

El psiquiatra de enlace y el enfermo anciano

Decía Azorín con ese estilo suyo tan escueto como contundente: “El viejo es un enfermo sano”. Y es que el inevitable deterioro físico, psíquico y muchas veces social que comporta la vejez hace que cualquier anciano, aunque en principio esté “sano”, pueda ser considerado como enfermo. Pero además ese “enfermo sano” que es el anciano en condiciones normales, enferma con mucha frecuencia y por múltiples causas, lo que le hace ser usuario habitual de los distintos servicios sanitarios, incluido el ingreso hospitalario.

Actualmente el porcentaje de pacientes geriátricos ingresados en cualquier hospital general es tan elevado y el espectro de problemas que plantean esos pacientes es tan amplio, que su asistencia ha llegado a ser uno de los principales retos a que debe enfrentarse el psiquiatra de enlace en su quehacer diario. Y en el futuro este reto será aún mayor. Según estimaciones de la Organización de Naciones Unidas (ONU), en el año 2025 el 22% de la población mundial tendrá más de 65 años, y este porcentaje aumentará de forma considerable si las previsiones se centran exclusivamente en la población de los países desarrollados. En nuestro país, cuyo envejecimiento poblacional es uno de los más alarmantes del mundo occidental, los mayores de 60 años representan actualmente el 21% de la población y se estima que de aquí al año 2025 serán el único segmento de población que crecerá hasta llegar al 30% del total. El número de personas muy mayores (octogenarios, nonagenarios y centenarios) se triplicará de 1980 a 2025, llegando a alcanzar los 2,3 millones, esto es, el 6% del total poblacional.

¿Pero qué es un anciano? Cuando yo era muy joven, recuerdo haber leído en un periódico: “Anciano de 50 años atropellado por una motocicleta”. Teniendo yo entonces apenas 20 años y muy lejos por tanto de los 50, aquella noticia me extrañó. Hoy, acabando de pasar por la aduana de esa frontera con un buen nivel de energía, optimismo y numerosos proyectos, evidentemente me hubiera producido un profundo sentimiento de injusticia con ciertas dosis de desasosiego. En efecto, hasta hace poco se decía que la tercera edad comenzaba a los 65 años pero si la tercera edad es sinónimo de ancianidad, está claro que tenemos que reconsiderar nuestros criterios. Aunque el sentirse viejo es un asunto muy individual que no guarda paralelo con la edad cronológica, la definición de anciano requiere una revisión y desde luego una ampliación de los límites de edad en que tradicionalmente se situaba el comienzo de la vejez. Con mucha ironía decía Bernard Shaw que la vejez tiene dos ventajas: Dejan de dolernos las muelas y dejamos de oír las muchas tonterías que se dicen a nuestro alrededor. En la era de los implantes dentales nadie tiene que vivir sin muelas y los avances en prótesis auditivas nos permiten seguir oyendo durante muchos años... Está claro que se está retrasando el límite en que comienza la vejez y que está totalmente justificado incorporar el concepto de cuarta edad para incluir al grupo de los “muy mayores” o personas con edades superiores a los 85 años.

Los pacientes “muy mayores” lógicamente tienen un perfil psicofísico específico y plantean unos problemas de manejo peculiares a los que el psiquiatra se tiene que enfrentar. En primer lugar hay que mencionar el frecuentemente escaso apoyo sociofamiliar. Fuera del entorno rural en el cual todavía se conserva entre los roles de la familia la acogida y el cuidado de los ancianos, en las ciudades la estructura familiar cada vez más atomizada y la plena incorporación de la mujer al mundo laboral dificulta extraordinariamente la atención de los mayores. Muchos de los pacientes que ingresan en el hospital general viven solos o en una residencia de ancianos con un soporte familiar escaso o nulo.

Por otra parte, como ya hemos dicho, el paciente geriátrico suele presentar con frecuencia enfermedades crónicas de base sobre las que asientan reagudizaciones y nueva patología compleja que va generando progresivamente incapacidad y pérdida de autonomía. Esta patología múltiple condiciona con mucha frecuencia la polimedicación del paciente, que acusa con facilidad los efectos secundarios de numerosos fármacos habituales sobre un rendimiento cognitivo en muchos casos ya afectado. Esta lentitud cognitiva conlleva entrevistas más difíciles y laboriosas para el especialista que tiene que dedicar a estos pacientes una mayor cantidad de tiempo en la realización de la anamnesis y la exploración.

La presentación de episodios de delirium es una complicación habitual en la clínica de los ancianos tratados en el hospital, que sorprendentemente no siempre es reconocida con facilidad por los especialistas no psiquiatras. El enfermo anciano presenta también un mayor riesgo de suicidio, sobre todo en aquellos casos en los que predominan las situaciones de desmoralización o la clínica depresiva franca. En este sentido las demandas de eutanasia cada vez van a ser más frecuentes. Otro aspecto sobre el que se está solicitando más la colaboración del psiquiatra es la valoración de la competencia del paciente anciano en situaciones de contenido bioético y médico-legal de creciente complejidad.

Es evidente, pues, que debemos mejorar nuestra formación en psicogeriatría, pero también en medicina geriátrica. Posiblemente es este área de la psiquiatría la que nos exige una mayor competencia médica, ya que en ella la relación entre los aspectos médicos y psiquiátricos es la más estrecha en nuestra especialidad. Aspectos como el delirium, el diagnóstico diferencial de la demencia, las pseudodemencia, las complicaciones psiquiátricas de los accidentes cerebrovasculares, del parkinson, del cáncer, etc. constituyen el día a día del psiquiatra de enlace.

Hace unos años se dijo que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en el anciano era baja (Estudio ECA) (1). Hoy día esta afirmación parece cuanto menos dudosa (2) y nos obliga a reflexionar sobre aspectos tan discutidos en psiquiatría como el infradiagnóstico y la necesidad de ajustar nuestras categorías y criterios diagnósticos a un concepto emergente que es el paciente "muy anciano". Ello conlleva la necesidad de ampliar la investigación en este campo y de desarrollar criterios diagnósticos específicos, instrumentos de screening y de valoración y nuevas estrategias terapéuticas. De la misma forma que un niño no es un "adulto enano" un anciano tampoco es un "adulto arrugado". En el anciano concurren unas circunstancias biopsicosociales que hacen que su manejo tenga aspectos claramente diferenciales frente al paciente adulto. Todo ello abre un campo importante de desarrollo de la psicogeriatría como subespecialidad psiquiátrica, así como, la imperiosa necesidad formativa del psiquiatra de interconsulta-enlace en estos aspectos.

Eduardo García Camba

Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

1. Robins LN, Regier DA (eds): Psychiatric Disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study. New York, Free Press, 1991.
2. Blazer DG: Psychiatry and the Oldest Old. Am J Psychiatry 2000; 157: 1915-1924.