de 2022]; 29: 59-72. Disponible en: <https://www.portalsato.es/documentos/revista/Revista12-1/Rev.%202012-1-07.pdf>

13. Hahamy A, Wilf M, Rosin B, Behrmann M, Malach R. How do the blind 'see'? The role of spontaneous brain activity in self-generated perception. *Brain* [Internet]. 2021 [citado 31 de marzo de 2022]; 144(1): 340-353. DOI: <https://doi.org/10.1093/brain/awaa384>
14. Santos E, Serrador M, Porta J, Rodríguez O, Martínez JM, García J, et al. Síndrome de Charles Bonnet. Serie de 45 casos. *Rev Neurol* [Internet]. 2015 [citado 31 de marzo de 2022]; 60(8): 337-340. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.6008.2014542>
15. Cardoso T, Chaves L, Caramelli P. Charles Bonnet syndrome: characteristics of its visual hallucinations and differential diagnosis. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 2014 [citado 31 de marzo de 2022]; 72: 333-336. DOI: <https://doi.org/10.1590/0004-282x20140015>
16. Niazi S, Krogh M, Singh A, Lykke TS, Subhi Y. Prevalence of Charles Bonnet Syndrome in patients with age-related macular degeneration: systematic review and meta-analysis. *Acta Ophthalmol* [Internet]. 2020 [citado 31 de marzo de 2022]; 98(2): 121-131. DOI: <https://doi.org/10.1111/aos.14287>
17. Cox TM, Ffytche DH. Negative Outcome Charles Bonnet Syndrome. *Br J Ophthalmol* [Internet]. 2014 [citado 31 de marzo de 2022]; 98: 1236-1239. DOI: [10.1136/bjophthalmol-2014-304920](https://doi.org/10.1136/bjophthalmol-2014-304920)
18. Jones L, Ditzel-Finn L, Potts J, Moosajee M. Exacerbation of visual hallucinations in Charles Bonnet syndrome due to the social implications of COVID-19. *BMJ Open Ophthalmol* [Internet]. 2021 [citado 31 de marzo de 2022]; 6(1): 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1136/bjophthalmol-2014-304920>
19. Guisado P, Trueba A, Barrancos C, Cano M. Aproximación al manejo diagnóstico y terapéutico del Síndrome de Charles Bonnet en un servicio de urgencias: una serie de 10 casos. *Emergencias* [Internet]. 2014 [citado 31 de marzo de 2022]; 26: 133-137.
20. Hughes DF. Charles Bonnet syndrome: a literature review into diagnostic criteria, treatment and implications for nursing practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2013 [citado 31 de marzo de 2022]; 20(2): 169-175. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01904.x>
21. Hamedani AG, Pelak VS. The Charles Bonnet Syndrome: a Systematic Review of Diagnostic Criteria. *Curr Treat Options Neurol* [Internet]. 2019 [citado 31 de marzo de 2022]; 21(9): 1-13. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11940-019-0582-1>
22. Kratochwil M, Birgit D, Sifari L, Hirnschall N, Findl O. Benefit of psychiatric evaluation on anxiety in patients with Charles Bonnet syndrome. *BMJ Open Ophthalmol* [Internet]. 2021 [citado 31 de marzo de 2022]; 6(1). DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjophth-2020-000463>
23. Pérez J, Abellán A, Aceituno P, Ramiro D. Un perfil de personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red* [Internet]. 2020 [citado 16 de abril de 2022]; 25: 1-39. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
24. Sáez Á, Vásquez C, Laborda MA. Alucinaciones visuales y funcionamiento cognitivo en pacientes con déficit visual adquirido. *Panamerican Journal of Neuropsychology* [Internet]. 2017 [citado 16 de abril de 2022]; 11(1): 68-81. DOI: [10.7714/CNPS/11.1.203](https://doi.org/10.7714/CNPS/11.1.203)
25. Meneu V, Lax P, Pinilla I, Cuenca N. Degeneración macular asociada a la edad: tratamiento y perspectivas. *Acta Farmacoterap* [Internet]. 2020 [citado 19 de abril de 2022]; 19(4): 256-263. Disponible en: <https://www.socesfar.es/wp-content/uploads/2022/01/AFTV19N4-06A-Revisiones-en-farmacoterapia.pdf>
26. Camargo CM, Chavarro DA. El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Univ. Med.* [Internet]. 2020 [citado 19 de abril de 2022]; 61(2): 64-71. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-2.essm>

ANEXOS

ANEXO I.

Tabla 4. Resumen de los artículos analizados.

Tabla 4. Resumen de los artículos analizados			
REFERENCIA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Hahamy et al.¹³	Comprobar si la actividad cerebral espontánea podría ser la base de la visión generada internamente al estudiar el sistema visual cortical de personas ciegas o con discapacidad visual que experimentan alucinaciones visuales vívidas (Síndrome de Charles Bonnet).	ECA*. Estudio de 29 personas, 5 con discapacidad visual de inicio tardío diagnosticadas con SCB, 11 con baja visión sin alucinaciones (grupo de control ciego) y 13 con visión normal o corregida (grupo de control videntes).	<ul style="list-style-type: none"> - Las alucinaciones visuales tienen naturaleza espontánea y se generan internamente, mientras que la visión verídica se evoca mediante estimulación externa. - Al comparar las alucinaciones, el grupo control vidente tendía a activar solo áreas del campo visual central y desactivar las del campo visual periférico, los grupos SCB** y control ciego reflejaron actividad en todo el sistema visual. - Una exploración sugirió que las alucinaciones en el grupo de SCB y la visión verídica en el grupo control vidente, muestran cierta superposición de patrones de actividad cerebral en muchas regiones de la jerarquía visual. - Las alucinaciones visuales y la visión verídica evocarían un perfil similar de actividad cerebral. - La activación umbral de las regiones visuales tempranas por una fluctuación, pueden generar una cascada de activaciones a lo largo de la jerarquía visual, provocando la aparición de alucinaciones visuales. La acumulación de la actividad neuronal espontánea en el sistema visual de personas con discapacidad visual puede desencadenar alucinaciones visuales. - La jerarquía visual se puede activar por una acumulación de fluctuaciones en la corteza visual, en ausencia de información visual externa, desencadenando alucinaciones tan vívidas como la visión normal.
REFERENCIA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Kratochwil et al.²²	Evaluar si es beneficiosa la evaluación adicional por parte de un psiquiatra para pacientes con SCB. Comparándolo con la intervención entre el paciente y el oftalmólogo.	ECA. 34 pacientes con SCB. Criterios diagnósticos concretos. Se pidió a los pacientes que describieran y dibujaran las alucinaciones, se revisó su historial médico y se realizaron pruebas estandarizadas para comprobar los criterios de exclusión.	<ul style="list-style-type: none"> - De los 34 pacientes con CBS, 28 eran mujeres y 6 eran hombres. La edad media fue de 79,3 años. - El 18,5% padecía alucinaciones visuales simples y el 11,8% tenía alucinaciones visuales complejas. - 18 pacientes tuvieron una consulta presencial con el oftalmólogo (grupo de control) y 16 pacientes recibieron evaluación adicional y posible tratamiento por parte de un psiquiatra (grupo de estudio). - No hubo diferencias estadísticamente significativas en la tensión psicológica de los pacientes antes y después del tratamiento por parte de un oftalmólogo/psiquiatra. - Los pacientes obtuvieron un beneficio relevante al aprender sobre el SCB y se sintieron aliviados al conocer que no se trataba de una enfermedad mental. - Casi todos los pacientes se preocupaban más porque su enfermedad ocular les pudiera provocar la pérdida de la visión, que por las propias alucinaciones. - A pesar de la importancia de una consulta con un experto, la terapia psiquiátrica adicional no mostró ningún beneficio para los pacientes involucrados en este grupo de estudio.

Continuación Tabla 4.

REFERENCIA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Hughes²⁰	Conocer el SCB, el tratamiento actual y qué papel tiene en la práctica clínica psiquiatría y enfermería en salud mental.	Revisión sistemática. Búsqueda en bases de datos y cumplimiento criterios CASPe.	<ul style="list-style-type: none"> - Aunque normalmente lo experimenten personas mayores, puede ocurrir en cualquier momento de la vida, cuando disminuyen las entradas sensoriales al cerebro, como resultado la deficiencia visual y/o aislamiento. - No hay criterios diagnósticos estandarizados ni un tratamiento basado en la evidencia para el SCB. - Médicos especialistas en salud mental son indicados para ayudar a pacientes con SCB. - El aislamiento social afecta al SCB. Es más importante la calidad del contacto social que la cantidad. - Enfoques terapéuticos propuestos: <ul style="list-style-type: none"> • Más eficaces: empatía, sensibilidad, comunicación y tranquilidad. Iluminación o parpadeo. Gafas o cirugía de cataratas. • Si esto no es suficiente se podría pasar a prescribir medicación, no especifica si por parte de un oftalmólogo o psiquiatra. - Enfermería: Empoderar al paciente para que domine su enfermedad y consejos prácticos como parpadeo, tácticas de diversión, mejorar la iluminación y ayudas visuales.
REFERENCIA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Niazi et al.¹⁶	Proporcionar una visión general del SCB en relación con la DMAE, para determinar la prevalencia y aspectos demográficos y clínicos asociados.	Revisión sistemática y meta-análisis. Modelo PRISMA (revisión) y MOOSE (metaanálisis). Incluye 18 estudios. Excluidos estudios descriptivos de reporte de caso o series de casos.	<ul style="list-style-type: none"> - La prevalencia general de SCB en pacientes con DMAE es de 15,8%, 1 de cada 6. En pacientes con DMAE neovasculare es de 7,2%, 1 de cada 14. - El 31,3% de pacientes con DMAE que visitan centros de rehabilitación visual experimentan el SCB. - Estos pacientes tienen alucinaciones visuales que les provocan miedo y ansiedad. Les alivia conocer que sus experiencias visuales no se deben a ningún trastorno mental. - Los pacientes con DMAE que tienen riesgo de padecer SCB, son aquellos con una BCVA*** más baja en su mejor ojo y las mujeres. - Una BCVA menor puede reflejar mayor daño en la retina y hace plantear que el SCB se observe en pacientes con DMAE tardía en las que el daño en la retina es más extenso. - Centrarse en la patología ocular proporciona beneficios a los pacientes con SCB. - Otras estrategias: técnicas de distracción (parpadear rápidamente, mover la cabeza y la interacción social) pueden disminuir las alucinaciones visuales. -Es importante explicar al paciente en qué consiste el SCB para evitar el miedo y la ansiedad. En muchos casos, el SCB puede remitir sin que sea necesaria ninguna intervención.
REFERENCIA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Hamedani y Pelak²¹	Realizar una revisión sistemática de los criterios diagnósticos del síndrome de	Revisión sistemática. 33 estudios: series de casos, estudios de casos- controles, estudios de cohortes, criterios	<ul style="list-style-type: none"> - En la mayoría de los estudios, la enfermedad ocular fue la causa de la pérdida de visión. - Catorce estudios (42%) requerían que la función cognitiva fuera normal, y 11 (33%) utilizaron una prueba de detección cognitiva para la confirmación. - Las alucinaciones pueden remitir cuando la pérdida de visión asociada al SCB es reversible, tratando el problema como pueden ser las cataratas o proporcionando ayudas para la baja visión.

Continuación Tabla 4.

	Charles Bonnet (SCB).	diagnósticos publicados y ensayos controlados aleatorios. Se excluyeron reportes de casos y los artículos de revisión.	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer un umbral de pérdida de agudeza visual podría ser útil para diagnosticar el SCB. - Se debe diferenciar si el origen de las alucinaciones procede de otras enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson, ya que, en este caso, se pueden presentar alucinaciones visuales inicialmente con una visión conservada, a diferencia del SCB. -La falta de criterios diagnósticos estandarizados dificulta la detección del SCB y la práctica clínica. - Es necesario que a los pacientes con SCB se les realice un examen minucioso por parte del neurólogo y del psiquiatra. - Al educar a los pacientes y asegurarles que las alucinaciones no indican un trastorno mental, les provoca una tranquilidad, que para muchos ya es suficiente para remitir los síntomas. - El cierre de los ojos o la redirección de la mirada pueden proporcionar un alivio temporal. - Para los pacientes cuyas alucinaciones afectan sus AVD o su calidad de vida, se puede considerar el tratamiento farmacológico con antipsicóticos, inhibidores de la colinesterasa, antiepilépticos y antidepresivos. Pero la evidencia científica sobre su efectividad es escasa.
REFERENCIA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Guisado et al. ¹⁹	Describir por primera vez una serie española de pacientes diagnosticados de SCB.	<p>Estudio descriptivo retrospectivo.</p> <p>Serie de 10 casos con diagnóstico final de SCB atendidos en el Hospital Universitario Ramón y Cajal. Se realizó seguimiento telefónico a los 6 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 140 pacientes acudieron por alucinaciones visuales, 14 fueron diagnosticados con SCB. 10 de ellos cumplieron los criterios diagnósticos. - Edad media 80,4 años. Predominio en mujeres. Reportaron alucinaciones complejas (reconocidas como irreales), 70% veían personas. Duración de segundos a minutos y persistencia de 1 a 4 días. - A 1 paciente las alucinaciones le causaron temor y le afectaron a sus AVD. - Patologías oculares asociadas: DMAE, cataratas, glaucoma y retinopatía diabética grave. - El 80% poseía agudeza visual menor a 0,05. - En el 60% habían desaparecido los síntomas en menos de 3 meses. 1 caso con medicación, 1 con intervención de cataratas y 4 con medidas conductuales. - Información al paciente y la familia para reducir la ansiedad. Corrección de la patología ocular si es posible. Mejorar luminosidad del hogar y reducir aislamiento social. - Son necesarias pruebas diagnósticas e interconsultas urgentes con psiquiatría. - No existe suficiente evidencia científica para seleccionar un tratamiento farmacológico específico.
REFERENCIA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Santos et al. ¹⁴	Estudiar las características de pacientes con SCB, de las alucinaciones y de los posibles factores que las desencadenan.	<p>Estudio descriptivo transversal.</p> <p>Serie de 45 casos. Pacientes diagnosticados con SCB, derivados a la unidad multidisciplinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 66,6% mujeres, 68,8% mayores de 80 años con edad media de 83,55 años. 68,88% con agudeza visual inferior a contar dedos a 1 metro de distancia. - Déficit visual asociado a DMAE (37,7%), glaucoma (28.8%) y catarata (20%). - 35,55% de las alucinaciones de personas y caras, el 66,66% en color y el 80% en movimiento. Frecuencia de 3 episodios por día en el 35,55% de 3-5 minutos (35,55%). - Baja iluminación desencadenó el 28,8% de las alucinaciones, deslumbramiento el 26,6%, estrés y fatiga un 2,2% y aislamiento social un 17,7%.

Continuación Tabla 4.

		de oftalmología, neurología y psiquiatría.	<ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes con SCB tienen un riesgo 20 veces superior de padecer demencia, por lo que deben ser derivados a neurología para ser valorados y realizarles un seguimiento exhaustivo. - Tratamiento del SCB: individualizado, incluyendo todos los factores relacionados con la etiopatogenia. Información adecuada al paciente y familia, si es posible tratar déficit de visión o la ansiedad si se presentara y perfeccionar sus condiciones de vida. Sobre el tratamiento médico, debe ser prescrito por neurología, ya que existe gran variedad de medicamentos.
REFERENCIA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Cox y Ffytche¹⁷	Reevaluar el pronóstico del SCB y describir los factores asociados a un resultado negativo del síndrome.	Estudio descriptivo transversal. Se envió un cuestionario al azar a 4000 miembros de la Macular Society con ítems derivados de la entrevista de alucinaciones visuales del Instituto de Psiquiatría.	<ul style="list-style-type: none"> - Se distinguieron 492 personas con SCB. Las alucinaciones eran de corta duración, 44% de minutos y 34% de segundos. Ocurrían semanalmente (30%), diariamente (22%) o frecuentemente (13%). - El 67% no había oído hablar del SCB al inicio de la sintomatología y atribuyeron los síntomas: 50% pérdida de visión, 11% trastorno mental, 5% Alzheimer y 40% desconocían a que se debía. - 63% se tranquilizaron y aliviaron al recibir educación sobre el SCB. - Para el 60% no afectó a su vida diaria y un 6% reportó un efecto agradable de las alucinaciones. - En el 32% el SCB tuvo un impacto negativo y los factores asociados fueron: miedo provocado por episodios de alucinaciones repetitivos, impacto en las AVD, relación de las alucinaciones con una enfermedad mental y no tener información sobre el SCB al inicio de los síntomas. Atribuirlo a pérdida de visión no se asoció con impacto negativo. - El resultado negativo no se asoció con el sexo, con la patología ocular o con la duración total del SCB; se asoció con: episodios alucinatorios más duraderos, más frecuentes y contenido de caras, personas, animales y objetos. - El 47% de pacientes que no obtuvo información clara por parte de un profesional tuvo un resultado negativo del SCB. En 1/3 de las respuestas el profesional no estaba seguro sobre el diagnóstico.
REFERENCIA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Jones et al.¹⁸	Evaluar las consecuencias del confinamiento domiciliario por COVID-19 en pacientes con SCB.	Estudio transversal prospectivo. Encuesta a 45 personas con SCB activo. Preguntas abiertas y cerradas para medir las características de los episodios alucinatorios en el confinamiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Edad media 69,3 años, 60% eran mujeres. El 42,2% tenía DMAE y el 22,2% patologías oculares múltiples como cataratas o miopía patológica. 64,4% alucinaciones complejas de personas o rostros. - 56% hizo alusión a una mayor frecuencia de las alucinaciones durante la pandemia. 47% con cambios en la naturaleza de las alucinaciones y 53% en la respuesta emocional. - Describieron alucinaciones más complejas, desorientadoras y problemáticas, con dificultad para diferenciarlas de la realidad. Solo el 40% recurrió a recursos de apoyo - Los participantes consideraron el ejercicio beneficioso contra el SCB. El 47% asoció la reducción de las posibilidades de realizar deporte por la pandemia con cambios en la fenomenología de las alucinaciones. - 31% de los encuestados consideró que las noticias mediáticas durante la pandemia provocaron una agudización en la frecuencia de las alucinaciones.

Continuación Tabla 4.

			<ul style="list-style-type: none"> - El 67% comunicaron mayor sentimiento de soledad y se relacionó con cambios en la naturaleza de las alucinaciones. Relación estadísticamente significativa entre la soledad y vivir solo durante la pandemia. - Asociación estadísticamente significativa entre la edad y la soledad, en promedio, los que estuvieron solos en la pandemia eran mayores que los que estuvieron acompañados. - Los que comunicaron un cambio en la respuesta emocional a las alucinaciones eran mayores que los que no notaron cambios.
REFERENCIA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Cardoso et al.¹⁵	Presentar serie de 8 casos de pacientes con SCB y señalar las características que distinguen las alucinaciones de otras patologías.	<p>Serie de casos.</p> <p>Todos los pacientes fueron evaluados inicialmente por un oftalmólogo y luego sometidos a una evaluación neurológica con criterios de exclusión de diagnósticos psiquiátricos y neurológicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con pérdida de visión bilateral: 2 con miopía severa y cataratas, 3 con retinitis pigmentaria, 1 con neuropatía óptica isquémica anterior, 1 con DMAE y otro con retinocoroiditis toxoplásmica. - Todas las alucinaciones eran complejas, de animales, caras, personas y raras formas geométricas. En el 62,5% eran semanales y en el 87,5% tenían una duración de segundos, lo que podría contribuir a la benignidad comunicada por los pacientes. - Transcurrieron 41,7 meses desde el inicio de las alucinaciones visuales hasta el diagnóstico médico. - Factores de riesgo: discapacidad visual, daño cerebral, aislamiento social, baja iluminación y edad. - Con un examen y revisión de la historia del paciente se pueden descartar otras etiologías. - Muchos de ellos sólo necesitan educación y la tranquilidad de conocer la naturaleza benigna de los síntomas, mejorando así su calidad de vida. - El primer paso es el tratamiento de una causa reversible de pérdida de visión. No existe un tratamiento médico establecido.
REFERENCIA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Rodríguez et al.⁴	Analizar la existencia de psicopatología en pacientes diagnosticados con SCB por el Servicio de Oftalmología.	<p>Estudio transversal.</p> <p>Se entrevistaron a 18 pacientes derivados del Servicio de Oftalmología con posible diagnóstico de SCB, previamente valorados por un neurólogo. La entrevista psiquiátrica consistió en la recogida de datos y una exploración psicopatológica para</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Edad media 78,99 años, 83, 33% mujeres. Todos con patología oftalmológica. 50% DMAE, 28% cataratas y 11% glaucoma. En el 67% eran alucinaciones de objetos, siendo continuas en el 28% de ellos. Al 39% le ocurrían por la noche. En el 39% el paciente podía controlar voluntariamente la alucinación y era intermitente, solía desaparecer al cerrar los ojos. - Fue precisa una valoración multidisciplinar para diagnosticar el SCB. Acudieron primero al oftalmólogo. Fueron valorados por un neurólogo para descartar otra patología neurológica. Después por el psiquiatra. - El 67% de los participantes vivían solos. El 72% no refería ansiedad secundaria significativa, ni cumplían criterios para trastornos de ansiedad, pero el resto presentaba cuadros de ansiedad por las alucinaciones. - El 17% de los pacientes estaban diagnosticados de patología psiquiátrica, pero ninguno se relacionaba directamente con la presencia de alucinaciones visuales. - Ninguno precisó tratamiento sintomático para las alucinaciones.

Continuación Tabla 4.

		descartar la presencia de patología psiquiátrica.	<ul style="list-style-type: none"> - Si la capacidad visual disminuye y empeora progresivamente hay más riesgo de padecer SCB que si se padece una baja agudeza visual crónica. No todos los pacientes con baja agudeza visual desarrollan SCB. - Si se tiene claro el diagnóstico, lo más importante es tranquilizar al paciente. - Abordaje multidisciplinar para mejorar la vista y evitar aislamiento. Limitando el tratamiento farmacológico para pacientes con ansiedad asociada a las alucinaciones.
REFERENCIA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Sáez et al. ²⁴	Describir la presencia de alucinaciones visuales, sus características y el funcionamiento cognitivo de un grupo de pacientes con déficit visual.	<p>Estudio descriptivo transversal.</p> <p>Muestra no probabilística dirigida. Se evaluaron 10 sujetos con déficit visual severo objetivado con diagnóstico oftalmológico previo. Se utilizó una traducción del cuestionario para determinar la presencia del SCB.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Muestra final de 8 sujetos, 4 hombres y 4 mujeres. Edad media 75,13 años. Todos padecían déficit severo de la agudeza visual objetivado con diagnóstico oftalmológico. - 6 pacientes con alucinaciones simples de luces y figuras difusas y 2 de ellos con alucinaciones complejas de rostros humanos. 5 de ellos reportan una frecuencia diaria y en 3 de ellos las alucinaciones duran días. 7 pacientes con alucinaciones estereotipadas (con el mismo contenido). - Por la variabilidad, no es posible establecer alucinaciones típicas en pacientes con déficit visual adquirido. Las alucinaciones visuales se producen mayormente en situaciones de baja luminosidad. - Todos los participantes tenían un estado cognitivo conservado, pero presentaban déficits de atención y memoria, lo que podría condicionar la descripción objetiva del fenómeno percibido. - Se debe tener en cuenta, que, al tratarse de personas de edad avanzada, posiblemente presenten posteriormente un deterioro cognitivo global. - Los pacientes que reportan alucinaciones visuales y tienen pérdida visual adquirida, deben recibir atención directa por parte de los profesionales correspondientes.
<p>*ECA: Ensayo Clínico Aleatorio **SCB: Síndrome de Charles Bonnet ***BCVA: Mejor Agudeza Visual Corregida (sigla del inglés)</p>			

ANEXO II.

Tabla 5. Evaluación de calidad y grado de recomendación de los estudios. Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Evaluación de calidad y grado de recomendación de los estudios			
REFERENCIA Y CRITERIOS CASPE	TIPO DE ESTUDIO	RECOMENDACIÓN	NIVEL
Hahamy et al.¹³ CasPe: 10/11= 91%	<u>Ensayo clínico aleatorizado</u> • Muestra: 29 pacientes	A	1b
Kratochwil et al.²² CasPe: 10/11= 91%	<u>Ensayo clínico aleatorizado</u> • Muestra: 34 pacientes	A	1b
Hughes²⁰ CasPe: 8/10= 80%	<u>Revisión sistemática</u> • Análisis: 21 estudios • Diseño de los estudios: No especificado	B	3b
Niazi et al.¹⁶ CasPe: 10/10= 100%	<u>Revisión sistemática y metaanálisis</u> • Análisis: 18 estudios • Diseño de los estudios: 2 cohortes, 2 casos-controles y 14 descriptivos transversales	A	1a
Hamedani y Pelak²¹ Caspe: 9/10= 90%	<u>Revisión sistemática</u> • Análisis: 33 estudios • Diseño de los estudios: ECAs, cohortes, casos-controles, series de casos y criterios diagnósticos.	B	3a
Guisado et al.¹⁹ Caspe: 9/10= 90%	<u>Estudio descriptivo retrospectivo</u> • Muestra: 10 pacientes	C	4
Santos et al.¹⁴ Caspe: 9/10= 90%	<u>Estudio descriptivo transversal</u> • Muestra: 45 pacientes	C	4
Cox y Ffytche¹⁷ Caspe: 10/10= 100%	<u>Estudio descriptivo transversal</u> • Muestra: 492 pacientes	C	4
Jones et al.¹⁸ Caspe: 10/10= 100%	<u>Estudio descriptivo transversal prospectivo</u> • Muestra: 45 pacientes	C	4
Cardoso et al.¹⁵ Caspe: 9/10= 90%	<u>Estudio descriptivo</u> • Muestra: 8 pacientes	C	4
Rodríguez et al.⁴ Caspe: 9/10= 90%	<u>Estudio descriptivo transversal</u> • Muestra: 18 pacientes	C	4
Sáez et al.²⁴ Caspe: 9/10= 90%	<u>Estudio descriptivo transversal</u> • Muestra: 10 pacientes	C	4

ANEXO III.

Tabla 6. Perfil de los pacientes con Síndrome de Charles Bonnet. Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Perfil de los pacientes con Síndrome de Charles Bonnet					
	EDAD MEDIA	SEXO	TIPO DE ALUCINACIÓN Y CARACTERÍSTICAS	PATOLOGÍA OCULAR ASOCIADA	DÉFICIT VISUAL
Kratochwil et al. ²²	79,3 años	28 mujeres 6 hombres	<ul style="list-style-type: none"> 18,5% simples y 11,8% complejas 		
Guisado et al. ¹⁹	80,4 años	Predominio mujeres	<ul style="list-style-type: none"> Complejas 70% personas Segundos o minutos 		80% agudeza < 0,05
Santos et al. ¹⁴	83,55 años	66,6% mujeres	<ul style="list-style-type: none"> 35,55% complejas (Personas/rostros) 66,66% en color 80% en movimiento 35,55% 3 al día de 3-5 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> 37,7% DMAE 28,8% glaucoma 20% cataratas 	68,88% agudeza < a contar dedos a 1 m.
Cox y Ffytche ¹⁷			<ul style="list-style-type: none"> Complejas Caras, personas, animales y objetos 44% minutos / 34% segundos 30% semanal, 22% diario, 13% constante 	<ul style="list-style-type: none"> DMAE 	
Jones et al. ¹⁸	69,3 años	60% mujeres	<ul style="list-style-type: none"> 64,4% complejas Personas/rostros 	<ul style="list-style-type: none"> 42,2% DMAE 22,2% otras (cataratas, miopía severa) 	
Cardoso et al. ¹⁵	52,3 años	62,5% hombres	<ul style="list-style-type: none"> Complejas Animales, caras, personas. 62,5% semanales 87,5% segundos 	<ul style="list-style-type: none"> 2 miopía severa y cataratas 3 retinitis 1 neuropatía 1 DMAE 1 retinocoroiditis 	Agudeza: -Ojo derecho 1,12 -Ojo izquierdo 0,57
Rodríguez et al. ⁴	78,99 años	83,33% mujeres	<ul style="list-style-type: none"> 67% objetos 28% continuas 39% por la noche 	<ul style="list-style-type: none"> 50% DMAE 28% cataratas 11% glaucoma 	
Sáez et al. ²⁴	75,13 años	4 mujeres 4 hombres	<ul style="list-style-type: none"> 6 simples (luces) y 2 complejas (rostros) 5 diarias 		Todos padecen déficit visual severo