

Respuestas organizativas para la atención en crisis en psicogeriatría

Pedro Roy-Millán

Introducción. En la Europa del año 2030, el 24% de la población alcanzará los 65 años o más y un 12% igualará o superará los 75. Pese a dicho pronóstico y a la realidad ya palpable en el día a día, las políticas sanitarias no suelen caracterizarse por reflejar un cambio claro y contundente en su organización respecto a las necesidades de la población mayor con enfermedad mental.

Objetivos. Analizar cómo responde el modelo de atención en salud mental ante situaciones críticas en pacientes psicogeriatricos, reconocer cuáles son los puntos débiles de dicho modelo asistencial y determinar los puntos clave por los cuales se hace necesaria la existencia de un modelo de atención específico para las personas mayores con enfermedad mental.

Desarrollo. Lo más habitual es que las redes de salud mental no integren en su modelo una atención específica para las personas mayores. Una buena parte de estas personas presentan patologías orgánicas comórbidas que acaban afectando de una u otra forma la evolución del cuadro psiquiátrico de base y su funcionalidad, con lo que se requiere una atención basada en un modelo integral.

Conclusiones. Una parte importante de la población mayor con enfermedad mental precisa un modelo de atención específico en psicogeriatría bien imbricado con el modelo de atención a la salud mental actual. Esta necesidad se hace especialmente patente en la atención en crisis.

Palabras clave. Asistencia de pacientes gerontopsiquiátricos. Atención psicogeriatrica. Enfermedad mental en anciano. Funcionalidad en psicogeriatría. Modelo biopsicosocial. Modelo de atención en psicogeriatría.

Hospital Mare de Déu de la Mercè. Hermanas Hospitalarias. Barcelona, España.

Correspondencia:
Dr. Pedro Roy Millán.
Hospital Mare de Déu de la Mercè. Pg. Universal, 34-44.
E-08031 Barcelona.

E-mail:
proym@hhsjmerced.com

Trabajo presentado en el VI Curso de Actualización en Psicogeriatría sobre 'Manejo de situaciones críticas en psicogeriatría', organizado por el Máster en Psicogeriatría de la UAB, el 11 y 12 de marzo de 2011.

© 2011 Psicogeriatría

¿Es necesario un modelo asistencial de salud mental específico para la persona mayor?

El objetivo principal de esta exposición es analizar cómo responde el sistema actual ante las situaciones más críticas en psicogeriatría, aclarar por qué es necesaria la existencia de un modelo de atención específico para las personas mayores con enfermedad mental que engarce de una forma natural y coordinada con el modelo de atención en salud mental ya existente; también es objetivo determinar a quién va dirigido dicho esfuerzo organizativo, qué perfil de población y qué necesidades pretende cubrir.

Los trastornos mentales en conjunto constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. La depresión unipolar figura como la tercera causa de carga de enfermedad detrás de la isquemia coronaria y de los accidentes cerebrovasculares, explicando el 6% de la carga causada por todas las enfermedades. El envejecimiento poblacional en la Unión

Europea conlleva factores de riesgo para la salud mental y el bienestar, como pueden ser la pérdida de apoyo familiar y de amigos, incremento de enfermedades neurodegenerativas, incremento del estigma social y aumento de los índices de suicidio. Todo ello conlleva implicaciones en los sistemas de salud pública, en los mercados de trabajo y en la economía de los países.

Es sabido que ya en la Europa del año 2000 el 15% de la población alcanzaba los 65 años o más, y que casi un 7% igualaba o sobrepasaba los 75 años. En 2030, estas cifras aumentarán al 24% y 12%, respectivamente. En España, el 23% tendrá 65 años o más, y en Cataluña, el 26%. Según estudios ya clásicos, hasta un 25% de ancianos presenta trastornos psiquiátricos, cifra más elevada en la población hospitalaria [1]. Debemos tener en cuenta, además, el aumento de la incidencia de la demencia [2] de forma paralela al envejecimiento poblacional: un 10% de personas a partir de los 65 años la padecen y conforme se envejece, la prevalencia se duplica cada cinco años. Actualmente, en torno al 50% de las personas mayores de 80 años padece algún tipo de demencia. Los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) son los principales as-

pectos de la atención a la demencia que repercuten en la red de salud mental. Hasta un 32% de personas afectas de demencia que en un momento determinado se desestabilizan, podría beneficiarse de la participación de la red de salud mental [3]. Los dos principales trastornos mentales gestionados por los servicios de salud de psicogeriatría son la depresión y la demencia, un 60 y 75% de las solicitudes, respectivamente [4]. La depresión, con tasas de un 15% en los mayores de 65 años, la ansiedad, la esquizofrenia, el trastorno de abuso de sustancias y el delirio son también motivos que inspiran la necesidad de reformular la atención al paciente psicogeriatrico dentro del marco actual de la atención a la salud mental [5].

En este sentido, articular políticas y programas de promoción de la salud, de prevención y tratamiento de la salud mental adecuados a las necesidades de este grupo poblacional, se convierte en prioritario y además deberán tenerse en cuenta las características intrínsecas de esta población a la hora de adecuar y diseñar otros servicios en el futuro.

Un modelo asistencial específico de psicogeriatría. ¿Para quién?

Cuando hablamos de población anciana, si bien existe cierto consenso administrativo en cuanto a la edad cronológica de inicio de la senectud para enclavar aquí a aquella población mayor de 65 años, entendemos que cuando hablamos de salud en general y de salud mental en particular, la edad cronológica queda en un segundo plano, tomando mayor relevancia la edad biológica, que habitualmente viene marcada por la presencia o no de diversos síndromes clínicos relacionados con la edad, la disminución de la funcionalidad y la presencia de circunstancias socioeconómicas que pueden influir en la calidad de vida de la persona mayor; en ese sentido, cabe tener en cuenta la soledad, el aislamiento social, la falta de participación en la comunidad, la falta de un soporte familiar, el impacto de la jubilación, estilos de vida inadecuados como la tendencia al consumo de alcohol, principalmente en hombres, o el consumo de fármacos psicoactivos sin control médico.

Todo ello evidencia la necesidad de ordenar la provisión de servicios de salud mental en este grupo de personas, pero no sólo a la hora de tratar, sino mucho antes, en el momento de promocionar la salud y prevenir los trastornos mentales.

Con el envejecimiento, los enfermos mentales ancianos presentan unas características diferencia-

les respecto a los enfermos mentales adultos: aparecen síndromes geriátricos añadidos que los pueden convertir en personas más frágiles. En dicho contexto, la manifestación y evolución de la enfermedad mental puede ser diferente y en líneas generales provoca una tendencia a presentar una pérdida funcional y, por tanto, un incremento de la dependencia, lo que genera unas necesidades asistenciales superiores y más especializadas. Esta situación clínica del enfermo mental mayor, complicada con otros problemas de salud, requiere la puesta en marcha de un modelo biopsicosocial y espiritual que aborde el tratamiento de forma integral e interdisciplinar.

Es conocido que las políticas sanitarias en salud mental se centran y construyen sus modelos asistenciales tomando como referencia la población adulta joven; como resultado, en nuestra actual sociedad, con unas connotaciones sociodemográficas claramente tendentes hacia un incremento de la esperanza de vida y un aumento claro de personas mayores de 65 años, aparecen evidentes desajustes en la creación y coordinación de servicios en salud mental para este grupo poblacional, que como características generales presenta unas patologías dinámicas que requieren un diagnóstico y tratamiento especializado, con reevaluaciones periódicas y una atención que implica diferentes programas con un abordaje transversal e interdepartamental.

Principios asistenciales y organización de servicios

Una buena parte de personas mayores con problemas de salud mental o adicciones son cuidadas por sus familiares y desde los equipos de atención primaria (EAP) se realiza el apoyo y la continuidad asistencial. El EAP, al igual que otros dispositivos de salud, incluyendo los pertenecientes a la propia red de salud mental y drogodependencia, necesitan con frecuencia poder contar con un servicio de atención psiquiátrica más especializado en personas de edad avanzada cuando se requieren otras opiniones y consejos o la atención directa del especialista.

La mejora de la atención al enfermo mental mayor comporta cambios en el actual sistema de salud; por un lado, un cambio de cultura en la atención al enfermo mental que envejece, consistente en realizar una atención integral (enfoque biopsicosocial), y por otro, la generación de dispositivos especializados en psicogeriatría.

La evaluación de esta tipología específica de paciente precisa unos determinados condicionantes sin

los que la atención no podrá ajustarse a las necesidades reales del enfermo. La evaluación debe llevarse a cabo con informadores de calidad, habitualmente miembros de la familia, y el EAP debe estar involucrado. Esta evaluación inicial debería conducir a la formulación de un plan de atención y seguimiento con objetivos claros y responsabilidades definidas para cada miembro del equipo asistencial multidisciplinar y del EAP. Todo ello debería incluir la provisión de apoyo, información y consejo a los cuidadores.

Con el fin de que la atención al enfermo mayor funcione con eficacia, se requiere un preciso engranaje entre todos los dispositivos de salud y sociales, y la existencia de un conjunto mínimo de recursos disponibles que abarquen la atención ambulatoria, la atención en crisis, la hospitalización, los programas de 'respiro' y los recursos sanitarios y sociales comunitarios acordes con la situación clínica del enfermo. Igualmente se precisa un soporte residencial adecuado para aquellas personas que no puedan vivir en su propio hogar y padezcan una enfermedad mental o adicción.

Es importante la disponibilidad recíproca de consejo entre los profesionales de los equipos específicos dedicados a la psicogeriatría: los de los centros de salud mental, los centros de atención y seguimiento a las drogodependencias –como se denominan en Cataluña–, los EAP, los profesionales de los servicios de medicina interna, geriatría y neurología, y los equipos específicos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de trastornos cognitivos y demencias –conocidos en Cataluña como Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS) de demencias y Equipo de Evaluación Integral Ambulatoria de trastornos cognitivos y demencia (EAIA-TC)–, entre otros, para poder intercambiar pareceres dentro del plan asistencial individualizado de cada caso. Igualmente es necesario el contacto de estos profesionales con los de los equipamientos de atención comunitaria (p. ej., centros de día y grupos de apoyo para cuidadores y para los propios pacientes) y residenciales.

Un servicio completo en el ámbito de la salud mental en la persona mayor debe centrarse en el paciente como eje de atención y en su entorno inmediato, normalmente la familia, y alcanzar la suficiente coordinación entre sus elementos para asegurar una atención continuada. El servicio debe quedar plenamente integrado en el sistema sanitario y social y a su vez depende del acorde desarrollo de un marco social, político, legal y económico.

La garantía de calidad debe ser una prioridad para todos los elementos del servicio. Esto resulta

particularmente importante para asegurar el respeto ante las necesidades sentidas y reales del enfermo y su entorno familiar.

Modelo de atención

Promoción de la salud mental

La promoción de la salud mental y el bienestar psicoafectivo de las personas mayores engloba un número de actividades y recursos diversos entre los que destacan aquellos que facilitan el desarrollo de estilos de vida activos y saludables, los que potencian su sentimiento de pertenencia y propósito, o aquellos que posibilitan o protegen el desarrollo de vínculos de apoyo y afecto con familiares, otros cuidadores y amigos. Dicha acción no sería posible sin la presencia de entornos seguros y adaptados en los que las personas mayores puedan desarrollar sus actividades cotidianas (tanto el propio hogar como el barrio) y requiere el esfuerzo conjunto y coordinado de sectores diversos, además del sociosanitario. La promoción de la salud mental desde el entorno sociosanitario puede realizarse incorporando en la práctica habitual la monitorización, facilitación y estímulo en el anciano de hábitos de vida saludables (incluyendo el ejercicio físico regular o una dieta sana), las relaciones sociales o la participación en actividades significativas dentro de la comunidad (voluntariado, cursos de formación adaptados, actividades de relación social en equipamientos comunitarios como centros cívicos o clubes, etc.). Las intervenciones de 'prescripción social' (*social prescribing*) por parte de los profesionales incluyen modelos de complejidad variable que van desde la simple administración de información –con o sin seguimiento telefónico– sobre posibles actividades en el entorno de la comunidad, hasta la prescripción 'formal' o derivación del paciente a dichos centros para el desarrollo de un programa o actividad concretos (habitualmente en el contexto de un acuerdo de colaboración).

Prevención de la enfermedad mental

La prevención de los trastornos mentales más comunes en la tercera edad o de situaciones de extrema gravedad potencial, como la conducta suicida, requiere el abordaje de los factores de riesgo de éstos, incluyendo la soledad, la discapacidad relacionada con la salud física o la presencia de algunos síntomas subsindrómicos. Para hacer posible una prevención efectiva es imprescindible que los pro-

fesionales clave –aquellos que trabajan habitualmente con las personas mayores tanto desde la atención sanitaria como social– estén capacitados para identificar al anciano en situación de riesgo. Esto requiere programas de formación adecuados y herramientas de ayuda para los profesionales (p. ej., guías o protocolos de detección de riesgo). Una vez identificado, el anciano de riesgo se puede beneficiar de un número de intervenciones preventivas, entre las que se incluyen diversas modalidades de psicoterapia breve. El acceso a dichos programas debe ser de umbral bajo y a través de distintos puntos de entrada.

Evaluación integral

La evaluación del enfermo atendiendo a todas sus vertientes como ser humano dejó de ser una herramienta de uso sistemático ante el desarrollo de las diferentes especializaciones, contagiando incluso a aquellas especialidades en las que justamente el conocimiento biopsicosocial del enfermo no sólo es una forma de abordar los problemas de éste, sino una necesidad técnica a la hora de poder llevar a buen fin un plan terapéutico. El exponente máximo de la necesidad de observar al enfermo como un todo, y no como una suma de partes, nos lo da la atención al enfermo anciano y la atención al enfermo mental, ejemplos claros de paciente vulnerable. En la primera de las situaciones, la vuelta a este modelo se afianzó con el desarrollo progresivo de la geriatría; en el segundo de los casos ocurrió, como en el resto de las especialidades, una tendencia a la visión polarizada y unidimensional de la enfermedad y el enfermo mental. Este modelo biopsicosocial incluye la evaluación integral en el más amplio de los sentidos, teniendo en cuenta las vertientes biológica, psicológica, social, cultural, espiritual y de calidad de vida de cada individuo y de su entorno inmediato.

Modelo comunitario

Integración entre los servicios sanitarios y sociales y comunitarios, facilitando la permanencia del anciano en el medio comunitario si es posible. El sistema de atención debe constituir una red funcional en lugar de ser una yuxtaposición de servicios.

Equipo interdisciplinar

La atención al individuo atendiendo todas sus vertientes, biológicas, psicológicas y sociales, supone la necesidad de unos extensos conocimientos que

descansan en diversas disciplinas, no sólo pertenecientes a lo sanitario, sino también a lo social, lo antropológico, etc. Esto significa que la atención experta vendrá dada por la puesta en común de diversos profesionales de distintas disciplinas con objetivos comunes dentro de un plan terapéutico bien establecido. Con frecuencia, la complejidad de esta tipología de paciente precisa no sólo la interdisciplinaridad, sino la transdisciplinaridad, cuando un mismo profesional es capaz de atender todas las necesidades del enfermo y su entorno utilizando conocimientos de varias disciplinas.

Accesibilidad

Dada la naturaleza de las situaciones que se producen en el devenir de la enfermedad de este grupo de enfermos, con una tendencia a presentar síntomas agudos que precisan una detección temprana y una resolución rápida, además de la importante carga familiar que producen, la accesibilidad a los servicios debe ser enormemente rápida, a tiempo y desburocratizada. Será por tanto de vital importancia que todos los elementos que tomen partido en el plan terapéutico del enfermo estén plenamente integrados, interconectados y aseguren una continuidad asistencial en todo momento.

Evaluación longitudinal

A lo largo de todo el proceso, desde la detección del mismo hasta su final.

Qué hay antes de la crisis

En el momento actual, los profesionales dedicados al campo de la enfermedad mental en personas mayores detectan una situación caracterizada fundamentalmente por una falta de promoción del envejecimiento saludable y de prevención de problemas mentales, con especial énfasis en grupos vulnerables (aislamiento, pobreza, pluripatología médica, etc.), falta de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental, limitaciones en la capacidad de detección de la enfermedad mental en personas ancianas en la atención primaria y falta de continuidad asistencial de los pacientes afectados de enfermedad mental que envejecen y que son tratados habitualmente desde los centros de salud mental de adultos (CSMA) y centros de atención y seguimiento (CAS), especialmente en aquellos casos que presentan adicciones (fundamentalmente alcohol) y en situaciones de riesgo de sufrir

violencia de género. Igualmente se objetiva dificultad en la continuidad asistencial por desconocimiento de la existencia y acceso a los dispositivos más específicos. La escasez y fragmentación en la atención psiquiátrica en crisis a enfermos mentales mayores, especialmente si existe afectación de la funcionalidad o patología orgánica comórbida, es una tónica generalizada y por resolver, del mismo modo que lo es el caso de la atención a pacientes con demencia y situación en crisis por SPCD.

Cuando se aborda el manejo de casos especialmente complejos, se suele observar una falta de trayectorias clinicoasistenciales bien definidas y consensuadas desde los EAP a los EADE (equipos de atención especializada a la demencia), CSMA, CAS y unidades específicas de psicogeriatría de ingreso. Por lo general, se asiste a un desconocimiento del acceso a las plazas de las unidades de psiquiatría geriátrica y media estancia de psicogeriatría por parte de muchos profesionales, cuando éstas existen, como es en el caso de Cataluña, lo que redundará en un retraso en la aplicación del recurso a la necesidad del paciente, una evolución más tórpida de los procesos patológicos, claudicación del enfermo y familias desmotivadas, claudicantes y con reparos hacia los dispositivos sanitarios y sociales.

La respuesta del sistema durante las situaciones en crisis del paciente psicogeriatrico a menudo se caracteriza por ser también un momento crítico para el sistema que debe atenderla. No resulta infrecuente la itinerancia del anciano en situación de crisis psiquiátrica, desde un servicio de urgencias a otro. En el hospital general se le denegará la posibilidad de un ingreso con argumentos relacionados con la capacidad de distorsión que su conducta pueda tener; en servicios psiquiátricos habituales, el argumento suele consistir en la fragilidad del estado somático del paciente, que no permite prestarle una atención adecuada. Subyace además el reparo a la frecuente precariedad de la situación social del paciente, que puede hacer difícil el momento del alta del enfermo. Estas circunstancias conllevan que se produzca un deterioro de la situación, física y mental, y una claudicación de la familia.

Población diana: perfil de pacientes

La filosofía de manejo de situaciones clinicoasistenciales que se propone parte de una visión integral del individuo. Si bien ya conocemos que la valoración integral, en sus diversos ejes (biológico, psicológico, social y espiritual), es la forma adecuada de atender al enfermo afecto de enfermedad mental,

este abordaje se hace indispensable en la atención a la salud mental de las personas mayores.

Este acercamiento integral lleva implícito que los profesionales dedicados a la atención psiquiátrica del anciano partan de una valoración integral; sólo de este modo el clínico puede llegar a reconocer de forma adecuada las necesidades sentidas y no sentidas (perfil clínico) del enfermo y de su entorno sociofamiliar más inmediato.

A través de este método, el profesional será capaz de objetivar las necesidades y adecuar los servicios necesarios para el paciente y su problema de salud, y no al revés. De esta forma queremos evitar dejar fuera del 'sistema' a aquellos casos que, por su complejidad clínica, no parecen encajar en ningún equipamiento al uso; entendemos que justamente este tipo de usuario es el que acaba utilizando servicios de forma errante y con frecuentación elevada.

Por ello, tomaremos como punto de partida la definición de los principales perfiles clinicoasistenciales basándonos no tanto en las diferentes agrupaciones diagnósticas al uso, sino más bien buscando grupos que pudiendo ser heterogéneos en su diagnóstico, son homogéneos en el sentido de que utilizan o precisan unas trayectorias asistenciales semejantes.

La población diana en la que nos centramos es toda aquella persona que entra dentro del concepto de persona mayor o anciano. Si bien tomamos como punto de corte por consenso los 65 años, tomaremos como referencia la conjunción de síndromes clínicos típicos de la edad geriátrica y el estado psicosocial de la persona.

En la práctica habitual existen factores clínicos que van a influir de forma decisiva en la necesidad de unos u otros cuidados. En concreto, factores como la existencia de patología psiquiátrica, deterioro cognitivo y fundamentalmente pérdida de la funcionalidad, así como enfermedades concomitantes, comorbilidad, pluripatología o polifarmacia, van a marcar en buena parte las necesidades del enfermo y su familia en cuanto a dispositivos capaces de dar la atención precisa a sus problemas de salud y sociales.

Perfiles según trayectorias clinicoasistenciales

A continuación pasamos a delimitar las principales agrupaciones de ancianos con enfermedad mental, en base al uso de unas trayectorias clinicoasistenciales comunes de forma habitual.

Ancianos con enfermedad mental o adictiva, sin repercusión funcional predominante

Se trata de una persona que no suele presentar síndromes geriátricos que repercutan directamente sobre la expresión y evolución de la enfermedad mental de base, por lo que se presentan con un grado de autonomía adecuado para su edad pese a su enfermedad mental.

Son enfermos que se benefician del soporte de la red de salud mental sin que precisen recursos específicos. Siguen por tanto las mismas trayectorias clinicoasistenciales que la población adulta no anciana, incluyendo las situaciones de crisis.

Ancianos con enfermedad mental o adictiva y comorbilidad que condiciona pérdida de funcionalidad

Son enfermos con patología mental crónica o de nueva aparición descompensada, cuya expresión clínica y evolución se ve muy influida por presentar síndromes geriátricos comórbidos inestables o enfermedades crónicas o agudas que precisan atención médica al mismo tiempo.

Con frecuencia requieren atención experta en crisis, normalmente en servicios de urgencias psiquiátricas en un hospital general, un diagnóstico diferencial eficaz y experto, y una atención de medicina interna y de psiquiatría muy coordinada.

También con frecuencia tienen necesidad de una hospitalización corta para valoración geriátrica integral. Inicialmente se atienden en urgencias y posteriormente deberían pasar a unidades de medicina interna o de la especialidad que fuera, o en el caso de que la desestabilización psiquiátrica fuera lo más importante, en una unidad de estancia corta (UEC) de psiquiatría.

En un tercer paso, según la evolución de la enfermedad orgánica y la situación psiquiátrica y el grado de dependencia funcional que la situación clínica produce, es posible que precise un nivel intermedio antes del alta al domicilio, la unidad de psiquiatría geriátrica (UPG). En caso de que no sea necesaria esta última hospitalización total, el paciente será dado de alta a su entorno habitual, domicilio familiar o residencia. Precisaré entonces de un seguimiento en su CSMA o CAS como recurso ambulatorio capacitado para el seguimiento de su patología mental y orgánica, en conjunción con los EAP.

Igualmente en muchos casos se precisará un curso de hospitalización de día que cumpla con unos requisitos adecuados.

Ancianos con enfermedad mental o adictiva que motiva una pérdida de autonomía, complicada con deterioro cognitivo (no demencia)

Se trata de personas mayores que, a consecuencia de su enfermedad psiquiátrica, presentan una alteración de su capacidad cognitiva que redunde en una disminución de su funcionalidad de una manera predominante, lo que hace que sean pacientes con unas necesidades de cuidados especiales al respecto.

Existen en este grupo dos paradigmas más frecuentes:

Pacientes con una pérdida de autonomía temporal predominante

Requieren atenciones específicas desde un punto de vista integral, que no son habituales en los servicios de hospitalización de psiquiatría. En las situaciones de crisis puede precisarse un ingreso corto en una UPG.

Paradigma: persona anciana con un trastorno depresivo grave, inhibido, con afectación cognitiva secundaria y notable pérdida de autonomía. Son pacientes que necesitan atenciones clínicas, rehabilitadoras y de cuidados específicas, que no son habituales en los dispositivos de hospitalización psiquiátrica al uso.

Pacientes con una pérdida de autonomía prolongada y predominante

Requieren centros residenciales o sociosanitarios de larga estancia con terapias rehabilitadoras cognitivas y cuidados de enfermería especializados –larga estancia de psicogeriatría (LEPG)–.

Paradigma: habitualmente personas afectas de una psicosis de larga evolución, con múltiples desestabilizaciones, numerosas hospitalizaciones a lo largo de su vida y que envejecen. Son enfermos psiquiátricos con una cronicidad predominante y que de forma secundaria a la enfermedad y a la desafe-rentización del entorno que produce la enfermedad mental, acaban presentando un déficit cognitivo que provoca una pérdida de la funcionalidad moderada o grave. Precisan enfoques terapéuticos y planes de cuidados diferentes a los que necesitan los adultos jóvenes, incluyendo terapias de rehabilitación cognitiva y cuidados de enfermería más especializados.

Ancianos con demencia y SPCD predominantes

Son enfermos diagnosticados y seguidos en el ámbito clinicoasistencial por los dispositivos sociosanitarios creados a tal efecto. Existe un grupo de en-

fermos con demencia y clínica psiquiátrica y conductual predominante, que pueden necesitar frecuente atención en crisis en los servicios de urgencias del hospital general, con una visión continuista en cuanto a lo que la atención integral de este paciente obliga. Además, tras la atención en crisis necesitan cuidados específicos hospitalarios que continúen con dicho abordaje integral y aseguren una continuidad asistencial ambulatoria o domiciliaria adecuada al alta.

En crisis, descartada una patología orgánica aguda en las unidades de urgencias hospitalarias, tras el tratamiento agudo inicial, requieren continuar dicho tratamiento durante un período corto en una unidad de media estancia de psicogeriatría (UMEP), como paso previo al domicilio (si hay apoyo social o poca dependencia funcional) o a una residencia asistida (si no hay apoyo social o existe una elevada dependencia funcional).

Cualquiera de cada uno de estos perfiles o agrupaciones puede precisar una atención determinada conforme a la situación clínica en la que se encuentre, incluyendo la que aquí nos ocupa: la situación de crisis.

Dimensión del problema

Toda organización de servicios parte de un conocimiento del problema que trata de resolver. Tal y como se expresa en los párrafos anteriores, existe una comprensión más o menos profunda de las diversas situaciones clinicoasistenciales en torno a la atención psiquiátrica del enfermo mental mayor; sin embargo, es menos cocida la dimensión de dicho problema en relación a la complejidad que supone cuantificarlo.

La forma de hacerlo tan sólo permite tener una aproximación a la realidad. Dado el perfil del paciente, caracterizado en los párrafos anteriores, podemos deducir que este grupo poblacional podría incluirse, al menos de forma parcial, entre la población discapacitada por enfermedad mental grave con más de 65 años, un 1,5% de la población, según las encuestas IDDDE de 1999 en España. Con este dato, trasladado a una población conocida, como puede ser la Región Sanitaria de Barcelona, que incluye el Baix Llobregat, el Maresme, el Garraf y el Vallès, además de Barcelona ciudad (4.459.057 habitantes), estaríamos hablando de unas 11.000 personas que, en un momento u otro, podrían tener necesidad de una atención más especializada. Si utilizamos un método inductivo, podríamos hacer una aproximación a través del uso de la prevalencia

de las principales enfermedades mentales que son causa de trastorno mental grave en la edad geriátrica (depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno esquizofrénico, fundamentalmente). La suma de todas ellas en una población como la anteriormente referida supondría la existencia de aproximadamente 17.000 personas, que en algún momento podrían ser usuarios de una atención más especializada en el ámbito de la psicogeriatría.

Una forma más de dimensionar el objeto de una posible organización de servicios en torno al paciente psicogeriatrico es observar la actividad de los diferentes dispositivos en referencia a dicha población diana. En el año 2005, en los CSMA de la Región Sanitaria de Barcelona, el 12,95% de los enfermos atendidos tenían una edad superior a 65 años. El sesgo más importante es que posiblemente estos pacientes encajan mejor en el grupo de 'ancianos con enfermedad mental o adictiva, sin repercusión funcional predominante', anteriormente referenciado, y no tanto en el grupo de pacientes psicogeriatricos con necesidades más específicas. Cifras algo superiores se encuentran en un estudio realizado en Huesca [6] en el que se describe la demanda psiquiátrica en pacientes ancianos que acuden a un CSMA; sobre 399 pacientes atendidos, el 19,3% tenía 65 o más años. En este caso incluyeron en sus estadísticas pacientes afectos de trastorno mental orgánico.

Cuando se observa la población con enfermedad mental de más de 65 años atendida en unidades de cuidados intensivos de un hospital general, observamos que hasta un 9,19% cumple los criterios de paciente psicogeriatrico con necesidades especiales. En este sentido, son ilustrativos los datos publicados por Balanzá et al [7] en 2004: describieron y caracterizaron desde el punto de vista clínico y epidemiológico a las personas mayores que requirieron ingreso en la sala de psiquiatría del Hospital Universitario Doctor Peset. Realizaron un estudio epidemiológico descriptivo, mediante análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes de 60 años o más, con al menos una estancia en la unidad de agudos de psiquiatría durante los últimos nueve años. Un total de 214 usuarios atendidos, 60% mujeres, y con una edad media de 68 años, representaron el 8,7% del total de las estancias producidas. Los trastornos más prevalentes fueron los afectivos (42%), seguidos de los trastornos mentales orgánicos (21%) y las psicosis (17%). Otros estudios realizados en las últimas décadas [8] ponen de manifiesto datos semejantes, variando la población con más de 65 años ingresados en servicios de agudos de psiquiatría, entre el 5,1% (con un 57,2% de trastor-

nos afectivos, un 37,3% de trastorno mental orgánico y un 4,8% de psicosis) y el 12,6% encontrado por otros autores, como Gándara et al [9], con un 21% de trastornos afectivos, un 38% de trastorno mental orgánico y un 7% de psicosis.

Por tanto, todo parece indicar que existe una no desestimable cantidad de sujetos mayores con enfermedad mental que padecen frecuentes reagudizaciones de su enfermedad psiquiátrica, en base a complicaciones de trastornos comórbidos que modifican de alguna manera la evolución natural de la enfermedad mental, pacientes con deterioro cognitivo persistente o no, con posibles alteraciones conductuales prominentes, con deterioro funcional persistente o no, y situaciones sociofamiliares complejas con importante claudicación. Además, en gran medida, son pacientes de difícil ubicación en los dispositivos de salud mental al uso.

Esta población requiere unos dispositivos de salud específicos que detecten y traten precozmente la desestabilización, que hagan un manejo del caso rápido y desburocratizado, que ofrezcan un continuo asistencial asegurado, que trabajen con una filosofía asistencial centrada en la integridad del individuo y trabajo transversal e interniveles.

Atención al paciente psicogeriatrico

Para llegar al modelo de atención en salud mental enunciado a lo largo de la exposición, es necesario realizar alusiones históricas. En Cataluña se producen una serie de cambios importantes, consecuencia en parte del plan de asistencia psiquiátrica de 1975, de clara inspiración comunitaria y con el objetivo de reordenar las estructuras existentes y sectorizar los recursos. Se abren más CSMA y centros de salud mental infantojuveniles (CSMIJ) para asistir a toda la población, se reconvierten las antiguas plazas de neuropsiquiatría en atención primaria, se amplía el número de centros de Día y de hospitales de Día, se crea el 'trabajo en circuito' para integrar los diferentes niveles –atención primaria, secundaria y terciaria–, proliferan las unidades especializadas (para trastornos alimentarios, de sueño, para ludopatías, para trastorno obsesivo-compulsivo, para esquizofrenias refractarias...), se crea el programa de atención al trastorno mental grave, y de especial relevancia para el hecho que nos ocupa, aparecen líneas de reconversión de camas hospitalarias, solicitando a los hospitales psiquiátricos la diferenciación de sus pacientes en unidades específicas (media y larga estancia, agudos, subagudos...) o temáticas (disminuidos, psicogeriatrico...). Todo ello

permite que ciertos recursos dependan de otros presupuestos: disminuidos, de Bienestar Social, y psicogeriatrico, de un programa de más alcance que Sanidad destina a los de mayor edad, el programa *Vida als Anys*. Este hecho permitirá que, de forma efectiva, aquellos centros que trabajan la psicogeriatrico puedan desarrollarla en un marco administrativo que permita extender su atención hacia las personas que precisan una atención específica en salud mental.

Paralelamente, en 1986, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya crea el programa *Vida als Anys*, que se encargará de reordenar la atención en diversas áreas relacionadas con la cronicidad; aparecen recursos de internamiento, como las unidades de larga estancia, unidades de media estancia o convalecencia, unidades de cuidados paliativos y unidades de sida, así como recursos comunitarios: hospitales de día, PAGES (Programa de Atención Domiciliaria Equipo Soporte), UFISS (de geriatrico, de cuidados paliativos, mixtas, de demencias, respiratorias) y, más recientemente, las EAIA de demencias. El programa permite que aparezca la especialización en la atención al paciente psicogeriatrico, no exclusivamente con demencia, y abre las puertas a una comunicación de tú a tú entre el Plan Director Sociosanitario, que integró el programa *Vida als Anys*, y el Plan Director de Salud Mental y Adicciones.

Sin embargo, pese a la abrumadora necesidad de hacer algo en el aspecto organizativo ante las necesidades en salud mental de las personas mayores, no se abunda en este tema en la planificación de salud hasta bien entrada la última década. Mundialmente, en 2005, en el Plan de Acción en Salud Mental para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Declaración de Helsinki, Conferencia Interministerial para la Salud Mental, comienzan a hacerse patentes una serie de prioridades entre las que destacan intervenciones específicas para cada etapa de las personas en situación de riesgo, en particular niños, jóvenes y ancianos, abarcando desde el desarrollo de las especialidades por áreas hasta la creación y desarrollo de servicios especializados. Poco después aparece el *Libro verde de la salud mental*: el 24 de octubre de 2005, en Luxemburgo, ministros de sanidad de la Unión Europea, parlamentarios europeos y representantes de la OMS, así como organizaciones no gubernamentales, profesionales y académicas, plasman lo que representa la primera iniciativa de la Comisión Europea en apoyo de los acuerdos alcanzados en Helsinki, con el propósito de desarrollar una estrategia en salud mental para la Unión Europea. La sa-

lud mental se convierte en una de las prioridades de las políticas de salud pública. Se reitera el papel esencial de la salud mental para el desarrollo de las personas y de la sociedad en general, entendiendo que 'sin salud mental no hay salud'. Del mismo modo, recuerda que en la salud mental de la población influyen múltiples factores: biológicos, psicológicos, familiares, sociales, económicos y medioambientales, y propugna el abordaje integral e interdisciplinar de la salud mental, pilares que si son importantes para la atención correcta al enfermo psiquiátrico, aún lo son más para el tratamiento del enfermo psicogerítrico. Para la puesta en marcha de esta estrategia europea, la Comisión Europea propuso una serie de ámbitos de actuación, entre los que destacan, entre otros, la atención a la salud mental de los mayores.

En 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo publica la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, basado en la filosofía y contenidos de la Declaración de Helsinki en Salud Mental, auspiciada por la Oficina Regional Europea de la OMS y que fue suscrita por España en 2005. Destaca igualmente la defensa de un enfoque integrado y una concepción biopsicosocial y comunitaria.

Al mismo tiempo, en 2006, se culmina el trabajo del Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña, que analiza la situación de la atención en salud mental a las personas mayores, planificando objetivos operativos en los que de forma meridiana propone programas de atención especial a los ancianos con enfermedad somática y enfermedad mental (pluripatología). Asimismo establece objetivos operacionales para mejorar la atención de los ancianos con problemas de salud mental (ansiedad, depresión, alcoholismo, trastornos mentales graves y demencias) y propone proyectos a impulsar, entre los que destaca un proyecto específico en conexión con el Plan Director Sociosanitario en cuanto a las demencia, así como proyectos de reorganización de la atención al enfermo mental mayor en hospitalización de urgencias y agudos, entre otros, que atañen también a la formación.

Finalmente, y como muestra de la voluntad existente en la planificación y reorganización de la salud mental, incluyendo abiertamente la atención al enfermo mental añoso, en noviembre de 2010 se presenta el Plan Integral de Atención a las Personas con Trastornos Mentales y Adicciones, integrado por representantes de hasta nueve departamentos de la Generalitat de Catalunya (Presidencia, Salud, Acción Social y Ciudadanía, Trabajo, Medio Ambiente y Vivienda, Gobernación y Administraciones Públicas), entidades proveedoras, asociaciones de

profesionales, la Federación Catalana de Familiares de Enfermos Mentales y la Asociación de Enfermos Mentales. Cabe destacar la línea estratégica 8, cuyo objetivo es la mejora y promoción de la atención integral de las personas mayores en su entorno habitual y residencial sustitutorio de la vivienda. En su análisis situacional reconoce la existencia de personas mayores con patologías mentales complejas, de larga evolución, que son excluidas de las redes asistenciales y en las cuales, a menudo, coexisten los problemas sociales y sanitarios de base. También hace alusión al escaso reconocimiento de la problemática en relación al trastorno mental en personas mayores de 65 años, la falta de políticas de prevención del deterioro mental en esa población y la desconexión de la red sanitaria y social, entre otros puntos débiles. En respuesta a dicho análisis, entre los objetivos específicos establece la promoción de la integración funcional de los servicios de atención a las personas mayores, red sociosanitaria, psiquiátrica y social. Igualmente propone potenciar los dispositivos especializados en el tratamiento de casos psicogerítricos complejos.

Del papel a la realidad. ¿Cómo se hace?

El Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña, en 2009, con el objetivo de desarrollar de forma progresiva algunas de las líneas trabajadas, propone la creación de un grupo técnico capaz de desarrollar las directrices marcadas respecto a la atención en salud mental de las personas ancianas. Surge un grupo multidisciplinar integrado por numerosos profesionales de diversas instituciones y proveedores que, en junio de 2010, presentan el resultado de su trabajo, y cuyo objetivo fundamental es exponer los principales puntos clave a tener en cuenta a la hora de dar la atención precisa a los ancianos afectados de un problema mental y aclarar cómo ha de ser la filosofía asistencial y los medios a disponer, y cómo utilizarlos ante las diversas situaciones clinicoasistenciales. Como resultado de este trabajo se crean las bases tangibles y realistas que permiten aplicar el modelo de atención en territorios concretos.

Tomando el relevo del trabajo desarrollado por ese plan director respecto al modelo de atención del grupo poblacional que nos ocupa y pasando a la aplicación real, en el Área Integral de Salud Barcelona Norte, a través de un grupo de trabajo dependiente del Comité Operativo de Salud Mental Barcelona Norte se inicia un trabajo cuyo objetivo inicial es la implantación del modelo desarrollado por

el plan director en la coordinación entre los dispositivos implicados capaz de generar unas trayectorias clinicoasistenciales concretas en respuesta a las diferentes situaciones clínicas que las personas ancianas con enfermedad mental pueden presentar, entre las que destaca la situación en crisis.

Bibliografía

1. Cutler NR, Narang PK. Implications of dosing in tricyclic antidepressants and benzodiazepines in geriatrics. *Psychiatry Clin North Am* 1987; 7: 845-61.
2. Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 465-79.
3. Brodaty H, Draper BM, Low LF. Behavioural and psychological symptoms of dementia: a seven-tiered model of service delivery. *Med J Aust* 2003; 178: 231-4.
4. Draper B. The effectiveness of services and treatment in psychogeriatrics. *Aust N Z J Psychiatry* 1990; 24: 238-51.
5. Chiu E, Arnes D, Draper B, Snowden J. Depressive disorders in the elderly: a review. In Maj M, Sartorius N, eds. *Depressive disorders*. WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry. Vol. 1. 2 ed. Chichester, UK: Wiley & Sons; 2001. p. 313-400.
6. Olivera J, Benabarre S, Castillo L, Pérez D, Jiménez M, Galán L, et al. Demanda psicogeriátrica en un centro de salud mental ambulatorio. *Interpsiquis* 2007.
7. Balanzá V, Knecht C, Cepeda S, Calabuig R. Pacientes psicogeriátricos en una unidad de agudos de un hospital general (1994-2003). *Interpsiquis* 2004.
8. Ochoa E, Lana F, Pérez JC, Chinchilla A. Análisis retrospectivo de los pacientes geriátricos atendidos en una unidad de psiquiatría de un hospital general. *Actas de la XIII Reunión de la SEPB*. Madrid: ELA-Arán; 1988. p. 393-400.
9. De la Gándara JJ, De Dios A, Hernández H, González A. Asistencia de pacientes gerontopsiquiátricos en una unidad psiquiátrica de hospital general. *Actas de la XVI Reunión de la SEPB*. Madrid: ELA-Arán; 1991. p. 556-67.

Organisational responses for healthcare in crises in psychogeriatrics

Introduction. By the year 2030, 24% of the population of Europe will reach the age of 65 or more and 12% will live to or beyond 75 years of age. Despite this forecast and the actual situation that can be observed today, healthcare policies are not usually characterised by the introduction of a clear, convincing change in the way health services are organised with regard to the needs of the elderly population with mental disease.

Aims. To analyse how the model of mental healthcare responds when faced with critical situations in psychogeriatric patients, to identify the weak points in that model of healthcare and to determine the key points that make it necessary to have a specific care model for elderly persons with mental diseases.

Development. The model followed by mental health networks does not usually include specific healthcare for the elderly. Many of these persons present comorbid organic pathologies that end up affecting, in one way or another, the course of the underlying psychiatric disorder as well as their functionality, which means that they need care that is based on an integrated model.

Conclusions. A significant percentage of the elderly population with a mental disease require a specific model of healthcare in psychogeriatrics that is well tied in with the current model of mental healthcare. This need becomes especially apparent in healthcare in crises.

Key words. Biopsychosocial model. Care of gerontopsychiatric patients. Functionality in psychogeriatrics. Mental disease in the elderly. Model of care in psychogeriatrics. Psychogeriatric care.