

Impacto del envejecimiento en la psiquiatría

Romina Rubin

*Directora Médica del Hogar y Centro de Ancianos para la Comunidad judía
"Hogar Ledor Vador"
E-mail: rubinromina@yahoo.com.ar*

Ricardo Jauregui

Unidad de Investigación en Biología del Envejecimiento, Hospital italiano de San Justo, Agustín Rocca, Argentina

Introducción

En el transcurso de las últimas décadas se ha observado un aumento sostenido de la población de adultos mayores tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. El incremento de la expectativa de vida ha ido adquiriendo gran importancia. En EE.UU. en 1997 el 13% de la población era mayor de 65 años, es decir, 34 millones de personas de las cuales 4 millones eran mayores de 85 años. Según la proyección para el año 2030 esos números se duplicarán, llegando a 70 millo-

nes de personas mayores de 65 años, con 8 millones de mayores de 85 años (1). Actualmente, en el mundo hay 868 millones de personas mayores de 60 años (aproximadamente el 12% de la población mundial). Para 2050 aumentará hasta el 21% y serán casi dos mil millones de personas (2).

Se prevé un incremento de las personas mayores de 60 de más del doble en todo el mundo para el 2050. Ese año, casi 8 de cada 10 personas de edad del mundo vivirá en las regiones menos desarrolladas. El aumento constante

Resumen

Los cambios asociados al envejecimiento influyen en la presentación clínica y el abordaje de tratamiento de la enfermedad psiquiátrica en personas mayores. Varias enfermedades psiquiátricas son frecuentes en la vejez como la depresión o el conjunto de patologías con deterioro cognitivo que requieren de conocimiento geriátrico. En muchos países la psiquiatría del anciano es llamada *psicogeriatría* o *geriatría psiquiátrica*. Independientemente del nombre, es objetivo de este artículo transmitir que el psiquiatra que atiende pacientes mayores de 65 años, con pluripatología, con criterios de fragilidad, problemas sociales y polifarmacia debe contar con algunas herramientas además del profundo conocimiento de patología psiquiátrica en sí, tales como el trabajar en equipo, conocer cambios fisiológicos del envejecimiento y cómo influyen estos en la respuesta a los fármacos, conocer la presentación atípica de enfermedades en este grupo y tener presente la importancia de aspectos psicosociales y ambientales tanto en la presentación como en el abordaje y seguimiento de la enfermedad.

Palabras clave: Envejecimiento – Psiquiatría – Geriatría.

IMPACT OF AGING IN PSYCHIATRY

Abstract

The changes associated with aging influence the clinical presentation and treatment approach of psychiatric illness. Several psychiatric disorders are common in old age as depression or set of diseases with cognitive impairment requiring geriatric knowledge. In many countries psychiatry of the elderly are called psychogeriatric. Regardless of the name objective of this article is to convey that the psychiatrist who treats patients over 65 years with multiple disorders, with frailty, social problems and polypharmacy should have some tools in addition to the thorough understanding of psychiatric illness itself. Teamwork, meet physiological changes of aging and how these affect the response to drugs, atypical presentation of illness and keep in mind the importance of psychosocial and environmental issues both in presentation and in addressing and monitoring of disease.

Key words: Aging – Psychiatry – Geriatric.

de la longevidad humana constituye uno de los mayores cambios y desafíos de nuestro tiempo. Y si el mundo no se adapta a las nuevas tendencias demográficas será difícil lograr un futuro sostenible y seguro en el que las personas de todas las edades lleven una vida plena (2).

En la evaluación psiquiátrica tradicional se pierde con frecuencia la complejidad del paciente geriátrico. Esto también sucede en la evaluación tradicional de diferentes especialidades en las cuales se coloca el centro en la enfermedad en lugar de hacerlo en la persona. La visión centrada en la persona precisa una valoración integral teniendo en cuenta aspectos psicosociales, ambientales, económicos y, obviamente, clínicos, dentro del cual un componente fundamental es el análisis de la comorbilidad y el trabajo en equipo. El objetivo de este artículo es plasmar la importancia de adquirir habilidades diferentes cuando el psiquiatra elige asistir al paciente anciano con enfermedad psiquiátrica.

Desafíos de la psiquiatría en un mundo que envejece

La explosión demográfica ocurrida durante el siglo XX implica un compromiso para enfrentar sus posibles consecuencias en todos los aspectos. Desde el punto de vista médico, en principio, se debe tener en claro que el anciano no es simplemente una persona mayor de 65 años. En el curso del envejecimiento se producen una serie de cambios en todos los órganos y sistemas, con la consecuente pérdida de reserva funcional que hace que los individuos de edad más avanzada sean más vulnerables a determinadas noxas, como pueden ser una infección, un medicamento, una mudanza o la pérdida de un ser querido. En la génesis de estos cambios participan tres tipos de factores que están de alguna manera relacionados entre sí. El primero es consecuencia de los cambios fisiológicos que no se producen de forma sincrónica. El segundo factor es la suma de enfermedades crónicas y agudas, que van dejando su impronta a lo largo del tiempo. Y el tercero deriva del impacto que tienen sobre el individuo los eventos ambientales y psicosociales (3, 4, 5).

Los ancianos son los que más utilizan los servicios sociales y de salud, tanto en atención primaria como en otros niveles; ocupan la mayor proporción de camas hospitalarias, con el mayor índice de mortalidad, de estancia hospitalaria y mayor número de reingresos. Sin embargo, las consecuencias del envejecimiento poblacional no pueden reducirse sólo a la esfera de la salud, sino que alcanzan también el ámbito socioeconómico y cultural. Desde las décadas de 1950 y 1960, se han venido identificando problemas de salud específicos de los ancianos no descritos en la literatura médica habitual, caracterizados por la presencia de vulnerabilidades, respuestas fisiológicas decrecientes, declinación funcional, sumatoria de enfermedades, incapacidades y dependencias, que constituyen hoy en día los “síndromes geriátricos” y que necesitan de un cuerpo de conocimiento nuevo para su interpretación y manejo. En ancianos complejos con pluripatología, la enfermedad psiquiátrica se presenta en este contexto (4).

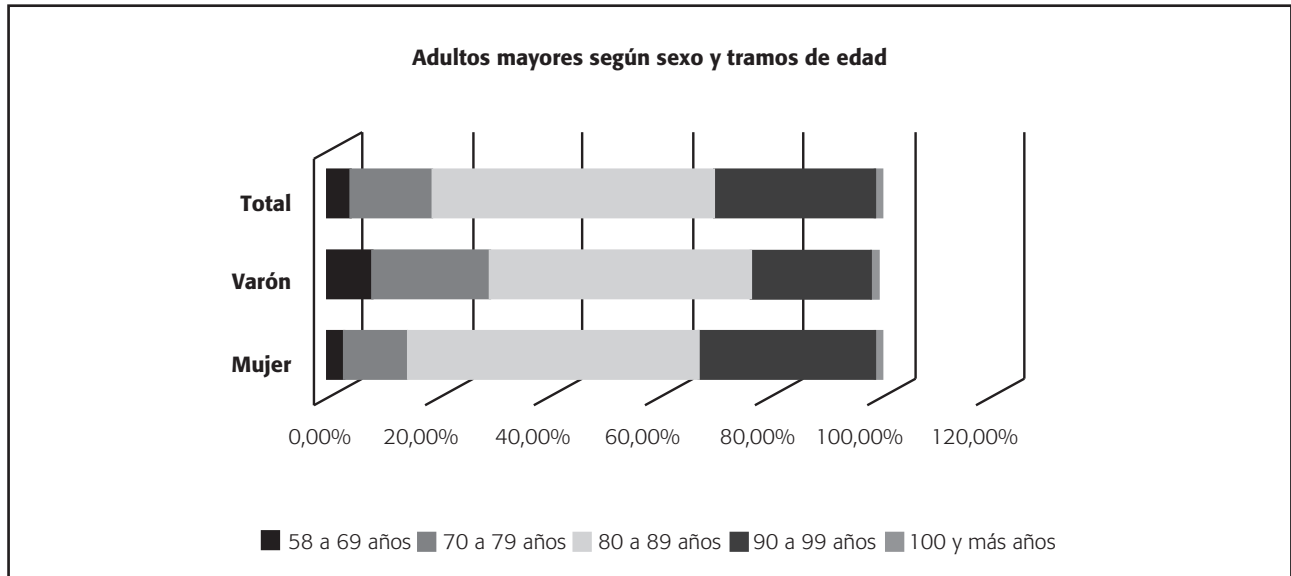
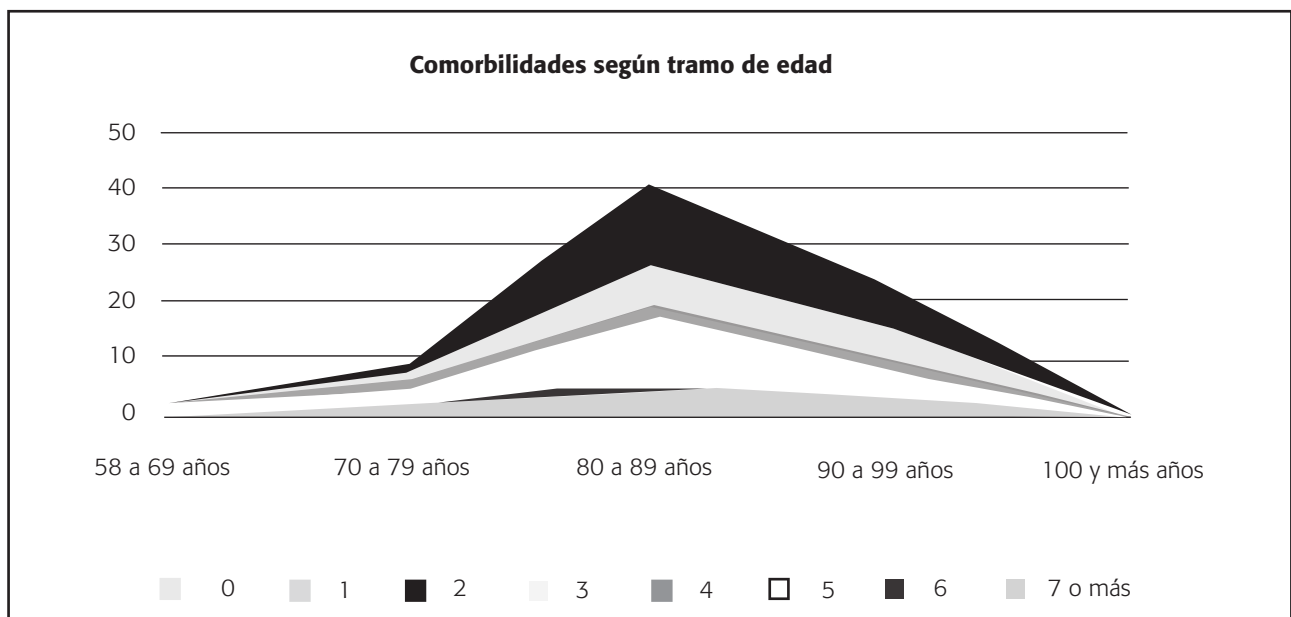
En 1976 Bernard Isaacs publicó sus *Gigantes de la geriatría*. La descripción de los mismos se ajusta perfectamente a lo que después en la evolución del conocimiento configuró las características de los síndromes geriátricos. Isaacs describió los gigantes como el síndrome de las “cuatro íes”: “inestabilidad, incontinencia, inmovilidad e incompetencia intelectual” (6), los cuales se presentan como una discapacidad instalada, pero que suelen ser expresión final (*final pathway*) de múltiples enfermedades crónicas con grados variables de recuperación. Impactan fuertemente en la calidad de vida de las personas afectadas, son procesos prolongados que deben ser asistidos en los diferentes escenarios (hospital, residencias, clínicas de rehabilitación y, menos frecuentemente, en atención primaria). Las admisiones hospitalarias o geriátricas no se deben solamente a patología médica, existe una fuerte asociación secuencial entre las diversas enfermedades o intercorrelaciones que determinan la aparición de un “efecto cascada”, que puede expresarse como “cascada de la incapacidad y la dependencia” (5). Esta cadena de eventos, que deriva finalmente en la pérdida de independencia, consiste en que una vez que aparece un problema de salud o situación social, su sola presencia puede generar la aparición de un nuevo problema, y éste determinar la aparición de un tercero que desencadena un fenómeno en cascada que resulta devastador para el paciente. Situación frecuente en geriatría, que puede ser desencadenada por un fármaco, un cambio brusco en la familia, una infección (7).

¿Qué es la comorbilidad?

Formalmente la comorbilidad se define como la presencia concurrente de dos o más enfermedades diagnosticadas médicamente en el mismo individuo, con el diagnóstico de cada una de estas enfermedades basado en criterios establecidos y no relacionadas causalmente con el diagnóstico primario. El término ha evolucionado y en la actualidad hace referencia, en la mayoría de las ocasiones, a las diferentes enfermedades o condiciones morbosas que acompañan a una patología protagonista aguda (infarto agudo de miocardio, ictus, etc.) o crónica (insuficiencia renal crónica, hepatopatía crónica, etc.) (8).

Existen pocos datos disponibles que describan el fenómeno de la comorbilidad en mayores de 65 años, en algunas fuentes es del 98% (9). En un análisis realizado en el año 2012 en el Hogar y Centro de Ancianos para la Comunidad Judía (Hogar LeDor VaDor) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, sobre una población de 317 personas mayores institucionalizadas, se reportaron los siguientes datos: el promedio de edad fue de 87.7 años; había en ese momento 93 pacientes mayores de 90 años y el 50% superaba los 80 (Gráfico 1). Se analizó la concurrencia de enfermedades crónicas y se observó que la franja etaria comprendida entre los 80 y 89 años concentraba la mayor cantidad de patologías, entre cinco y siete (Gráfico 2).

Apenas hay estudios sobre comorbilidad realizados en España exclusivamente en el paciente anciano. Sin

Gráfico 1. Población Ledor Vador por edad y sexo.**Gráfico 2.** Comorbilidades según tramo de edad.

embargo, hay grandes diferencias en las fuentes de datos y en los resultados. De todas maneras, en los estudios poblacionales realizados, la prevalencia de comorbilidad aumenta con la edad (10). El aumento en el número de personas que sufren más de una afección crónica "plantea un desafío complejo para el sistema de atención de salud, tanto en términos de la calidad de vida como de los gastos para una población que envejece", según el informe del CDC (*Center of Diseases Control and Prevention, USA*), de julio de 2012 (11).

Los ancianos habitualmente tienen múltiples enfermedades crónicas y ninguna de éstas puede tratarse de manera independiente; es común, además, que los ancianos con pluripatología tomen varios medicamen-

tos (11), lo que complica aún más el abordaje. El riesgo de efectos adversos es mayor a mayor número de fármacos administrados. Es necesario tener presente cada uno de estos aspectos a la hora de prescribir. Entre un 5% y un 17% de los ingresos hospitalarios se deben a reacciones adversas y entre el 28% y el 68% son prevenibles. El 50% de las complicaciones en individuos internados se debe a la utilización de fármacos (12). Por otra parte los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento hacen a los ancianos más susceptibles a algunas drogas de uso común en psiquiatría como las benzodiacepinas, antidepresivos y antipsicóticos. Incluso, algunos de estos forman parte de un grupo de drogas potencialmente inapropiadas en ancianos (13).

Relación de la comorbilidad y la fragilidad y discapacidad

En los últimos años ha habido un interés creciente por la *fragilidad*. Si en las décadas de 1960 y 1970 se sentaron las bases de la evaluación geriátrica del adulto mayor, y en la de 1980 se demostró la utilidad de la valoración geriátrica integral, desde la década de 1990 el interés se concentró en la evaluación de la fragilidad en el anciano. La mayoría concuerda en que la *fragilidad* es un estado asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica que se traduciría en el individuo en un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y una mayor vulnerabilidad ante eventos adversos, y que se manifiesta en mayor morbilidad y mortalidad y reacción en cascada o cascada de eventos adversos descripta previamente (10).

A pesar de la aparente claridad conceptual de las definiciones anteriores, la dificultad continúa siendo determinar los factores específicos que llevan a la fragilidad (ver Tabla 1).

En la Tabla 1 se resumen los factores biomédicos encontrados en los distintos estudios, según Frank Lally. En la última década han surgido numerosos intentos de encontrar cuáles son los criterios que identifican mejor a los pacientes frágiles. Una de las principales investigadoras sobre el tema, Linda Fried, publicó los resultados del seguimiento de 5317 personas mayores, entre 65 y 101 años, durante 4 y 7 años, como parte del estudio de la cohorte del *Cardiovascular Health Study* (13). Definió la *fragilidad* de acuerdo con la presencia de al menos 3 de 5 criterios: fatiga crónica autorreferida, debilidad, inactividad, disminución de la velocidad de la marcha y pérdida de peso.

En el estudio se demostró que los pacientes que presentaban tres o más componentes del fenotipo padecían mayor riesgo de caídas, pérdida de movilidad, alteración en la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, hospitalización y muerte. Se pudo demostrar que el grupo frágil se diferenciaba del grupo con discapacidad (definido como restricción en al menos una actividad de la vida diaria, AVD) y del grupo con comorbilidad

(presencia de al menos dos enfermedades determinadas). A pesar de existir superposición entre estos tres grupos, una parte de la muestra era exclusivamente frágil, y otra reunía las tres condiciones. En su trabajo, Fried concluye que *fragilidad* no es sinónimo de discapacidad y que los términos no son excluyentes (Figura 1) (14).

La fragilidad ha sido asociada también con varias enfermedades, en particular las cardiovasculares.

Algunas concepciones de fragilidad asocian el acúmulo de enfermedades crónicas y la presencia de síndromes geriátricos con resultados adversos y edad avanzada.

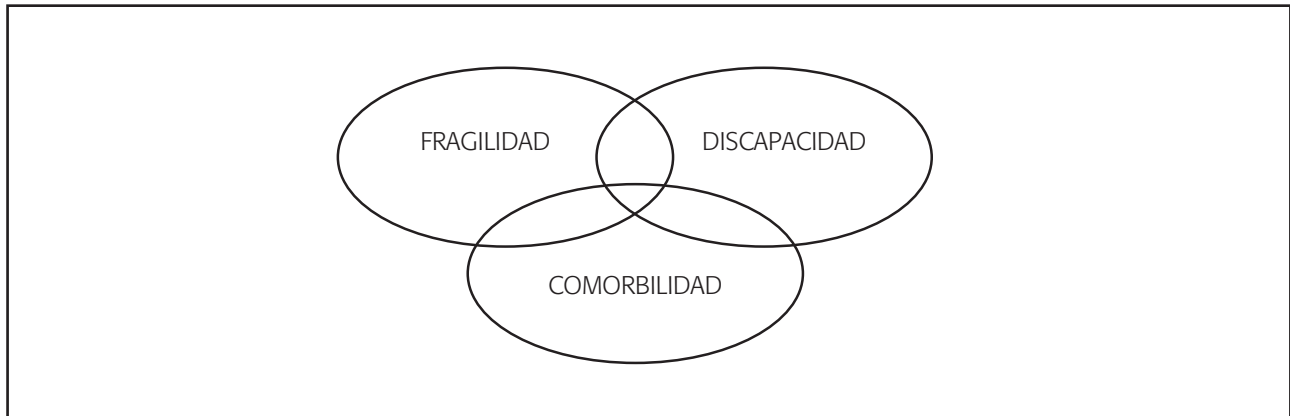
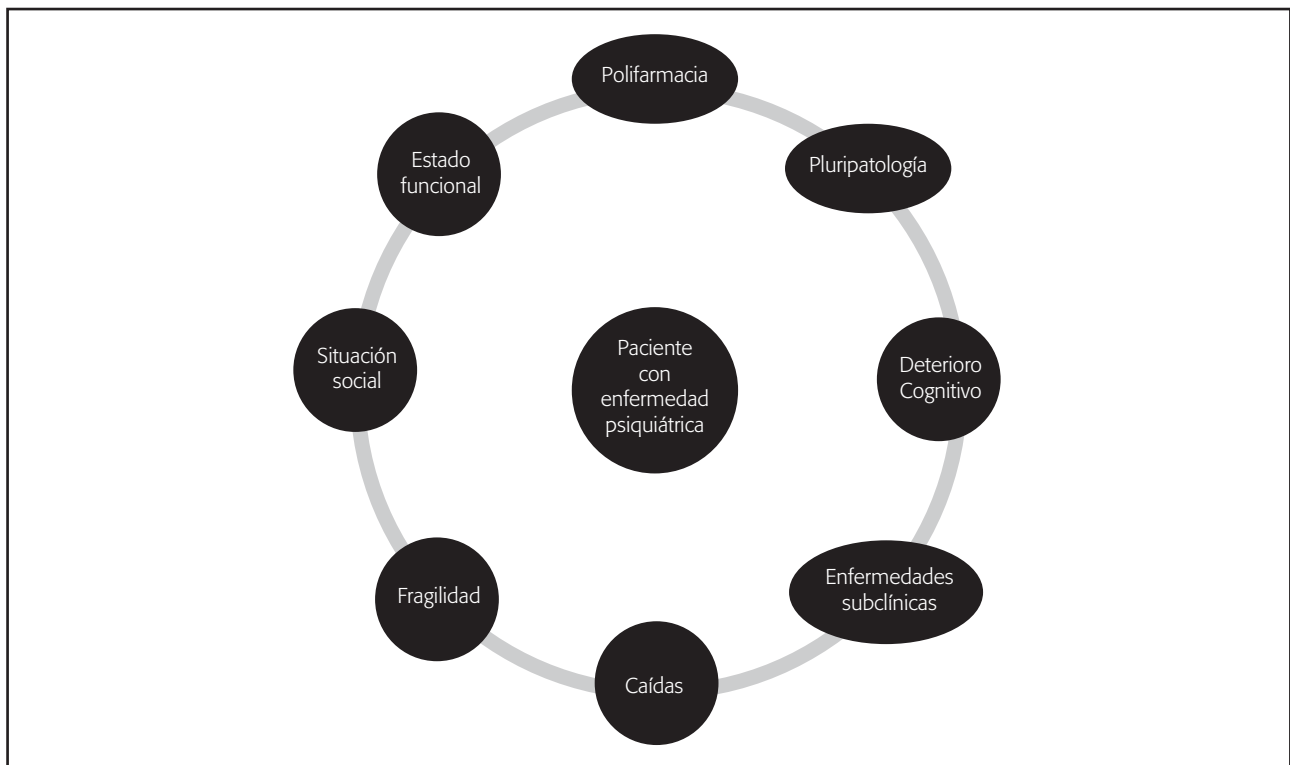
Nos encontramos en un escenario complejo, que requiere de una mirada más profunda y holística en la medicina geriátrica, un abordaje integral e integrado centrado en la persona, que obliga a la psiquiatría a adquirir más habilidades especiales además del muy buen manejo de enfermedades específicas, con mirada amplia como para asistir a un paciente complejo (Figura 2).

Dentro de las enfermedades psiquiátricas en la vejez se encuentran, en primer lugar, la depresión y el deterioro cognitivo. Con respecto a la primera, se estima que será la segunda causa de discapacidad en el año 2020, poco menos que las cardiovasculares. Por su parte, el impacto del deterioro cognitivo en este grupo etario hace que las enfermedades psiquiátricas puedan presentarse de manera atípica o no habitual (15). La prevalencia de demencia oscila entre el 5 y el 14,9% en mayores de 65 años. Pero la incidencia de deterioro cognitivo leve o mínimo es la que más puede confundir los casos de atención psiquiátrica debido a que los cuadros no son tan floridos y entonces pueden ser mal entendidos como problemas de origen psiquiátrico. Según una investigación hecha en Argentina, la prevalencia de DCM Mnésico es del 9.1% global después de los 55 años y del DCM Multidominio del 4.5% (16).

Sin una amplia integración de los datos de comorbilidad, un creciente número de personas mayores y sus médicos se quedarán con recomendaciones terapéuticas sin relevancia para su edad y nivel de complejidad.

Tabla 1. Factores biomédicos que pueden contribuir a la fragilidad.

Clínicos	Fisiopatología
Debilidad muscular	Insulinorresistencia
Pérdida de peso no intencional	Incremento en la coagulación
Infección viral	Sarcopenia
Comorbilidades	Disminución de la inmunidad
Deterioro cognitivo	Disminución de la testosterona
Fatiga	
Anemia, inflamación	

Figura 1. Relación de la fragilidad, la comorbilidad y la discapacidad.**Figura 2.** El paciente de hoy.

Qué debe saber un psiquiatra para atender ancianos

La psiquiatría geriátrica se ha convertido ya en una sub-especialidad. En el anciano, los cuadros psiquiátricos toman formas atípicas y el tratamiento de los mismos debe tomar en cuenta los cambios fisiológicos y las enfermedades concomitantes. Los cuadros clínicos más comunes en esta población incluyen la depresión, deterioros cognitivos dentro de los que se encuentra la demencia y algunas psicosis crónicas. Los tratamientos psiquiátricos, particularmente los farmacológicos, tienden a causar efectos colaterales específicos (17), mayores en presencia de pluripatología, polifarmacia, aspectos psicosociales y

del ambiente. Para minimizar los mismos se recomienda seguir los principios de prescripción en geriatría:

- Prescribir solo cuando sea estrictamente necesario.
- Elegir la medicación cuidadosamente.
- Comenzar con la dosis más baja efectiva y aumentar progresivamente.
- Tratamientos simples, escritos con letra clara y detallados.
- Conocer cambios fisiológicos.
- Monitorear de cerca los efectos adversos e interacciones medicamentosas.
- Revisar periódicamente la indicación.
- Revisar también automedicación.

- Considerar siempre las medidas no farmacológicas.

¿Por qué es una sub-especialidad?

Porque reúne ciertas características que hacen necesario el conocimiento específico para el manejo adecuado de los pacientes. Estos son:

- Los trastornos mentales pueden tener diferentes manifestaciones, patogenia y fisiopatología de los adultos más jóvenes.
- Coexistencia de enfermedad médica crónica, que obliga al trabajo en equipo con geriatras.
- Frecuentemente se asocia la polifarmacia que requiere de habilidades de manejo de los tratamientos.
- Déficit cognitivo está presente como manifestación de efecto a drogas, manifestación de patología o patología específica.
- Mayor riesgo para estresores sociales, incluida la jubilación y viudez, que deben tenerse en cuenta a la hora de elegir y monitorear un tratamiento o pensar en el diagnóstico.

La evaluación psiquiátrica desde una perspectiva geriátrica de las personas mayores debe tener ciertas características, a saber:

Es posible que se necesite información del cuida-

dor, esto puede tomar un tiempo prolongado debido a un menor tiempo de respuesta, ver pacientes solos para evaluar la ideación suicida / homicida aunque tuvieran deterioro cognitivo, revisión de todos los medicamentos, aun aquellos sin receta médica, también aquellos a base de hierbas y buscar historia de alcoholismo y abuso de sustancias que suele no pensarse.

Es de buena práctica evaluar cualquier cambio en lo cognitivo, lo cual obliga a conocer el status previo del paciente, la biografía o tener la habilidad de interrogar cuidadosamente al cuidador. Descartar siempre las interacciones entre medicamentos o problemas médicos, más aun si impresiona deprimido o ansioso, las personas mayores generalmente requieren menos medicación para tratar los mismos síntomas. Regla de oro: "empezar de a poco, e ir despacio, pero ir" (*"start low, go slow, but go"*). Tanto la complejidad de los pacientes mayores de 65 años, la frecuencia de comorbilidad asociada, los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos, el mayor riesgo de síndrome confusional, de efectos colaterales, la influencia de los cambios ambientales sociales, ponen en jaque al psiquiatra desafiando la capacidad de trabajo en equipo para lograr mejores resultados, más aún en ancianos institucionalizados.

Conflictos de interés:

Los autores no declaran conflictos de interés ■

Referencias bibliográficas

1. Epidemiología y Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares en los ancianos. Organización Mundial de la Salud. Serie de informes técnicos 1995: 853.
2. Recuperado 27/02/15 de: <http://www.cepal.org/es/articulos/dia-internacional-de-las-personas-de-edad-1>
3. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc.* 2007 May; 55(5):780-91 (ver comentario editorial: Hazzard WR. Scientific progress in geriatric syndromes: earning an "A" on the 2007 report card on academic geriatrics. *J Am Geriatr Soc.* 2007 May; 55(5):794-6).
4. Indicadores Básicos, Argentina 2006. Ministerio Salud de la Nación. Organización Panamericana de la Salud. 2006: 1-20.
5. Geriatric Review Syllabus. A core curriculum in Geriatric Medicine, Fourth Edition, American Geriatrics Society 1999-2000.
6. Grimley Evans J. Geriatric medicine: a brief history. *BMJ.* 1997 Oct 25;315(7115):1075-7.
7. Guillén Llera, Salgado A, Ruiperez Cantera I. *Manual de geriatría*. 3ra. edición 2002.
8. <http://www.fesemi.org/documentos/1385470163/publicaciones/guias/desarrollo-guias-practica-clinica-pacientes-comorbilidad-pluripatologia.pdf>
9. Martínez Velilla NI, Gaminde Inda. Índices de comorbilidad y multimorbilidad en el paciente anciano. *Med Clin (Barc).* 2011 Apr 16;136(10):441-6.
10. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet.* 2012 Jul 7;380(9836):37-43.
11. Freid VM, Bernstein AB, Bush MA. Multiple chronic conditions among adults aged 45 and over: trends over the past 10 years. NCHS Data Brief. 2012 Jul;(100):1-8.
12. <http://www.vocesenelfenix.com/content/impacto-de-los-f%C3%A1rmacos-en-la-personas-mayores>.
13. Beers 2012 recuperado el 27/03/15: http://www.americangeriatrics.org/files/documents/beers/2012BeersCriteria_JAGS.pdf
14. http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias_attachments/47/documentos/12815_110-115_HI3-2_Revision_Jauregui_Rubin.pdf
15. Kamińska MS, Brodowski J, Karakiewicz B. Fall risk factors in community-dwelling elderly depending on their physical function, cognitive status and symptoms of depression. *Int J Environ Res Public Health.* 2015 Mar 24;12(4):3406-16.
16. Mías CD, Sassi M, Masih ME, Querejeta A, Krawchik R. Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Rev Neurol.* 2007 Jun 16-30;44(12):733-8.
17. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing.* 2015 Mar; 44(2):213-8.