

## La prevención en psiquiatría geriátrica: el momento del sentido común

El 5 de septiembre de este año finalizó en Montreal, Canadá, el XIV Congreso Internacional de la International Psychogeriatric Association (IPA), cuyo lema, “Paths to prevention” (“Caminos para la prevención”), ilustra bastante bien los temas que preocupan en este momento a los profesionales dedicados a la atención a personas mayores con enfermedades mentales.

Coincidiendo con el renovado interés por las estrategias preventivas, este congreso también puso en evidencia la crisis actual de la industria farmacéutica respecto al liderazgo de las intervenciones terapéuticas en psicogeriatría. Las perspectivas de nuevos tratamientos que supongan una mejoría significativa sobre los ya disponibles en áreas clínicas tan importantes como la depresión en el anciano o las demencias, son realmente poco halagüeñas.

La disminución en el número de nuevas moléculas no es tan grave como el hecho de que las últimas aportaciones, aunque siempre bienvenidas, no se basan en avances en la comprensión del sustrato neurobiológico de las enfermedades mentales del anciano. Se trata, por lo general, de “copias” de otras sustancias, que mejoran aspectos muy importantes, como la tolerancia o la comodidad de administración, pero no suelen aportar avances importantes en la eficacia o la mejora del pronóstico global de la enfermedad.

Cuando se la confronta con estos hechos, la industria farmacéutica argumenta las dificultades de todo tipo que presenta la puesta en el mercado de un nuevo fármaco, pero parece evidente que han sacrificado la innovación a la rentabilidad: la repetición de conceptos probados es mucho más rentable, si se dispone de estructuras de mercadeo poderosas y bien entrenadas.

Desde otro punto de vista, quizá el problema ético que parece estar en la base de la crisis económica actual —la anteposición de la rentabilidad a la misión de las empresas e instituciones— no ha dejado indemne a la industria farmacéutica.

Pero veamos algunas de las conclusiones del congreso:

- La prevención de la enfermedad de Alzheimer debería comenzar en las escuelas mejorando la nutrición y las condiciones de vida de los niños necesitados.
- En algunos países se acentúa la derivación de los recursos destinados para los ancianos a otros sectores de población, en detrimento de los mayores.
- Los efectos adversos de la acumulación de fármacos en las personas mayores están siendo poco valorados. Muchos de los casos de delirium, y de empeoramiento del deterioro cognitivo asociado a demencias se debe a los efectos anticolinérgicos de sustancias de uso común (muchas de ellas, adquiribles sin receta médica), y por eso se recomienda aumentar el papel de los farmacéuticos en el control de estos problemas.
- La depresión en las personas mayores se encuentra directamente relacionada con el aislamiento social, de manera que un contacto más estrecho con hijos o nietos puede contribuir a aminorarla en gran medida, y a prevenir de esta manera las consecuencias negativas de la depresión; por ejemplo, el suicidio.
- Las estrategias ya conocidas para la prevención del riesgo de patología vascular cerebral —como el incremento de las actividades sociales, físicas e intelectuales, o la adopción de la denominada dieta mediterránea— son también útiles para la prevención del riesgo vascular.

Como vemos, se trata de recomendaciones llenas de sentido común, y que coinciden plenamente con la observación clínica de cualquier psiquiatra que atienda a personas mayores. Al escucharlas, no podemos dejar de lamentar que durante décadas el interés científico en cuanto a la terapéutica en psiquiatría geriátrica se haya centrado casi exclusivamente en el tratamiento farmacológico de las distintas entidades nosológicas, y que se haya prestado una atención marginal a los aspectos preventivos, y olvidado que la verdadera cura de una enfermedad es que esta no aparezca. Evidentemente, tal problema no es exclusivo de la psiquiatría geriátrica, y hace ya varios años que la Organización Mundial de la Salud alertaba sobre las dificultades que entraña la prevención en el campo de la salud mental (1).

Ciñéndonos a los trastornos afectivos, existe un grado cada vez mayor de reconocimiento del hecho de que la depresión en el anciano constituye un enorme problema de salud pública. Entre el 5% y el 15% de los adultos de edad igual o superior a 60 años sufren depresión (2), lo cual se asocia a deterioro funcional, aumento de los costes de salud, y, posiblemente,

a un aumento de la mortalidad por causa del suicidio y de la mortalidad cardiovascular. Existen datos recientes de que el tratamiento adecuado no sólo mejora los síntomas depresivos, sino también, algunas de las consecuencias negativas asociadas, como el deterioro de la calidad de vida asociada a la salud (3).

Por otra parte, dado que se trata de una entidad clínica con una alta tasa de respuesta al tratamiento, y que en la actualidad permanece mal diagnosticada y escasamente tratada entre la población anciana residente en la comunidad, se trata de un objetivo idóneo para aplicarle programas preventivos. Esto ha sido detectado por diversos organismos y entidades promotoras de la salud. Por ejemplo, un objetivo estratégico de *Healthy People 2010* es reducir la proporción de mayores con discapacidad que informan de síntomas depresivos, y que presentan una repercusión funcional negativa debido a dichos síntomas (4).

Otro proyecto de gran interés (5,6), denominado *Defining the Public Health Role in Depression in Older Adults Project*, ha recomendado la puesta en marcha de programas estructurados de abordaje multidisciplinar, ubicados en los centros de salud o en otras estructuras sociocomunitarias, como la mejor manera de prevenir las consecuencias de la depresión en el anciano, lo cual supone un cambio importante respecto al enfoque tradicional, de confiar únicamente en un diagnóstico médico y tratamiento farmacológico correctos, aunque, naturalmente, estos formen parte imprescindible del abordaje integral.

Por ejemplo, el llamado Modelo DCM (*Depression Care Management*) está basado en los conceptos desarrollados para el tratamiento de las enfermedades crónicas (7), e incluye elementos como el diagnóstico de la depresión en el anciano a través de instrumentos validados; la valoración multidisciplinar, incluyendo el análisis del entorno sociofamiliar; y la aplicación de tratamientos psicoterapéuticos o farmacológicos de acuerdo con la mejor evidencia disponible.

El resultado del tratamiento se evalúa periódicamente, mediante instrumentos validados, para comprobar la eficacia y efectuar los ajustes oportunos. Una trabajadora social, una enfermera u otro profesional paramédico educan al paciente y a sus familiares, y valoran el impacto del tratamiento sobre el funcionamiento del paciente en su mismo domicilio.

El profesional trabaja en contacto con el médico de atención primaria, quien prescribe el tratamiento farmacológico, y con un psiquiatra, quien la mayoría de las

veces no atiende directamente al paciente. En los últimos tiempos se han propuesto modelos similares para el abordaje de la enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia, aunque en estos casos el modelo debería basarse en el concurso de varios especialistas de referencia: psiquiatras, neurólogos y geriatras (8).

En definitiva, estos modelos proponen considerar los principales trastornos psiquiátricos del anciano como problemas de salud pública, y abordarlos desde la perspectiva de enfermedades crónicas, con estrategias múltiples, que incluyen siempre la intervención en el entorno del paciente desde un equipo multidisciplinar. El sentido común llama a la puerta de la psiquiatría geriátrica.

### Referencias

1. World Health Organization. Prevention and promotion in mental health. Ginebra: World Health Organization; 2002.
2. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003;58(3):249-65.
3. Ciechanowski P, Wagner E, Schmalting K, Schwartz S, Williams B, Diehr P, et al. Community-integrated home-based depression treatment in older adults: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2004;291(13):1569-77.
4. Healthy People 2010. Washington: U.S. Department of Health and Human Services; 2000.
5. Steinman LE, Frederick JT, Prohaska T, Satariano WA, Dornberg-Lee S, Fisher R, et al. Recommendations for treating depression in community-based older adults. *Am J Prev Med.* 2007;33(3):175-81.
6. Snowden M, Steinman L, Frederick J. Treating depression in older adults: challenges to implementing the recommendations of an expert panel. *Prev Chronic Dis.* 2008;5(1):A26.
7. Wagner EH, Austin BT, Von KM. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.* 1996;74(4):511-44.
8. Qiu C, Kivipelto M, von SE. Epidemiology of Alzheimer's disease: occurrence, determinants, and strategies toward intervention. *Dialogues Clin Neurosci.* 2009;11(2):111-28.

*Manuel Martín Carrasco*  
*Psiquiatra*  
*Director médico*  
*Clínica Psiquiátrica Padre Menni*  
*Pamplona, España*  
*mmartin@clinicapadremenni.org*