

Estado de salud psíquico de pacientes mayores institucionalizados

¹Tárraga López PJ, ¹Arjona Laborda E, ²Rodríguez Montes JA, ¹Solera Albero J, ³Palomino Medina MA, ¹Celada Rodríguez A, ⁴Gálvez Casas A

¹Médico de Familia. Albacete

²Catedrático de Cirugía de la Universidad Autónoma de Madrid

³Médico de Familia. Cuenca

⁴Profesora de la Universidad de Castilla-La Mancha

Según la OMS, sólo una de cada tres personas con depresión recibe un diagnóstico y tratamiento adecuados; existen indicios bien fundamentados de que esta proporción es incluso menor en el caso de las personas mayores¹. La ansiedad y la depresión presentan una comorbilidad muy alta, especialmente en el anciano.

En 1996 la Organización Mundial de la Salud daba la voz de alarma: "los problemas mentales serán la plaga del siglo XXI". Se introdujo así el término Disability Adjusted Life Year (DALY), expresión anglosajona que trata de medir la calidad de vida²⁻⁴.

depresión en el anciano:

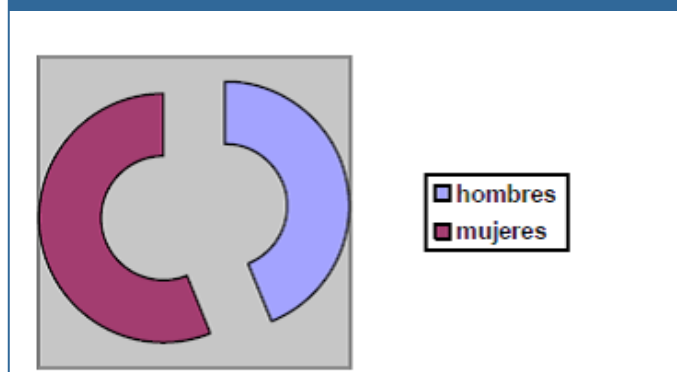
- Aislamiento y soledad.
- Baja calidad de vida.
- Incremento del uso de los Servicios de Salud.
- Deterioro cognitivo.
- Alto grado de suicidio.
- Mayor dependencia.

Los factores demostrados de riesgo psico-social son fundamentalmente:

- Muerte de un ser querido.
- Enfermedad médica o quirúrgica.
- Incapacidad.
- Escaso apoyo social.
- Institucionalización por diferentes circunstancias.

Algunos fármacos de uso muy corriente, como diuréticos, digital, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, anticoagulantes orales, algunas estatinas (lovastatina y pravastatina) o neurolépticos, se han relacionado con síntomas depresivos en este grupo de edad¹¹⁻¹³.

Figura 1. Distribución de la muestra por sexos.



En este sentido, insisten los expertos, "el mayor problema de salud en el año 2020 en todo el mundo, países en desarrollo incluidos, no serán las infecciones, las enfermedades cerebro-vasculares ni el cáncer; lo que hará sufrir a la Humanidad serán las enfermedades mentales, la depresión estará a la cabeza y será la segunda causa de discapacidad en el plazo de 20 años". Actualmente ocupa el quinto puesto⁵⁻⁸.

La depresión en el anciano será una causa frecuente de consulta en Atención Primaria y Especializada, de ingresos hospitalarios y de institucionalización, cuando no su principal motivo^{9,10}.

De todos conocidas son las consecuencias de la

Figura 2. Clasificación de la muestra por tipo de institucionalización.

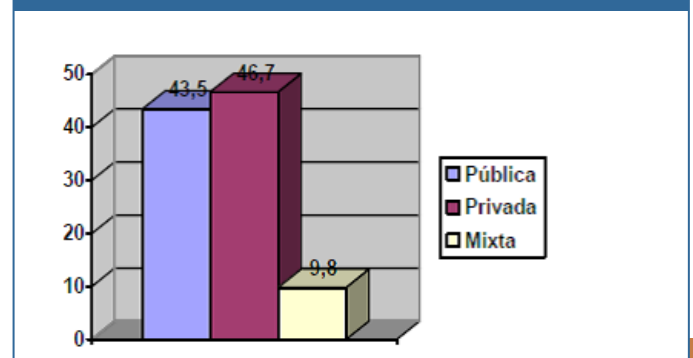


Figura 3. Clasificación de la muestra por estado civil.

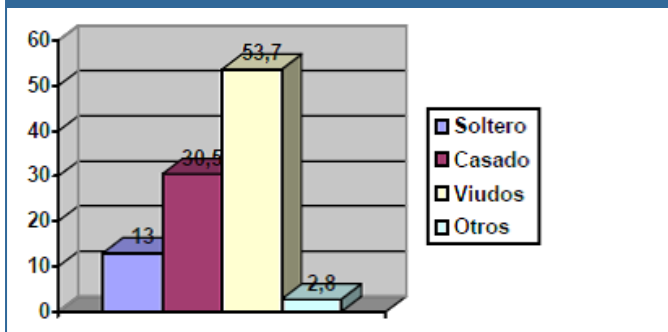
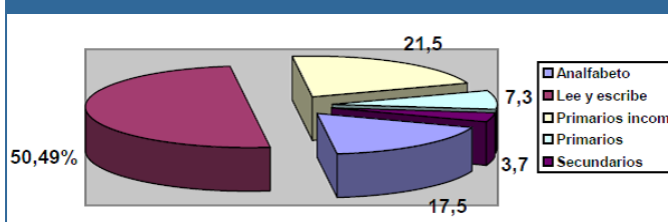


Figura 4. Clasificación de la muestra según su nivel de estudios.



La depresión en los ancianos está asociada al aumento del riesgo cardiovascular, a mayor morbilidad, a mayores tasas de deterioro funcional, a mayor necesidad de institucionalización y a mayor riesgo de muerte. La prevalencia de la depresión en mayores de 65 años, usando criterios tipo DSMIV, se establece en 1-2% para depresión mayor y 10-20% para distimias. En todos los estudios clásicos, la prevalencia es mayor en mujeres (2:1); sin embargo, en los ancianos esta proporción se iguala o llega a invertirse en los mayores de 80 años, en los que se atribuye mayor fragilidad al varón¹²⁻¹³.

La población institucionalizada presenta un riesgo de depresión aún mayor en el periodo inmediato después del ingreso, entre 30 y 75%, de los cuales 12-20% corresponden a depresiones mayores¹⁴.

Un 60% de los ancianos consumen fármacos contra la depresión, la enfermedad del siglo XXI, según datos publicados por la Clínica Universitaria de Navarra¹⁷.

No deja de ser revelador que voluntarios consultados para este trabajo comprueben que personas mayores a las que visitan semanalmente cierran apresuradamente la puerta tras recibirlos para que los vecinos no vean que un extraño, y no sus hijos, les escuchan y proporcionan cariño. "Hay quienes echan pestes de sus hijos, otros que los entienden y otros que no tienen a nadie y están absolutamente solos", dice Beltrán Uriarte, voluntario de la ONG Solidarios, que atiende a 700 ancianos. A veces se

trata de descolgar el teléfono y escucharlos¹⁵⁻¹⁶.

MÉTODO

El grupo investigador diseñó una encuesta una vez consultadas las fuentes bibliográficas y expertos en el tema.

Mediante muestreo sistemático simple se seleccionaron 8 Residencias geriátricas de la provincia de Albacete y del censo de éstas se seleccionaron mediante el mismo muestreo 246 personas institucionalizadas para encuestar.

Mediante el paquete informático SPSS 11.5 se ha hecho un análisis estadístico de las variables estudiadas.

Para valorar el Grado de Depresión/Ansiedad se utiliza la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, (EADG), 1993. Puntuación mayor o igual a 4 indica "probable ansiedad"; mayor o igual a 2 "probable depresión".

Otra escala muy empleada, aunque más compleja en tiempo y aplicación, es la Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (HRSD). La Escala de Ansiedad (HAS) posee un alto grado de correlación con su Escala de Depresión. No se recomienda su uso como herramienta de cribado ni diagnóstico. Es heteroaplicada, de 14 ítems, de los cuales 13 son referentes a signos y síntomas de ansiedad; el último valora el comportamiento del paciente durante la entrevista, que no debe durar más de 30 minutos.

Para valorar el deterioro cognitivo empleamos el Test de Pfeiffer.

RESULTADOS

Participaron en la encuesta 246 personas institucionalizadas en Residencias de la provincia de Albacete, de las que 56,1% eran mujeres (figura 1). La edad media fue de 78,58 con una desviación estándar (DE) de 6,42.

Las instituciones se clasificaron en pública, privada y mixta. La distribución por cada una de ellas se encuentra en la figura 2.

La distribución por estado civil se observa en la figura 3, por nivel de estudios en la figura 4 y por la actividad laboral previa en la figura 5.

Figura 5. Clasificación de la muestra según actividad laboral.

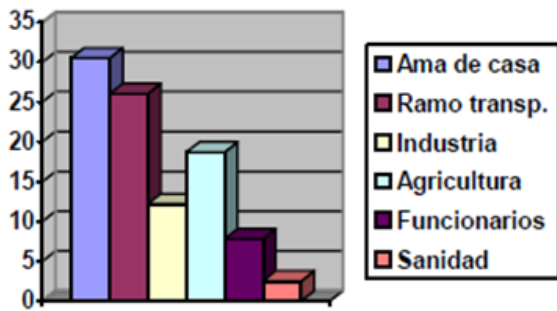
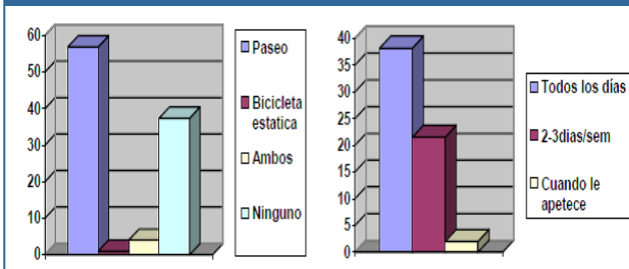


Figura 6. Clasificación de la muestra según su actividad física habitual.



El 3% tomaba al menos 5 fármacos distintos, el 12% 4 fármacos, el 29% 3 fármacos, el 33,6% 2 fármacos y el 25,1% 1 fármaco. De ellos, el 30% tomaba gastroprotectores o antiulcerosos, el 25% diuréticos, el 15% antihipertensivos, el 12% vasodilatadores y antiagregantes, el 9,5% broncodilatadores, el 22,5% antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos, el 5,5% ansiolíticos/antidepresivos, el 8,6% insulinas/antidiabéticos orales, el 2,5 flebotónicos y el 5,2% hipolipemiantes.

El 41,9% había bebido alcohol de forma casi habitual, vino sólo 29,1% y con cerveza 30,1%, mientras habían bebido sólo cerveza 24,3%. Actualmente sólo bebía 8,7% vino o cerveza de forma casi ocasional; casi el 44,7% lo dejó por prescripción facultativa y 25,2% por su propia voluntad.

El 39% había fumado al menos un paquete al día; de los que actualmente sólo fumaba el 5%; la mayoría lo dejó por su propia voluntad.

Había consumido café de forma habitual (una media de 2-3 tazas/día) 58,1%, de los actualmente sólo lo hacía 25,3%; la mayoría lo dejó porque le sentaba mal.

Ninguno admitía haber tomado algún otro tipo de drogas.

El 61,8% refería hacer algún tipo de ejercicio, cuyas características se describen en la figura 6.

El estado de salud actual desde el punto de vista físico, psíquico, social y funcional se valoró mediante:

- Índice de Katz de Actividades Básicas de la Vida diaria, cuyos resultados se muestran en la figura 7.

- Diagnóstico de depresión: casi un 45% tenían depresión leve o establecida (figura 8).

- Nivel de salud: casi 30% tenían salud mala (figura 9).

- Nivel de deterioro cognitivo: los resultados del Test de Pfeiffer muestran que 40% tenía algún tipo de deterioro cognitivo (figura 10).

- Enfermedades padecidas: el 2% padecía 5 enfermedades a la vez, el 10,5% 4, el 36% 3, el 42% 2 y sólo el 8,6% una. Por sistemas, en el aparato genitourinario se localizaba el 24% de las enfermedades, en el sistema endocrino-metabólico 3%, osteoarticular 27%, sistema nervioso el 16%, circulatorio el 23%, respiratorio el 18% y digestivo el 24%.

El 47,6% se encontraba triste en la residencia, pero el 92,7% se había adaptado en un tiempo medio de 2-3 meses; el 61% pensaba que se había mermado su libertad. Al 64,2% le parecía que el tamaño de su habitación era aceptable y el 92,5% la compartía (el 30,5% con su pareja y el 62% con otra

Figura 7. Clasificación de la muestra según el índice de Katz.

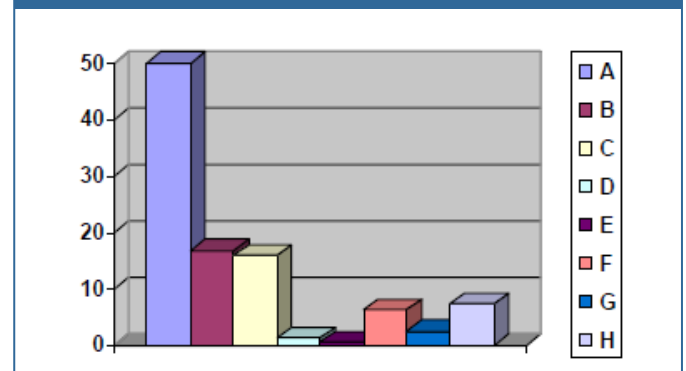
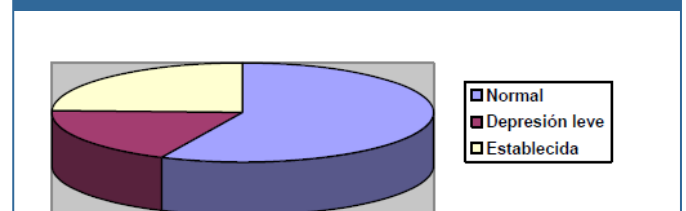


Figura 8. Clasificación de la muestra en función de la presencia de trastorno depresivo.



Referían que visitaban al médico una media de 5 veces al mes (DE 1,1) y a la enfermera 12 veces al mes (DE 3,6).

El 37,4% empleaba su tiempo en talleres ocupacionales.

Durante las encuestas, y de manera totalmente aleatoria, se preguntó a 139 ancianos "¿Qué entiende usted por calidad de vida?" La respuesta debía ser una de entre las cuatro que se propusieron:

- Tener buena situación económica.
- Tener buena salud.
- No tener que depender de nada ni de nadie
- No sabe lo que significa calidad de vida

Los resultados obtenidos fueron: edad media de 78 años, 39,5% de varones, 60,5% de mujeres; el 7,1% eligió la primera respuesta, el 48,9% la segunda, el 28% la tercera y el 15,8% la cuarta.

COMENTARIO

Las demencias son un problema sociosanitario de gran impacto sobre la calidad de vida de la población anciana y de sus familiares. A pesar de los progresos efectuados, la mejora básica de la calidad de vida de estos pacientes y sus familias se fundamenta en el diagnóstico correcto y en el tratamiento sintomático pero, sobre todo, en la información y el soporte profesional y humano. La demencia es una fuente de morbilidad e incapacidad funcional muy importante en los países desarrollados. El cuidado del paciente demente supone además una gran carga psicosocial^{11,12}.

Los datos sobre la prevalencia de demencia en el mundo occidental varían entre 3,5 y 26%. Es mayor a medida que aumenta la edad y en personas institucionalizadas.

En España, la prevalencia se sitúa en torno a 5-10% en los mayores de 65 años y la enfermedad de Alzheimer (EA) es la más frecuente (48%). En un estudio reciente se produjo una mortalidad anual de 4,8% para el conjunto de la población, que se elevó a 10,9% para los sujetos diagnosticados de demencia sobre una muestra comunitaria¹³⁻¹⁶. Estos datos son parecidos a los obtenidos en estudios similares realizados en diversos países europeos¹⁷⁻¹⁸.

El 20% de nuestros ancianos entrevistados presentaron depresión leve y 25% depresión establecida.

Figura 9. Clasificación de la muestra según su estado de salud.

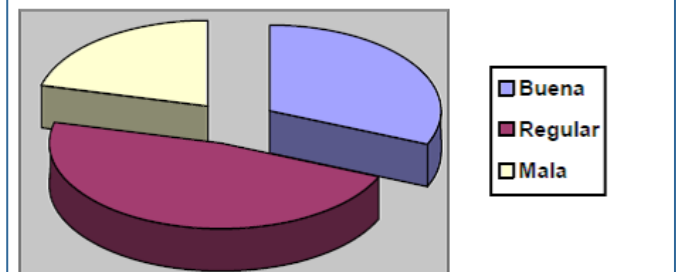
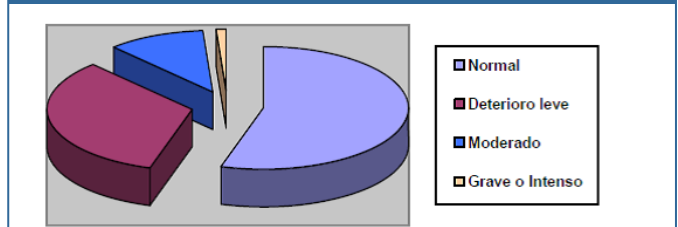


Figura 10. Clasificación de la muestra a partir de los resultados del test de Pfeiffer.



Sólo son potencialmente reversibles 3% de las demencias. Se ha demostrado la eficacia del tratamiento y control de la hipertensión arterial, lo que reduce la incidencia en un 50%¹⁷⁻¹⁹. Los anticolinérgicos han demostrado ser efectivos y eficaces para la EA, pues mejoran levemente el rendimiento cognitivo y funcional y los trastornos conductuales; están indicados en los pacientes con deterioro mental leve-moderado.

La problemática de la polimedicación viene determinada no sólo por el número elevado de medicamentos (más de 4), sino por la utilización inadecuada, por las reacciones adversas que se producen o por las interacciones medicamentosas generadas. Se considera un problema importante por su frecuencia y por el elevado gasto sanitario que supone. En la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 1997 el 79,2% de los mayores de 65 años consumía fármacos de manera habitual. En España, en 1995 el gasto de recetas de pensionistas fue más de diez veces superior al de la población activa. Se han asociado a un elevado consumo de fármacos la presencia de tres o más enfermedades, pobre percepción de la propia salud, la dependencia física, la edad superior a 75 años, la depresión y un elevado número de consultas a los servicios sanitarios¹⁰⁻¹². Los fármacos implicados con mayor frecuencia son los empleados en el tratamiento de

enfermedades cardiovasculares y en las del sistema nervioso central; además estos fármacos constituyen factores de mayor riesgo de caídas¹⁵.

En nuestro estudio predominaban medicamentos para enfermedades osteoarticulares (27%), digestivas y genitourinarias (24%), cardiovasculares (23%), respiratorias (18%) y del sistema nervioso (16%). Según los resultados obtenidos, nuestros ancianos consumen entre 3 y 4 fármacos de media en una alta proporción de casos (41%)¹⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mouton CP, Espino DV. Health screening in older women. *Am Fam Physician* 1999;59:1835-42.
2. Goldberg TH, Chavin SI. Preventive medicine and screening in older adults. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:344-54.
3. Zazove F, Mehr DR, Ruffin IV. A criterion-based review of preventive health care in the elderly. Part 2. A geriatric health maintenance program. *J Fam Pract* 1992;34:320-47.
4. The demography of population ageing. Technical meeting on population ageing and living arrangements of older persons: critical issues and policy responses. Population Division. Department of Economic and Social Affairs. Nueva York: United Nations Secretariat 2000.
5. Close J, Ellis M, Hooper R, Glucksman E, Jackson S, Swift C. Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomized controlled trial. *Lancet* 1999;353:93-7.
6. Gardner MM, Robertson MC, Campbell AJ. Exercise in preventing falls and fall related injuries in older people: a review of randomised controlled trials. *Br J Sports Med* 2000;34:7-17.
7. Lázaro del Nogal M. Indicadores sanitarios. Madrid: Geriatria XXI, Editores Médicos 2000.
8. Bueno A, Padilla F, Peinado C, Espigares M, Gálvez R. Factores de riesgo de caídas en una población anciana institucionalizada. Estudio de cohortes prospectivo. *Med Clin (Barc)* 1999;112:10-15.
9. Luna Garrido J. Inestabilidad y caídas. En: Hortonedá Blanco E (ed). Síndromes geriátricos. Madrid: Sociedad Española de Médicos de Residencias 2006;74-5.
10. Wagner TH, Patrick DL, Bavendam TG, Martín ML, Buesching DP. Quality of life of person with urinary incontinence: development of a new measure. *Urology* 1996;47:67-72.
11. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Recomendaciones sobre la demencia. Barcelona: SemFYC 1999.
12. Saz P, Launer LJ, Días JL, De la Cámara C, Marcos G, Lobo A. Mortality and mental disorders in a Spanish elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14:1031-38.
13. Jagger C, Andersen K, Breteler MM, et al. Prognosis with dementia in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurology* 2000;54:16-20.
14. Toseland RW, O'Donnell JC, Engelhardt JB, Hendler SA, Richie JT, Jue D. Outpatient geriatric

valuation and management Result of a randomized trial. *Med Care* 1996;34:624-40.

15. Pathy MSJ, Bayer A, Harding K, Dibble A. Randomized trial of case finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet* 1992;340:890-3.

16. Stuck A, Aronow H, Steiner A, et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessment for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1995;333:1184-9.

17. Carpenter GI, Demopoulos GR. Screening the elderly in the community: controlled trial of dependency surveillance using a questionnaire administered by volunteers. *Br Med J* 1990;300:1253-6.

18. Stuck AE, Minder CE, West IP, et al: A randomized trail of in-home visits for disability prevention in community-deweelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Inter Med* 2000;160:977-86.

19. Burns R, Nichols LO, Martindale-Adams J, Graney MJ. Interdisciplinary geriatric primary care evaluation and management: two-year outcomes. *J Am Geriat Soc* 2000;48:8-13.

20. Reuben DB, Frank JC, Hirsch SH, McGuigan KA, Maly RC. A randomized clinical trial of outpatient comprehensive geriatric assessment coupled with an intervention to increase adherence to recommendations. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:269-76.