
Trastornos psiquiátricos en el anciano

Psychiatric disorders in the elderly

M. Martín*

INTRODUCCIÓN

El crecimiento de la población anciana ha puesto de relieve los problemas de salud relacionados con el envejecimiento, y entre ellos, los trastornos psiquiátricos. La razón fundamental para ello se basa en la elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos entre los ancianos, con cifras que oscilan entre el 15-20%, según los estudios publicados^{1,2} (Tabla 1), y en las especiales características que ofrece la enfermedad psíquica en el anciano. Entre ellas podemos destacar el solapamiento de algunas manifestaciones psicopatológicas con el envejecimiento normal, la comorbilidad con trastornos somáticos, y la importancia de los factores psicosociales.

Estas características aconsejan no llevar a cabo en el campo de la psiquiatría geriátrica una definición diagnóstica tan precisa como en el resto de la población³. En cambio, podemos beneficiarnos de un cambio paradigmático desarrollado por los geriatras, para estructurar las estrategias terapéuticas en los pacientes ancianos. De esta manera, los geriatras desenfatan los diagnósticos específicos y se concentran en denominaciones más genéricas -por ejemplo "anciano inestable",

Tabla 1. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos del anciano.

Demencia	5,8%
<i>Delirium</i>	25% de los ancianos hospitalizados
Depresión Mayor	1-3%
Distimia	2%
Síntomas depresivos	5-20%
Trastornos por ansiedad	5%
Esquizofrenia	1%
Insomnio	10%
Alcoholismo	2-5%

"con incontinencia", etc.- que definen mejor la realidad clínica del paciente y permiten realizar un abordaje terapéutico más integrador, más atentos a la recuperación funcional que al diagnóstico.

Siguiendo esta orientación, en el presente trabajo se identificarán los trastor-

ANALES Sis San Navarra 1999, 22 (Supl. 1): 95-108.

* Psiquiatra. Director Médico.
Clínica Psiquiátrica Padre Menni
Hermanas Hospitalarias SCJ.

Correspondencia:
Clínica Psiquiátrica Padre Menni
Avda. Marcelo Celayeta, 10
31014 Pamplona
Tfno. 948 140611

nos psiquiátricos más frecuentes en el anciano y se describirán en el contexto del tratamiento de déficit funcional resultante: pérdida de memoria, confusión aguda, depresión, insomnio, y ansiedad.

PÉRDIDA DE MEMORIA

El síndrome de pérdida de memoria en el anciano se debe en la mayoría de los casos a un síndrome de demencia, y especialmente a una enfermedad neurodegenerativa, la Enfermedad de Alzheimer.

La demencia es un síndrome psiquiátrico orgánico caracterizado por un deterioro adquirido y persistente del funcionamiento intelectual con una afectación de al menos tres de las siguientes áreas de actividad intelectual: lenguaje, memoria, habilidades visoespaciales, personalidad o afectividad, y cognición, que incluye abstracción, cálculo, juicio y funciones ejecutivas⁴.

La prevalencia de síndrome demencial por encima de los 65 años de edad se cifra en el 5%, con un aumento gradual conforme la edad aumenta, de forma que supera el 20% entre los mayores de 85 años⁵. Hay más de 60 enfermedades asociadas con síndrome demencial, de las que las más frecuentes son, por este orden, la Enfermedad de Alzheimer (EA) y la demencia vascular (DV). Para determinar la causa de la demencia, es necesaria una evaluación clínica: examen somático y psiquiátrico, una entrevista con un familiar cercano, bioquímica sanguínea, radiografía torácica, TAC o RMC, y análisis del LCR en contados casos (Tabla 2). Dado que la EA tiene típicamente un inicio insidioso, es de gran utilidad investigar y registrar la forma de comienzo de los síntomas.

La información de los familiares sobre el inicio de la enfermedad y su progreso con el tiempo son parte importante de la información necesaria para formular un diagnóstico. La EA comienza típicamente con pérdida de memoria, seguida de cambios en el carácter o en la afectividad. La desorientación, como consecuencia de la amnesia, también aparece relativamente pronto, seguida de afectación del lenguaje -afasia nominal-, mientras que las dispraxias y el deterioro del pensamiento y la

Tabla 2. Protocolo de diagnóstico del síndrome demencial.

-
- Historia clínica
 - Comienzo, evolución, antecedentes familiares
 - Exploración psicopatológica
 - Funcionamiento cognoscitivo, síntomas psiquiátricos, alteraciones del comportamiento
 - Exploración somática
 - Exploración neurológica
 - Analítica
 - Hematimetría completa, bioquímica sérica (ionograma, glucemia, enzimas hepáticas), bioquímica de orina, pruebas de función tiroidea, vit. B₁₂, folatos, serología de lúes y VIH
 - Radiografía de tórax
 - ECG
 - EEG
 - TAC craneal
 - Otras:
 - Examen de LCR, RMN, PET, SPECT, EEG computarizado
-

capacidad de juicio aparecen más tardíamente. La DV, secundaria a múltiples infartos cerebrales, tiene típicamente un comienzo más brusco, con síntomas y signos de tipo neurológico, así como con afectación de tipo emocional precoz, seguido de un deterioro escalonado típico, que se contrapone al deterioro progresivo e inexorable de la EA. En ambos tipos de demencia tienen una gran importancia los síntomas de tipo psiquiátrico, como apatía, agresividad, deambulación incontrolada, insomnio, agitación, depresión o delirios. La importancia se debe a que estos síntomas son causa importante de sufrimiento para el paciente, dan lugar a un deterioro importante de la calidad de vida tanto del paciente como de los cuidadores, y condicionan en gran medida la institucionalización o ingreso en residencias de los pacientes con demencia. Por

otra parte, y aunque existen ya modalidades terapéuticas eficaces en la EA, el pronóstico del deterioro cognitivo permanece sombrío, en tanto que podemos intervenir de manera mucho más eficaz sobre los trastornos psiquiátricos de las demencias.

Al igual que la mayoría de las enfermedades mentales del anciano, el diagnóstico del síndrome demencial en el anciano se ve complicado por la interconurrencia de numerosas enfermedades, tanto psiquiátrica como somáticas. De acuerdo con los criterios NINCDS/ADRDA⁶, la única forma de alcanzar un diagnóstico definitivo de EA es a través de una biopsia cerebral que muestre los síntomas clásicos de la enfermedad: placas seniles neuríticas, ovillos neurofibrilares y atrofia cerebral por muerte neuronal. El diagnóstico de EA se califica de probable si el paciente tiene déficits en dos o más áreas del funcionamiento cognitivo sin alteración del nivel de conciencia, comienzo gradual y curso progresivo. El término de EA "posible" se reserva para los casos que cumplen los criterios de EA probable, pero con un curso diferente, o tienen una enfermedad sistémica que podría ser la causa del síndrome demencial, aunque no parezca probable. Este sistema consigue una exactitud en el diagnóstico con confirmación biopsica del 80-90%; el porcentaje es menor cuando se trata de síndromes demenciales de inicio senil.

La etiología de la EA permanece desconocida⁷. El descubrimiento de una serie de genes relacionados con formas familiares de la enfermedad, localizados en los cromosomas 1, 14, 19 y 21, y de la importancia de la ApoE como factor de riesgo de la enfermedad ha dado fuerza a las teorías de tipo genético. Sin embargo, son más prometedoras como fuente de posibles tratamientos otras hipótesis, como las que tratan de explicar la importancia de la respuesta inflamatoria en el origen de la enfermedad. También ha obtenido más crédito por parte de los investigadores la teoría de la "Cascada Amiloide", que sostiene la importancia de la producción y depósito anómalo de sustancia amiloide en las placas seniles como factor esencial para la producción de la enfermedad, por

contraposición a los defensores de la importancia de la proteína tau y los ovillos neurofibrilares.

En cuanto al tratamiento de los síndromes demenciales⁸, cabe distinguir cinco modalidades fundamentales. En primer lugar la prevención de factores de riesgo, más notable en el caso de la DV, a través del control de la HTA y de otras medidas tendentes a evitar el daño vasculocerebral, como el empleo de antiagregantes o de bloqueadores de los canales de calcio. En segundo lugar, nos encontramos con las terapias que desde un punto de vista rehabilitador tratan de enlentecer la progresión de la enfermedad, mediante la estimulación y el aprendizaje de técnicas que permitan aumentar la "reserva cerebral".

El tercer lugar, estaría ocupado por las sustancias que mejoran el funcionamiento cognitivo. Tradicionalmente se han empleado sustancias conocidas como agentes nootrópicos, con un pretendido efecto de mejora del metabolismo cerebral pero con escasa o nula eficacia clínica demostrada. Sin embargo, recientemente se han realizado descubrimientos basados en la teoría colinérgica de la memoria, demostrándose la importancia de este sistema de neurotransmisión en la producción del déficit mnésico. Finalmente, se ha llegado a la comercialización de los primeros fármacos con una eficacia clínica pequeña pero significativa en el tratamiento de la EA, siguiendo una línea de trabajo similar a la que se llevó a cabo cuando se descubrió que la enfermedad de Parkinson estaba relacionada por un déficit dopaminérgico.

En este sentido, los precursores de la acetilcolina no han resultado eficaces clínicamente, pero sí lo han sido los inhibidores de la acetilcolinesterasa, enzima implicada en el sistema que metaboliza el neurotransmisor.

La tacrina ha sido la primera de estas sustancias en alcanzar la fase de comercialización. Está demostrada su eficacia a la hora de reducir el ritmo de deterioro cognitivo y el funcionamiento social en la EA. Sin embargo, presenta dificultades notables para su uso clínico, como la vida media demasiado corta, que obliga a un

cumplimiento terapéutico estricto, y la presencia de efectos secundarios importantes, como síntomas gastrointestinales (ej. náusea y vómitos), elevación de transaminasas y cefalea. Otras sustancias similares a la tacrina en eficacia, pero con mejor tolerancia y mayor facilidad de administración, como el donepezil y la rivastigmina, se encuentran ya disponibles en nuestro país.

En cuarto lugar, tienen un papel muy destacado para el tratamiento de la demencia los fármacos psicótropos, como antidepresivos, neurolépticos y benzodiazepinas. Este hecho se debe a la presentación frecuente de síntomas psiquiátricos en el curso de los síndromes demenciales del anciano, especialmente síntomas depresivos, insomnio, síntomas psicóticos como alucinaciones o ideación delirante, y trastornos del comportamiento, como agresividad, fugas o deambulación incontrolada. De hecho, con frecuencia estos síntomas afectan más a la calidad de vida del paciente y de sus familiares que el propio deterioro cognitivo, y condicionan con frecuencia la institucionalización del paciente.

A la hora de emplear antidepresivos conviene recordar que son especialmente indeseables las sustancias con acción anticolinérgica potente, como la amitriptilina o la clorimipramina; en cambio, prácticamente todos los fármacos de la 2ª y 3ª generación de antidepresivos están libres de este tipo de efectos. Los neurolépticos se emplean para combatir los síntomas psicóticos, el insomnio extremo y los trastornos del comportamiento. El empleo de estos fármacos debe hacerse siguiendo el principio de la mínima dosis eficaz, y empleando en primer lugar fármacos menos potentes y mejor tolerados, como el tiapride, para seguir luego con agentes más potentes, como la tioridazina o el haloperidol. Debemos tener en cuenta la producción de efectos secundarios, como parkinsonismo y discinesia tardía, así como la sedación excesiva y los efectos anticolinérgicos. También conviene recordar aquí la introducción reciente de nuevos neurolépticos mejor tolerados, como

la risperidona y la olanzapina, de empleo creciente en ancianos con demencia.

Otros fármacos empleados para el control de los trastornos del comportamiento son los beta-bloqueantes, como el propranolol y el pindolol, la carbamazepina, el litio y agentes serotoninérgicos como el trazodone –por lo demás un buen hipnótico– y la buspirona.

Por último, en el tratamiento de los síndromes demenciales en el anciano no puede olvidarse de los familiares y cuidadores de los pacientes. A lo largo de los últimos quince años se ha producido un gran aumento de los estudios científicos acerca de las consecuencias del cuidado de pacientes ancianos aquejados de síndromes demenciales sobre las personas que lo ejercen. Como resultado de esta labor, contamos con evidencias bien documentadas acerca de las repercusiones negativas que la prestación de cuidados puede tener sobre la salud física y psíquica, las actividades sociales, y los recursos económicos del cuidador.

En primer lugar, cuidar de un anciano con un síndrome demencial puede producir esfuerzos de tipo físico. El paciente puede precisar ayuda para levantarse, asearse, comer, o bien supervisión constante. Estas tareas con frecuencia llevan al cuidador a descuidar sus propias necesidades de sueño, descanso y cuidados de salud en general, dando lugar a situaciones de fatiga y agotamiento. Otras fuentes potenciales de estrés son la falta de recursos económicos para afrontar los cuidados y las repercusiones sobre otras relaciones interpersonales significativas. Son frecuentes los síntomas relacionados con la culpa o el mal manejo de la agresividad entre los cuidadores. Finalmente, la labor del cuidador requiere asistir al declinar de una persona querida y, frecuentemente, acompañarle en su muerte.

Las intervenciones sobre los familiares pueden ser múltiples, algunas realizadas por el médico, como el asesoramiento, la explicación de la naturaleza de la enfermedad, o la detección de enfermedad psíquica en los cuidadores. Pero con frecuencia son necesarias las intervenciones de

tipo social, como la aplicación de cuidados domiciliarios, la asistencia a centros de día o, finalmente y siempre como opción menos deseable, el ingreso del paciente en centros residenciales.

El papel de la enfermería en la atención a los enfermos con demencia es fundamental. La importancia de los cuidados de enfermería crece conforme avanza el síndrome demencial, dada la menor capacidad del paciente para atender a sus necesidades de autovalimiento. La prestación de cuidados debe seguir siempre el principio de respetar la máxima autonomía del paciente: si los cuidados son mayores que el nivel de necesidades del paciente, favoreceremos su regresión y el declive funcional y cognitivo, mientras que si son menores, estaremos dejándole desasistido.

Por último, es preciso mencionar que cuando hablamos de intervenciones de "tipo social" no hay que olvidar la importante parcela sanitaria que sigue cubriéndose dentro de estos servicios, ya sean las residencias, los centros de día o la atención a domicilio. Esta parcela está cubierta en su mayor parte por profesionales de enfermería, que tienen por lo tanto una gran responsabilidad para mantener la calidad de vida relacionada con la salud en este tipo de servicios.

CONFUSIÓN AGUDA

El síndrome de confusión aguda o delirium es uno de los trastornos más frecuentes en los ancianos. Puede presentarse en cualquier edad; sin embargo, es más frecuente en ancianos debido a la mayor disminución de la "reserva cerebral", especialmente por la preexistencia de demencia. Este síndrome tiene mal pronóstico; cuando se diagnostica en un paciente anciano durante una hospitalización, se suele alargar la misma y hay un aumento de la mortalidad tanto durante como después de la hospitalización. Diversos estudios han demostrado que entre el 15-20% de los pacientes hospitalizados con delirium mueren durante la hospitalización⁹.

La frecuencia del delirium entre la población anciana es difícil de estimar, ya

que son muchos los episodios que no se detectan debido a su brevedad. La mayor parte de las estimaciones sobre su prevalencia van del 15 al 25% en unidades médicas y quirúrgicas, especialmente en la recuperación de cirugía cardiovascular.

El *delirium* es un síndrome orgánico cerebral causado por uno o varios factores que dan lugar a una disfunción cerebral global¹⁰. Los factores orgánicos son principalmente de cuatro tipos: enfermedades primarias cerebrales, enfermedades sistémicas que afectan al cerebro, agentes tóxicos exógenos y la abstinencia de sustancias que producen dependencia (Tabla 3). Los estudios sobre factores desencadenantes en ancianos encuentran con frecuencia agentes como fármacos, trastornos metabólicos, infecciones, ACVAs, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, cáncer y comicialismo. Entre los factores predisponentes se encuentran la edad, el daño cere-

Tabla 3. Causas de confusión aguda en el anciano.

- Enfermedad Cerebral Primaria
Hematoma subdural, ACVA, arteritis temporal
- Intoxicación
Fármacos (anticolinérgicos, ansiolíticos, hipnóticos, antiHTA), Alcohol
- Abstinencia
Alcohol, benzodiazepinas
- Cardiopulmonares
IAM, insuficiencia cardíaca, arritmias, embolismo pulmonar, postcirugía
- Enfermedades sistémicas
Infección: vías urinarias, neumonía
Desequilibrio hidroelectrolítico: deshidratación, equilibrio ácido-base, alteraciones Ca, Na, K o Mg
Alteraciones metabólicas: hipoxia, hipoglucemia, insuficiencia renal o hepática, déficits vitamínicos, disfunción tiroidea o paratiroidea
Anemia

bral previo, o la presencia de enfermedades degenerativas, como la EA. De hecho, no es raro que un cuadro de delirium ponga de relieve una demencia subyacente que hasta entonces había pasado desapercibida.

Clínicamente, el *delirium* es un cuadro de inicio brusco y curso fluctuante, con empeoramiento típico durante la noche o al atardecer. Los rasgos clínicos más destacables son la alteración de la atención/concentración y la desorganización del pensamiento. El paciente experimenta una disminución de la capacidad de mantener la atención a los estímulos ambientales y de la capacidad de variar su centro de atención de un grupo de estímulos a otro. El pensamiento está desorganizado, y en consecuencia, también el lenguaje, que se vuelve prolijo y con pérdida de meta. Otros síntomas que pueden aparecer son alteración del nivel de conciencia, alucinaciones, alteraciones motoras como agitación o inhibición, delirios, desorientación y deterioro de la memoria reciente, así como alteraciones emocionales (ej. miedo, ansiedad, irritabilidad, ira) y trastornos del comportamiento (ej. agresividad, intentos de quitarse sondas o vías, etc).

El *delirium* agudo es una emergencia médica¹¹. El tratamiento consiste en el de los factores causantes, manteniendo la seguridad del paciente. Todas las medicaciones con riesgo de causar delirium deben ser suspendidas temporalmente. Debe establecer la adecuada estimulación sensorial, asegurando la luminosidad durante el día y la oscuridad y el silencio durante la noche. La presencia de un familiar en la habitación para reorientar y reasegurar al paciente es de gran ayuda.

De forma general, en caso de que sea necesario el empleo de fármacos, debemos emplear dosis bajas de un neuroléptico de gran potencia, como el haloperidol. La benzodiacepinas u otros hipnóticos pueden ser de utilidad de forma sinérgica para regular el ritmo de sueño, pero debemos recordar el efecto paradójico que a veces poseen estos agentes.

En caso de *delirium* producido por la abstinencia de tóxicos, las benzodiacepi-

nas y el clometiazol son fármacos de gran utilidad. De la misma manera, en caso de delirium inducido por sustancias anticolinérgicas, puede ser de utilidad la fisostigmina.

DEPRESIÓN

No es infrecuente que la depresión aparezca por primera vez después de los 60 años, aunque la mayoría de las depresiones graves tras cumplir dicha edad son recaídas. En la población anciana, la depresión con frecuencia se diagnostica mal, o no se reconoce, o queda enmascarada por síntomas somáticos o por deterioro cognoscitivo. La depresión no tratada puede tener consecuencias dramáticas, como la institucionalización, enfermedades físicas, deterioro psicosocial o el suicidio¹².

Existen evidencias de que la prevalencia de depresión es mucho mayor entre los ancianos institucionalizados. Aproximadamente, el 10-20% de los individuos de edad igual o superior a 60 años ingresados en camas hospitalarias sin deterioro cognitivo tienen una depresión mayor. La depresión se asocia con frecuencia a las enfermedades médicas en los ancianos. Los síntomas de la depresión en los ancianos pueden ser diferentes de los que aparecen en adultos más jóvenes, lo que acarrea dificultades para el diagnóstico, y conduce a que un elevado porcentaje de depresiones en el anciano carezca del tratamiento apropiado. Otro problema que aparece con frecuencia es que la depresión en el anciano sea considerada una consecuencia natural del proceso de envejecimiento o de otras enfermedades concomitantes. Esta falsa convicción conduce a no emplear los tratamientos antidepressivos, que alcanzan actualmente un alto grado de eficacia, cercano al 70%.

La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en la población anciana. Tiene una prevalencia del 1-4% en personas de edad superior a 65 años, y origina el 60% de los ingresos psiquiátricos en sujetos ancianos. Por otra parte, también está presente en el 30% de los pacientes ancianos afectados de enfermedades médicas, agudas o crónicas. Dada su relevancia

social y la afectación tan importante de la calidad de vida de los que la sufren, debería existir una sensibilidad hacia el problema en todos los niveles asistenciales, y especialmente en atención primaria, donde se produce con más frecuencia la solicitud de ayuda médica por parte de los ancianos con depresión¹³.

No existen diferencias muy notables en la clínica de la depresión mayor en el anciano y en adultos más jóvenes. Sin embargo, si que cambia la importancia de determinadas características a la hora de establecer un diagnóstico. Los pacientes ancianos se quejan con menor frecuencia de baja autoestima y sentimientos de culpa, mientras que las quejas somáticas, el deterioro cognoscitivo (ej. memoria, capacidad de concentración) y la fatigabilidad son más comunes¹⁴. Por otra parte, el

hecho de que algunos fenómenos relacionados con el proceso de envejecimiento se solapan con los síntomas clínicos de la depresión puede conducir a dificultades en el diagnóstico. Además de los cambios asociados al envejecimiento, el duelo normal ante la muerte de un ser querido también puede confundirse con la depresión. Por otra parte, en ocasiones la depresión en el anciano adopta formas clínicas relativamente poco frecuentes, como las denominadas "depresión psicótica", "depresión enmascarada" o "depresión regresiva", que deben tenerse en cuenta a la hora del diagnóstico. Resulta especialmente importante el diagnóstico diferencial entre el deterioro cognitivo asociado a la depresión, la denominada "pseudodemenia depresiva", y el causado por un síndrome demencial (Tabla 4).

Tabla 4. Diferencias entre síndrome demencial y depresivo con afectación cognitiva ("pseudodemenia depresiva").

	Depresión	Demencia
Historia y Curso Evolutivo	1. Inicio bien definido. 2. Evolución rápida y corta (semanas)	1. Inicio insidioso. 2. Evolución lenta y larga (años)
	3. Antecedentes previos de depresión o acontecimientos adversos.	3. No antecedentes previos.
Cuadro Clínico	4. Quejas detalladas y elaboradas de deterioro cognitivo. 5. Poco esfuerzo en responder. 6. Síntomas afectivos presentes. 7. Incongruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo. 8. Mejoría vespertina.	4. Quejas escasas. No conciencia de enfermedad 5. Se esfuerza para responder. 6. Afecto plano, apatía. 7. Congruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo. 8. Empeoramiento vespertino y nocturno.
Exploración	9. Respuestas displicentes antes de iniciar la prueba (i.e. "no sé"). 10. Patrón de déficit incongruente. 11. Lagunas de memoria específicas (ej. puntos "sensibles")	9. Respuestas intentando disimular el déficit. 10. Patrón de déficit congruente. 11. No hay lagunas específicas.

También es importante tener en cuenta que muchas enfermedades somáticas y diversas medicaciones y tóxicos pueden producir síntomas depresivos; por lo tanto, es necesario efectuar una valoración cuidadosa de los ancianos que pre-

sentan síntomas depresivos, incluyendo la utilización de medicaciones y tóxicos, y realizando una cuidadosa exploración médica.

Entre las enfermedades somáticas que se asocian con mayor frecuencia con sín-

tomas de tipo depresivo podemos contar los trastornos cardiovasculares, enfermedades del sistema nervioso central, trastornos autoinmunes y anomalías endocrinológicas. También pueden jugar un papel importante la malnutrición, las anomalías electrolíticas, la anemia, la pancreatitis, el dolor crónico y las enfermedades pulmonares. Existe un gran número de sustancias que pueden producir depresión, como los fármacos antihipertensivos, los analgésicos, y otras muchas sustancias con acción sobre el sistema nervioso simpático. El empleo de alcohol es una causa frecuente de depresión. La mejor manera de determinar el papel de una determinada sustancia en la etiología de la depresión es llevar a cabo una historia cuidadosa, a fin de constatar si existe una relación temporal entre el empleo del fármaco y la aparición de los síntomas depresivos¹⁵.

Los síndromes demenciales, incluyendo la EA, la demencia en la enfermedad de Parkinson y la demencia multiinfarto, también se asocian con frecuencia a depresión, así como los traumatismos craneoencefálicos. Por último, no debemos olvidar que los factores estresantes de tipo psicosocial y las dificultades económicas prolongadas también pueden causar síntomas depresivos.

A la hora de efectuar un diagnóstico diferencial de depresión en el anciano, también deben tenerse en cuenta los trastornos del sueño. El hecho de que los ancianos requieren normalmente menor tiempo de sueño que las personas más jóvenes puede confundirse con el despertar precoz propio de la depresión. De nuevo, la historia clínica es fundamental para aclarar este punto, ya que si los trastornos del sueño son posteriores a la aparición de los síntomas depresivos, es muy posible que sean secundarios a la depresión.

Los trastornos del carácter -formas poco adaptativas de relacionarse con el entorno- suelen generar más conflictos en la juventud, pero también continúan haciéndolo en edades avanzadas. Es probable que determinados trastornos de personalidad, como el trastorno dependiente de personalidad, con rasgos como deses-

peranza y baja autoestima, puedan entorpecer el diagnóstico de la depresión. Para diferenciar bien ambos trastornos, la herramienta básica es la historia clínica. La presencia de algunos síntomas depresivos, como las alteraciones del apetito y del sueño, puede ser útil a la hora de clarificar el diagnóstico. En ocasiones, conviene realizar una prueba terapéutica para comprobar si el tratamiento mejora los síntomas, lo que apoya la presencia de depresión.

La consecuencia negativa más grave de la depresión es el suicidio. El riesgo de suicidio aumenta con la edad, especialmente en varones. Las tasas de suicidio en mujeres alcanzan un máximo hacia los 50-60 años, para disminuir más tarde.

Las estrategias para el tratamiento de la depresión deben tener en cuenta la respuesta en episodios previos, la posible presencia de efectos adversos, y las características clínicas del cuadro como elementos básicos de decisión.

Se acepta generalmente que las intervenciones de tipo psicológico, como la psicoterapia individual, familiar y grupal tienen un efecto sumatorio sobre las terapias somáticas y farmacológicas, que se mantienen como el tratamiento de elección para la depresión del anciano, especialmente en caso de presencia de síntomas vegetativos y psicóticos, de deterioro cognitivo o de trastornos de personalidad.

Podemos dividir los tratamientos farmacológicos para la depresión en tres grandes bloques: fármacos clásicos, fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), y nuevas sustancias. Todos ellos comparten una misma eficacia clínica en ensayos clínicos controlados. El grupo de los fármacos clásicos está formado por los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs). Los ATC continúan empleándose con frecuencia en ancianos, especialmente cuando existen antecedentes de una respuesta favorable en el pasado y no existen problemas de salud. Las aminas terciarias como la amitriptilina, imipramina y clorimipramina tienen un riesgo mucho mayor de producir hipotensión ortostática y sedación que las aminas secundarias, como la desipramina y la nortriptilina, debido a su acción sobre

receptores noradrenérgicos e histaminérgicos. La maprotilina es un fármaco tetracíclico, pero su perfil farmacológico y de efectos secundarios es similar al de las aminoras secundarias. Los IMAO han desaparecido prácticamente del mercado español; son fármacos efectivos, especialmente en depresiones atípicas y resistentes. Es necesario tener precaución con la reacción hipertensiva ante el consumo simultáneo de productos ricos en tiramina, el denominado "efecto queso".

Los efectos secundarios de tipo anticolinérgico son también problemáticos en pacientes ancianos. Los síntomas de tipo anticolinérgico pueden ser graves, tanto los de tipo central -ej. delirium, deterioro cognitivo-, como periférico -ej. taquicardia, retención de orina, estreñimiento, visión borrosa, y boca seca-. La amitriptilina tiene unas características especialmente indeseables en ancianos, ya que puede producir taquicardia intensa, y cardiotoxicidad directa, junto con un alto riesgo de hipotensión ortostática. Dado que el sistema colinérgico se encuentra afectado en pacientes con demencia, el empleo de fármacos con efecto anticolinérgico puede afectar en gran manera el funcionamiento cognoscitivo de este tipo de pacientes. Debido a estas características, los ATC son fármacos poco seguros en caso de sobredosis, lo que debe tenerse en cuenta si existe riesgo de suicidio.

Los ISRS tienen una acción específica sobre el sistema serotoninérgico a nivel cerebral, y carecen de acción relevante a nivel de los sistemas adrenérgico, colinérgico, histaminérgico y dopaminérgico, lo que determina un perfil de efectos secundarios más favorable que los ATC. La interacción farmacológica con otras sustancias y con el alcohol es también menor. Entre estas sustancias nos encontramos con la fluoxetina, la sertralina, la paroxetina, la fluvoxamina y el citalopram.

Los efectos secundarios más frecuentes son de tipo gastrointestinal, como náusea, diarrea, molestias gastrointestinales, anorexia, y disfunción sexual. Varios fármacos inhiben el sistema enzimático microsomal P450 a nivel hepático, lo que puede aumentar la vida media y las

concentraciones plasmáticas de otras sustancias metabolizadas por dicho sistema, como digoxina, ATCs, y benzodiazepinas. Todos los ISRS tienen riesgo de interacción con los IMAOs, por lo que debe tenerse una gran precaución a la hora de suspender un fármaco e iniciar otro. La seguridad en caso de sobredosis es muy superior a los ATCs e IMAOs.

Los ISRS mantienen la misma eficacia clínica en ancianos que los fármacos clásicos, lo que unido a su mejor perfil de tolerancia y seguridad, hacen que sean los fármacos de primera elección para muchos clínicos a la hora de tratar la depresión en el anciano.

El trazodone y la mianserina son fármacos antidepresivos ampliamente utilizados en ancianos antes de la introducción de los ISRS. Tienen un perfil de efectos secundarios más favorable que los fármacos clásicos, aunque pueden producir sedación intensa, lo que puede emplearse como herramienta clínica a la hora de inducir el sueño.

Entre los nuevos agentes antidepresivos podemos destacar la venlafaxina, la reboxetina, la mirtazapina y el nefazodone. Son fármacos introducidos en el mercado recientemente, y se carece de experiencia de su empleo en ancianos. Sus acciones a nivel farmacológico también son muy diferentes, lo que propicia que cada vez se imponga una clasificación farmacológica de los antidepresivos. En general, su perfil de efectos secundarios es más favorable que el de los fármacos clásicos, similar al de los ISRS. Hay que monitorizar la presencia de alteraciones de la tensión arterial con venlafaxina y reboxetina (hiper e hipotensión, respectivamente). El nefazodone aporta la ventaja de su carencia de efectos sobre la función sexual, pero puede producir un síndrome de inestabilidad especialmente mal tolerado en ancianos.

Cuando los fármacos no son efectivos (ej. depresiones psicóticas), o cuando la depresión supone un riesgo para la vida (ej. riesgo alto de suicidio, malnutrición, formas estuporosas de depresión), la terapia electroconvulsiva (TEC) puede ser la mejor forma de tratamiento. La TEC es una modalidad de tratamiento segura, rápida y

efectiva. Con los métodos actuales, los efectos adversos y el deterioro cognitivo se han reducido de forma considerable.

INSOMNIO

Las quejas de sueño inadecuado son muy comunes entre los ancianos, y plantean numerosos problemas de diagnóstico. Cerca del 35% de los ancianos presenta problemas relacionados con el sueño, especialmente de insomnio¹⁶. El diagnóstico diferencial del insomnio en el anciano comprende las siguientes entidades:

a) Cambios en el sueño con la edad.

Generalmente, con la edad el sueño es más escaso, fragmentado y superficial, y la latencia de sueño es mayor. Seis a ocho horas de sueño al día suelen ser suficiente en personas mayores. También se produce con mayor frecuencia somnolencia diurna, y se pasa más tiempo en la cama. Es frecuente que estos cambios se perciban como anomalías, y que produzcan una queja de insomnio.

b) Insomnio asociado con enfermedades mentales.

Prácticamente todos los trastornos psiquiátricos -demencia, delirium, depresión, ansiedad, trastornos psicóticos- pueden producir insomnio, así como las reacciones de adaptación a acontecimientos vitales estresantes.

c) Insomnio asociado a enfermedades somáticas.

Las enfermedades somáticas asociadas a dolor crónico (ej. artritis reumatoide), a dificultades respiratorias (ej. EPOC, insuficiencia cardíaca), o a obstrucción urinaria (ej. prostatismo, infecciones urinarias recurrentes), pueden producir insomnio con gran frecuencia. También pueden dar lugar a insomnio la mioclonía del sueño y la apnea del sueño.

d) Insomnio asociado con tratamientos.

Los agentes simpaticomiméticos (ej. descongestionantes y broncodilatadores), las xantinas, algunos antidepresivos (ej. fluoxetina) y sustancias como la cafeína pueden interferir con el sueño, especialmente si se consumen por la tarde.

e) Insomnio relacionado con trastornos de la respiración, por ejemplo, la apnea del sueño

f) Mioclonus nocturno

Movimientos o sacudidas periódicas de las piernas que alteran el sueño.

g) Insomnio primario.

Si todas las causas anteriores se han descartado, nos encontramos frente a un insomnio primario.

A la luz de dicho diagnóstico diferencial, es evidente que el tratamiento del insomnio debe ir encaminado en primer lugar a eliminar las posibles causas. En cualquier caso, antes de iniciar cualquier tratamiento se deberá optimizar el cumplimiento de las normas de higiene del sueño (Tabla 5).

Tabla 5. Reglas de higiene del sueño en el anciano.

-
- Regularidad en las horas de acostarse y levantarse, tendiendo a acostarse un poco más tarde.
 - Evitar las siestas, especialmente empleando la cama.
 - Evitar el consumo de café, alcohol y bebidas con cafeína por la tarde.
 - Ejercicio físico moderado; no por la tarde.
 - T^º entre 18 y 22º
 - Evitar ruidos; si es imposible, contrarrestar con ruidos monótonos y relajantes.
 - Evitar colchones excesivamente mullidos; favorecer el empleo de tablas o colchones duros.
 - Cena moderada 2-3 h antes de acostarse como mínimo.
 - Usar la cama sólo para dormir.
-

Los métodos de relajación pueden emplearse con buenos resultados cuando el paciente ha desarrollado un insomnio condicionado, en el que la propia expectativa del sueño favorece la aparición de ansiedad que impide el sueño.

En cuanto al empleo de sustancias hipnóticas, existen varios fármacos disponibles, pero debemos emplearlos con precaución¹⁷. Si analizamos la relación riesgo/beneficio, debemos establecer unas pautas concretas para la utilización de fármacos hipnóticos en el anciano:

1. Limitarse a las indicaciones establecidas.

2. Insistir en la comprensión de las instrucciones de uso por parte del paciente y/o un familiar.

3. Utilizar la mínima dosis posible, no más de 20 días al mes y menos de tres meses, siempre que sea posible.

4. Seguimiento regular del paciente, controlando especialmente las secuelas diurnas.

El tratamiento farmacológico del insomnio no complicado se basa normalmente en el empleo de benzodicepinas (BZD). Pero existen también otros fármacos con utilidad clínica, como las ciclopirrolonas e imidazolopiridinas -zolpidem, zopiclona- y el clormetiazol.

Las BZD son los hipnóticos de mayor utilización, pese a sus inconvenientes. La mayoría de ellos se deben a que los ancianos tienen una hipersensibilidad no explicada a estos fármacos. Podemos distinguir dentro de ese grupo diferentes clases de sustancias.

a) BZD de acción prolongada: no producen insomnio de rebote al suspenderse, y están indicadas cuando existe ansiedad diurna. Pero tienen importantes consecuencias diurnas, como sedación, incoordinación motora con riesgo de caídas y afectación de la memoria. Son ejemplos de estas sustancias el diacepam y el cloracepato.

b) BZD de acción intermedia: producen un rebote más tardío y sus secuelas diurnas son de menor importancia, salvo si existen alteraciones en la metabolización. Son útiles en insomnio tardío. Entre ellas podemos citar el lormetacepam y el oxacepam.

c) BZD de acción corta: producen un rebote más intenso; tienen pocas secuelas diurnas y son útiles en insomnios de conciliación. Entre ellas se incluyen el triazolam, midazolam y loprazolam.

El zopiclone es un hipnótico del grupo de las pirrolonas que se caracteriza por un

inicio rápido de acción y una duración de la acción de 5-7 horas. Afecta poco a la función respiratoria, y puede usarse en pacientes con insuficiencia hepática reduciendo las dosis. Puede afectar a los procesos cognitivos de forma similar al nitrazepam, pero menos que el flunitrazepam. Los efectos de rebote son de escasa entidad. El zolpidem tiene características similares, con una vida media más corta.

El clormetiazol se utiliza mucho en el Reino Unido y en los países escandinavos, y menos en nuestro país. Produce escasos efectos rebote y secuelas diurnas.

ANSIEDAD

La ansiedad es un síntoma relativamente menos frecuente en ancianos que entre sujetos más jóvenes, especialmente las formas de comienzo a edad avanzada. Quizás por ello han recibido poca atención en la literatura especializada, aunque diversos estudios epidemiológicos establecen que hasta un 20% de la población mayor de 65 años puede presentar síntomas patológicos de ansiedad¹⁸. En cuanto a la forma clínica de los trastornos de ansiedad en el anciano, la más frecuente son los trastornos de ansiedad generalizada (TAG), que pueden alcanzar hasta el 5% de la población¹⁹, y los trastornos de adaptación a circunstancias estresantes y adversas, frecuentes en la vejez. Es frecuente entre los ancianos la comorbilidad entre TAG y depresión.

Otro factor que afecta al reconocimiento de la ansiedad entre los ancianos es la abundancia de síntomas somáticos de ansiedad. Esta ansiedad "somatizada", que se traduce en una queja o en una demanda de atención a nivel somático, generalmente a un médico no especialista, suele pasar fácilmente inadvertida. Por otra parte, en los ancianos abundan más que en sujetos más jóvenes las formas de ansiedad asociadas a enfermedades médicas (Tabla 6), lo que siempre debemos tener en cuenta a la hora del diagnóstico. Por otra parte, no debemos olvidar que la ansiedad acompaña con frecuencia casi a cualquier tipo de trastorno psiquiátrico, pero de forma especial en el anciano a las demencias y a los trastornos depresivos. También debemos tener en cuenta la posibilidad de que los síntomas de ansiedad se deban a un miedo justificado. Existen numerosas

Tabla 6. Causas somáticas de ansiedad.

- Cardiovasculares
IAM, prolapso mitral, taquicardia paroxística atrial, arritmias
- Dieta
Cafeína, déficit vitamínico
- Uso de sustancias
Acatasia, anticolinérgicos, antihipertensivos, digitalismo, abstinencia (alcohol, bzd), intoxicación.
- Endocrinológicos
Insulinoma, feocromocitoma, hiper/hipotiroidismo, hipo/hipercalcemia, síndrome carcinoide, enfermedad de Cushing, menopausia, síndrome premenstrual.
- Hematológicas
Anemia
- Inmunológicas
LED
- Neurológicas
Epilepsia del lóbulo temporal, demencias, tumores del III ventrículo, TCE, infecciones
- Pulmonares
EPOC, neumonía, hipoxia

situaciones en la vida moderna, especialmente en las grandes ciudades y en ancianos que viven solos, que pueden causar miedo e inseguridad a las personas mayores, especialmente las amenazas a su seguridad personal.

El tratamiento de la ansiedad comprende tanto terapias no farmacológicas como farmacológicas. Aunque las primeras han sido tradicionalmente poco empleadas en pacientes ancianos, los escasos datos existentes permiten suponer que mantienen su eficacia en sujetos mayores. Ejemplos de estas terapias son la relajación, la reestructuración cognitiva y otras terapias cognitivo-conductuales²⁰ así como terapias breves centradas en el problema de inspiración psicodinámica²¹.

En cuanto a las terapias farmacológicas, durante muchos años se emplearon las benzodiazepinas como las sustancias

de elección en este tipo de trastornos. Sin embargo, en la década de los ochenta una serie de trabajos pusieron de relieve los peligros que entrañaba el tratamiento prolongado con estas sustancias, particularmente en los ancianos²². Entre estos destacaban el riesgo de dependencia, con la aparición de síndromes de abstinencia y fenómenos de tolerancia, la afectación del rendimiento cognitivo y la aparición de sedación excesiva, con riesgo aumentado de caídas. Posteriormente, se ha reconocido el papel que todavía pueden jugar estas sustancias en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, aunque existe un acuerdo generalizado en que los tratamientos deben ser breves (alrededor de 6 semanas como máximo), puesto que los efectos adversos se asocian casi indefectiblemente a los tratamientos prolongados o indefinidos. Las benzodiazepinas son especialmente útiles en las reacciones de adaptación ante estrés agudo, y están menos indicadas en pacientes con síntomas crónicos de ansiedad. En cuanto al tipo de sustancia, se recomienda emplear benzodiazepinas de vida media intermedia, como el bromacepan, oxacepan, loracepan y alprazolam.

Prácticamente desde el comienzo del empleo clínico de los ATC y de los IMAO se descubrió que estos fármacos eran útiles en el tratamiento de los trastornos por ansiedad, especialmente las crisis de pánico y los trastornos obsesivo-compulsivos. Sin embargo, los efectos adversos de estos fármacos hace que su empleo en pacientes ancianos tenga que ser especialmente prudente. La segunda generación de antidepresivos, especialmente los ISRS, han demostrado su eficacia en los trastornos por ansiedad en pacientes jóvenes, lo que permite suponer que son igualmente eficaces en pacientes ancianos. Para el empleo en trastornos de ansiedad se aplican las mismas consideraciones que para el tratamiento de la depresión, incluyendo la latencia de respuesta. En la práctica, es común el empleo simultáneo de una benzodiazepina y un ISRS al inicio del tratamiento, para retirar la primera cuando los síntomas han cedido, prosiguiendo posteriormente el tratamiento con el antidepresivo durante un periodo más prolongado, generalmente de un año,

para proceder luego a su retirada progresiva vigilando la reaparición de los síntomas.

BIBLIOGRAFIA

1. SERNA I. Introducción. En: I. de la Serna, editor. Psicogeriatría. Madrid, Jarpyo editores, 1996: 7-15.
2. BAKER FM, LEBOWITZ BD, KATZ IR, PINCUS HA. Geriatric psychopathology: an american perspective on a selected agenda for research. *Int Psychogeriatr* 1992 Summer; 4(1): 141-156.
3. BLAZER D. Psiquiatría Geriátrica. En: RE Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, editores. Tratado de Psiquiatría (2ª ed.). Barcelona, Ancora S.A. 1996: 1471-1487.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid, Meditor, 1992.
5. JORM AF. The epidemiology of Alzheimer's disease and related disorders. Londres: Chapman & Hall, 1990.
6. MCKHANN G, DRACHMAN D, FOLSTEIN M et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology* 1984; 34: 939-944.
7. LÓPEZ-POUSA S, LOZANO R. Enfermedad de Alzheimer. En S. López-Pousa, J Vilalta, J Linás, (edit). Manual de Demencias. Barcelona, Prous Science, 1996: 384-406.
8. MARTÍNEZ LAGE JM, OLIVEROS CID A. Terapéutica de la Enfermedad de Alzheimer. *Medicine nº extraord. La Enfermedad de Alzheimer*, 1998 (sept): 32-43.
9. LIPOWSKI ZJ. Delirium in the elderly patient. *N Engl J Med* 1989; 320: 578-582.
10. SERNA I, VALLE J. Trastornos cognitivos: delirium. En: I. de la Serna editor. Psicogeriatría. Madrid, Jarpyo editores, 1996: 95-111.
11. WISE MG, GRAY KF. Delirium, demencia y síndromes amnésicos. En: RE Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, editores. Tratado de Psiquiatría (2ª ed.) Barcelona, Ancora S.A., 1996: 327-372.
12. FRANCO MA, MONFORTE JA. ¿Cuál es la frecuencia de la depresión en el anciano? En Calcedo Barba A. La Depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales. Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología 1996: 19-44.
13. MARTÍN CARRASCO M. ¿Qué papel juegan las instituciones asistenciales en la depresión del anciano? En: Calcedo Barba A. La Depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales. Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología, 1996: 203-224.
14. MENCHÓN JM. ¿Existen diferencias clínicas entre la depresión del anciano y la del adulto joven? En: Calcedo Barba A. La Depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales. Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología, 1996:61-82.
15. RUIZ NAVARRO J. Trastornos depresivos en el anciano. En: M Martín Carrasco (edit). Psiquiatría en Gerontología. Monografías de Psiquiatría 1994(3): 3-14.
16. MONANE M. Insomnia in the elderly. *J Clin Psychiatry* 1992; 53: 6-12.
17. LLORCA G, MONTEJO AL. Psicofarmacología geriátrica del insomnio. *Farmacología del SNC* 1990; 4: 12-19.
18. BLAZER DG, GEORGE L, HUGHES D. The epidemiology on anxiety disorders: an age comparison. En: Salzman C, Lebowitz B, editores. Anxiety disorders in the elderly. Nueva York, Springer, 1991: 17-30.
19. FLINT AJ. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 640-649.
20. WOODS RT. Psychological treatments I: Behavioural and cognitive approaches. En: J Lindsay, editor. Neurotic disorders in the elderly. Oxford, Oxford Medical Publications, 1995: 97-114.
21. SILBERSCHATZ G, CURTIS JT. Time-limited psychodynamic therapy with older adults. En: WA Myers, editor. New techniques in the psychotherapy of older adults. Washington, America Psychiatric Press, 1991: 95-111.
22. EVANS S. Physical treatments. En J Lindsay, (editor). Neurotic disorders in the elderly. Oxford, Oxford Medical Publications, 1995: 138-154.