

**ATENCIÓN A LA ENFERMEDAD MENTAL EN MAYORES**  
**EN RECURSOS RESIDENCIALES EN CASTILLA-LA MANCHA**

Mariflor Morillo Garay, psiquiatra. Enrique Galindo Bonilla, psicólogo.

**ÍNDICE:**

- 1. *Psicogeriatría.***
  - 1.1. *Introducción.***
  - 1.2. *Definición.***
- 2. *Demografía en mayores de CLM.***
- 3. *Recursos y atención a mayores en CLM.***
  - 3.1. *Dispositivos sanitarios y sociales.***
  - 3.2. *Circuito asistencial en psicogeriatría en CLM.***
  - 3.3. *Centros psiquiátricos de la Región: URR ULE, Residencia Social Asistida.***
- 4. *Pacientes psicogeriatricos en CLM.***
  - 4.1. *Patologías más frecuentes.***
  - 4.2. *Suicidio en Castilla-la Mancha***
  - 4.3. *Comorbilidad y condiciones crónicas de salud.***
  - 4.4. *Consumo de psicofármacos y otros datos.***
- 5. *Atención al paciente psicogeriatrico en CLM***
  - 5.1. *Necesidades.***
  - 5.2. *Conclusiones.***
- 6. *Bibliografía.***

### **1.1. Introducción:**

Este estudio tiene la intención de presentar los principales trastornos mentales de la senectud, las necesidades a que dan lugar y la concreción de las mismas en la población castellano-manchega, el circuito asistencial, necesidades y propuestas de mejora. Abordaremos el análisis de los recursos destinados a personas mayores con trastornos mentales que les dificulten la permanencia en su medio habitual, en Castilla-La Mancha.

### **1.2. Definición:**

La psicogeriatría atiende las enfermedades mentales que se producen en las personas mayores y tiene en cuenta las diferencias clínicas que separan a los pacientes de estas edades, tanto para el tratamiento como para la organización de la prestación de servicios sociales y sanitarios adecuados. Esta ciencia surge de la Psiquiatría y estudia los trastornos propios de la vejez como son los de adaptación, diferentes aspectos de la personalidad, trastornos afectivos, psicóticos y demencias propias de la tercera edad. Es una disciplina biopsicosocial que parte de la medicina neurológica, la psiquiatría y la psicología en general. Se centra en la investigación e intervenciones de las enfermedades relativas al cerebro de las personas mayores ya sean neurológicas, psiquiátricas o enfermedades neuropsiquiátricas.

## **2. DEMOGRAFÍA EN MAYORES DE CASTILLA-LA MANCHA.**

La comunidad de Castilla-la Mancha responde a una población dispersa y extensa, de carácter rural, con el 53'75% de las localidades por debajo de los 500 habitantes (494 de un total de 919 municipios) y tan solo 6 municipios superan los 50.000 habitantes (uno solo los 100.000 habitantes); en estos 6 se concentra el 27% de la población de la región. La reducida densidad de población es una característica demográfica relevante, con 28'14 hab./Km<sup>2</sup>. Esto dificulta la atención igualitaria en las 8 Áreas de Salud y las 92 áreas de Servicios Sociales en las que se estructura. Dado que las Áreas y Zonas de Sanidad no coinciden con las de Servicios Sociales, hemos optado por tomar la provincia como unidad divisoria. A pesar de ello, en lo referente a la salud mental y la atención social a las personas mayores, se ha conseguido llegar a todas las comarcas con una red integral.

La dispersión geográfica mencionada y la ruralidad lleva a una distribución del número de personas mayores desigual, en la que nos encontramos con 19 áreas de servicios sociales (de las 92) en las que las personas mayores de 65 años son entre el 28 y el 40 por ciento de la población total. Estas suelen ser zonas rurales, donde la población es muy envejecida y con escasez de servicios.

Por otra parte, observamos que las áreas sociales con mayor número de personas mayores (23 áreas sociales) se sitúan en zonas urbanas de gran condensación de población. Solo en dos áreas coinciden el

mayor número con el mayor porcentaje de personas ancianas: La Manchuela (Albacete) y El Pedernoso (Cuenca). (Ver anexo “MAPA Áreas de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha”).

En Castilla-La Mancha la población total a 1 de enero de 2011 era de 2.155.334 habitantes, de los cuales 372.580 eran mayores de 65 años (163.685 hombres y 208.895 mujeres), 297.247 entre 65 y 79 años (143.748 hombres y 172.721 mujeres) y 75.333 de 80 años y más (19.937 hombres y 36.174 mujeres). La distribución de mayores de 65 años, por provincias, es la siguiente:

<i>Población de 65 &gt; años en Castilla-La Mancha</i>			
	<b>65-79 años</b>	<b>80 y + años</b>	<b>Total</b>
<b>Hombres</b>	114.879	48.806	163.685
<b>Mujeres</b>	133.562	75.333	208.895
<b>Total</b>	248.441	68.028	<b>372.580</b>

La población mayor de 65 años en Castilla-La Mancha, en residencias de mayores, que ocupan plaza de titularidad tanto pública como privada, es de 25.795 personas; siendo las personas atendidas en plaza de titularidad pública, tanto de la Junta de Comunidades de Castilla-la Mancha, como concertadas con otras entidades, un total de 13.863, con la distribución siguiente en plazas públicas:

	<b>65-80 años</b>		<b>&gt; 80 años</b>		<b>TOTAL</b>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Hombres</b>	1.586	11,40%	3.308	23,80%	4.894	35,20%
<b>Mujeres</b>	2.072	14,90%	6.897	49,70%	8.969	64,60%
<b>Total</b>	3.658	26,30%	10.205	73,50%	<b>13.863</b>	<b>99,80%</b>

*Fuente: Dirección General de Mayores, Personas con Discapacidad y Dependientes de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. 2011.*

La población residente en los centros, muestra un elevado índice de envejecimiento, siendo el tramo de más de 80 años de edad el más numeroso y supone el 73,50% del total de las personas residentes. Si lo comparamos por sexos, observamos que a mayor edad, aumenta la población residente de mujeres y, concretamente en este tramo de edad, el 64,60% de residentes son mujeres y sólo el 35,20% varones. Se ve claramente como la tendencia a ingresar en una residencia es a partir de los 80 años, cuando se produce el sobre-envejecimiento, y que estos ingresos no son equiparables en sexo, más numeroso en mujeres, tal vez debido a su mayor esperanza de vida.

Consideramos la edad de 65 años como la de comienzo para la atención en psicogeriatría, aún sabiendo que la vejez no tiene una edad cronológica de comienzo exacta. En cuanto a la importancia de los trastornos mentales, las tasas de afectación y la carga de enfermedad de los mismos (medida

compuesta por la mortalidad prematura y la reducción de la calidad de vida), dice el informe<sup>1</sup> del Colegio Europeo de Psicofarmacología y del Consejo Europeo del Cerebro que ha aumentado la demencia y que las cuatro condiciones más discapacitantes son: depresión, demencias, trastornos por consumo de alcohol y accidentes cerebrovasculares. No hay un crecimiento de las tasas globales de los trastornos mentales y no se observa una mejora de la atención y tratamiento respecto al año 2005 en que se hizo por primera vez el estudio. Es importante destacar que menos de un tercio de todos los casos reciben tratamiento, lo que sugiere un alto grado de necesidades insatisfechas.

### **3. RECURSOS Y ATENCIÓN A MAYORES EN CASTILLA-LA MANCHA.**

#### **3.1. Dispositivos sanitarios y sociales.**

Los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer, lo que adquiere una importancia creciente cuando se trata de la población mayor. En Castilla-La Mancha existe una red de dispositivos asistenciales sociales y sanitarios, para la atención a las personas con enfermedad mental y a sus familias. Las puertas de entrada al sistema de atención a la salud mental son los equipos de Atención Primaria y los Servicios de Urgencias sanitarios, más los equipos de Atención Primaria de servicios sociales. Desde este primer nivel asistencial se solicita interconsulta o se deriva al paciente a la Unidad de Salud Mental (USM), que es el eje de la atención al paciente, donde, tras ser evaluado se derivará al recurso más adecuado para cada caso. Las Unidades de Salud Mental son, por tanto, la puerta de entrada de los dispositivos especializados de salud mental. Desde las USM y desde Atención Primaria de Salud se coordinará con los Servicios Sociales la atención en dispositivos sociales más adecuados, así como la relación con los familiares y las asociaciones de enfermos.

Esta atención se realiza en coordinación de los servicios sanitarios (a través del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha –SESCAM-), la Fundación Sociosanitaria, los servicios sociales (a través de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales) y los recursos comunitarios. Las necesidades del paciente se dirigen y coordinan desde la Unidad de Salud Mental, con interrelaciones entre el Hospital de Día (HD), la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) y la Unidad de Media Estancia (UME). Los recursos sanitarios con los que cuenta la Comunidad Autónoma para la atención a la Salud Mental, donde se atienden también a personas mayores, según las necesidades detectadas. son los siguientes:

#### Dispositivos Sanitarios:

- Unidades de Salud Mental (USM): 21
- Unidades de Hospitalización Breve (UHB): 6
- Unidades de Media Estancia (UME): 5
- Hospital de Día (HD): 5
- Unidades Residenciales y Rehabilitadoras (URR): 3

---

<sup>1</sup> The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010”.European Neuropsychopharmacology (2011) 21, 655-679.

- Consultas de Salud Mental (CSM): 13
- Unidades de Conductas Adictivas: 9
- Centros de Tratamiento para personas con patología dual: 2

#### Dispositivos sociosanitarios:

- Residencias Comunitarias (RRCC): 4
- Viviendas Supervisadas (VVSS): 28

#### Dispositivos sociales:

- Residencias de Mayores: 335
- Asociaciones:
  - Enfermos mentales: 18
  - Alzheimer/demencias: 30

### ***3.2.1. Atención residencial hospitalaria***

- **Unidades de Hospitalización Breve (UHB):** para tratamiento psiquiátrico en régimen de internamiento de corta duración (inferior a un mes), ubicado en hospitales generales. Indicado para el tratamiento de procesos agudos, reagudización de procesos crónicos y tratamientos o procedimientos diagnósticos que lo requieran, y para desintoxicación de sustancias adictivas.

- **Unidades de Media Estancia (UME):** Es un dispositivo en régimen de ingreso completo, para pacientes cuya patología sobrepasa el marco de actuación de la UHB; necesidades que precisan de entornos estructurados, con abordajes rehabilitador y asistencial sanitario. Tiempo máximo: un año de duración.

### ***3.2.2. Atención residencial no hospitalaria:***

- **Unidades Residenciales y Rehabilitadoras (URR):** centros de internamiento de larga estancia, actualmente en periodo de transformación.

- **Residencias comunitarias:** recursos con supervisión 24 horas, abierta flexible para personas con enfermedad mental con déficit en su autonomía personal y social que no cuentan con apoyo familiar o social, o su grado de deterioro, conflictividad familiar, circunstancias sociales o necesidades de rehabilitación, lo requieren.

### ***3.2.3. Atención de día***

- **Hospital de Día (HD):** servicio de atención ambulatoria de tratamiento intensivo de la enfermedad mental, alternativa a la hospitalización completa y complemento al tratamiento ambulatorio de la USM en los casos más graves, con el fin de evitar el internamiento.

### ***3.2.4. Atención ambulatoria y comunitaria***

- **Unidad de Salud Mental (USM):** recurso o centro sanitario en el que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de enfermedades y trastornos mentales, emocionales, relacionales

y del comportamiento de las personas adultas. Es el dispositivo central de la red y en el que se activa el resto de recursos. Son la base de la atención especializada a la salud mental.

- **Consultas de Salud Mental (CSM):** recurso similar a las USM pero con equipo incompleto y/o funcionamiento periódico (no permanente).

### ***3.2.5. Otros servicios de atención a la salud mental***

- **Viviendas Supervisadas:** ofrecen alojamiento temporal o permanente a personas con enfermedad mental para el desarrollo de la autonomía personal, la integración en la comunidad y la participación activa en la vida social. Cuentan con un plan individualizado de atención residencial de cuidados personales para la realización de las actividades de la vida diaria y la adquisición de hábitos saludables.

### ***3.2.6. Servicios para drogodependencias:***

- **Unidades de Conductas Adictivas (UCA):** son ‘Unidades de Salud Mental Monográficas para dependientes (de sustancias o comportamentales). Comparten profesionales con las Unidades de Salud Mental desarrollando programas de patología dual. La desintoxicación hospitalaria se realiza en las UHB, y los internamientos prolongados para rehabilitación y deshabitación en centros de drogodependientes y comunidades terapéuticas. Existen los siguientes dispositivos:

- 9 Unidades de Conductas Adictivas (UCA).
- 1 Centro de Tratamiento de Drogodependientes “El Alba”
- 11 Comunidades Terapéuticas.

### ***3.2.7. Atención residencial no hospitalaria para Mayores:***

- **Residencias para mayores:** recurso social de alojamiento temporal o permanente para el desarrollo de la autonomía personal y la atención integral. Se prestan cuidados sociosanitarios continuados que se complementan con una coordinación con los profesionales de los servicios sociales y sanitarios de la zona en la que se ubican. Algunas residencias disponen de Servicios de Estancias Diurnas, Estancias Temporales u otros programas de soporte comunitario con el objeto de proporcionar respiro familiar y ayudar a la conciliación de la vida social y laboral para familias que cuidan a sus mayores en el hogar. La red de plazas públicas está gestionada por la Consejería de Salud y Bienestar Social.

- **Residencias para mayores asistidas:** recurso idéntico al anterior, pero para personas mayores necesitadas en situación de dependencia, que requieren de supervisión continua y una atención más especializada. En muchos casos, las residencias, no son específicas sino que disponen de plazas para válidos y plazas para asistidos.

### ***3.3. Circuito asistencial.***

Tenemos un número importante de personas mayores residiendo en zonas urbanas y otras ubicadas en zonas rurales, dispersas y poco pobladas (en núcleos menores de 500 hab. como hemos visto

anteriormente). Esto es importante a la hora de prever diferentes soluciones para su atención social y sanitaria, cuya atención primaria llega a todos los núcleos de población a través de los centros de salud.

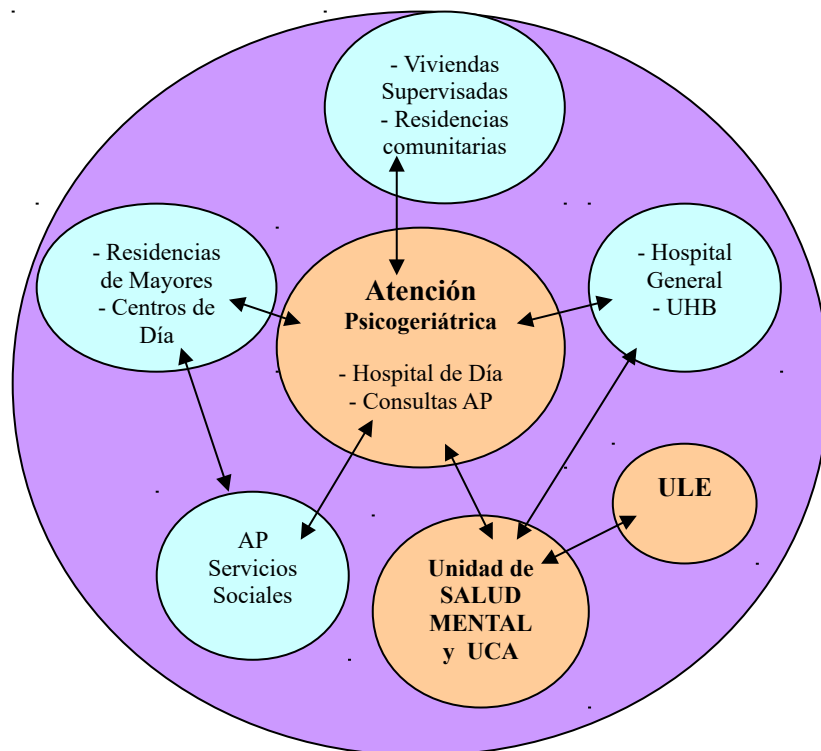
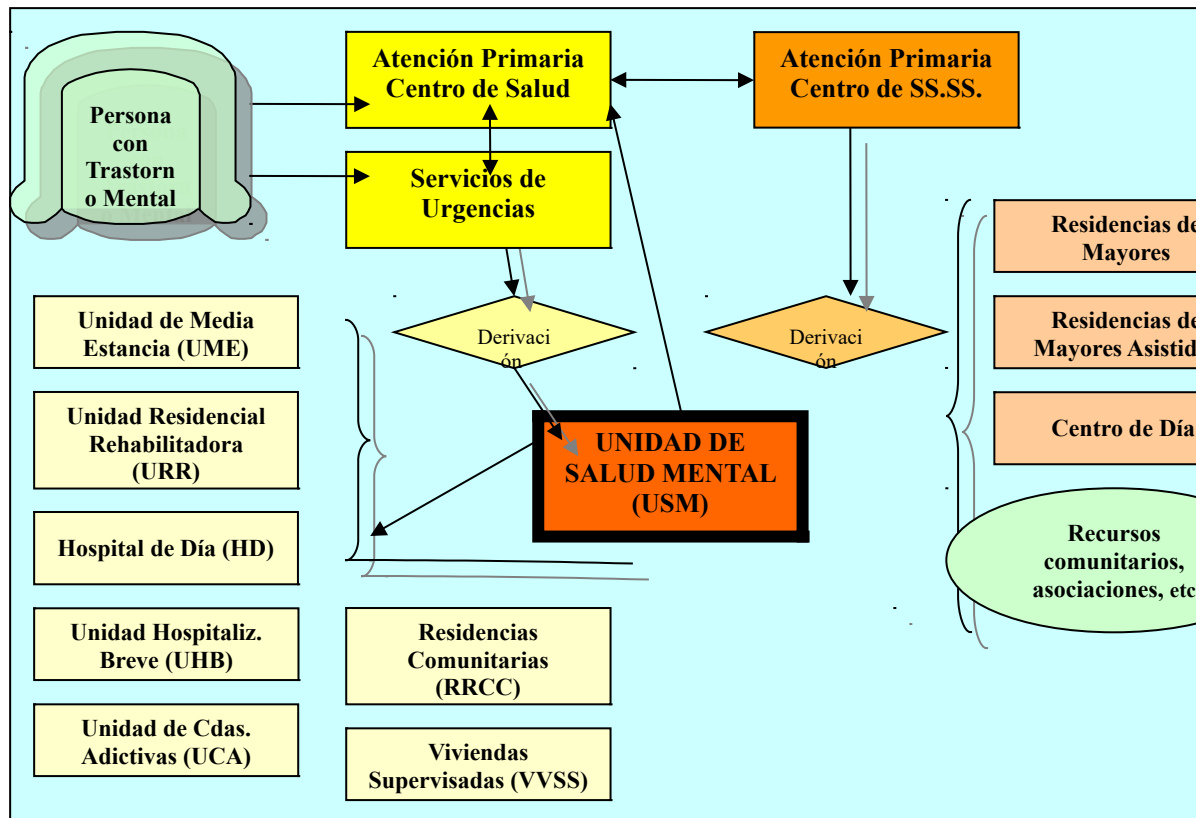
Hay que tener en cuenta que la Red de Salud Mental no integra una atención específica para las personas mayores, aún cuando hay un centro (Hospital de Valle, del Complejo Hospitalario de Toledo) donde se viene realizando una atención coordinada entre psiquiatras, geriatras, etc. para atender la patología de las personas mayores de forma más integral. En este hospital se lleva a cabo el *Programa de asistencia geriátrica domiciliaria*, desde el que se realiza una atención asistencial especializada a pacientes de 75 años o más, en su propio domicilio, con el objetivo de obtener la mayor calidad de vida posible, ofreciendo atención integral en su contexto y utilizando los recursos de forma eficiente. Este programa se realiza en coordinación con Atención Primaria de salud y social, y ha sido galardonado con el premio de la Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería

Tenemos los recursos: Centros de Salud con equipos de atención primaria, Centros Sociales comunitarios, Servicios de Urgencias, Centros de Diagnóstico y Tratamiento, Hospitales Generales con Unidades de Agudos, camas de internamiento para enfermos geriátricos, Unidades de Hospitalización Breve de Psiquiatría, Hospitales de Día, camas en Unidades de Media Estancia y Viviendas y Residencias de Mayores. Los profesionales que trabajan en ellos, y que podemos destacar para la formación de equipos multiprofesionales, son: médicos de familia, enfermeros, trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos, geriatras, neurólogos, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas.

No vamos a entrar en la descripción pormenorizada de la forma de trabajar en la red con pacientes psicogeriátricos, pero consideramos que es necesario:

- Establecimiento de circuitos de forma escrita.
- Formación de equipos con los profesionales que lo integren.
- Reuniones periódicas donde se tomen decisiones consensuadas.
- Existencia de Guías clínicas y protocolos para su seguimiento, evaluación y revisión.
- Actividades de formación continuada y de formación hacia otros profesionales y familias o cuidadores.

El circuito básico de atención a la enfermedad mental en Castilla-La Mancha, donde se incluye la atención a los mayores es el siguiente:



Este gráfico es una adaptación de las aportaciones a la atención psicogeriátrica de la doctora Isabel Sánchez Ayala(†), de la Unidad de Psicogeriatría del Hospital del Valle, de Toledo.

### 3.4. Centros psiquiátricos de Castilla-La Mancha:



En la actualidad la Región cuenta con 3 dispositivos residenciales monográficos para la salud mental, dirigidos a población adulta y donde se puede encontrar población mayor con trastornos psiquiátricos, en muchas ocasiones debido a llegar a los 65 años tras una institucionalización de larga duración.

- **Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete:** Está gestionado por la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Es un centro de internamiento de larga estancia para pacientes con enfermedad mental crónica y que no pueden ser atendidos en una Vivienda Supervisada o Residencia comunitaria. Actualmente está en proceso de transformación. Cuenta con 125 camas.

- **Unidad de Larga Estancia (ULE):** depende del Instituto de Enfermedades Neurológicas (IEN) del SESCAM. Es un centro para enfermos con psicopatología moderada y activa que necesitan supervisión y control y que no disponen de domicilio viable o son dependientes. Presta atención residencial y sanitaria a pacientes psicogerítricos dependientes, en diferentes grados, con antecedentes de enfermedad psiquiátrica. Cuenta con 85 camas.

- **Unidad de Larga Estancia de Ciudad Real (ULE):** Igual al anterior. Gestionada por la Diputación de Ciudad Real. Cuenta con 59 camas.

- **Residencia Social Asistida.** Gestionada por la Diputación de Toledo. Aunque no es una unidad monográfica psiquiátrica, cuenta con diversos tipos de plazas para mayores, e incluye un Centro de Día psicogeriátrico y de enfermos de Alzheimer. Cuenta con 30 plazas.

#### **4. PACIENTES PSICOGERIÁTRICOS EN CASTILLA-LA MANCHA**

##### **4.1 Patologías más frecuentes**

Para poder planificar una mejor atención es necesario tener en cuenta la morbilidad de la patología psiquiátrica, tanto en la población mayor que vive en la comunidad, como la que viven en residencias de mayores u otros alojamientos protegidos.

En numerosas publicaciones se trata de dimensionar el problema y, recientemente en el Documento de consenso del Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar<sup>2</sup>, se señala que:

1. La presencia de la **depresión** en población de más de 65 años es de **entre el 10-15%** (mayor si se considera en cuenta el espectro total de síndromes depresivos y la depresión subclínica). Es importante tener en cuenta que la depresión en personas mayores es un factor de riesgo de discapacidad funcional, que puede anunciar una mortalidad prematura y que las personas con depresión son, entre 2-3 veces, más proclives a padecer dos o más enfermedades crónicas y tienen entre 2-6 veces más posibilidades de tener limitaciones en sus actividades diarias. La depresión con morbilidad asociada en personas mayores aumenta también la frecuencia y el coste de la asistencia profesional y el riesgo de ingreso prematuro en residencias de ancianos.

---

<sup>2</sup> Conferencia de alto nivel de la UE “Juntos para la salud mental y el bienestar” Bruselas, 12-13 de junio de 2008. En Pacto europeo para la Salud mental y el bienestar. Documento de consenso: Salud Mental en personas mayores, pág.33.

Teniendo en cuenta la prevalencia de un 10-15% para la depresión y la población mayor de 65 años existente en cada provincia, podemos estimar que:

- En Albacete pueden existir entre 7.159-10.738 personas mayores con depresión;
- En Ciudad Real: entre 9.820- 14.729.
- En Cuenca: entre 4.933 -7.400.
- En Guadalajara: entre 3.834 - 5.751 mayores.
- En Toledo: entre 11.513-17.270

Si se considera que en medio residencial la prevalencia puede ser de un 30%<sup>3</sup>, y tomando como referencia las 25.795 personas que vivían en Residencias de Mayores en el año 2009<sup>2</sup> tendríamos unos 7.739 mayores afectados por una depresión y residentes en centros residenciales de Castilla-La Mancha.

La depresión en los ancianos conlleva alto riesgo de suicidio (ver tablas de mortalidad por suicidio) e incapacidad, habitualmente está infradiagnosticada e infratratada (menos del 30% de los ancianos que podrían beneficiarse reciben tratamiento), aumenta el gasto sanitario en servicios médicos

2. La **demencia** afecta entre el **1** y el **1-1,3%** de la población. Una de las formas más frecuentes de demencia es la Enfermedad de Alzheimer, cuya prevalencia va entre **2%** en personas entre **65-69 años** a **22%** entre los **85-89 años**. Además son frecuentes la demencia vascular y la demencia de cuerpos de Lewy. Teniendo en cuenta las 83.729 personas entre 65-69 años que vivían en la región en enero de 2011, se podría estimar el número de demencias entre: 4.098- 4.844 casos.

Si tenemos en cuenta las 56.111 personas mayores de 85 años: podríamos estimar unos 12.344 casos de Alzheimer en esas edades. Lo que haría un total de 17.188 casos de demencia, solo por enfermedad de Alzheimer. Si consideramos los datos del estudio Toledo<sup>4</sup> y la prevalencia de demencia global de 7,6 %, de enfermedad de Alzheimer un 4,6% y de demencia vascular 1,8% podríamos presuponer un total de: 28.316, 17.138 y 6.706 mayores de 65 años, respectivamente, afectados por alguna de estas demencias.

En cuanto a la población mayor que vive en residencias de mayores<sup>5</sup> tenemos un incremento progresivo respecto patologías y trastornos siguientes: Deterioro cognitivo, Demencia y Problemas de Conducta.

Situación cognitiva de los residentes en plaza pública	2007	2008	2009	2010
DETERIORO COGNITIVO	41,74%	43,04%	49,23%	58,65%
DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA	30,25%	30,83%	37,75%	41,54%

<sup>3</sup> Sánchez de Ayala I. Atención psicogerátrica (Aportación personal no publicada)

<sup>4</sup> García García, F.J; Sánchez Ayala, M.I.;Pérez Martín A.;Martín Corre, E; Marsal Alonso,C.;Rodríguez Ferrer,G.; Prevalencia de demencia y de sus subtipos principales en sujetos mayores de 65 años: efecto de la educación y ocupación. Estudio Toledo. Med. Clinic (Barc.) 2001; 116: 401-7.-vol. 116 núm 11.

<sup>5</sup> Informe Socioestadístico de las memorias anuales de las Residencias para personas mayores de la Red pública de Castilla-La Mancha.2009 (datos actualizados)

PROBLEMAS CONDUCTUALES	17,85%	17,30%	21,45%	23,91%
------------------------	--------	--------	--------	--------

Patologías y síndromes geriátricos más frecuentes (extracto)					
ENFERMEDADES	PSIQUIÁTRICAS	20,44	SÍNDROMES GERIÁTRICOS	INSOMNIO	30,97
	TRASTORNOS ADAPTATIVOS (con alterac. de la convivencia)	4,55		TRASTORNOS PSICOAFFECTIVOS	28,43
	ALCOHOLISMO	2,77			
	ADICCIÓN a otras sustancias	0,21			

Según la tabla sobre grupos de patologías más frecuentes, en primer lugar se encuentra la patología cardiovascular con un 59,66%, seguido de los trastornos neurológicos, en un 48,07%, y los osteoarticulares (46,57%), infecciosas (32,64%), oftalmológicos (31,29%), endocrinológicos (30,17%) y digestivos 27,64%. En el puesto décimo se encuentran las enfermedades psiquiátricas (20,44%).

Los **trastornos derivados del uso del alcohol**, sobre todo en hombres, y entre ellos, los que padecen exclusión social, están solteros, separados o divorciados. La prevalencia parece estar en aproximadamente un 2%. Lo que supondría de un total de 372.580 mayores, 7.452 personas posiblemente afectadas por problemas derivados del uso de alcohol.

Contrasta con el escaso número de pacientes en los que figura, al alta, el diagnóstico principal (criterios CIE-9-MC), con el código 291 (52 casos a lo largo de 5 años y en toda Castilla-La Mancha) o código 303 (45 casos con esos mismos parámetros). (Incluso sumados los códigos, tendríamos solo 97 pacientes diagnosticados en 5 años, de un total estimado de 7.452. Lo cuál puede ser debido a que no se recogen éstos como diagnóstico principal).

3. El **Delirium**, que se caracteriza por alteraciones de las funciones cognitivas superiores, de inicio agudo y curso fluctuante, es un síndrome de etiología compleja y a menudo multifactorial. Es de destacar que el porcentaje del delirium aumenta con la edad, 15% en menores de 75 años (Ruiz et al, 1998) y 27% en mayores de 80 años (Selva A. et al 1998). Las dos variables que se asocian con la detección de delirium son un pobre funcionamiento cuantificado en el Índice de Barthel y el diagnóstico previo de demencia. A pesar de su frecuencia no es reconocido o es erróneamente diagnosticado, lo que conlleva importantes consecuencias para el paciente y sanitarias. En un estudio de la prevalencia de delirium en pacientes ingresados por procesos médicos<sup>6</sup> se anota que los médicos y enfermeras, que atienden de forma habitual a los pacientes afectados, frecuentemente no reconocen el delirium, por su curso y el solapamiento con la demencia y porque no se le considera un diagnóstico con implicaciones importantes.

<sup>6</sup> Formiga F.; San José AS.; López-Soto A.; Ruiz D.; Urrutia A.; Duaso E.: Prevalencia de delirium en pacientes ingresados por procesos medicos Med Clin (Barc). 2007; 129 (15):571-3

4. No podemos olvidar la aparición de **trastornos psicóticos funcionales** en estas edades, que nos obligan a descartar un patología orgánica subyacente y que también pueden corresponder a personas con cuadros psicóticos que han envejecido sin haber sido previamente diagnosticados de estos trastornos mentales.
  
5. Uno de los problemas que debemos tener en cuenta, ya que puede conllevar mayor presencia de algún trastorno psicológico, es el maltrato o abuso de las personas mayores (trastorno afectivo, de ansiedad, consumo de sustancias tóxicas). Se habla de una prevalencia anual del 4% en personas que viven en domicilios privados y una incidencia de 30% en instituciones, debido a la asistencia deficiente<sup>7</sup>. Aproximadamente el 1% de ancianos en España ha sido víctima de maltrato intrafamiliar y el porcentaje se duplica en ancianos dependientes y se cuadruplica en los que tienen una dependencia grave. Un 5% de cuidadores reconoce haber maltratado al anciano a su cargo. Entre los tipos de maltrato, el psicológico es uno de los más prevalentes. Tanto en el maltrato físico como en el abuso económico, los cuidadores informan nueve veces más que las víctimas. La dependencia parece ser un factor de riesgo y el porcentaje aumenta desde el 0,2% al 0,9%. Y es más frecuente en mujeres.

#### 4.2. Suicidio.

En Europa los mayores presentan índices más elevados de suicidio, que aumentan con la edad y alcanzan la cifra más alta a los 85 años. Tomando datos del Instituto Nacional de Estadística respecto a muertes por suicidio por Comunidad Autónoma de residencia (Castilla-La Mancha), sexo y edad (mayores de 65 años), tenemos:

	65-69 años	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95 y más
<b>AÑO 2007</b>							
Ambos sexos	11	6	12	21	14	2	0
Varones	11	5	9	18	13	2	0
Mujeres	0	1	3	3	1	0	0
<b>AÑO 2008</b>							
Ambos sexos	9	16	12	15	10	3	0

<sup>7</sup>Iborra Marmolejo I. Maltrato de personas mayores en la familia en España. Valencia junio 2008  
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/iborra-maltrato-01.pdf>

Varones	4	13	8	11	9	2	0
Mujeres	5	3	4	4	1	1	0
<b>AÑO 2009</b>							
Ambos sexos	11	8	15	14	7	4	0
Varones	9	7	15	13	7	4	0
Mujeres	2	1	0	1	0	0	0
<b>AÑO 2010</b>							
Ambos sexos	8	8	17	10	9	1	0
Varones	8	7	14	10	9	1	0
Mujeres	0	1	3	0	0	0	0

De ésta extraemos la siguiente tabla:

	65-79 años		80 y más años	
	Ambos Sexos	Por Sexos (desglose)	Ambos Sexos	Por Sexos (desglose)
2007	29	25 ♂ / 4 ♀	37	33 ♂ / 4 ♀
2008	37	25 ♂ / 2 ♀	28	22 ♂ / 6 ♀
2009	34	31 ♂ / 3 ♀	25	24 ♂ / 1 ♀
2010	33	29 ♂ / 4 ♀	20	20 ♂ / 0 ♀

A simple vista se puede observar un mayor número de suicidios en varones, por lo que se debería tomar en consideración a la hora de establecer un programa de suicidio de forma regional y que hiciese hincapié en el colectivo de varones.

#### **4.3. Comorbilidad y condiciones crónicas de salud.**

Es de destacar la gran importancia de la comorbilidad entre los trastornos de salud mental y las enfermedades crónicas, con las que se asocian cuadros o síntomas depresivos y trastornos de ansiedad. Muchos estudios han señalado un nivel excesivo de mortalidad en pacientes con enfermedades mentales y casi la mitad de personas con un trastorno mental grave tienen comorbilidad con dolencias físicas identificables. Asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, insuficiencia cardiovascular, enfermedad coronaria, artritis, tumores, etc., son enfermedades frecuentemente asociadas. A su vez, las personas con éstas enfermedades crónicas, padecen depresión, ansiedad y deterioro cognitivo (este último más frecuente en personas mayores) en un porcentaje tan elevado que dificulta la adherencia a los tratamientos, el autocuidado y aumenta las hospitalizaciones, las consultas en urgencias y atención primaria, lo que hace que se incremente el gasto sanitario y empeore la calidad de vida.

#### **4.4. Consumo de psicofármacos y otros datos.**

Al consultar el módulo de prescripción de medicamentos en el programa informático del SESCAM *TURRIANO* (Historia Clínica en Atención Primaria), hallamos que, durante 2010, al 20% de la población general se le prescribió algún psicofármaco, siendo la relación mujer/hombre de 2 a 1 y directamente proporcional con la edad, de tal modo que más de la mitad de los mayores de 65 años han recibido algún psicofármaco a lo largo del año.

La evolución del consumo de psicofármacos en Castilla-La Mancha durante el periodo 2005 a 2010 muestra una tendencia ascendente en todos los subgrupos terapéuticos (antidepresivos, antipsicóticos, antiedad, estimulantes, hipnóticos-sedantes y ansiolíticos).

El consumo de psicofármacos en “dosis/habitante/día” (DHD), se muestra en la siguiente tabla:

	2005	2010
Psicoestimulantes	3,60	8,02
Hipnóticos/Sedantes	16,55	21,88
Ansiolíticos	41,32	47,38
Antipsicóticos	7,88	9,88
Antiedad	4,24	8,13
Antidepresivos	46,92	66,26

*Fuente: Digitalis. Sescam. 2010.*

Es de destacar que ha aumentado el consumo en todos los casos aunque en distinta proporción. Asimismo, la mitad de la población consume antidepresivos e hipnóticos, especialmente los primeros.

## **5. ATENCIÓN AL PACIENTE PSICOGERIÁTRICO EN CLM**

### **5.1. Necesidades**

El Plan de Salud Mental 2005-2010 contenía el objetivo de mejorar los procesos de atención a las personas con trastorno mental y a sus familias, mediante programas, protocolos y guías clínicas que disminuyesen la variabilidad y aumentasen la calidad y equidad de la atención. Con este fin, en diciembre de 2008 se presentó el documento “*Elaboración de procesos asistenciales de salud mental en Castilla-La Mancha*”<sup>8</sup>. Contenía siete procesos, uno de ellos “*Trastornos afectivos y conducta suicida en la edad avanzada*” fue realizado por el grupo de trabajo del área de salud de Ciudad Real. Se recogía una prevalencia de un 30% de depresión mayor y distimia (criterio DSM-IV) en las personas mayores de 65 años y que viven en comunidad. La depresión en el anciano está infradiagnosticada e infratratada. Sus sentimientos de tristeza son expresados a través del cuerpo (somatizaciones) y son derivados a distintos especialistas, pero en menor número a salud mental. Se estimaba que solo reciben tratamiento un 10% de ancianos que lo precisan.

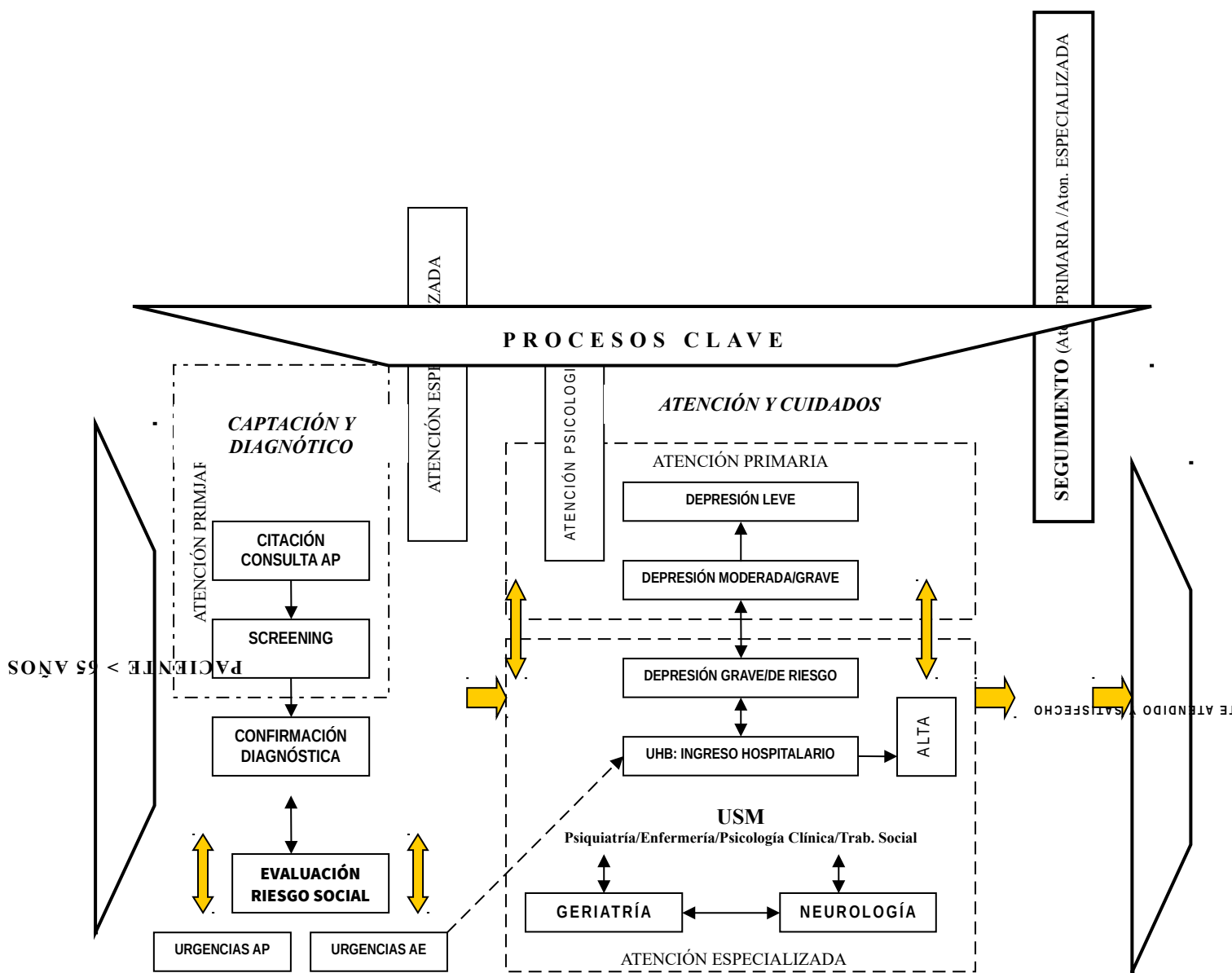
<sup>8</sup> Procesos asistenciales de salud mental en Castilla-La Mancha (en borrador)

Es importante resaltar en las **necesidades percibidas y los problemas detectados**

1. La variabilidad en las pruebas diagnósticas empleadas.
2. La dificultad en el diagnóstico diferencial entre trastorno depresivo mayor y otros trastornos.
3. Descoordinación y falta de comunicación entre profesionales. Problemas en los canales de derivación, tales como: pérdida de pacientes en el seguimiento, dificultades en la continuidad de tratamientos y cuidados, duplicidad en derivaciones a psiquiatra/psicólogo, no existencia de objetivos definidos en la intervención psicológica, múltiples derivaciones de pacientes con quejas somáticas y déficits cognitivos a especialistas diversos.
4. Problemas de cumplimiento terapéutico en el paciente, sobre todo si vive solo: auto y polimedicación.
5. No existencia de un tratamiento integral en pacientes con otras enfermedades médicas (pluripatología)

El objeto del proceso es tratar de mejorar los problemas apuntados y proporcionar herramientas para la detección, diagnóstico diferencial y un mejor tratamiento en todos los ámbitos en que se mueve la persona mayor afectada por este trastorno.

*Procesos asistenciales de salud mental en Castilla-La Mancha: trastornos afectivos y conducta suicida en la edad avanzada.*



En el proceso se describen las actividades, la recogida de los subprocesos en forma de fichas donde se recoge el profesional responsable, el participante en la actividad, el modo de realizarla, su registro, etc. En los distintos niveles (Atención Primaria, Atención Especializada –Unidad de Salud Mental, Neurología, Geriatría-, y urgencias de ambos niveles). También la atención a los distintos subgrupos o tipos diagnósticos (depresión leve, moderada, de riesgo, resistente al tratamiento, recurrente, depresión psicótica, atípica,...) También se tiene en cuenta la atención psicológica en distintos dispositivos, la coordinación, anamnesis y pruebas a realizar, e información a pacientes y familiares.

En los anexos del proceso se recogen todas aquellas escalas, documentos de información, guías de tratamiento y atención psicológica, plan de cuidados de enfermería, cartas de servicio, consentimiento informado, criterios de derivación que fueron aportados y consensuados en el grupo de trabajo.



## 5.2. Conclusiones.

Consideramos que, a vista de los datos presentados, sería conveniente realizar estudios epidemiológicos para cuantificar las necesidades reales de la atención psicogeriatrica en Castilla-La Mancha.

Creemos que sería importante adoptar una iniciativa regional para que los recursos de que se dispone en cada una de las áreas sanitarias y sociales trabajen en red de forma coordinada. No entramos a valorar la necesidad de equipos específicos para atender a estas patologías, pero si tener en cuenta las necesidades de forma más eficiente y eficaz con los recursos existentes.

Consideramos que para mejorar la atención a las personas mayores con patología psiquiátrica es necesario:

- Establecimiento de circuitos asistenciales de forma escrita.
- Formación de equipos con los profesionales que lo integren.
- Reuniones periódicas donde se tomen decisiones consensuadas.
- Existencia de Guías clínicas y protocolos para su seguimiento, evaluación y revisión.
- Actividades de formación continuada y de formación hacia otros profesionales y familias o cuidadores.

Con respecto al suicidio, dado que se da mayormente en varones, se debería tomar este dato en consideración a la hora de establecer un programa regional de prevención del suicidio.

Sería necesario incidir en una formación específica, actualizada y continuada de los profesionales encargados de la atención psicogeriatrica y que, a su vez, repercuta en los demás profesionales, asociaciones y familiares encargados de la atención personalizada más directa a los mayores, en su entorno.

## 6. BIBLIOGRAFÍA:

. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010".European Neuropsychopharmacology (2011) 21, 655-679.

<sup>2</sup>. Conferencia de alto nivel de la UE "Juntos para la salud mental y el bienestar" Bruselas, 12-13 de junio de 2008. En Pacto europeo para la Salud mental y el bienestar. Documento de consenso: Salud Mental en personas mayores, pág.33.

<sup>3</sup>. Sánchez de Ayala I <sup>†</sup>. Atención psicogeriatrica (Aportación personal no publicada)

<sup>4</sup>. García García, F.J; Sánchez Ayala, M.I.; Pérez Martín A.; Martín Corre, E; Marsal Alonso,C.;Rodríguez Ferrer,G.; Prevalencia de demencia y de sus subtipos principales en sujetos mayores de 65 años: efecto de la educación y ocupación. Estudio Toledo. Med. Clinic (Barc.) 2001; 116: 401-7.-vol. 116 núm 11.

<sup>5</sup>. Informe Socioestadístico de las memorias anuales de las Residencias para personas mayores de la Red pública de Castilla-La Mancha.2009 (datos actualizados).

<sup>6</sup>. Formiga F.; San José AS.; López-Soto A.;Ruiz D.;Urrutia A.;Duaso E.: Prevalencia de delirium en pacientes ingresados por procesos medicos Med Clin (Barc). 2007; 129 (15):571-3

<sup>7</sup>. Iborra Marmolejo I. Maltrato de personas mayores en la familia en España. Valencia junio 2008 <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/iborra-maltrato-01.pdf>

<sup>8</sup>. Procesos asistenciales de salud mental en Castilla-La Mancha (en borrador)

---

### **Agradecimientos:**

*Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales:*

- *Emma Corraliza Infanzón (Asesora médica. Servicio de Planificación Sanitaria)*
- *Gema de Pablos Bolonio (Auxiliar. Servicio de Planificación Sanitaria)*
- *Juan Francisco Andujar Leal (Técnico de Mayores. Servicio de Gestión de Centros)*
- *Miguel Ángel García Sánchez (Jefe del Servicio de Información Sanitaria)*
- *Carmen Verde López (Jefa de Sección de Información Sanitaria)*

*SESCAM:*

- *Jaime Domper Tornil (Coordinador Regional del Servicio de Salud Mental)*

### **Contacto:**

- Mariflor Morillo Garay, psiquiatra: [mmorillo@jccm.es](mailto:mmorillo@jccm.es)
- Enrique Galindo Bonilla, psicólogo: [galindo.e@gmail.com](mailto:galindo.e@gmail.com)