F. Gonçalves Estella

Psicogeriatría en atención primaria: realidad, necesidades y carencias

Centro de Salud
Almeida (Zamora)

Como consecuencia del envejecimiento de la población, sobre todo en las zonas rurales, el médico de atención primaria (AP) ejerce diariamente funciones de geriatra. La frecuente patología psíquica en los mayores también le obliga a atender trastornos para los que el médico general ni ha recibido una formación adecuada ni cuenta con el apoyo del especialista porque actualmente la intercomunicación entre médico general y psiquiatra es prácticamente inexistente.

Sin embargo, el ejercicio de la psicogeriatría exige un trabajo en equipo de distintos profesionales sanitarios que intervienen teniendo como objetivo prioritario el mantenimiento de la autonomía y la funcionalidad del anciano.

Se propone, por una parte, una formación específica en psicogeriatría para el médico de AP y por otra una formación sólida tanto en geriatría como en neurología para el psiquiatra.

En el campo asistencial se sugiere la creación de equipos específicos de psicogeriatría interconsultora de AP que podrían ser compartido por varios centros de salud. Ello permitiría el asesoramiento y soporte al médico general en su labor más que la propia derivación en sí del paciente, desarrollando tanto su papel de interconsultor como la participación de actividades docentes conjuntas al tiempo que favorecería el mutuo conocimiento de las realidades de cada cual y la fluidez de la comunicación entre ambos, incluso utilizando las nuevas tecnologías.

Todo ello repercutiría muy favorablemente en la atención idónea al anciano que padece trastornos psiquiátricos en su propio medio natural.

Palabras clave:
Psicogeriatría. Atención primaria. Médico general.

Actas Esp Psiquiatr Monogr 2005;3:67-71

Psychogeriatry in primary care: reality, needs and deficiencies

As a result of the aging of the population, mainly in the rural areas, the general practitioner (GP) practices

Correspondencia:
Fernando Gonçalves Estella
Travesía del Castillo, 14
49210 Almeida (Zamora)
Correo electrónico: fgonestella@semg.es

functions of geriatry daily. The frequent psychic pathology in the old ones, also forces him to attend disorders for which the general doctor nor has received a suitable training, nor has the support of the specialist, because at the moment the intercommunication between the general doctor and the psychiatrist, is barely existent.

Nevertheless, the practice of the psicogeriatry demands a team work of different sanitary professionals, who take part having the maintenance of the autonomy and the functionality of the old ones as the high-priority objective.

It is suggested, on one hand, a specific training in psychogeriatry for the GP, and on the other hand, a solid training for the psychiatrist both in geriatry and in neurology care.

In the welfare field, the creation of specific teams of Interconsultant psychogeriatry of PA is suggested, that could be shared by several health centers. It would allow the advising and support to the general doctor in his work, more than his own follow up of the patient, developing his paper of interconsultant, as well as the participation of joint educational activities, at the same time that it would favor the mutual knowledge of the realities of everyone and the fluidity of the communication between both, even using new technologies. It would all result very favorably in the suitable attention to the old ones that suffer psychiatric disorders, in their own natural environment.

Key words:
Psychogeriatry. Primary care. General practitioner.

DE BRUCES CON LA REALIDAD

Manifestación espontánea de una hija que acude con su padre anciano al médico de cabecera por un dolor abdominal en el curso de un cuadro inicial de demencia: «Aquí le traigo a este estorbo a ver qué hace con él.» (Nota: el tal estorbo fue toda su vida un eminente catedrático de latin y griego.)

El médico general rural ha pasado «de partera a geriatra» con la misma velocidad con que su medio de trabajo se ha

transformado. A la España del interior, la de la década de 1960, con pueblos llenos de niños ruidosos que se hicieron hombres emigrando hacia las ciudades, le ha sucedido la España del 2000, con pueblos semivacíos, pero llenos de ancianos.

Esas variaciones demográficas, para bien o para mal, son irreversibles. Durante un tiempo se especuló con la posibilidad de un resurgimiento de la población juvenil que nunca llegó. Por el contrario, en Castilla y León, a unas tasas tan bajas de natalidad que baten récords mundiales, se le añadió el regreso parcial a sus pueblos de origen de la población autóctona emigrada tras su jubilación laboral, es decir, más ancianos a sumar, a pesar de lo cual sus tasas de crecimiento continúan siendo negativas.

Por ello el futuro de nuestros pueblos a corto y medio plazo necesariamente o es multiétnico o sencillamente no será. Y el médico rural ejerce su profesión en ese medio.

Esas circunstancias han supuesto para el médico un cambio en su trabajo adaptativo, rápido e irreversible, en el que si no hace muchos años su formación en pediatría era imprescindible, hoy sin duda lo es su formación en geriatría. Sus pacientes son mayoritariamente ancianos porque no es infrecuente que en cualquier pueblo de Castilla y León entre un 30 y un 50% de sus habitantes sean mayores de 65 años. De ahí que su médico de cabecera, el que les atiende todos los días, necesariamente deberá poseer un bagaje formativo adecuado a sus necesidades en salud, tanto orgánica como psíquica, para poder ofrecerles una asistencia acorde a sus necesidades¹. En consecuencia actuará y deberá hacerlo como su geriatra o, mejor aún, como su psicogeriatra de cabecera. La realidad es indiscutible: ¿quién más geriatra que el médico rural?

Pero al igual que sucede con el resto de especialidades médicas, ese médico general deberá tener un especialista de referencia en psicogeriatría como interconsultor al que muchas veces no necesitará siquiera derivar al anciano, si no al que recurrirá en demanda de orientación, ayuda y guía en su quehacer profesional con los pacientes a los que asiste³. Ésa debe ser precisamente la cualidad del interconsultor más aún que su intervención directa con el paciente^{1,10}.

Vivimos en una sociedad en la que en todos los terrenos prima el culto a lo joven, lo bello, lo práctico. En ella el anciano a veces se ve postergado, apartado, rechazado, todo lo cual le hace percibirse a sí mismo como un estorbo para los demás. Sin embargo, es ese anciano el que ha contribuido a formar precisamente los pilares de la sociedad que hoy subliminalmente le desplaza y a la que contribuye con sus impuestos como el resto de los mortales.

Todos somos sujetos con los mismos deberes y consecuentemente con los mismos derechos. Pero esa igualdad teórica en la realidad es solamente parcial. Más justo sería que ya que un habitante rural recibe menos del Estado y con prestaciones de peor calidad (carreteras, cines, teatros,

bibliotecas, servicios, luz en la calle, telecomunicaciones, etc.) pagara menos impuestos. Por ejemplo. Pero no, cotiza igual y recibe menos a cambio. Lo mismo le sucede al anciano en su salud. Baste citar la existencia de una discriminación diagnóstica en razón de la edad, que no debiera ser consentida^{8,9,11}, y en función de la cual no se ve con los mismos ojos el empleo de determinadas pruebas diagnósticas en un paciente joven que en otro anciano, a veces simplemente guiándose por criterios puramente economicistas como si tal inversión fuera menos rentable en uno que en otro. Tal actitud no es de recibo. Y el médico rural debe ser y actuar como su primer valedor¹.

LA MEDICINA RURAL

El ejercicio de la medicina general, y más específicamente en el medio rural, ha sido, es y debería de seguir siendo en el futuro una forma de ejercicio profesional de marcado carácter vocacional.

No es cómodo ser médico rural, no es fácil, y, sin embargo, es apasionante. Implica compromiso con los avatares de los demás, fidelidad a uno mismo, a sus propios principios y creencias y aspiraciones de mejora tendentes a conseguir el bienestar biopsicosocial de los habitantes de ese medio que el Sistema Nacional de Salud le confía a su cuidado y en el que él mismo está inmerso.

Es uno más, pero para bien o para mal *primus inter pares* en tanto que debe cumplir la función de auténtico «motor de arranque» del sistema de salud mediante el que presta su asistencia integral a los pacientes de un núcleo de población concreto.

Esa situación privilegiada de espectador y a la vez actor de la evolución social, económica y sanitaria del grupo poblacional con el que trabaja otorga al médico rural una responsabilidad a veces excesiva, pero a la que tiene que dar respuestas adecuadas¹.

Por eso, por estar situado en el ojo del huracán, donde surgen y deben resolverse los problemas de salud, sus propuestas y demandas, no siempre van a ser bien comprendidas, especialmente por la administración sanitaria.

Cuando el médico rural lo es por elección libre y vocacional, por definición será solidario y crítico con las realidades, necesidades y carencias del grupo social para el que trabaja y al mismo tiempo será tanto activista y comprometido como intransigente y reivindicativo con esas carencias.

Todo ello puede resumirse diciendo que, con harta frecuencia la labor profesional del médico rural le hace incómodo para todos menos para sus enfermos, pero muy especialmente para la propia administración sanitaria, sus compañeros que ejercen en otros medios y la administración local¹¹.

Pero no nos engañemos. La actual situación laboral de los médicos en España, con una masificación excesiva, ha sido fría y conscientemente planificada en los despachos. Se veía venir y no se ha querido evitar.

Las consecuencias también las paga la medicina rural porque hacen que el médico rural actual a veces lo sea por obligación que no por elección y de un modo avocacional porque es una salida profesional más de las pocas existentes que se le ofrecen. Se consigue con ello un médico insolidario y acritico que prefiere no complicarse la vida, pasivo y conformista, que piensa que si las cosas son así seguirán siendo así, que conjuga el verbo «pasar» con excesiva frecuencia, y que se manifiesta marcadamente transigente y tolerante pase lo que pase, sobre todo con la administración sanitaria que le paga.

En consecuencia de lo anterior, el médico rural puede llegar a ser un profesional dócil y sumiso que no está dispuesto a aportar su granito de arena en la cotidiana pelea para que las cosas mejoren y que es consciente de que ser beligerante no está de moda. Se siente con frecuencia víctima y verdugo del sistema sanitario para el que trabaja, pero paradójicamente y a pesar de ello intenta adaptarse a su rol como mejor táctica de simple supervivencia.

Se ve así sometido a una disyuntiva cruel en la que si se adapta el propio sistema lo devora, y si no se adapta tiene muchas posibilidades de sufrir en sus propias carnes el ya no tan infrecuente síndrome del *burnout*. Por ambas vías, desgraciadamente, se llega a un mismo final: será un médico troquelado, dócil y sumiso, formado a imagen y semejanza del funcionario de cualquier ventanilla, e inútil y perjudicial para la población a la que presta sus servicios sanitarios, porque carecerá de ilusión y de metas más allá de las marcadas por la propia administración.

Reivindicamos por ello desde aquí el papel del médico rural descrito al principio, en el que deben primar sin duda sus cualidades técnicas, pero sin que ello suponga mermar un ápice sus cualidades humanas.

LA NECESIDAD DEL TRABAJO EN EQUIPO

Si con cualquier paciente la actuación médica debe caracterizarse por la prudencia, el contraste de los criterios de actuación y la sensatez, con el paciente anciano aún más. Su asistencia médica con frecuencia requiere de la actuación de un equipo multidisciplinar^{4,7}, con interconsultas fluidas, sin rivalidades absurdas, coordinado, conjuntado y coherente. Pero sobre todo ilusionado, con objetivos claros determinados de antemano, entre los cuales muchas veces no constará la restitución completa del estado de salud^{8,9,10}, pero sí el de preservar la mayor funcionalidad posible y el mayor grado de autonomía¹.

En ese equipo, el médico general deberá ser algo parecido a la argamasa, en tanto que material de unión de estructu-

ras multicomponentes, de modo que una y cristalice la actuación de todos y cada uno los miembros de ese «equipo médico habitual», con la del resto de los miembros del equipo multidisciplinar.

Que el médico rural sea quien lleve la batuta de esa asistencia, lejos de ser una demanda caprichosa, es una auténtica necesidad sentida^{6,10}. La eficiencia lo demuestra y su labor de coordinación es necesaria.

Con desgraciada frecuencia sobre un paciente anciano, por su pluripatología, actúan ignorándose entre sí varios especialistas a la vez, descoordinados, cada uno de los cuales solicita una serie de pruebas diagnósticas que cree oportunas, establece medidas higienicodietéticas dispares y prescribe los fármacos que cree necesarios en su parcelada asistencia. Si el médico de cabecera no coordina ese estado de cosas no es extraño que en esas condiciones se produzcan innecesarias repeticiones de pruebas, de exploraciones incómodas y a pesar de ello, cuando menos, sonoros fracasos asistenciales. A veces se deben a la consecuencia de interacciones farmacológicas previsibles, problemas por comorbilidad que desconocían y minusvaloración de circunstancias personales adversas, socioeconómicas y culturales que actúan como potentes condicionantes de los resultados^{7,8}.

Es función del médico de cabecera, que es el que mejor conoce a su paciente, el coordinar las actuaciones de todos, establecer las prioridades y vigilar el curso global de su evolución clínica. De otro modo el resultado será, cuando menos, inadecuado.

Por el contrario utilizando correctamente la interconsulta se establece la comunicación y cooperación entre los diferentes miembros del equipo que funcione como tal^{1,37} y no como un simple sumatorio de actuaciones aisladas que comparte los mismos objetivos y que actúa con el anciano en tanto que ser indivisible y siempre desde una perspectiva integradora¹. De ser así, la actuación médica, además de idónea, tiene el éxito garantizado.

ATENCIÓN PSICOGERIÁTRICA PROBLEMÁTICA

En su atención psicogeriatría, el médico rural necesitará habitualmente como interconsultores al internista, al equipo de salud mental y el apoyo de la asistencia social. Todos imprescindibles y todos complementarios.

La interconsulta con el equipo de salud mental es una necesidad, máxime en la asistencia a la población anciana. Prioritariamente, el interconsultor natural del médico general debe ser el psiquiatra, sin barreras, sin intermediarios, con comunicación directa, y sólo a su través, recibir la ayuda del resto de los miembros de su equipo de salud mental, pero no en vez de.

Se espera de él una ayuda crítica y constructiva, orientadora y bidireccional, pero siempre condicionada por el fac-

tor tiempo, que en estos casos es determinante. No puede pretenderse que esa interconsulta sea útil, e incluso cuestiona su propia existencia como tal, si la lista de espera a la que debe someterse la demanda psiquiátrica de un anciano de 85 años es de, al menos, 3 meses. Eso no tiene sentido y es, *per se*, rechazable.

Desde la psiquiatría y desde la medicina general parecen verse dos caras de la misma realidad, ambas comprensibles, pero que debieran modificarse:

- El psiquiatra en su consulta asiste a un incremento imparable de la demanda desde la atención primaria ante la que como único mecanismo regulador parece emplear el tiempo de espera. Tiene el tiempo que tiene y él decide, según su leal saber y entender, cómo, cuándo y con qué pacientes lo emplea. Lógico cuando es él mismo el que establece las prioridades. Pero en la actualidad no suele ser así. Con frecuencia su agenda viene estipulada por personal no médico que actúa por criterios meramente administrativos y que cada día es más frecuente que derive hacia otros miembros del equipo de salud mental⁷ las demandas de asistencia que han sido formuladas al psiquiatra por el médico de cabecera. Un sin sentido que ocasiona situaciones tan grotescas como que un paciente psicótico sea «evaluado» en repetidas ocasiones a lo largo del tiempo por un asistente social antes de llegar a sentarse frente a su psiquiatra, que a su vez ignora ese tiempo peligrosamente perdido al igual que el médico remitente.
- El médico general, por su parte, ve el funcionamiento de la consulta psiquiátrica con incompreensión y desconfianza, con pasos intermedios inútiles, al psiquiatra como a un ser lejano atrincherado en su despacho y a la interconsulta con él como una auténtica carrera de obstáculos. Lógico. Desconocemos su realidad porque, además, hay una evidente ausencia de intercomunicación^{4,5}.

Por ello entre ambos suele existir incompreensión, desconocimiento y hartazgo. Y entre ambos también, como única vía de contacto, papeles y formularios garabateados, ininteligibles, con ausencia de juicios diagnósticos que cumplen la función de meros trámites burocráticos para salir del paso. En el mejor de los casos deben ser «traducidos» por un farmacéutico avezado en la interpretación de jeroglíficos como única vía posible de reconocer el nombre de los fármacos prescritos. Pero no sirven a nada más.

En consecuencia con lo anterior, si alguna característica tiene la relación entre médico psiquiatra y médico general es la incomunicación real. Reconozcamos que algo se ha avanzado en los últimos años, pero queda mucho por hacer.

Una pregunta diaria que hacemos los médicos generales al recibir a un paciente tras la interconsulta suele ser «¿quién le ha visto?» con la esperanza a veces estéril de conseguir una descripción al menos morfológica del especialista

actuante. Hasta su nombre, que debería figurar a pie de página, también es ilegible.

La situación actual también tiene otro rasgo característico que parece ser perpetuante, es decir, la escasez como norma. Escasez de formación, de medios, de tiempo, de recursos de ayuda. Y en medio de esa escasez, cada uno se las arregla como puede y sabe para intentar prestar la mejor asistencia posible al paciente anciano.

No es de extrañar que en esas circunstancias florezca otro vicio sanitario habitual, que consiste en la utilización inadecuada de los servicios de urgencia hospitalarios para la resolución de problemas que no pueden esperar los tiempos habituales de las listas de espera. Pero que, sin embargo, podrían esperar, perfectamente y sin riesgos, tiempos menores. Es una forma incorrecta e indeseable de actuación, porque, además, es incompleta; es decir, que proporciona soluciones puntuales a situaciones concretas, pero en absoluto integradoras. Pero algo es algo.

HAY SOLUCIONES POSIBLES

Que la situación actual es muy problemática, no admite dudas. Pero todo problema tiene su solución. Si es que se quiere llegar a ella, claro, porque ninguna administración sanitaria puede pretender su solución, desde parámetros de coherencia cuando, por ejemplo, asigna a un psiquiatra un cupo de 50.000 habitantes, potenciales usuarios, o cuando provee 15 camas de agudos psiquiátricos para una población de más de 500.000 personas. Sólo pensarlo, escandaliza. Pero es realidad.

Lo peligroso de esas situaciones es que la administración que las establece, conoce y ampara confía en la supuesta seguridad de que «ya se las apañarán ellos» para salir del paso de alguna manera. Y realmente es así puesto que, mal que bien, «vamos tirando» a pesar de los pesares.

Que la situación actual es manifiestamente mejorable, es evidente, como también lo es el dicho de «piensa en cómo hacer mejor las cosas con lo que tienes en vez de planificar con lo que careces». Pero siendo tal postulado casi axiomático también en medicina, parece dar a entender que con lo que actualmente tenemos es suficiente y de ello erróneamente derivarse, que puede dar más de sí con una mejor gestión. Y eso comienza a no ser ya verdad, si lo que se persigue es el correcto desarrollo de una asistencia psicogeriatrica de calidad. Hay carencias, muy serias, que deben resolverse con nuevas dotaciones de toda índole.

EN NUESTRO EMPEÑO POR APORTAR SOLUCIONES, PROPONEMOS

- Creación de equipos específicos de psicogeriatría en la actualidad prácticamente inexistentes en nuestro medio.

- Selección adecuada del personal, tanto en medicina general como en psiquiatría, estableciendo los criterios de selección idóneos que faciliten el trabajo coordinado entre ambos.
- Creación de la figura del psicogeriatra interconsultor de atención primaria para cada centro de salud, con dedicación, tiempo, medios e ilusión suficientes para llevar adelante proyectos de colaboración real. Uno solo podría dar servicio a varios centros.
- Formación adecuada en psicogeriatría de los médicos generales y en geriatría y neurología de los psiquiatras, con establecimiento de los cauces adecuados para una intercomunicación habitual entre ambos.
- La potenciación en la formación del psiquiatra como auténtico neuropsicogeriatra haría a menudo innecesaria la interconsulta con el neurólogo, con el consiguiente ahorro de tiempos y pasos intermedios.
- Diseño de estrategias que faciliten el trabajo en equipo^{1,11}, algo muy distinto que las estrategias diseñadas para profesionales que trabajan agrupados.
- Dotación de medios materiales y recursos humanos suficientes, con diseño previo de los mecanismos necesarios a emplear para el mantenimiento de la formación continuada en el tiempo.
- Transformación del concepto clásico de la «derivación al» especialista por el otro muy distinto de «interconsulta con» el especialista.
- Desplazamiento del psicogeriatra al centro de salud de atención primaria para compartir experiencias asistenciales, resolver dudas de los médicos de primaria y atender pacientes si fuere necesario.
- Desplazamiento del médico de atención primaria al hospital para su asistencia a las sesiones clínicas, conocimiento de la evolución y estado de sus pacientes ingresados.
- En las interconsultas, siempre exigir informe escrito amplio y detallado entre médico general y psicogeriatra, y viceversa, guardando la confidencialidad y por correo interno si fuere necesario.
- Permitir y facilitar interconsultas multiformes, tradicionales, por teléfono, email y cualquier otro medio que resolviendo dudas eviten traslados innecesarios de los pacientes y aumento de las listas de espera.

- Potenciar la figura del psicogeriatra interconsultor no sólo por su faceta asistencial, sino también con la finalidad de prestar apoyo emocional y establecer normas de higiene mental para los propios médicos de los equipos de atención primaria.

¿Sería utópico apostar por una reforma de la atención psicogeriátrica que incluyera tales postulados básicos? ¿Por qué? Creemos que es posible.

Si el psicogeriatra es el interconsultor natural del médico rural, si ambos se conocen personalmente y mantienen una relación profesional fluida y sin complejos, si ambos mantienen una accesibilidad mutua para sus demandas en plazos razonables, si se establecen reuniones periódicas programadas de reevaluación y en las que se rindan cuentas de resultados será posible lograr entre todos que el paciente anciano reciba una atención integral e idónea, en su propio medio natural.

Al fin y al cabo ése es nuestro común objetivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho A, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ, et al. Manual de habilidades en salud mental para médicos generales. Madrid: Sociedad Española de Medicina General, 2002.
2. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
3. De la Serna I. Manual de psicogeriatría clínica. Barcelona: Masson, 2000.
4. Eguíluz Uruchurtu JI. Introducción a la psicopatología. Madrid: IM & C, 2001
5. Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de psiquiatría, 7.^a ed. Madrid: Panamericana, 1996.
6. OMS. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Ediciones Meditor, 1992.
7. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. DSM IV. Tratado de psiquiatría, 3.^a ed. Barcelona: Masson, 2000.
8. Jarne A, Tlarn A, (comp). Manual de psicopatología clínica. Barcelona: Paidós, 2000.
9. Harrison. Principios de medicina interna, 14.^a ed. Madrid: McGraw-Hill, 2000.
10. Ribera Casado JM. Manual práctico en psicogeriatría. Madrid: Aula Médica, 1995.
11. De la Serna I. Psicogeriatría. Madrid: Duphar, 1996.