

**HOSPITAL PSIQUIATRICO PROVINCIAL
"LUIS RAMIREZ LOPEZ"
GUANTANAMO**

**ENFERMEDADES MAS FRECUENTES
EN PACIENTES PSIQUIATRICOS
DE LA TERCERA EDAD**

*Lic. Aracelis Bigñotte Rojas¹, Lic. Elena Conde Heredia¹, Lic. Neovis Medina¹,
Dra. Esperanza Swebys Atherton², Lic. Fidelina Díaz Savón¹, Dra. Juana
Bingote Rojas.¹*

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo en el Hospital Psiquiátrico Provincial Docente "Luis Ramírez López" de Guantánamo, con el objetivo de contribuir al conocimiento de las enfermedades más frecuentes de la tercera edad en los pacientes ingresados (n=33) desde el 1ro. de enero hasta el 31 de Marzo de 2005. Se revisan las historias clínicas de los mismos. Hay predominio de solteros sin ocupación, nivel escolar primario, procedencia rural. La mayoría de los pacientes (60.2 %) tenía más de 5 ingresos y antecedentes patológicos personales de esquizofrenia paranoide, con motivo de ingreso por depresión e intentos suicida.

Palabras clave: TRASTORNOS MENTALES/ epidemiología; SALUD DEL ANCIANO; ANCIANO.

INTRODUCCION

La vejez, por sí misma, no puede considerarse como una enfermedad, sin embargo, en idéntico sentido que la adolescencia o el climaterio, reúne características específicas universalmente aceptadas. El envejecimiento viene dado por un proceso lento, progresivo e irreversible, en que dialécticamente hablando, en ocasiones se está demasiado viejo para algunas cosas y no suficientemente viejo para otras.¹

¹ *Licenciada en Enfermería.*

² *Especialista de I Grado en Psiquiatría.*

Existen enfermedades psiquiátricas propias de la tercera edad u otras que coexisten con la evolución. Los procesos degenerativos, encefálicos y vasculares que surgen inevitablemente en la última etapa de la vida condicionan terreno propicio para que sean más frecuentes los trastornos psiquiátricos.²

Podemos encontrar en los ancianos delirios subagudos como resultado de infecciones respiratorias, fallos cardíacos, intervenciones quirúrgicas, anemias, deshidratación, neoplasias, etc.³

La OMS ha establecido que para el 2007, la población de más de 60 años crecerá 5 veces y la de más de 80, crecerá 7 veces, en tanto que la población mundial general habrá crecido solamente 3 veces.⁴

En nuestro país se establecen políticas para enfrentar ese fenómeno demográfico que garantice una óptima atención a las personas de 60 años de edad o más.⁵

La Gerontología como ciencia cuenta con la Psicología dentro de sus pilares más sólidos desde el punto de vista teórico-práctico.⁶

En la atención psiquiátrica del anciano aparecen manifestaciones de enfermedades que se corroboran durante la misma, dentro de ellas se encuentran las psicopatológicas.⁷

La violencia en la familia es muy frecuente en los individuos de la tercera edad sobre todo en los que son portadores de enfermedades mentales (demencia, esquizofrenia, psicosis afectiva) por la falta de control de quienes los atienden, por lo que hay que accionar de manera ardua con la población para el trato de estos individuos ya que se hacen vulnerables a esos riesgos.⁸

Existen enfermedades degenerativas que aparecen en la tercera edad como la enfermedad de Alzheimer, que se le debe brindar una atención permanente e intensiva por el deterioro progresivo de la misma.⁹

La esquizofrenia es una de las enfermedades psiquiátricas que también afecta a los individuos de la tercera edad ya que aparece en edad temprana de la vida y que llega a convertirse en un problema social por la pérdida afectiva de la familia.¹⁰

En Cuba ha aumentado la expectativa de vida de la población, por lo que surge una explosión demográfica en la tercera edad. Por ello, se toman medidas que benefician a este grupo etario donde intervienen todos los organismos, organizaciones del Estado y la asistencia social.¹¹

El programa del adulto mayor traza propósitos para promover un envejecimiento saludable y satisfactorio mediante la prevención y control de las discapacidades y el accionar de la salud mental sobre la conducta suicida y deambulante en la tercera edad.¹²

El envejecimiento de la población cubana oscila entre 60-80 años y más, por lo que se incrementan indicadores de servicios como círculos y casas de abuelos, grupos de orientación y recreación, atención domiciliaria a los ancianos, lo que permite que la atención psiquiátrica en esta edad sea sistemática y priorizada.¹³

La familia es la célula fundamental de la sociedad, para esta conceptualización se han pronunciado profesionales de distintas esferas y con ellos los psiquiatras, estos últimos encargados de brindarles atención a los individuos de la tercera edad que presentan manifestaciones desde el punto de vista mental.¹⁴

Conocer más profundamente esta problemática es la motivación que nos permite realizar este trabajo.

METODO

Se realizó un estudio descriptivo en el primer trimestre del año 2005 en el Hospital Psiquiátrico Provincial Docente "Luis Ramírez López", con el objetivo de contribuir al conocimiento de las enfermedades más frecuentes de la tercera edad.

El total de pacientes ingresados en este período fue de 353, de los cuales 33 eran de la tercera edad, lo que representa nuestro universo de estudio (n=33).

Se tomaron los datos existentes en las historias clínicas y se coordinó con el departamento de Admisión y Archivo del hospital.

Se estudiaron las variables: edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel de escolaridad, procedencia, cantidad de veces ingresado por motivos psiquiátricos, enfermedades más frecuentes, motivos de ingreso y antecedentes patológicos personales. Se analizó posible relación entre ellas.

RESULTADOS Y DISCUSION

En los meses de enero-marzo de 2005 en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Guantánamo ingresaron un total de 353 pacientes, de ellos, el 9.3 % (33 pacientes) estaba comprendido en las edades estudiadas.

Se observa que el 54.6 % se encuentran entre los 55 a 65 años, lo que coincide con otros estudios realizados (Tabla 1). Como se conoce es muy frecuente que los ingresos se produzcan justamente luego de las jubilaciones de los enfermos.

Predominan las mujeres con el 63.6 %, mientras que los hombres representan el 36.4 %.

En cuanto al estado civil de los pacientes hay predominio de los solteros (54.6%), dato que consideramos importante porque indudablemente la falta de una relación estable (pareja) puede ser un indicador del mal pronóstico en la evolución de estos enfermos.³

Se muestra en la Tabla 2 que el 66.6 % de los pacientes es desocupado laboralmente, hecho relevante, ya que un grupo social sin solvencia económica podría representar un verdadero problema para la comunidad. El 75.8 % sólo alcanzó el nivel primario, por lo que indirectamente nos encontramos con un grupo de pacientes de escasos recursos intelectuales que lo limitan más a resolver sus conflictos personales.

En cuanto a la procedencia, el 54.6 % pertenece a la zona rural, lo que sería sugerente incrementar los programas de atención psicogeriatrica en estas zonas. El número de ingreso estuvo comprendido en más de 5 por el 60.6 % lo que habla a favor de un insuficiente plan de rehabilitación de estos enfermos, sobre todo en la zona rural.¹

El 48.4 % se diagnosticó como esquizofrenia paranoide y el 18.2 % como enfermedades evolutivas; el 12.2 % correspondió a psicosis maníaco depresiva y demencia senil, respectivamente (Tabla 3). Estas afecciones siquiátricas

afectan los cambios propios de la vejez e implica enfrentar una vejez con escasa calidad de vida. El mayor porcentaje de los casos estudiados llegó a la tercera edad con evolución de la enfermedad psiquiátrica (esquizofrenia paranoide); podemos plantear que no todas las enfermedades psiquiátricas estudiadas aparecen en la tercera edad.¹⁰

En la Tabla 4 se recoge el motivo de ingreso más frecuente de ingreso, en la que el 45.4 % corresponde a la depresión y el 21.2 % a las ideas suicidas. Coincidimos con otros autores que señalaron como motivo de ingreso estas causas. Esto constituye un verdadero grupo de riesgo, más si se considera a todo enfermo deprimido como potencialmente suicida.¹⁴

Las patologías de causa orgánica en estos enfermos quedaron representadas en la Tabla 5, donde el 51.4 % presentó cardiopatía hipertensiva, seguida de diabetes mellitus y bronconeumonía con el 15.2 %, ambas por igual; por lo que es necesario el cuidado, control y seguimiento de estos enfermos tanto en el medio extrahospitalario como el medio intrahospitalario.⁷

CONSIDERACIONES FINALES

Fueron detectados los factores de riesgo siguientes: soltería del paciente, poca solvencia económica, nivel socio-económico bajo, alta incidencia de suicidio, justamente en este grupo de riesgo social proponemos vincular nuestra labor como especialista fuera de la institución para garantizar un mayor nivel de ayuda a los médicos y enfermeras en el área de salud.

Se encontraron patologías orgánicas y psiquiátricas asociadas. Nuestra labor emergente es garantizar con el cumplimiento correcto del tratamiento la evolución adecuada de los enfermos evitando las recaídas y descompensaciones.

Continuar el análisis profundo en la interrelación con las áreas de salud, y proporcionarles un mayor conocimiento a los médicos y enfermeras de la familia en cuanto a psicología del paciente psicogeriátrico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Valdés M M. Boletín de Psicogeriatría. Editorial CM 1995.
2. Fernández M. Cárdenas S. La problemática del envejecimiento Rev Hosp Psiq Habana XXXVII enero-junio 1996.
3. Castillo MR. El suicidio de la involución. Tesis de grado en Psiquiatría. La habana 1994.
4. Velásquez de P. Aspectos psicológicos del anciano. Boletín informativo. Hosp de Ancianos. Colombia Vol. 9 N° 2 abril 1994.
5. Cruz RA. El psicólogo en la geronto-geriatría. Rev Hosp Psiq Habana XXIX, 1994.
6. Rocabueno JC, Prieto RO. Gerontología y Geriatría Clínica, 1992.
7. Ricardo Gonzáles Menéndez R. Clínica psiquiátrica (Básica Actual) Editorial Félix Varela La Habana 2003; 23:182
8. Enfermería psiquiátrica 2da. Edición JC. COO R, 2003.
9. Psiquiatría en enfermería. Texto Provisional, 2002.
10. CIE-10 Clasificación internacional de enfermedades mentales 10ma edición y Glosario Cubano 2da edición año 2003.
11. Ibáñez MS. Terapia ocupacional de ayer y de hoy. Programa del adulto mayor, 2003.
12. Colectivo de autores Introducción a la Medicina General Integral. La Habana 2001.
13. GERICUBA. Demografía. Pirámides poblacionales Cuba 2000-2025, año 2004.
14. Martínez GC. Salud familiar. 2da edición. Editorial científico-técnica, 2003.

TABLA 1. EDAD, SEXO Y ESTADO CIVIL.

GRUPO ETARIO	No.	%
55 - 65	18	54.6
65 - 75	12	36.4
75 - 85	2	6.0
86 y más	1	3.0
SEXO		
Femenino	21	63.6
Masculino	12	36.4
ESTADO CIVIL		
Soltero	18	54.6
Unión consensual	6	18.2
Casado	5	15.2
Viudo	2	6.0
Divorciado	2	6.0

TABLA 2. OCUPACION, NIVEL ESCOLAR, PROCEDENCIA Y CANTIDAD DE INGRESOS.

OCUPACION	No.	%
Sin ocupación	22	66.6
Jubilado	10	30.4
Obrero	1	3.0
NIVEL ESCOLAR		
Iletrado	3	9.0
Primario	25	75.8
Secundario	5	15.2
Preuniversitario	-	-
PROCEDENCIA		
Urbana	18	54.6
Rural	15	45.4
CANTIDAD DE INGRESOS		
1 ingreso	8	24.2
2 - 4 ingresos	5	15.2
5 ó más	20	60.2

TABLA 3. ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS MAS FRECUENTES.

ENFERMEDADES	No.	%
Esquizofrenia paranoide	16	48.4
Melancolía involutiva	6	18.2
Psicosis maníaco depresiva	4	12.2
Alcoholismo	2	6.0
Demencia senil	4	12.2
Neurosis	1	3.0
TOTAL	33	100.0

TABLA 4. MOTIVOS DE INGRESO.

MOTIVOS DE INGRESO	No.	%
Ideas de daño	10	30.4
Ideas suicidas	7	21.2
Ideas místicas	1	3.0
Depresión	15	45.4
<i>TOTAL</i>	<i>33</i>	<i>100.0</i>

TABLA 5. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES	No.	%
Diabetes mellitus	5	15.2
Cardiopatía hipertensiva	17	51.4
Asma	2	6.0
Anemia	4	12.2
Bronconeumonía	5	15.2
<i>TOTAL</i>	<i>33</i>	<i>100.0</i>