

Asistencia psiquiátrica en pacientes mayores de 65 años en una unidad de agudos de un hospital general

Díaz del Valle JC

Medico adjunto de Psiquiatría

Complejo Hospitalario Juan Canalejo - Marítimo de Oza. A Coruña

Serrano Vázquez M

Jefe de Sección. Servicio de Psiquiatría

Complejo Hospitalario Juan Canalejo - Marítimo de Oza. A Coruña

Olveira Lorenzo CI***

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de A Coruña

Cristóbal Alonso OJ***

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de A Coruña

Resumen

Objetivos:

Tratando de cubrir la escasez de publicaciones que sobre este tema existen en las unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos de nuestro entorno, hacemos un análisis descriptivo de la patología psiquiátrica en pacientes mayores de 65 años en función de variables epidemiológicas, clínico-terapéuticas y de gestión clínica.

Material y métodos:

109 pacientes ancianos ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de agudos (centro de referencia del área sanitaria de A Coruña) entre los años 1996 y 1999. Se utilizó un protocolo estructurado de 38 ítems. Análisis de datos con el programa SPSS.

Resultados:

La edad media de los pacientes se sitúa en torno a los 72 años, con un predominio del sexo femenino en una proporción de 3 a 2 sobre los varones. Viven con sus familiares el 64%.

Hay un predominio de los Trastornos del Estado de Animo (53.2%), con una baja prevalencia de Trastorno Mental Orgánico (2.8%). Encontramos que en el 52.3% de la muestra existen

enfermedades médicas, fundamentalmente las del aparato cardiovascular, neurológicas y endocrino-metabólicas.

En el 69.7% se detecta una carencia en las estructuras de apoyo social del anciano, y esta se asocia significativamente con la presencia de patología somática.

La estancia media se sitúa en 17.89 días, encontrándose al alta una respuesta terapéutica favorable en un 94.5% de los pacientes.

Son derivados a su Unidad de Salud Mental el 77.1%. Sólo el 2.8% de los pacientes fueron remitidos por su médico de familia y, al alta, únicamente el 0,9% se derivaron a este.

Conclusiones:

El papel jugado por la Atención Primaria en el abordaje de trastornos psiquiátricos debería ser mayor del que encontramos en nuestro estudio. La accesibilidad al médico de familia y la relación previa con el paciente facilitarían la detección y abordaje terapéutico. Sería importante incrementar la capacitación e implicación de los profesionales de Medicina de Familia en el manejo de estos procesos, así como implicarlos en el reforzamiento de los apoyos sociales de estos pacientes.

Introducción

El envejecimiento progresivo de la población en las últimas décadas ha provocado un incremento de la prevalencia de trastornos físicos y psíquicos en el anciano.

El aumento de la expectativa de vida conlleva un mayor riesgo de padecer algún tipo de enfermedad que limite la actividad normal de anciano y su autonomía, así como la aparición de una serie de rápidas transformaciones del entorno social que incluyen acontecimientos de pérdida, falta de control sobre el medio, escasez de recursos y soledad; todos estos cambios, que pueden producirse paralelamente al proceso de envejecimiento, repercuten en el estado emocional del individuo, provocando una reacción de adaptación a la nueva situación de la persona que en ocasiones es el inicio de un trastorno psiquiátrico.

En estudios epidemiológicos comunitarios de patología psiquiátrica en ancianos aparecen cifras de un 18 a 24% de prevalencia. Sin embargo existe una frecuente comorbilidad física y psíquica que lleva a la presentación atípica de los trastornos mentales en el anciano, dificulta su detección o hace que se consideren los síntomas como parte del proceso de envejecer y sin posibilidad de tratamiento^{1,2}. Por otra parte, la patología somática asociada hace que el malestar psíquico del individuo quede relegado a un segundo lugar y la patología psiquiátrica se infravalore³.

La mayoría de las personas mayores de 65 años padece, al menos, una enfermedad crónica (aproximadamente un 80%), y un grupo importante de ellos presenta múltiples patologías; además, es constatable el aumento de la comorbilidad psíquica en este grupo de pacientes^{4,5}. La presencia de patología física severa y persistente provoca una tendencia hacia la cronificación de la patología psíquica⁶. A todo esto se une una falta de recursos a nivel de soporte sociosanitario, que dificultan el manejo de estos pacientes y podría ser determinante.

Por ejemplo, algunos estudios⁷ sugieren que los ancianos sanos con un funcionamiento psicosocial normal no tienen más depresiones que grupos de edad más jóvenes y que existe una relación significativa y generalmente positiva entre apoyo social y salud, correlacionándose la existencia de problemas afectivos con distintos indicadores de apoyo social, y encontrando que los cambios en la satisfacción con la calidad de las relaciones sociales suelen preceder al desarrollo de problemas, generalmente afectivos⁸.

El retraso en el diagnóstico, la presencia de enfermedades concomitantes, y la pérdida de apoyo social, lleva a que el curso clínico de los trastornos mentales en ancianos se caracterice por una mayor gravedad, tendencia a la cronicidad, y mayor índice de recidivas⁹.

En los ancianos es menor la utilización de los servicios de salud mental¹⁰. Probablemente el control de algunos de estos pacientes debería ser asumido por la atención primaria, dada la mayor accesibilidad del médico de familia y la creciente capacitación e implicación de estos profesionales en el manejo de trastornos psiquiátricos.

En este sentido sería importante potenciar el papel de la atención primaria en salud mental, de manera que fuera capaz de detectar, y en muchos casos asumir, el manejo de estos pacientes, dado que los ancianos con trastornos mentales constituyen un importante subgrupo de la población mayor de 65 años¹¹.

Las mujeres presentan mayor prevalencia de patología psiquiátrica¹² (fundamentalmente de trastornos afectivos)¹³ y mayor tendencia a demandar ayuda médica¹⁴.

Por diagnósticos, se ha objetivado una alta prevalencia de patología afectiva^{5,14,15}, destacando la depresión mayor, aunque la existencia de sintomatología depresiva clínicamente relevante es de tres a cinco veces superior¹⁶. Los síntomas depresivos se muestran muchas veces enmascarados por quejas somáticas¹⁷, y una notable carga ansiógena¹⁸, lo que genera una alta frecuentación de diferentes servicios

sanitarios y un importante coste económico^{19,20}. Como síntomas de depresión el anciano refiere quejas físicas o hipocondría, insomnio, disminución general del rendimiento y pérdida de intereses^{13,21}. Por otra parte cuando existe una enfermedad orgánica concomitante la patología depresiva incrementa la incapacidad funcional y la percepción del dolor, retrasa la demanda de ayuda, disminuye la adherencia al tratamiento y la colaboración en la rehabilitación, mientras que la patología afectiva tiende a cronificarse²².

En Europa y Estados Unidos las conductas suicidas aumentan progresivamente²³. Las tasas de suicidio son mayores en los ancianos que en cualquier otro grupo de edad²⁴, sin embargo es mucho menor el número de tentativas autolíticas, (en nuestra área el 5.8% de las tentativas autolíticas las realizan mayores de 65 años²⁵). Muchos de estos pacientes carecen de antecedentes psiquiátricos, y no suelen verbalizar su ideación suicida¹⁴, de ahí la importancia de la prevención y detección del riesgo autolítico en los ancianos, donde es fundamental la formación clínico psiquiátrica de los profesionales de la atención primaria de salud²⁶, ya que, unos días antes de la tentativa, un elevado número de pacientes habían contactado con el médico de cabecera^{21,27}.

De las alteraciones cognitivas, las más frecuentes son las demencias no tratables, suponiendo la enfermedad de Alzheimer el 49% de todas las demencias, y la demencia multiinfarto el 14%²⁸. Más de una tercera parte de la población gallega mayor de 65 años presenta alteraciones cognitivas de apreciable magnitud²⁹.

Los trastornos por ansiedad son una patología infravalorada, pudiendo presentarse de múltiples formas, como enmascarados por quejas somáticas, en el contexto de la adaptación a una enfermedad orgánica, en las fases iniciales de los

cuadros demenciales o bien como trastornos por ansiedad propiamente dichos³⁰.

Los trastornos psicóticos afectan a menos del 0.5%, disminuyendo con la edad³¹.

Hay que destacar la alta utilización de los servicios de urgencia hospitalarios por este grupo de edad³², hasta el punto de que la población mayor de 65 años que demanda asistencia psiquiátrica supone aproximadamente un 15% del total de urgencias psiquiátricas, siendo alrededor del 7% de los ingresos. Los diagnósticos más frecuentes en estos pacientes son trastorno del estado de ánimo (47%), trastorno de ansiedad (33%) y trastornos cognoscitivos (14%)¹¹.

A pesar de que los trastornos gerontopsiquiátricos plantean múltiples problemas diagnósticos, terapéuticos, familiares y sociales, el psiquiatra, en la mayoría de los casos, puede utilizar la colaboración de la red de apoyos sociales y comunitarios del paciente, y debe ser capaz de coordinarse con otros especialistas médicos y ampliar su campo a la atención primaria, para evitar que el paciente reciba tratamientos redundantes o nocivos por su interacción.

Objetivos

Tras un breve repaso a los principios generales de la gerontopsiquiatría es el momento de exponer los objetivos de este estudio.

Existe un **objetivo general**, que es el de realizar una aportación al conocimiento de la clínica y asistencia psiquiátrica a los pacientes geriátricos en nuestro medio, al que llegaremos mediante la consecución de unos **objetivos específicos** que son, en primer lugar, establecer los perfiles sociodemográficos, clínicos y asistenciales de los pacientes mayores de 65 años ingresados en una unidad de psiquiatría de un hospital general, en segundo lugar establecer la relación de la variable diagnóstico con factores que consideramos relevantes (sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, tipo de

convivencia y núcleo de residencia, y clínicos: días de estancia y valoración al alta) y, en tercer lugar, a través del análisis de los resultados, detectar las características diferenciales de esta población de pacientes, comparándolo con la bibliografía existente.

En este sentido, este estudio se enmarca en la oportunidad, tratando de cubrir las escasas referencias de trabajos publicados de pacientes geriátricos ingresados en los servicios de psiquiatría de hospitales generales.

Material y métodos

El área de referencia de este estudio es el área sanitaria de La Coruña, que presta atención Sanitaria a una población de aproximadamente 500.000 h, con áreas rurales y urbanas, gran dispersión geográfica, y alto índice de envejecimiento. La asistencia psiquiátrica se realiza desde el Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Juan Canalejo-Marítimo de Oza, dentro del cual se incluye la Unidad de Hospitalización de Agudos, inaugurada en Marzo de 1996, que consta de 28 camas que se dedican a asistencia psiquiátrica general y dos al programa de desintoxicación hospitalaria.

Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes mayores de 65 años ingresados en la Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Juan Canalejo – Marítimo de Oza de La Coruña, entre los años 1996-1999 (36 meses). Se utilizó un protocolo estructurado con 38 ítems, que recogían datos sociodemográficos, clínico-terapéuticos y de gestión, empleando las historias clínicas como fuente de datos.

Como criterios diagnósticos se emplearon las clasificaciones DSM-IV y CIE 10.

La muestra se compone de 109 pacientes, que representan el 7.13% del total de los ingresos realizados.

Para el análisis estadístico de los datos se empleó el paquete informático-estadístico SPSS,

utilizando metodología descriptiva para las diferentes variables, chi-cuadrado y test exacto de Fisher para variables cualitativas, t de Student para variables cuantitativas y cualitativas dicotómicas y Kruskal-Wallis para variables cuantitativas y cualitativas no dicotómicas. Consideramos significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados y comentarios

Los resultados obtenidos, aún correspondiendo a una muestra que no es representativa de la población general, nos permiten analizar ciertos aspectos que consideramos especialmente destacados.

En el contexto de todos los pacientes ingresados, los mayores de 65 años representaron el 7.13%, que es una proporción inferior a la que representan en la población general. Teniendo en cuenta que en nuestra unidad psiquiátrica de agudos sólo ingresan pacientes cuya edad es igual o superior a los 16 años, la proporción de mayores de 65 años es todavía menor de la esperada. Estos datos tienden a confirmar la idea de que los pacientes gerontopsiquiátricos utilizan menos los servicios asistenciales que los pacientes más jóvenes (Goldstrom, 1987)¹⁰ y, en relación a otros estudios realizados en nuestro entorno en unidades de agudos de Hospital General, el porcentaje es inferior: Crespo y cols 1997, 10%; De la Gándara y cols 1991, 12,6%; Seva y cols 1993, 8,37%; Santamarina y cols 1996, 12%.

La edad media es de 72.8 años, semejante a la encontrada en los hospitales de Madrid (De la Serna y cols 1990, 73.4 a), Bellvitge 71.9 a, Burgos 72.65 a; Asturias 71.76 a, y Tenerife (Casariego y cols 1996, 66.9 a), pero es algo inferior a la hallada fuera de nuestras fronteras (Canadá, Rockwood y cols, 1991, 76 a)³⁸.

Perfil Sociodemográfico (Tabla I):

(Ver página siguiente)

Asistencia psiquiátrica en pacientes mayores de 65 años en una unidad de agudos de un hospital general

Tabla I. Variables demográficas

Variable		N	%
Sexo	Varón	37	33.9
	Mujer	72	66.1
Estado civil	Soltero	17	15.6
	Casado/Pareja estable	54	49.5
	Viudo	32	29.4
	Separado/Divorciado	6	5.5
Residencia	Rural	42	38.5
	Urbano	67	61.5
Nivel educativo	Insuficiente/Escaso	58	53.2
	Primarios	34	31.2
	Formación Profesional	5	4.6
	Bachillerato	6	5.5
	Diplomado Universitario	5	4.6
	Licenciado Universitario	1	0.9
Nivel económico	Ninguno	1	0.9
	Insuficiente	12	11
	Suficiente	94	86.2
	Elevado	2	1.8
Tipo convivencia	Solo	28	25.7
	Con familiares	70	64.2
	Institución	6	5.5
	Otros	5	4.6
Personas con las que convive	0	36	33
	1	33	30.3
	2	22	20.2
	3	7	6.4
	4	7	6.4
	5	4	3.7
Sector de actividad	Primario	24	22
	Secundario	9	8.3
	Terciario	19	17.4
	Sin profesión	12	11
	Ama de casa	45	41.3
Situación laboral	Jubilación	72	66.1
	En Activo	3	2.8
	ILP	4	3.7
	Sin relación laboral	30	27.5

Encontramos una mayoría de mujeres (66%), dato común en la literatura revisada^{34,35,36,37} y similar a la encontrada en ingresados de otras edades.

El lugar de residencia de nuestros pacientes tiene un predominio marcado del área urbana (61.5%), en una proporción de 2:1 frente al área rural, dato similar a los estudios de nuestro entorno señalados en líneas precedentes. Pero dado el hecho de que la mayoría han nacido en medio rural y viven en medio urbano, la influencia de situaciones como emigración o la distinta prevalencia de los trastornos según el medio de residencia no son cuantificables con los datos de los que disponemos.

El nivel de estudios es realmente bajo, pues más de la mitad (53.2%) no ha logrado alcanzar el nivel primario, coincidiendo con otros estudios³⁴ de nuestro entorno. Habría que buscar razones propias de las dificultades de escolarización que atravesaba nuestro país en los años 30 y 40 en el medio rural, de donde proviene la mayoría de la muestra.

El aislamiento social, los cambios en el entorno y la soledad son factores que influyen significativamente en el desarrollo o descompensación de un trastorno psiquiátrico; un 48.7% de nuestra muestra son viudos, solteros o separados/divorciados (de los cuales un 25.7% viven solos), sin embargo, encontramos también un elevado porcentaje que tienen cónyuge o pareja estable (49.5%), lo cual parece indicar que este no es el único factor implicado. No obstante, sería una actividad importante de prevención actuar desde el ámbito de la atención primaria sobre estos pacientes, intentando mejorar sus niveles de apoyo social.

El análisis de la situación familiar pone de manifiesto que la mayoría de nuestros pacientes viven con sus parientes (64%), y aproximadamente el 50% en unidades familiares de pocos miembros (1 ó 2).

Encontramos que son pocos (5,5%) los que viven en instituciones, dato este que no puede

resultar novedoso, pues la deficiencia de recursos en este campo no posibilita un ajuste entre la oferta y la demanda, siendo mayor esta última según nuestra experiencia clínica.

El nivel económico es considerado suficiente en el 86%, mientras que las situaciones de insuficiencia o déficit económico se dan en torno al 12% de los casos, dato similar al encontrado en la muestra de De la Gándara (1991) que es el único estudio de nuestro entorno que aporta este dato.

Como cabe esperar predomina la situación laboral de jubilación (66.1%), con cifras similares a otras encontradas en la literatura revisada, siendo catalogados de activos un 6.5% y sin relación laboral el 27.5%.

El sector de actividad en el que habían desempeñado su profesión es primordialmente el sector primario (22%) y las labores del hogar (41.3%), dato coincidente con el origen rural de la mayoría de la muestra, así como del predominio manifiesto de mujeres. El 8.3% ejercían su función en el sector secundario y un 17.4% en el terciario. Un 11% no tenía profesión conocida.

Perfil de Antecedentes (Tabla II)

Tabla II. Antecedentes personales y familiares

<i>Antecedentes familiares psiquiátricos</i>	Sí	44%
	No	56%
<i>Antecedentes personales psiquiátricos</i>	Sí	79.8%
	No	20.2%
<i>Antecedentes psiquiátricos asistenciales</i>	Sí	77.1%
	No	22.9%
<i>Antecedentes personales psicopatológicos</i>	Afectivos	45%
	Psicóticos	22%
	Neuróticos	3.7%
	Alcohólicos	2.8%
	Varios	5.5%
	No	20.2%

Se ha recogido la existencia de antecedentes familiares psiquiátricos en el 44% de la muestra, destacando los trastornos afectivos en el 8.3% de los casos y los psicóticos en el 4.6%, cifras superiores a las de otros autores (De la Serna y cols, 1990: 25,4%)

En los pacientes gerontopsiquiátricos, es más probable que se recojan antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica distintos a los que motivaron su ingreso. En nuestra muestra se registraron en un 79.8% de los pacientes, con predominio de los afectivos (45%) y los psicóticos (22%); los trastornos neuróticos, alcohólicos y otros no sobrepasan el 8%.

En relación al consumo de recursos asistenciales psiquiátricos previos, destaca que la mayoría de los pacientes, un 77% habían utilizado la red de recursos asistenciales psiquiátricos, de los cuales el 42.2% estuvieron ingresados en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. El 85% de la muestra suponía un primer ingreso en nuestra unidad, mientras que el 14,6% fueron reingresos.

Perfil clínico-terapéutico

En el protocolo de registro de datos base de este estudio, se recogen datos relativos al cuadro sindrómico que motiva el ingreso desde un punto de vista psicopatológico: destacan los pacientes confuso-agitados (con o sin síntomas delirante-alucinatorios) (49.5%) y el trastorno del estado de ánimo (27.5%) como causas más frecuentes, siendo factores situacionales (funcionales y de rol o relaciones) el motivo en el 4.6%. El riesgo suicida supone el 9.2% de los ingresos, inferior al de otros autores³⁵ pero concordante con estudios previos en nuestra área sanitaria²⁵.

En cuanto a los diagnósticos al alta en el **Eje I** (Tabla III), nuestros resultados coinciden con la mayoría de las revisiones bibliográficas respecto a la mayor incidencia de los cuadros afectivos (52.3%), sin embargo, el índice de trastornos mentales orgánicos (9.2%) es inferior al hallado en los estudios revisados^{28,33,35,36} lo cual podría deberse a que estos pacientes ingresan generalmente en servicios médicos, que solicitan intervención psiquiátrica a través de la Unidad de Interconsulta y Enlace.

Tabla III. Diagnóstico en el eje I. Comparación con otros estudios

	Madrid 1990	Burgos 1991	Hospitalet 1997	Asturias 1997	La Coruña 1999
T. del estado de ánimo	52.6% Depresión 2.6% PMD 2.6% Fase maníaca	33.3%	50.9% D. Mayor 9.8% Distimia 3.2% T. Bipolares	27.5%	1.1% D. Mayor 13.8% T. Animo no específica. 18.3% T. Bipolar
T. psicóticos	7.6%	11.1%	9.8%	14.3% Esquizofrenia 14.8% Paranoias	14.7% Delirante 8.3% Paranoide 7.3% No especificado
T. mental org. 9.2%	29%	38%	11%	12.6%	
T. Ansiedad y adaptativos		28.5%	5.7% Ansiedad 4.6% Adaptativos	6.6%	0.9% Ansiedad 2.8% Adaptativos
T. por uso de sustancias 1.8%		4.7%			

La revisión bibliográfica hace hincapié en la baja prevalencia general de los trastornos psicóticos en el anciano y esto se refleja en su menor porcentaje de ingresos en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos (11% De la Gándara, Burgos 1991; 3.2% Crespo, Bellvitge, 1997; 8% De la Serna, Ramón y Cajal, 1990); sin embargo en nuestro estudio el 30.3% de los pacientes presentan un trastorno psicótico, cifras próximas al 29.1% aportado por la serie de Santamaría de 1995 en el Hospital General de Asturias, y al 30.8% de Casariego de 1996 en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife. Quizás habría que buscar aquí las causas en criterios de manejo clínico propios de los distintos dispositivos asistenciales de nuestro servicio de psiquiatría, más que considerarlos un reflejo de la realidad.

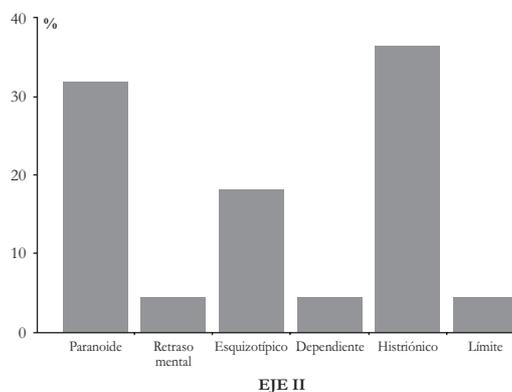
Es el uso de sustancias, (fundamentalmente el alcohol con el 1.8%) la menor frecuentación dentro del perfil nosográfico-clínico de los pacientes ingresados en nuestra unidad, junto con los trastornos de ansiedad y/o adaptativos 3.7%. Por sexos, son los trastornos del estado de ánimo y los trastornos psicóticos el diagnóstico más frecuente en el sexo femenino (el 63.9 y el 29.2% respectivamente; $p=0.003$), siendo el abuso de alcohol un diagnóstico que sólo presentaron los varones.

Es estadísticamente significativa ($p=0.013$) la relación existente entre el medio de residencia y el diagnóstico, encontrando que existe predominio de trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos que ingresan procedentes del medio urbano.

No encontramos asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico y variables sociodemográficas como nivel educativo, estado civil o tipo de convivencia.

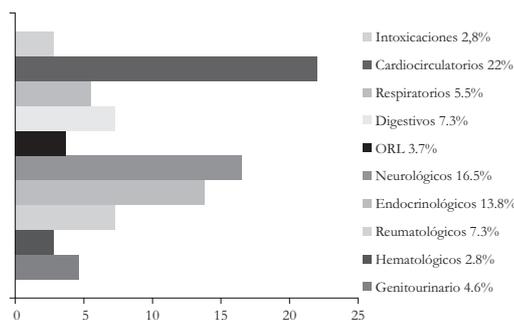
En el **Eje II**, aparece diagnóstico en el 20.2% de los pacientes, siendo los más frecuentes el Trastorno histriónico de personalidad el 36.4% y el Trastorno paranoide de personalidad el 31.8%. (Gráfico I).

Gráfico I. Diagnóstico en el EJE II



En cuanto al **Eje III**, presentan procesos orgánicos asociados un 52.3% de los pacientes de nuestra muestra, de los cuales son las patologías cardiovasculares, neurológicas, y endocrino-metabólicas las más relevantes. (Gráfico II). Nuestros resultados concuerdan con algunos estudios previos en este sentido (Crespo y cols. 59% y Fader 56%)^{33,39} pero son sensiblemente menores que los encontrados por De la Serna y cols. 71.2%, Draper 70%⁴⁰.

Gráfico II. Diagnóstico en el EJE III



La presencia o ausencia de comorbilidad con patología médica, no se asocia de modo significativo con ningún diagnóstico psiquiátrico, tampoco encontramos mayoritariamente aso-

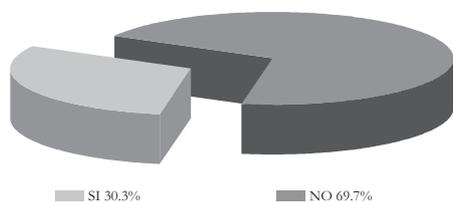
ciación significativa entre los distintos grupos diagnósticos en el Eje I y el Eje III, sin embargo el grupo de pacientes con trastornos relacionados con alcohol presentan mayor incidencia de patologías digestivas (50%), neurológicas (50%) y respiratorias (100%, $p=0.000$)

Resulta sorprendente la asociación encontrada entre la presencia de enfermedad orgánica y la más favorable evolución de la enfermedad psiquiátrica durante el ingreso, ya que cabría esperar que la existencia de enfermedades orgánicas provocase un agravamiento y peor evolución de las enfermedades mentales.⁶

Es decir, que de modo significativo ($p=0.044$), los pacientes con procesos médicos coexistentes con el cuadro psiquiátrico que motivó el ingreso, presentan una mejor evolución de este último que aquellos pacientes sin diagnósticos de proceso médico conocido, alcanzándose un mayor número de remisiones totales en el momento del alta (47.4% frente al 25% respectivamente). Esto no es explicable en términos de la patología psiquiátrica existente, ya que hemos visto que no existe asociación entre la presencia de enfermedad orgánica y ningún diagnóstico psiquiátrico concreto. Tampoco encontramos asociación con otras variables sociodemográficas ni con la duración del ingreso.

Es importante reseñar que, según su diagnóstico en el Eje IV, carecen de apoyos sociales adecuados el 69.7% de los pacientes incluidos en nuestro estudio. (Gráfico III).

Gráfico III. Diagnóstico en el Eje IV. Existencia de redes de apoyo social



Por sexos es estadísticamente significativo ($p=0.028$) el hecho de que los varones presentan mayor carencia de estructuras de apoyo social con respecto a las mujeres. Parece igualmente importante que, de los pacientes que conviven con sus familiares, 2 de cada 3 tienen alguna carencia o déficit en el grupo primario de apoyo ($p=0.023$). Existe una correlación positiva ($p=0.037$) entre la ausencia de apoyo social y la presencia de enfermedades médicas coexistentes. Es decir, que presentarían mayor comorbilidad médica aquellos pacientes con una estructura de apoyos deficitaria o inadecuada a nivel sociofamiliar.

No se relaciona el apoyo social de manera estadísticamente significativa con factores como la edad, el estado civil, el núcleo de residencia o el nivel educativo. No encontramos asimismo relación entre la existencia de apoyos sociofamiliares y el diagnóstico en el Eje I o la evolución del paciente durante su ingreso y la duración de la estancia.

El abordaje terapéutico fundamental fue el farmacológico (100%): los ancianos consumen una mayor cantidad de psicofármacos que el resto de la población y son frecuentes las asociaciones entre diversos grupos de fármacos⁴¹. En nuestro caso más de la mitad de los pacientes (57.8%), precisaban entre dos y tres tipos de fármacos, dato inferior a los estudios revisados tanto en medio hospitalario como referidos a hospitales geriátricos y psiquiátricos³³.

Son los neurolépticos los más utilizados (76%), seguido de los antidepresivos (38.5%) y de las benzodiazepinas (32.1%). Por grupos diagnósticos los trastornos afectivos reciben más frecuentemente politerapia (en torno al 85%, $p=0.000$), mientras que los psicóticos se tratan con monoterapia (75%, $p=0.000$).

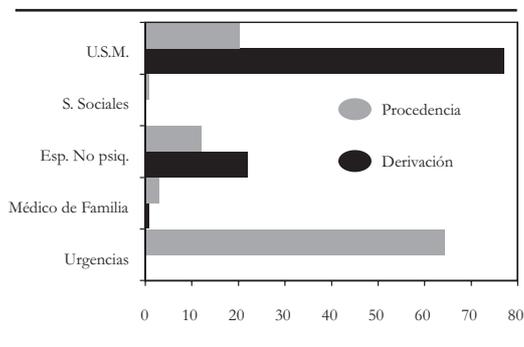
En nuestro medio, al igual que los demás, los pacientes psiquiátricos, especialmente los gerontopsiquiátricos son abordados o tratados con actitud psicoterapéutica en sentido amplio. Por ello el 73.4% de los pacientes reciben psicoterapia, casi siempre psicoterapia individual y de grupo, explicativa y de apoyo.

La terapia familiar (40.4%) y la socioterapia (44%) fueron utilizadas con menos frecuencia; esto se explicaría por las condiciones específicas de la sintomatología de los pacientes durante su ingreso, el cual se basa en criterios de gravedad e intensidad, pareciendo el nivel ambulatorio el más adecuado para realizar un abordaje terapéutico que abarque todos los factores que influyen en la evolución de los procesos.

Perfil Asistencial

La mayoría de los pacientes solicitan asistencia por iniciativa de sus allegados y familiares y lo hacen a través del servicio de urgencias hospitalario 64.2%, motivados por síntomas psicopatológicos de nueva aparición, por agravamiento de síntomas preexistentes o por factores sociales. Desde las unidades de salud mental se remiten de forma programada/preferente para ingreso el 20.2%, mientras que sólo el 2.8% de los pacientes fueron derivados a nuestra unidad por el médico de cabecera, cifra inferior a otras encontradas en la literatura, pero explicable por el sistema de organización de nuestro servicio, que potencia el ingreso desde la Unidad de Salud Mental correspondiente y recomienda a los profesionales de atención primaria que utilicen esta vía. Es de resaltar la escasa derivación para ingreso desde los servicios sociales (0.9%), que se debería a las mismas razones expuestas anteriormente. (Gráfico IV).

Gráfico IV. Comparación entre procedencia y derivación al alta



La duración del ingreso varía de 1 a 68 días de estancia, con una media de 17.89 días, próxima a los 15 días de ingreso de los pacientes geriátricos en el hospital general de Burgos, los 17.28 días de ingreso recogidos en Asturias, pero lejos de los 28.9 días de Bellvitge y 35.5 de Ramón y Cajal.

Son los cuadros psicóticos y afectivos los que requieren más días de estancia media (Paranoide 24.78 días, T. Delirante no especificado 19.44, Depresión Mayor 22.9), siendo los trastornos por ansiedad los que permanecen menos tiempo (2 días).

La mayoría (68%) acepta el ingreso y el tratamiento de forma voluntaria, siendo preciso el ingreso judicial en los restantes casos.

La respuesta terapéutica fue buena en el 94.5% de los pacientes, con remisión parcial en el 57,8% y remisión total en el 36.7%, sin embargo no hubo respuesta al tratamiento en el 5,5%. Estos datos coinciden con la serie de Conwell y cols¹⁷ que encuentran mejoría en tres de cada cuatro enfermos, y distantes del hospital de Burgos donde la falta de respuesta en uno de cada dos pacientes sería debida a que en esta unidad ingresan un mayor número de trastornos mentales orgánicos (38%).

Un aspecto importante es la derivación adecuada del paciente al alta, ya que una actuación equivocada o errática en este punto, puede echar por tierra gran parte del trabajo realizado. En este sentido, en nuestra muestra el 77.1% de los pacientes fueron derivados a su Unidad de Salud Mental para su seguimiento y control y el 22% lo hicieron a otro especialista.

Sólo el 0.9% fueron remitidos a su Médico de Familia, lo cual contrasta con la práctica habitual en el resto de las especialidades médicas y quirúrgicas. Es por tanto razonable pensar en un cambio de hábitos, con el fin de potenciar la atención de estos pacientes en el nivel básico de salud, lo que optimizaría en eficiencia la disponibilidad de los recursos y la satisfacción para el paciente en un grupo poblacional con una alta

comorbilidad, un gran dispersión geográfica y un nivel de recursos limitados.

Conclusiones

El perfil del paciente mayor de 65 años que ingresa en nuestra Unidad de hospitalización sería una mujer de 72.8 años, casada o con pareja estable, que convive con uno o dos familiares en medio urbano. Es un ama de casa con nivel de estudios bajo y recursos económicos suficientes. No tiene antecedentes familiares de patología psiquiátrica, aunque sí antecedentes personales de Trastornos del estado de ánimo que han recibido asistencia psiquiátrica previa a nivel ambulatorio. Ingresó voluntariamente procedente del servicio de Urgencias por un cuadro alucinatorio-delirante o problemas afectivos, recibiendo abordaje terapéutico psicofarmacológico y siendo diagnosticada al alta de trastorno del estado de ánimo, sin diagnóstico en el Eje II, con enfermedad médica asociada del aparato cardiovascular y falta de apoyo social. La estancia media es de 17.9 días, y es derivada a su U.S.M.

Es de considerable magnitud la existencia de carencias en las redes sociales de apoyo del anciano. Encontramos déficits y aislamiento incluso en los que conviven con sus allegados, y esto podría ser explicado por el cambio en las estructuras sociales y modelos familiares que se ha venido produciendo en los últimos años. Todo esto puede contribuir al desarrollo de más patología psiquiátrica y a su peor evolución.

El escaso número de ingresos realizados desde Atención Primaria, así como el bajo índice de derivaciones al médico de cabecera, está en relación con razones propias de la organización del Servicio de Psiquiatría. No obstante, nos parece oportuno a la vista de estos resultados, desarrollar y potenciar fórmulas de cooperación y enlace entre las U.S.M. y los médicos de familia, con la implantación de programas gerontopsiquiátricos específicos.

La accesibilidad al médico de familia y la relación previa ya establecida con el paciente facilitarían la detección de patología psiquiátrica y su abordaje terapéutico, si se incrementase la capacitación e implicación de los profesionales de Medicina de Familia en el manejo de estos procesos. De igual modo, el acceso del Médico de Atención Primaria al entorno del paciente facilitaría una actuación en el sentido de reforzar sus redes sociales de apoyo.

Bibliografía

1. Hyer L, Collins J: Community adjustment among older depressives. *J Clin Psychol* 1984; 40(3):659-668.
2. Padierna JA, Aristegui E, Medrano J, Marcos JJ. La interconsulta psicogeriatrica en el Hospital General. Revisión. *An Psiquiatría (Madrid)* Vol 10, n°9, pp355-360, 1994
3. Bassuk EL, et al. Geriatric Emergencies: Psychiatric or medical?. *Am J Psych* 1983;140:539-42.
4. Sheline Y. High prevalence of physical illness in a geriatric psychiatric inpatient population. *Gen Hosp Psychiatry* 1990; 12:396-400.
5. Levitte S, Thornby J. Geriatric and nongeriatric psychiatry consultation. A comparison study. *Gen Hosp Psychiatry* 1989;11:339-344.
6. Alexopoulos GS, Vontrou C, Kakuma T, Meyers B et al. Disability in geriatric depression. *Am J Psychiatry* 1996;153:877-885.
7. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WA. ¿El envejecimiento aumenta el riesgo de padecer depresión?. *Am J Psychiatry* 1997;154:1384-1390.
8. Riquelme A, Buendía J. Apoyo social, autoeficacia y depresión en ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31(2):83-88.
9. Alexopoulos GS, Young R, Abrams R, Meyers B, Shamoian C. Chronicity and relapse in geriatric depression. *Biol Psychiatry* 1989;26:551-564.
10. Goldstrom I, Burns B, Kessler LG et al. Mental Health Service use by elderly adults in a primary care setting. *J Gerontol* 1987;43:147-153.
11. Pérez Poza y cols. Urgencias psicogeriatricas: patrones de uso en Zaragoza. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32(2):75-80.
12. Martínez J, Espejo J, Rubio MV, Pérula LA, Albert C. Factores asociados a síntomas psiquiátricos en la población mayor de sesenta años (proyecto ANCO). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33(6):331-339.

13. Lázaro L, Marcos T, Valdés M. Affective disorders, social support, and health Status in geriatric patients in a General Hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17:299-304
14. Johnston M, Walker M. Suicide in the elderly. Recognizing the signs. *Gen Hosp Psychiatry* 1996;18:257-260.
15. Hidalgo MI, Díaz R. Manual de psiquiatría para el médico de atención primaria. Madrid: Duphar y Pharmacia & Upjohn;1996.
16. Blazer D, Williams CD. The epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *Am J Psychiatry* 1980;137:439-444.
17. Conwell Y, Nelson JC, Kim K; et al. Elderly patients admitted to the psychiatric unit of a General Hospital. *J Am Geriatr Soc* 1989;37(1):35-41.
18. Seva A, Sanz C, García Campallo JJ, Campos R. La problemática asistencial de las urgencias psiquiátricas. Urgencias en psiquiatría. Nuevas generaciones en Neurociencias. Hospital clínico Universitario de Zaragoza. Barcelona: EDOS;1993:1-20
19. Cortés JA, Peñalver C, Alonso J, Arrollo A, Gonzalez L. La prevalencia del malestar psíquico en atención primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas. *Aten Primaria* 1993;11:459-463.
20. López Torres J, Escobar F, Fernández C, González C, Urbistondo L, Requeza M. Trastornos mentales y utilización de las consultas de medicina general. *Ate Primaria* 1992;10:665-670.
21. Pérez Poza A, Carrero P, Salvanés R. Veintidós intentos de suicidio en ancianos ingresados en una unidad de corta estancia psiquiátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31(5):315-316.
22. Koenig HG, Goli V, Shelp F, Kudler HS, Cohen HJ, Blazer DG. Major Depression in hospitalized medically ill older men: documentation, management and outcome. *Int J Geriatr Psychiatry* 1992;7:25-34.
23. Courage MM. Suicide in the elderly: staying in control. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1993;31(7):26-31.
24. Aragüés L, Pacheco L, Etxebeste M, Malo P, Aragüés M. Suicidio en el anciano. Depresión y soledad del anciano en la ciudad. *Psiquis*, 1998;19(7):288-294.
25. Serrano M, Díaz del Valle J, Cristóbal O, Olveira C. Intentos de suicidio. Análisis de la conducta suicida en la demanda de Urgencias del Hospital "Juan Canalejo". Estudio retrospectivo, años 1996-1999. *Cad Aten Primaria* 1999; 6:41-48.
26. Ruiz S. Intentos de suicidio en pacientes geriátricos. *An psiquiatría*. 1998;14(4):166-170.
27. Simon D, Ruiz I. Intentos de suicidio en la tercera edad. *An Psiquiatría* 1996;12(6):236-241.
28. Zubenko G, Mulsant B, Sweet R, Pasternak R, Ming Tu X. Mortality of elderly patients with psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 1997;154:1360-1368.
29. Mateos R, Rodríguez A. Estudio de epidemiología psiquiátrica en la comunidad gallega. Colección saúde mental nº2. Servicio galego de Saúde mental e Drogodependencias. Xunta de Galicia. 1989.
30. Cervera S, Pla J. Semiología de los estados de ansiedad en el anciano. *An Psiquiatría*. 1991;7(5):171-179.
31. Myers J, Weissman M, Tischler G, Holzer C et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:959-967.
32. Koran L, Meinhardt K. Mental health expenditures in California counties. *Am J Psychiatry* 1981;138:936-940.
33. Crespo JM, Urretavizcaya M, Pifarré J, Cardoner N, Serralonga J, Vallejo J. Psicogeriatría en una unidad de agudos de un hospital general. *Psiquiatría biológica* 1997;4(4):139-144.
34. Gandara JJ, De Dios A, Fernández H, González A. Asistencia de pacientes gerontopsiquiátricos en una unidad psiquiátrica de un hospital general. XVI Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, Vitoria. Arán Ediciones SA 1991;556-567.
35. Santamarina S, Hernández JL, Uría T, Moreno J. Pacientes ancianos en una unidad de psiquiatría de un hospital general. II Congreso Nacional de Psiquiatría. *Psiquiatría Biológica* 1997;4.
36. De la Serna I, De la Calle L, Sánchez M, Durán L. Psicogeriatría en una unidad de un hospital general. XVI Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, Vitoria. Arán Ediciones SA 1991;459-464.
37. Casariego C, Ramos C, Berenguer JC, Montiano F, Cuesta JM, De Diego E. Estudio descriptivo de la comorbilidad físico/mental de la Unidad de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico de Tenerife. Año 1996. II Congreso Nacional de Psiquiatría. *Psiquiatría Biológica* 1997;4.
38. Rockwood K, Stole P, Brahim A. Outcome of admission to a Psycho-geriatric Service. *Can J Psychiatric* 1991;36:275-279.
39. Fader AM, Escher JE, Gambert SR. Geriatrics Consultation in the acute care institution: A combined experience both the medical psychiatric hospital. *Age* 1990; 13:39-41.
40. Draper B. The elderly admitted to a general hospital psychiatry ward. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry* 1994;28:228-297.
41. Ayuso JL y cols. Uso de psicofármacos en el anciano. *Farmacología del SNC* 1998;Vol 2;nº1.