



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Comorbilidad médico-psiquiátrica en una consulta
de psicogeriatría

Comorbidity somatic - psychiatric in psychogeriatric
consultation

Autor/es

Eva Guillorme Baldero

Director/es

Patricia Gracia García
Ricardo Campos Ródenas

Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza
2017

RESUMEN

Fundamento y objetivo. La prevalencia de comorbilidad en pacientes psicogerítricos es muy elevada. El objetivo de este estudio es evaluar algunos aspectos de comorbilidad en estos pacientes psicogerítricos. Así mismo, se indaga acerca de si existen diferencias según la edad y el género de los pacientes. **Pacientes y métodos.** Se evalúan prospectivamente 204 pacientes mayores de 60 años que acuden a Consultas Externas de Psiquiatría de adultos, del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y que cumplen los criterios de inclusión en el “programa de psicogeriatría”. Se recogen las variables a partir de la Historia Clínica del paciente. Se emplean los Índices de comorbilidad como el IAE (Índice Acumulativo de Enfermedad) e Índice de Gravedad. **Resultados.** La media de edad encontrada en estos pacientes es de 78,02 años, siendo 59 años el valor mínimo y 97 años el valor máximo con una desviación típica de 8,167. De los 204 pacientes, 76 (37,3%) son hombres y 128 (62,7%) son mujeres. La media del IAE del total de la muestra (n=168) es de 9,46. A su vez, la media del Índice de Gravedad del total de la muestra (n= 168) es de 1,67. Se ha demostrado que la patología más frecuente es la circulatoria, seguida de la neurológica, endocrino-metabólica y reumatológica. Existe una relación estadísticamente significativa (sig. <0,05) entre pertenecer al grupo diagnóstico TMO y presentar patología Neurológica. Existe relación estadísticamente significativa (sig. < 0,05) entre pertenecer al grupo diagnóstico Trastornos de Ansiedad y presentar patología neurológica. Sin embargo, no existe relación estadísticamente significativa (sig.>0,05) entre pertenecer al resto de los grupos diagnósticos y presentar afectación de alguno de los sistemas. **Conclusiones.** Actualmente, la comorbilidad entre trastornos somáticos y psíquicos se encuentra todavía infradiagnosticada e infratratada pese a su alta prevalencia. Es fundamental hacer frente a este problema mediante el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de la comorbilidad, de manera que se consiga mejorar la calidad de vida de los pacientes y, a su vez, reducir la morbilidad y el exceso de mortalidad. Se espera que este estudio pueda resultar de utilidad para la realización de estudios posteriores.

ABSTRACT

Background and objective: Comorbidity prevalence in Gerontopsychiatric patients is very high. The aim of this study was to evaluate some of the aspects of comorbidity among these psychogeriatric patients. Potential differences due to the patients' age and gender were also analyzed. **Patients and methods:** 204 patients over the age of 60 were prospectively evaluated. Patients attended External Adult Psychiatric Consultations

at Hospital Clínico Lozano Blesa and fit all the inclusion requirements of the "gerontopsychiatry program." Variables were gathered from patient medical history. Comorbidity rates like the Cumulative Illness Index (Índice Acumulativo de Enfermedad, [IAE]) and Severity Index (Índice de Gravedad). **Results:** Of the 204 patients, 76 (37.3%) were male and 128 (62.7%) were female. Mean patient age was 78.02 years (standard deviation = 8.167), with a minimum and maximum age of 59 and 97 years. The IAE median and severity index median of the sample (n=168) were 9.46 and 1.67, respectively. Circulatory disease was found to be the most common disease, followed by neurological, endocrine-metabolic, and rheumatological. There was a statistically significant relationship (sig. <0.05) between belonging to the diagnostic group TMO, and showing neurological disease. There was a statistically significant relationship (sig. <0.05) between belonging to the diagnostic group (anxiety disorders), and showing neurological disease. However, there was no statistically significant relationship (sig.>0.05) between belonging to the other diagnostic groups and pathologies within of any one of these systems. **Conclusions:** Currently, comorbidity between somatic and psychic disorders is still underdiagnosed and undertreated despite its high prevalence. It is necessary to address this problem through the recognition, diagnosis, and treatment of comorbidities so that patients' quality of life is improved and morbidity and mortality are reduced. It is hoped that this study will be useful for future research in this domain.

PALABRAS CLAVE

- Comorbidad
- Pacientes psicogeríátricos
- Pacientes solicitantes de doble atención
- Salud mental deteriorada
- Síntomas afectivos
- Trastornos emocionales
- Servicios comunitarios de salud mental

KEY WORDS

- Comorbidity
- Gerontopsychiatric patients
- Double care demanding patients
- Aged mental health
- Affective symptoms
- Emotional disturbances
- Community mental health services

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
METODOLOGÍA.....	8
RESULTADOS	11
DISCUSIÓN.....	25
CONCLUSIONES.....	28
BIBLIOGRAFÍA	29
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

- Antecedentes y justificación

De acuerdo con la **Organización Mundial de la Salud** (“OMS”), debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El **envejecimiento** de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la **salud** y la **capacidad funcional** de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (1). España sigue su proceso de **envejecimiento**. Según los datos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2016 había 8.657.705 personas mayores (60 y más años), un 18,4% sobre el total de la población (46.557.008) (2). Tomando como referencia la población de Aragón, el **índice de envejecimiento** de Aragón es de 138,88. El porcentaje de personas mayores de 60 años se corresponde a un 21% (3).

En general, se considera **paciente geriátrico** a todo aquel **mayor de 60 años**, que tiene con frecuencia **pluripatología** que requiere **control simultáneo** de varias enfermedades, tendencia a la **incapacidad, cronicidad** o **deterioro funcional**.

Se estima que cerca de un 25% de las personas mayores de 60 años son diagnosticadas de algún trastorno psiquiátrico, que son causa frecuente de dependencia/discapacidad para las actividades de la vida diaria (4). En un estudio publicado en Febrero de 2017 realizado en personas entre 65 y 84 años se determina que uno de cada dos individuos de la muestra ha presentado un trastorno mental a lo largo de su vida. Los más prevalentes han sido los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos afectivos. Comparado con estudios previos, se encuentra un **aumento sustancial** de la **prevalencia** en la mayoría de los **trastornos mentales**. Estas conclusiones resaltan la necesidad de mejorar los métodos diagnósticos adaptados a la capacidad cognoscitiva de la gente anciana. Es necesario crear más **conciencia** sobre los problemas psicosociales en la gente anciana y prestar servicios de salud mental de alta calidad a estos individuos (5). Con frecuencia se utiliza el término de “**paciente psicogerriátrico**” en referencia a pacientes mayores de **60 años** que presentan **patología psiquiátrica**.

Se ha evidenciado mediante datos epidemiológicos que la **comorbilidad** entre trastornos **somáticos** y **psíquicos** presenta una alta prevalencia. Pese a ello, quedan muchos interrogantes por responder todavía como, por ejemplo, si la comorbilidad es un fenómeno válido, si los resultados epidemiológicos tienen validez, cuál es el mecanismo subyacente que relaciona los procesos somáticos y psicológicos, y qué factores forman parte de su **manifestación bidireccional**, cómo tratar los trastornos implicados, y cuál es la mejor forma de abordaje para estos pacientes. Debido a nuevos descubrimientos de los mecanismos biológicos de los procesos psiquiátricos, que ayudan a comprender el fenómeno de la comorbilidad y permiten el desarrollo de nuevas terapias, se ha hipotetizado que ambos trastornos pueden tener sustratos biológicos idénticos. La formación de estos sustratos está influenciada por factores de riesgo, genéticos y ambientales. Es fundamental conseguir llegar a reconocer, diagnosticar y tratar la comorbilidad, para evitar un **exceso de mortalidad** y de **carga de morbilidad**, ya que esto influye en la **calidad de vida** del paciente (6).

En la bibliografía internacional existen múltiples estudios acerca de este tema, que han ayudado a sentar las bases para el presente trabajo, revisados a partir de una búsqueda sistemática en bases de datos como Pubmed, Medline o Cochrane Plus. Al mismo tiempo, se ha consultado con especialistas de la materia para comprender mejor el manejo de este tipo de patologías.

Criterios de búsqueda:

- Diez últimos años (2007 – 2017)
- Especie: humana
- Tipo de estudio: Revisiones sistemáticas, ensayos clínicos
- Resumen disponible

Nº de artículos encontrados: 2031

Nº de artículos revisados: 93

Tipos de artículos: Revisiones sistemáticas, ensayos clínicos.

Bases de datos: Pubmed, Medline, Cochrane Plus.

PRINCIPALES RESULTADOS DE ESTUDIOS PREVIOS

COMORBILIDAD EN DEMENCIA:

Las personas mayores presentan comorbilidades con mucha frecuencia, especialmente aquellas personas con deterioro cognitivo (7). Nuestra población está envejeciendo. La prevalencia de la demencia está aumentando a medida que la población envejece (8). El riesgo de desarrollar demencia se asocia con el aumento de la edad, el estilo de vida y la salud cardiovascular (9).

La enfermedad cerebrovascular, la cirrosis, el asma y la diabetes mellitus son factores importantes del deterioro cognitivo en los ancianos. Reduciendo la carga médica acumulada en la población geriátrica, se puede mejorar la función cognitiva (7).

En estudios de cohortes se ha revelado una relación entre el aumento del riesgo de deterioro cognitivo y demencia en las enfermedades cardiovasculares, probablemente debido a accidente cerebrovascular embólico o hipoperfusión cerebral crónica (10). Se sabe que la demencia comparte muchos factores de riesgo comunes con enfermedades de las arterias coronarias incluyendo la genética, el tabaquismo, los componentes del síndrome metabólico y la inflamación. Dados los factores de riesgo comunes y el beneficio potencial, los pacientes con deterioro cognitivo y demencia deben recibir atención simultánea (9).

La demencia se caracteriza por déficits cognitivos progresivos y disminución de la capacidad funcional. El manejo de los síntomas neuropsiquiátricos es un desafío y requiere un enfoque de equipo (8). El deterioro en las Actividades Básicas de la Vida Diaria es más significativo que el deterioro en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (11). En un estudio de cohortes realizado acerca de la progresión clínica de la demencia, se concluyó que la comorbilidad estaba relacionada con la funcionalidad, tanto en personas con demencia como en personas sin demencia, y acelera el empeoramiento en las personas con demencia. Estos hallazgos implican una fuerte conexión entre la salud mental y física, ya que la incapacidad mayor tiene lugar cuando están presentes ambos tipos de trastornos, psiquiátricos y somáticos (12).

COMORBILIDAD EN TRASTORNO MENTAL GRAVE

El Trastorno Mental Grave incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos). Se entiende por tal no sólo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad. Contempla tres dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada (13).

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) aparece de forma comórbida con el trastorno mental grave (TMG) en el 16–48% de los casos, una cifra mucho más alta que en la población general (7,8–9,2%). Aunque en estos pacientes con enfermedad psiquiátrica primaria grave el diagnóstico de TEPT es muy frecuentemente obviado. Los pacientes con TEPT presentan síntomas psiquiátricos más severos, más trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias, tienen un mayor número de visitas y hospitalizaciones psiquiátricas, una menor integración laboral, una peor adherencia al tratamiento farmacológico, más conductas de riesgo, intentos de suicidio y autolesiones, y una función cognitiva más pobre (14).

En otro estudio realizado acerca del exceso de mortalidad en pacientes de 25 a 74 años de edad y hospitalizados con trastornos mentales graves, se observó que los pacientes que presentaban trastornos mentales graves, tenían a su vez una tasa de mortalidad claramente superior a la población total durante todo el periodo de estudio, independientemente de la causa de la muerte. Por lo que se concluyó que, la comorbilidad no sólo añade problemas, si no que la presencia simultánea de todas las enfermedades implicadas empeora el pronóstico, pues es más frecuente la presencia de complicaciones y más complejo el tratamiento (15).

COMORBILIDAD EN DEPRESIÓN

Una de las causas principales de sufrimiento en el anciano es la depresión. Sin embargo, muchas veces la depresión en el paciente geriátrico está infradiagnosticada debido a que se atribuye a un aspecto común del envejecimiento. Frecuentemente la depresión en el anciano se presenta como comorbilidad con enfermedades médicas y puede suponer un factor de riesgo para otras enfermedades como la demencia o para enfermedades de las arterias coronarias (16).

Quiñones AR y cols., en un estudio realizado acerca de comorbilidad en adultos mayores, identificaron depresión y / o deterioro cognitivo en un tercio de ellos, y esta combinación se asoció con una discapacidad mayor que las combinaciones compuestas exclusivamente de afecciones somáticas.

Los síntomas depresivos influyen indirectamente en la función cognitiva global de los pacientes con MCI (deterioro cognitivo leve) reduciendo el espacio mental, la flexibilidad mental y su capacidad para consolidar y recuperar recuerdos. Esto fortalece la idea de la importancia de identificar y manejar condiciones de salud mental que coexisten con condiciones somáticas (17).

A su vez, numerosos estudios epidemiológicos han demostrado la existencia de una fuerte asociación entre depresión y enfermedades cardiovasculares. Muestran que la depresión es un factor de riesgo para enfermedad coronaria y que la enfermedad coronaria está presente en casi 30% de los pacientes con trastornos afectivos. Esta comorbilidad supone una importante carga tanto sobre el individuo como sobre el sistema sanitario (18), (19).

El curso de la depresión en pacientes que presentan comorbilidad de diabetes y depresión es crónico y severo. Esto se debe a que la depresión se asocia con la falta de adherencia al autocuidado de la diabetes, por lo que se obtienen peores resultados clínicos en general (20).

Se ha evidenciado que los trastornos del estado de ánimo se asocian con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), dolores de cabeza recurrentes, epilepsia, trastornos hepáticos y enfermedad pulmonar en personas mayores (21).

Además, el estado de comorbilidad en depresión empeora gradualmente la salud en comparación con padecer sólo depresión, padecer cualquiera de las enfermedades crónicas solas y con cualquier combinación de las enfermedades crónicas sin depresión (22).

Se ha demostrado que la depresión, Disminuye la calidad de vida, aumenta la discapacidad y el riesgo de mortalidad, así como el suicidio (16).

COMORBILIDAD EN ANSIEDAD

Los trastornos relacionados con ansiedad son muy frecuentes en psiquiatría y en los ancianos pueden resultar difíciles de tratar. Acompañan a numerosos cuadros clínicos,

tanto médicos como psiquiátricos, en ocasiones como síntoma principal, llegando a constituir síndromes específicos. La ansiedad no siempre se identifica como tal por quedar enmascarada en somatizaciones diversas, por no explorarse de manera adecuada, o por estar asociada a síntomas afectivos a los que se les concede más relevancia (23).

Se ha descubierto que la ansiedad es un factor de vulnerabilidad para la depresión a través de vías directas e indirectas. Por lo tanto, los síntomas de ansiedad deben ser evaluados sistemáticamente y tratados con el fin de disminuir la probabilidad de síntomas de depresión (24).

Los trastornos de ansiedad se asocian con un patrón específico de trastornos cardíacos, hipertensión, problemas gastrointestinales, dificultades genitourinarias y migraña (25). A su vez, los trastornos de ansiedad se asocian significativamente con trastornos del tiroides, ERGE y otros trastornos gastrointestinales y psoriasis (26).

Las necesidades de salud mental de los pacientes ancianos de atención primaria son ampliamente reconocidas; sin embargo, no son ampliamente abordadas. La discapacidad potencialmente evitable que supone la comorbilidad, hace que sea imperativo el reconocimiento temprano y la intervención basada en la evidencia. La multi-morbilidad y la polifarmacia convierte la intervención en un desafío. Por estas razones, un enfoque temprano de las condiciones físicas más comúnmente asociadas con los trastornos mentales, podrían evitar que la atención al paciente se vuelva más complicada (27).

La Unidad de Salud Mental es fundamental para el **manejo** de pacientes psicogerítricos **de manera ambulatoria**. Hay que ver y entender al paciente en su **conjunto**, no sólo por la patología psiquiátrica por la que se le deriva a la consulta sino también valorarlo en el contexto de **pluripatología** y **cronicidad** que suelen presentar. Por lo que, es fundamental conocer las **comorbilidades médico-psiquiátricas** de los pacientes a la hora de realizar una actividad asistencial óptima.

Por todo lo expuesto anteriormente, consideramos interesante realizar un estudio descriptivo acerca de las comorbilidades médico-psiquiátricas que presentan los pacientes psicogerítricos que acuden a la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

La USM/Consultas Externas de Psiquiatría de adultos del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (HCUZ) tiene una población de referencia de 132.704 habitantes, y atiende 1.145 pacientes nuevos cada año. El 19,64 % de los pacientes del Sector Sanitario de Zaragoza III son personas de 65 o más años (28).

Objetivos

Objetivo principal:

- Describir **comorbilidad** en una muestra de **pacientes psicogerítricos** en la **USM** (Unidad de Salud Mental).

Objetivos secundarios:

- Descripción del Índice Acumulativo de Enfermedad (IAE) y del Índice de gravedad en la muestra de pacientes psicogerítricos.
- Comparación IAE e Índice de gravedad por grupos diagnósticos.
- Análisis de la prevalencia de afectación de los diferentes órganos o sistemas de la muestra global.
- Análisis por edad, sexo, IAE, Índice de Gravedad y comorbilidad entre grupos diagnósticos.

Hipótesis

En base a los estudios previos revisados: 1) Dadas las características definidas de los papcientes psicogeríáticos, se espera encontrar en nuestra muestra altos índices de morbilidad (Índice Acumulativo de Enfermedad e Índice de Gravedad). 2) Dado el origen orgánico de los síntomas psiquiátricos del grupo diagnóstico TMO, presentarán presumiblemente índices de morbilidad más elevados respecto al resto de grupos diagnósticos. 3) Dado que el grupo TMO está compuesto en su mayoría por individuos diagnosticados de demencia, la comorbilidad neurológica será significativamente mayor respecto al resto. 4) Según hallazgos de la literatura revisada, los sujetos con TMO y trastornos afectivos podrían presentar también mayor prevalencia de trastornos cardio-circulatorios.

METODOLOGÍA

Se recoge una muestra de 204 pacientes psicogerítricos que acuden a Consultas Externas de Psiquiatría de adultos, del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa desde el 25/02/2015 hasta el 27/01/2017.

Criterios inclusión en el "programa de Psicogeriatría" (definidos previamente por el equipo de salud mental): pacientes mayores de 60 años + 1) síntomas psiquiátricos en pacientes con demencia conocida o sospecha de deterioro cognitivo; ó 2) síntomas psicóticos de nueva aparición (incluye alucinaciones, delirios y cuadros confusionales); ó 3) trastorno de conducta (incluye inquietud/ agitación psicomotriz, agresividad, conducta opositora, conducta desinhibida...) de nueva aparición; ó 4) síntomas depresivos y/o ansiosos en contexto de enfermedad somática; ó 5) complejidad de manejo en contexto de abuso de sustancias, trastorno personalidad, problemática social...)

Desde febrero de 2015 los pacientes incluidos en el programa de "Psicogeriatría" son atendidos por un mismo Facultativo de la USM, con formación e interés en este campo.

Los datos se recogen a partir de la Historia Clínica del paciente.

Para responder a las preguntas que nos planteamos, como si se presentan diferencias respecto a la comorbilidad entre los distintos grupos diagnósticos, empleamos el **Índice Acumulativo de Enfermedad (IAE) e Índice de gravedad**. Índice de gravedad= puntuación total (o Índice Acumulativo de Enfermedad)/ nº total de categorías afectadas.

Variables

- Principales

- Grupos Diagnósticos (según criterios CIE-10) (variable cualitativa nominal):
 - 0. Trastorno mental orgánico
 - 1. Trastorno por uso de sustancias
 - 2. Psicosis
 - 3. Trastornos afectivos
 - 4. Trastornos de ansiedad
 - 5. Trastornos de sueño o de conducta alimentaria
 - 6. Trastorno de personalidad
 - 7. Retraso mental

- 8. Trastornos del desarrollo
 - IAE: Índice Acumulativo de Enfermedad (variable cuantitativa continua)
 - Índice de Gravedad: puntuación total o IAE/ nº total de categorías afectadas (variable cuantitativa continua)
 - ÓRGANO o SISTEMA AFECTADO (variable dicotómica: sí/no): se define afectación del órgano o sistema cuando la respectiva puntuación en la escala del IAE es mayor o igual a 1.
- **Secundarias:**
 - Edad (variable cuantitativa continua)
 - Sexo (variable dicotómica: hombre/mujer)
 - Derivación (variable cualitativa nominal)
 - Lugar de procedencia (variable cualitativa nominal)

Se ha realizado un **análisis de los datos** de tipo **descriptivo y transversal**. Se considera un **estudio observacional** ya que **no** precisa **intervención por parte del investigador**. Dentro de ser un estudio observacional, se trata de un **estudio transversal** debido a que no se realiza seguimiento de los pacientes (estudia las características que presentan los pacientes en un momento puntual). Es un tipo de diseño de estudio muy eficiente si el objetivo es estimar la **prevalencia** de una enfermedad (barato, rápido y reproducible).

Para el estudio, **no** se ha precisado recoger **muestras biológicas**, excepto de las solicitadas en algunos pacientes, según su situación clínica, como parte de su proceso asistencial habitual.

El **trabajo de campo** ha sido realizado en la Unidad de Salud Mental como parte de su actividad asistencial. De esta forma, se han podido recoger las variables que se emplean en el estudio, ya que se trata de variables que se recopilan de manera habitual para la realización de la anamnesis de los pacientes: sexo, edad, motivo de consulta, etc. Se recogen en la primera visita de valoración, de acuerdo con el criterio diagnóstico del psiquiatra.

Se analizarán los datos empleando análisis descriptivos con los programas Excel y Spss.

Para variables continuas se analiza la media. Para comparar medias entre distintos grupos (ej. IAE e índice de gravedad por grupo diagnóstico) utilizamos T-test (si son solo dos grupos o categorías) o ANOVA (comparación entre varios grupos o categorías).

Para variables cualitativas se utilizan tablas de frecuencias. Para comparar frecuencias entre distintos grupos utilizamos el test chi cuadrado. Con el fin de obtener tablas 2x2, recodificamos las variables principales creando variables dicotómicas. Para comprobar si existe asociación entre pertenecer a uno de los grupos diagnósticos y presentar patología de los distintos sistemas, se creará la variable “pertenecer a un grupo diagnóstico vs pertenecer a otros” (con cada grupo diagnóstico de acuerdo con la clasificación CIE-10) y se comparará con la variable creada de “presentar afectación de un sistema vs no presentar afectación de ese sistema”. Para comparar frecuencias, se empleará el estadístico **chi-cuadrado**, ya que las variables a estudio son cualitativas y se trata de datos independientes.

Aspectos éticos

El presente estudio no entraña ningún riesgo ni daño para los pacientes. No supone tampoco ningún beneficio directo e inmediato. No obstante, se espera que los resultados del trabajo sirvan para solicitar una planificación de recursos más adecuada a las necesidades de los pacientes con comorbilidades médico-psiquiátricas y sus cuidados.

La información de los pacientes será tratada de forma anónima y confidencial. Cada paciente ha sido identificado con un número para este estudio en la base de datos. Sólo el investigador principal (tutor del trabajo) tiene acceso a la identidad del paciente, guardando la relación de los números de identificación en el estudio con el NHC.

Implicaciones asistenciales. La realización del estudio no interfiere con las tareas asistenciales del centro, de hecho, se centra en estudiar las tareas asistenciales que realizamos de forma habitual. Todos los pacientes de perfil psicogeriatrico remitidos a la USM durante el periodo de estudio serán incluidos en los análisis. La entrevista y exploración de los pacientes no ha incluido ningún procedimiento que no se realice habitualmente en el curso de la actividad asistencial. La exploración cognoscitiva se ha realizado según criterio médico.

Los participantes no reciben ningún tipo de compensación económica.

INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO. Dado que el presente estudio utiliza exclusivamente datos de la actividad asistencial habitual, revisados de forma retrospectiva en la Historia Clínica de los pacientes, y tratados mediante una base de datos anónima, solicitamos al CEICA la excepción al Consentimiento Informado por escrito. Dicha solicitud fue aprobada por el CEICA en febrero 2016 para el Proyecto de Investigación de referencia (C.P.-C.I. PI16/0031). Se

ha obtenido autorización aprobada por el CEICA el 12 de abril de 2017 para el desarrollo del presente trabajo (C.P.- C.I. PI17/0124).

RESULTADOS

Descripción de la muestra

Se recoge una muestra de **204** pacientes **psicogerítricos**.

La **media de edad** encontrada en los pacientes de la muestra es de **78,02 años**, siendo 59 años el valor mínimo y 97 años el valor máximo con una desviación típica de 8,167. La mediana es de 80 años y la moda es 80 años.

Estadísticos Edad		
N	Válidos	204
	Perdidos	0
Media		78,02
Mediana		80,00
Moda		80
Desv. típ.		8,167

Figura 1 Estadísticos edad

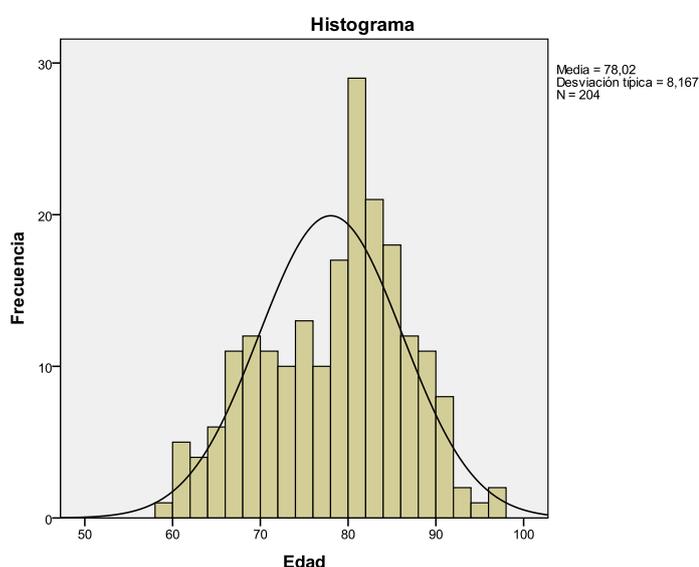


Figura 2 Histograma

La base de datos no presenta para la variable edad ningún valor perdido, de forma que realiza el cálculo con los 204 pacientes. Las medidas de posición (media, mediana y moda) informan acerca de cómo se agrupan los distintos valores de los individuos de la muestra, indicando dónde se encuentra el centro de la distribución. En este caso, aproximadamente coinciden los tres estadísticos (en el valor 80) por lo que la distribución es prácticamente simétrica. Además, es unimodal (80 años). La desviación típica es de 8,167 que con respecto a la media (78,02 años) supone un 10% de separación de acuerdo con el coeficiente de variación ($CV = \delta/\bar{X}$). $CV = 8,167/78,02 = 0,10$. El coeficiente de asimetría toma el valor de $-0,280$ que no es significativo ya que presenta un error estándar de asimetría de 0,170, por lo tanto puede considerarse que la distribución es simétrica. El coeficiente de curtosis mide el grado de agudeza o

achataamiento de una distribución en relación a la distribución normal. En este caso, la curtosis es de -0,575 con un error estándar de curtosis de 0,339 lo que indica que la distribución es mesocúrtica (ver figura 1).

La distribución de la variable es unimodal, prácticamente simétrica y campaniforme como se observa en el gráfico (ver figura 2).

De los 204 pacientes, **76** (37,3%) son **hombres** y **128** (62,7%) son **mujeres** (ver figura 3).

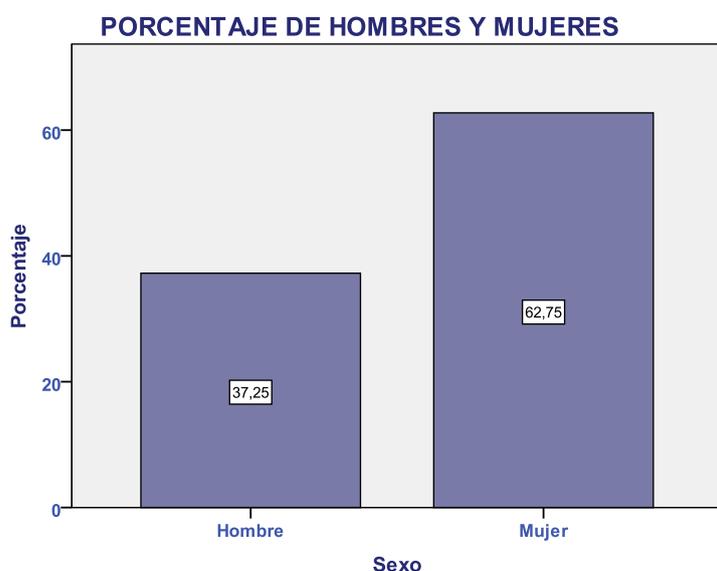


Figura 3 Porcentajes hombres / mujeres

Con respecto al **diagnóstico** realizado en estos pacientes: 109 (55,33%) presentan un trastorno mental orgánico (tipo demencia); 8 (4,06 %) presentan trastorno por uso de sustancias; 8 (4,06%) presentan psicosis; 42 (21,32%) presentan un trastorno afectivo; 25 (12,69%) padecen trastorno de ansiedad; 2 (1,02%) presentan trastornos de sueño o de conducta alimentaria; 2 (1,02%) presentan trastorno de personalidad; 1 (0,51%) presenta trastornos del desarrollo y no presentan diagnóstico propio de psiquiatría pero acuden a esta consulta 6 (2,9 %). En 1 paciente no consta el diagnóstico (ver figura 4).

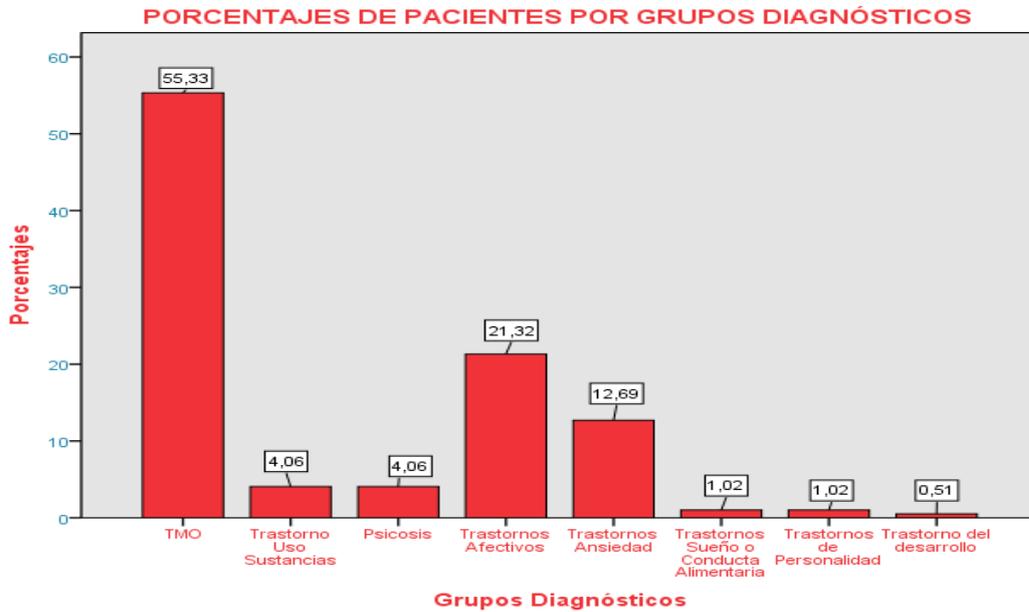


Figura 4 Porcentajes por grupos diagnósticos

Derivados por su Médico de Atención Primaria acuden 137 (67,2%), por urgencias 14 (6,86%), Psiquiatría 1 (0,49%), ya conocidos en consulta de psiquiatría 10 (4,9%), derivados de psicósomática 3 (1,47%), desde Medicina Interna 10 (4,9%), Neurología 20 (9,8%), desde otras consultas 8 (3,92%) (ver figura 5).

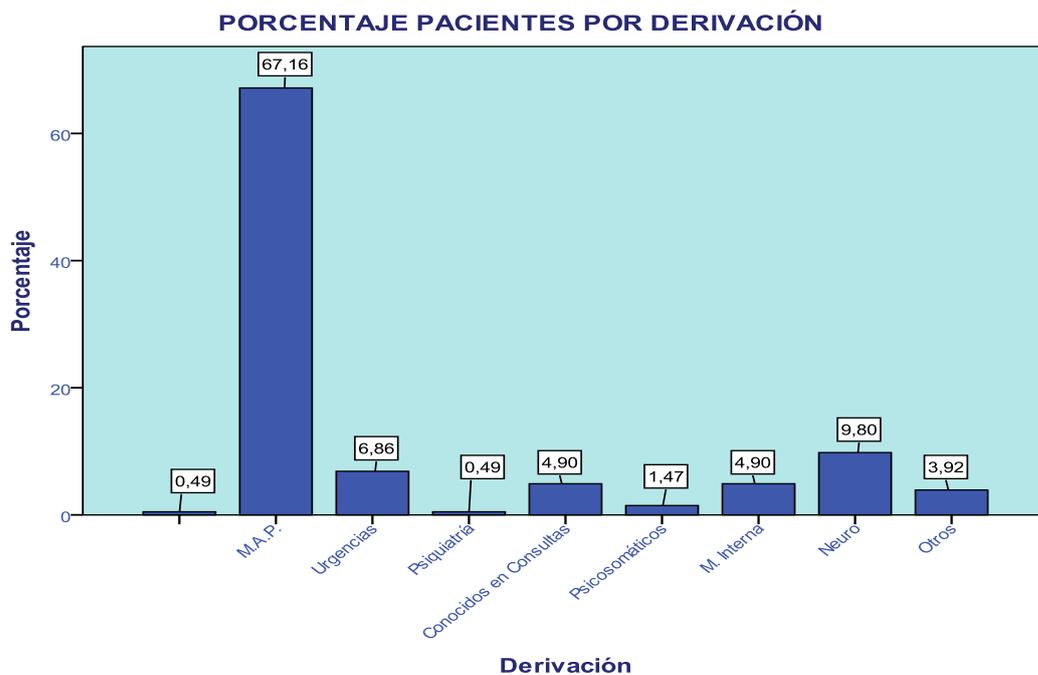


Figura 5 Porcentajes por derivación

En cuanto al lugar de procedencia, se encuentran en residencia 47 (23,04%), acuden desde su domicilio 155 (75,98%) y no se conoce desde dónde acuden 2 pacientes (0,98%) (ver figura 6).

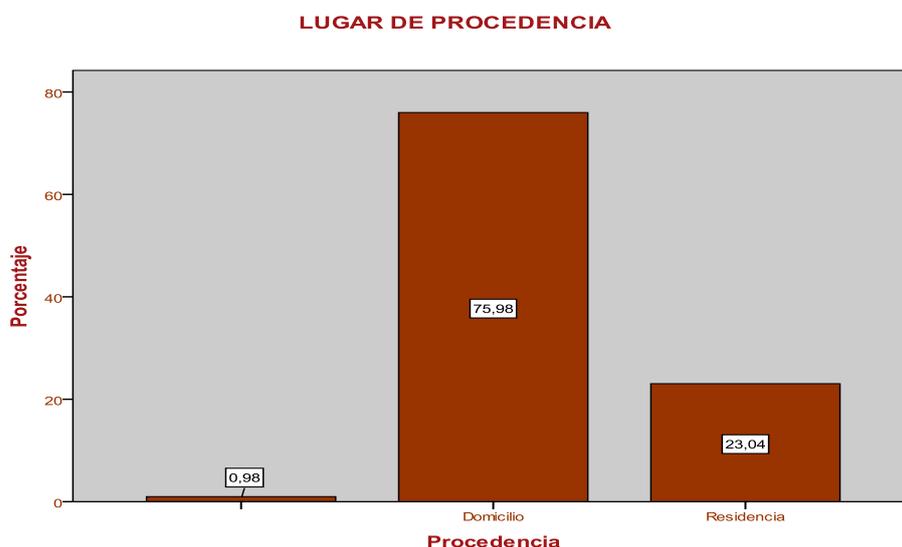
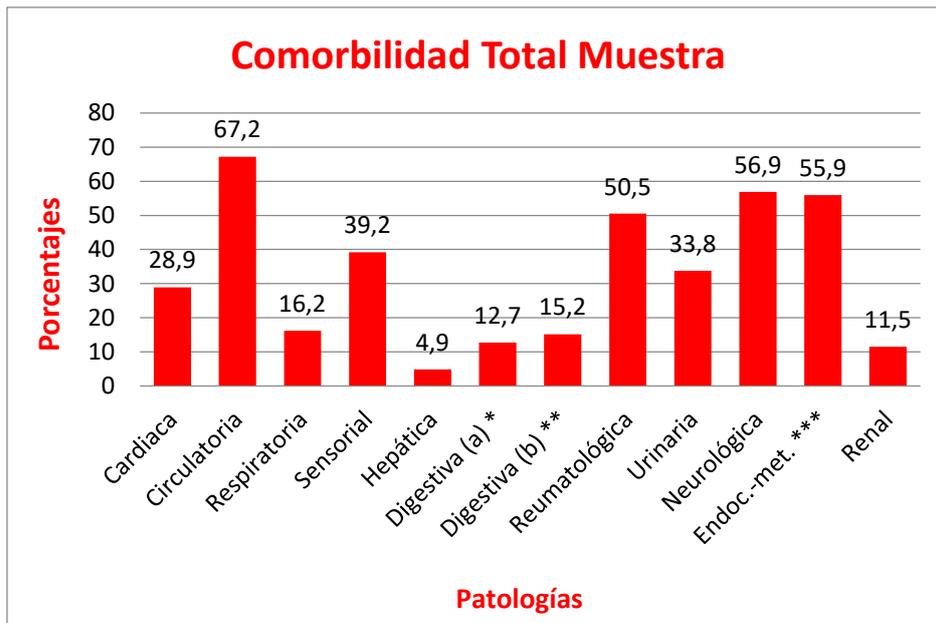


Figura 6 Porcentajes por lugar de procedencia

En cuanto al **IAE**, la media del total de la **muestra (n=204; casos válidos: 168 y casos perdidos: 36)** es de **9,46** (ver tablas 1 y 2 del anexo).

Con respecto al **Índice de Gravedad**, la **media** del **total** de la **muestra (n=204; casos válidos: 168 y casos perdidos: 36)** es de **1,67** (ver tablas 3 y 4 del anexo).

Considerando el **total de la muestra**, el 28,9 % presenta patología cardíaca, el 67,2% patología del circulatoria, el 16,2% patología respiratoria, el 39,2% patología sensorial, 4,9% patología hepática, 12,7% patología digestiva alta, 15,2% patología digestiva baja, 50,5% patología reumatológica, 33,8% patología urinaria, 56,9% patología neurológica, 75,5% patología psiquiátrica, 55,9% patología endocrino-metabólica, 11,5% patología renal (ver figura 7).



Nº pacientes (n) = 204

* Digestiva (a) = Patología digestiva alta

** Digestiva (a) = Patología digestiva baja

*** Endoc.-met. = Endocrino Metabólico

Figura 7 Comorbilidad total muestra

De acuerdo con este gráfico podemos concluir que la **patología más frecuente** es la **circulatoria**, seguida de la neurológica, endocrino-metabólica y reumatológica.

Comparaciones dentro de la muestra

Se analizan los valores medios del **Índice Acumulativo de Enfermedad** y el **Índice de Gravedad** con respecto a distintas variables (grupos diagnósticos, edad y sexo). Se emplea el estadístico **ANOVA** para compararlos, ya que se trata de variables cuantitativas, en más de 2 grupos y de datos independientes.

En lo que concierne a los **grupos diagnósticos**, al comparar las medias del IAE total en los distintos grupos diagnóstico se obtienen los siguientes resultados:

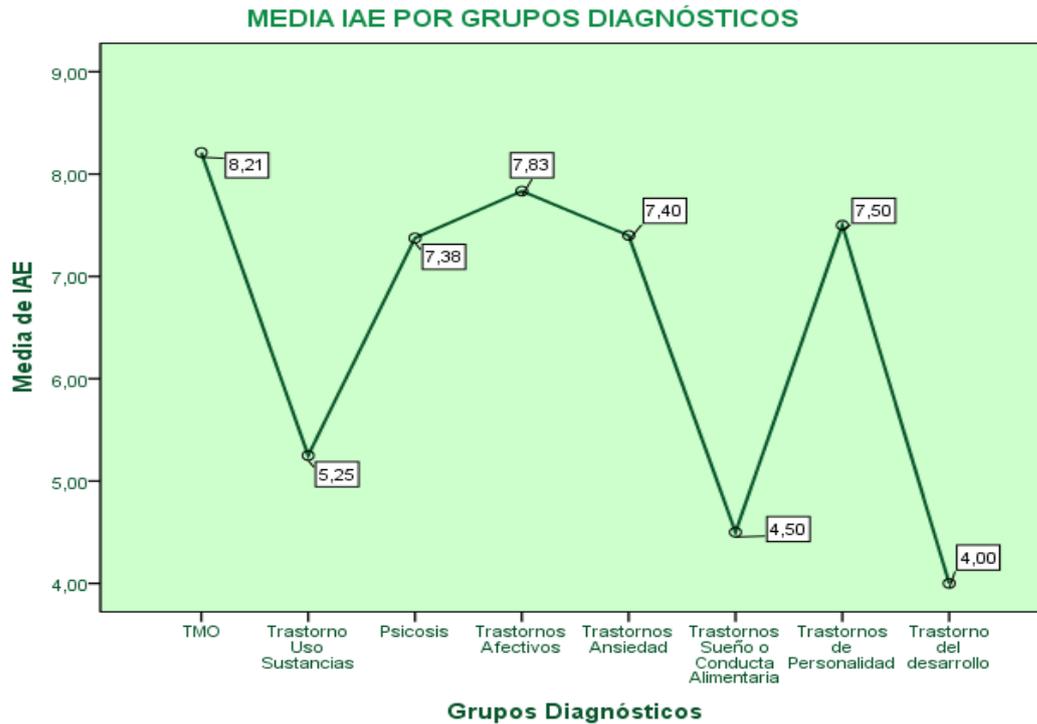


Figura 8 Media IAE por grupos diagnósticos

De manera que presentan **mayor media de Índice Acumulativo de Enfermedad** aquellos pacientes pertenecientes al grupo con diagnóstico de **TMO (Trastornos Mentales Orgánicos)** con un valor de 8,21. La media **menor de Índice Acumulativo de Enfermedad** se encuentra en el grupo de pacientes con diagnóstico de **Trastornos del desarrollo** con un valor de 4 (ver figura 8).

Sin embargo, **no** hay diferencias estadísticamente significativas (**sig. >0,05**) entre **grupos diagnósticos** en el **Índice Acumulativo de Enfermedad** (ver tablas 5 y 6 del anexo).

Comparando las medias del **Índice de Gravedad** en los distintos grupos diagnósticos, se obtienen los siguientes resultados:

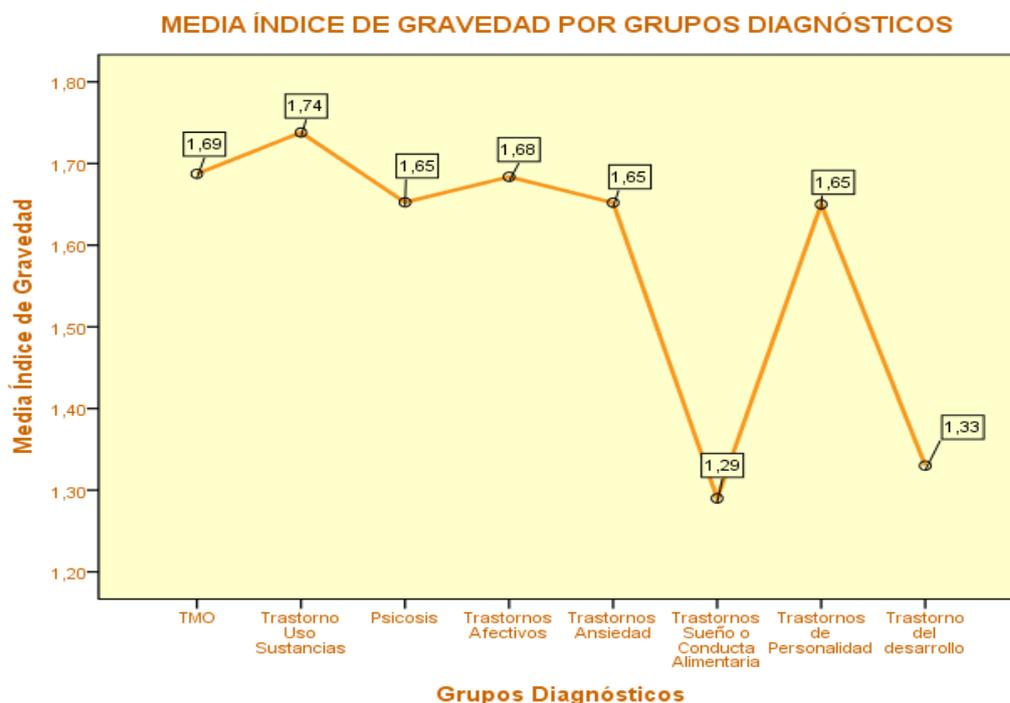


Figura 9 Media índice de gravedad por grupos diagnósticos

De esta forma, se puede observar que la **media del Índice de Gravedad mayor** se corresponde con el grupo diagnóstico de **Trastorno por uso de sustancias** con un valor de **1,74** y la **media del Índice de Gravedad menor** se corresponde con el grupo diagnóstico de **Trastornos de sueño o de conducta alimentaria** con un valor de **1,29**: (ver figura 9).

Por el contrario, **no** existen diferencias estadísticamente significativas (**sig. > 0,05**) entre grupos diagnósticos en el **Índice de Gravedad** (ver tablas 7 y 8 del anexo).

Se ha dividido la muestra por **grupos de edad** (59-69 años, 70-79 años, 80-89 años y > o =90 años) y se ha intentado relacionar con el **Índice Acumulativo de Enfermedad** e **Índice de Gravedad** para comprobar si se asocia mayor **comorbilidad** a un grupo de **mayor edad**.

En cuanto a la comparación de medias del **IAE** con respecto a la **edad**, los resultados son los siguientes: (ver figura 10)

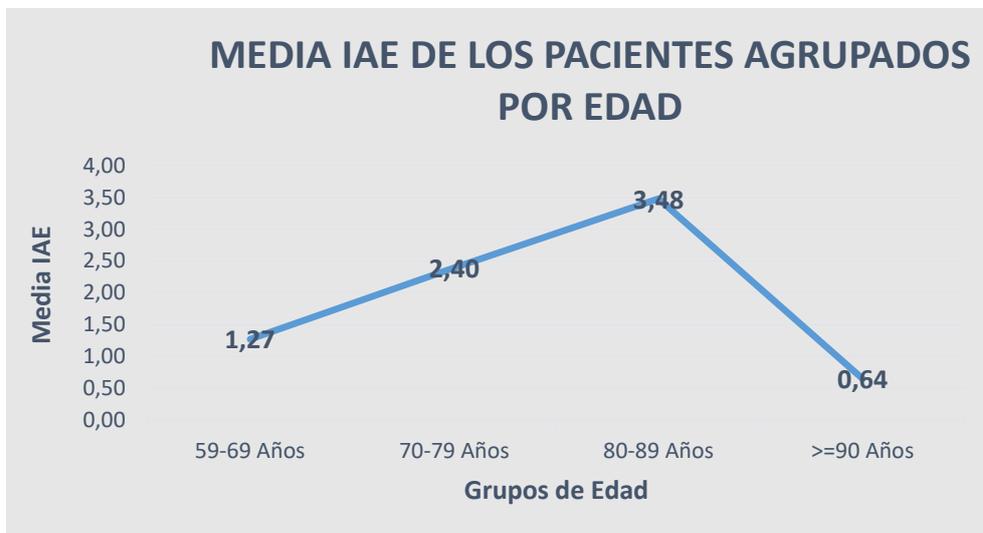


Figura 10 Media IAE agrupados por edad

No existen diferencias estadísticamente significativas (**sig. > 0,05**) en cuanto a los grupos de **edad** con respecto al **IAE** (ver tabla 9 del anexo).

En cuanto a la comparación de medias del **Índice de Gravedad** con respecto a la **edad**, los resultados fueron los siguientes: (ver figura 11)

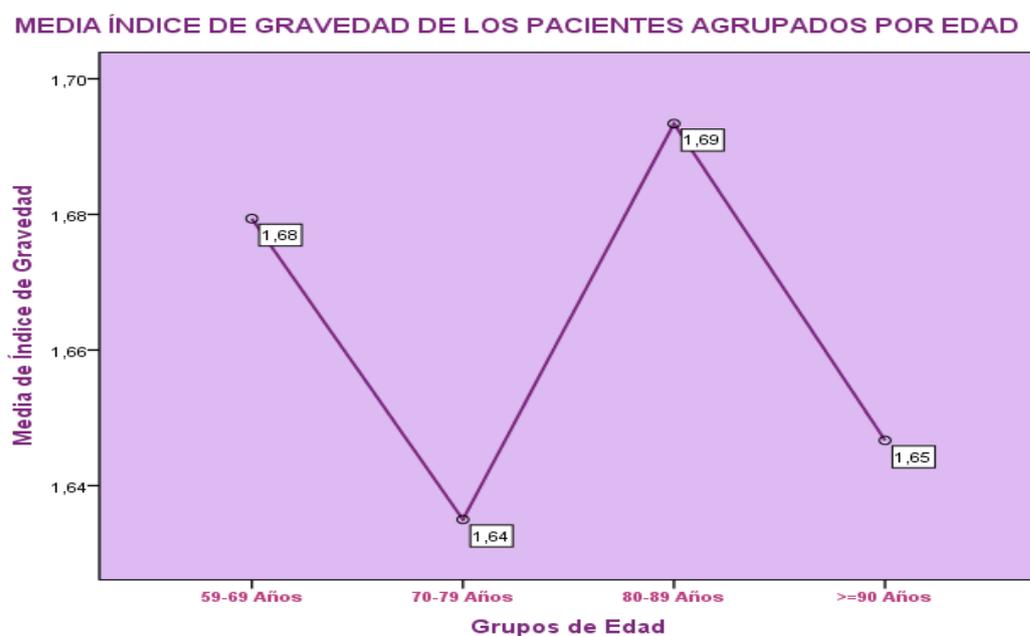


Figura 11 Media índice de gravedad agrupados por edad

No existen diferencias estadísticamente significativas (**sig. > 0,05**) en cuanto a los **grupos de edad** con respecto al **Índice de Gravedad** (ver tabla 10 del anexo).

En cuanto a la comparación de medias del **Índice Acumulativo de Enfermedad** con respecto al **sexo**, los resultados son los siguientes:

- La media del total es de 9,46 y la desviación típica es de 3,20. La media de hombres es de 10,02 con una desviación típica de 3,05. La media de mujeres es de 9,12 con una desviación típica de 3,25 (ver tablas 11 y 12 del anexo).
- No se puede concluir que existan diferencias estadísticamente significativas (**sig. > 0,05**) en cuanto al **sexo** con respecto al **Índice Acumulativo de Enfermedad**.

Con respecto al **Índice de Gravedad**, también se compara las medias del Índice de Gravedad por **sexo**, los resultados son los siguientes:

- La media del total es de 1,67 y la desviación típica es de 0,29. La media de los hombres es de 1,68 con una desviación típica de 0,28. La media de las mujeres es de 1,66 con una desviación típica de 0,30 (ver tablas 13 y 14 del anexo).
- No existen diferencias estadísticamente significativas (**sig. > 0,05**) en cuanto al **sexo** con respecto al **Índice de Gravedad**.

Con el objetivo de determinar si existen diferencias entre **sexo** y pertenecer a los distintos **grupos diagnósticos**, se ha realizado una tabla de contingencia empleando el estadístico **chi cuadrado**, ya que se trata de variables cualitativas, en más de 2 grupos y de datos independientes (ver tablas 15 y 16 del anexo).

Se ha obtenido que **sí existen diferencias estadísticamente significativas** entre el **sexo** y pertenecer a un **grupo diagnóstico u otro**. Sin embargo, estos resultados deben ser interpretados con cautela ya que **más del 20%** de las casillas poseen **n<5**, por lo que se necesitaría el empleo de más estadísticos para determinarlo (ver figura 12) (ver tabla 17 del anexo).

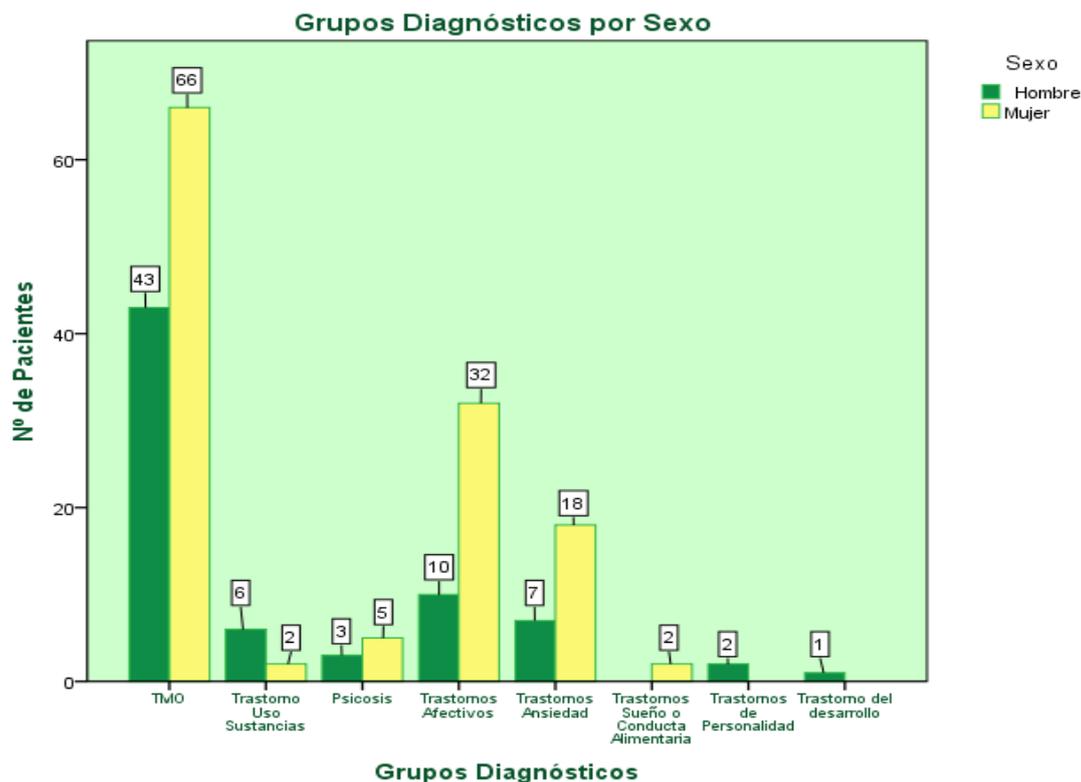
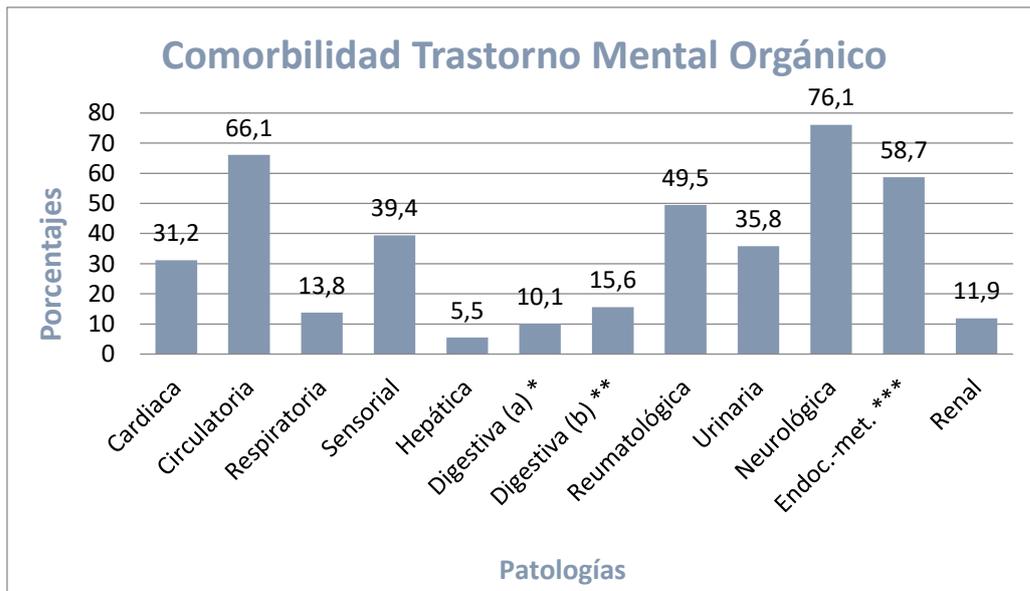


Figura 12 Grupos diagnóstico por sexo

Distribución de afectación de patologías por grupos diagnósticos

En cuanto a los distintos **grupos diagnósticos**:

De los pacientes diagnosticados de **Trastorno Mental Orgánico**, 34 pacientes (31,2%) presentan patología cardiaca, 72 (66,1 %) patología circulatoria, 15 (13,8%) patología respiratoria, 43 (39,4%) patología sensorial, 6 (5,5%) patología hepática, 11 (10,1%) patología digestiva alta, 17 (15,6%) patología digestiva baja, 54 (49,5%) patología reumatológica, 39 (35,8%) patología urinaria, 83 (76,1%) patología neurológica, 64 (58,7%) patología endocrino-metabólica y 13 (11,9%) patología renal (ver figura 13).



Nº pacientes (n) = 109

* Digestiva (a) = Patología digestiva alta

** Digestiva (a) = Patología digestiva baja

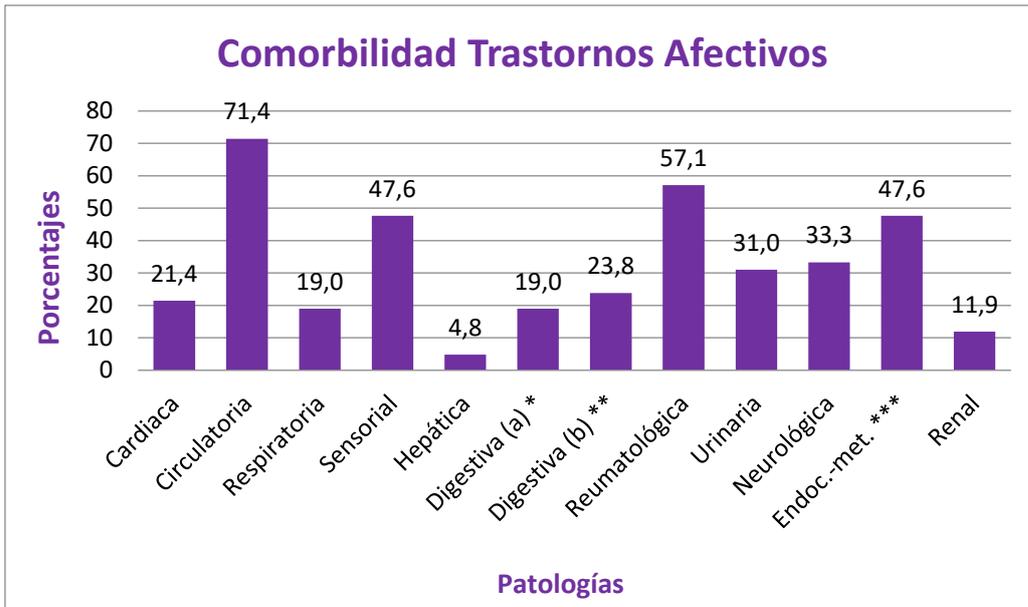
*** Endoc.-met. = Endocrino Metabólico

Figura 13 Comorbilidad trastorno mental orgánico

De los pacientes diagnosticados de **Trastorno por uso de sustancias**, 3 pacientes (37,5%) presentan patología cardíaca, 3 (37,5%) patología circulatoria, 2 (25%) patología respiratoria, 1 (12,5%) patología sensorial, 1 (12,5%) patología hepática, 2 (25%) patología reumatológica, 1 (12,5%) patología urinaria, 2 (25%) patología neurológica, 4 (50%) patología endocrino-metabólica y 1 (12,5%) patología renal.

De los pacientes diagnosticados de **Psicosis**, 3 pacientes (37,5%) presentan patología cardíaca, 6 (75%) patología circulatoria, 2 (25%) patología respiratoria, 3 (37,5%) patología sensorial, 2 (25%) patología reumatológica, 3 (37,5%) patología urinaria, 3 (37,5%) patología neurológica, 4 (50%) patología endocrino-metabólica y 1 (12,5%) patología renal.

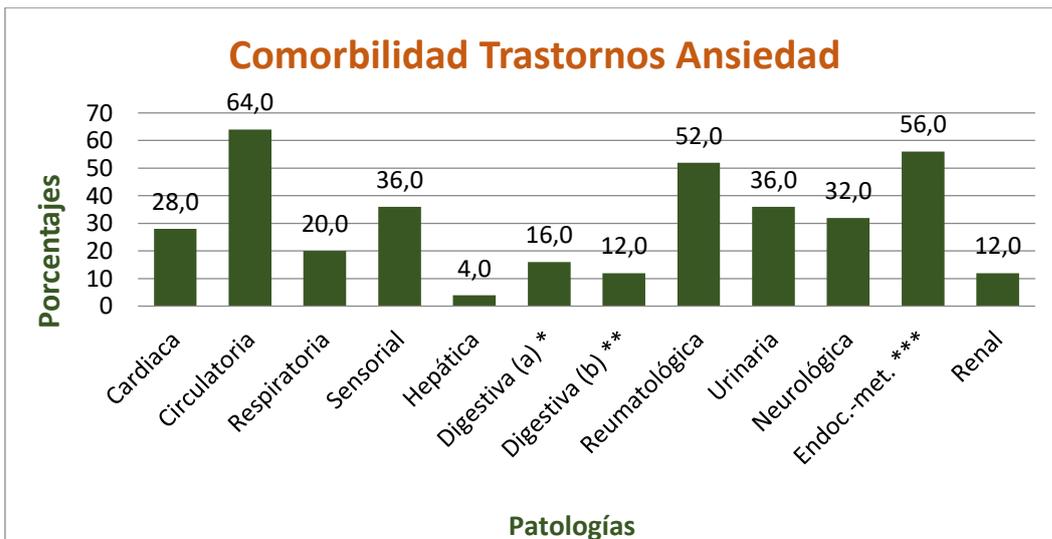
De los pacientes diagnosticados de **Trastornos Afectivos**, 9 pacientes (21,4%) presentan patología cardíaca, 30 (71,4%) patología circulatoria, 8 (19%) patología respiratoria, 20 (47,6%) patología sensorial, 2 (4,8%) patología hepática, 8 (19%) patología digestiva alta, 10 (23,8%) patología digestiva baja, 24 (57,1%) patología reumatológica, 13 (31%) patología urinaria, 14 (33,3%) patología neurológica, 20 (47,6%) patología endocrino-metabólica y 5 (11,9%) patología renal (ver figura 14).



Nº pacientes (n) = 42
 * Digestiva (a) = Patología digestiva alta
 ** Digestiva (a) = Patología digestiva baja
 *** Endoc.-met. = Endocrino Metabólico

Figura 14 Comorbilidad trastornos afectivos

De los pacientes diagnosticados de **Trastornos de Ansiedad**, 7 pacientes (28%) presentan patología cardíaca, 16 (64%) patología circulatoria, 5 (20%) patología respiratoria, 9 (36%) patología sensorial, 1 (4%) patología hepática, 4 (16%) patología digestiva alta, 3 (12%) patología digestiva baja, 13 (52%) patología reumatológica, 9 (36%) patología urinaria, 8 (32%) patología neurológica, 14 (56%) patología endocrino-metabólica y 3 (12%) patología renal (ver figura 15).



Nº pacientes (n) = 25
 * Digestiva (a) = Patología digestiva alta
 ** Digestiva (b) = Patología digestiva baja
 *** Endoc.-met. = Patología Endocrina Metabólica

Figura 15 Comorbilidad trastornos ansiedad

De los 2 pacientes diagnosticados de **Trastorno de Sueño o de Conducta alimentaria**, 1 paciente (50%) presenta patología cardíaca, 1 (50%) patología circulatoria, 1 (50%) patología sensorial, 1 (50%) patología urinaria, 1 (50%) patología neurológica y 1 (50%) patología endocrino-metabólica.

De los 2 pacientes que pertenecen al grupo diagnóstico **Trastornos de Personalidad**, ambos presentan patología circulatoria, reumatológica y endocrino-metabólica y además, 1 de ellos presenta patología neurológica.

El paciente diagnosticado de **Trastornos del Desarrollo**, presenta patología circulatoria, reumatológica y neurológica.

Diferencias entre afectación de un órgano o sistema en pacientes que pertenecen a un grupo diagnóstico en concreto con respecto al resto

A medida que se continúa con el estudio, se plantean nuevos interrogantes, como, por ejemplo, ¿Existe asociación entre pertenecer a uno de los grupos diagnósticos y presentar patología de los distintos sistemas?

Para ello, se han creado tablas 2x2 y se ha empleado el estadístico **chi-cuadrado**, ya que las variables a estudio son cualitativas, y se trata de datos independientes. Se crea la variable “pertenecer a un grupo diagnóstico vs pertenecer a otros” (a partir de cada grupo diagnóstico de acuerdo con la clasificación CIE-10; recodificando la variable en otra **variable dicotómica** diferente) y se compara con la variable creada de “presentar afectación de un sistema vs no presentar afectación de ese sistema” (creando otra **variable dicotómica**) (ver tablas 18 y 19 del anexo).

Con respecto al grupo diagnóstico de **Trastorno Mental Orgánico**:

- Se encuentra en la muestra que **existe** una relación estadísticamente significativa (**sig. <0,05**) entre pertenecer al grupo diagnóstico **TMO** y presentar **patología Neurológica**. (ver tablas 20 y 21 del anexo).
- También se puede concluir que **no** existe una relación estadísticamente significativa (**sig. >0,05**) entre pertenecer al grupo diagnóstico **TMO** y presentar afectación del resto de los sistemas.

En cuanto al grupo diagnóstico de **Trastorno por uso de sustancias**, se puede decir que **no** existe relación estadísticamente significativa (**sig. > 0,05**) entre pertenecer al

grupo diagnóstico **Trastorno por Uso de Sustancias** y presentar **afectación de los distintos sistemas** (ver tablas 22 y 23 del anexo).

Con respecto al grupo diagnóstico de **Psicosis**, **no** se ha encontrado ninguna relación estadísticamente significativa (**sig. > 0,05**) entre pertenecer al grupo diagnóstico de **Psicosis** y presentar **afectación de los distintos sistemas** (ver tablas 24 y 25 del anexo).

En cuanto al grupo diagnóstico de **Trastornos Afectivos**, **no** se ha encontrado ninguna relación estadísticamente significativa (**sig. > 0,05**) entre pertenecer al grupo diagnóstico de **Trastornos Afectivos** y presentar **afectación de los distintos sistemas** (ver tablas 26 y 27 del anexo).

En lo que concierne al grupo de **Trastorno de Ansiedad**:

- En la muestra se encuentra relación significativa (**sig. < 0,05**) entre pertenecer al grupo diagnóstico **Trastornos de Ansiedad** y presentar **patología neurológica** (ver tablas 28 y 29 del anexo).
- Sin embargo, se puede decir que **no** existe relación estadísticamente significativa (**sig. > 0,05**) entre pertenecer al grupo diagnóstico de **Trastorno de Ansiedad** y presentar **afectación del resto de los sistemas**.

Con respecto al grupo diagnóstico de **Trastornos de Sueño o de Conducta alimentaria**, **no** se ha encontrado ninguna relación estadísticamente significativa (**sig. > 0,05**) entre pertenecer al grupo diagnóstico de **Trastornos Sueño o de Conducta alimentaria** y presentar **afectación de alguno de los sistemas** (ver tablas 30 y 31 del anexo).

En cuanto al grupo diagnóstico de **Trastornos de Personalidad**, **no** existe relación estadísticamente significativa (**sig. > 0,05**) entre pertenecer al grupo diagnóstico de **Trastornos de Personalidad** y presentar **afectación de alguno de los sistemas** (ver tablas 32 y 33 del anexo).

Con respecto al grupo diagnóstico de **Trastornos del Desarrollo**, **no** existe relación estadísticamente significativa (**sig. > 0,05**) entre pertenecer al grupo diagnóstico de **Trastornos del Desarrollo** y presentar **afectación de alguno de los sistemas** (ver tablas 34 y 35 del anexo).

DISCUSIÓN

Resultados principales:

Con respecto a la muestra de este estudio, se puede observar que: la **media** del **IAE** del total de la **muestra** (n=168) es de **9,46**. A su vez, la **media** del **Índice de Gravedad** del total de la **muestra** (n= 168) es de **1,67**. Se ha demostrado que la **patología más frecuente** es la **circulatoria**, seguida de la neurológica, endocrino-metabólica y reumatológica. A diferencia de lo planteado en las hipótesis iniciales, **no** hay diferencias estadísticamente significativas (**sig. >0,05**) entre **grupos diagnósticos** en el **IAE**. Así mismo, **no** existen diferencias estadísticamente significativas (**sig. > 0,05**) entre **grupos diagnósticos** en el **Índice de Gravedad**. Al contrario de lo supuesto en las hipótesis, **no** se puede concluir que existan diferencias estadísticamente significativas (**sig. > 0,05**) en cuanto a los **grupos de edad** con respecto al **IAE**. De la misma manera, **no** se puede concluir que existan diferencias estadísticamente significativas (**sig. > 0,05**) en cuanto a los **grupos de edad** con respecto al **Índice de Gravedad**. **No** se puede concluir que existan diferencias estadísticamente significativas (**sig. > 0,05**) en cuanto al **sexo** con respecto al **IAE**. Del mismo modo, **no** se puede concluir que existan diferencias estadísticamente significativas (**sig. > 0,05**) en cuanto al **sexo** con respecto al **Índice de Gravedad**. Coincidiendo con lo planteado en las hipótesis iniciales, **existe** una relación estadísticamente significativa (**sig. <0,05**) entre pertenecer al grupo diagnóstico **TMO** y presentar **patología Neurológica**. Con respecto a lo estimado en las hipótesis, se ha demostrado que **existe** relación estadísticamente significativa (**sig. < 0,05**) entre pertenecer al grupo diagnóstico **Trastornos de Ansiedad** y presentar **patología neurológica**. Sin embargo, **no** existe relación estadísticamente significativa (**sig. >0,05**) entre pertenecer al resto de los **grupos diagnósticos** y presentar afectación de alguno de los **sistemas**.

Comparación de nuestros resultados con los que refieren otros estudios en este campo:

F. Formigaa y cols. han demostrado que existen variaciones en la comorbilidad de los pacientes mayores con demencia según la edad y el género que deben tenerse en cuenta, para su mejor conocimiento y manejo. Sin embargo, en la muestra del **presente estudio no** se han encontrado diferencias estadísticamente significativas (**sig. > 0,05**) en cuanto a la **edad** (29).

En contraste con estudios previos, en los pacientes de **esta muestra**, **no** se ha evidenciado que existan **diferencias estadísticamente significativas** entre padecer un **trastorno de tipo Afectivo** (en los que se incluye depresión) y presentar afectación de los distintos sistemas. Por el contrario, Seidel S. y cols. encontraron que teniendo en cuenta los niveles más altos de fofobia en la depresión y la comorbilidad de la migraña y la depresión, podría ser posible que la depresión contribuyera a la fofobia interictal en pacientes con migraña. Lo mismo podría asociarse con la ansiedad y el estrés (30). Otros estudios sugieren que condiciones específicas crónicas como **diabetes mellitus** y **artritis reumatoide** pueden tener más influencia que otras en el riesgo de desarrollar **Trastorno Depresivo Mayor** (31).

Al igual que en el presente estudio se ha demostrado que **existe** relación estadísticamente significativa (**sig. < 0,05**) entre pertenecer al grupo diagnóstico **Trastornos de Ansiedad** y presentar **patología neurológica**; Lampl. C y cols. han confirmado en su estudio que depresión y, especialmente **ansiedad**, se presentan como comorbilidad en pacientes con migraña y, aún más, en pacientes con cefalea por abuso de medicación. Se considera que se debería descartar depresión y ansiedad mediante la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en pacientes que presentan migraña y en pacientes que presentan cefalea por abuso de medicación (32).

Fortalezas y limitaciones de nuestro estudio:

- **Puntos fuertes** de este estudio:
 - Como ya se ha dicho anteriormente, al ser un estudio de tipo transversal es muy eficiente si el objetivo es estimar la **prevalencia** de una enfermedad (barato, rápido y reproducible).
 - Otro punto fuerte es que todos los pacientes incluidos en la muestra se ajustan a los criterios de selección pautados desde un principio, útiles de cara a obtener conclusiones de interés que se puedan extrapolar a la población que presenta estas mismas características.
- Los **sesgos** que se pueden encontrar:
 - **Selección:** al realizar el reclutamiento de los pacientes mediante derivaciones desde otros servicios, es posible que pacientes que cumplen las características propias de “psicogerítricos” y las

condiciones idóneas para el estudio, no se hayan adscrito al programa y no se incluyan en la muestra.

- **Información:** debido a que las variables se recogen dentro de la práctica clínica asistencial habitual, es posible que se pierdan ciertos valores a lo largo de la entrevista (p ej. Escalas o test) debido a la presión asistencial y el hecho de que la recogida de las variables se realice de forma individual y mínimamente protocolizada. Sin embargo, se mide la comorbilidad según la información que nos facilita el paciente, su familia o los informes médicos de los que disponemos.
 - **Factor de Confusión:** se podría considerar factor de confusión el hecho de que todos los pacientes incluidos en la muestra son mayores de 60 años, por lo que ya tendrían más prevalencia de trastornos orgánicos debido a la edad, independientemente de presentar o no patología psiquiátrica. No obstante, este factor de la edad está presente en todos los individuos de la muestra (es uno de los criterios de selección) por lo que no debería afectar a los resultados. Además, no se encuentran diferencias significativas en la media de edad por grupos diagnósticos ni en índices de comorbilidad por grupos de edad.
- Las **limitaciones** que se pueden encontrar:
- Al dividir la muestra en subgrupos, se obtienen grupos de pacientes con $n < 5$ en más del 20% de las casillas, lo cual supone una limitación a la hora de sacar conclusiones.
 - También se puede considerar como limitación en la selección el no contar con un grupo “control” de sujetos geriátricos sin patología psiquiátrica para comparar con los pacientes “psicogerátricos”.
 - Otra limitación de este estudio es que no se realiza análisis controlados por otras variables que permitan determinar si la asociación que se encuentra es independiente de otros factores (edad, sexo, tratamientos...).

Planteamiento de nuevas líneas de trabajo:

Con este estudio que se ha realizado, se espera arrojar algo de luz en un campo tan infradiagnosticado e infratratado como es el de la comorbilidad médico-psiquiátrica en pacientes psicogerítricos. Para la realización de estudios posteriores es necesario ampliar la muestra en determinados grupos diagnósticos, ya que en el actual estudio algunos de los grupos presentaban $n < 5$ y no permitían sacar conclusiones válidas. De la misma manera, se ha analizado diferencias entre los distintos grupos diagnósticos y el IAE e Índice de Gravedad. También se ha analizado que si no contamos los grupos con $n < 5$, la edad se puede relacionar con el IAE y, con el mismo supuesto (no contar $n < 5$) se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y pertenecer a un grupo diagnóstico u otro, por lo que será importante tener estos factores en cuenta en estudios posteriores. Sería conveniente que se realizaran estudios en base a un grupo control (población geriátrica que no presenta trastornos psiquiátricos) para poder eliminar la posible influencia que puede ejercer el presentar un trastorno psiquiátrico a la hora de analizar la comorbilidad con cada grupo diagnóstico independiente.

CONCLUSIONES

El reto social que el proceso de transición demográfica representa para las naciones, se debe a las grandes necesidades que genera desde el punto de vista económico, biomédico y social. Su repercusión sobre el sistema de salud radica en que son los ancianos los mayores consumidores (relativos o absolutos) de medicamentos y servicios de salud (33).

Hoy en día, la comorbilidad entre trastornos somáticos y psíquicos se encuentra todavía infradiagnosticada e infratratada pese a que los datos epidemiológicos evidencian una alta prevalencia de esta comorbilidad (6).

Es indispensable atajar este problema mediante el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de la comorbilidad. Sólo de esta manera se conseguirá mejorar la calidad de vida de los pacientes y, a su vez, reducir la morbilidad y el exceso de mortalidad.

Con la muestra de este estudio se han podido alcanzar las siguientes apreciaciones:

- La **media** del **IAE** del total de la muestra de pacientes psicogerítricos ambulatorios ($n=168$) es de **9,46**.

- La **media del Índice de Gravedad** del total de nuestra **muestra** (n= 168) es de **1,67**.
- **No** encontramos diferencias estadísticamente significativas (**sig. >0,05**) en el IAE e Índice de Gravedad medios entre los diferentes grupos diagnósticos.
- La **patología más frecuente** es la **circulatoria**, seguida de la neurológica, endocrino-metabólica, reumatológica.
- **Existe** una relación estadísticamente significativa (**sig. <0,05**) entre pertenecer al grupo diagnóstico **TMO** y presentar **patología Neurológica**.
- **Existe** relación significativa (**sig. < 0,05**) entre pertenecer al grupo diagnóstico **Trastornos de Ansiedad** y presentar **patología neurológica**.
- Sin embargo, **no** existe relación estadísticamente significativa entre pertenecer al **resto de los grupos diagnósticos** y presentar **afectación de alguno de los sistemas**.

En este campo, queda un largo camino que recorrer con muchos interrogantes por resolver todavía. Se espera que este estudio pueda resultar de utilidad para la realización de estudios posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS), 2013. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020. En: www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/ Acceso: 28 de Febrero 2017.
- (2) Abellán García A, Ayala García A. Departamento de Población, CSIC.Rogelio Pujol Rodríguez. El estado de la población mayor en España, 2017. Blog de Envejecimiento en red [Internet]. 2017 Febrero [citado 14 febrero 2017]. Disponible en: <https://envejecimientoenred.wordpress.com/como-publicar/>
- (3) Instituto Aragonés de Estadística, Gobierno de Aragón. Datos básicos de Aragón, 2014. En: www.aragon.es/iaet. Acceso: 28 Enero 2017.
- (4) Gázquez Linares JJ, Pérez Fuentes M, Lucas Ación F y Yeste Rossell N. Prevalencia de los trastornos mentales en la población mayor. Anales de psicología 2008, vol. 24, nº 2 (diciembre), 327-333 Copyright 2008: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España) ISSN edición impresa: 0212-9728. ISSN edición web (www.um.es/analesps): 1695-2294.

- (5) Andreas S, Schulz H, Volkert J, Dehoust M, Sehner S, Suliling A, Ausin B et al. Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. *The British Journal of Psychiatry* Feb 2017, 210 (2) 125-131; DOI: 10.1192/bjp.bp.115.180463
- (6) Kovacs G. *Neuropsychopharmacol Hung*, 2014 ; 16 (4): 169-80
- (7) Chen TB, Yiao SY, Sun Y, Lee HJ, Yang SC, Chiu MJ et al. Epidemiology, assessment, and treatment of dementia. *Psychiatr Clin North Am.* 2011 Jun;34(2):275-94, vii.
- (8) Nowrangi MA, Rao V, Lyketsos CG. Epidemiology, assessment, and treatment of dementia. *Psychiatr Clin North Am.* 2011 Jun;34(2):275-94.
- (9) Fowkes R, Byrne M, Sinclair H, Tang E, Kunadian V. Coronary artery disease in patients with dementia. *Coron Artery Dis.* 2016 Sep;27(6):511-20.
- (10) Abete P, Della-Morte D, Gargiulo G, Basile C, Langellotto A, Galizia G, Testa G, Canonico V, Bonaduce D, Cacciatore F. Cognitive impairment and cardiovascular diseases in the elderly. A heart-brain continuum hypothesis. *Ageing Res Rev.* 2014 Nov;18:41-52
- (11) Sauvaget C, Yamada M, Fujiwara S, Sasaki H, Mimori Y. Dementia as a predictor of functional disability: a four-year follow-up study. *Gerontology.* 2002 Jul-Aug;48(4):226-33.
- (12) Melis RJ et al. The influence of multimorbidity on clinical progression of dementia in a population based cohort. *PLoS One.* 2013; 8
- (13) Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el Trastorno Mental Grave. (s.f.). Obtenido de <http://www.guiasalud.es/egpc/tmg/resumida/documentos/apartado02/definicion.pdf>
- (14) Foguet Boreu Q, Álvarez Alonso M, Costa RE. (2011). Comorbilidad del trastorno por estrés postraumático en pacientes con trastorno mental grave. Implicaciones clínicas. *Psiquiatría Biológica*, 134-137.
- (15) Lumme S et al. Exceso de mortalidad en pacientes con trastornos mentales graves en 1996-2010 en Finland. *Más uno.* 2016; 11
- (16) Mecocci P, Cherubini A, Mariani E et al. *Aging Clin Exp Res* (2004) 16: 176. doi:10.1007/BF03327382.
- (17) Quiñones AR, Markwardt S, Thielke S, Rostant O, Vásquez E, Botoseneanu A. Prospective Disability in Different Combinations of Somatic and Mental Multimorbidity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2017 May 24.
- (18) Carnevali L, Montano N, Statello R, Sgoifo A. Rodent models of depression-cardiovascular comorbidity: Bridging the known to the new. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017 Jan 16. pii: S0149-7634(16)30449-3. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.11.006.
- (19) Chauvet-Gélinier JC et al. Review on depression and coronary heart disease. *Arch Cardiovasc Dis* 2013; 106 (2): 103-10.
- (20) Katon WJ, *Am J.* The Comorbidity of Diabetes Mellitus and Depression, *Med* 2008; 121 (11, suppl 2): S8-15.
- (21) Sanna L et al. Physical comorbidities in men with mood and anxiety disorders: a population based study. *BMC Med* 2013; 11:110.

- (22) Moussavi S et al. Depresión, enfermedades crónicas y decrementos en salud: resultados de las Encuestas Mundiales de Salud. *Lancet* 2007; 370 (9590): 851-8).
- (23) Aparicio, D. (6 de Junio de 2016). Guía clínica para el Tratamiento de los Trastornos Psicogerítricos. Obtenido de <https://www.psyciencia.com/2016/06/guia-clinica-para-el-tratamiento-de-los-trastornos-psicogeriatricos-pdf/>
- (24) Gay MC, Bungener C, Thomas S, Vrignaud P, Thomas PW, Baker R, Montel S, Heinzlef O, Papeix C, Assouad R, Montreuil M. Anxiety, emotional processing and depression in people with multiple sclerosis. *BMC Neurol.* 2017 Feb 23;17(1):43.
- (25) Härter MC et al. Associations between anxiety disorders and physical illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253 (6)
- (26) Sanna L et al. Physical comorbidities in men with mood and anxiety disorders: a population based study. *BMC Med* 2013; 11:110.
- (27) Kennedy GJ, Castro J, Chang M, Chauhan-James J, Fishman M. Psychiatric and Medical Comorbidity in the Primary Care Geriatric Patient-An Update. *Curr Psychiatry Rep.* 2016 Jul;18(7):62.
- (28) Gerencia de Atención Primaria, sector 3. Servicio Aragonés de Salud, Gobierno de Aragón. Población del sector, 2014 En: www.zaragoza3.es/Gerencia/Poblacion/pob_sector.htm. Acceso: 02 Marzo 2017-03-22.
- (29) *Rev Clin Esp* 2007;207:495-500 - Vol. 207 Núm.10 DOI: 10.1157/13111547
- (30) Seidel S, Beisteiner R, Manecke M, Aslan TS, Wöber C. Psychiatric comorbidities and photophobia in patients with migraine. *J Headache Pain.* 2017 Dec;18(1):18.
- (31) Ryu E, Chamberlain AM, Pendegraft RS, Petterson TM, Bobo WV, Pathak J. Quantifying the impact of chronic conditions on a diagnosis of major depressive disorder in adults: a cohort study using linked electronic medical records. *BMC Psychiatry.* 2016 Apr 26;16:114. doi: 10.1186/s12888-016-0821-x.
- (32) Lampl C, Thomas H, Tassorelli C, Katsarava Z, Laínez JM, Lantéri-Minet M, Rastenyte D, Ruiz de la Torre E, Stovner LJ, Andrée C, Steiner TJ. Headache, depression and anxiety: associations in the Eurolight project. *J Headache Pain.* 2016;17:59. doi: 10.1186/s10194-016-0649-2. Epub 2016 Jun 1
- (33) Alonso Galbán, P, Sansó Soberats, F, Díaz-Canel Navarro, A, Carrasco García, M, & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor . *Rev Cubana Salud Pública.*

ÍNDICE DE ANEXOS

MEDIA IAE	1
MEDIA ÍNDICE DE GRAVEDAD	1
MEDIA IAE TOTAL POR GRUPOS DIAGNÓSTICOS.....	2
MEDIA ÍNDICE DE GRAVEDAD POR GRUPOS DIAGNÓSTICOS.....	3
MEDIA IAE DE LOS PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD.....	3
MEDIA ÍNDICE DE GRAVEDAD POR GRUPOS DE EDAD	4
MEDIA IAE POR SEXO	4
MEDIA ÍNDICE DE GRAVEDAD POR SEXO	4
PACIENTES AGRUPADOS POR GRUPOS DIAGNÓSTICOS Y SEXO	5
GRUPOS DIAGNÓSTICOS POR PATOLOGÍAS.....	6
TMO * Patología Neurológica	7
Trastorno Uso Sustancias * Patología Cardíaca	7
Psicosis * Patología Cardíaca.....	8
Trastornos Afectivo * Patología Cardíaca	8
Trastornos Ansiedad * Patología Neurológica	9
Trastornos Sueño o Conducta Alimentaria * Patología Circulatoria.....	10
Trastornos de Personalidad * Patología Respiratoria.....	10
Trastornos del Desarrollo * Patología Hepática.....	11

Anexo

MEDIA IAE

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
IAE	168	3,00	18,00	9,4583	3,19591
N válido (según lista)	168				

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
IAE	168	82,4%	36	17,6%	204	100,0%

Tablas 1 y 2 Media IAE

MEDIA ÍNDICE DE GRAVEDAD

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Índice de Gravedad	168	1,00	3,00	1,6700	,28871
N válido (según lista)	168				

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Índice de Gravedad	168	82,4%	36	17,6%	204	100,0%

Tablas 3 y 4 Media Índice Gravedad

MEDIA IAE TOTAL POR GRUPOS DIAGNÓSTICOS

IAE_Total Descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
TMO	109	8,2110	4,85164	,46470	7,2899	9,1321	,00	18,00
Trastorno Uso Sustancias	8	5,2500	4,97853	1,76017	1,0878	9,4122	,00	13,00
Psicosis	8	7,3750	4,50198	1,59169	3,6112	11,1388	3,00	15,00
Trastornos Afectivos	42	7,8333	4,24216	,65458	6,5114	9,1553	,00	14,00
Trastornos Ansiedad	25	7,4000	4,70815	,94163	5,4566	9,3434	,00	14,00
Trastornos Sueño o Conducta Alimentaria	2	4,5000	6,36396	4,50000	-52,6779	61,6779	,00	9,00
Trastornos de Personalidad	2	7,5000	2,12132	1,50000	-11,5593	26,5593	6,00	9,00
Trastorno del desarrollo	1	4,0000					4,00	4,00
Total	197	7,8071	4,67553	,33312	7,1502	8,4641	,00	18,00

ANOVA

IAE_Total

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	112,315	7	16,045	,727	,649
Intra-grupos	4172,355	189	22,076		
Total	4284,670	196			

Tablas 5 y 6 Media IAE por grupos diagnósticos

MEDIA ÍNDICE DE GRAVEDAD POR GRUPOS DIAGNÓSTICOS

Descriptivos

Índice Gravedad

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
TMO	90	1,6873	,29683	,03129	1,6252	1,7495	1,00	3,00
Trastorno Uso Sustancias	5	1,7380	,30630	,13698	1,3577	2,1183	1,33	2,00
Psicosis	8	1,6525	,23639	,08358	1,4549	1,8501	1,25	2,00
Trastornos Afectivos	35	1,6837	,26504	,04480	1,5927	1,7748	1,00	2,33
Trastornos Ansiedad	20	1,6520	,33654	,07525	1,4945	1,8095	1,00	2,20
Trastornos Sueño o Conducta Alimentaria	1	1,2900	.	.	.	.	1,29	1,29
Trastornos de Personalidad	2	1,6500	,21213	,15000	-,2559	3,5559	1,50	1,80
Trastorno del desarrollo	1	1,3300	.	.	.	.	1,33	1,33
Total	162	1,6769	,28970	,02276	1,6320	1,7219	1,00	3,00

ANOVA

Índice Gravedad

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	,319	7	,046	,531	,810
Intra-grupos	13,194	154	,086		
Total	13,512	161			

Tablas 7 y 8 Media Índice de Gravedad por grupos diagnósticos

MEDIA IAE DE LOS PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD

ANOVA

IAE

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	478,276	35	13,665	1,470	,063
Intra-grupos	1227,433	132	9,299		
Total	1705,708	167			

Tabla 9 Media IAE por grupos de edad

MEDIA ÍNDICE DE GRAVEDAD POR GRUPOS DE EDAD

ANOVA

Índice de Gravedad

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	,111	3	,037	,440	,725
Intra-grupos	13,809	164	,084		
Total	13,920	167			

Tabla 10 Media Índice de Gravedad por grupos de edad

MEDIA IAE POR SEXO

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
IAE * Sexo	168	82,4%	36	17,6%	204	100,0%

Tabla 11 Media IAE por sexo

IAE Informe

Sexo	Media	N	Desv. típ.
Hombre	10,0156	64	3,04721
Mujer	9,1154	104	3,25101
Total	9,4583	168	3,19591

Tabla 12 Media IAE por sexo

MEDIA ÍNDICE DE GRAVEDAD POR SEXO

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Índice Gravedad * Sexo	168	82,4%	36	17,6%	204	100,0%

Tabla 13 Media Índice de gravedad por sexo

Índice Gravedad Informe

Sexo	Media	N	Desv. típ.
Hombre	1,6839	64	,27984
Mujer	1,6614	104	,29505
Total	1,6700	168	,28871

Tabla 14 Media Índice de gravedad por sexo

PACIENTES AGRUPADOS POR GRUPOS DIAGNÓSTICOS Y SEXO

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Grupo Diagnóstico * Sexo	197	96,6%	7	3,4%	204	100,0%

Tabla de contingencia Grupo Diagnóstico * Sexo

			Sexo		Total
			Hombre	Mujer	
Grupos Diagnósticos	TMO	Recuento	43	66	109
		% dentro de Grupo Diagnóstico	39,4%	60,6%	100,0%
		% dentro de Sexo	59,7%	52,8%	55,3%
	Trastorno Uso Sustancias	Recuento	6	<5	8
		% dentro de Grupo Diagnóstico	75,0%	n<5	100,0%
		% dentro de Sexo	8,3%	n<5	4,1%
	Psicosis	Recuento	<5	5	8
		% dentro de Grupo Diagnóstico	n<5	62,5%	100,0%
		% dentro de Sexo	n<5	4,0%	4,1%
	Trastornos Afectivos	Recuento	10	32	42
		% dentro de Grupo Diagnóstico	23,8%	76,2%	100,0%
		% dentro de Sexo	13,9%	25,6%	21,3%
	Trastornos Ansiedad	Recuento	7	18	25
		% dentro de Grupo Diagnóstico	28,0%	72,0%	100,0%
		% dentro de Sexo	9,7%	14,4%	12,7%
	Trastornos Sueño o Conducta Alimentaria	Recuento	<5	<5	<5
		% dentro de Grupo Diagnóstico	n<5	n<5	100,0%
		% dentro de Sexo	n<5	n<5	n<5
	Trastornos de Personalidad	Recuento	<5	<5	<5
		% dentro de Grupo Diagnóstico	n<5	n<5	100,0%
		% dentro de Sexo	n<5	n<5	n<5
	Trastorno del desarrollo	Recuento	<5	<5	<5
		% dentro de Grupo Diagnóstico	n<5	n<5	100,0%
		% dentro de Sexo	n<5	n<5	n<5
Total		Recuento	72	125	197
		% dentro de Grupo Diagnóstico	36,5%	63,5%	100,0%
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tablas 15 y 16 Pacientes por grupos diagnósticos y sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,586 ^a	7	,029
Razón de verosimilitudes	17,112	7	,017
N de casos válidos	197		

a. 8 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,37.

Tabla 17 Pacientes por grupos diagnósticos y sexo

GRUPOS DIAGNÓSTICOS POR PATOLOGÍAS

TMO y Patología Cardíaca

Tabla de contingencia

			Patología Cardíaca		Total
			No	Si	
TMO vs otros	No	Recuento	69	25	94
		% dentro de TMO vs otros	73,4%	26,6%	100,0%
		% dentro de Patología Cardíaca	47,6%	42,4%	46,1%
	Si	Recuento	76	34	110
		% dentro de TMO vs otros	69,1%	30,9%	100,0%
		% dentro de Patología Cardíaca	52,4%	57,6%	53,9%
Total	Recuento	145	59	204	
	% dentro de TMO vs otros	71,1%	28,9%	100,0%	
	% dentro de Patología Cardíaca	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,459 ^a	1	,498		
Corrección por continuidad ^b	,273	1	,601		
Razón de verosimilitudes	,460	1	,498		
Estadístico exacto de Fisher				,538	,301
N de casos válidos	204				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 27,19.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 18 y 19 Pacientes TMO y patología cardíaca

TMO * Patología Neurológica

Tabla de contingencia

			Patología Neuro		Total
			No	Si	
TMO	No	Recuento	62	32	94
		% dentro de TMO vs otros	66,0%	34,0%	100,0%
		% dentro de Patología Neuro	70,5%	27,6%	46,1%
	Si	Recuento	26	84	110
		% dentro de TMO vs otros	23,6%	76,4%	100,0%
		% dentro de Patología Neuro	29,5%	72,4%	53,9%
Total	Recuento	88	116	204	
	% dentro de TMO vs otros	43,1%	56,9%	100,0%	
	% dentro de Patología Neuro	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,010 ^a	1	,000		
Corrección por continuidad ^b	35,305	1	,000		
Razón de verosimilitudes	38,074	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
N de casos válidos	204				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 40,55.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tablas 20 y 21 TMO y patología neurológica

Trastorno Uso Sustancias * Patología Cardíaca

Tabla de contingencia

			Patología Cardíaca		Total
			No	Si	
Trastorno Uso Sustancias Si	No	Recuento	140	56	196
		% dentro de Trastorno Uso Sustancias Si	71,4%	28,6%	100,0%
		% dentro de Patología Cardíaca	96,6%	94,9%	96,1%
	Si	Recuento	5	3	8
		% dentro de Trastorno Uso Sustancias Si	62,5%	37,5%	100,0%
		% dentro de Patología Cardíaca	3,4%	5,1%	3,9%
Total	Recuento	145	59	204	
	% dentro de Trastorno Uso Sustancias Si	71,1%	28,9%	100,0%	
	% dentro de Patología Cardíaca	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,298 ^a	1	,585		
Corrección por continuidad ^b	,022	1	,882		
Razón de verosimilitudes	,284	1	,594		
Estadístico exacto de Fisher				,693	,421
N de casos válidos	204				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,31.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tablas 22 y 23 Trastorno uso de sustancias y patología cardíaca

Psicosis * Patología Cardíaca

Tabla de contingencia

			Patología Cardíaca		Total
			No	Si	
Psicosis	No	Recuento	140	56	196
		% dentro de Psicosis	71,4%	28,6%	100,0%
		% dentro de Patología Cardíaca	96,6%	94,9%	96,1%
	Si	Recuento	5	3	8
		% dentro de Psicosis	62,5%	37,5%	100,0%
		% dentro de Patología Cardíaca	3,4%	5,1%	3,9%
Total	Recuento	145	59	204	
	% dentro de Psicosis	71,1%	28,9%	100,0%	
	% dentro de Patología Cardíaca	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,298 ^a	1	,585		
Corrección por continuidad ^b	,022	1	,882		
Razón de verosimilitudes	,284	1	,594		
Estadístico exacto de Fisher				,693	,421
N de casos válidos	204				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,31.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tablas 24 y 25 Psicosis y patología cardíaca

Trastornos Afectivo * Patología Cardíaca

Tabla de contingencia

		Patología Cardíaca		Total	
		No	Si		
Trastornos Afectivo		Recuento	1	0	1
		% dentro de Trastornos Afectivo	100,0%	,0%	100,0%
		% dentro de Patología Cardíaca	,7%	,0%	,5%
	No	Recuento	113	48	161
		% dentro de Trastornos Afectivo	70,2%	29,8%	100,0%
		% dentro de Patología Cardíaca	77,9%	81,4%	78,9%
	Si	Recuento	31	11	42
		% dentro de Trastornos Afectivo	73,8%	26,2%	100,0%
		% dentro de Patología Cardíaca	21,4%	18,6%	20,6%
Total	Recuento	145	59	204	
	% dentro de Trastornos Afectivo	71,1%	28,9%	100,0%	
	% dentro de Patología Cardíaca	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,622 ^a	2	,733
Razón de verosimilitudes	,900	2	,638
N de casos válidos	204		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,29.

Tablas 26 y 27 Trastorno afectivo y patología cardíaca

Trastornos Ansiedad * Patología Neurológica

Tabla de contingencia

			Patología Neuro		Total
			No	Si	
Trastornos Ansiedad	No	Recuento	71	108	179
		% dentro de Trastornos Ansiedad	39,7%	60,3%	100,0%
		% dentro de Patología Neuro	80,7%	93,1%	87,7%
	Si	Recuento	17	8	25
		% dentro de Trastornos Ansiedad	68,0%	32,0%	100,0%
		% dentro de Patología Neuro	19,3%	6,9%	12,3%
Total	Recuento	88	116	204	
	% dentro de Trastornos Ansiedad	43,1%	56,9%	100,0%	
	% dentro de Patología Neuro	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,180 ^a	1	,007		
Corrección por continuidad ^b	6,071	1	,014		
Razón de verosimilitudes	7,162	1	,007		
Estadístico exacto de Fisher				,009	,007
N de casos válidos	204				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,78.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tablas 28 y 29 Ansiedad y patología neurológica

Trastornos Sueño o Conducta Alimentaria * Patología Circulatoria

Tabla de contingencia

			Patología Circulatoria		Total
			No	Si	
Trastornos Sueño o Conducta Alimentaria	No	Recuento	66	136	202
		% dentro de Trastornos Sueño o Conducta Alimentaria	32,7%	67,3%	100,0%
		% dentro de Patología Ctrc-Sangre	98,5%	99,3%	99,0%
	Si	Recuento	1	1	2
		% dentro de Trastornos Sueño o Conducta Alimentaria	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Patología Ctrc-Sangre	1,5%	,7%	1,0%
Total		Recuento	67	137	204
		% dentro de Trastornos Sueño o Conducta Alimentaria	32,8%	67,2%	100,0%
		% dentro de Patología Ctrc-Sangre	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,270 ^a	1	,604		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,253	1	,615		
Estadístico exacto de Fisher				,550	,550
N de casos válidos	204				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,66.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tablas 30 y 31 Trastorno del sueño o conducta alimentaria y patología circulatoria

Trastornos de Personalidad * Patología Respiratoria

Tabla de contingencia

			Patología EPOC		Total
			No	Si	
Trastornos de Personalidad	No	Recuento	169	33	202
		% dentro de Trastornos de Personalidad	83,7%	16,3%	100,0%
		% dentro de Patología EPOC	98,8%	100,0%	99,0%
	Si	Recuento	2	0	2
		% dentro de Trastornos de Personalidad	100,0%	,0%	100,0%
		% dentro de Patología EPOC	1,2%	,0%	1,0%
Total		Recuento	171	33	204
		% dentro de Trastornos de Personalidad	83,8%	16,2%	100,0%
		% dentro de Patología EPOC	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,390 ^a	1	,532		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,710	1	,400		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,702
N de casos válidos	204				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,32.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tablas 32 y 33 Trastorno de personalidad y patología respiratoria

Trastornos del Desarrollo * Patología Hepática

Tabla de contingencia

			Patología Hepática		Total
			No	Si	
Trastornos del Desarrollo	No	Recuento	193	10	203
		% dentro de Trastornos del Desarrollo	95,1%	4,9%	100,0%
		% dentro de Patología Hígado	99,5%	100,0%	99,5%
	Si	Recuento	1	0	1
		% dentro de Trastornos del Desarrollo	100,0%	,0%	100,0%
		% dentro de Patología Hígado	,5%	,0%	,5%
Total	Recuento	194	10	204	
	% dentro de Trastornos del Desarrollo	95,1%	4,9%	100,0%	
	% dentro de Patología Hígado	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,052 ^a	1	,820		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,101	1	,751		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,951
N de casos válidos	204				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tablas 34 y 35 Trastorno del desarrollo y patología hepática