a

apítulo 52

Psiquiatría geriátrica

L. F. Agüera Ortiz, I. Hernán Fernández

INTRODUCCIÓN

ivimos en una sociedad cuya estructura demográfica está transformándose profundamente. No es ninguna novedad decir que las poblaciones occidentales están envejeciendo a un ritmo muy acelerado. La mejora en los distintos campos relacionados con la salud han determinado unas expectativas de vida sin precedentes y han planteado problemas específicos relacionados con la edad, de los que apenas se tenía experiencia previamente. Así, en Europa, donde vive tan sólo el 12% de la población mundial, es el lugar donde se encuentra el 28% de la población que sobrepasa la cifra de los 75 años (1).

Las previsiones de la OMS para Europa calculan que serán precisamente los países del área mediterránea, entre los que se encuentra España, los que experimentarán los mayores cambios en su pirámide de población, para pasar a engrosar las filas de aquellos con mayor tasa de envejecimiento, como les sucede a sus vecinos del centro y el norte del continente.

En España las personas de 65 o más años representaban el 8,2% de la población en 1960, o lo que es lo mismo, había 2,5 millones de ancianos. De esta cifra se había pasado al 13% en 1990, manteniéndose la tendencia ascendente, hasta llegar al 15% en el año 2000, lo que supone un total aproximado de 5,5 millones (2). Dentro del marco de la

edad avanzada, la proporción de ancianos de mayor edad, los llamados muy viejos o viejos-viejos, también está avanzando. En la actualidad suponen alrededor de un millón de personas, y se espera que en quince años, su cifra pase a más de 1,5 millones.

Mayor longevidad está significando también mayor prevalencia de patología aguda y sobre todo crónica, tanto de índole física como también de naturaleza psíquica. Todo ello hace que la atención a personas ancianas vaya acaparando cada vez una proporción más importante de tiempo a la mayoría de los profesionales de la medicina, cuestión que no es en absoluto ajena a la psiquiatría. La trascendencia por tanto es grande, no solamente en términos numéricos sino también porque las personas de edad avanzada presentan particulares modos de enfermar y precisan con frecuencia formas diferenciadas de atención respecto a los adultos.

PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO Y PSICOSOCIAL

Muy diferentes teorías intentan en la actualidad dar una explicación a la pregunta de por qué se envejece y a partir de cuándo puede considerarse que ocurre ese proceso. Suelen diferenciarse varios conceptos (3), que reflejan más bien aproximaciones parciales al problema. El de edad cronológica es el más simple y hace alusión al número de años que tiene el sujeto. La consideración de anciano se hace a partir de una determinada edad (por ejemplo 65 años) de forma más bien arbitraria o atendiendo a parámetros estadísticos. La edad biológica se refiere a los cambios anatómicos y bioquímicos que ocurren en el organismo durante el envejecimiento, aunque es preciso señalar que no existe aún un marcador biológico de envejecimiento suficientemente fiable. La edad funcional es un concepto que se basa más en los parámetros dinámicos o de funcionamiento de los distintos órganos y sistemas, tratándose por tanto de una cuestión mucho más individual, en función de la situación particular de cada persona según pasan los años. Finalmente podemos reseñar otros conceptos, definidos aún más difusamente, como la edad sociogénica o la edad psicológica que hacen referencia al funcionamiento del individuo relacionado con los aspectos social y psíguico así lo que es esperable de él en función del resto de los sujetos de su entorno.

Desde el punto de vista puramente biológico se han invocado diversas teorías que pretenden dar cuenta de los procesos orgánicos que estarían detrás del envejecimiento de los seres vivos. Entre ellas se encuentran las que dan predominancia a cuestiones como el debilitamiento del sistema inmune, el número finito de multiplicaciones celulares posible o envejecimiento celular o a déficit hormonales (4). Teorías más antiguas conceden un papel importante al desgaste, al estrés (5) o a la acumulación excesiva de sustancias tóxicas o de desecho como restos proteicos o lípidos. En este sentido se han propuesto modelos que refieren el envejecimiento a una acumulación exponencial de errores en el ADN, relacionado, también entre otros factores, con el papel que juegan los llamados radicales libres como agentes mutágenos. A pesar de que el envejecimiento lleva aparejado una mayor susceptibilidad a padecer enfermedades, especialmente de carácter crónico, el fenómeno no es en absoluto sinónimo de acumulación de patologías, aunque no siempre sea fácil diferenciar entre los cambios primarios producidos por el envejecimiento en sí y la consecuencia de los distintos procesos de enfermedad. En definitiva, la existencia de numerosas teorías sólo es indicativa de que se trata de una cuestión que obviamente no está resuelta.

Desde el punto de vista corporal, ocurre un aumento del tejido adiposo de alrededor del 30% respecto al adulto, con una reducción del agua total corporal del orden del 15%, del agua extracelular de hasta el 40% y del volumen plasmático del 8%. Desde el punto de vista funcional, se reducen los mecanismos homeostáticos, produciéndose una peor regulación de la tensión arterial, de los reflejos posturales, favoreciéndose el riesgo de caídas y de la termoregulación, con lo que aumenta la sensación de frío y la necesidad de abrigo. El tono parasimpático disminuye, produciéndose un enlentecimiento del

tránsito intestinal y estreñimiento así como mayores dificultades para la contracción vesical, con mayor facilidad de retención urinaria.

En referencia al envejecimiento del sistema nervioso central, también existen cambios evidentes, aunque estos van siendo menos claros conforme se desciende desde el nivel macroscópico al bioquímico.

Macroscópicamente, el cerebro del ser humano experimenta al envejecer diversos cambios que incluyen (3):

- —Un descenso del peso del cerebro, que a los 80 años llega a ser del 10% respecto del adulto.
- —Una disminución del volumen cerebral de aproximadamente 2% por década a partir de los 50 años, aunque se da de forma variable según las distintas regiones cerebrales
- —La expresión de lo anterior es un aumento de los surcos cerebrales, una disminución del tamaño de las circunvoluciones y un aumento del volumen ventricular, datos todos ellos que pueden evidenciarse fácilmente en las pruebas de neuroimagen estructural habituales.

A nivel microscópico los cambios ocurren fundamentalmente debidos a la degeneración y muerte cerebral. Se trata esencialmente de la aparición de gránulos de lipofucsina, gránulos basófilos, ovillos neurofibrilares en el citoplasma celular y las denominadas placas seniles en el espacio extracelular. Estos cambios suceden no sólo en individuos ancianos, sino en sujetos con enfermedades como la enfermedad de Alzheimer o el síndrome de Down en la mediana edad. Sin embargo, no se pueden establecer vínculos de causalidad directa entre unos fenómenos y otros. La muerte neuronal afecta en mayor medida a unas regiones cerebrales que a otras. Las zonas más afectadas son precisamente algunas de las más recientes en la evolución filogenética: la corteza prefrontal y la parieto-temporal. También sucede de forma característica en el hipocampo y la amígdala, así como en ciertas áreas subcorticales como la sustancia nigra, locus coeruleus, núcleo basal de Meynert y varios núcleos hipotalámicos (6).

Todos estos cambios tienen obviamente una repercusión sobre la neurotransmisión, aunque la manera cómo el envejecimiento afecta a los distintos circuitos y neuromediadores, no está aún bien aclarada. No es el caso aquí extenderse con profusión en el detalle de lo que es conocido a este respecto, pero debemos señalar que algunos de estos cambios tienen una enorme implicación en determinados procesos de enfermedad psiquiátrica y neurológica que afectan a los ancianos, como son la depresión, la psicosis, la enfermedad de Alzheimer o la enfermedad de Parkinson.

Muy resumidamente podemos señalar que respecto a la transmisión dopaminérgica, se han descrito alteraciones de neurotransmisión en el sistema nigroestriado, aunque no de la misma intensidad a la que aparece en la enfermedad de Parkinson. Este es el área cerebral más investigada, pero ocurren cambios en otras. Sin embargo, el resultado de los estudios es conflictivo, ya que aunque se han descrito descensos en la actividad dopaminérgica en diversas zonas, los estudios in vivo que usan PET (Tomografía de Emisión de Positrones) no siempre los han confirmado (7). La transmisión colinérgica está afectada en el envejecimiento, fundamentalmente en relación con el descenso del número de neuronas en el núcleo basal de Meynert y con un descenso en la actividad de la acetilcolino-transferasa, necesaria para la síntesis de acetil-colina. Estos cambios se han puesto en relación con dificultades cognitivas, tanto en individuos normales como en sujetos con Enfermedad de Alzheimer. Durante el envejecimiento se produce también una pérdida de neuronas en el locus coeruleus que afectaría por lo tanto al sistema noradrenérgico. Sin embargo, no parece haber grandes modificaciones en la noradrenalina en córtex cerebral, estriado, hipotálamo o tálamo (8) relacionadas con la edad. La serotonina sí parece estar más implicada y se han encontrado reducciones significativas en las neuronas serotoninérgicas del núcleo basal junto a determinadas regiones corticales. Ello podría tener repercusiones clínicas referidas a los trastornos afectivos y también al funcionamiento cognitivo de las personas de edad. La influencia del envejecimiento humano en otros sistemas importantes de neurotransmisión como el glutamatérgico o el gabaérgico, están aún peor establecidas y no han arrojado resultados concluyentes (9).

Desde el punto de vista psíquico, es preciso conocer los hechos más importantes que se dan en la mediana edad, ya que son definitorios para entender lo que ocurre cuando el envejecimiento se instaura de forma ya ineguívoca. Una fenómeno característico es la toma progresiva de conciencia del paso del tiempo, lo que hace a su vez al sujeto más consciente de la situación que ocupa en la línea genealógica. Los hijos crecen, los padres, a quienes guizás se comienza a cuidar envejecen y mueren, y ello coloca a la persona en la disposición de pensar que ya se va ocupando el lugar de el próximo en la fila, dándose quizás por vez primera, una verdadera personalización de la muerte. Esta es la razón por la que, contrariamente a lo que habitualmente se piensa, la angustia de muerte es más frecuente en las edades que preceden a la ancianidad, que en la vejez en sí.

Junto a ello ocurre un aumento de la interioridad, pasando a ocupar los elementos del exterior un lugar progresivamente menor. Los vínculos con figuras y acontecimientos externos se hacen menos frecuentes, aunque tienden a ser en consecuencia, más valorados.

La vivencia corporal comienza aquí a cobrar importancia, porque se hace una cierta recapitulación interna de cómo ha funcionado el cuerpo hasta ese momento y cómo se ha estado usando y vivenciando. El número de enfermedades pasadas, cómo han sido vividas estas, es una especie de ensayo de lo que puede ser en el futuro la merma de las capacidades físicas

que trae la edad avanzada. No es lo mismo una persona que ha sufrido enfermedades, o accidentes que han conllevado limitaciones siquiera temporales, que vivir por primera vez un acontecimiento físico importante a los 70 años. Esto es algo que conviene conocer, no sólo en el orden formal de la recogida de antecedentes patológicos en la anamnesis clásica, sino sobre todo en el orden más sutil de cuáles han sido las vivencias del paciente ante la enfermedad física, la vivencia del cuerpo que no funciona. De esta forma es posible centrarse más adecuadamente en la persona que envejece y enferma, enfocando diagnóstico y tratamiento de una mejor manera.

El cambio en la percepción del tiempo y la personalización de la muerte, van perdiendo importancia conforme pasan los años, pero el aumento de la interioridad se va sin embargo incrementando, para convertirse en una característica básica de la edad avanzada. Este paso de la edad mediana a la avanzada, puede hacerse de forma gradual y adecuada, o bien darse una crisis y un rechazo que cuando es masivo, puede hacer adoptar actitudes tendentes a un intento de detener el paso del tiempo, con conductas y rasgos inapropiados a la edad.

El proceso de envejecimiento está claramente modulado por la propia personalidad. J. de Ajuriaguerra decía que "se envejece como se ha vivido". Si entendemos este se ha vivido como el resultado de la interacción entre la constitución, las experiencias tempranas durante la infancia y las habidas posteriormente, mediadas por el registro de la realidad, puede considerarse también la vejez como una situación a la que se llega en un estado de mayor o menor equilibrio. Existen muchos ancianos que alcanzan la edad avanzada con un adecuado nivel de compensación y toleran las mayores dificultades sin graves descompensaciones. Sin embargo, cuando se vive un estado de equilibrio precario, factores desencadenantes mínimos provocan catástrofes psíquicas que no se alcanzan bien a entender si sólo se valora la importancia relativa del desencadenante.

De lo que ocurre ya inmersos en la edad avanzada, quizás lo más importante sea considerar cómo es la vivencia subjetiva de la vejez (10). Esta vivencia de la vejez está marcada por:

—Las transformaciones corporales, lo cual es evidente. La vivencia corporal cobra en el anciano una importancia extraordinaria. El cuerpo joven, sano y bien funcionante no se siente, no se percibe. Para muchos ancianos, el cuerpo "se nota todo el tiempo", es percibido con una mayor frecuencia y generalmente con una connotación negativa.

—La disminución de las capacidades funcionales, que está en relación con lo anterior, pero se refiere más al aspecto dinámico de estas funciones corporales.

—Una menor capacidad de adaptación al estrés y a las situaciones nuevas, con una mayor tendencia a la autoprotección y a la evitación.

—Un empobrecimiento del tejido relacional y social en el que se mueve el anciano, por pérdida de sus pares y rechazo del entorno.

Todo ello puede llevar a sufrir una clara herida narcisista y un compromiso del ideal del vo en el sentido psicodinámico del término, al ser la imagen de sí mismo una imagen dañada. La enfermedad, puede sumarse a estas sensaciones difíciles y puede ser sentida como una etapa última, un punto de riesgo en una situación ya frágil. Pero sin embargo, puede suponer – y así lo es con cierta frecuencia – un medio de defensa contra los debilitamientos del yo. Considerada como la responsable de las pérdidas y los cambios, constituye paradójicamente una protección contra la muerte. Enfermo, se puede esperar sanar y así la enfermedad confiere al individuo una identidad, un estatus, el de enfermo. El cuerpo sufriente puede ser de esta manera objeto de atención. El estatus de enfermo puede ser así en determinados casos, más valorizante que el de simple anciano.

Respecto a la imagen que envía el anciano, se diría que el envejecimiento uniformiza a las personas, les hace parecer más iguales entre sí que a cualquier otra edad. Sin embargo es precisamente la persona anciana la que ha sido asiento del mayor número de experiencias y en la que cabe esperar mayor variedad intrapsíquica. Por lo tanto –y esto es norma en psicogeriatría— ha de prestarse una gran atención en no caer en la estandarización a la hora del diagnóstico o el diseño de cualquier terapia y plantear un abordaje individualizado para que pueda resultar efectivo.

Enfrentado a las situaciones citadas, al anciano le cuesta trabajo conservar su integridad y el interés por sí mismo. Un cuerpo no bien integrado en la persona, puede ser considerado como el lugar de donde nada bueno puede venir y el individuo puede mostrarse quejoso y escéptico, desinvestido, dejándose ir, no proporcionando a su cuerpo los más mínimos cuidados, evitando acudir al médico en caso de necesidad o abandonando las medicaciones. También puede darse el caso opuesto, ocurriendo un sobreinvestimiento patológico o regresivo, manifestado a través de multitud de quejas hipocondríacas.

De todo lo dicho no ha de deducirse que el paso por la última etapa de la vida ha de revestir necesariamente un carácter negativo. Hemos citado posibles puntos donde el proceso de envejecimiento puede conducirse de forma errónea y disfuncional. Sin embargo, la mayoría de las personas realizan un proceso de envejecimiento adecuado y son capaces de vivir su vejez con naturalidad y de manera adaptativa.

TEMORES TÍPICOS Y ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES DE LA EDAD AVANZADA

Se han identificado algunos estresores que inciden especialmente en los ancianos y producen desestabilizaciones que derivan generalmente en patología de tipo ansioso o depresivo, aunque en ocasiones pueden tener consecuencias de mayor entidad. Los más importantes son los siguientes:

Enfermedad del cónyuge

La red de apoyos sociales en la edad avanzada suele ser menos tupida que en edades anteriores. Es fácil entender que procesos de enfermedad del cónyuge que comprometan su vida, de forma real o sólo percibida, supongan una amenaza cierta para personas con alto nivel de dependencia.

Enfermedad física

La enfermedad física tiene importancia sobre todo en la manera en que esta es vivida subjetivamente, dependiendo de como resulte de amenazante cada enfermedad y los mecanismos de negación y de adaptación que se den en cada caso particular. Especial atención merecen los déficit sensoriales, en concreto los de visión y oído. Los órganos de los sentidos son primordialmente órganos de relación. El aislamiento que producen los déficit visuales y auditivos correlaciona con elevados índices de sintomatología psíguica, sobre todo si no se ha dado un proceso adaptativo suficiente. Independientemente del posible correlato con los trastornos de ansiedad que ambos déficit pueden causar, los problemas visuales suelen estar vinculados preferentemente a patología depresiva y los auditivos a suspicacia o psicosis franca. La pérdida de la autonomía personal es especialmente penosa en personas de carácter independiente. Sin embargo, para aquellas con una estructura de personalidad pasivo-dependiente, el aumento de esta dependencia tampoco es bien tolerado, ya que incrementa el conflicto intrapsíguico previo, además de producir mayor intolerancia del entorno a la situación.

Muertes y duelos

Las pérdidas de personas cercanas suceden con más frecuencia en la vejez. Su número, su significación personal y la distancia temporal entre ellas son elementos importantes para poder valorar su impacto. Las pérdidas no esperables, en concreto las de los hijos, suelen provocar un impacto de enorme intensidad a cualquier edad y se encuentran entre los estresores más difíciles de tolerar. Pero en la edad avanzada tienen una significación añadida, por ser el momento en que la persona realiza los cambios psicológicos adaptativos a la idea de la propia muerte. Estas pérdidas no normativas suelen conllevar muy a menudo intensos sentimientos de culpa por haber roto la línea vital y estar sobreviviendo al hijo.

Respecto a la propia muerte, es preciso señalar que los ancianos hablan a menudo de ella, incluso para deseársela a sí mismos. Esto, lejos de ser un fenómeno patológico, tiene la mayoría de las veces un sentido adaptativo, ya que sirve como preparación y familiarización con este hecho. Estas alusiones no se acompañan necesariamente de un correlato emocional ansioso o depresivo. En cualquier caso, esta familiarización no debe despistar al clínico de la necesidad de realizar una exploración de una eventual ideación autolítica cuando exista esta sospecha.

Jubilación

En determinados casos supone un estresor importante. Afecta por un lado a personas para las que el trabajo ha sido el eje de su vida por una necesidad de éxito y reconocimiento, que compensa el funcionamiento deficitario en otras áreas. Por otro lado existen personas frágiles, dependientes, con un equilibrio personal precario, que se apoyan en su actividad laboral como fuente de refuerzo. En ambos casos, desaparecido este elemento organizador, puede sobrevenir la crisis.

Institucionalización

Resulta de importancia que durante el período previo al ingreso en la Residencia se explique suficientemente al anciano como será la vida en el nuevo lugar, evitando así fantasías negativas y anticipaciones que conllevan niveles altos de ansiedad. Es recomendable incluso realizar una visita al centro previamente al ingreso. Se ha encontrado que la ansiedad que precede a la entrada en una institución correlaciona con un mayor riesgo de tentativas suicidas (11).

Dinero, finanzas y pensiones

Los aspectos económicos tienen un gran impacto en las personas de edad, ya que en la mayoría de los casos, sus ingresos ya no dependen del esfuerzo personal, sino de decisiones que toman poderes sobre los que no se puede ejercer un control. En cualquier caso, se trata de una cuestión subjetiva, que es percibida por cada anciano de forma diferente. Las alusiones a estos temas en los medios de comunicación en uno u otro sentido por parte de las instancias políticas, tienen un impacto considerable en personas con una estructura psíquica frágil. No es raro que estas cuestiones se incorporen al repertorio de temores en personas ansiosas, al de rumiaciones en sujetos depresivos o incluso formen parte de la sintomatología delirante. De otro lado, es justo reconocer que la mayoría de los ancianos suelen adaptarse bien a estos condicionantes económicos, tolerando sin grandes problemas incluso condiciones de vida que resultarían inaceptables a personas de edades más jóvenes.

Robos, delitos, agresiones callejeras

Este es probablemente uno de los estresores más característicos de la edad avanzada. Se sabe que los ancianos no reciben un mayor número de agresiones callejeras respecto a otros grupos de edad. Sin embargo, su sola posibilidad es vivida con mayor angustia, ya que se pone en relación con la fragilidad física y el temor real de muerte en caso de que se produzca. En ocasiones, estos temores son una manera de expresión de una verdadera agorafobia.

Problemas de la familia

Como referimos anteriormente, en la edad avanzada se da una cierta desvinculación del mundo externo, de manera que los lazos con otras personas tienden a ser menos numerosos pero más intensos. De este modo, la relación con la familia suele adquirir especial relevancia y el anciano puede vivir las dificultades de alguno de los miembros cercanos como amenazas propias. Un caso especial puede encontrarse en los procesos de separación o divorcio de alguno de los hijos, que en ocasiones resulta ser un acontecimiento intolerable para la persona mayor.

Problemas en la vivienda, obras, ruina, mudanzas

Se trata de un estresor de carácter general. Los ancianos envejecen con sus casas, que mantienen inalterables porque se da un proceso de identificación con ellas, de manera que se convierten en un elemento que sería casi asimilable al propio esquema corporal. Pequeñas obras, reparaciones, pintura, suponen una agresión a este esquema que los ancianos suelen evitar. Cuando suceden pueden derivar en reacciones que son difíciles de entender si no se miran desde esta perspectiva. También debe señalarse el impacto que supone la costumbre muy extendida en la sociedad española, de dejar de vivir en el propio domicilio para pasar temporadas en casa de diferentes hijos.

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN MENTAL **DEL ANCIANO**

En los procesos de atención al paciente psicogeriátrico, la obtención de información es probablemente uno de los momentos más cruciales, tanto por la variedad de datos de los que conviene disponer, como por las dificultades que suelen existir para conseguirlos. Existen tanto similitudes como diferencias respecto a las actividades que han de llevarse a cabo cuando se explora a un anciano respecto al adulto de menor edad. Exponemos a continuación algunas reflexiones que pueden servir de guía de actuación para el clínico, poniendo el acento especialmente en los aspectos diferenciales.

LA ENTREVISTA CON EL PACIENTE ANCIANO

La entrevista psiquiátrica es la herramienta fundamental en los procesos diagnósticos dentro del ámbito psicogeriátrico. Tiene también un papel esencial en el modo en que se desarrollarán posteriores encuentros en el futuro proceso de tratamiento. Incluso, por sí misma, puede tener un efecto terapéutico y ha de ser considerada como el primer momento de la intervención y no sólo como una mera recogida de datos.

Cualquier exploración médica, y sobre todo las más basadas en el campo verbal como son la exploración psiquiátrica o psicológica, es el resultado de la tensión de dos vectores divergentes. Estos son la necesidad de contar con el mayor número de datos posibles y la escasez de tiempo habitualmente disponible para su obtención. Uno y otro tendrán diferente peso en cada situación, pero es importante no minusvalorar la necesidad de contar con una información amplia del paciente de edad. Es más, resulta lógico pensar que es precisamente en el anciano donde esta información es más imprescindible. Los ancianos han vivido más años y por lo tanto, las eventualidades tanto de procesos mórbidos como vivenciales son necesariamente más numerosas. Asimismo, la imbricación de factores físicos y la mayor prevalencia de enfermedad orgánica necesitará de valoraciones más detalladas. Las interacciones de los aspectos sociales y sociosanitarios juegan con frecuencia un papel importante que requiere también la dedicación de un tiempo suficiente para su dilucidación.

GENERALIDADES DE LA ENTREVISTA

La entrevista con un anciano es un encuentro entre dos personas que interactúan según modelos de relación previos que dependen obviamente de la personalidad y modo relacional de ambos. La entrevista psicogeriátrica posee elementos comunes con la entrevista psiquiátrica que se da a otras edades, pero también tiene elementos genuinos que son diferenciadores y que es obligado tener en cuenta.

Para comenzar encontramos un fenómeno que ocurre sólo en la atención geriátrica en general y es que, por definición, el paciente siempre tiene más edad que el examinador. Esta cuestión es importante, pues el profesional no tiene con ninguno de sus pacientes la experiencia personal de haber vivido ese momento evolutivo que es la vejez, como es frecuente que lo tenga si atiende a otro tipo de pacientes más jóvenes. La implicación práctica que tiene esta cuestión, es que el profesional que trabaja con ancianos ha de recordar el mantenimiento de determinadas actitudes relacionales que veremos a continuación, que no siempre aparecen de forma automática. A la vez, ha de estar alerta para que los estereotipos negativos ligados a la vejez y que residen en el plano profundo de cualquier persona, incluido el examinador, no contaminen la entrevista. Para ello existen una serie de condiciones u objetivos que constituyen la línea de base de la relación, que deberían cumplirse en todo momento y que referimos a continuación.

Como elemento primordial estaría la valoración y el mantenimiento de la dignidad de nuestro paciente. La situación de enfermedad psíquica es alienante por sí misma y la necesidad de entrevistarse con un médico no es normalmente —aunque algunos ancianos lo busquen— un estado habitual ni gozoso. Queremos decir que la vejez por sí misma y más si existen dificultades psíquicas sobreañadidas, hace poner en peligro el estatus de una persona y su propia valoración. Por todo ello defendemos que la regla de oro es el respeto, la deferencia, que no sólo cumple una función social sino que pretende devolver en lo posible, esa dignidad amenazada.

Nuestro idioma posee reglas claras para la expresión del respeto y han de ser utilizadas. El uso del Usted es preceptivo, e incluso el uso del Don o Doña. El trato de usted no está reñido con un posible mayor o menor grado de familiaridad, que puede ser necesario en determinados momentos, ni resta nada a la necesaria calidez que suele ser conveniente para la entrevista. Además es congruente con el marco educacional de nuestros ancianos, acostumbrados al uso del usted hasta el punto de, en muchos casos, haber dado ese tratamiento a sus propios padres hasta el fin de su vida.

Hemos comenzado analizando la cuestión del tratamiento, porque es fundamental para otra aún más importante que es la distancia. La distancia afectiva o relacional que se debe tener con el enfermo, de nuevo es fruto de la interacción dual médico-paciente, pero en el caso de la geriatría tiene cierto carácter diferencial. Muchos psiquiatras defienden, no sin razón, la necesidad de una distancia clara con el paciente, que facilite los aspectos terapéuticos y que no de lugar a confusiones o falsas confianzas. Es la llamada neutralidad terapéutica a la que aquellos con formación dinámica conceden singular importancia. Otros profesionales, sin embargo, no la consideran tan necesaria. El hecho es que, por los factores emocionales del médico y el enfermo ya aludidos, la distancia con el anciano, siempre va a existir. De lo que se trata es de controlar esta distancia y que ese control esté en manos del clínico, para poderlo utilizar en beneficio del paciente. El anciano que acorta las distancias con el deseo de controlar al médico y neutralizar su actividad para que todo siga igual, o aguél que tiene dificultades para dejar de considerarle como uno de sus hijos, va a precisar de una mayor distancia relacional que haga posible un vínculo terapéutico adecuado. El paciente confundido, angustiado o muy deprimido, necesitará probablemente un acercamiento afectivo que le ayude a tranquilizarse, así como a sentirse comprendido y acompañado. En estos pacientes, o en pacientes con déficit sensoriales, el acercamiento será probablemente no sólo afectivo sino físico, habrá que entrar en el espacio personal del paciente para hacer notar claramente nuestra presencia. El acercamiento del que hablamos, puede llevar incluso al contacto físico, tomando al anciano de la mano, cuando está sentado, o del brazo al acompañarlo a la puerta o al ayudarle a caminar. Con los pacientes más jóvenes este tipo de contacto suele ser excepcional. Con los ancianos, si es realizado cuidadosamente, con respeto, pero sin paternalismo, puede ser de gran ayuda.

Respecto a la colocación, la posición habitual con médico y paciente a ambos lados de la mesa del despacho será la más frecuente pero no la única. En determinadas circunstancias, sobre todo en pacientes con severos déficit auditivos o visuales, será más conveniente sentarnos al lado del enfermo, en una silla contigua girada en parte hacia él. Ciertas exploraciones físicas o valoraciones del estado cognitivo que requieren una actividad del paciente, se realizan mejor si no hay una mesa por medio, es decir, sentados cara a cara. En el hospital, o en cualquier situación de encamamiento, será preciso probablemente un acercamiento que incluva sentarse en el borde de la cama y no permanecer de pie.

Nuestro tono de voz ha de ser modulado con la situación. Muy pronto en la entrevista hemos de percatarnos cuál es el estado de las capacidades auditivas de nuestro paciente. La tendencia es a gritar, pero no todos oyen mal o bien pueden estar usando una prótesis auditiva adecuada. En pacientes con deterioro cognitivo, que tienen dificultades de comprensión del lenguaje, lo que ayuda es hablar más despacio o con frases más cortas, no aumentar el tono de voz.

El enfermo anciano suele venir acompañado, pero no hemos de olvidar en ningún momento que el foco de atención es el propio paciente. La primera pregunta ha de ser para él o ella, incluso aunque sepamos que se trata de una persona con una demencia avanzada. Mantener al paciente en el punto central de la entrevista y por tanto hablar con él ha de ser nuestro objetivo, aunque hay que decir que no siempre resulta fácil. En ocasiones la familia toma el protagonismo, hablando todo el tiempo por boca del enfermo y otras veces es el propio anciano guien activamente cede el papel protagonista, insistiendo en no ser guien interactúe con el médico. Cada entrevista tiene unos parámetros óptimos de desarrollo, pero toda inversión que se haga en devolver el protagonismo a guien realmente lo tiene, suele dar sus frutos a corto o largo plazo.

Toda exploración psiguiátrica, y la psicogeriátrica no es en absoluto una excepción, está incompleta si no incluye un período de la entrevista a solas con el enfermo. Según el problema que se plantee y las dificultades reales que existan, el tiempo que pasemos con el paciente a solas puede comprender casi toda la entrevista o reducirse a unos minutos, pero este encuentro se debe dar. La entrevista a solas permite calibrar mejor aspectos afectivos y de personalidad, desentrañar situaciones familiares complejas o simplemente valorar el grado de autosuficiencia del paciente.

El lugar dónde se llevan a cabo las entrevistas tiene una importancia crucial pues la información obtenida en distintos entornos o settings puede ser radicalmente diferente. Las situaciones más distantes son la entrevista en el domicilio y la que se lleva a cabo en el curso de una hospitalización médica o quirúrgica que serán detalladas a continuación. Un lugar intermedio lo ocupa el encuentro en la clínica ambulatoria, es decir en el despacho del psiguiatra.

Evaluación domiciliaria

Quizás el lugar ideal para la exploración sea el propio domicilio del paciente, o el lugar donde habitualmente vive. La visita domiciliaria de evaluación aporta datos que no pueden obtenerse directamente en el despacho del médico. La inspección del hogar, mobiliario v pertenencias, el contenido v su estado hablará por sí solo de las condiciones en que vive el paciente y también de cómo su enfermedad las está afectando. Un paseo por la casa con el anciano, la observación de la preparación de un café, nos mostrará aspectos del funcionamiento cognitivo del enfermo en su propio hábitat. Es preciso conocer si es el paciente o su cónyuge quien cuida de la casa, o si recibe ayuda del exterior. Conviene llevar consigo material clínico, ya que puede ser necesaria una exploración física, la administración de una medicación in situ o la realización de una prescripción o un informe. Es posible que seamos el único médico que el paciente ha visto en mucho tiempo y, en cualquier caso, no debe nunca asumirse sin más en un anciano, que los problemas físicos están diagnosticados o adecuadamente tratados.

La visita domiciliaria puede incluir la obtención de datos de personas de la familia o también del vecindario, que en ocasiones se ofrecen incluso espontáneamente para aportarlos. Esta información permite valorar también el grado de apoyo o tolerancia que los síntomas del paciente producen en su entorno.

La visita domiciliaria puede ser necesaria en diferentes momentos de la intervención. Aunque en muchos casos lo ideal es que se realizara como primera intervención, en nuestro medio ello no es muy frecuente. En cualquier caso, la evolución puede aconsejar que se lleve a cabo con posterioridad al primer contacto. La información de un médico generalista que conozca al paciente y que se tome interés, aportará datos inestimables. Cuando por la estructuración asistencial la salida al domicilio del especialista es difícil o no posible, la información proporcionada por un trabajo de enfermería psiquiátrica bien hecho es altamente valiosa.

Evaluación hospitalaria

El lugar opuesto al domicilio para la realización de la entrevista y exploración del paciente psicogeriátrico es la cama de hospital. Es una eventualidad frecuente, dada la edad media de las personas que ingresan en los hospitales generales y por lo tanto merece unos comentarios.

El setting hospitalario proporciona la mayor facilidad para la obtención de datos médicos y la menor para los de carácter social y relacional. La situación de hospitalización imprime características propias a la información y a la manera de conseguirla, ya que cambia las prioridades. Un paciente hospitalizado es más probable que tenga mayores dificultades para dar información sobre sí mismo, de manera que una parte sustancial de esta va a venir de otras personas. Estas son fundamentalmente el personal de enfermería, otros profesionales médicos a cargo del paciente y la propia familia. Conviene recordar que factores importantes de la personalidad, psicopatología o condiciones de vida de un paciente pueden ser omitidas, mitigadas o perdonadas por la familia de un paciente hospitalizado que está en riesgo de

Siempre que sea posible, y lo suele ser si se insiste lo suficiente, no debería obligarse a un paciente anciano –a ningún paciente en general– a explicar sus dificultades psicológicas con otros enfermos delante. o sólo separado por un biombo o cortina, completamente inútil a efectos auditivos. El psiquiatra habrá de explicar, más que nunca en este contexto, cuál es la razón de su presencia allí y cuáles son los objetivos de la entrevista. En general, el tabú y el temor hacia la psiguiatría que sienten muchos ancianos, no va a verse sino reforzado cuando inesperadamente aparece en la habitación este profesional y el motivo del ingreso ha sido, por ejemplo, una insuficiencia cardiaca descompensada. El paciente no comprenderá nada y será fácil que se muestre suspicaz o incluso atemorizado. La experiencia dice que este tabú es con frecuencia reforzado por la actitud de muchos médicos, que solicitan una interconsulta psiquiátrica pero no se lo comunican a su paciente.

La revisión de la documentación clínica es primordial y habrá de incluir la historia clínica, las notas de seguimiento, las hojas de tratamiento y no olvidar las notas de enfermería. Mucha de la información relevante para el psiguiatra se encuentra precisamente en las hojas de enfermería, por ejemplo datos referidos al peso, apetito, continencia, sueño o agitación. Aunque es preceptiva su revisión y en ocasiones el psiguiatra se encuentra con agradables sorpresas, las notas clínicas suelen ser el exponente de la dificultad del médico no psiguiatra para detectar o registrar los problemas psiguiátricos (47). Palabras como deprimido o demenciado pueden significar cosas muy distintas para el médico o la enfermera y para el psiguiatra. En cualquier caso, no ha de cometerse nunca el error de considerar que si un síntoma no aparece en la historia clínica, el paciente no lo ha sufrido. Con frecuencia, incluso aunque el médico haya detectado un síntoma psiquiátrico y sea consciente de su importancia, la tendencia es a que no quede registrado por escrito, al contrario de otro tipo de sintomatología. Adicionalmente, existen trabajos que demuestran que la información que puede obtenerse de la documentación clínica es diferente en las unidades médicas y las quirúrgicas, con mayor profusión de datos en las primeras (13).

No olvidamos la entrevista en la Unidad de Psiguiatría. Los ancianos necesitados de cuidados psiquiátricos hospitalarios, suele ser ingresados en unidades de psiquiatría no monográficas o más raramente en camas de geriatría. Una excepción serían los hospitales psiguiátricos monográficos que diferencian camas para ancianos. Las condiciones de entrevista pueden ser diferentes de un lugar a otro y tienen que ver tanto con el propio lugar como con los recursos de los que se dispone. Un paciente ingresado en una Unidad donde la mayoría de enfermos son psicóticos jóvenes llegará a la situación de entrevista en un estado diferente al anciano que se encuentra en una sala geriátrica con otros pacientes de similar edad. Los médicos -v las enfermeras- habrán de contrarrestar el impacto de cada una de estas situaciones. En cualquier caso, es en el contexto hospitalario donde el médico tendrá probablemente a su disposición una mayor variedad de recursos y habrá de actuar a modo de director de orquesta coordinando las diferentes intervenciones. El psiguiatra hospitalario dispone generalmente de más tiempo y ocasiones para obtener la información y conducir las entrevistas, pero menos tiempo total para el manejo del caso, en especial en el contexto actual de presión para reducir las estancias hospitalarias.

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN

La anamnesis y la exploración de las funciones mentales y la psicopatología forman un todo dinámico cuando se evalúa al anciano y no debe de seguirse un esquema rígido para la obtención de la información. Esta es probable que precise de más de una entrevista, en las que el orden clásico de los elementos de la historia clínica puede claramente alterarse, siempre que al final se obtengan todos ellos. No vamos a detallar en este lugar todos los posibles síntomas y signos de enfermedad mental que pueden aparecer en los ancianos y su forma de investigarlos, sino que expondremos los factores diferenciales más importantes que han de ser tenidos en cuenta en esta labor.

Al evaluar el motivo de consulta y la enfermedad actual, es preciso tomar en consideración, entre otros, los siguientes elementos:

Factores precipitantes y cambios en el entorno, tanto físico como emocional. Los factores estresantes citados al comienzo de este capítulo deben ser explorados sistemáticamente.

Sucesión de acontecimientos sintomáticos, ya que la historia natural de la enfermedad no siempre es la misma en el adulto que en el anciano.

Atención no sólo a los síntomas psíquicos sino a los signos físicos, especialmente vegetativos, relacionados con la enfermedad mental. Entre ellos estaría la pérdida de apetito, cambio en los hábitos alimentarios (por ejemplo solicitar la comida en forma de puré) ganancia o pérdida de peso, descenso del nivel de energía para realizar las actividades cotidianas, así como las variaciones temporales de estos parámetros.

Diferenciación entre cambios debidos a la edad y procesos de enfermedad. Aunque esta cuestión no es siempre fácil, la mayoría de los errores se cometen por exceso, al considerar como normales para la edad procesos que son total o parcialmente patológicos. En este sentido, la velocidad del cambio es un factor de ayuda. Una disminución en el rendimiento de la memoria o una retracción social puede ser normal si ocurre en el curso de cinco años, pero no si lo hace en cinco meses.

Los antecedentes familiares no deben ser nunca omitidos. En este sentido, resulta fundamental la obtención de información no sólo de las enfermedades mentales y físicas padecidas por los parientes cercanos, sino cómo estas han sido vivenciadas por el enfermo. No hay que olvidar que nuestro paciente tiene ahora probablemente la edad en la que parte de ellas le sucedieron a otras personas de la familia (padres, hermanos mayores) y puede temer de forma intensa padecerlas él mismo.

Los antecedentes personales y biográficos también resultan de gran importancia. No es posible atender adecuadamente a una persona con muchos años a sus espaldas, si desconocemos qué ha ocurrido durante esos años. La investigación debe de retroceder también hasta la infancia. Independientemente de las consideraciones psicodinámicas, en nuestra opinión completamente pertinentes en este campo, los hechos acaecidos en la infancia y adolescencia siguen ejerciendo un papel trascendente sean cuales sean los años transcurridos. A pesar del es-

cepticismo que para algunos pueda suponer la idea de una influencia de hechos acontecidos en una distancia de setenta o más años, el hábito de explorarlos sistemáticamente despeja claramente las dudas al respecto. Dentro de los datos biográficos, reviste particular trascendencia, la manera cómo la persona actualmente anciana ha enfrentado otras transiciones psicosociales dentro del ciclo vital. Entre ellas se encuentran el comienzo del trabajo, el servicio militar en los varones, las relaciones de pareja, matrimonio, nacimiento de los hijos, su marcha de la casa, fallecimiento de los padres, jubilación o el eventual fallecimiento del marido o la esposa, así como la posible presencia de segundos matrimonios o establecimiento de nuevas parejas, cuestión esta que ha dejado de ser inusual. La obtención de información acerca de la personalidad premórbida suele precisar generalmente de la colaboración de otros informadores, generalmente la familia. Otros datos que no deben olvidarse incluven las actividades extralaborales como aficiones u otras de carácter social. Los aspectos referidos al funcionamiento sexual son a menudo excluidos de la entrevista, lo que constituye un error ya que suponen una valiosa fuente de información y en no pocas ocasiones, uno de los aspectos que son deteriorados por la propia enfermedad o su tratamiento, lo cual es vivido por determinados enfermos de forma especialmente penosa.

La historia médica es fundamental y ha de obtenerse la información de todas las fuentes posibles. El tiempo empleado en revisar informes médicos de procesos de enfermedad física que el paciente ha padecido así como sus tratamientos, es casi siempre un tiempo útil en términos de rentabilidad diagnóstica. Como hemos señalado, no debe asumirse ciegamente que los posibles procesos médicos que el paciente padezca están ya diagnosticados o tratados. Las actitudes negativas hacia la edad avanzada y la escasa formación en los aspectos gerontológicos alcanzan a todas las profesiones médicas. No es infrecuente –v no ha de resultar paradójico— que sea precisamente el psiquiatra quien realice una primera sospecha de enfermedad física y en ciertos casos quien la investigue personalmente hasta donde sus conocimientos alcancen. Esto puede incluir la realización de una exploración física y con mayor frecuencia un examen neurológico, actividades para las que el psiguiatra ha de abandonar toda clase de fobias. En cualquier caso, es absolutamente obligado tener clara conciencia de las enfermedades físicas que el paciente padece, su grado de afectación y la medicación que recibe, ya que alguno de estos factores puede afectar a la expresión de la enfermedad mental o ser directamente su causa.

La exploración psicopatológica ha de realizarse de la manera habitual, teniendo en cuenta las particularidades en la expresión sintomática de las enfermedades típicas de la vejez, así como la forma peculiar de manifestarse que toman las enfermedades psiquiátricas cuando los pacientes alcanzan esta edad.

Todo ello está mediado por dos factores que pueden claramente modular su presentación: la personalidad y el estado cognitivo.

Las áreas fundamentales de exploración aparecen en la Tabla I.

LA EVALUACIÓN COGNITIVA

La determinación del estado cognitivo del paciente es una pieza que no debe nunca faltar dentro del proceso diagnóstico. Esta exploración será más o menos extensa en función de los déficit que el paciente presente y el tipo de enfermedad que padezca, pero ha de hacerse siempre. Es más, no deben hacerse asunciones gratuitas respecto a las capacidades cognitivas actuales del enfermo, provenientes de un contacto superficial con el mismo, o bien de datos obtenidos previamente por otros profesionales. El paciente puede sorprendernos en la exploración con capacidades mucho más conservadas o alteradas de lo que inicialmente pueda parecer. Esto puede ocurrir por muy diversos factores entre los que se incluyen el efecto de los problemas físicos o sensoriales, el de la propia enfermedad mental en sí o la ocultación o compensación de síntomas. Tampoco las quejas subjetivas, en especial las referidas a la memoria, suponen una guía fiable. La adquisición de las habilidades básicas en la exploración neuropsicológica tanto de ancianos como de adultos están al alcance de cualquier médico y deberían formar parte del bagaje diagnóstico de todos los psiguiatras.

Durante las entrevistas de exploración debe dedicarse un tiempo a la precisión de las quejas cognitivas, en la que conviene incluir a los familiares, por la posible tendencia del paciente a minimizar o exage-

Tabla I

Áreas de exploración psicopatológica

Aspecto externo y presentación

Nivel de actividad

Capacidad de introspección y estilo atribucional

Percepción

Órganos sensoriales Fenómenos alucinatorios

Pensamiento: forma y contenido

Lenguaje

Afectividad

Humor

Fenómenos relacionados con la ansiedad

Estado cognitivo

Grado de competencia funcional

rar las mismas. En general, la información a obtener debería incluir al menos los siguientes puntos (14):

- —Momento aproximado de inicio de los síntomas cognitivos.
 - —Ritmo de la progresión.
 - —Carácter fluctuante o progresivo.
- —Empeoramientos recientes y factores relacionados.
 - —¿Qué síntomas cognitivos tiene actualmente?
- —Repercusión sobre sus actividades de la vida cotidiana
- —¿Qué cosas puede hacer, qué cosas ha dejado de hacer?
- —Presencia de síntomas neurológicos acompañantes: Signos de focalidad, Parkinsonismo, alteración de la marcha, convulsiones, caídas.
 - —Historia familiar de demencia.

Algunas preguntas que pueden ayudar a levantar la sospecha de deterioro cognitivo aparecen en la Tabla II. Se deben formular, como hemos referido, al paciente en presencia de sus familiares ya que van también dirigidas a éstos.

Previo al examen formal de la función cognitiva, resulta de gran importancia explicar al paciente en qué va a consistir y cuáles son los objetivos del mismo. Conviene comentar que, a pesar del aspecto es-

Tabla II

Algunas preguntas que sugieren la sospecha de deterioro cognitivo

¿Se olvida las cosas? ¿Más en los últimos meses?

¿No sabe en qué día vive?

¿Se ha perdido alguna vez?

¿Está al tanto de lo que hace falta en casa o de lo que se estropea y lo repone adecuadamente?

¿Cómo se maneja con el dinero en las compras?

¿Sigue manejando las cuentas de casa o del Banco?

¿Confunde a las personas de la familia o amigos?

¿Está más torpe para vestirse?

¿Maneja peor los aparatos como los electrodomésticos o el teléfono?

¿Ha dejado de realizar actividades que siempre hacía porque se equivoca?

¿Se obstina en realizar determinadas actividades que no le salen bien?

¿Duda con las palabras? ¿Le cuesta decir el nombre de las cosas?

¿Está más irritable, suspicaz, nervioso, retraído o triste?

¿Ha cambiado su ritmo de sueño?

Fuente: Agüera 1998.

colar de algunas de las pruebas, estas resultan fundamentales para el diagnóstico y para poder ayudarle convenientemente. Y lo que es aún más importante, se hace necesaria una actitud de exquisito tacto durante todo el examen. Nada hay más ofensivo para cualquiera que ser sorprendido por un médico que. inopinadamente, se señala el reloj y pregunta ¿qué es esto?, o bien que, sin introducción alguna o fuera de contexto, pregunta ¿qué día es hoy?

La exploración neuropsicológica puede hacerse de forma estructurada y estandarizada, valiéndose de cuestionarios o tests preestablecidos o bien de forma abierta, realizando pruebas según los déficit que vayamos encontrando en el paciente.

Existen pruebas cortas de screening, que son muy accesibles y rápidas de aplicar y que aportan una información inicial que ya resulta valorable. Las más importantes por la extensión de su uso son el Mini examen cognoscitivo (MEC) que es la versión española del Minimental Examination, el Test de Pffeiffer y el Test del dibujo del reloj (14).

Los tests de screening tienen su utilidad, pero en muchas ocasiones pueden aportar una información que resulta escasa para el propósito diagnóstico, por lo que conviene conocer otro tipo de pruebas neuropsicológicas con las que poder complementarlos. Un procedimiento adecuado consiste en realizar una prueba estandarizada corta y completar con otras exploraciones según sean los déficit que se han ido perfilando.

Además de los tests de screening, existen pruebas estandarizadas más largas, como el CAMCOG (subescala cognitiva de la entrevista CAMDEX), el ADAS (Alzheimer's Disease Assessment Scale), el SKT (Syndrom Kurz Test) o el Test Barcelona gueaportan una información más completa, aunque necesitan un mayor tiempo para su aplicación (Tabla III).

Tabla III

Exploraciones neuropsicológicas de las funciones cognitivas

Exploración neuropsicológica abierta: realización de pruebas en función de la clínica

Exploración neuropsicológica estructurada

Pruebas cortas y de screening

Mini examen coanoscitivo

Test de Pffeiffer

Test del dibujo del reloj

Pruebas más largas

CAMCOG: subescala cognitiva de la entrevista

CAMDEX

ADAS: Alzheimer's Disease Assessment Scale

SKT: Syndrom Kurz Test

Test Bárcelona

Fuente: Agüera 1998.

Las áreas fundamentales de exploración neuropsicológica que habrán de examinarse, aparecen en la Tabla IV.

PRINCIPIOS GENERALES DE TRATAMIENTO

CONSIDERACIONES SOBRE PSICOFARMACOLOGÍA GERIÁTRICA

A la hora de prescribir mediaciones a los ancianos, es preciso tomar en consideración que, como fue dicho anteriormente, la edad impone modificaciones biológicas que pueden tener repercusión en la farmacodinámica y la farmacocinética de las sustancias que se empleen. La Tabla V resume las principales.

Desde el punto de visto farmacodinámico, los cambios en el número y distribución de determinados receptores y sistemas de neurotransmisión pueden provocar diferencias en el perfil de eficacia y también de efectos secundarios respecto al adulto. También se da una disminución de los mecanismos enzimáticos de degradación, como por ejemplo, una disminución en la concentración de la monoaminooxidasa, lo que significa un mayor efecto a igualdad de dosis. A todo ello han de añadirse los frecuentes cambios estructurales en los órganos diana, en nuestro caso el cerebro, que les hace ser más sensibles, por ejemplo, a los efectos depresores de fármacos como las benzodiacepinas.

La farmacocinética de las sustancias empleadas también puede cambiar y puede verse afectada la absorción, distribución, metabolismo y excreción en diversas formas. La consecuencia de estos cambios está relacionada fundamentalmente con los cambios en los niveles plasmáticos que pueden obtenerse con respecto al adulto, a igualdad de dosis administrada y también con diferentes patrones de acumulación en los tejidos. Ambos hechos pueden traer consigo una

Tabla IV Principales áreas de exploración neuropsicológica

Orientación personal y temporoespacial

Memoria reciente

Memoria a largo plazo

Pensamiento abstracto

Lenguaje

Praxias

Gnosias

Funciones frontales

Tabla V

Cambios sobre psicofarmacología geriátrica

FARMACOCINÉTICA

Absorción: escasas modificaciones

Distribución: afectada por la distinta distribución de la masa corporal, con:

- ↓ Agua total
- ↓ Agua extracelular
- ↓ Volumen plasmático
- ↓ Albúmina
- ↑ Tejido adiposo

Metabolización hepática reducida. Menos afectados los procesos de conjugación

Eliminación renal más larga

FARMACODINÁMICA

- ↓ del número de determinados receptores y de neuro transmisores
- ↓ de monoaminooxidasa

Cambios estructurales y funcionales en los órganos diana: ej. mayor sensibilidad del SNC al efecto depresor de las benzodiacepinas

mayor facilidad de obtención de niveles tóxicos o una mayor frecuencia de efectos secundarios, si no se ajustan las dosis en los casos en que esto es necesario.

En lo que respecta a los psicofármacos, la absorción no se ve afectada de forma clínicamente significativa en la edad avanzada. La distribución tisular sin embargo, sí puede estarlo. La masa corporal de los ancianos se caracteriza por tener una menor cantidad total de agua, una disminución de la albúmina y una mayor cantidad de grasa. Estos factores pueden tener repercusión por ejemplo en la prolongación de la vida media de compuestos lipofilicos como las benzodiacepinas, o en la aparición de mayores cantidades de fármaco libre en plasma debido a la menor cantidad de albúmina. La metabolización hepática de las sustancias está reducida, afectándose mucho más los procesos de oxidación que los de conjugación. Los niveles plasmáticos de los medicamentos metabolizados por la primera vía, que son muchos, están aumentados por consiguiente en las personas de edad avanzada. Del mismo modo, el riñón sufre un decremento en la tasa de filtración glomerular y en su flujo sanguíneo, lo que significa también que la eliminación renal de medicamentos que son excretados por esta vía es más larga y aumenta el riesgo de toxicidad.

Los efectos del tratamiento y la adherencia del paciente al mismo, han de ser monitorizados estrechamente. Existe una cierta propensión, que es preciso

combatir, a mantener indefinidamente los tratamientos que se prescriben a los ancianos, en la creencia errónea de que los procesos que les afectan tienden casi siempre a la cronificación. El tratamiento ha de ser mantenido sólo durante el espacio de tiempo que dura el manejo activo del episodio actual y en los casos en que sea pertinente un tratamiento preventivo de las recaídas, pero nada más. Por otra parte, el grado de adherencia de los pacientes ancianos a cualquier tipo de tratamiento farmacológico es muy variable. Es fácil encontrar tanto situaciones de abuso como de infradosificación, así como de retiradas abruptas, situaciones todas ellas de consecuencias negativas e imprevisibles. En ocasiones esta falta de adherencia no es intencional y se relaciona con dificultades cognitivas que llevan al paciente a olvidar dosis o tomas, o incluso a descartar inadvertidamente un medicamento una vez finalizado el contenido de un envase. A todo esto ha de añadirse que con frecuencia no es el propio paciente sino un familiar quien se encarga de la administración de la medicación, lo que introduce un factor adicional de sesgo y variabilidad. Por todo ello, es obligatorio comprobar regularmente que el paciente recibe de forma adecuada la medicación prescrita por nosotros, así como el resto de medicamentos que pueda estar tomando por otras causas.

CONSIDERACIONES SOBRE LA PSICOTERAPIA GE-RIÁTRICA

Tradicionalmente ha existido una visión pesimista sobre la aplicabilidad de las diferentes técnicas psicoterapéuticas en el anciano. Esta opinión, que ya fue expresada por el mismo Freud, se fundamenta en una perspectiva de la persona de edad en la que es concebida como poseedora de unos rasgos de personalidad tan asentados con el paso del tiempo y por lo tanto rígidos, que resulta difícil conseguir modificaciones significativas. Como afirmación general, esta cuestión se ha demostrado errónea. Entre otras razones, lo que frecuentemente ha ocurrido es que se han intentado aplicar directamente técnicas diseñadas para personas más jóvenes, sin adaptarlas a este grupo de edad (12). En nuestra opinión –compartida con otros autores (15)- sí es posible aplicar la psicoterapia al anciano, aunque para ello es preciso tener en cuenta las particularidades propias de este grupo de edad

En el curso de los tratamientos psicoterapéuticos con ancianos aparecen característicamente temas que son propios del envejecimiento, que no suelen aparecer en otras etapas de la vida. También hay que recordar que en la vejez pueden surgir conflictos no resueltos en etapas anteriores de la vida, que pueden ponerse de manifiesto en el curso de la terapia. En relación con lo expuesto, (16) considera que existen tres temas básicos en la terapia de ancianos:

Afrontamiento de la pérdida de poder

Una de las características esenciales que conlleva el envejecimiento desde el punto de vista sociocultural es la pérdida de protagonismo en la vida social y de determinados niveles de poder que previamente se ostentaban.

Disfrute

Otro punto importante surge de la visión negativa de la vejez por parte de la sociedad, que la identifica, entre otras cosas, con una carencia de actividades placenteras. Esta visión puede ser asumida por los propios ancianos, que pueden renunciar a fuentes de satisfacción que sin embargo, les serían accesibles.

Revisión de la vida

Este punto se basa en la tendencia del anciano a revisar el contenido de su vida intentando buscar un sentido a la misma. Se asocia a la tendencia a la interioridad que citamos como característica del proceso de envejecimiento. En el curso de las psicoterapias la tendencia espontánea a hacer una revisión de la vida suele verse incrementada.

Es preciso señalar que el número de estudios realizados acerca de la eficacia de la psicoterapia en las personas de edad no es muy abundante. Aunque existen referencias en la literatura que aluden a estudios empíricos o descripciones concretas de tratamientos de casos, los estudios controlados son numéricamente mucho menores. Cuando se comparan modelos terapéuticos bien establecidos como la psicoterapia de inspiración psicoanalítica, la cognitiva y la conductual, la mayoría de los trabajos coinciden en encontrar una eficacia de cada una de ellas superior al placebo y similar al comparar las distintas técnicas entre sí (17).

A lo largo de los últimos años, se han multiplicado los recursos técnicos que posibilitan la realización de psicoterapias en los ancianos. Algunas de ellas son adaptaciones de técnicas ya bien establecidas en los adultos y otras son desarrollos específicos para la edad avanzada. Las más importantes aparecen en la Tabla VI.

Modelos conductuales

Desde el punto de vista de los modelos conductuales y el paradigma del condicionamiento operante, es posible realizar intervenciones terapéuticas en ancianos. Estas técnicas además resultan de especial interés pues permiten dar orientaciones a los cuidadores de los ancianos muy disminuidos física y psí-

Tabla VI

Técnicas de intervención psicoterapéutica en la edad avanzada

PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES

De inspiración psicodinámica

Psicoanálisis

Psicoterapia psicoanalítica

Psicoterapia breve o focal

Psicoterapia de apoyo

Cognitivas-conductuales

Reminiscencia

Interpersonal

Intervención psicomotriz

Ergoterapia y fisioterapia

TERAPIAS GRUPALES

Técnicas grupales con inspiración similar a las terapias individuales '

Terapias familiares

Sistémicas

Psicodinámicas

TERAPIAS INSTITUCIONALES

Grupos institucionales Hospital de día

SOCIOTERAPIA

Centros sociales, recreativos, de día, ocupacionales, aulas y universidades de tercera edad, etc.

quicamente, y que presentan alteraciones graves de conducta. Patterson et al (18) ha propuesto un programa básico que consta de seis puntos:

- 1. Definir explícitamente la conducta a modificar.
- 2. Realizar un análisis conductual detallado, identificando los antecedentes y consecuentes de la con-
- 3. Establecer un objetivo realista, que pueda ser alcanzable por el paciente, teniendo en cuenta los deterioros físicos y cognitivos que pueda haber.
- 4. Provocar y recompensar de manera consistente la conducta correcta y no reforzar la conducta no deseada.
- 5. Monitorizar la evolución de la conducta a estu-
- 6. Generalizar los logros obtenidos (refuerzo intermitente, entrenamiento en diferentes entornos, etc.).

En general, es deseable que estos programas conductuales se apliquen de manera grupal, y dentro de la política de la institución. Sin embargo, en muchos casos es preciso desarrollar programas de intervención específicos para cada individuo, ya que la conducta problemática surge de una interacción concreta con el ambiente.

Psicoterapias de orientación psicoanalítica

Las Psicoterapias de orientación psicoanalítica en la vejez, constituyen una modalidad terapéutica valiosa en sus diferentes modalidades. Existe la idea generalizada de que estas terapias son instrumentos terapéuticos válidos para los jóvenes, los adultos jóvenes y como mucho para personas en la edad media de la vida. No obstante cuando se toma el tiempo suficiente para escuchar y para trabajar intentando comprender a un sujeto anciano con dificultades, se percibe inmediatamente una evidencia: "el sufrimiento psíquico no tiene edad y el inconsciente tampoco" (19).

Las características específicas de los tratamientos psicoanalíticos en la vejez, vienen dadas en buena parte por las particularidades del aparato psíquico del paciente anciano. Pueden ser descritas desde dos puntos de vista principales.

El yo y los mecanismos de defensa

El yo sufre fundamentalmente dos deformaciones con el envejecimiento: se debilita y se rigidifica (20). En relación con las defensas hay que señalar que la regresión es característica del envejecimiento, mostrando el anciano más capacidad que el adulto para experimentar regresiones rápidas y profundas. Con el envejecimiento, la capacidad de reclutar asociaciones disminuye y la vida psíquica se hace más repetitiva.

La importancia de las pérdidas

Las situaciones de pérdida aparecen en el curso de las psicoterapias de manera protagonista. Le Goués (21), señala tres tipos de situaciones de pérdida en el anciano con gran claridad: la pérdida de objeto, la pérdida de la función y la pérdida de sí mismo.

Numerosos autores señalan la importancia del manejo adecuado de la contratransferencia en el tratamiento con viejos (22,23). Algunas características particulares de la contratransferencia son por ejemplo la ansiedad que aparece ante un anciano deprimido, próximo a la muerte, en una situación de debilitamiento del yo que demanda y precisa cuidados de manera muy intensa. Los movimientos transferenciales en los viejos son intensos pudiendo producirse virajes rápidos desde una transferencia positiva a una situación contraria.

Desde el punto de vista del encuadre, existen algunas diferencias con los tratamientos de adultos. En primer lugar cabe reseñar que las "curas tipo" son excepcionales en la vejez. En general los tratamientos son psicoterapias en sus distintas modalidades. La posición habitual es la de cara a cara, entendiendo que, tal como sucede en la clínica de adultos, tiene más ventajas para un abordaje psicoanalítico la posi-

ción de sentados terapeuta y paciente, de manera que las miradas no tengan que cruzarse de frente sino de lado. Algunos autores afirman que esto favorece la introspección del paciente y protege su narcisismo, haciéndole sentir que el analista se interesa más por sus pensamientos que por su apariencia (24).

Para que una psicoterapia tenga calidad de tal, es necesaria una frecuencia al menos de una vez en semana. En las personas de edad, se suele trabajar con esta frecuencia, o a lo sumo con dos sesiones por semana. La apreciación de Le Goués (21) acerca del contenido terapéutico del encuadre nos parece de enorme interés. Plantea que la regularidad de las sesiones, marcando el tiempo, supone para muchos ancianos un punto de referencia organizador, más aún cuando para muchos de ellos los días de desarrollan idénticos unos a otros.

Hay que considerar con los ancianos algunas condiciones como las del grado de autonomía del paciente, la posibilidad de desplazarse sólo, o la de hacerse cargo de su tratamiento desde el punto de vista económico. En condiciones especiales, puede ser necesario y conveniente, si la situación lo requiere, desplazarse al domicilio donde se encuentre el paciente.

Terapia de reminiscencia

Las terapias basadas en la reminiscencia o revisión de la vida se basan en las observaciones de diversos autores, en especial Butler (25), acerca del proceso de reactivación de recuerdos que produce en los ancianos la percepción de la realidad de la muerte. Se trata de un proceso que dota de significado, de una forma más completa y globalizadora, lo ocurrido en la vida hasta entonces. La reminiscencia se caracteriza por el regreso y la expresión de recuerdos de experiencias pasadas, especialmente aquellas que fueron especialmente significativas, tanto las positivas como las más dolorosas.

La reminiscencia constituye una terapia en sí, o puede ser utilizada por el terapeuta como un instrumento más en determinados momentos de una terapia de otro tipo. Es habitual que el anciano evoque espontáneamente recuerdos de acontecimientos pasados e intente resignificarlos a la luz de la experiencia terapéutica. La reminiscencia se consigue con la intervención de elementos facilitadores incluyendo la presencia en la sesión de objetos significativos, fotografías, música, antiguos diarios, entre otros, así como el relato verbal o escrito de determinadas épocas de la vida del paciente. Es una técnica que puede utilizarse de forma individual, pero que se adapta muy bien al trabajo grupal. Como en el resto de los tratamientos geriátricos, es de gran importancia que se procure un tratamiento centrado en el cliente es decir la adaptación personalizada a las características de cada paciente.

Las posibilidades o capacidad de trabajar con el recuerdo varían según los pacientes y las patologías. Según Coleman (26), los pacientes que más se benefician del uso terapéutico de la reminiscencia son aquellos que producen recuerdos espontáneamente pero de forma dolorosa a causa de insatisfacciones con el pasado y los que suprimen la reminiscencia a causa de la insatisfacción con el presente. La terapia de reminiscencia ayuda a resolver asuntos pendientes del pasado, alivia culpas e incrementa la tolerancia a los conflictos actuales, aumentando la aceptación del presente (27).

Un hecho peculiar descrito alrededor de la terapia de reminiscencia es que ha demostrado ayudar no sólo a los pacientes sino al *staff* que coopera en su puesta en práctica (28).

Terapias a través del cuerpo. Psicomotricidad

La terapia psicomotriz se desarrolló en la segunda mitad de este siglo, bajo el impulso fundamental del español Julián de Ajuriaguerra. En general, consiste en utilizar el cuerpo y su movimiento para tocar una vivencia afectiva. Es un medio de llegar donde la palabra por sí sola no llega o entorpece, y abordar la sintomatología obteniendo una mayor adaptación al medio. Se basa en conceptos generales como el esquema corporal, la vivencia del espacio y el tiempo, el tono y la armonización tónica y los polos de la relajación y el movimiento.

Desarrollada en un principio para la población pediátrica, la aplicación de la terapia psicomotriz no sólo es posible en los ancianos, sino que constituye uno de los métodos más innovadores y útiles en este campo (29). A pesar de que estas técnicas, aplicadas al anciano, están aún poco extendidas en nuestro país, ya cuentan con grupos de profesionales que están imprimiéndoles un vigoroso impulso, para colocarlas en el lugar destacado que merecen.

Los momentos clásicos y bien diferenciados del abordaje psicomotor son los que comprenden el examen psicomotor y la terapia.

El examen aportará datos referentes a cual es el funcionamiento corporal del paciente y sus capacidades de adaptación, la existencia y el balance de una dominancia afectiva u orgánica en los comportamientos estudiados, la relación existente entre los conflictos expresados verbalmente y el funcionamiento corporal, y hasta qué punto ambos son coincidentes. El examen psicomotor tiene como se ve una finalidad en sí mismo y no necesariamente como paso previo a una terapia psicomotriz, que puede estar o no indicada. Ilumina con frecuencia el conocimiento sobre el caso y orienta a aquellos profesionales que se encargarán finalmente de la terapéutica.

La orientación terapéutica puede partir en muy diferentes direcciones a partir del examen. Desde el punto de vista de la propia psicomotricidad comprende diversas técnicas, que pueden dividirse en aquellas con una vertiente más activa (movimiento de diferentes partes del cuerpo, ejercicios de equilibrio y coordinaciones realizadas con o sin la ayuda de objetos, trabajo con la marcha, juego terapéutico entre otros) y las de tipo pasivo (movilizaciones segmentarias de partes del cuerpo, masajes, estimulación sensorial y muy especialmente, relajación).

El trabajo puede realizarse de forma individual, en grupo, o de manera combinada. No es infrecuente que las primeras sesiones, en especial con los pacientes más graves, sean individuales, y luego se realice un trabajo grupal.

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS MENTALES GERIÁTRICOS

En lo referente a la epidemiología de los trastornos psiquiátricos en la población geriátrica, la información disponible en nuestro país es sumamente escasa, aunque la proveniente de fuera de nuestras fronteras, no es tampoco especialmente abundante. A pesar de ello, existe un cierto número de trabajos epidemiológicos realizados con adecuado rigor y con muestras poblacionales suficientes (30-34). En resumen, los datos de mayor interés que pueden extraerse de estos trabajos son los siguientes:

PREVALENCIA GENERAL

Los estudios epidemiológicos amplios realizados hasta el presente, arrojan unas cifras de prevalencia de trastornos mentales a partir de los 65 años que oscilan entre el 15 y 25%, con una frecuencia aproximadamente doble en la mujer respecto al hombre. La prevalencia aumenta de manera muy significativa en el medio residencial.

DEMENCIA

Se calculan prevalencias entre 3,4 y 6%, con una distribución fuertemente afectada por la edad, de manera que la prevalencia es de 3% entre los 65 y 69 años y de más del 25% a partir de los 85 años. En general se considera que la prevalencia se dobla cada cinco años de edad. Entre pacientes institucionalizados la prevalencia oscila entre 12 y 65%, aunque hay que añadir que sólo el 20% de pacientes afectos de demencia viven en una institución (35). La forma más frecuente es la Enfermedad de Alzheimer, que supone entre el 60% y el 70% del total. Esta enfermedad afectaría a alrededor del 15% del conjunto de personas mayores de 65 años. En España hay cerca de 400.000 personas que padecen enfermedad de Alzheimer.

TRASTORNOS NEURÓTICOS Y DE PERSONALIDAD

La prevalencia oscilaría entre un 5 y 25%. Con criterios estrictos, las cifras descienden hasta un 2,5%. En general puede afirmarse que los trastornos de ansiedad que cumplen los criterios diagnósticos estandarizados son algo menos frecuentes en la edad avanzada, pero la ansiedad como síntoma lo es más. La transformación hacia quejas de índole somática, sobre todo en el hombre, haría que se estén viendo parte de estos casos en el circuito de la medicina somática, y por lo tanto no están en el medio psiquiátrico especializado.

TRASTORNOS AFECTIVOS

La prevalencia de trastornos depresivos en la edad tardía varía según el lugar de estudio, la población de que se trate y la comorbilidad del paciente (33). Podemos considerar, como promedio, que la presencia de estos trastornos sería de alrededor del 10% en la comunidad, entre el 15 y 50% en residencias de ancianos, un 10 al 20% en hospitales generales, un 20% en atención primaria, entre el 10 y 40% en los que padecen un problema somático y representan una cantidad sustancial de los pacientes atendidos en los Servicios de Psiguiatría.

En términos generales podemos considerar una prevalencia del 10 a 20% incluyendo todas las formas, de las cuales habría 1 a 3% de formas graves y psicóticas. Es la enfermedad con mayor morbilidad en todos los estudios con muestras comunitarias. En cualquier caso, la prevalencia es mayor en el sexo femenino. Las formas mayores de depresión no son más frecuentes en la edad avanzada, contrariamente a lo que comúnmente se piensa. Existe, eso sí, una gran proporción de formas depresivas que podemos denominar menores, una parte de las cuales pueden ser diagnosticadas con los criterios habituales, junto a otras que encuentran un acomodo escaso en las mismas. Las formas no mayores de depresión son las que se encuentran con mayor frecuencia tanto en los medios de población general como en los clínicos e institucionales. Todas las formas de depresión, incluso las menores, causan una importante carga de sufrimiento e incapacidad al paciente y aumentan el consumo de recursos sanitarios por lo que han de ser tenidas en cuenta al mismo nivel que las más graves.

ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS PSICÓTICOS

Realmente no existen cifras altamente fiables de la prevalencia del trastorno, debido a las dificultades habidas hasta el momento para la caracterización y consenso diagnóstico. El problema se acrecienta por la menor tendencia a consultar que se observa en estos pacientes lo que hace suponer que las cifras de

prevalencia encontradas por la investigación epidemiológica pueden ser inferiores a las reales.

Muchos de los trabajos han sido realizados en medio hospitalario. Una revisión de la literatura abarcando más de 30 trabajos realizada por Harris y Jeste (36) estimó que aproximadamente el 13% de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados habían tenido el comienzo de su enfermedad en la década de los 50 años, 7% en la de los 60 años y 3% en la de los 70 o más.

Desde el punto de vista de los estudios comunitarios, Castle y Murray, (37) usando el registro de casos del barrio londinense de Camberwell estudiaron un período de seguimiento de 20 años y encuentran una incidencia anual de esquizofrenia tardía según criterios estrictos DSM-III-R del 12,6 por 100.000, lo que supone que el 28% de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia había tenido un comienzo después de la edad de 44 años y el 12% después de los 64 años

En términos generales y considerando todos los trastornos psicóticos, la prevalencia aumenta con la edad, de manera que se situaría alrededor del 0,5% a los 70 años y de 2,5% a los 79 años. Este incremento se daría no solo en función de la mayor supervivencia de los esquizofrénicos de inicio juvenil, sino también por el citado aumento de la incidencia de estos trastornos que se da en las edades tardías.

CONSUMO DE ALCOHOL

La prevalencia estimada es del 1%, aunque el panorama es más bien confuso. El consumo de alcohol parece decrecer en los bebedores moderados, pero se mantiene o aumenta en los grandes bebedores.

TRASTORNOS NEURÓTICOS Y POR ESTRÉS

La ansiedad es un fenómeno ubicuo que aparece, en sus formas no patológicas, a lo largo de todas las etapas de la vida, y por tanto también en la edad avanzada. En las personas de edad puede adoptar las formas clásicas que se definen en la patología del adulto aunque con determinadas peculiaridades.

Como se dijo, diferentes estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que la prevalencia de los trastornos de ansiedad que podemos llamar clásicos es menor en el anciano que en el adulto. Esto contrasta claramente con la experiencia clínica cotidiana que habla a favor de una alta prevalencia de sintomatología ansiosa en las personas de edad. En efecto, podemos afirmar que en la población geriátrica, la ansiedad es un síntoma común, pero un síndrome menos frecuente y por tanto hay menos pacientes que cumplen los criterios estandarizados para los trastornos mentales por ansiedad que entre la población adulta.

Las dificultades del diagnóstico y la alta incidencia de situaciones comórbidas hacen que, pese a lo que inicialmente pueda pensarse por su elevada frecuencia clínica, el estudio de los estados de ansiedad del anciano se encuentre aún poco desarrollado. Esto contrasta también con los elevados costes médicos que esta patología conlleva, sobre todo cuando no es correctamente identificada y tratada.

ETIOLOGÍA

Desde el punto de vista biológico, apenas sí hay datos referidos específicamente a la población anciana, y sería preciso extrapolar los hallazgos publicados para la edad adulta. Sin embargo, al contrario de lo que ocurre con la depresión, la edad avanzada per se, parece no predisponer especialmente para el desarrollo de trastornos de ansiedad específicos, como por ejemplo el trastorno por angustia. Los sistemas de neurotransmisión que se ha encontrado que pueden estar ligados a los trastornos de ansiedad del anciano son el noradrenérgico, el dopaminérgico mesocortical, el serotoninérgico y el gabaérgico. El trastorno por angustia, parece estar ligado a la hiperfunción del locus coeruleus, una estructura que contiene aproximadamente la mitad de las neuronas noradrenérgicas del cerebro. En los ancianos, se encuentra una disminución en el número de dichas neuronas, lo que junto a un aumento de la MAO-B, explicaría en parte la relativa menor severidad de los síntomas de pánico en los ancianos (38).

Con respecto a factores psicodinámicos en la génesis de la ansiedad se ha postulado que en los ancianos existen mecanismos psicológicos diferentes o complementarios a los de los adultos, jugando un importante papel la ansiedad vinculada a la pérdida de objetos psicológicos (vínculos) o aportes externos. Esta relación con las pérdidas o la ausencia de soportes ha sido relacionada tradicionalmente con la patología depresiva, lo que ayudaría a explicar la frecuente coexistencia de ansiedad y depresión en las personas de edad.

De especial interés son las causas médicas y físicas ya que estas o su tratamiento pueden producir sintomatología ansiosa en el anciano. Con respecto a problemas cardiovasculares hay que señalar que los síntomas de las crisis de ansiedad pueden parecerse mucho a los del ángor o el infarto de miocardio asociándose también el propio trastorno por angustia con una mayor prevalencia de prolapso de la válvula mitral. La insuficiencia cardiaca es frecuente causa de disnea y secundariamente de ansiedad.

Las enfermedades respiratorias productoras de disnea son frecuentes causas de ansiedad en el anciano, sobre todo si producen una reducción en la capacidad de movimiento y deambulación o alteran el sueño. Por otro lado fármacos utilizados en estas patologías como son los broncodilatadores, tienen una capacidad ansiógena per se. El embolismo pulmonar cursa con intensa ansiedad que se instaura de forma rápida y no debe confundirse con una crisis de pánico.

Los problemas neurológicos constituyen otra causa de ansiedad secundaria en el anciano. Se ha demostrado la aparición de fenómenos mixtos de ansiedad y depresión en la enfermedad de Parkinson en casi el 40% de los pacientes, sin olvidar que de nuevo los tratamientos antiparkinsonianos pueden contribuir a la sintomatología ansiosa. También los procesos degenerativos causantes de demencia y el delirium son factores etiológicos a tener en cuenta.

Es interesante recordar que en los ancianos, tanto las situaciones endocrinológicas caracterizadas por "hiper" como por "hipo" secreción, pueden asociarse a síntomas de ansiedad. Así, pueden encontrarse sintomatología ansiosa en la diabetes y la hipoglucemia, en el hipo e hipertiroidismo y el hiper e hipo paratiroidismo entre otros.

El uso de medicación y otras sustancias puede. tanto por exceso como por defecto, ser la causa de sintomatología ansiosa. A la cabeza está el café; no obstante hay que recordar que los ancianos son especialmente dados a consumir otras sustancias en infusión, alguna de las cuales también tiene cualidades excitantes, o bien sedativas (por ejemplo la valeriana) y por tanto potencialmente productoras de fenómenos de retirada y abstinencia. También existen preparados que en principio son relativamente inofensivos en la edad adulta y que se venden sin receta, que pueden tener un mayor efecto en los ancianos. Es el caso de los anticongestionantes nasales, basados en sustancias adrenérgicas. Otros medicamentos que se han vinculado a la producción de ansiedad son algunos calcioantagonistas, esteroides y anticolinérgicos.

La abstinencia de muchas sustancias puede ser causa de ansiedad. La más importante es el alcohol, pero también ha de pensarse en el resto de las sustancias con capacidad de deprimir el sistema nervioso central, como son muchos psicofármacos. Es preciso señalar que muchos ancianos toman benzodiacepinas con escaso control médico y pueden aparecer síntomas de retirada o de abstinencia en circunstancias que determinen una interrupción brusca de su uso, como puede ser un viaje o la estancia con otros miembros de la familia.

TRASTORNO DE PÁNICO

Su característica esencial tanto en el adulto como en al anciano es el desarrollo de crisis de angustia o pánico, siendo en el anciano especialmente frecuente la presencia de dificultad respiratoria, mareo y temor a caer. La sintomatología agorafóbica es también frecuente en esta población y suele manifestarse por la negativa a salir del domicilio excusándose en el miedo a ser atracado o sufrir una caída.

El trastorno por angustia en los ancianos es poco frecuente, sobre todo el de aparición tardía y afecta más a la mujer. Es más común el tipo que ha comenzado en épocas más precoces de la vida y cursa de manera crónica. Clínicamente, la enfermedad de aparición tardía se suele caracterizar por una menor frecuencia de síntomas durante las crisis, menor evitación y menores puntuaciones en las escalas de somatización, respecto a otros ancianos con trastorno de pánico de inicio precoz (39). Los pacientes con pánico de inicio tardío presentarían una mayor frecuencia de disnea y sensación de ahogo que los de inicio precoz. A largo plazo, parece que el trastorno de pánico se asocia con mayor mortalidad de origen cardiovascular en los pacientes varones. Es importante señalar que la aparición de crisis de pánico por vez primera en un anciano obliga a un estudio médico cuidadoso prestando atención al diagnóstico diferencial con dolores torácicos atípicos y crisis comiciales parciales complejas entre otras causas.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

La prevalencia es baja para el trastorno que cumple la totalidad de los criterios diagnósticos (del 1 al 2%), siendo las cifras mucho mayores para el síndrome ansioso subumbral (aproximadamente 17%). Es más frecuente que el trastorno de ansiedad generalizada haya comenzado en etapas previas de la vida del paciente, obligando la aparición tardía al examen de posibles causas desencadenantes, tanto físicas como emocionales o situacionales.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA

Según el estudio E.C.A. (40) las fobias son el trastorno de ansiedad más frecuente en el anciano. No obstante, estos datos han sido criticados desde el punto de vista metodológico y la realidad probablemente no sea tan acentuada. Las temáticas fóbicas son similares a las del adulto. En el caso de la agorafobia, que no está necesariamente ligada a la presencia de crisis de pánico, Lindesay (41) encontró que la mayoría de estos problemas en los ancianos habían tenido un inicio tardío y estaban ligados a la aparición de enfermedades físicas o acontecimientos como caídas o resbalones. La prevalencia de agorafobia varía entre un 1,4% y un 7,9% siendo claramente más frecuente en la mujer. Las situaciones más temidas son el transporte público (60%), multitudes (42%), lugares cerrados (35%), caminar solo (35%) y alejarse de casa (30%). Las fobias específicas de comienzo precoz es fácil que continúen inalteradas en la edad avanzada. Las fobias de aparición tardía, suelen estar ligadas a los temores típicos de la edad avanzada. La prevalencia de las fobias específicas sería de alrededor del 4%, con una proporción similar en varones y mujeres.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Esta enfermedad afecta hasta al 2% de la población siendo más frecuente en mujeres, obteniéndose en los ancianos cifras algo más bajas. La prevalencia también es mayor en medio institucional que entre los ancianos que viven en la comunidad. La enfermedad suele aparecer antes de los 50 años y cursa de manera crónica hasta el final de la vida. La presentación por primera vez en la edad avanzada es rara, aunque es aún más infrecuente que lo haga en el período entre los 45 y los 65 años. El cuadro clínico es similar al del adulto. La ideación obsesiva relacionada con imágenes o pensamientos de tipo religioso es especialmente frecuente en los ancianos. En los casos. frecuentes, de evolución a lo largo de muchos años, los pacientes pueden llegar a cierto grado de tolerancia y relativización de los síntomas.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El trastorno de estrés postraumático relacionado con un acontecimiento vivido en la edad adulta, puede cronificarse y alcanzar la edad avanzada, como lo demuestran los ancianos sobrevivientes del holocausto nazi o los prisioneros de la guerra. Pero también puede desarrollarse a raíz de un acontecimiento vivido ya en la edad senil. Durante el seguimiento de pacientes ancianos que vivieron el desastre aéreo de Lockerbie, en que un avión explotó sobre esta ciudad del Reino Unido, se encontró una alta prevalencia de trastorno por estrés postraumático y trastornos depresivos un año después del acontecimiento. A pesar de ello, en el seguimiento a los tres años, estos trastornos habían meiorado sustancialmente o desaparecido en un elevado número de casos. Estos datos hablan a favor de la capacidad de recuperación de muchas personas de edad respecto de acontecimientos de gran impacto emocional, aunque aún existen muy pocos datos de estos problemas en población geriátrica.

COMORBILIDAD DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Diferentes enfermedades específicas y problemas clínicos pueden coexistir y complicar el curso y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Entre los más importantes figuran la depresión, la demencia, el insomnio y los problemas relacionados con el alcohol. En la demencia la presencia de ansiedad es típica de estadios precoces, en relación con la percepción subjetiva de los déficit y el deseo de sobreponerse a ellos. También se observa en estadios medios, manifestada como una dificultad de modulación de la respuesta ante circunstancias adversas, a veces mínimas. En los estadios avanzados, se presentan más problemas con-

ductuales que ansiedad propiamente dicha. La depresión es el principal problema comórbido de la ansiedad, con quien comparte además numerosos síntomas. Alrededor del 50% de los pacientes con diagnóstico primario de ansiedad generalizada tienen sintomatología depresiva. La diferenciación de los dos trastornos tiene importancia porque la ansiedad o la depresión que se presentan de forma aislada responden a tratamientos diferentes, esto es, a fármacos ansiolíticos o antidepresivos respectivamente.

MANEJO DE LA ANSIEDAD EN EL ANCIANO

El manejo terapéutico de los trastornos de ansiedad del anciano no difiere en sus fundamentos del que ha de hacerse en el adulto, aunque se precisan determinadas modificaciones para adaptarlo a las peculiaridades de esta edad. Desde el punto de vista farmacológico, habrán de utilizarse básicamente los mismos grupos que se utilizan en el adulto para similares patologías, siempre que esto sea posible. La Tabla VII muestra las estrategias fundamentales de tipo farmacológico en el abordaie de los distintos trastornos de ansiedad. Como puede observarse, el tratamiento se centra fundamentalmente en la utilización de benzodiacepinas, antidepresivos y en menor medida, neurolépticos. Las pautas de utilización de benzodiacepinas aparecen en la Tabla VIII. De otro lado, el manejo psicoterapéutico de la ansiedad, sea en forma de apoyo, sea como una terapia estructurada, no es menos importante en la edad avanzada que en el adulto joven.

Tabla VII Estrategias de tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad en el anciano				
Trastorno	Tratamiento de elección	Tratamientos alternativos		
T. de pánico con o sin agorafobia	Alprazolam normal o retard/ISRS	Imipramina IMAO		
T. ansiedad generalizada	Benzodiacepinas: Alprazolam retard, lorazepam	Buspirona Antidepresivos, sedantes		
T. obsesivo- compulsivo	ISRS	Clomipramina		
Fobia social: Generalizada Específica	IMAO Betabloqueantes	Benzodiacepinas Buspirona		
Fobia específica	Benzodiacepinas	Betabloqueantes		
Ansiedad severa, demencia	Neurolépticos			

Tabla VIII Pautas de utilización de algunas benzodiacepìnas en el anciano

Benzodiacepina	Dosis diaria	Observaciones
Alprazolam	0,25 a 1,5 mg	Repartir en 2 o 3 (máximo) tomas Las dosis más altas en el T. por angustia
Alprazolam retard	0,5 a 1,5 mg	1 sola dosis al día Las dosis más altas en el T. por angustia
Lorazepam	0,5 a 3 mg	Repartir en 3 veces al día
Oxazepam	10 a 45 mg	Repartir en 3 veces al día
Diazepam	2 a 15 mg	Uso ocasional, no continuado
Clorazepato	7,5 a 30	Uso ocasional, no continuado

Los pacientes y su familia cercana han de ser informados adecuadamente de la naturaleza del trastorno v del probable curso que puede seguir. El tratamiento farmacológico debe encontrar un adecuado balance en el cociente entre beneficio y riesgo, teniendo en cuenta también las expectativas de vida del paciente. En este sentido, por ejemplo, resulta poco adecuado hablar de riesgo de dependencia en un paciente que recibe benzodiacepinas y es portador de una neoplasia que acabará con su vida en un año. En cualquier caso, los efectos del tratamiento y la adherencia del paciente al mismo, han de ser monitorizados estrechamente. Conviene recordar que existe una cierta propensión, que es preciso combatir, a mantener indefinidamente los tratamientos que se prescriben a los ancianos, en la creencia errónea de que los procesos que les afectan tienden casi siempre a la cronificación. El tratamiento ha de ser mantenido sólo durante el espacio de tiempo que dura el manejo activo del episodio actual y en los casos en que sea pertinente un tratamiento preventivo de las recaídas. Un tratamiento que no es monitorizado y seguido de cerca, corre el riesgo de prolongarse innecesariamente.

TRASTORNOS AFECTIVOS O DEL HUMOR

TRASTORNOS DEPRESIVOS

La sintomatología depresiva es un hallazgo común en la población anciana. Se trata de una serie de trastornos que pueden llegar a producir un enorme sufrimiento, y han sido asociadas a una calidad de vida menor, un incremento de enfermedades físicas e incapacidades y una muerte prematura. Por su extensión e implicaciones clínicas, la depresión en la edad avanzada puede ser considerada un verdadero problema de salud pública.

ETIOPATOGENIA Y FORMAS CLÍNICAS

La depresión geriátrica, independientemente de la forma clínica que en concreto adopte, ha de ser considerada como el resultado de la conjunción de varios factores heterogéneos que actúan en el terreno personal de cada paciente determinado.

Los factores de riesgo de orden biológico, incluidos los genéticos, tienen tanta importancia como en la edad adulta, especialmente para los casos que comenzaron en esa edad y recidivan. Los aspectos genéticos tienen sin embargo una importancia menor para una parte de los casos que comienzan tardíamente. Adicionalmente, se considera que las modificaciones que ocurren en la neurotransmisión son un factor predisponente para la aparición de episodios de trastorno afectivo a esta edad.

Adicionalmente, los aspectos psicosociales cobran especial importancia en este período. Es común encontrar que los pacientes deprimidos han experimentado acontecimientos vitales previos a la aparición del episodio, que suelen estar relacionados con pérdidas personales o en su entorno y que favorecen situaciones de aislamiento y soledad. Determinados autores han descrito también una mayor frecuencia de episodios depresivos en ancianos que sufrieron pérdidas precoces, especialmente pérdidas de figuras parentales durante la infancia. Adicionalmente, la presencia de factores que provocan un estrés crónico, puede estar detrás del desencadenamiento de trastornos depresivos. Entre estos factores se encuentran los citados al comienzo de este capítulo, si se mantienen durante un período prolongado de tiempo.

Los episodios depresivos, en especial los del trastorno depresivo mayor, pueden revestir similares características en el adulto y en el anciano, aunque este siempre vivirá los síntomas en consonancia con los condicionantes intrínsecos a su edad. Desde el punto de vista de las presentaciones diferenciales, dos formas clínicas específicas merecen un comentario detallado. Se trata de determinados trastornos depresivos de aparición por primera vez en la edad tardía, y de las formas menores de depresión.

Depresión de inicio tardío

Una cuestión que ha ido adquiriendo importancia a lo largo de diferentes estudios es la diferenciación entre las depresiones cuyo inicio se ha producido en la edad tardía, de aquellos episodios depresivos que comenzaron en la edad adulta y cuyas recurrencias

aparecen también en épocas tardías. Las investigaciones parecen indicar que la etiopatogenia no es la misma en las dos situaciones. Las características que diferencian a estos procesos de inicio tardío, o al menos a una parte de ellos, son una menor incidencia de historia fami-liar de depresión, es decir, una menor carga genética, pero una mayor prevalencia de trastornos cognitivos, de recurrencias, de comorbilidad médica y de mortalidad. Las imágenes de RM craneal suelen mostrar una mayor frecuencia de atrofia cerebral aunque no de la magnitud que se observa en la demencia. Asimismo se describen un exceso de hiperintensidades en sustancia blanca periventricular y profunda así como en ganglios basales (42) que sería el exponente de una patología vascular cerebral difusa. Estas formas de depresión, que algunos llaman depresión vascular, son más frecuentes de lo que se pensaba al principio. Se trata de procesos con peor respuesta al tratamiento antidepresivo y peor evolución. Una parte de los pacientes terminan por desarrollar un mayor deterioro cognitivo y finalmente una demencia.

Depresión menor

Existe evidencia tanto clínica como epidemiológica de que el número de personas con síntomas depresivos que no cumple los criterios de depresión mayor excede claramente al que sí los cumple. Se trataría de pacientes con síntomas afectivos de menor intensidad o duración de lo requerido para el diagnóstico de depresión mayor, pero que inciden de manera significativa en su rendimiento personal y relacional. Esta situación clínica no encuentra un claro acomodo en las clasificaciones actuales y podría estar situada dentro de las situaciones siguientes: remisión parcial o pródromos de Depresión Mayor, trastornos debido a enfermedad somática, depresión menor (diagnóstico que aparece en uno de los apéndices del DSM-IV), trastorno depresivo breve recurrente, distimia, o alguno de los antiguos diagnósticos CIE-9 como personalidad depresiva o depresión neurótica.

La mayoría tienen sus definiciones, más o menos operativas, en los correspondientes manuales diagnósticos, pero lo cierto es que con frecuencia, el mismo paciente anciano puede ser incluido en más de una de estas categorías. En el apéndice de la última edición de la DSM aparece propuesto el diagnóstico de Depresión Menor, que podría ser usada como un diagnóstico útil para muchos de estos casos. Para ser diagnosticado de tal, el paciente ha de sufrir un trastorno de dos o más semanas de duración, con tres de los ocho criterios de depresión mayor. Es una situación que causa un distrés significativo, pero que no cumple la totalidad de los criterios ni de depresión mayor ni de distimia. Esta propuesta diagnóstica no aparece en la CIE, pero sería interesante el es-

tudio de la posibilidad de su inclusión en futuras edi-

En realidad todos estos trastornos se diferencian mal entre sí, pero suelen poderse diferenciar relativamente bien de la Depresión mayor, cuyo concepto es el que resulta más claro, sobre todo si se acompaña de síntomas melancólicos.

Las formas menores de depresión, incluida la distimia, causan un considerable sufrimiento al paciente anciano. Kivela et al. (43) identificaron en los países nórdicos un grupo de pacientes distímicos de edad avanzada, que no cumplían criterios de depresión mayor. Encontraron claramente que sus niveles de incapacidad y gravedad sintomática eran comparables con la de los pacientes con depresión mayor. Estas formas menores de depresión son responsables también de un mayor uso de recursos sanitarios (44).

Por otro lado, muchos clínicos expresan la impresión de que los pacientes ancianos con formas menores de depresión responderían mejor a los tratamientos farmacológicos -incluso aunque el resultado sea la remisión parcial de la sintomatología- que los adultos que padecen formas equiparables y no mayores de depresión. Desafortunadamente la presencia de depresión mayor suele ser uno de los criterios de inclusión básicos en los ensayos clínicos controlados de medicaciones antidepresivas, tanto entre los numerosos que se realizan con población adulta, como en los menos frecuentes que incluyen población de edad avanzada. Es preciso por tanto realizar estudios sobre esta población con formas menores de depresión que permitan valorar la validez de esta impresión clínica.

Depresión secundaria

El proceso de envejecimiento da lugar por sí mismo a una mayor vulnerabilidad para desarrollar enfermedades que frecuentemente presentan un curso crónico e incapacitante. Varias enfermedades médicas han sido descritas como factores etiológicos o favorecedores para la aparición de cuadros depresivos. Los más importantes aparecen en la Tabla IX. Es importante señalar que las depresiones son entre 3 y 10 veces más frecuentes en los ancianos con enfermedades médicas que en el resto de población geriátrica.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Lo nuclear de la depresión es el descenso del estado de ánimo, pero este puede no ser percibido por el paciente en toda su magnitud. Por ejemplo, determinadas personas con dificultades para el proceso mental de las emociones y los sentimientos, o con escasa capacidad de introspección, pueden reparar más en la sintomatología física del problema que en

Tabla IX

Algunas causas médicas de depresión senil

NEUROLÓGICAS

Enfermedad de Alzheimer Enfermedades vasculares cerebrales Síndrome depresivo post-ictus

Demencia vascular, en especial infarto de núcleos de

Infartos cerebrales silentes Enfermedad de Biswanger Enfermedad de Parkinson

ENDOCRINOLÓGICAS

Hipotiroidismo. Hipertiroidismo apático Hiperparatiroidismo (hipercalcemia) Enfermedad de Addison Enfermedad de Cushing

INFECCIOSAS

Influenza Tuberculosis Neurosífilis

INFLAMATORIAS

Lupus Arteritis de la temporal Artritis reumatoide

NUTRICIONALES

Déficit de vitamina B₁₂, folatos, tiamina

NEOPLÁSICAS

Tumores del lóbulo frontal Tumor de cabeza del páncreas Metástasis de carcinomas primarios de próstata, pulmón, mama, gastrointestinales

MEDICAMENTOSAS

Entre otros: benzodiacepinas y neurolépticos (uso crónico), cimetidina, clonidina, disulfiram, indometacina, L-Dopa, barbitúricos, metildopa, reserpina, propranolol, vinblastina

los aspectos psicológicos. Los pacientes de edad avanzada pueden no quejarse de tristeza o camuflarla como una respuesta emocional esperable -aunque falsamente- a su edad y manifestar los síntomas prioritariamente en la esfera corporal. Todas estas dificultades hacen que con mucha frecuencia la depresión no sea detectada o diagnosticada adecuada-

La sintomatología presentada en las depresiones de los ancianos es en general bastante similar a la de pacientes más jóvenes. Se ha intentado determinar los signos diferenciales que serían más típicos de la depresión geriátrica respecto a la del adulto. Los que se exponen a continuación son los que aparecen de manera más consistente en la literatura, aunque hay que decir que para cada uno de ellos existen también trabajos que desmienten su especificidad (45). Por ejemplo, se ha descrito que los síntomas somáticos se presentarían con mayor frecuencia, lo que puede ser una expresión sintomática particular, o simplemente el resultado del aumento de la intensidad o el sentimiento subietivo de molestias somáticas reales subvacentes, como puede ser el caso de enfermedades que cursen con dolor. Los síntomas hipocondríacos también son frecuentes y están descritos en el 65% de los cuadros depresivos en ancianos. Son de relevancia clínica ya que han sido señalados como factores de riesgo para intentos de suicidio (46). Otros síntomas descritos con frecuencia son una mavor presencia de fenómenos psicomotores, sea en forma de agitación o enlentecimiento, de alteraciones cognitivas, de anorexia y pérdida de peso. La sintomatología psicótica y también la melancólica también se ha dicho que es más frecuente en los ancianos. Asimismo, los sentimientos de culpa y en especial la ideación suicida y el suicidio sí que pueden claramente vincularse a la depresión geriátrica en mayor medida (11).

Las enfermedades afectivas en los ancianos pueden cursar con sintomatología psicótica, congruente o no con el estado de ánimo. Estos fenómenos no son raros en pacientes con trastornos depresivos de cierta severidad siendo incluso más frecuentes en la depresión del anciano que en la del adulto. Hablamos en este sentido de los ancianos como grupo, ya que no está clara una asociación directa de la probabilidad de aparición de fenómenos delirantes conforme avanza la edad a partir de los 65 años. Estos sí parecen ser más frecuentes cuanto mayor sea la edad de inicio de los síntomas depresivos (48). Entre los ancianos atendidos en servicios psiguiátricos, la proporción de pacientes depresivos delirantes puede suponer al menos la tercera parte del total de las depresiones mayores. Al igual que ocurre en la depresión no psicótica existe una mayor prevalencia de depresiones psicóticas en la mujer, pero la proporción respecto a los varones es menor que en la depresión no delirante. También es más frecuente en los pacientes no casados, especialmente entre los varones. El contenido delirante tiende a ser de tipo hipocondríaco en los varones y persecutorio en las mujeres.

El uso de escalas puede ayudar al diagnóstico de las diferentes formas de depresión senil, pero ha de precisarse que son un método de screening o valoración y nunca han de sustituir a la exploración clínica realizada por el psiquiatra. En el momento actual varias de ellas están disponibles en castellano (49). La escala de depresión geriátrica GDS está ideada para

su aplicación específica a ancianos y se compone de 30 ítems dicotómicos. También existe una forma abreviada de 15 ítems. La versión castellana ha obtenido buenos resultados de validez y fiabilidad. La escala para depresión de ancianos físicamente enfermos EVANS, resulta de utilidad en servicios de medicina interna para ayudar al diagnóstico en pacientes con enfermedades somáticas, sin embargo no ha sido validada por estudios españoles. En el contexto del hospital general, la escala HAD que sí está validada en castellano, puede aplicarse con suficiente confianza a población geriátrica. Por el contrario, la escala de Hamilton para la valoración de la depresión, no suele ser un buen instrumento, ya que tiene una gran carga de síntomas físicos que en la población anciana -que puede portar realmente estos síntomas sin que estén ligados a la depresiónpuede arrojar un número excesivo de falsos positivos. En la depresión que aparece en el contexto de la demencia, el GDS no es un buen instrumento y se prefiere la escala de Cornell.

FORMAS FRECUENTES DE COMORBILIDAD

Depresión y ansiedad

Se trata de dos problemas muy relacionados, sobre todo en los pacientes de edad. Alrededor del 50% de los pacientes con diagnóstico primario de ansiedad generalizada tienen sintomatología depresiva. En el otro sentido las cifras son aún más altas y hasta un 80% de los pacientes con diagnóstico primario de trastorno depresivo tienen niveles altos de ansiedad. En el tratamiento, es preciso valorar ambos componentes, ya que los síntomas afectivos no mejoran con ansiolíticos, pero los síntomas de ansiedad ligados a la depresión, sí pueden hacerlo con el tratamiento antidepresivo

Depresión y dolor

En la edad geriátrica, la presencia de enfermedades que cursan con dolor importante es frecuente. Diferentes trabajos han constatado la existencia de trastornos depresivos en sujetos afectos de dolor crónico benigno (por ejemplo neuropatías crónicas) o de dolor crónico maligno como el oncológico. La presencia de depresión en estos pacientes condiciona con frecuencia el pronóstico y el curso de la enfermedad orgánica de base.

Se ha discutido si el dolor crónico persistente es la causa de la aparición de un trastorno depresivo o viceversa (50). Ambas circunstancias son posibles. A veces el dolor puede ser el síntoma cardinal de una depresión, o el motivo de consulta. Pero lo más frecuente es que en pacientes con procesos dolorosos crónicos de cualquier índole se desarrollen cuadros

afectivos. Desde el punto de vista neurobiológico ambas entidades comparten mecanismos bioquímicos si no similares, al menos próximos. Estos incluyen entre otros alteraciones en el metabolismo de la serotonina y noradrenalina, modificaciones a nivel de receptores para monoaminas y alteraciones en el sistema opioide endógeno.

De todo lo anterior se ha derivado el uso de antidepresivos para el tratamiento del dolor crónico asociado o no a depresión. Los resultados de esta pauta farmacológica precisan de un buen diagnóstico de depresión y de un adecuado tratamiento analgésico concomitante. Con todo, la calidad de vida de un paciente con dolor crónico y depresión leve o grave al que se le asocia un tratamiento antidepresivo adecuado resulta más satisfactoria que si no se realiza ningún tipo de intervención psicofarmacológica. Por último, no hay que olvidar que el dolor crónico es un factor que aumenta el riesgo de suicidio. En estos casos es más que probable la existencia de una depresión grave que ha pasado desapercibida.

Depresión y accidente cerebrovascular

La enfermedad cerebrovascular aumenta el riesgo de padecer depresión. Se calcula que la incidencia de depresión tras un accidente vascular agudo puede alcanzar el 40%. Existe un criterio temporal en cuanto a la aparición de la sintomatología depresiva, como fue estudiado por Astrom et al. (51). Este grupo realizó un estudio longitudinal de tres años y encontraron una prevalencia de depresión mayor de alrededor del 25% de aparición precoz, 30% a los tres meses del ictus, 15% al año, 20% a los dos años y 30% a los tres años.

Se ha asociado claramente una mayor frecuencia de depresión a la localización de la lesión en el hemisferio izquierdo, especialmente si es en su zona anterior. La historia de antecedentes psiquiátricos previos, mayor edad y presencia de acontecimientos vitales estresantes, aumenta el riesgo de aparición de depresión post ACV. Existe mayor mortalidad en los pacientes con escaso soporte social y en los que los síntomas depresivos aparecieron precozmente. En su tratamiento se han utilizado con éxito antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina o imipramina e ISRS como el Citalopram.

Depresión y enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson es un trastorno frecuente en la edad avanzada. La asociación con síntomas psiquiátricos es muy elevada, produciéndose sobre todo deterioro cognitivo, trastornos afectivos, psicóticos y cambios en la personalidad. De hecho, la descripción inicial del propio Parkinson hacía referencia a síntomas melancólicos en su paciente.

Puede cifrarse la prevalencia de sintomatología afectiva en alrededor del 40%, siendo la mitad de los casos depresiones mayores, en segundo lugar trastornos distímicos y una pequeña proporción de depresiones con características atípicas. Característicamente a los síntomas afectivos suelen añadirse niveles altos de ansiedad. Otros síntomas frecuentes son la irritabilidad y el pesimismo, pero suelen darse menos ideas de culpa y autorreproches que en la depresión primaria. La ideación autolítica es frecuente, pero a pesar de ello, se dan tasas bajas de suicidio consumado.

Son factores de riesgo para la depresión el sexo femenino, antecedentes personales de depresión (pero no familiares) bradiquinesia, marcha inestable (más que el temblor) afectación mayor del hemisferio izquierdo e inicio precoz de los síntomas parkinsonianos (pero no la edad del paciente). La aparición de depresión puede incrementar el deterioro cognitivo y ser predictor de desarrollo ulterior de demencia. Algunas medicaciones antiparkinsonianas pueden precipitar la depresión. Entre ellas están la amantadina, bromocriptina, carbidopa y levodopa.

CURSO Y PRONÓSTICO DE LA DEPRESIÓN

La mayoría de los estudios de seguimiento señalan una evolución sólo parcialmente favorable. Así, alrededor del 30% tienen una evolución inequívocamente buena, entre el 30 y el 50% tienen mejorías y recaídas y entre el 10 y 30% permanecen enfermos de manera continuada (52). En general las depresiones en ancianos se encuentran asociadas a un aumento de la mortalidad, y los factores descritos de peor pronóstico son la coexistencia con otras enfermedades orgánicas, acontecimientos vitales desencadenantes de carácter grave y la presencia de deterioro cognitivo. Un mejor pronóstico ha sido ligado a un comienzo de la enfermedad antes de los setenta años, corta duración de la enfermedad, buen ajuste premórbido, ausencia de enfermedad física incapacitante y buena recuperación de episodios previos.

MANÍA

La prevalencia de los trastornos bipolares es de alrededor del 1% y queda estable a lo largo de la vida. El inicio de manía en la edad avanzada es posible, pero infrecuente. Se han descrito casos de manía secundaria, en los que el cuadro clínico aparece en clara relación temporal con enfermedades orgánicas como tumores cerebrales, infecciones y medicamentos como por ejemplo levodopa o corticoides. Cuando el cuadro maníaco aparece por vez primera en personas mayores de 65 años han de sospecharse en principio causas orgánicas subyacentes.

El cuadro clínico puede presentar todas las características clásicas de la manía del adulto más joven, es decir, elevación del estado de ánimo con distraibilidad, disminución del sueño, impulsividad, actitudes irritables o francamente hostiles, conductas e ideación paranoide, grandiosa o de tipo religioso y una mayor frecuencia de abuso de alcohol. El exceso de actividad puede manifestarse mediante un incremento de la realización de tareas cotidianas sean laborales o domésticas, gastos excesivos o desinhibición social o sexual. No es infrecuente que se combine sintomatología maníaca y depresiva en el mismo episodio. El pronóstico y el curso es similar al de los trastornos depresivos ya que ambos (depresión y manía) suelen ser recaídas de un mismo trastorno afectivo.

MANEJO DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN EL ANCIANO

La mayoría de los antidepresivos han mostrado eficacia en la población geriátrica. La elección deberá tener en cuenta el perfil de tolerancia del fármaco para ese enfermo particular y las posibles interacciones con otros medicamentos que el paciente pueda estar recibiendo. En términos generales, los antidepresivos tricíclicos presentan más complicaciones para su uso en los ancianos, principalmente por sus efectos anticolinérgicos, la posibilidad de producir hipotensión ortostática y de afectar la conducción cardiaca en caso de bloqueo. Sin embargo, usados juiciosamente pueden seguir siendo considerados alternativas muy útiles, aunque resultan más difíciles de usar que las nuevas moléculas. En el caso de las depresiones más graves, con necesidades de hospitalización, los tricíclicos siguen siendo una clara elección, siempre que el enfermo los tolere. Existe cierto consenso en considerar que la lofepramina y la nortriptilina serían las opciones más adecuadas en el caso de tratamiento con tricíclicos en los ancianos.

La alternativa actual la constituyen los ISRS (citalopram, fluoxetina, fluoxamina, paroxetina, sertralina), IRSN (venlafaxina) o las más recientes nefazodona, mirtazapina y reboxetina. El perfil de efectos secundarios de estos medicamentos suele ser más benigno y transitorio, lo que añadido a su seguridad cardiaca les suele hacer preferibles a los tricíclicos. Sin embargo, en ocasiones los efectos secundarios como la inquietud, la anorexia o la producción de sintomatología extrapiramidal, pueden llegar también a impedir su uso. Es el caso por ejemplo de pacientes muy delgados o frágiles, en los que la aparición de anorexia ligada al uso de ISRS puede ser un inconveniente mayor. Otra situación problemática es la planteada por los enfermos con enfermedad de Parkinson u otros síndromes extrapiramidales. En estos pacientes suele preferirse, si es posible, los medicamentos tricíclicos a los ISRS ya que estos últimos

pueden incrementar la sintomatología de temblor y rigidez.

En el tratamiento de la depresión asociada a demencia, para la elección del tratamiento farmacológico es fundamental tener en cuenta el espectro de efectos secundarios. Es especialmente importante que la medicación antidepresiva no interfiera en los procesos cognitivos ya deteriorados de los pacientes. Por ello, deberían evitarse los antidepresivos tricíclicos ya que sus efectos anticolinérgicos incrementan el deterioro cognitivo. En todo caso, la lofepramina es el tricíclico con menos efectos sobre la cognición. Serán de elección los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina o la venlafaxina, que carecen de efectos anticolinérgicos.

Los distintos fármacos tienen una diferente capacidad de inhibición de las enzimas del citocromo P450, lo que supone un perfil diferente también de interacciones con medicamentos de uso común en ancianos, como son los antiarrítmicos, digital o teofilina. Las moléculas con menor capacidad de producir interacciones clínicamente significativas son citalopram, sertralina, venlafaxina, mirtazapina y reboxetina.

Es necesario recordar también que en las personas mayores es necesario esperar un mayor plazo de tiempo para obtener la respuesta terapéutica –generalmente entre 3 y 6 semanas – y, una vez obtenida la respuesta, el tratamiento de mantenimiento ha de ser también más prolongado, habitualmente no inferior a un año. Con frecuencia se precisan tratamientos aún más largos –incluso de por vida – dado el carácter de enfermedad crónica o recurrente que tiene la depresión geriátrica en muchas ocasiones.

La Tabla X presenta los fármacos antidepresivos más importantes de uso en la depresión geriátrica

Los pilares del tratamiento de la fase maníaca aguda son los neurolépticos y el litio. También se ha comprobado claramente la eficacia del litio como profilaxis de nuevos episodios maníacos en ancianos. Usado juiciosamente, el litio puede proporcionar los mismos excelentes servicios a los pacientes bipolares ancianos que lo hace a los adultos.

Cuando el litio se utiliza en la fase aguda y al principio de cualquier tratamiento profiláctico, se debe monitorizar la función renal y realizar litemias frecuentemente, al menos de forma semanal. Se ha recomendado mantener los niveles entre 0,4-0,6 mmol/l, aunque hay ancianos que precisan niveles similares al rango habitual de los adultos. Los niveles por encima de 1 mmol/l sólo han de superarse con gran precaución, si es que ha de hacerse alguna vez. Con respecto a la cantidad de litio necesaria para alcanzar niveles terapéuticos, se ha observado que los ancianos suelen requerir dosis menores que los adultos jóvenes, aproximadamente la mitad y en bastantes casos mucho menos, por lo que no es infrecuente que basten 400 mg.

Entre los neurolépticos, la risperidona en publicaciones recientes ha demostrado mejorar significativa-

Tabla X Antidepresivos en la depresión geriátrica

	Dosis diaria	Comentarios		
Tricíclicos				
Lofepramina	70 a 140 mg	Gran eficacia y tolerancia. Escaso empeoramiento cognitivo		
Nortriptilina	75 a 150 mg	Bien tolerado. Poco hipotensor		
INHIBIDOR DE LA RI	ECAPTACIÓN DE SERG	OTONINA NO ESPECÍFICO		
Trazodona	100 a 300	Perfil sedativo intenso		
INHIBIDORES SELEC	TIVOS DE LA RECAPTA	ACIÓN DE SEROTONINA		
Fluvoxamina Fluoxetina	100 a 200 mg 20 mg	Perfil sedativo Atención en parkin- sonianos		
Sertralina	50 a 150 mg	Escaso perfil de inte- racciones. Poco anorexígeno		
Paroxetina	20 mg	Discretamente antico- linérgico		
Citalopram	20 a 30 mg	Escaso perfil de interacciones. Pro- bado en depresión más enfermedad vascular cerebral		
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina				
Venlafaxina	75 a 150 mg	Sin efectos anticoli- nérgicos. Atención en hipertensos des- compensados		
Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina				
Reboxetina	4 a 8 mg	Datos iniciales de buena eficacia y to- lerancia en ancianos		

mente los síntomas de psicosis y comportamiento agresivo en pacientes con demencia severa (53).

La TEC es la forma de tratamiento más eficaz –incluyendo cualquier psicofármaco– en determinadas formas de trastornos depresivos mayores y algunas de psicosis. Es un tratamiento tan seguro que es de elección en variadas formas de depresión en el anciano. Las indicaciones actuales de la TEC en los trastornos afectivos son limitadas pero bien claras. Se trata principalmente de las situaciones de fracaso o intolerancia de medicación antidepresiva, depre-

siones graves con características psicóticas, riesgo grave de suicidio, situaciones somáticas comprometidas, edad avanzada y necesidad crítica de alcanzar una rápida mejoría.

SUICIDIO

La edad avanzada, es el período más fácilmente relacionado con la muerte, observándose en esta época que el número de suicidios es desproporcionadamente alto respecto a otras edades. Este hecho supone un importante problema de salud pública para el que no se han encontrado aún respuestas suficientes.

Desde el punto de vista epidemiológico, hay que comenzar por decir que la medida de los intentos de suicidio y el suicidio consumado se encuentra con dificultades metodológicas importantes. Estas vienen derivadas fundamentalmente por las diferentes fuentes de donde pueden obtenerse los datos, como pueden ser los servicios de urgencias, o las fuentes médico-legales. Diversos autores han llamado la atención respecto a la tendencia a la subnotificación, fenómeno que se da en la mayor parte de los países, incluido el nuestro (54), lo cual implica que probablemente las cifras reales sean mayores que las que se manejan habitualmente.

En muchos países como Estados Unidos, Austria, Holanda Italia o Japón la tasa de suicidios consumados ha aumentado globalmente en los últimos 50 años. En España, la incidencia de suicidio también ha ido creciendo con el tiempo, aunque lentamente y de forma irregular (54,55). La tasa oficial que señalaba el INE para 1993 (56) era de 6,17/100.000, aunque las cifras reales son, como decimos, probablemente mucho más altas. Diversos estudios de investigación, aportan tasas que suelen oscilar entre 10 y 15 suicidios consumados por 100.000 habitantes y año con un importante componente también de suicidio geriátrico (57).

La franja de edad por encima de los 60 años está en nuestro país también, especialmente sobrerrepresentada. La estadística del INE para 1993 refería una proporción cercana al 39% para los mayores de 60 años. Díaz Suárez et al. (58), en el estudio realizado en Gijón (Asturias) entre 1975 y 1986 encuentran una tasa media general de 11,1/100.000. El grupo de edad más frecuente es el comprendido entre 60 y 74 años (28,9% del total), con una tasa de 20,6/100,000. Los mayores de 75 años comprendían el 18,7% de los casos de suicidio, con una tasa de 37,8/100,000.

Un hecho singular en la edad geriátrica es que la proporción entre suicidios consumados y tentativas suicidas es enormemente alta respecto a otras edades. En general se daría una proporción de alrededor de 1:4 en mayores de 60 años, frente a 1:20 en menores de 40 años.

FACTORES ETIOLÓGICOS Y DE RIESGO

La mayor parte de los estudios, tanto en nuestro país como fuera de él, coinciden en un riesgo superior para los varones, cifrado entre tres y cuatro veces mayor. Con respecto al estado civil los ancianos sin pareja (solteros, viudos, separados) presentan un mayor riesgo de suicidio frente a los casados.

Los métodos preferentemente elegidos para consumar el suicidio en España, son la suspensión y la precipitación, que sumados supondrían más del 60% de todos los métodos. En los ancianos, se repite este fenómeno, al que hay que añadir un número significativo de ellos que mueren por inmersión (59). Los métodos más violentos se dan sobre todo en los varones. En general, los métodos relacionados con sobreingesta de sustancias, son menos frecuentes entre los ancianos españoles que en otros países.

De la misma manera que ocurre en las personas más jóvenes, los intentos autolíticos previos incrementan el riesgo de ulteriores tentativas, que pueden culminar en el suicidio consumado (60).

La influencia de los factores sociales en el suicidio geriátrico es compleja. No actuarían por sí solos en la decisión de acabar con la vida, sino como elementos desencadenantes de otros procesos, como enfermedades psiquiátricas, que ejercen por sí mismos también influencia en el suicidio.

La enfermedad física también ha sido descrita como un factor de riesgo para el suicidio, teniendo especial interés la presencia de dolor, descrita en un 20% de los casos de suicidio geriátrico.

Existe una creciente evidencia de modificaciones de orden biológico en las personas que atentan contra su propia vida, vinculadas fundamentalmente a la neurotransmisión serotoninérgica. El hallazgo de niveles descendidos de ácido 5H-indolacético y ácido homovalínico encontrados en el líquido cefalorraquídeo de pacientes deprimidos suicidas adultos (61, 62), ha sido replicado en pacientes de edad avanzada también (63). Existe una reducción de binding sites para 5HT-2 en el córtex frontal de pacientes suicidas (64), lo que sumado a la comprobada reducción de estos lugares en la edad senil (65), avanza una sugerente hipótesis de orden biológico, que podría explicar al menos en parte la elevada prevalencia de estos actos en este segmento de edad.

Con respecto a enfermedades psiquiátricas existen múltiples evidencias que vinculan depresión y suicidio, siendo el riesgo de muerte por suicidio en los enfermos depresivos entre el 15 y 20%. Se ha descrito una mayor frecuencia en el año que sigue al comienzo del cuadro. Los trastornos afectivos son claramente el principal factor de riesgo para la aparición de conductas autolesivas. La presencia de sintomatología hipocondríaca ha sido también relacionada con este fenómeno. Parece claro que los estadíos iniciales de la demencia son un factor de riesgo, que disminuye de forma marcada al avanzar la enferme-

dad. El *delirium*, con su nivel fluctuante de conciencia y la presencia de síntomas psicóticos también ha sido asociado al suicidio. En los casos de trastornos psicóticos, la cifra de suicidios es de alrededor del 10%. Dentro de los trastornos de ansiedad, la presencia de ataques de pánico se correlaciona con mayor ideación suicida e intentos de suicidio a corto plazo.

MANEJO Y PREVENCIÓN

El suicidio en la edad avanzada es con frecuencia un acto impulsivo y por lo tanto el momento concreto en que ocurre es también difícil de predecir. Los familiares suelen comentar que el paciente no se ha mostrado distinto el día en que comete el acto autolítico y tampoco han hablado sobre el futuro en términos distintos a los habituales.

Sin embargo han sido descritos ciertos signos externos como una mayor frecuencia de visitas al médico, cambios de testamento o disposiciones de orden económico, modificaciones en la actitud religiosa y mayor inquietud. Se sabe que la mayoría de los ancianos que intentan suicidarse ven a un médico el mes anterior y el 40% lo hacen la semana previa al intento. Los suicidas ancianos visitarían a su médico general previamente con más frecuencia que los más jóvenes (66,67). Este es un factor de gran importancia en la detección y prevención del suicidio ya que aquellos que lo intentan, suelen presentarse al médico con quejas somáticas atípicas o inhabituales. Deben estudiarse las circunstancias que pueden causar la ideación autolítica junto a las que pueden precipitar finalmente el acto. Los factores de riesgo previamente citados pueden ser considerados como una guía y habrán de ser sopesados en el contexto de una evaluación clínica cuidadosa, en la que deben explorarse abiertamente los pensamientos suicidas del

Una vez determinado que el riesgo de suicidio existe, pueden adoptarse una serie de medidas generales. El hecho ha de comentarse con los familiares cercanos y también, de forma adecuada, con el personal sanitario relacionado directamente con el paciente (por ejemplo con el médico general, enfermera). Con el conocimiento del paciente, se retirarán aquellos medios potencialmente letales más accesibles para éste, como medicamentos o armas de fuego, ya que se ha comprobado que el acceso fácil a éstos incrementa notablemente el riesgo especialmente en la población de edad. La necesidad del ingreso ha de ser cuidadosamente evaluada en cada caso, contando con la participación y colaboración de la familia.

De gran importancia es la detección y tratamiento de la patología psiquiátrica subyacente. En el caso de enfermedad depresiva, los fármacos antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina, presentan un perfil especialmente favorable en el manejo del anciano con riesgo de suicidio. Este perfil se explica en función de su actividad antidepresiva demostrada en la depresión geriátrica, así como por su acción específica en la reducción de la ideación suicida y su seguridad en el caso de sobredosis.

TRASTORNOS PSICÓTICOS

Los fenómenos psicóticos, entendidos en un sentido amplio, son trastornos relativamente frecuentes en la población geriátrica. La mayor longevidad general de la población está suponiendo que cada vez existan más personas ancianas que padecen una esquizofrenia desde su juventud. El incremento igualmente en la prevalencia de la demencia -que es la segunda enfermedad generadora de psicosis, tras la esquizofrenia- eleva también de manera sustancial la cifra de pacientes delirantes de edad avanzada. De otro lado, diversas enfermedades médicas y en especial aquellas que afectan al sistema nervioso central, pueden ser generadoras de psicosis secundarias. No menos importante es el fenómeno de la aparición de psicosis genuinas por primera vez en la vejez, del que se ha demostrado un aumento en la incidencia y prevalencia a partir de los cincuenta años (37).

PSICOSIS DE TIPO ESQUIZOFRÉNICO DE APARICIÓN TARDÍA

En los años recientes se ha hecho un importante esfuerzo para caracterizar las formas primarias de psicosis que debutan en la edad avanzada y su relación con la esquizofrenia que, como es sabido, es una enfermedad más típica de la edad juvenil. El problema es complejo y ha sido abordado de diferente manera según diferentes líneas de investigación e incluso según la tradición nosológica de distintos países (68). La confusión proviene desde aspectos muy diversos comenzando por no haber existido acuerdo hasta recientemente en aspectos tan básicos como el punto de corte respecto a la edad en que debe de considerarse un caso como de aparición tardía. Así. ha habido trabajos que la colocan en los 65 años, junto a otros que incluyen a pacientes a partir de 40 o 45. De otro lado, existen autores que excluyen cuidadosamente determinados diagnósticos como el trastorno delirante (paranoia) o los enfermos con patología cerebral clara, mientras que otros incluyen a todos los pacientes delirantes. La terminología también ha sido más causa de confusión que de consenso y términos como parafrenia han sido entendidos de diferente manera según la tradición de cada país. Así por ejemplo en Alemania se denomina Spätschizophrenie (esquizofrenia tardía) a los casos de comienzo entre los 40 y los 60 años, ya que la esquizofrenia es considerada una enfermedad de las etapas juveniles de la vida y ocurre rarísimamente después de los 60 años. En Francia, el término parafrenia denomina a psicosis de carácter polimorfo, con gran riqueza imaginativa y diferenciado de las psicosis alucinatorias crónicas y de la esquizofrenia. En EE.UU. no se consideraba posible el diagnóstico de esquizofrenia después de los 45 años hasta el advenimiento del DSM-III-R.

En definitiva, independientemente de cómo se la denomine, en la actualidad va quedando clara la existencia de una forma de psicosis que aparece en pacientes de edad avanzada sin antecedentes delirantes previos y sin vínculo directo con la demencia o los trastornos afectivos. Probablemente se trate más bien de un grupo de enfermedades, en el mismo sentido que se habla del grupo de las esquizofrenias, con las cuales guarda similitudes, pero también diferencias.

Estas formas tardías de enfermedad psicótica han sido objeto recientemente de una conferencia de consenso internacional (69). Se trata del fruto del más importante esfuerzo de investigación y acuerdo en este campo realizado a nivel internacional hasta este momento. En él se ha decidido denominarlas "Psicosis de tipo esquizofrénico de aparición muy tardía" (very late-onset schizophrenia-like psychosis). Este concepto supone la superación de otros como parafrenia tardía, esquizofrenia tardía o esquizofrenia del anciano y engloba todos ellos. Los criterios básicos mínimos que ha de cumplir un trastorno, para ser incluido dentro de esta denominación son:

- Presencia de fenómenos delirantes.
- —Presencia de alucinaciones.
- —Ausencia de trastornos cognitivos generalizados y progresivos.
 - —Ausencia de trastornos afectivos significativos.

El punto de corte respecto a la edad de aparición se sitúa en los 60 años, aunque se considera que pueden existir casos con similares características en la franja de edad entre los 45 y los 60 años, que se denominan esquizofrenia de inicio tardío (late-onset schizophrenia).

Desde el punto de vista de la sintomatología, en sus formas más típicas el paciente se queja de estar bajo el escrutinio hostil de vecinos u otros, quienes están dispuestos a molestarle o a echarle de su casa. Temas delirantes frecuentes son los que aluden a que los vecinos emplean aparatos productores de ruidos, rayos o gases, o cualquier otro tipo de ingenio para mantenerles despiertos durante la noche o molestarles. En ocasiones los vecinos pueden entrar libremente en la casa para mover o robar objetos. Sus pensamientos pueden ser leídos y a veces anticipados por voces alucinatorias que critican y se burlan del paciente haciendo sugerencias obscenas o sometiéndoles a insultos vergonzantes o amenazas hacia su vida o integridad. Los delirios de contenido sexual son también frecuentes, sobre todo en las mujeres. Ocurren alucinaciones táctiles en forma de sensaciones extrañas en el perineo o de tocamientos en zonas sexuales. A veces hay quejas de que personajes influyentes u otras personas están interesadas eróticamente en la paciente y le asaltan sexualmente durante la noche.

Quizás la característica más típica de los delirios crónicos que aparecen en los ancianos respecto a los pacientes más jóvenes es el denominado delirio de paramentos o tabiques (70), es decir la permeabilidad de las paredes, suelos, techos y puertas a los influjos dañinos. Se trata de la creencia de que personas, animales, materiales, radiación, sonido o gases pueden pasar a través de una estructura que normalmente constituiría una barrera para tal paso.

En general los delirios persecutorios afectan al 85% de los pacientes, los delirios de paramentos entre el 48 y el 68%, los de influencia corporal y pasividad al 40% y los de referencia al 30%. Las alucinaciones forman parte esencial del cuadro y fueron una de las razones principales de las que se sirvió Kraepelin para separar el cuadro de la paranoia. Afectarían al menos al 80% de los pacientes. Se trata sobre todo de alucinaciones auditivas que estarían presentes en alrededor del 75% de los pacientes pero las alucinaciones de otras modalidades sensoriales no son infrecuentes (71).

Los síntomas de primer rango de Schneider, característicos de la esquizofrenia, son comunes. Su prevalencia se encontraría en un rango entre el 35% y el 64% (72,73). En todos los casos se trata de fenómenos primarios, desde el punto de vista psicopatológico, es decir, verdaderos delirios y alucinaciones. La presencia de sintomatología afectiva puede ser frecuente, aunque de forma secundaria ya que si son prominentes, no cumpliría los criterios de psicosis de tipo esquizofrénico y el diagnóstico estaría más cercano a un trastorno depresivo con síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo. La frecuencia de esta sintomatología, preferentemente depresiva, es alrededor del 60% (74). Sin embargo, la presencia de afecto aplanado, típico de la esquizofrenia precoz, afectaría a menos del 10 % de los pacientes (75). El trastorno formal del pensamiento y los síntomas negativos son relativamente raros (76).

La similitud sintomática con la esquizofrenia de inicio precoz es grande pero no completa. En general los trastornos formales del pensamiento, los fenómenos de pasividad, interferencia, inserción y robo de pensamiento, afecto aplanado y los síntomas negativos son más frecuentes en los enfermos con un inicio precoz del trastorno, en tanto que los delirios persecutorios, sobre todo aquellos más elaborados, y las alucinaciones son más frecuentes en el grupo de inicio tardío.

En relación con los factores de riesgo, uno de los aspectos más intrigantes de las formas tardías de psicosis, en contraste con la esquizofrenia precoz, es la mayor proporción de mujeres respecto a los varo-

nes. La mayoría de los estudios señalan una ratio de alrededor de 7:1 (77). Es más frecuente en personas no casadas y divorciadas. Algunos estudios (78) han señalado que una proporción notable de pacientes con esquizofrenia tardía tenían rasgos de personalidad premórbidos anormales de naturaleza paranoide o esquizoide, con aislamiento social. En relación con el hallazgo de un mayor número de déficit sensoriales en estos pacientes, estudios recientes apuntan hacia la posibilidad de que lo que en realidad existe es una mayor frecuencia de déficit sensoriales no corregidos mediante las correspondientes prótesis oculares o auditivas en los pacientes psicóticos, respecto a los controles normales de la misma edad.

Con respecto a la asociación genética, los distintos autores coinciden en señalar que los familiares de primer grado de pacientes con esquizofrenia tardía tienen un riesgo de padecer la enfermedad que es intermedio entre el que atañe a los familiares de esquizofrénicos de inicio precoz y el de la población general. La prevalencia de antecedentes familiares de enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, o demencia de tipo cuerpos de Lewy no está incrementada. Tampoco hay asociación con las formas E-4 de la apolipoproteína-E.

El empleo de las modernas técnicas de neuroimagen, permite un estudio más completo de las psicosis del anciano. Se han realizado trabajos usando estas técnicas que han pretendido demostrar que los pacientes con patología psicótica en la edad avanzada tienen una mayor prevalencia de anormalidades cerebrales que los controles de similar edad. Aunque esta afirmación general es cierta, no se han demostrado en todos los pacientes y tampoco de trata de anomalías altamente específicas en cuanto al tipo o lugar de la lesión.

Se ha descrito el aumento de la denominada razón o cociente ventrículo a cerebro (79) así como la presencia de hiperintensidades que pueden localizarse a nivel periventricular o de sustancia blanca profunda. Sin embargo, estas hiperintensidades son mucho más típicas de la depresión de inicio tardío que de la psicosis de aparición en la tercera edad. Con respecto a las alteraciones funcionales descritas destacan patrones de hipoperfusión que son más frecuentes en zonas frontales y temporales, aunque se han encontrado algunos casos con hipoperfusión en los ganglios basales (80).

En relación con alteraciones neuropsicológicas, los pacientes con esquizofrenia tardía muestran una serie de déficit neuropsicológicos mayores a los esperables para su edad pero no tan graves como los que muestran los pacientes aquejados de demencia. Estos déficit afectan sobre todo a procesos que residen fundamentalmente en el lóbulo frontal y en menor medida en el temporal, similares a los encontrados en pacientes esquizofrénicos jóvenes (75).

La evolución de la enfermedad es hacia la cronicidad, tendiendo el curso de la sintomatología a ser peor en aquellos pacientes con mayores dificultades cognitivas de inicio (74). Es frecuente la aparición de síntomas depresivos postpsicóticos, una vez instaurado el tratamiento farmacológico.

EVOLUCIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA DE INICIO TEMPRANO

Dentro de los cambios inducidos por los nuevos parámetros demográficos de los países avanzados y como otra de las consecuencias de la meiora de la atención sanitaria, puede encontrarse que el número de pacientes esquizofrénicos de inicio juvenil que alcanzan la edad avanzada sea progresivamente mavor. Ello contribuye, como se dijo, al aumento de la prevalencia de esquizofrenia.

Los destinos que sufre con el tiempo una enfermedad como la esquizofrenia, de aparición generalmente precoz en la vida de los pacientes y con tendencia a la cronicidad, han sido objeto de cinco estudios fundamentales. De ellos tres fueron realizados en Europa en las ciudades de Zurich (81), Lausanne (82) y Bonn (83) y dos en América, concretamente en Iowa (84) y en Vermont (85). Todos siguieron a los pacientes al menos durante dos décadas, generalmente -como el de Lausanne que los siquió un promedio de 37 años-bastante más. Varias conclusiones pueden extraerse de estos estudios. La primera es que se suaviza en gran manera el destino progresivo y hacia el deterioro demencial que fue anunciado por Kraepelin. El propio Bleuler en 1911 (86,87) ya documentó evoluciones favorables en una parte de los pacientes conforme avanza la edad. La evolución a largo plazo en el sentido de la remisión o de estados residuales leves alcanza el 50% en los estudios europeos. Asimismo, no existe mayor riesgo de evolución hacia la demencia que en la población no esquizofrénica.

La evolución suele estar caracterizada por un deterioro que se da en los primeros años de la enfermedad para alcanzarse luego una cierta estabilidad, donde son posibles las fluctuaciones, pero no de la forma intensa en que suelen darse durante los primeros años. En la mavoría de los casos ocurre una estabilización sintomática en la edad media de la vida que persiste con posterioridad. En cualquier caso, otra de las conclusiones de los diferentes trabajos es que el destino de la esquizofrenia en la edad avanzada es sumamente variable y es difícil proponer patrones típicos porque en buena medida no los hay. Incluso los estudios que señalan peores pronósticos evolutivos han de ser tomados como lo que son, generalizaciones estadísticas que no deben ocultar la presencia de casos individuales con evoluciones positivas. Sin embargo, también ha de añadirse que un pronóstico más favorable de la sintomatología no siempre se ve acompañado de forma directa de un correlato de buen funcionamiento social. Así, en los

distintos estudios, el número de pacientes capaces de llevar una vida independiente y socialmente ajustada no suele superar el 50%.

En general la evolución es hacia la disminución de los síntomas positivos y la persistencia de los síntomas negativos. Los subtipos clásicos de la esquizofrenia sobreviven de una forma mucho más borrosa, dando paso a estados residuales más inespecíficos. Muchas veces reflejan una sobreadaptación a su entorno de vida, generalmente poco demandante. Si persisten los síntomas positivos, interfieren en menor medida con la vida cotidiana. La aparición de nuevas crisis agudas se va haciendo cada vez más rara y la situación de los pacientes es de mayor calma a lo largo del tiempo. La aparición de nuevos síntomas delirantes o alucinatorios es, aunque posible, bastante infrecuente. Cuando se da, puede estar relacionada con el desarrollo de déficit sensoriales (88). De otra parte, la aparición de sintomatología afectiva puede ser frecuente. Angst (89) encontró un 44% de pacientes con sintomatología depresiva en su muestra de esquizofrénicos ancianos residentes en la comunidad.

MANEJO DE LAS PSICOSIS EN EL ANCIANO

El tratamiento de base de cualquier fenómeno de tipo psicótico, con independencia de su etiología, se realiza fundamentalmente con fármacos neurolépticos. Las tasas de respuesta al tratamiento de las formas tardías de psicosis son comparables a las que se encuentran en la esquizofrenia de inicio precoz (90). En este trastorno, generalmente se necesitan dosis de neurolépticos inferiores a las que se precisan para el tratamiento de la esquizofrenia del adulto joven, aunque superiores a las necesarias para tratar los síntomas psicóticos de la demencia (14). En ocasiones, los pacientes pueden ser tratados con dosis incluso muy bajas de neurolépticos, en forma oral o depot. Generalmente estas no suelen superar los 4 mg de haloperidol o los 3 mg de risperidona al día. Por contraste, es importante hacer notar el hecho de que los ancianos que padecen una esquizofrenia desde su juventud suelen requerir dosis de neurolépticos muy superiores –cercanas o iguales a las del adulto– a las que precisan los enfermos de psicosis tardía.

Como es conocido, la efectividad de los neurolépticos en el tratamiento de los síntomas psicóticos viene contrapesada por su capacidad de producir efectos indeseables, especialmente en el anciano. La vía por la que la mayoría de los neurolépticos consigue su eficacia antipsicótica es a través del bloqueo, en mayor o menor intensidad, de los receptores de la dopamina, especialmente el receptor D2. Pero la acción de los neurolépticos alcanza a otros sistemas de neurotransmisión, lo que determina su diferente perfil de acción y también la aparición de estos efectos colaterales. Estos tienen que ver sobre todo con la capacidad de actuar sobre el sistema extrapiramidal por la vía dopaminérgica nigroestriada así como la acción sobre receptores muscarínicos e histamínicos. Clínicamente, los efectos adversos más frecuentes en personas mayores incluyen sedación excesiva, síncopes y caídas secundarios a la hipotensión ortostática, reacciones anticolinérgicas, síntomas extrapiramidales y disquinesia tardía.

Las nuevas generaciones de fármacos neurolépticos, denominados atípicos por su distinto modo de acción sobre la neurotransmisión, presentan un perfil de efectos secundarios mucho más favorable, junto a una eficacia similar. En los ancianos, la molécula más utilizada de entre estos nuevos neurolépticos y de la que se tiene más información es la risperidona. Otros fármacos, como la olanzapina, quatiepina, sertindol o ziprasidona, están siendo ensayados también en este grupo de edad.

Los perfiles de efectos secundarios de los distintos fármacos neurolépticos difieren considerablemente y son fundamentales en el momento de la prescripción, especialmente en pacientes con pluripatología. Así, para los pacientes con síntomas parkinsonianos preexistentes, los antipsicóticos de alta potencia como el haloperidol pueden empeorar el temblor y la rigidez. Por otro lado, los neurolépticos de alta potencia o bien la risperidona, que tienen menor toxicidad cardiovascular que los de baja potencia, pueden ser una mejor opción para los pacientes con trastornos cardiovasculares preexistentes. Los antipsicóticos de baja potencia y con marcada actividad anticolinérgica como la tioridazina, deberían evitarse en los pacientes con hipertrofia prostática o glaucoma o en los que ya están tomando otros anticolinérgicos. La

Tabla XI muestra los neurolépticos de más común uso en los ancianos, junto a su perfil de efectos secundarios. La Tabla XII señala algunas de las características del posible uso en ancianos de los neurolépticos más recientes.

Adicionalmente al tratamiento farmacológico, es de trascendental importancia un manejo de contenido psicoterapéutico de los casos, con el fin de mejorar la adherencia, habitualmente dificultosa, al tratamiento e incidir sobre los aspectos psicológicos del paciente, a los que con frecuencia se les presta menos atención de lo que sería adecuado (91).

La evolución de las distintas formas de psicosis del anciano depende de su etiología. En el caso de las diversas modalidades de esquizofrenia, precoces o tardías, tiende a ser crónica. Sin embargo, un adecuado tratamiento neuroléptico permite a un elevado número de pacientes verse libres de sintomatología psicótica florida a lo largo del tiempo y vivir por tanto en la comunidad. A pesar del curso crónico, se ha señalado que la mortalidad de la esquizofrenia tardía no es alta (92), en cualquier caso mucho menor que la de la demencia o la depresión.

DEMENCIA

La demencia en su conjunto, afecta alrededor del 5% de las personas de 65 años, incrementándose según avanza la edad, hasta alcanzar cifras de alrededor del 30% a los 85 años. La forma más frecuente es la enfermedad de Alzheimer, que supone alrededor del 60 a 70% del total. Esta enfermedad afecta-

Tabla XI Características de los neurolépticos más usados en los ancianos						
)S	
Fármaco	Dosis diaria en mg	Sedación	Hipotensión	S. extrapiramidales	S. anticolinérgicos	Comentarios
Haloperidol	0,5 а б	Baja	Baja	Alta	Baja	Tratamiento están- dar y seguro
Tioridazina	10 a 300	Alta	Alta	Ваја	Alta	Bien tolerado Atención en car- diópatas
Clorpromazina	10 a 300	Alta	Alta	Ваја	Alta	Menor potencia
Levopromazina	10 a 75	Muy alta	Muy alta	Baja	Alta	Usar con mucha precaución
Zuclopentixol	2 a 20	Media	Baja	Media Diferencias individuales	Ваја	Útil en agitación y violencia
Risperidona	0,5 a 6	Media	Inicial	Muy bajos	Muy bajos o nulos	Neuroléptico del grupo de atípicos Seguro y bien tol rado en ancianos

Las dosis más bajas suelen corresponder al tratamiento de fenómenos psicóticos en la demencia, las más altas a los ancianos con esquizofrenia de inicio precoz. Los pacientes con psicosis tardías de tipo esquizofrénico suelen requerir dosis intermedias.

Nuevos neurolépticos en estudio				
	Dosis diaria tentativa	Posibles ventajas	Posibles inconvenientes	
Olanzapina	Inicio: 2,5-5 mg Dosis media: 5-15 mg	Escasos síntomas extrapiramidales Sin alteraciones hematológicas tipo clozapina	Efecto anticolinérgico Ganancia de peso Excesiva sedación en algunos pacientes	
Ziprasidona	Inicio: 40 mg Dosis media: 80-150 mg	Efecto antidepresivo además de antipsicóticos	Escasa información en anciano:	
Quetiapina	Inicio: 12,5-25 mg Dosis media: 50-150 mg	Escasos síntomas extrapiramidales Buen perfil de seguridad Creciente base de datos en ancianos	Somnolencia Cataratas en ensayos con animales, no en humanos	

ría alrededor del 15% del conjunto de personas mayores de 65 años calculándose que en España hay alrededor de 400.000 personas que padecen la enfermedad. Además de la importantísima carga y sufrimiento que supone el trastorno para el propio enfermo y su familia, se calcula que la enfermedad genera unos costes de 2 a 4 millones de pesetas por persona y año, lo que supone 700.000 millones de pesetas anuales (14).

El tema de la demencia aparece desarrollado en otro capítulo de la presente obra. En éste nos limitaremos a exponer los aspectos fundamentales de la sintomatología no cognitiva de esta enfermedad. Al margen del impacto de los síntomas cognitivos, los síntomas psiguiátricos y comportamentales que presenta el anciano con demencia revisten especial importancia debido a que en buena medida determinan la calidad de vida del paciente y la de sus familiares. Su aparición no está ligada a la edad de comienzo de la demencia aunque lo frecuente es que hagan su aparición en estadíos medios y avanzados de la enfermedad. Se presentan en un 70 a 90% de los pacientes en algún momento de su evolución constituvendo el principal motivo de ingreso en hospital o residencia. Las manifestaciones psiquiátricas más importantes de la demencia aparecen a continuación (35,14).

DELIRIOS

Se describen problemas delirantes en el 20-70% de los pacientes con demencia. Pueden aparecer precozmente y a veces son el primer síntoma de la enfermedad, pero habitualmente ocurren en estadíos más avanzados. La aparición precoz suele ser sintomática de una evolución más rápida, ya que hay cierta correspondencia entre delirio e intensidad del deterioro cognitivo. Sin embargo, se requiere cierta indemnidad encefálica para la producción de delirios, por lo que su presencia se hace más rara en estadíos muy avanzados. Los temas más frecuentes suelen ser la sospecha o certeza de robo, con una frecuencia que puede sobrepasar el 60% seguidos de los delirios de sospecha, de referencia y la idea de que hay extraños en la casa. Hay que decir que distintos delirios pueden ocurrir de forma simultánea, hasta en un 75% de los casos o cambiar a lo largo de la evolución de la enfermedad. La presencia de delirios es predictiva de agresividad generalmente verbal y más esporádicamente física.

ALUCINACIONES

Ocurren en la demencia con una frecuencia que oscila entre el 15 al 50%. De ellas, las alucinaciones visuales son las más habituales, apareciendo en la mayoría de los trabajos cifras entre el 10 y el 15%. Las alucinaciones auditivas oscilan alrededor del 1 o 2% al 15%. La presencia de déficit sensoriales importantes como son los visuales o auditivos puede predisponer al desarrollo de alucinaciones. Siguiendo el curso evolutivo, al contrario de los delirios, las alucinaciones pueden irse haciendo más frecuentes con el progreso de la enfermedad aunque su presencia no ha de implicar necesariamente un deterioro más rápido.

Ha de hacerse mención especial a la demencia con cuerpos de Lewy. Estas formas de demencia se caracterizan por ostentar mayor frecuencia de sintomatología psicótica en general y en particular de alucinaciones. Tanto es así, que la presencia de alucinaciones visuales bien conformadas y detalladas forma parte de los criterios diagnósticos que para esta enfermedad se han consensuado (93).

FALSOS RECONOCIMIENTOS E IDENTIFICACIONES

El rango posible es amplio. El paciente puede confundir personas familiares entre sí (prosopagnosia). Puede quejarse de la presencia de extraños en la casa (huésped fantasma). También puede darse la identificación errónea de sí mismo, por ejemplo en el espejo (signo de espejo) en el que el paciente conversa consigo mismo ante su imagen reflejada, sin reconocerla como propia. La situación extrema es el denominado síndrome de Capgras o delirio de dobles, en que el paciente piensa —de forma delirante— que un allegado, generalmente el cónyuge, es un impostor.

SÍNTOMAS AFECTIVOS: DEPRESIÓN Y MANÍA

El vínculo entre los trastornos afectivos y el deterioro cognitivo es frecuente. A continuación detallamos las posibilidades más habituales (14).

Demencia más depresión

Entre un 20 y un 50% de los pacientes con demencia primaria desarrollan un trastorno depresivo en algún momento de su evolución. Lo más frecuente es que ocurra en los primeros estadios de la enfermedad disminuyendo la incidencia al aumentar la gravedad de la demencia. De alguna manera puede decirse que se requiere una relativa indemnidad neuronal para poder tener la capacidad de desarrollar sintomatología depresiva, aunque en algunas ocasiones pueden identificarse síntomas depresivos en estadios avanzados. La etiología de la depresión ligada a la demencia puede entenderse de forma mixta. Por un lado hay que considerar la reacción psicológica del paciente que ve mermadas sus capacidades mentales en un estadio en el que aún es consciente de sus déficit. De otra parte, la propia enfermedad produce déficit en la neurotransmisión, lo que sumado a la pérdida de neuronas en determinados lugares como el locus coeruleus, predisponen al desarrollo de la patología depresiva.

Depresión que evoluciona a demencia

Existe un cierto número de casos de depresiones de inicio tardío, es decir, que comienzan por primera vez en la edad avanzada, que evolucionan finalmente hacia el deterioro cognitivo y con el tiempo hacia la demencia franca. Los factores de riesgo para esta evolución están ligados con la presencia de enfermedad cerebrovascular, que ha podido pasar desapercibida si no ha habido ningún episodio de ictus clínicamente reconocible. Son pacientes que en las pruebas de neuroimagen, especialmente en la Resonancia Magnética, muestran datos de problemas vasculares o leucoaraiosis. Característicamente, se ha descrito en estos

sujetos la aparición de episodios confusionales tras el tratamiento con antidepresivos de efecto anticolinérgico como los tricíclicos, incluso a bajas dosis.

Depresión primaria (pseudodemencia depresiva)

La depresión, a cualquier edad, suele cursar con cierta sintomatología cognitiva, sobre todo en la esfera atencional y de memoria a corto plazo. En los ancianos, las queias subietivas de mal funcionamiento mental suelen acrecentarse e inducir a confusión. Pero se trata de verdaderos trastornos afectivos que, pese a las quejas sintomáticas del paciente y su familia, revelan sólo déficit mínimos en la exploración neuropsicológica. El paciente padece sobre todo trastornos por inatención, al encontrarse replegado en sí mismo y enfrascado en sus pensamientos depresivos. El término pseudodemencia depresiva ha hecho fortuna y se utiliza comúnmente para denominar estos casos, pero pensamos que puede inducir a error. Una vez que se ha diagnosticado una depresión, en ausencia de los déficit cognitivos marcados, típicos de la demencia, se le debe asignar simplemente el término de trastorno depresivo y no es necesario ningún otro.

Los datos fundamentales para el diagnóstico diferencial entre un genuino cuadro depresivo y una demencia son la posibilidad de haber experimentado antecedentes depresivos previos, la instauración relativamente breve (semanas o pocos meses) de los síntomas, la presencia de ánimo deprimido, mala autoimagen y sobre todo de anhedonia (dificultad para experimentar sensaciones placenteras), las quejas frecuentes de problemas de memoria, que no son disimuladas como ocurre en la demencia sino más bien puestas de manifiesto, la sensación continua de fracaso en la exploración de las funciones cognitivas, con frecuentes respuestas "no lo sé" y la buena respuesta a la medicación antidepresiva.

En un porcentaje entre el 5 y el 15%, pueden desarrollarse síntomas de manía, caracterizados por excitabilidad, euforia o aumento del estado de ánimo, taquipsiquia y verborrea.

CAMBIOS DE PERSONALIDAD

Constituyen un fenómeno generalizado en la demencia obedeciendo principalmente a esfuerzos adaptativos malogrados, así como a la progresiva incapacidad de modular las respuestas ante los estímulos desfavorables que la vida ofrece cotidianamente. Tienden a aparecer ya precozmente en el curso de la enfermedad y afectan a casi la totalidad de los pacientes. Estos cambios suelen adoptar la forma de una exageración de rasgos previos o una rigidez de los mismos observándose también dependencia, desinhibición, apatía y egocentrismo.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

Muchos pacientes invierten el ritmo nictameral y presentan insomnio por la noche y, consecuentemente, aunque no siempre, somnolencia diurna.

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

Los trastornos del comportamiento tienden a aparecer en estadios medios o avanzados siendo quizás el más frecuente la inquietud o agitación psicomotriz. Estas situaciones pueden estar ligadas simplemente a la enfermedad demencial en sí o bien estar relacionadas con ansiedad, malestar interno, la presencia de alguna enfermedad física que ha pasado inadvertida (como una infección urinaria) o dolor.

La agresividad verbal (hostilidad, gritos, insultos) y fisica también pueden ser importantes. Se observa algo más en varones y va apareciendo con mayor frecuencia conforme va progresando la enfermedad. La agresividad, pese a que puede llegar a ser muy explosiva y asustar a la familia, es fundamentalmente verbal.

Hasta en un 60% de los casos existe en los pacientes una tendencia a caminar insistentemente, tanto dentro del domicilio como fuera del mismo

Relacionados con los cambios psicológicos y de personalidad pueden surgir también comportamientos repetitivos especialmente molestos para las personas del entorno. En estadios relativamente avanzados aparecen una serie de comportamientos vocales anómalos en la forma sobre todo de gritos, o lamentos, que suelen resultar muy mal tolerados por las personas cercanas. Es preciso prestar atención a este comportamiento, porque puede ser indicativo de problemas físicos como por ejemplo dolor.

Mucho menos frecuentes pero muy disruptivos son los trastornos de tipo sexual, aunque generalmente no suelen suponer amenazas reales para los demás. Entre otros se puede encontrar la práctica de actividades masturbatorias continuadas o en público, la demanda sexual indiscriminada, los tocamientos a sí mismo o a otros y en general la falta de pudor. En cualquier caso, lo que realmente ocurre con mayor frecuencia es la presencia de apatía sexual.

Finalmente citaremos comportamientos alterados ligados a los hábitos alimentarios, como la pérdida de discriminación respecto a lo que se come, comida compulsiva e incontrolada, o hábitos estereotipados como sólo querer comer un determinado alimento. En el otro extremo, también puede aparecer anorexia, incluso de forma marcada, o la negativa a comer.

MANEJO DE LOS SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN LA DEMENCIA

El primer paso en el manejo de las alteraciones conductuales es buscar una causa reversible de la que dependan, distinta de la demencia, que pueda ser tratada sin la necesidad de psicofármacos.

Descartadas estas y una vez clarificada la naturaleza primaria de los síntomas, su manejo debería resultar de la combinación de medidas farmacológicas y no farmacológicas. Las primeras son indudablemente útiles pero no son eficaces en todas las circunstancias. Las medidas no farmacológicas deberían usarse siempre, tanto si se hace uso de fármacos como si no se hace. Entre ellas destacan las aproximaciones psicológicas, enfatizando las técnicas orientadas a problemas específicos de conducta y, por otro lado, el manejo del entorno del paciente, que intenta modificar las situaciones que rodean a la persona afecta del trastorno, ayudando y proporcionando soporte también a sus cuidadores.

Los distintos síntomas psiquiátricos se tienden a tratar de la misma manera que aquellos que aparecen fuera del contexto de la demencia. Las indicaciones preferentes del tratamiento farmacológico de estos síntomas, aparecen en la Tabla XIII.

Tabla XIII

Indicaciones del tratamiento farmacológico de los síntomas psiquiátricos

	Tratamiento farmacológico preferente	Efectividad
Delirios	Neurolépticos	Alta
Alucinaciones	Neurolépticos	Alta
Falsos reconocimientos	Neurolépticos	Incierta
Depresión	Antidepresivos	Alta
Cambios de personalidad	No farmacológico	Media
Vagabundeo	Neurolépticos	Incierta
Problemas de sueño	Neurolépticos Benzodiacepinas Clormetiazol	Media
Conductas inapropiadas	Neurolépticos	Media
Incontinencia	No farmacológico	Media
Inquietud, agitación	Neurolépticos Benzodiacepinas	Alta
Agresividad	Neurolépticos Benzodiacepinas	Alta
Conductas sexuales inapropiadas	Neurolépticos Antidepresivos ISRS	Media

Bibliografía

- 1. Grundy E. Demography and old age. J Am Geriatr Soc 1983; 31: 325-332.
- 2. I.N.E. Instituto Nacional de Estadística: Anuario Estadístico 1990. Madrid: 1990.
- 3. Mora F, Porras A. Procesos involutivos del sistema nervioso. En: Delgado-García JM, Ferrús A, Mora F, Rubia F, editores. Manual de Neurociencia. Madrid: Síntesis 1998.
- 4. Hayflick L. El envejecimiento celular y la citogerontología. En: Hayflick L, Barcia D, Miquel J, editores. Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico. Madrid: ELA, 1990: 34-47.
- 5. Seyle H. Stress without distress. New York: Dutton, 1974.
- Dice JF. Cellular and molecular mechanisms of aging. Physiological reviews 1993; 73: 149-159.
- Sawle GV, Colebatch JG, Shah A, et al. Striatal function in normal aging: implications for Parkinson's disease. Ann Neurol 1990; 28: 799-804.
- 8. Rogers J, Bloom FE. Neurotransmitter metabolism and function in the aging central nervous system. En: Finch CE, Schneider EL, editores. Handbook of the biology of aging. New York: Van Nostrand Reinhold 1985: 645-691.
- 9. Porras A. Interación de neurotransmisores y envejecimiento cerebral. Tesis Doctoral: Universidad Complutense, 1996.
- 10. Mishara BI, Riedel R. El proceso de envejecimiento. Morata. 1986: 38-63.
- 11. Agüera L. ¿Cuál es la relación entre suicidio y depresión en el anciano? En: Calcedo Barba A, editor. La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1996: 179-202.
- 12. Agüera L, Reneses B, Calcedo A. ¿Qué papel juegan las psicoterapias en el tratamiento de la depresión en el anciano? En: Calcedo Barba A, editor. La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1996.
- 13. Agüera L. Empleo de psicofármacos en el anciano en el hospital general. Psiquiatría Pública 1991; 1 (2).
- 14. Agüera L. Demencia. Una aproximación práctica. Barcelona: Masson, 1998.
- 15. Sadavoy J. Integrated psychotherapy for the elderly. Can J Psychiatry 1994; 39 Nº 8 (Suppl 1): S19-S26.
- 16. Knight B. Psychotherapy with older adults, Newbury Park, SAGE, 1986.
- 17. Weiss LJ, Lazarus LW. Psychosocial treatment of the geropsychiatric patient. Int J Geriatr Psychiat 1993; 8: 95-100.
- 18. Patterson RL, Dupree LW, Eberly DA et al. Overcoming deficits of aging. Plenum Press, New York 1982.
- 19. King PH. The life cycle as indicated in the nature of the transference in the psychoanalysis of the middle aged and the elderly. Int J Psychoanal 1980; 61: part 2.
- Cath S. The psychoanalysis of the older patient. Proceedings of the Meeting of the American Psychoanalytic Association. 1982; panel reports: 163-177.
- 21. Le Gouès G. Psychothérapies du sujet âgé. En: Encycl. Med. Chir. Psychiatrie. Paris: Editions Techniques; 1991: 37541 A10-1-8.
- 22. Krassoievitch M. Aspectos psicopatológicos. En: Psicoterapia geriátrica. México: Fondo de Cultura Económica; 1993: 111-133.
- 23. Le Gouès G. Le psychanaliste et le vieillard. Paris : Presses Universitaires de France; 1991.
- 24. Defleur J. Psychothérapie dans la dépression. En: Simeone I, Abraham G. Introduction à la psychogériatrie. Lyon: SIMEP; 1984: 164-168.
- 25. Butler RN. The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. Psychiatry 1963; 26: 65-70.
- Coleman P. Issues in the therapeutic use of reminiscence in the elderly. En: Hanley I, Gilhooly M. Psychological therapies for the elderly. Beckenham: Croom Helm; 1986: 41-64.
- 27. Lewis MI, Butler RN. Life-review therapy: putting memories to work in individual and group therapy. Geriatrics 1974; 29 (11): 165-173.
- 28. Head DM, Portnoy S, Woods RT. The impact of reminiscence groups in two different settings. Int J Geriatr Psychiat 1990; 5: 295-302
- 29. Agüera L, La práctica de la Terapia Psicomotriz en Psicogeriatría. Psiquiatría Pública. 1993: 5 (2): 95-108
- 30. Gurland B. Epidemiology of psychiatric disorders. En: Sadavoy J, Lazarus L, Jarvick L, Grossberg G, editores. Comprehensive review of Geriatric Psychiatry II. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press 1996: 3-42.
- 31. Cooper B. Principles of service provision in old age psychiatry. Én: Jacoby R, Oppenheimer C, editores. Psychiatry in the elderly. 2nd ed. London: Oxford University Press 1997: 357-375.
- 32. Krasucki C, Howard R, Mann A. The relationship between anxiety disorders and age. Int J Geriatr Psychiat 1998; 13 (2): 79-99.
- 33. Blazer DG. The epidemiology of depresion in late life. En: Blazer DG, editor. Depression in late life. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1993: 3-27
- 34. Lobo A, Saz P, Marcos G. The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern european population. The Zaragoza study. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 497-506.
- 35. Agüera L, Solana B. Aproximación a los trastornos demenciales en Atención Primaria. En: Romero AI, Fernández A, editores. Psicogeriatría. Madrid: Idepsa, 1991: 45-55.
- 36. Harris MJ, Jeste DV. Late-onset schizophrenia: an overview. Schizophr Bull 1988; 14: 39-55.
- 37. Castle DJ, Murray RM. The epidemiology of late-onset schizophrenia. Schizophr Bull 1993; 19: 691-700.
- 38. Sunderland T, Lawlor B, Martínez R, et al. Anxiety in the elderly: Neurobiological and clinical interface. En: Salzman C, LEbowitz BD, editores. Anxiety in the elderly. New York: Springer, 1991: 105-129.
- 39. Sheikh JI, King RJ, Taylor CB. Comparative phenomenology of early onset versus late-onset panic attacks: a pilot survey. Am J Psychiatry 1991; 148: 1231-1233.
- 40. Robins L, Regier D. Psychiatric disorders in America. New York: The Free Press 1991.
- 41. Lindesay J. Phobic disorders in the elderly. Br J Psychiatry 1991; 159: 531-541.
- 42. O'Brien JT, Desmond P, Ames D, Schwietzer I, Harrigan S, Tress B. A Magnetic Resonance imaging study of white matter lesions in depression and Alzheimer's disease. Br J Psychiatry 1996; 168: 477-485.
- 43. Kivela SL, Pahkala K, Eronen P. Depressive symptoms and signs that differenciate major and atypical depression from dysthymic disorder in elderly Finns. Int J Geriatr Psychiat 1989; 4: 79-85.
- 44. Unutzer J. Poster presented at the Annual Meeting of the American Society for Geriatric Psychiatry Tucson 1996; Abstract.
- 45. Menchón JM. ¿Existen diferencias clínicas entre la depresión del anciano y la del adulto joven? En: Calcedo Barba A, editor. La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1996: 83-100.
- 46. De Alarcón RD. Hypochondriasis and depression in the aged. Gerontology Clinic. 1964; 6: 266-277.

- 47. Agüera L, Reneses B, Muñoz PE. Enfermedad mental en atención primaria. Madrid: Flash 1996.
- Baldwin RC. Delusional depression in elderly patients: Characteristics and relationship to age at onset. Int J Geriatr. Psychiat 1995; 10 11 981 986
- Franco MA, Orihuela T, Sanguino R. ¿Qué utilidad tienen los instrumentos de valoración de la depresión el anciano? En: Calcedo Barba A, editor. La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1996:
- Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic Pain-Associated Depression: Antecedent or Consequence of Chronic 50 Pain? A Review. Clin J Pain 1997; 13: 116-137.
- 51 Astrom M, Adolfsson R, Apslund K. Major depression in stroke patients. Stroke 1993; 24: 976-82.
- Cole MG. The prognosis of depression in the elderly. Can Med Assoc J 1990; 143: 633-640.
- Kartz IR, Dilip V, Jeste MD. Comparison of risperidona and placebo for psicosis and behavioral disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial. J Clin Psyquiatry 1999; 60: 107-115.
- 54. Soto Loza A, Ruiz Otazo A. Epidemiología del suicidio en España. En: de la Gándara, J.J. Aproximación al suicidio. Monografías de Psiguiatría. 1995; año VII nº1: 14-21.
- Rodríguez Pulido F, Sierra A, Doreste J, Gracia R, González Rivera JL. Suicide in the Canary Islands: standardized epidemiological 55 study by age, sex, and marital status. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1992; 27: 69-74.
- 56 I.N.E. Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Suicidio en España en 1993. Madrid.
- Intxausti Zugarramurdi A, Medina Fernández MA. El suicidio en el anciano. En: de la Gándara, J.J. Aproximación al suicidio. Monografías de Psiguiatría 1995; año VII nº 1: 30-33.
- Díaz Suárez J, Rendueles Olmedo G, González García-Portilla P, Pedregal Sánchez J, Bousoño García A, García Prieto R, et al. El 58 suicidio en el partido judicial de Gijón. 1975-1986 (I). Anales de Psiguiatría 1991; 7: 271-279.
- 59. Aso Escario J, Navarro Celma JA, Cobo Plana JA. El suicidio consumado en Zaragoza. Aspectos epidemiológicos y perfiles suicidas. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. 1993; 21: 65-71.
- 60 Osgood NJ. Suicide in the elderly. Rockville, MD Aspen 1985.
- López-Ibor J, Saiz Ruiz J, Pérez de los Cobos JC. Biological correlations of suicide and aggressivity in major depressions (with melancholia): 5-hydroxyindoleacetic acid and cortisol in cerebrak spinal fluid, Dexamethasone Supression Test and therapeutic response to 5-hydroxytryptophan. Neuropsychobiology 1985; 14: 67-74.
- 62. Asberg M, Nordstrom P, Traskman-Benz L. Cerebrospinal fluid studies in suicide: an overview. En: Mann JJ, Stanley M. The psychobiology of suicide behavior. New York: New York Academy of Sciences; 1986.
- Jones JS, Stanley B, Mann JJ. CSF 5-HIAA and HVA concentrations in elderly depressed patients who attempted suicide. Am J 63. Psychiatry 1990; 147 (9): 1225-1227.
- Arora RC, Meltzer HY. Serotoninergic measures in the brains of suicide victims: 5-HT2 binding sites in the frontal cortex of suicide 64. victims and control subjects. Am J Psychiatry 1989; 146: 730-736.
- Marcuson JO, Morgan DG, Windblad B. Serotonin-2 binding sites in human frontal cortex and hippocampus: Selective loss of S-2A sites with age. Brain Res 1984: 311: 51-56.
- Vassilas CA, Morgan HG. General practitioner's contact with victims of suicide. BMJ 1993; 307: 300-301.
- Vassilas CA, Morgan HG. Elderly suicides' contact with their general practitioner before death. Int J Geriatr Psychiat 1994; 9 (12): 1008-1009
- 68. Riecher Rossler A, Rossler W, Forstl H, Meise U. Late-onset schizophrenia and late paraphrenia. Schizophr Bull 1995; 21: 345-
- Howard R, Rabins P. Late life onset Schizophrenia: An international perspective. London: Wrightson Medical, 1999.
- Howard R, Castle D, O'Brien J. Permeable walls, floors, cealings and doors. Partition delusions in late paraphrenia. Int J Geriatr Psychiat 1992; 7: 719-24.
- Almeida OP, Howard RJ, Levy R, David AS. Psychotic states arising in late life (late paraphrenia) psychopathology and nosology. Br J Psychiatry 1995; 166: 205-14.
- Howard RJ, Forstl H, Naguib M, Burns A, Levy R. First-rank symptoms of Schneider in late paraphrenia. Cortical structural correlates. Br J Psychiatry 1992; 160: 108-9.
- 73 Howard R, Castle D, Wesely S, Murray R. A comparative study of 470 cases of early-onset and late-onset schizophrenia. Br J Psychiatry 1993; 163: 352-7.
- 74. Holden NL. Late paraphrenia or the paraphrenias? A descriptive study with a 10-year follow-up. Br J Psychiatry 1987;150:635-9.
- Almeida OP, Howard RJ, Levy R, David AS, Morris RG, Sahakian BJ. Cognitive features of psychotic states arising in late life (late paraphrenia). Psychol Med 1995; 25: 685-698.
- Pearlson GD, Kreger L, Rabins PV, et al. A chart review study of late-onset and early-onset schizophrenia. Am J Psychiatry 1989; 146: 1568-74.
- 77. Almeida OP, Howard RJ, Levy R, David AS. Psychotic states arising in late life (late paraphrenia). The role of risk factors. Br J Psychiatry 1995b; 166: 215-28.
- Herbert ME, Jacobson S. Late paraphrenia. Br J Psychiatry 1967;13:461-9.
- Rabins P, Pearlson G, Jayaram G. Increased ventricle-to-brain ratio in late onset schizophrenia. Am J Psychiatry 1987; 144: 1216-
- 80. Miller BL, Lesser IM, Mena I, Villanueva-Meyer J, Hill-gutierrez E, Boone K. Regional cerebral blood flow in late-life-onset psychosis. Neuropsychiatr Neuropsychol Behav Neurol 1992; 5: 132-7.
- 81. Bleuler M. Die Schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart: Thieme,
- Ciompi L, Müller C. Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestische Langzeitstudie bis ins Senium. Berlin: Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie. Springer, 1976.
- Huber G, Gross G, Schüttler R. Schizophrenie. Verlaufs und sozialpsychiatrische Langzeituntersuchungen an den 1945-1959 in Bonn hospitalisierten schizophrenen Kranken. Berlin Heidelberg New York: Springer, 1979.
- Tsuang MT, Woolson RF, Fleming JA. Long term outcome of major psychoses. I. Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom-free surgical conditions. Arch Gen Psychiatry 1979; 36: 1295-1301.
- Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont longitudinal study: II. Long term outcome of subjects who once met the criteria for DSM-III schizophrenia. Am J Psychiatry 1987; 144: 718-727.

- 86. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. En: Aschaffenburg, editor. Handbuch der Psychiatrie. Leipzig-Wien: Deutike 1911.
- 87. Bleuler E. Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Hormé, 1960.
- 88. Cooper AF, Curry AR. The pathology of deafness in the paranoid and affective psychoses of later life. J Psychosom Res 1976; 20:97-105.
- 89. Angst J. European long-term studies of schizophrenia. Schizophr Bull 1988; 14: 501-513.
- 90. Jeste DV, Lacro JP, Gilbert PL, Kline J, Kline N. Treatment of late-life schizophrenia with neuroleptics. Schizophr Bull 1993; 19: 817-830.
- 91. Agüera L, Reneses B. The place for non-biological treatments in old age psychosis. En: Howard R, Rabins P, editores. Late life on-set Schizophrenia: An international perspective. London: Wrightson Medical Publishing 1999.
- 92. Roth M, Cooper AF. A review of late paraphrenia and what is know of its aetiological basis. En: Katona C, Levy R, editores. Delusions and hallucinations in old age. London: Gaskell 1992.
- 93. McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, Perry EK, Dickson DW, et al. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB). Neurology 1996; 47: 1113-1124.