

Begoña Zamora-Banegas^a
Sonia Álvarez-Sesmero^b
María J. del Yerro-Álvarez^c
Luis F. Agüera-Ortiz^d
Jorge López-Álvarez^e

Ancianos con trastorno adaptativo en la interconsulta de psicogeriatría: perfil clínico y abordaje terapéutico

- ^a Hospital Universitario del Henares. Av. Marie Curie, S/N. Coslada (Madrid). España. bzamora@salud.madrid.org
- ^b Unidad de Interconsulta y Enlace (UICE) del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (AGCPSM). Hospital Universitario 12 de Octubre. Av. De Córdoba, s/n Madrid, España. sasesmero@salud.madrid.org
- ^c Jefa de sección en funciones. Unidad de Interconsulta y Enlace (UICE) del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (AGCPSM). Hospital Universitario 12 de Octubre. Av. De Córdoba, s/n Madrid, España. mjdelyerro@salud.madrid.org
- ^d Jefe de sección. Centro de Salud Mental de Carabanchel del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (AGCPSM). Hospital Universitario 12 de Octubre. Av. De Córdoba, s/n Madrid, España. laguera@salud.madrid.org
- ^e Centro de Salud Mental de Carabanchel del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (AGCPSM). Hospital Universitario 12 de Octubre. Av. De Córdoba, s/n Madrid, España. jlopez@salud.madrid.org

RESUMEN

Introducción. El trastorno adaptativo es una entidad clínica frecuente pero muy escasamente estudiada en población anciana hospitalizada por causas somáticas. A pesar de su doble consideración como entidad benigna y no subsidiaria de mejoría mediante tratamiento farmacológico, su evolución puede ser tórpida y el empleo de psicofármacos está muy extendido. En una población anciana con pluripatología y polifarmacia, el uso de fármacos podría ser nocivo.

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de 123 pacientes con diagnóstico de trastorno adaptativo atendidos por la Interconsulta de Psicogeriatría de un hospital de tercer nivel en los años 2016 y 2017. Se valoran antecedentes, manejo al diagnóstico y durante el seguimiento posterior hasta el año.

Resultados. Un 75,9% del total de pacientes recibieron tratamiento farmacológico al diagnóstico de trastorno adaptativo, mientras que solo un 22,8% son derivados a Psicología clínica. Al alta, solo 50% de los pacientes son derivados a Salud Mental. El 13,8% de los pacientes fueron *exitus* antes del alta de hospitalización. El 72,6% precisaron durante el año de seguimiento un nuevo reingreso hospitalario, y de este grupo, el 16,6% precisó escalada en la dosis de psicofármacos.

Conclusiones. Además de aportar datos sobre el manejo clínico de este perfil complejo y frecuente de pacientes, este trabajo sirve como punto de partida para futuras líneas de

investigación que puedan aportar luz sobre un aspecto muy pobremente reflejado en la bibliografía médica actual a pesar del envejecimiento inexorable de la población.

Palabras clave. Trastorno adaptativo, geriatría, psicogeriatría, interconsulta psiquiatría, psicofarmacología.

Actas Esp Psiquiatr 2023;51(2): 46-55 | ISSN: 1578-2735

ELDERLY PATIENTS WITH ADAPTIVE DISORDER DIAGNOSIS IN PSYCHOGERIATRY INTERCONSULTATION: CLINICAL PROFILE AND THERAPEUTIC APPROACH

SUMMARY

Introduction. Adaptive disorder is a frequent diagnosis but poorly studied in the elderly population hospitalized. Despite it is considerate benign and non-subsidiary entity of improvement through pharmacological treatment. It can evolve in a difficult way and the pharmacological treatment is widespread. The use of drugs could be harmful the elderly population with pluripathology and polypharmacy.

Methods. A retrospective descriptive study, total of 123 patients diagnosed with adaptive disorder and attended by the Psychogeriatric Liaison in a third-level hospital between 2016 and 2017. Medical history, management at diagnosis and follow-up until one year after discharge were collected on.

Results. At the diagnosis of adaptative disorder the 75.9% of all patients received pharmacological treatment, while only 22.8% were referred to psychology. Only 50% of patients were referred to mental health upon discharge. The 13.8% of patients died before discharge from hospital. Du-

Autor de correspondencia:

Begoña Zamora Banegas. CMS Vicálvaro. Calle Calahorra, 11. CMS Vicálvaro. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid (Madrid). España. Email: drzamorabanegas@gmail.com

ring the follow-up year, the 72.6% required a new hospital admission. And of this group, the 16.6% required increasing the dose of drugs.

Conclusions. This study provides data on the clinical management of this complicated and frequent profile of patients. In addition, this work is a starting point for future lines of research that can shed light on an aspect very poorly reflected in the current medical literature despite the aging of the population.

Key words. Adjustment disorder, geriatrics, psychogeriatrics, consultation-liaison psychiatry, psychopharmacology.

INTRODUCCIÓN

El trastorno adaptativo constituía en el DSM-IV una reacción desadaptativa transitoria a estresores psicosociales identificables¹, lo que excluía su diagnóstico en ausencia de un estresor externo y cercano temporalmente al debut sintomático². En el caso de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), se incorpora el término "reacción adaptativa" desde su novena revisión en 1978³.

La inclusión del diagnóstico de trastorno adaptativo en las principales clasificaciones nosológicas contribuyó a la extensión de su empleo, pero su validez ha sido ampliamente cuestionada⁴. Ha recibido críticas por considerarlo un intento de medicalizar problemas de la vida⁵, su utilización como "diagnóstico paraguas" cuando no se satisfacen los criterios de otros trastornos y su inestabilidad diagnóstica⁶. Sin embargo, se ha mantenido en las clasificaciones debido a su indudable utilidad clínica².

Investigaciones recientes como las desarrolladas por Maercker y su grupo conllevan una reconceptualización del diagnóstico, en cuyo marco se cuestiona la benignidad de su curso clínico y de su evolución, dejando de ser un diagnóstico de exclusión para poder identificarse en base a unos síntomas positivos específicos⁷. Tanto DSM-5⁸ como CIE-11⁹ han aceptado estos postulados, incluyéndose hoy la entidad en el grupo de trastornos relacionados con el estrés.

En la edad avanzada se han encontrado prevalencias en población general del 2,3%¹⁰. Es probable que exista un mayor riesgo de trastorno adaptativo con el envejecimiento¹¹ y es en el ámbito de la psiquiatría de interconsulta y enlace donde el diagnóstico de trastorno adaptativo es más frecuente¹² alcanzando el 12% de los pacientes de cualquier edad ingresados en un hospital¹³. Su incidencia casi triplica a la incidencia de depresión mayor en pacientes ingresados por causa médica¹⁴.

Con respecto a su abordaje terapéutico existe la expectativa de remisión sintomática una vez desaparecido el estresor⁴, siendo la psicoterapia el tratamiento de elección¹². No existe sustento científico para el empleo de psicofármacos^{4,15}.

Tampoco su uso está avalado por las guías de práctica clínica¹⁵ ni existen guías acerca del tratamiento del trastorno adaptativo en pacientes con enfermedad médica¹⁶. Además, no se han encontrado diferencias en cuanto a eficacia entre psicofármacos y placebo¹⁷. Las cifras de empleo de medicación en pacientes hospitalizados son dispares, de un 23,7%¹⁸ a un 90,2% de los pacientes diagnosticados de trastorno adaptativo por la interconsulta de Psiquiatría¹⁹.

En cuanto al pronóstico, se prejuzga como favorable con expectativa de remisión completa¹⁵ aunque la evolución del trastorno adaptativo relacionado con una enfermedad grave se asocia a la evolución de esa enfermedad². En algunos casos la evolución es tórpida, encontrando a 5 años un 2% de suicidios consumados²⁰. Hasta un 21% de los pacientes desarrollarán depresión mayor o dependencia etílica a 5 años²¹. En pacientes con enfermedad médica el 2,9% de los casos son reclasificados como depresión mayor poco después del diagnóstico inicial¹⁶.

En población danesa, la mortalidad a 15 años fue del 12% para aquellas personas que tuvieron un trastorno adaptativo frente al 5,3% de mortalidad en la población general²².

Existen múltiples motivos para estudiar los trastornos adaptativos en población anciana ingresada en un hospital general, como su elevada frecuencia en el ámbito hospitalario¹², el envejecimiento poblacional, y el escaso conocimiento al respecto de las características de los trastornos adaptativos que afectan a la población geriátrica, sobre todo en pacientes ingresados.

Ante el riesgo iatrogénico, en un grupo poblacional con pluripatología y polifarmacia, es necesario estudiar las pautas de tratamiento en una entidad clínica con abordaje farmacológico cuestionado^{4,15}.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional y retrospectivo de los pacientes de 65 años o más ingresados por un motivo médico y atendidos por la unidad de Interconsulta (UICE) de un centro sanitario de tercer nivel, el hospital universitario Doce de Octubre, de Madrid, entre los meses de enero de 2016 a diciembre de 2017 y que recibieron un diagnóstico inicial de trastorno adaptativo. Para ser incluido en el estudio cada paciente debía cumplir los criterios diag-

nósticos CIE-10 para el diagnóstico de trastorno adaptativo. Como criterio de exclusión, tal y como se especifica en la clasificación CIE-10 los síntomas no debían ser de la suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. Por ello, si se podía establecer un diagnóstico de otro trastorno mental no se podía diagnosticar un trastorno adaptativo y el paciente no era incluido en el estudio.

El estudio se ha llevado a cabo de acuerdo con la Declaración de Helsinki y ha sido aprobado por el comité de ética del centro sanitario correspondiente.

El objetivo principal del estudio fue describir la prevalencia del tratamiento farmacológico en pacientes ancianos con diagnóstico de trastorno adaptativo en la interconsulta de psicogeriatría del hospital durante un ingreso por causas no psiquiátricas. Dado el escaso conocimiento de esta entidad clínica en población tanto anciana como hospitalizada, los objetivos secundarios se centraron en una labor puramente descriptiva: obtener datos clínicos tanto transversales como de seguimiento de los pacientes ancianos hospitalizados por causa no psiquiátrica y con un

diagnóstico de trastorno adaptativo. Más concretamente, las variables recogidas se centraron en los antecedentes psiquiátricos y orgánicos, en detallar la prevalencia del tratamiento farmacológico con los distintos tipos de psicofármacos y las características de la adherencia a seguimiento y tratamiento en los distintos ámbitos de Salud Mental tras el alta hospitalaria.

Fuentes de datos y variables descritas

Tras la identificación como caso en la base de datos de pacientes, se procedió a la recogida retrospectiva de datos a través de la revisión de las historias clínicas: la hospitalaria (HCIS; *Health Care Information System*), la compartida con Atención Primaria (*Horus*), y el historial de prescripciones farmacológicas por paciente (MUP; Módulo Único de Prescripción).

Las variables recogen cuatro momentos en la historia clínica de los pacientes, a saber: antecedentes, hospitalización y diagnóstico de trastorno adaptativo, seguimiento a los 6 meses del alta, y seguimiento al año del alta.

Las variables recogidas son las siguientes:

Tabla 1	Variables analizadas en el estudio
Variables sociodemográficas: edad, sexo, situación civil y convivencia.	
Antecedentes: factores de riesgo y comorbilidad cardiovascular (hipertensión arterial (HTA), dislipemia, diabetes, obesidad infarto de miocardio previo o actual, ictus previo o actual y arritmias); consumo de tóxicos (tabaquismo activo, cantidad diaria de cigarrillos, consumo activo de alcohol, consumo de cannabis, cocaína u otras drogas); antecedentes psiquiátricos (antecedentes personales psiquiátricos, antecedentes de suicidio, diagnóstico previo de deterioro cognitivo y screening cognitivo previo); antecedentes de uso de psicofármacos (empleo previo de antidepresivos ISRS, antidepresivos duales, otros antidepresivos, antiepilépticos, antipsicóticos, benzodiacepinas, dosis equivalentes de lorazepam, otros psicofármacos).	
Variables relacionadas con la atención psiquiátrica hospitalaria: derivación (causa orgánica de hospitalización, servicio derivante); valoración psiquiátrica (atribución a la hospitalización, suicidabilidad actual, letalidad del acto suicida); abordaje terapéutico inmediato (prescripción de psicofármacos, prescripción de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), duales o de otros tipos de antidepresivos, prescripción de benzodiacepinas y de sus dosis equivalentes, prescripción de antipsicóticos, prescripción de fármacos antiepilépticos, prescripción de biterapia); abordaje terapéutico al alta (prescripción de psicofármacos, prescripción de antidepresivos ISRS o duales, benzodiacepinas, antipsicóticos o antiepilépticos); exitus antes del alta.	
Variables tras el alta hospitalaria: derivación al alta (Atención Primaria, Psiquiatría, Psicología Clínica); atención ambulatoria en Salud Mental (inasistencia, alta en primera consulta, alta posterior, continuación del seguimiento); estabilidad diagnóstica; evolución clínica (reingreso, exitus en el seguimiento, deterioro cognitivo en el seguimiento); empleo de psicofármacos (empleo de psicofármacos, empleo de antidepresivos, antipsicóticos, benzodiacepinas o antiepilépticos, modificación de pauta farmacológica si reingreso).	

Metodología estadística

Se realizó un análisis descriptivo, incluyendo las características sociodemográficas y clínicas de la muestra (tabla 2).

Se realizó un muestreo dirigido oportunista a través de la base de datos de pacientes de la Interconsulta General de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre. A partir de dicha base de datos, se añadieron en primer lugar al estudio un total de 450 pacientes, que fueron los correspondientes a todos aquellos por los que se interconsultó a la Sección de Psicogeriatría, por ser mayores de 65 años. Tras la selección inicial, se descartaron todos aquellos pacientes que no presentaban diagnóstico de Trastorno Adaptativo o que cumplían alguno de los criterios de exclusión designados para el estudio, resultando una muestra final de 123 pacientes.

La descripción de variables cuantitativas se realizó a través de la mediana y la desviación típica. Las variables no cuantitativas se describieron mediante la indicación del número total y de las proporciones. Se realizó un análisis bivariado para el estudio de la asociación entre las variables más destacadas mediante tablas de contingencia, incluyendo las cifras totales y las proporciones, así como los estadísticos de Chi-Cuadrado (X^2) y coeficientes de contingencia (CC) para valorar si existía asociación entre determinadas variables y, en su caso, valorar también la intensidad de la misma. Para el análisis de los datos se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 23 (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

RESULTADOS

Se identificaron 123 pacientes ancianos con diagnóstico de trastorno adaptativo. El 64,2% de los pacientes identificaban la hospitalización como el agente estresante fundamental. Un 5,7% de los ancianos presentó deterioro cognitivo evidente en la valoración psiquiátrica informal.

En el ingreso hospitalario el 11,4% referían tener ideación activa de muerte, el 3,3% habían realizado un gesto autolítico y el 1,6% presentaban un suicidio frustrado.

La proporción de pacientes que tomaban psicofármacos antes del ingreso fue del 43,9%. En la Tabla 2 se muestran las proporciones por grupos de fármacos. De entre los pacientes en los que figura la hospitalización como causa del trastorno adaptativo, un 75,9% recibieron nuevas prescripciones farmacológicas tras la valoración psiquiátrica ($X^2 = 2,896$; $p=,089$).

Tomar o no previamente benzodiazepinas no varió la prescripción de ISRS, en ambos casos con tasas de prescripción mayores del 40% ($X^2 = 1,480$; $p=,477$). Tampoco tomar

Tabla 2	Características sociosanitarias y antecedentes de uso de sanitarios.
Parámetro	
Número de pacientes	123
Edad	76,41 (6,46 DT)
Mujeres	52,8%
Estado civil	57,7% casados; 28,5% viudos; 4,9% separados o divorciados
Convivencia	49,6% en pareja; 22,8% solos; 20,3% con familiares; 2,4% en instituciones
HTA	74%
Dislipemia	55,3%
Diabetes	35,8%
Obesidad	30,1%
IAM previo o actual	12,2%
ACV previo o actual	8,1%
Arritmias	39,8%
Hábito tabáquico	13,8% (27,6% no recogido)
Consumo de alcohol	6,5% (30,9% no recogido)
Antecedentes psiquiátricos	37,4% (6,5% no recogido)
Ideación suicida aislada previa	8,1%
Gesto autolesivo previo	7,3%
Uso previo de psicofármacos:	43,9%
BDZs	27,6% (dosis media 1,38 mg de lorazepam)
ISRS	19,5%
Antidepressivos duales	8,1%
Mirtazapina / trazodona	14,6%
Gabapentina / pregabalina	5,7%
Antipsicóticos	8,9%

o no ISRS varió la prescripción de benzodiazepinas, si bien en ambos casos las tasas de prescripción fueron inferiores al 30% ($X^2 = 1,185$; $p=,553$). Las nuevas prescripciones de benzodiazepinas ocurrieron en el 27,6% de los ancianos. Un 17% de los pacientes recibieron mirtazapina y un 15,4% trazodona. Con respecto al consumo de antipsicóticos el 17,1% de los pacientes recibieron nuevas prescripciones de los mismos, bien por un inicio del mismo, bien por una titulación de la dosis. Esas nuevas prescripciones de antipsicóticos ocurrieron en pacientes con antecedentes de dislipemia (17,6%), diabetes (27,3%), obesidad (27%), infarto de mio-

cardio (33,3%), arritmias (32,7%) o accidentes cerebrovasculares (20%). El 6,6% de los ancianos estaban recibiendo previo a la evaluación dosis de benzodiazepinas equivalentes a 3 mg o más de lorazepam, alcanzando el 8,6% contando con las nuevas prescripciones. El 43,9% de los pacientes recibieron psicofármacos en combinación. El 22,8% de los ancianos fueron derivados a psicoterapia durante el ingreso hospitalario.

Con respecto a la evolución de los pacientes, el 13,8% de los pacientes fueron *exitus* antes del alta de hospitalización.

Al alta de la interconsulta el 85,4% mantuvieron el diagnóstico de trastorno adaptativo. De los supervivientes, el 50% de los ancianos fueron derivados a Salud Mental: el 35,8% a Psiquiatría y el 14,1% a Psicología; es decir, de la muestra inicial el 31,1% fue derivado a Psiquiatría y el 13,2% a Psicología clínica ($X^2 = 9,567$; $p = ,048$; con $CC = ,279$; $p = ,048$). En el 86,8% de los pacientes derivados al alta a Psiquiatría se mantuvo el diagnóstico, frente al 93,3% de mantenimiento del diagnóstico inicial en los derivados al alta a Psicología ($X^2 = 59,963$; $p = ,000$).

En el grupo de pacientes derivados al alta a Psiquiatría el 50% tenía antecedentes de tratamiento farmacológico antes del diagnóstico hospitalario de trastorno adaptativo ($X^2 = 5,402$; $p = ,714$), mientras en los pacientes que recibieron esa derivación al alta el 92,1% recibió una nueva prescripción farmacológica al diagnóstico hospitalario de trastorno adaptativo, bien una prescripción de novo o un incremento de dosis previas. Del total de diagnósticos de trastorno adaptativo que recibieron prescripciones farmacológicas el 35,4% fueron derivados a Psiquiatría y un 27,3% a Atención Primaria, si bien hubo un 23,2% de pérdidas en el seguimiento. El 7,1% de los pacientes que recibieron nuevas prescripciones fueron altas directas sin derivación y otro 7,1% fueron derivados a Psicología ($X^2 = 20,088$; $p = ,000$).

De aquellos pacientes de los que se dispone de datos el 41% no acudieron al Centro de Salud Mental (CSM), mientras que un 12,2% de los ancianos fueron dados de alta en la primera consulta y otro 12,2% durante el seguimiento en Salud Mental, manteniendo el seguimiento al año el 34,1% de los ancianos derivados en primera instancia de los que disponemos de información, es decir, el 58,29% de los pacientes que llegaron a asistir a Salud Mental.

Con respecto a los pacientes con suicidabilidad, de los 4 ancianos que habían realizado gestos autolesivos 1 llegó a acudir a Salud Mental, pero de los otros 3 se pierden los datos. Con respecto a aquellos 4 pacientes que presentaron con ideación autolítica y que fueron derivados a Salud Mental, uno fue dado de alta en primera consulta, otro durante

el seguimiento, otro no llega a acudir y del otro se pierden los datos. Los 2 suicidios frustrados fueron derivados a Salud Mental: uno acudió a la primera cita y el otro no llegó a acudir. Al año había fallecido el 64,3% de los que presentaron ideación autolítica al diagnóstico, el 25% de aquellos que realizaron gestos autolesivos y el 50% de los que tuvieron un suicidio frustrado ($X^2 = 6,409$; $p = ,894$).

Durante el año de seguimiento la proporción de *exitus* fue del 43,9%, (2,4% de pérdidas de seguimiento). No hubo diferencias significativas en los fallecimientos en función de la situación habitacional (institucionalizados, vida en solitario, vida en pareja).

De los 106 ancianos que recibieron el alta hospitalaria el 72,6% precisaron durante el año de seguimiento un nuevo reingreso hospitalario ($X^2 = 58,742$; $p = ,000$, con $CC = ,569$; $p = ,000$). De entre los pacientes con datos disponibles del reingreso en el 16,6% de los mismos se incrementa la toma de psicofármacos, en el 51,5% se mantiene y en el 31,8% se produce una desescalada del uso de psicofármacos ($X^2 = 106,936$; $p = ,000$).

Hasta el 20,3% de los pacientes del total recibieron al final del periodo de seguimiento un diagnóstico diferente al de trastorno adaptativo.

Con respecto al tratamiento farmacológico, de aquellos pacientes que recibieron nuevas prescripciones de psicofármacos, el 23,2% mantuvieron el tratamiento en los 6 meses posteriores y el 47,5% no lo mantuvieron (29,3% de pérdidas de seguimiento ($X^2 = 18,021$; $p = ,000$)). En cambio, al año de seguimiento y con un 48,5% de pérdidas de seguimiento, se incrementó hasta el 27,3% los pacientes que mantuvieron las nuevas prescripciones ($X^2 = 9,887$; $p = ,020$).

DISCUSIÓN

Para nuestro conocimiento, este es el primer trabajo que aborda la práctica de intervención y la evolución de los casos de los ancianos ingresados por causa orgánica y diagnosticados de trastorno adaptativo.

De entrada, es llamativo que el 37,4% de los ancianos presenten antecedentes psiquiátricos, si bien un estudio epidemiológico encontró un 40,1% de antecedentes mentales en los ancianos de la ciudad de Madrid²³. Hace pensar que no hay más peticiones de interconsulta a Psiquiatría por tener antecedentes psiquiátricos, pero al ser una muestra de casos no es posible determinar si la presencia de antecedentes psiquiátricos es un factor de riesgo o de protección tanto para el desarrollo de un trastorno adaptativo en el ámbito hospitalario como para la decisión de consultar a Psiquiatría.

La elevada prevalencia de antecedentes psiquiátricos concuerda con el 43,9% de ancianos de nuestra muestra tomando psicofármacos. El 8,9% de los ancianos tomaban previamente antipsicóticos, cifra llamativa, si bien se ha reportado una prevalencia de trastornos psicóticos en ancianos del 1,15%²⁴ y es habitual la prescripción para el abordaje de síntomas depresivos, ansiosos o insomnio²⁵.

A pesar del elevado porcentaje de pacientes que recibían previamente benzodiazepinas (27,6%), la dosis media es reducida, de 1,38 mg/día de miligramos equivalentes de lorazepam, congruente con un patrón extendido de uso y no de abuso.

Dadas las características de nuestro trabajo, no podemos conocer la prevalencia real de trastornos adaptativos en los pacientes ingresados por causas médico-quirúrgicas en nuestro hospital, si bien es esperable que la prevalencia real supere ampliamente el 2,3% identificado en población general anciana¹⁰.

Solo el 64,2% identificó la situación de hospitalización como el precipitante del trastorno adaptativo, sin encontrar diferencias significativas entre la presencia o ausencia de antecedentes psiquiátricos. Esto sugiere que, frente a un agente desestabilizador relacionado con la salud física, la presencia de antecedentes psiquiátricos no confiere mayor riesgo de trastorno adaptativo.

El 75,9% de los ancianos recibieron nuevas prescripciones farmacológicas, a pesar de la ausencia de sustento científico^{4,15}. Nuestros datos coinciden con las tasas de prescripción en personas hospitalizadas y con trastorno adaptativo¹⁸; alcanzándose cifras de medicalización del 90,2% en un sistema sanitario análogo al nuestro¹⁹. Sea como fuere, en un 17,1% de los pacientes se añadieron o incrementaron las dosis de antipsicóticos, y en un 27,6% se suplementaron benzodiazepinas.

Es llamativo el incremento del consumo de antipsicóticos para abordar un trastorno no psicótico, en el que no se recomienda tratamiento farmacológico y donde no hay diferencias con respecto a placebo¹⁷. Máxime cuando se ha descartado la presencia comórbida de delirium, que podría justificar el empleo puntual de antipsicóticos durante la hospitalización, y más aún en población anciana, donde ya puede estar ocurriendo de forma silente una cascada fisiopatológica neurodegenerativa²⁶ aunque no exista aún clínica o al menos no se haya diagnosticado aún una demencia, siendo conocido el incremento del riesgo de muerte vinculado al uso de antipsicóticos en demencia²⁷. Nuestros datos parecen sustentar la hipótesis de que en la práctica clínica se opta por abordajes farmacológicos sintomáticos, en contra de la evidencia¹⁷.

El 13,8% fueron exitus antes del alta. No hemos podido recuperar la causa de muerte atribuida. Esa mortalidad intrahospitalaria, con una edad media de 76,41 años, es superior a la hallada en nuestro país en una unidad de agudos de Geriatría, con un 10,1% de fallecimientos con una edad media de 86,7 años²⁸, si bien en nuestro trabajo los ancianos presentaban todo tipo de procesos médico-quirúrgicos y no eran tratados por médicos geriatras. En un metaanálisis reciente se ha encontrado un incremento significativo de mortalidad a corto plazo por el uso de antipsicóticos atípicos en ancianos (OR=1,38) y en pacientes con demencia (OR=1,5)²⁹, aunque nuestros resultados no permiten un análisis de la relación entre la titulación o inicio de psicofármacos y los fallecimientos.

Aunque la psicoterapia supone el tratamiento de elección¹², solo el 22,8% fueron derivados a Psicología durante el ingreso y el 14,1% tras el alta hospitalaria. Una actualización reciente del estado de la cuestión recuerda que aún existe poca evidencia al respecto del uso de la psicoterapia, pero considera que la nueva conceptualización diagnóstica puede estimular la investigación de psicoterapias específicas³⁰. Es posible que la carestía de profesionales específicos condicione tanto la sobremedicalización como el escaso porcentaje de derivaciones a Psicología Clínica. Los autores de un trabajo realizado en Barcelona también sostienen que se tiende a sobremedicar ante la escasez de recursos de atención psicológica¹⁹.

Un aspecto que condiciona nuestros resultados y la práctica clínica es la falta de estabilidad diagnóstica. Al alta solo el 85,4% de los pacientes mantuvieron el diagnóstico de trastorno adaptativo, mientras que al año de seguimiento el 30,7% recibieron un diagnóstico diferente. A pesar de la reconocida y elevada inestabilidad diagnóstica⁶, nuestras cifras exceden las halladas a corto plazo, con un 2,9% de reclasificaciones como depresión mayor en pacientes con comorbilidad somática¹⁶ o a largo plazo, con un 21% de pacientes que desarrollarán a 5 años depresión mayor o dependencia enólica²¹. Es posible que en pacientes ancianos y en un contexto hospitalario pueda existir una tendencia diagnóstica a considerar erróneamente dicho agente estresante justificación para un diagnóstico de trastorno adaptativo. Sin embargo, sabemos que en la depresión unipolar geriátrica, los acontecimientos vitales son causa importante de precipitación de los primeros episodios³¹.

Al alta el 92,1% de los pacientes que fueron derivados a Psiquiatría habían recibido nueva medicación o aumento de dosis de pautas previas. En un trabajo del Hospital Clinic de Barcelona, en pacientes mayores de edad con diagnóstico de trastorno adaptativo, el 84,4% fueron derivados al médico, más a Atención Primaria que a Salud Mental (49,7% vs. 34,7%)¹⁹.

De las derivaciones al CSM no llegaron a acudir el 41% de los ancianos, pero no disponemos de datos de si hay una relación con la mayor benignidad o malignidad somática, con la resolución espontánea o con una gravedad psicopatológica. Parece clara la necesidad de optimizar la continuidad asistencial entre el régimen hospitalario y el ambulatorio. Un acercamiento optimista puede argüir que en pacientes con cáncer avanzado los trastornos adaptativos se recuperaron hasta en un 53,8% de los casos a los 6 meses³², mientras que en población adulta de régimen ambulatorio y sin enfermedad somática significativa el 75,3% de la población adulta se recuperaba en 6 meses de un trastorno adaptativo²¹.

A pesar de esta supuesta benignidad, nuestros hallazgos en población anciana hospitalizada cuestionan el pronóstico favorable, en consonancia con el grupo de Maercker³³. Así, de los pacientes ancianos que llegaron a acudir a Salud Mental el 58,3% mantuvieron seguimiento en Salud Mental y el 48,2% de los pacientes mantuvieron tratamiento farmacológico al año. En aquellos pacientes que recibieron nuevas prescripciones de psicofármacos y que no son pérdidas durante el seguimiento, un tercio mantuvieron las nuevas prescripciones y en dos tercios sí se pudieron eliminar las nuevas prescripciones realizadas durante la hospitalización en un periodo aproximado de 6 meses.

Un dato sorprendente fue que, desde la evaluación intermedia a la evaluación al año, se incrementó el porcentaje de pacientes que tenían más medicación que la basal. Nos inclinamos por considerar que ese incremento ocurriría en una secuencia determinada: 1) mejoría sintomática; 2) retirada de medicación ante mejoría; 3) empeoramiento clínico no reactivo; 4) sustitución del diagnóstico de trastorno adaptativo; 5) reintroducción del tratamiento farmacológico. Se requieren estudios longitudinales con diseños más específicos para evaluar esta hipótesis.

El 72,6% de los ancianos egresados requirieron reingreso hospitalario en el año siguiente, encontrándose que en 1/6 se incrementa la toma de psicofármacos y en 2/6 se produce una desescalada de los psicofármacos. Aun pudiendo asumir a tenor de nuestros datos hasta un 1/3 de cambios diagnósticos, identificándose trastornos mentales probablemente endógenos y en los cuales el empleo de psicofármacos puede ser perentorio, en más de 2/3 de los casos el diagnóstico se mantendría, lo que no exime de intentar una racionalización del empleo de psicofármacos.

Con respecto a la mortalidad, en población general en Dinamarca la mortalidad a 15 años de los pacientes con trastorno adaptativo fue más de 2 veces la hallada en el grupo control pero en población anciana no hay trabajos al respecto²². Hay que matizar que pueden existir factores de

confusión, habida cuenta de que es más probable presentar un trastorno adaptativo ante la emergencia de un proceso médico potencialmente grave, por ejemplo antes ictus³⁴.

En nuestra muestra no parece haber un desbalance claro con respecto a la mayor mortalidad en ausencia de un diagnóstico de trastorno adaptativo. En nuestra muestra fallecen al año el 43,9% de los pacientes. En otros trabajos longitudinales en población geriátrica con ingreso hospitalario se encontraron tasas de fallecimiento a los 6 meses del 26,1% y del 42,2% al año cifra análoga, aunque en estos trabajos la edad media fue de 86,6 años y 86,7 años respectivamente^{28,35}. Es posible que en población anciana la presencia de un trastorno adaptativo tenga poco peso relativo con respecto a la mayor mortalidad tras un ingreso hospitalario. Parecen necesarios estudios prospectivos para evaluar la existencia de un mayor riesgo de morbimortalidad por causa orgánica en los ancianos con trastorno adaptativo, tanto por riesgos inherentes al propio trastorno como a los psicofármacos empleados en su abordaje.

No disponemos de datos en el seguimiento acerca de la suicidabilidad de los pacientes ancianos, a pesar de que durante el ingreso hospitalario se había constatado un 11,4% de ideaciones activas de muerte, un 3,3% habían realizado gestos autolíticos y un 1,6% eran considerados suicidios frustrados. Es conocido que muchos pacientes con diagnóstico de trastorno adaptativo tienen ideación autolítica o conductas suicidas y la edad avanzada es un factor de riesgo de suicidio³⁶. El subgrupo de pacientes con suicidabilidad es muy pequeño y no permite realizar extrapolaciones tanto a nivel de dificultades para la continuidad asistencial como del riesgo a corto y medio plazo de suicidio consumado.

Para nuestro conocimiento este es el primer trabajo que estudia a pacientes ancianos con ingreso por causa orgánica y diagnóstico hospitalario de trastorno adaptativo. Otra fortaleza es que nuestra muestra puede ser representativa de la población anciana que requiere ingreso al reclutarse en un hospital de tercer nivel. Además, el trabajo tiene un tamaño muestral moderado.

Este estudio retrospectivo presenta limitaciones relevantes. En primer lugar, no se ha podido recuperar de la historia clínica el consumo de tóxicos ilegales, aunque en términos absolutos parece poco relevante. Tampoco se han obtenido datos de una valoración cognitiva estandarizada, que en ancianos podría orientar hacia la limitación del empleo de benzodiazepinas o antipsicóticos, por su mayor mortalidad en demencia²⁷. De cara al diagnóstico, y tal y como se señala en un estudio previo¹⁹, la ausencia de una entrevista clínica estructurada puede conllevar errores diagnósticos. Por otro lado, existen más pérdidas de información de las esperables ante un diseño prospectivo.

Consideramos importante que futuros trabajos evalúen por separado al grupo de pacientes con antecedentes y al grupo de pacientes con clínica psiquiátrica de novo, dado que su no división en nuestro estudio creemos que limita la utilidad de la información obtenida referente a la práctica real y a la evolución de los pacientes.

En conclusión, los ancianos que durante el ingreso en un hospital por causa somática son derivados a Psiquiatría y diagnosticados como trastornos adaptativos no se diferencian en cuanto a antecedentes psiquiátricos y de consumo de psicofármacos de la población general anciana. El diagnóstico intrahospitalario de trastorno adaptativo incrementa la prescripción de psicofármacos, a pesar de no existir evidencia que justifique su uso. Solo 1/5 de los pacientes son derivados a Psicología en el propio hospital y solo 1/7 a nivel ambulatorio, a pesar de que la psicoterapia es el tratamiento de elección. A pesar de que el diagnóstico de trastorno adaptativo es considerado benigno, encontramos que un 1/3 de los pacientes reciben un diagnóstico diferente en la evolución y la mitad de los pacientes en los que hubo nuevas prescripciones de los que constan datos al año del ingreso siguen recibiendo psicofármacos, con una alta tasa de mantenimiento del seguimiento en Salud Mental. Se requieren futuras investigaciones para poder delimitar mejor la evolución y las necesidades de Salud Mental de los ancianos diagnosticados de trastorno adaptativo durante un ingreso hospitalario.

Consideraciones éticas

Este trabajo se ha llevado a cabo de conformidad con la Declaración de Helsinki y de acuerdo con las principales leyes y reglamentos de protección de datos, garantizando la privacidad de los datos de los sujetos incluidos. El estudio cuenta con el informe favorable del comité de ética de investigación del centro sanitario correspondiente.

Financiación

Este trabajo no contó con ningún tipo de financiación.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses relacionado con este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.
- Casey P, Bailey S. Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry*. 2011 Feb;10(1):11-8. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00003.x>
- World Health Organization. International Classification of Diseases, Ninth Revision. Geneva: World Health Organization. 1978.
- Carta MG, Balestrieri M, Murru A, Hardoy MC. Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clin PractEpidemiolMent Health*. 2009 Jun 26;5:15. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-5-15>
- Fabrega H Jr, Mezzich J. Adjustment disorder and psychiatric practice: cultural and historical aspects. *Psychiatry*. 1987 Feb;50(1):31-49
- Greenberg WM, Rosenfeld DN, Ortega EA. Adjustment disorder as an admission diagnosis. *Am J Psychiatry*. 1995 Mar;152(3):459-61. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.3.459>
- Maercker A, Einsle F, Kollner V. Adjustment disorders as stress response syndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*. 2007;40(3):135-46. <https://doi.org/10.1159/000099290>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 2013.
- World Health Organization. ICD-11 International Classification of Diseases-Mortality and morbidity statistics. 11th revision. Geneva: World Health Organization; 2018.
- Maercker A, Forstmeier S, Enzler A, Krüsi G, Hörlner E, Maier C et al. Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Compr Psychiatry*. 2008 Mar-Apr;49(2):113-20. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.07.002>
- Glaesmer H, Romppel M, Brähler E, Hinz A, Maercker A. Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Res*. 2015 Oct 30;229(3):940-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.010>
- Casey P. Adjustment disorder: new developments. *Curr Psychiatry Rep*. 2014 Jun;16(6):451. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0451-2>

13. Strain JJ, Smith GC, Hammer JS, McKenzie DP, Blumenfeld M, Muskin P et al. Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998 May;20(3):139-49. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(98\)00020-6](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(98)00020-6)
14. Silverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Nerv Ment Dis*. 1996 Jan;184(1):43-51. <https://doi.org/10.1097/00005053-199601000-00008>
15. Greiner T, Haack B, Toto S, Bleich S, Grohmann R, Faltraco F et al. Pharmacotherapy of psychiatric inpatients with adjustment disorder: current status and changes between 2000 and 2016. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020 Feb;270(1):107-117. doi: 10.1007/s00406-019-01058-1.
16. Shimizu K, Akizuki N, Nakaya N, Fujimori M, Fujisawa D, Ogawa A, et al. Treatment response to psychiatric intervention and predictors of response among cancer patients with adjustment disorders. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Apr;41(4):684-91. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.07.011>
17. De Leo D. Treatment of adjustment disorders: a comparative evaluation. *Psychol Rep*. 1989 Feb;64(1):51-4. <https://doi.org/10.2466/pr0.1989.64.1.51>
18. Kocalevent RD, Mierke A, Danzer G, Klapp BF. Adjustment disorders as a stress-related disorder: a longitudinal study of the associations among stress, resources, and mental health. *PLoS One*. 2014 May 13;9(5):e97303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097303>
19. Sánchez-González R, Rodríguez-Urrutia A, Monteagudo-Gimeno E, Vieta E, Pérez-Solá V, Herranz-Villanueva S et al. Clinical features of a sample of inpatients with adjustment disorder referred to a consultation-liaison psychiatry service over 10 years. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018 Nov-Dec;55:98-99. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2018.08.003.
20. Bronish T. Adjustment reactions: a long-term prospective and retrospective follow-up of former patients in a crisis intervention ward. *Acta Psychiatr Scand*. 1991 Jul;84(1):86-93. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb01426.x>
21. Andreasen NC, Hoenk PR. The predictive value of adjustment disorders: a follow-up study. *Am J Psychiatry*. 1982 May;139(5):584-90. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.5.584>
22. Gradus JL, Antonsen S, Svensson E, Lash TL, Resick PA, Hansen JG. Trauma, comorbidity, and mortality following diagnoses of severe stress and adjustment disorders: a nationwide cohort study. *Am J Epidemiol*. 2015 Sep 1;182(5):451-8. <https://doi.org/10.1093/aje/kwv066>
23. Ausín B, Muñoz M, Santos-Olmo AB, Pérez-Santos E, Castellanos MA. Prevalence of Mental Disorders in the Elderly in the Community of Madrid: Results of the Mentdis_ICF65+ Study. *Span J Psychol*. 2017 Feb 6;20:E6. doi: 10.1017/sjp.2017.3.
24. Colijn MA, Nitta BH, Grossberg GT. Psychosis in Later Life: A Review and Update. *Harv Rev Psychiatry*. 2015 Sep-Oct;23(5):354-67. doi: 10.1097/HRP.000000000000068.
25. McKean A, Monasterio E. Indications of atypical antipsychotics in the elderly. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2015 Jan;8(1):5-7. <https://doi.org/10.1586/17512433.2015.974557>
26. López-Álvarez J, Agüera-Ortiz LF. Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría* 2015; 5(1): 3-14.
27. US Food and Drug Administration. Public Health Advisory: Deaths with antipsychotics in elderly patients with behavioral disturbances. Silver Spring, MD: US Food and Drug Administration; 2005. Disponible en: <http://psychrights.org/drugs/FDAatypicalswarning4elderly.pdf> [consultada el 13 de junio de 2021].
28. Baztán Cortés JJ, Perdomo Ramírez B, Socorro García A, Álvarez de Abajo F, Ruipérez Cantera I. Valor pronóstico del diagnóstico principal en ancianos ingresados en una unidad geriátrica de agudos al alta y al año. *RevEsp-GeriatriGerontol*. 2016 Jan-Feb;51(1):11-7. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.06.001>
29. Schneider-Thoma J, Efthimiou O, Huhn M, Krause M, Reichelt L, Röder H et al. Second-generation antipsychotic drugs and short-term mortality: a systematic review and meta-analysis of placebo-controlled randomised controlled trials. *Lancet Psychiatry*. 2018 Aug;5(8):653-663. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30177-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30177-9)
30. Domhardt M, Baumeister H. Psychotherapy of adjustment disorders: Current state and future directions. *World J Biol Psychiatry*. 2018;19(sup1):S21-S35. doi: 10.1080/15622975.2018.1467041. PMID: 30204563.

31. Hays JC, Steffens DC, Flint EP, Bosworth HB, George LK. Does social support buffer functional decline in elderly patients with unipolar depression? *Am J Psychiatry*. 2001 Nov;158(11):1850-5. doi: 10.1176/appi.ajp.158.11.1850.
32. Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable non small cell lung carcinoma: a longitudinal study. *Cancer*. 2001 Nov 15;92(10):2609-22. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(20011115\)92:10<2609::AID-CNCR1614>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/1097-0142(20011115)92:10<2609::AID-CNCR1614>3.0.CO;2-K)
33. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, van Ommeren M, Jones LM et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2013 Oct;12(3):198-206. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
34. Mitchell AJ, Sheth B, Gill J, Yadegarfar M, Stubbs B, Yadegarfar M, et al. Prevalence and predictors of post-stroke mood disorders: A meta-analysis and meta-regression of depression, anxiety and adjustment disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2017 Jul;47:48-60. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2017.04.001. Epub 2017 Apr 3. PMID: 28807138.
35. López Pardo P, Socorro García A, Baztán Cortés JJ. Influencia de la duración de la estancia hospitalaria sobre la mortalidad tras el alta en pacientes mayores con patología médica aguda. *Gac Sanit*. 2016 Sep-Oct;30(5):375-8. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.008>
36. Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Nakano T, Okuyama T, Mikami I et al. Suicidal thoughts in cancer patients: clinical experience in psycho-oncology. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1999 Oct;53(5):569-73. <http://https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.1999.00607.x>