

Guía clínica para el Tratamiento de los Trastornos Psicogeriátricos

Oscar Ugalde

Guía Clínica para para el Tratamiento de los Trastornos Psicogeríátricos

Oscar Ugalde

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
México, 2010

Guía Clínica para el Tratamiento de los Trastornos Psicogerítricos

Oscar Ugalde

Editores

Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora

Validación Interna

Ingrid Vargas, Nayelhi Saavedra

Validación externa

Jorge Galván, Moisés Rozanes, Martha Ontiveros, Guillermo Caballero, Asunción Lara, Rolando León, Rodrigo Marín, Pedro Camacho, Gisel Cano

Aspectos Éticos

Liliana Mondragón

Producción editorial

Patricia Fuentes de Iturbe

Esta Guía Clínica se diseñó con el apoyo de Recursos para la *Igualdad entre Mujeres y Hombres*, anexo 10 del PEF 2010.

Agradecimientos

Para la elaboración de esta Guía se contó con apoyo financiero del proyecto de CONACYT N° 4280 "Estudio de costos y recuperación de la inversión de políticas de atención de enfermedades mentales, el caso de la depresión y la esquizofrenia"

Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales

Secretaría de Salud

D.R. 2010 Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*.

Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, México DF, 14370

ISBN: 978-607-460-146-6

Edición 2010

Impreso en México

Citación

Ugalde, O. (2010). Guía clínica para el Tratamiento de los Trastornos Psicogerítricos. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra sin la autorización por escrito de los titulares de los Derechos de Autor.

Índice

Prólogo	5
Introducción	7
Objetivo de la guía	7
1. Generalidades sobre envejecimiento:	11
1.1 Aspectos demográficos	11
1.2 Envejecimiento físico normal	12
1.3 Aspectos psicológicos del envejecimiento normal	15
2. Evaluación psicogeriátrica integral	16
2.1 Historia clínica psicogeriátrica	16
2.2 Evaluación psicogeriátrica integral	17
2.2.1 Física	17
2.2.2 Neuropsiquiátrica	17
2.2.3 Laboratorio y gabinete	20
3. Principales síndromes geriátricos relacionados	20
3.1 Caídas	20
3.2 Fragilidad	23
4. Psicosis geriatricas	24
4.1 Ansiedad	24
4.2 Delirium	31
4.3 Demencia	37
4.4 Depresión	49
4.5 Hipocondriasis	57
4.6 Psicosis	60
4.7 Trastornos del sueño	66
5. Tratamientos	73
5.1 Generalidades sobre los tratamientos psicofarmacológicos	73
5.1.1 Cambios metabólicos en la vejez relacionados con los tratamientos psicofarmacológicos	74
5.1.2 Reacciones adversas	75
5.1.3 Efecto placebo	75
5.1.4 Recomendaciones	75
5.2 Tratamientos no farmacológicos	76
5.2.1 Psicoterapia en la vejez	76
6. Anexos	79
6.1 Recomendaciones de prevención	79
6.2 Clinimetría	80
6.3 Algoritmos	87
6.4 Viñetas clínicas	94
Aspectos Éticos	99
Referencias	101

Prólogo

Los datos más recientes en torno a la salud en México muestran cómo las enfermedades mentales, por su curso crónico que se refuerza por el hecho de que sólo una pequeña parte recibe tratamiento, provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas. Por ejemplo, entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, tres son enfermedades mentales, la depresión ocupa el primer lugar; se trata de una enfermedad frecuente con alto nivel de discapacidad, de acuerdo con las encuestas realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*¹, el 6.4% de población la padece. Los trastornos relacionados con el consumo de alcohol ocupan el noveno lugar (2.5%) y la esquizofrenia el décimo (2.1%) en cuanto a carga de la enfermedad².

Paradójicamente el 19% de las personas que padecen un trastorno mental reciben tratamiento, los que llegan tardan un tiempo importante en recibir atención con una latencia que oscila entre 4 y 20 años desde la aparición de la enfermedad, según el tipo de trastorno. A diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención es más frecuente en unidades especializadas que en el primer nivel de atención, por cada persona que es atendida en este nivel, 1.7 recibe atención en unidades especializadas, lo que sugiere que las personas que llegan a tratamiento, lo hacen en un estado avanzado de la enfermedad.

Por lo anterior, se ha planteado la creación de unidades de atención especializadas en salud mental (UNEMES-CISAME) en todo el país. Se propone que estas unidades funcionen como el eje donde se estructure la atención comunitaria de la salud mental.

Como parte de este proyecto se solicitó al Instituto Nacional de Psiquiatría desarrollar una serie de guías clínicas sobre los padecimientos más frecuentes en nuestro país, a partir del análisis de la evidencia científica y de los criterios diagnósticos, de prácticas terapéuticas y de acciones preventivas que han probado ser más efectivas en el ámbito del manejo de los padecimientos mentales.

Las 12 Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales que conforman esta colección tienen como objetivo proporcionar a los profesionales de la salud recomendaciones prácticas para abordar la detección y el tratamiento efectivo de estos trastornos, ofreciendo las alternativas terapéuticas idóneas en cada proceso.

1. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, 2003.

2. Programa de Acción Específico 2007-2012. Atención en Salud Mental. Secretaría de Salud. Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, México, 2008.

El conjunto de Guías Clínicas es el fruto del trabajo realizado por un grupo conformado por investigadores y clínicos especializados en diversas áreas de la salud mental a quienes agradecemos su compromiso y su interés por contribuir al mejoramiento de la atención y la calidad de vida de los pacientes, así como de su entorno familiar y social.

Asimismo, agradecemos a todas aquellas personas que revisaron y validaron estas guías; esperamos seguir contando con sus valiosas aportaciones para la actualización y mejora continua de estos instrumentos para la práctica clínica.

Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza
Directora General
Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*

Dada la insuficiente cobertura actual en la prestación de servicios de salud en general y de salud mental en particular para el adulto mayor y el cada vez más importante incremento en número de este grupo de edad, esta guía dirigida al psiquiatra general busca que el abordaje de la problemática psiquiátrica del adulto mayor se lleve a cabo bajo las premisas y condiciones que permitan identificar con oportunidad y precisión los padecimientos psiquiátricos que lo aquejan y que lo afectan tanto en lo individual como en lo familiar, lo mismo que implementar las medidas terapéuticas integrales que lo lleven a restituir su condición de salud y eventualmente el mejoramiento de su condición y calidad de vida.

Objetivo de la guía

Esta guía está dirigida para ser aplicada por el médico psiquiatra encargado de proporcionar la atención especializada en la unidad de salud mental respectiva. Si bien se centra en el papel del psiquiatra, también permite que otros profesionales integrantes del equipo de salud mental participen en el desarrollo de algunas de las actividades incluidas en los apartados específicos, mediante la coordinación del psiquiatra general.

Esta guía tiene como objetivo general constituir un material sencillo y práctico de consulta y apoyo para el equipo de salud mental, con el fin de que la atención psiquiátrica que se le proporcione al adulto mayor sea más eficaz y eficiente, sobre la base del conocimiento de las particularidades de este grupo de población.

Guía Clínica para el Tratamiento de los Trastornos Psicogeríátricos

1.1 Aspectos demográficos

La población mexicana atraviesa por una fase de plena y acelerada transición demográfica. En la década de los treinta se inicia el descenso paulatino en la mortalidad y en los años sesenta se acentúa este descenso junto con la declinación en la tasa de fecundidad. Transitamos de una población *joven a otra más entrada en años*.

En la actualidad, uno de cada tres mexicanos tiene menos de 15 años de edad. Uno de cada veinte tiene 65 años y más. Para el 2050, uno de cada siete estará en edades preescolares y escolares, y uno de cada cuatro será un adulto mayor.

La población activa deberá mantener, a través de diversos mecanismos de transferencia de recursos, a un número creciente de adultos mayores, por lo que se requerirán más industrias orientadas a atender las necesidades domésticas, nutricionales y de movilidad de los adultos mayores, así como más geriatras y especialistas en la atención de enfermedades crónico-degenerativas, tanto físicas como mentales, lo mismo que más casas-habitación y servicios de recreación para ancianos.

Respecto al tema de la morbilidad, nos encontramos con las siguientes estadísticas de enfermedades asociadas al envejecimiento que afectan de manera importante la calidad de vida de los sujetos y conforman los problemas sociosanitarios, tanto de los sistemas de atención actuales, como los del futuro:

La prevalencia de diabetes mellitus es 20 veces más alta en los ancianos, en relación con el grupo de edad menor de 30 años.

La prevalencia de hipertensión arterial es 4 veces más alta, respecto del mismo grupo de referencia.

El 50% de la población entre 60 y 69 años (incluidos en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas) presentan hipertensión arterial.

El 3.2 y 2.2 % de la población de ancianos a nivel nacional tiene ceguera y sordera total. En el caso de ceguera total se incrementa de 1.6% en el grupo de 60 a 64 años a 14% en el grupo de 90 a 94 años. Para sordera existe un perfil similar, de 1.1 % a 11 %.

Aproximadamente el 1% de la población de más de 60 años es incapaz de alimentarse, bañarse, vestirse y caminar por la habitación por sí misma.

El 3.4% tiene una discapacidad total para salir de la casa, 32% no puede cargar objetos pesados, 6% no puede manejar dinero de manera independiente y 18% no puede realizar tareas ligeras en el hogar.

Como puede inferirse, si bien por un lado la sociedad y los avances en el campo de la medicina, alientan el arribo a la edad avanzada, por otro lado en la realidad se accede a ella en tales condiciones de precariedad, que termina por representar una etapa poco digna de ser vivida.

1.2 Envejecimiento físico normal

Los cambios físicos y psíquicos que se presentan con la edad se encuentran estrechamente relacionados entre sí. La salud en los adultos mayores se ve influida por la biología (factores genéticos y heredados), el medio ambiente (entorno físico, psicosocial y económico), el estilo de vida y el sistema de atención de salud.

El envejecimiento tiene lugar porque las células del cuerpo humano no pueden reemplazarse a sí mismas, y cada año mueren o pierden una pequeña parte de su función. Esto está provocado por los factores intrínsecos de las células y factores extrínsecos, a niveles ambientales o de organización hormonal.

Una vez que se forman en las primeras etapas del desarrollo, neuronas y cardiomiocitos ya cuenca vuelven a dividirse. El envejecimiento estaría provocado por una disminución de estas células por debajo de niveles críticos, si bien queda por resolver el problema del envejecimiento normal y patológico.

Cambios somáticos

Piel y faneras

En la vejez, la piel se torna más fina y pálida, por disminución de la vascularidad y cambios en los melanocitos. Se vuelve seca, con manchas oscuras y pierde elasticidad. Puede tener repercusiones sociales con tendencia al retraimiento. El adulto mayor soporta peor los cambios bruscos de temperatura, tanto el frío como el calor. El pelo se torna fino y quebradizo, con pérdida del brillo y el color. Existe menor actividad de las glándulas sudoríparas.

Aparato locomotor

A partir de los 20 años, los huesos no aumentan su longitud y más tarde se presentará una disminución en la altura por atrofia de los discos intervertebrales. La altura puede además parecer menor por debilitamiento muscular. Los huesos con la edad se tornan menos densos, con osteoporosis y una mayor fragilidad en ellos. Las articulaciones se hacen menos flexibles, más rígidas, suscitándose con facilidad fracturas y curvaturas de columna. Las limitaciones a este nivel, los dolores y los tratamientos antiinflamatorios que se instauran, pueden repercutir en el estado de ánimo.

Aparato cardiocirculatorio

El corazón aumenta de peso y tamaño. Funciona más despacio y de forma irregular. Disminuye la elasticidad de las válvulas cardíacas. Aumenta el colágeno en los vasos. La hipotensión postural es frecuente y se asocia con caídas y síncope, favorecidos por los medicamentos. Las enfermedades cardiovasculares producen frecuentes cuadros confusionales por el riego cerebral defectuoso o por complicaciones de los propios tratamientos. El riesgo de trombosis se acentúa por aumento del grosor de la pared de los vasos y la disminución de la capacidad del trabajo del corazón.

Aparato digestivo

La edad no le afecta de manera importante. Decrece el apetito y con frecuencia, los ancianos mantienen un precario balance nutricional. La digestión puede ser menos efectiva por disminución de la saliva y de los jugos gástricos. La masticación se hace más lenta. Se altera la absorción del tracto gastrointestinal, con riesgo de mala absorción y avitaminosis, Hay tendencia al estreñimiento, favorecida por las dietas y el sedentarismo. La malnutrición, mala absorción, las dificultades de masticación

ción, los problemas económicos, las rutinas e incluso las actitudes paranoides pueden favorecer las deficiencias nutricionales.

En las paredes del tubo digestivo se genera atrofia de las células, con disminución de secreción de ácido clorhídrico y de la absorción de hierro y vitamina B12, produciendo anemia y fatiga crónica.

Aparato respiratorio

El cerebro es sumamente sensible a las variaciones de oxígeno. Si éste disminuye, causa debilidad muscular y alteraciones en la coordinación sensoriomotora. La edad reduce la eficiencia respiratoria, disminuye la capacidad vital, el reflejo tusígeno y la acción del epitelio ciliar bronquial. Cuando el problema pulmonar afecta la función cerebral pueden observarse cuadros psicóticos. Las infecciones respiratorias son más frecuentes en los adultos mayores.

Aparato genitourinario

Los problemas genitourinarios son comunes en el adulto mayor, por aumento de la próstata. En las mujeres no son raras las infecciones urinarias, o los problemas de incontinencia.

Los médicos deben tener en cuenta la frustración que genera en los adultos mayores las dificultades en el área sexual, ya que son activos sexualmente hasta mucho más tarde de lo que los profesionales estiman. En las mujeres, las relaciones sexuales dolorosas por vaginitis atrófica se corrigen con estrógenos. En un número importante de varones (20-25%) puede suscitarse impotencia después de los 50-60 años. La causa más frecuente es la vascular, seguida de neuropatía autónoma o medicaciones diversas. En líneas generales, las relaciones sexuales pueden mantenerse hasta una edad muy avanzada y la disminución en la frecuencia suele estar provocada por la falta de ocasiones o de estímulos, más que de potencia o capacidad sexual.

Sistema renal

Existe un empeoramiento de la función renal por la reducción del flujo sanguíneo y el índice de filtración glomerular. También desciende la capacidad excretora máxima tubular para la glucosa. Se reduce la capacidad para formar purina concentrada o diluida y para eliminar el exceso de glucosa.

Sistema endocrino

A nivel hormonal, el cortisol apenas está afectado por la edad. En cambio, disminuye el tamaño de la glándula tiroides y se sustituyen células activas por otras inactivas de tejido conjuntivo, pero desde un punto de vista funcional, se mantienen bastante compensadas, y los cambios en triyodotironina, tiroxina y hormona tiroestimulante resultan mínimos. La tolerancia a la glucosa desciende. Los estrógenos disminuyen con la menopausia. La reducción de testosterona puede repercutir en la libido.

El metabolismo basal decrece con la edad. En general, la homeostasis se hace menos eficiente. El sistema inmunitario aparece debilitado, las células T disminuyen y aumenta la producción de anticuerpos.

Órganos de los sentidos

Vista

La capacidad visual empeora. De hecho, a partir de los 50 años, el enfoque adecuado se realiza con

dificultad. La ceguera puede llegar a ser total por cataratas, glaucoma o degeneración retiniana. El diámetro pupilar se reduce, disminuye la luz que llega al ojo y se reacciona con lentitud a ella. La córnea se espesa y se hace menos transparente. En la retina se atrofian las células nerviosas, lo cual contribuye a una peor visión. La disminución de la visión y la privación sensorial pueden favorecer la presencia de ilusiones o cuadros confusionales.

Audición

La capacidad auditiva se encuentra disminuida, lo cual contribuye al aislamiento del anciano. Esta pérdida de audición afecta más a los tonos altos que a los bajos. El lenguaje, mezcla de tonos altos, medios y bajos, puede detectarse mal. La disminución de la audición, aparte de la privación sensorial que produce, favorece tanto el aislamiento como la presencia de alucinaciones o interpretaciones delirantes y, en consecuencia, la aparición de cuadros paranoides.

Gusto

Existe disminución del número de terminales de papilas gustativas en la lengua desde la media edad. Las papilas gustativas situadas en la parte anterior de la lengua detectan los sabores dulces y salados y son las primeras en disminuir; en cambio, permanecen las que detectan sabores amargos y agrios, lo cual propicia el consumo excesivo de sacarosa o sal.

Tacto

La percepción táctil y vibratoria se encuentra disminuida. Parece que hay una disminución en la sensibilidad para percibir dolor, calor y frío, debido a la circulación y la grasa.

Olfato

Se produce disminución de la sensibilidad, por lo general sin relevancia clínica.

Sistema nervioso

La edad ocasiona una pequeña disminución del volumen del cerebro (aproximadamente 2 ml. por año). En la TAC y en la IRM además de la dilatación ventricular, se observa hiperdensidad periventricular. El cerebro disminuye a partir de los 25 años y a mayor velocidad a partir de los sesenta, pero la reducción del peso no determina el grado de deterioro.

En el envejecimiento normal se pierden células nerviosas y otras sufren cambios degenerativos. Existe aumento de la glía. Se produce deterioro selectivo de dendritas, axones y sinapsis. Las dendritas sufren cambios con la edad, desciende su número. Al disminuir el número de dendritas disminuye el de la sinapsis. Las personas mayores que no sean dementes, no obstante tienen árboles de dendritas más extensos que los adultos. Existe plasticidad en el cerebro humano maduro y viejo.

Con la edad se evidencia una disminución en el consumo de glucosa y de la oxigenación cerebral. En la edad avanzada se produce una disminución del flujo cerebral, no tanto de forma global sino en determinadas regiones, sobre todo temporal superior, frontal media, parietal posterior, parahipocámpica y áreas límbicas y de asociación.

Existe enlentecimiento en el ritmo alfa del electroencefalograma y más actividad de ondas agudas en el lóbulo temporal, sin que se asocie a manifestaciones clínicas de crisis. Los cambios electroencefalográficos no son paralelos a los fallos cognoscitivos.

El efecto de la edad sobre el sistema nervioso autónomo parece menor, y habría una menor y más lenta respuesta a las agresiones. En cambio, otras veces la respuesta sería más primitiva y descontrolada por pérdida difusa de corteza y una relación más directa con el estímulo, sin las modulaciones o controles superiores. Estos cambios explican, por una parte, cierto grado de apatía y, por otra, su capacidad de dar una respuesta intensa a los estímulos emocionales.

Neurotransmisores

En la vejez, se produce una disminución selectiva y regional de neurotransmisores y neuropéptidos, así como una modificación del metabolismo de los neurotransmisores. Están disminuidas las neuronas colinérgicas centrales y la enzima sintetizadora, así como la colinoacetiltransferasa. La función colinérgica y el número de células en el núcleo basal de Meynert asimismo decrece, pero mucho menos que en la enfermedad de Alzheimer.

Se ha observado merma o normalidad de los valores de serotonina en varias áreas del cerebro de los ancianos y reducción del número de algunos receptores; los 5-HT 1 estarían disminuidos mientras que en los 5-HT 2 no resulta tan claro.

El GABA, muy relacionado con la biología de la ansiedad, está disminuido o normal y lo mismo ocurre con los receptores GABA. A los 75 años existe disminución del 50% de la dopamina en el cerebro medio y ganglios basales. También menguan los receptores de la dopamina D1 y D2, menos los primeros que los segundos.

1.3 Aspectos psicológicos del envejecimiento normal

Personalidad

No existe una personalidad característica de la vejez, sino que va a estar determinada por los rasgos de la vida adulta. En ocasiones se acentúan los rasgos previos. Es frecuente un mayor retraimiento por las limitaciones en las actividades laborales y en las relaciones interpersonales. Las relaciones se hacen más egocéntricas y la inseguridad conduce a la dependencia. La forma de enfermar, la patoplastia, se encuentra muy influida por la biografía, produciéndose una relación dinámica entre biografía, enfermedad y personalidad.

Se tiende a una mayor rigidez, a una menor flexibilidad. Pueden utilizarse mecanismos de defensa más rígidos como la negación, no queriendo ver los problemas; como la proyección, culpando a los otros de sus males, o como la regresión, adoptando actitudes pueriles, infantiles. Las personas narcisistas se adaptan peor al proceso de envejecimiento, y al perder relevancia social y poder, toleran peor las frustraciones. Los anancásticos que se realizan y autovaloran a través del trabajo, pueden sentir un enorme vacío tras la jubilación, y las personas dependientes e inseguras pueden acentuar estos rasgos al sentirse frágiles y vulnerables. Como a cualquier edad, se necesita compañía, reconocimiento, afecto, seguridad y aprobación.

Inteligencia

Si bien y en general resulta muy difícil medirla, el punto más alto de la inteligencia se alcanza en la madurez y después el proceso declina. La actividad intelectual que se mantenga va a influir de manera muy importante: cuánto más activo se pueda ser intelectualmente el riesgo de deterioro es menor. En los procesos nuevos de aprendizaje se precisa de más tiempo para asimilar el material reciente. Por lo que toca al llamado cociente intelectual, permanece estable hasta los 80 años

aproximadamente, junto con la habilidad verbal que se mantiene, pero disminuye la velocidad psicomotora en la realización de tareas.

Memoria

La memoria es una función bastante vulnerable debido a las diferentes estructuras que participan en ella como el sistema límbico, sobre todo el hipocampo, el cerebro basal anterior y los ganglios basales.

A partir de los 50 años se produce un declinar en las funciones, pero no en todas las áreas. Con la edad se elabora bien el paso de la memoria de corto a largo plazo. Las personas de edad avanzada se enfrentan con grandes problemas en tareas que suponen atender varias cosas a la vez o cuando la información debe ser organizada. Cuando se exige rapidez, rinden peor. En la memoria a largo plazo no hay diferencias con los más jóvenes. La edad tampoco influye en conocimientos generales o en semántica. Va a conservarse mejor la memoria antigua y peor la reciente. La memoria primaria o inmediata que se retiene durante un período corto de tiempo, se ve más influida por la vejez.

Tienen más problemas que los jóvenes en el procesamiento o codificación de la nueva información. Puede ser difícil diferenciar entre lo que supone una pérdida de la memoria propia de la edad y el límite patológico.

En la memoria, no se utilizan métodos adecuados de codificación y se produce disminución de las estrategias para la memorización, con problemas en la metamemoria.

La información verbal se conserva mejor: en las tareas verbales donde se refleja la experiencia acumulada de las personas y el conocimiento, el declinar por la edad es muy pequeño o está ausente.

Lenguaje

La capacidad de comunicación por el lenguaje es bastante buena a lo largo de la vida. Los problemas de comunicación pueden proceder más de fallos en la visión o en la audición. Recordar nombres o palabras concretas pueden suscitar mayores dificultades en los ancianos que en los jóvenes.

Atención

Es una función cognoscitiva importante para todas las tareas. La atención nos permite seleccionar entre la información principal y la accesorio, en una situación determinada, manteniéndola durante cierto tiempo y asimismo cambiar el foco hacia otros mensajes y tareas. La atención se ve afectada por la edad, sobre todo si se producen varios estímulos simultáneamente.

Razonamiento abstracto

En los adultos mayores se presenta una declinación en el razonamiento abstracto. Cuando se piden soluciones a problemas concretos cotidianos, sus respuestas son excelentes. Pero, en general, se produce un enlentecimiento en las funciones cognoscitivas.

2

Evaluación psicogerítrica integral

2.1 Historia clínica psicogerítrica

La Historia Clínica Psicogerítrica se encuentra esencialmente constituida por los mismos ítems

que cualquier historia psiquiátrica general, sin embargo, la diferencia estriba en los siguientes apartados:

Motivo de consulta (tratar siempre de que se transcriba lo que literalmente refiera tanto el paciente, como su familiar.

Siempre buscar complementar y/o contrastar la información que proporcione directamente el paciente con la versión de un acompañante (ya sea familiar o no)

Investigar si el padecimiento actual tiene algún antecedente heredo-familiar (tanto de enfermedad física, como psiquiátrica)

2.2 Evaluación psicogeriátrica integral

2.2.1 Física

Siempre se le tomarán los signos vitales al paciente, principalmente la tensión arterial y la frecuencia cardíaca. Idealmente la temperatura y el peso.

No obstante que en la mayor parte de los pacientes con datos de psicopatología, no existan evidencias o síntomas sugestivos de ninguna otra comorbilidad física, se realizará una exploración física de tamizaje, que incluya inspección general, auscultación de los campos pulmonares y el área cardíaca y eventualmente la exploración abdominal o la de algún otro segmento del cuerpo que se requiera. Esto con la finalidad de descartar, primero que los síntomas psiquiátricos estén relacionados con la presencia de otra intercurencia física o bien, para que según sea el caso, el paciente sea también canalizado a la especialidad que corresponda para que se lleve a cabo un tratamiento conjunto e integral.

2.2.2 Neuropsiquiátrica

Previamente a la exploración neurológica y psicopatológica, se aplicarán las siguientes escalas de tamizaje (Ver anexo):

1. Minimental de Folstein
2. Escala de Depresión Geriátrica
3. Escala Breve de Ansiedad en el Anciano
4. Escala de Funcionalidad de Katz
5. IQCODE (a familiares o cuidadores en su caso)

Es preciso realizar una exploración neurológica somera para lo cual se tiene que observar la marcha, la estabilidad y los movimientos involuntarios. Así mismo, buscar alteraciones en los reflejos, localización, temblor, mioclonías, alteraciones de las pupilas, tono y potencia muscular, signos extrapiramidales o cerebelosos. Alteraciones en la sensibilidad, exploración de pares craneales, fondo de ojo y campos visuales. Los reflejos arcaicos, propios de los lactantes, aparecen en las demencias como signo de liberación de la actividad troncoencefálica, por pérdida de señales represivas de funciones más altas del sistema nervioso central.

Exploración Psicopatológica

Se debe realizar un examen mental lo más completo y exhaustivo, y explorar: humor, memoria, lenguaje, praxias, gnosias, atención y comportamiento.

Humor

Comprobar si se mantiene eutímico o no. Si es indiferente, depresivo, maníaco o ansioso. Si estos cambios son episódicos o intermitentes.

Memoria

La evaluación de la función de la memoria a corto y largo plazo involucra distintos procesos, como son: capacidad de prestar atención, registro de la información, fijación, evocación y reconocimiento.

La memoria a corto plazo, primaria o inmediata es el conocimiento de lo que ha ocurrido hace pocos segundos y se recuerda inmediatamente. Dura de segundos a minutos. Tiene capacidad limitada y se satura con facilidad. Puede explorarse diciendo tres palabras no relacionadas que hay que repetir (Ver ítem correspondiente en el anexo de la Prueba de Folstein).

La memoria a largo plazo o secundaria es cuando se ha almacenado la información con material muy reciente (próxima) o más remota (meses, años o décadas). La memoria a largo plazo no tiene límites para la capacidad de almacenamiento.

La memoria a largo plazo se clasifica en:

Procesual (es el recuerdo de “como” realizar algo). Permanece intacta en los pacientes amnésicos durante mucho tiempo.

Declarativa (el “qué”). Se altera cuando lo hace el almacenamiento y la recuperación. Se consolida y degrada de manera gradual y se divide en:

1. Memoria episódica, que afecta el almacenamiento y recuerdo de los acontecimientos autobiográficos dependientes de apoyos contextuales temporales o espaciales para la recuperación, lo aprendido en un tiempo y espacio concreto de la vida
2. La memoria semántica se relaciona con el conocimiento en la organización y sentido de las palabras, sin los apoyos contextuales de tiempo y espacio para su recuperación.

Los pacientes con fallas mnésicas pueden tener intacto su vocabulario y muchos aspectos de su conocimiento general (memoria semántica), y estar gravemente deteriorada su capacidad para aprender y retener nueva información.

Los adultos mayores muestran más dificultades en las tareas que suponen atender varias cosas a la vez o cuando la información debe ser organizada.

También se desempeñan peor cuando se requiere rapidez. En la memoria a largo plazo, en conocimientos generales o en semántica, la edad influye poco.

Para explorar la Memoria se le pide al sujeto que repita una lista de palabras (capacidad de registro), que recuerde la información después de unos minutos (capacidad de retención y de recuerdo) y que reconozca las palabras de una larga lista (capacidad de reconocimiento). La memoria a largo plazo se investiga preguntando al sujeto si recuerda información pasada de interés. Cuando son capaces de decir siete números hacia delante y cinco hacia atrás, es prueba casi segura de buena memoria. La alteración de la memoria es la manifestación principal de la demencia.

Lenguaje

Debe ponerse atención al lenguaje espontáneo, también si hay mutismo, ecolalia (repite lo último que ha oído), palilalia (repite palabras o sonidos una y otra vez), fabulación, incoherencia o logorrea. Si es comprensible o no y si construye de forma adecuada las frases; es capaz de repetir una frase o deletrear, comprende órdenes sencillas (abrir la boca, etc.) y otras más complejas (tocarse la oreja izquierda con la mano derecha, por ejemplo). Si encuentra la palabra que busca o emplea perífrasis de uso.

Los pacientes afásicos tienen alteraciones en la lectura (alexia). Debe investigarse si comprende el texto y si es capaz de realizar un resumen. En la escritura, si es capaz de copiar un texto, hacerlo al dictado o escribir de forma espontánea su nombre o una frase (Ver ítem respectivo de la Prueba de Folstein)

Praxias

La apraxia es la incapacidad para llevar a cabo movimientos con una finalidad, sin que exista alteración motora primaria ni alteración de la comprensión. Si la incapacidad es parcial se habla de dispraxia.

Del vestido: Para ponerse y quitarse la ropa y los zapatos.

Constructiva: Para realizar dibujos espontáneos o copiados.

Ideomotora: No son capaces de ejecutar ciertas acciones o movimientos voluntariamente, pero si miméticamente. Para explorarla se les dan órdenes verbales, como hacer un gesto de despedida.

Ideacional: Es la incapacidad para conceptualizar el plan de acción para un objetivo deseado. Interfiere mucho con las conductas de la vida cotidiana. Para explorarla se le puede pedir que ponga una hoja en un sobre, cortar un papel con una tijera o algo similar.

Bucofacial: Cuando no son capaces de sorber, sacar la lengua, mascar si se les ordena, aunque si lo hacen de forma refleja.

Gnosias

La agnosia se manifiesta por la incapacidad para reconocer objetos a pesar de no tener alterada la función sensorial. A veces no identifica a sus familiares ni su imagen en el espejo.

Táctiles: Estereognosia. Se le pone un objeto en la mano con los ojos cerrados para que lo reconozca

Somatognosia: Señalar su codo, su nariz, diferenciar derecha-izquierda.

Gnosias visuales: De colores, si es capaz de nombrarlos o identificar cosas del mismo color.

Fisiognosias: Reconocimiento de personas conocidas, personal sanitario, personas públicas y falsos reconocimientos.

Gnosias auditivas: Reconocimiento de los ruidos, las voces. Si es una campana, un silbato, etcétera.

Atención, comprensión y pensamiento abstracto

La atención se explora observando su capacidad para focalizar y dirigir los procesos cognoscitivos y durante cuánto tiempo; si es capaz de seguir una orden, si fracasa o se cansa. La comprensión se explora indicando al sujeto que ejecute ciertas tareas tras darle instrucciones verbales.

El deterioro del pensamiento abstracto se manifiesta por su incapacidad para enfrentarse a situaciones nuevas. Para explorarlo, se le pide que diga similitudes o diferencias entre ciertas cosas. Para el examen de la función ejecutiva, se le pide al sujeto que cuente hasta diez, recite el alfabeto, reste una serie de números de siete en siete y nombre cuantos animales le sea posible en un minuto.

La abstracción y el pensamiento conceptual son capacidades que incluyen la conciencia del propio yo, y se relacionan con el tamaño de los lóbulos frontales. La corteza frontal es importante para las funciones ejecutivas que regulan la producción de pensamientos nuevos, juicio y conducta. Intervienen en la motivación, creatividad, espontaneidad, pensamiento abstracto, planificación de actividades, atención y memoria. Para estudiar la abstracción sirven las pruebas de semejanzas y la interpretación de refranes y proverbios.

2.2.3 Laboratorio y gabinete

Si bien algunas pruebas de laboratorio y gabinete complementarias están condicionadas por la historia clínica y el resultado de la valoración física y mental, algunas deben de realizarse siempre, como una forma de conocer cuál es el terreno que estamos pisando tanto para saber que factores fisiológicos se encuentra relacionados con los síntomas psiquiátricos, como para determinar la terapéutica más adecuada, tanto en la secuencia como en el tipo.

De manera rutinaria se sugiere realizar los siguientes estudios de laboratorio y gabinete:

1. Biometría hemática
2. Química sanguínea
3. Examen general de orina
4. Perfil tiroideo
5. Perfil de lípidos
6. Tele radiografía de tórax
7. Electrocardiograma

3. Principales síndromes geriátricos relacionados

Dentro de lo que se conoce como los grandes síndromes geriátricos, particularmente las caídas y la fragilidad, son dos de los síndromes que se encuentran estrechamente relacionados con la práctica psicogeriátrica, ya sea como una de las complicaciones del tratamiento psiquiátrico o bien en comorbilidad. En cualquiera de las dos circunstancias es necesario tenerlos en cuenta a la hora de abordar el padecimiento psicogeriátrico del que se trate, para saber cuáles son las consideraciones adicionales que deben hacerse desde el punto de vista diagnóstico, terapéutico, rehabilitatorio e incluso preventivo.

3.1 Caídas

Las caídas son un verdadero problema clínico entre la población anciana, debido a su alta frecuencia y sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales; por ello, el conocimiento y la comprensión de

sus causas y su evaluación, son fundamentales para llevar a cabo estrategias preventivas y de atención adecuadas. Los problemas de la estabilidad y las caídas son muy frecuentes entre los ancianos, sobre todo en aquellos que viven en la comunidad. Una caída en el anciano nunca debe considerarse efecto inevitable del envejecimiento normal, un evento azaroso ni un accidente impredecible.

Se calcula que cerca del 65% de los ancianos que viven en la comunidad, 40% de los que viven en una institución para cuidados prolongados y 20% de los hospitalizados sufren cuando menos una caída al año.

Los accidentes son la sexta causa de morbilidad en personas mayores de 65 años de edad en México y, de ellos, las caídas son el motivo principal de muerte.

En el estudio de los factores de riesgo, los cambios físicos propios del envejecimiento corresponden a los factores intrínsecos y las condiciones del medio a los factores extrínsecos; también se pueden dividir en factores de riesgo a largo y corto plazos. Dentro de los factores a largo plazo que se relacionan con el síndrome de caídas se pueden mencionar las enfermedades siguientes (Tabla 3.1)

TABLA 3-1 Enfermedades físicas relacionadas con caídas

Epilepsia
Parkinson
Enfermedad cerebrovascular
Neuropatía periférica
Miopatías
Demencias
Espondilosis cervical
Diabetes mellitas
Arritmias cardíacas
Síndrome del seno carotídeo

A un mayor número de dichos trastornos, el riesgo de caída aumenta.

La mayoría de las caídas se suscita en la noche, debido a una menor capacidad para adaptarse a la visión nocturna, las barreras arquitectónicas, el sueño y sus alteraciones y la nicturia por inversión del nictámero con la necesidad de acudir frecuentemente al baño.

Otro de los factores que de manera importante pueden estar relacionados con la posibilidad de que ocurra un accidente de este tipo, son los medicamentos. A este respecto debe tomarse en cuenta que el adulto mayor debido a la polipatología que suele acompañarle, requiere esquema de medicación que incluye un número significativo de fármacos. Dentro de los medicamentos que son de uso frecuente en el anciano, destacan los psicofármacos prescritos tanto por psiquiatras, como por otros especialistas. Desafortunadamente, un problema común es que se indican de manera inadecuada, tanto en dosis, como por tiempo prolongado con el consabido riesgo de que sus efectos secundarios puedan favorecer el riesgo de caídas. Algunos de estos medicamentos predisponentes, son los siguientes: (Tabla 3-2)

TABLA 3-2. Medicamentos que favorecen las caídas

Hipotensores
Sedantes
Benzodiacepinas
Hipnóticos
Diuréticos
Antiparkinsonianos
Antidepresivos tricíclicos
Fenotiazinas

La estabilidad de la persona depende de una serie de factores, como sensorio, sistema nervioso central, estado cognoscitivo y aparato músculo-esquelético, así como de funcionamiento respiratorio y cardiocirculatorio, íntegros y coordinados. Las enfermedades o discapacidades tienen un impacto tanto en el equilibrio, como en la marcha muy importante y se superponen a los cambios fisiológicos relacionados con la edad, por lo que el diagnóstico diferencial es diverso y complejo. Por lo anterior, en la práctica clínica será muy valioso realizar una evaluación simple de la postura y de la marcha para conocer el equilibrio funcional; la observación del equilibrio a la bipedestación, la prueba de Romberg y la respuesta ante estresores menores del equilibrio (por ejemplo, un suave empujón del tórax) pondrán de manifiesto las áreas del déficit en el equilibrio y la postura, detectando los sujetos en riesgo.

Cuáles son las consecuencias más comunes de las caídas: (Tabla 3-3)

TABLA 3-3. Consecuencias comunes de las caídas

Incontinencia
Sondeo uretral
Mayor tiempo de hospitalización
Restricciones físicas y farmacológicas
Síndrome postcaída
Debilidad
Inmovilidad
Fracturas (5-10%)
Pérdida de la autonomía
Institucionalización
Sepsis
Muerte

En la persona que ha sufrido una caída, son importantes los antecedentes obtenidos a través del interrogatorio directo o indirecto, debiendo incluir preguntas acerca del entorno físico, así como recordar que en un 20% de los casos hay una relación directa con enfermedades agudas. Dentro de los principios generales en la atención del anciano que cae, es primordial identificar cualquier tipo de lesión externa o interna y atender de manera específica la misma. Después, debe abordarse el estudio del fenómeno, sabiendo que siempre existe una razón para que cualquier persona sufra una caída; también se detectan los factores de riesgo que favorecieron la misma, para disminuir los potencialmente corregibles a fin de evitar futuros accidentes.

Tratamiento

La meta en el tratamiento del síndrome de caídas es mantener al anciano en un estado óptimo, con una funcionalidad independiente el mayor tiempo posible y con la mayor seguridad en su lugar de residencia.

El primer objetivo al evaluar a un paciente que ha caído es estabilizar y tratar cualquier trastorno grave que ponga en peligro la vida o las complicaciones inmediatas de la caída (por ejemplo, fracturas o traumatismo craneo-encefálico). Después, el médico debe iniciar el estudio y tratar los factores predisponentes (por ejemplo, alteración de la marcha o el equilibrio, uso de fármacos, alteraciones cardiovasculares o neurológicas, entre otras), así como valorar el entorno del anciano.

Las fracturas son la complicación más importante, después de una caída, y las consecuencias debido a la inmovilización prolongada secundaria a la fractura, que puede ocasionar infección respiratoria, contracturas musculares y articulares, úlceras por presión, depresión y sobre todo dependencia funcional.

Después de caerse, toda persona sufre además de las lesiones físicas, profundo enojo y desencanto; durante algún tiempo experimenta miedo a volverse a caer. En los adultos mayores, este problema puede adquirir dimensiones tan severas que el miedo, la frustración y sensación de incapacidad pueden llevarlo al aislamiento social, al abatimiento funcional; ansioso y triste prefiere no salir, y en casa poco a poco merma su funcionalidad global. A este cuadro se le llama síndrome postcaída y debe ser atendido con terapia de apoyo y pronta rehabilitación, así como eventualmente con anti-depresivos y/o ansiolíticos.

La prevención de caídas debe dirigirse a los factores predisponentes, tanto intrínsecos, como extrínsecos. Como medidas preventivas, el mejorar la marcha, la fuerza y el equilibrio es de capital importancia, además de mantener un mejor estado general y control de enfermedades crónico-degenerativas. Debe propiciarse el uso de pasamanos y protectores en la cama, en casa u hospital; un cuidador que supervise la movilización dentro de la habitación y el baño, principalmente.

Algunos estudios clínicos tratan de formalizar la eficacia de algunas intervenciones para disminuir el riesgo y número de caídas. Como ejemplos, el entrenamiento en fuerza y resistencia, los complementos nutricionales y el tai-chi, entre otros, se evalúan en la actualidad en diferentes países.

3.2 Fragilidad

La identificación y tratamiento del sujeto anciano frágil es la piedra angular de la práctica geriátrica cotidiana. Es del conocimiento que el sujeto frágil es aquel que requiere mayormente de servicios médicos y de cuidados a largo plazo. Esto significa que tienen mayor riesgo de efectos adversos tanto de enfermedades, como de tratamientos, así como mayor riesgo de desarrollar dependencia, institucionalización, caídas, lesiones, tiempo de convalecencia más prolongado con mayor mortalidad.

Se ha definido a la fragilidad como un continuo de un mismo síndrome clínico, donde la fragilidad es una etapa intermedia entre la independencia y el estado de premuerte. También se describe la fragilidad como una condición secundaria a una constelación de situaciones, más que una entidad clínicamente definida, por lo que aún no tiene un preciso significado científico; además aunado a la falta de consenso en la definición, se han utilizado como sinónimo de fragilidad algunas carac-

terísticas tales como edad extrema (mayor de 85 años), discapacidad y la presencia de múltiples comorbilidades y/o síndromes geriátricas.

Desde 1991 se considera a la fragilidad como la presencia de uno o más de los siguientes criterios: enfermedad vascular cerebral, enfermedad crónica e incapacitante, confusión, dependencia para las actividades de la vida diaria (AVD), depresión, caída, trastornos de la movilidad, incontinencia, malnutrición, polifarmacia, úlceras de presión, reposo prolongado en cama, alteraciones sensoriales y problemas socioeconómicos o familiares.

Existen tres componentes importantes de la fragilidad: Un control neurológico alterado que se manifiesta por la disminución en la capacidad de desempeñar tareas complejas; una disminución de la capacidad mecánica (sobre todo en términos de fuerza muscular) y un trastorno del metabolismo energético (que puede estar representado por una disminución del estado aeróbico, por ejemplo secundario a una enfermedad cardíaca, pulmonar o ambas).

Como sucede en prácticamente todos los síndromes geriátricos, la interacción de dos grandes conjuntos de factores desencadena la presentación de la patología.

Primero, los cambios que se presentan por el proceso normal del envejecimiento, y segundo, los cambios que resultan por el daño orgánico (enfermedades propiamente dichas).

4

Psicosíndromes geriátricos

4.1 Ansiedad

Los trastornos relacionados con ansiedad son muy frecuentes en psiquiatría y en los ancianos pueden resultar difíciles de tratar. Acompañan a numerosos cuadros clínicos, tanto médicos como psiquiátricos, en ocasiones como síntoma principal, llegando a constituir síndromes específicos. La ansiedad no siempre se identifica como tal por quedar enmascarada en somatizaciones diversas, por no explorarse de manera adecuada, o por estar asociada a síntomas afectivos a los que se les concede más relevancia.

La ansiedad constituye un estado emocional de malestar y aprehensión, con síntomas subjetivos y objetivos derivados de la hiperactividad de la función noradrenérgica, que se desencadena ante una amenaza potencial, real o imaginaria, hacia la integridad física o psíquica del individuo. Es una reacción de adaptación y de hiperalerta que se manifiesta con indicios físicos y psíquicos. Existe una ansiedad normal relacionada con un estímulo y proporcional a éste, que no afecta los rendimientos, y una ansiedad patológica desproporcionada al estímulo, en intensidad y duración, que repercute de diversas formas en la funcionalidad global. La ansiedad patológica aumenta la mortalidad, disminuye la calidad de vida, reduce los rendimientos de las funciones cognoscitivas, genera gran agotamiento, agrava los cuadros depresivos e incrementa el riesgo de suicidio.

Epidemiología

La ansiedad, como síntoma, resulta muy frecuente en el anciano y menos, la ansiedad enfermedad. Como no existen los suficientes estudios epidemiológicos, los trastornos de ansiedad en el adulto mayor parecen bajos. En ocasiones se ha considerado un componente natural de la vejez, o no se ha identificado por no hacerse demandas directamente relacionadas con ella, o manifestarse a través de somatizaciones (McCulloch, 1992). La mayoría de los trastornos de ansiedad disminuye con la

edad en ambos sexos, siendo escasas las formas primarias que se inician a esta edad. Se encuentran más datos relacionados con su comorbilidad asociada a la depresión, demencias, alcoholismo o enfermedades somáticas.

Se estima una prevalencia global de los trastornos de ansiedad en los ancianos entre el 1 y el 18%. Por su parte la fobia representa la manifestación más frecuente, y alcanza hasta un 10%, superiores en mujeres que en varones, en la proporción de 2:1. La agorafobia es la forma más común, seguida de la fobia simple. La agorafobia suele presentarse de forma tardía y se relaciona con enfermedades físicas. Mientras que las fobias específicas tienen un comienzo precoz.

Por otro lado, los trastornos adaptativos con síntomas de ansiedad son más comunes, así como los cuadros de ansiedad secundaria a procesos somáticos, a tratamientos o a consumo de sustancias o supresión de éstas, o bien asociada a depresión o demencia en el 15-20% de los casos.

Si bien, no se dispone de datos confiables acerca de ansiedad secundaria a trastornos por estrés, no se puede negar la importancia que tiene entre este grupo de población, ya que en los adultos mayores se acumulan las situaciones estresantes al tiempo que su capacidad de adaptación se encuentra disminuida, observándose por ejemplo pérdidas notables en los meses anteriores al cuadro ansioso.

Sintomatología

Las manifestaciones de la angustia son sumamente variadas, tanto física como psíquicamente, por la actividad del sistema nervioso autónomo que controla la función visceral (Tabla 4.1-1). Puede diferenciarse entre ansiedad estado, más transitoria, y ansiedad rasgo, más estable. La ansiedad ante la muerte no es específica de la vejez.

Los síntomas de ansiedad pueden resultar difíciles de diferenciar de los de la enfermedad física. Por otra parte, los síntomas físicos pueden causarla y, a su vez, aumentar la morbilidad de las enfermedades físicas a las que acompaña.

TABLA 4.1-1. Manifestaciones clínicas de la angustia

Manifestaciones físicas	Manifestaciones psíquicas
Taquicardia y palpitaciones	Despersonalización y desrealización
Hiperventilación, dificultad respiratoria y sensación de falta de aire	Sensación de peligro inminente, temores vagos e injustificados y aprehensión general
Hiperhidrosis en manos, labio superior y axilas	Miedo a perder el juicio o el control de los propios actos
Poliuria, polidipsia y polaquiuria	Fatiga y disminución de los rendimientos intelectuales
Naúseas, vómitos, diarreas, malestar digestivo, sequedad de boca, retortijones	Sensación de pérdida de memoria
Temblor	Tensión motora e inquietud
Alteraciones del sueño; conciliación y mantenimiento, ritmo y calidad	Inseguridad
Sensación de fatiga	
Tos seca	
Cefaleas	
Mareo y sensación de inestabilidad en la marcha	
Dolores vagos	

Formas clínicas

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

Este proceso de ansiedad generalizada y persistente no se limita o predomina en determinadas circunstancias concretas: es como una "angustia libre flotante". Presenta síntomas variados que pueden ir desde la sensación subjetiva de nerviosismo a la de temblor o tensión muscular, mareos, palpitaciones, así como temor de que algo malo suceda, incapacidad para relajarse, alteraciones del sueño, sequedad de boca y cefalea tensional. La situación del enfermo es de preocupación excesiva, con dificultades para concentrarse con irritabilidad y tensión muscular. Es más frecuente la presentación en las mujeres y puede relacionarse con situaciones de estrés ambiental crónico. El curso suele ser fluctuante, pero el DSM-IV para su diagnóstico exige como mínimo una duración de 6 meses del cuadro.

Trastorno de angustia

Se trata de crisis de angustia paroxística episódica caracterizadas por presentación súbita de síntomas de aprehensión, miedo pavoroso o terror, con sensación de muerte inminente. Se acompaña de otras manifestaciones como palpitaciones, sensación de ahogo, opresión precordial y miedo a volverse loco, perder el control o sufrir un infarto. La máxima expresión de los síntomas se alcanza en los primeros 10 minutos con sudación, temblores, náuseas, mareo, sofocos y sensación de desrealización y/o despersonalización. La frecuencia y el curso es muy variable y la incidencia algo mayor en las mujeres. Para establecer el diagnóstico, se pide que aparezcan varios ataques importantes a lo largo de un mes, sin peligros objetivos desencadenantes. Por su brusquedad y el temor generado a padecer una enfermedad grave o a morir, constituyen cuadros característicos de urgencia médica o psiquiátrica.

Fobias

Las fobias en el adulto mayor, a menudo no logran identificarse o no llegan al especialista, pero suelen coincidir más de una. Las fobias específicas son de aparición precoz y la agorafobia más tardía. Por su relevancia cabe destacar el temor al transporte público (Lindsay, 1991).

Trastorno por estrés agudo

El trastorno por estrés agudo se presenta con síntomas similares al anterior, y se desencadena inmediatamente después de un acontecimiento traumático, en el mes siguiente. Puede manifestarse con embotamiento afectivo, desapego emocional, temor, desesperanza; síntomas disociativos, desrealización y despersonalización, dificultad para disfrutar o sentimientos de culpa, dependiendo de la intensidad y la persistencia del trauma. Se suele reaccionar intensamente, como en las rupturas de pareja de sus hijos, y mantienen una sintomatología muy viva, incluso cuando los hijos han logrado rehacer sus vidas con nuevas y armoniosas parejas.

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad física

Los síntomas son secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica subyacente. Se ha demostrado la existencia de esta enfermedad y, por lo tanto, una asociación temporal entre inicio, exacerbación o remisión médica, y los síntomas de ansiedad. Se denomina también "ansiedad orgánica" y se trata de una ansiedad recurrente o persistente debida a factores orgánicos específicos (Diez, 1991). El grado puede ir de leve a intenso, y los ancianos son particularmente proclives a estos cuadros por cambios metabólicos e interferencias medicamentosas. Las enfermedades médicas asociadas con ansiedad pueden ser endocrinas y metabólicas, cardiovasculares, respiratorias y neurológicas (Tabla 4.1-2)

TABLA 4.1-2. Enfermedades físicas asociadas con ansiedad	
Endócrinas y metabólicas	Feocromocitoma Hipoglucemia Hipoparatiroidismo Menopausia Síndrome carcinoide Trastornos tiroideos
Cardiovasculares	Arritmias Hipertensión arterial Infarto de miocardio silente o manifiesto Insuficiencia coronaria Prolapso de la válvula mitral Taquicardia paroxística supraventricular
Respiratorias	Asma bronquial Enfermedad pulmonar obstructiva Hipoxia por embolia Neumonía Síndrome de hiperventilación
Neurológicas	Accidentes vascular frontal o temporolímbico Corea de Huntington Demencias Enfermedad de Parkinson Enfermedad de Wilson Enfermedades desmielinizantes Patología del lóbulo temporal y crisis complejas Accidente vascular transitorio leve Tumores del tercer ventrículo
Otras enfermedades	Déficit de vitamina B12

Además, en mayor o menor grado, la ansiedad acompaña a cuadros psiquiátricos tan variados como depresión, alteraciones diversas de la personalidad, trastornos delirantes o psicosis orgánica.

Cuando la ansiedad se asocia a cuadros somáticos influye en su evolución, y se hace más tórpida, menos pura y con peor respuesta al tratamiento. Asimismo, la ansiedad aumenta la incidencia de mortalidad y morbilidad, sobre todo en varones (Tueth,1993). Se supone que influye también a través del sistema neuroendocrino e inmunitario. El efecto del estrés sobre ambos parece mayor en los ancianos que en los jóvenes.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias es secundario a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico. Los adultos mayores son más sensibles por los cambios metabólicos farmacocinéticos y farmacodinámicos que se presentan con la edad. Pueden aparecer al inicio del consumo, o más adelante por intoxicación o abstinencia (Tabla 4.1-3)

TABLA 4.1-3 Sustancias que pueden inducir trastorno de ansiedad

Intoxicación por:	Por abstinencia de:	Fármacos que pueden ocasionar ansiedad:	Otras sustancias
Alcohol Alucinógenos Anfetaminas y derivados Cafeína Cannabis Cocaína Fenciclina Inhalables Sustancias desconocidas	Alcohol Ansiolíticos Antidepresivos Cocaína Hipnóticos Neurolépticos Opiáceos Sustancias desconocidas	Analgésicos/antiinflamatorios: isoniacida e indometacina Anestésicos Anticolinérgicos Anticomociales Anticonceptivos orales Antidepresivos Antihipertensivos Antihistamínicos Antiparkinsonianos Antipsicóticos Broncodilatadores Corticoides Insulina Preparados tiroideos Litio Simpaticomiméticos	Dióxido y monóxido de carbono Insecticidas organofosforados Metales pesados Sustancias volátiles: gasolina o pinturas

Etiología

Factores psicológicos

La angustia puede considerarse como la manifestación de un conflicto psicológico y de su represión. La etiología es compleja, y en ella intervienen factores biológicos, psicológicos, genéticos, sociales, cognoscitivos, existenciales y culturales.

Las teorías psicoanalíticas explican la angustia a partir de conflictos infantiles que quedan cristalizados en un punto de su evolución y permanecen como una pulsión no resuelta.

Las teorías filosóficas, como el existencialismo, hablan de angustia vital, diferente a la angustia a la que se ha referido el texto.

Para los conductistas se trata de una conducta aprendida: ante un estímulo displacentero, se da una respuesta determinada que reduce de forma espontánea la ansiedad, pero que se repite y refuerza, y favorece la aparición de fobias.

Factores biológicos

Se ha demostrado la influencia de los factores genéticos, ya que entre familiares de primer grado se observa una incidencia mayor. Las teorías biologicistas se basan en disfunciones de estructuras nerviosas. Los cambios que se producen con la edad en los neurotransmisores contribuyen a la presencia de ansiedad en los ancianos, y dependen, sobre todo, del balance entre los diferentes sistemas (Bartus, 1982).

Diagnóstico

Es imprescindible una historia detallada con datos de los antecedentes familiares de enfermedades

somáticas y psíquicas, formas de presentación, desencadenantes, frecuencia e intensidad de los síntomas. En todos los casos debe contrastarse la información con los familiares.

La ansiedad en el adulto mayor puede confundirse con acatisia, temblor, agitación o inquietud, y no ser propiamente ansiedad. No está claro cómo actúa la edad sobre el propio trastorno, tanto en la que aparece por primera vez en la vejez, como en la antigua reagudizada (Salzman, 1990). Hay que investigar siempre los medicamentos que se estén consumiendo, incluidos los productos herbolarios, hábitos dietéticos, café u otros.

Para establecer el diagnóstico diferencial con los cuadros somáticos mencionados con anterioridad, en los que la ansiedad es el síntoma destacado, resulta imprescindible realizar una exploración física general. Son indiscutibles los siguientes estudios de laboratorio y gabinete: química sanguínea, perfil tiroideo y electrocardiograma. El resto dependerá de la exploración física y/o la historia clínica.

Clinimetría

Existen numerosas escalas de ansiedad, autoaplicadas o heteroaplicadas. Unas y otras ofrecen ventajas e inconvenientes, pero en los ancianos son preferibles las heteroaplicadas (Salzman, 1972). No sirven para efectuar el diagnóstico diferencial entre los diversos cuadros, sino para identificar la ansiedad general. (Anexo Escala de SAST)

Diagnóstico diferencial

Ansiedad y depresión

Con frecuencia resulta difícil diferenciarlas, y más en la vejez, ya que la relación entre ambas se hace muy estrecha con traslapamientos y falta de especificidad, incluso hay autores que las consideran parte de un continuum, con cambios de diagnóstico de una a otra, a lo largo del tiempo. El 80% de las depresiones ofrecen destacados valores de ansiedad y el 50% de las ansiedades generales tienen síntomas de depresión. Al mejorar la depresión, disminuyen los síntomas de ansiedad y esto se refleja en la valoración clinimétrica.

Ansiedad y agitación

Se confunden a menudo y no siempre son lo mismo. La agitación resulta un concepto difícil de definir en personas mayores y puede acompañar a la depresión, manía, esquizofrenia, delirium, demencia, abstinencia de alcohol o drogas, o a la acatisia secundaria a neurolépticos. La agitación puede ser una forma de comunicación del anciano, cuando pierde capacidad para expresar sus emociones.

Ansiedad y demencia

La ansiedad puede intensificarse en diversos estadios de la demencia. Es difícil investigar la vivencia de la ansiedad en una persona que no puede expresar de manera adecuada sus emociones: tampoco ayudan las escalas habituales.

Tratamiento

Antes de decidir el manejo terapéutico, debe valorarse la enfermedad física concomitante, el diagnóstico y las causas que lo han favorecido o desencadenado. A menudo no se tiene en cuenta si la ansiedad es aguda o crónica, o si es primaria o secundaria. El tratamiento en el anciano, con frecuencia se realiza con poco rigor, fijándose más en la agitación conductual que en la sensación subjetiva de temor y malestar.

Los tratamientos se dividen en dos grandes grupos: farmacológico y no farmacológico. A priori lo adecuado es una combinación de ambos.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico debe instaurarse cuando los síntomas son graves y persistentes, cuando los pacientes tienen una historia previa de buena respuesta a los tratamientos, se ha fracasado en la psicoterapia y existe una importante repercusión en la calidad de vida (Pasnau, 1990).

Los grupos de fármacos que deben emplearse son: las benzodiacepinas, los neurolépticos, los anti-depresivos, y otros como beta-bloqueadores o antihistamínicos.

Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas (BDZ) constituyen los fármacos de primera elección ya que actúan uniéndose al GABA, el neurotransmisor inhibitor del SNC y el principal involucrado en la fisiopatología de la ansiedad. La elección de la BDZ se lleva a cabo, tomando en cuenta:

1. Semivida
2. Presencia o no de metabolitos activos
3. Coexistencia de enfermedad somática importante o no
4. Forma metabólica de eliminación. La edad influye sobre el metabolismo hepático, y aumenta la semivida y la farmacocinética de los derivados. Los que se eliminan por conjugación como el loracepam, el oxacepam o el tenacepam no alargan la semivida con la edad, de cualquier manera no obstante los ancianos tienen aumentada la sensibilidad a las benzodiacepinas en general, por lo que otro criterio es prescribir de preferencia las de semivida corta o intermedia por el riesgo de acumulación (Conde, 1989). Si se prescriben de semivida larga hay que procurar que sea en dosis única (Burch, 1990).

Los efectos secundarios que deben estar presentes al prescribir BDZ en el adulto mayor son: alteraciones de la memoria, la atención, el aprendizaje y las funciones psicomotoras. Esto último por el riesgo importante de caídas. También es necesario considerar la posibilidad de respuestas paradójicas (Weiss, 1996). En general también debe de tenerse en mente que en la medida de lo posible las BDZ deben ser empleadas por tiempos cortos, y que debe de iniciarse la medicación con dosis bajas que gradual y lentamente pueden ser incrementadas hasta alcanzar la respuesta terapéutica. De la misma forma, en el sentido inverso se buscará suspenderlas.

Neurolépticos

Pueden ser de primera elección en los pacientes con enfermedades físicas, sobre todo con problemas respiratorios o en la ansiedad y agitación que acompañan al delirium; sin embargo, debe tomarse en cuenta que los adultos mayores resultan más sensibles a los efectos secundarios conocidos, como por ejemplo: la discinesia tardía, el parkinsonismo, la acatisia y/o distonías, que a veces pueden confundirse con los síntomas de la ansiedad y en consecuencia erróneamente incrementar las dosis del neuroléptico.

Antidepresivos

No todos tienen capacidad ansiolítica. Pueden emplearse por su efecto sedante, la amitriptilina, maprotilina o mianserina, entre los tricíclicos y heterocíclicos, así como la fluvoxamina, paroxetina y venlafaxina entre los ISRS y los ISRN. La venlafaxina retard ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la ansiedad generalizada. Otros antidepresivos, más o menos recientes como la nefazodona o

la mirtazepina han mostrado asimismo un componente sedante bastante marcado que puede ser útil en el manejo del insomnio asociado.

Otras sustancias

Entre las azapironas, la buspirona, un agonista parcial de los receptores de la serotonina, puede estar indicada cuando se precisan ansiolíticos y no se toleran las BDZ. Se pensó como alternativa a los ancianos con enfermedad médica y clínicamente ansiosos (Lader, 1982). No produce sedación, pero su acción tarda unos 15 días en aparecer. La dosis es de 20-40 mgs. al día.

Tratamiento no farmacológico

Medidas psicoterapéuticas y los ajustes psicosociales pueden resultar suficientes para resolver el problema, cuando se encuentra relacionado con estrés. La ansiedad puede precipitarse por sutiles discapacidades físicas o psíquicas que deben vigilarse y compensarse. Ayuda la integración en la vida social y la protección frente al estrés ambiental, así como las técnicas de relajación y terapias de apoyo. Existen técnicas cognoscitivas y de autocontrol. Debe identificarse la conducta problema y ver la forma de alcanzar objetivos.

4.2 Delirium

El delirium es un cuadro clínico que puede aparecer a cualquier edad, pero sobre todo en niños y ancianos. Estos últimos son más propensos a sufrirlo, por el propio proceso del deterioro cerebral, la frecuente enfermedad somática concomitante y las medicaciones que, a menudo se superponen.

El delirium tiene las siguientes implicaciones prácticas de vital importancia:

1. Generalmente es indicativo de un cerebro lesionado
2. Interfiere en el tratamiento que se esté realizando
3. Prolonga las estancias hospitalaria y la enfermedad
4. Pone en peligro la vida del paciente
5. Con regularidad deja secuelas de una lesión cerebral irreversible
6. Requiere una pronta intervención para disminuir, en lo posible, las secuelas cognoscitivas.

Según el DSM-IV, el delirium se define como una alteración de la conciencia y cambio en la cognición que se desarrolla lo largo de un breve período de tiempo. No es explicable por un cuadro demencial. Se desarrolla en horas o días, y su sintomatología es fluctuante a lo largo del día.

Para el diagnóstico se requiere de los siguientes criterios:

1. Alteración de la conciencia con dificultad para centrar, mantener o dirigir la atención
2. Cambio en las funciones cognoscitivas (déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje o presencia de un trastorno perceptivo), que no se explica por la existencia de una demencia previa o en evolución.
3. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (horas o días), y tiende a fluctuar a lo largo del día.
4. Demostración de que el cuadro es efecto fisiológico directo de una enfermedad médica

Epidemiología

Los cuadros de delirium son muy frecuentes en los ancianos, y más aún en los que se encuentran hospitalizados (Levkoff, 1988). Se admite que alcanza del 15 al 50% de los hospitalizados. La duración del cuadro va de unos días a 2-3 semanas, con una media de 7 días, pero en los ancianos puede prolongarse un mes. Si existen antecedentes aumenta el riesgo. Son frecuentes casos menos graves

en el propio domicilio que no se diagnostican. El delirium se asocia con prolongación de la estancia hospitalaria, riesgo mayor de complicaciones y traslado a instituciones de cuidados prolongados (Schor, 1992).

Sintomatología

A pesar de que la etiología es muy variada, la sintomatología es muy similar. La variabilidad no resulta elevada, aunque algunos síntomas sean algo más frecuentes en los cuadros provocados por cierto tipo de sustancias.

Alteración de la conciencia

La confusión es el primer síntoma y siempre está presente. Su intensidad se relaciona con la intensidad del cuadro. Se trata de una alteración cualitativa y cuantitativa. Es oscilante con empeoramiento nocturno. No debe de alcanzar el grado de coma.

Alteraciones de la percepción y el pensamiento

Son, a menudo, los síntomas más llamativos y espectaculares. El paciente presenta alucinaciones, ilusiones, falsas percepciones, confabulaciones y falsos reconocimientos. Pueden ser simples o complejas. Las alucinaciones más frecuentes son las visuales, pero también las hay auditivas y táctiles. Hay pérdida de la capacidad de introspección. El pensamiento es más literal y concreto, estereotipado y banal, con dificultad para la abstracción, la conceptualización y la síntesis, igualmente desorganizado y retorcido, con razonamiento limitado e invadido por fantasías (Black y Perry, 1994).

Alteraciones de la memoria

Hay alteraciones en el proceso de registro, en la retención y el recuerdo. La memoria inmediata se encuentra disminuida y se dificulta el aprendizaje. Las fallas mnésicas provocan desorientación, sobre todo en tiempo y posteriormente en espacio y persona.

Alteraciones emocionales y de la afectividad

El paciente puede mostrar miedo, ansiedad, enojo, tristeza, apatía o euforia. Grita, musita, llama, cambia fácilmente de la irritabilidad a la ansiedad, la disforia y el retraimiento. En ocasiones aparecen conductas histriónicas o inadecuadas y puede ser muy sugestionable.

Alteraciones del lenguaje

Puede mostrarse vago o incoherente y pasar superficialmente de un tema al otro; lento, monótono, apresurado, reiterativo o farfullante.

Alteraciones de la conducta psicomotora

Suele acompañarse el cuadro de alteración en la actividad psicomotora, pasando de la dinamia o quietud relativa, a la agitación de forma brusca e inesperada. Se han descrito dos tipos de síndromes; uno **hiperactivo**, vigilante e hiperalerta en el que serían más frecuentes las alucinaciones y las ideas delirantes, y otro **hipoactivo** letárgico o hipoalerta con menos síntomas productivos, más confusión y sedación. Es frecuente una forma mixta, con alternancia de uno y otro (Lipowski, 1987).

Alteraciones del ciclo sueño-vigilia

Aparece somnolencia durante el día e inquietud y agitación por la noche. Algunos pacientes sólo muestran la sintomatología durante la noche.

Alteraciones neurológicas y generales

Entre los síntomas posibles se encuentran temblor, mioclonías, alteraciones del tono o de los reflejos, apraxia, afasia y agrafia. Además, puede haber manifestaciones de alteración del sistema nervioso autónomo, como palidez, sudación, alteraciones pupilares, taquicardia o bradicardia, hipotensión o hipertensión, fiebre o hipotermia.

Etiología

La etiología de este cuadro es múltiple. Existen factores relacionados con la edad (tabla 4.2-1)

TABLA 4.2-1. Factores relacionados con la edad en el delirium

Frecuencia de tratamientos superpuestos
Mayor susceptibilidad a los efectos secundarios de los fármacos
Fallas en la visión y audición que favorece la desorientación
Disminución de neuronas en el SNC
Reducción del flujo cerebral y del metabolismo de la glucosa
Menor síntesis de neurotransmisores, principalmente acetilcolina
Disminución del número de receptores
Peor capacidad para regular homeostasis en situaciones de estrés
Alteración en el equilibrio del sueño REM/NoREM
Mayor afectación funcional hepática y renal
Menor proporción de masa muscular y aumento de grasa corporal

Casi siempre es posible identificar la causa, y cualquier proceso cerebral orgánico, sobre todo de presentación brusca, puede predisponer al trastorno. Son factores de riesgo, los siguientes:

1. Gravedad de la enfermedad somática
2. Edad avanzada
3. Presencia de alteración cognoscitiva previa
4. Antecedentes de delirium anterior

Las causas más frecuentes son fármacos y tóxicos (tabla 4.2-2) y enfermedades somáticas (tabla 4.2-3)

TABLA 4.2-2. Fármacos y tóxicos relacionados con delirium

Alcohol	Cannabis	Sales de litio
Analgésicos	Cardiotónicos	Simpaticomiméticos
Atropina	Beta-bloqueadores	Abstinencia de drogas
Antibióticos	Propranolol	Alcohol
Anticolinérgicos	Digitálicos	Antidepresivos
Anticonvulsivantes	Quinidina	Benzodiazepinas
Antiespasmódicos	Procainamida	Otros
Antifúngicos	Lidocaína	Aminoflina
Antihistamínicos	Metildopa	Bromuros
Antiinflamatorios	Hipnóticos sedantes	Cimetidina
Antineoplásicos	Reserpina	Disulfiram
Antiparkinsonianos		Metronidazol
Antivirales		Teofilina

TABLA 4.2-3. Enfermedades somáticas relacionadas con delirium

Afecciones cerebrales o neurológicas	Enfermedades endocrinas, metabólicas y carenciales	Hipoxia
Contusión/conmoción	Alcalosis o acidosis	Anemia
Demencias	Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico	Hipotensión
Encefalopatía hipertensiva	Déficit de vitamina B1, B6, B12, folato u otras vitaminas	Insuficiencia cardiaca y/o respiratoria
Epilepsia	Deshidratación	Intoxicación por monóxido de carbono
Esclerosis múltiple	Disfunción tiroidea	Infecciones sistémicas
Hematoma subdural	Efectos secundarios de carcinoma	Fiebre tifoidea
Hemorragia cerebral	Enfermedad de Cushing	Infecciones urinarias
Hidrocefalia normotensa	Hipercapnia	Malaria
Infarto cerebral	Hipoglucemia o hiperglucemia	Neumonía
Infección cerebral: meningitis, encefalitis, VIH	Hipoparatiroidismo e hiperparatiroidismo	Sepsis
Tumores	Insuficiencia renal	Otros
Vasculitis	Insuficiencia hepática	Insecticidas
Autoinmunitarias	Marasmo	Plomo, arsénico, aluminio
Lupus eritematoso sistémico	Porfirio	Postanestesia y postoperatorio en general
Déficit sensoriales bruscos		Quemaduras
Intervenciones quirúrgicas		Fractura de cadera
Operación de cataratas		
Situaciones de secuestros		
Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades pulmonares	
Infarto de miocardio	Enfermedad pulmonar obstructiva	
Insuficiencia cardiaca congestiva	Hipercapnia	
SOC	Hipoxemia	
	Infecciones: bronquitis	
	Neumonía, abscesos	
	Tumores	

Diagnóstico

Lo más importante para el diagnóstico son los síntomas, ya que éste es eminentemente clínico. Es un importante factor de riesgo vital e intelectual y aún mayor cuando se retrasa el tratamiento correcto (Lipowski, 1980).

Para realizar el diagnóstico se debe seguir el siguiente procedimiento:

1. Definir el síndrome psicopatológico
2. Identificar las manifestaciones psíquicas acompañantes.
3. Determinar la enfermedad sistémica de base.
4. Establecer la relación entre el cuadro psicopatológico y la enfermedad sistémica.

Exploración física, neurológica y psicopatológica

Para llegar al diagnóstico correcto debe efectuarse una exploración cuidadosa, general y neurológica (Rabins, 1982). En todos los casos debe investigarse:

1. Medicación previa y actual
2. Hábitos tóxicos
3. Intervenciones quirúrgicas recientes o exploraciones armadas
4. Historia familiar y personal
5. Tipo de alimentación
6. Síntomas relevantes

Estudios complementarios

La elección de las pruebas complementarias está condicionada por la historia clínica y los resultados de la exploración integral. En todos los casos se recomienda solicitar biometría hemática, química sanguínea y examen general de orina, así como electrocardiograma y radiografía de tórax. Las técnicas de neuroimagen y EEG se realizarán según necesidad y disponibilidad.

Diagnóstico diferencial

Debe determinarse si se está frente a un cuadro funcional u orgánico y si éste es agudo o crónico. Sin duda el diagnóstico diferencial más importante es el que tiene que hacerse con la demencia (Farrel, 1995) (tabla 4.2-4)

TABLA 4.2-4. Diagnóstico diferencial entre delirium y demencia		
	Delirium	Demencia
Antecedentes	Enfermedad aguda	Enfermedad crónica
Comienzo	Súbito	Insidioso
Duración	A menudo por la noche	Meses/años
Curso clínico	Horas/semanas	Relativamente estable
Nivel de conciencia	Fluctuante	
Atención	Peor por la noche	
Cognición	Intervalos con lucidez	
Orientación	Disminuido	Normal
Memoria	Alterada	No disminuida
Pensamiento	Fluctuante	
Percepción	Alterada	Alterada
Actividad psicomotora	Alterada	Puede estar normal
Ciclo sueño/vigilia	Alterada	Alterada
Afecto	Lento o acelerado	Pobre en abstracción
Enfermedad física	Alucinaciones diversas	Generalmente ausentes
Evolución	Variable	Normal
Reversibilidad	Alterado, insomnio	Sueño fragmentado
	Somnolencia	
	Ansioso, irritable	Lábil
	Generalmente presente	Generalmente ausente
	Fluctuante	Progresivo
	Frecuente	Raramente

Modificada de Lipowski, 1982

Otros

El diagnóstico diferencial debe establecerse también con otros procesos como episodio psicótico agudo transitorio, forma aguda de esquizofrenia, trastornos paranoides, manía aguda, trastornos disociativos, simulación y trastorno facticio.

Tratamiento

El tratamiento del delirium comprende manejo médico, farmacológico y ambiental

Cuidados generales

Se atenderá el estado general del paciente, constantes vitales y enfermedad somática de base, corrigiendo las alteraciones hidroelectrolíticas.

Son medidas de higiene útiles, las siguientes:

1. Habitación tranquila y sin ruidos
2. Luz suave por la noche
3. Dejar que permanezca junto al paciente algún familiar o persona conocida (Cole 1994)
4. Personal sanitario sereno y cálido
5. Terapia de realidad (fecha, hora del día, estación del año, ser llamado por el nombre propio, nombrar objetos, permitir reloj, calendario, fotos y objetos personales) (Meagher, 1996)
6. Movilización a menudo
7. Control frecuente de los signos vitales
8. Balance líquido (ingesta y diuresis)
9. Mantener las funciones básicas de hidratación, alimentación y eliminación
10. Vigilar y evitar situaciones potenciales de riesgo (por ejemplo, caídas). En ocasiones puede ser necesaria la sujeción para proteger al paciente, pero entonces debe de vigilarse cada 1-2 horas la necesidad de mantenerla (Inouye, 1996).

Tratamiento farmacológico

Si el adulto mayor toma diversos medicamentos, deben dejarse sólo los que son imprescindibles. Nunca deben cambiarse los tratamientos ni las dosis de forma brusca, sino sustituir unos fármacos por otros, de forma lenta y progresiva.

Tratar causalmente si se trata de cuadros infecciosos, carenciales o metabólicos. Disminuir los tranquilizantes cuando sea posible, excepto en los casos en los que el cuadro sea secundario a la supresión brusca de alcohol o benzodiazepinas.

Psicofármacos

Si el delirio es hipoactivo, no resulta aconsejable administrar psicofármacos. Si hay agitación puede iniciarse tratamiento.

Neurolepticos

Son los que menores riesgos ofrecen, si se tiene en cuenta su perfil de efectos secundarios: los más sedantes, acción anticolinérgica e hipo; los más incisivos, más efectos extrapiramidales. Las butirofenonas se consideran efectivas y seguras, con mínimos efectos cardiovasculares y sin metabolitos activos. Igualmente en la actualidad los neurolepticos no convencionales, como la riesperidona y la quetiapina, han demostrado efectividad y seguridad en dosis bajas (Menza, 1987).

Benzodiazepinas

De preferencia deben evitarse, sin embargo, si es necesaria la combinación con los neurolépticos, se prefiere el empleo de benzodiazepinas de acción corta o intermedia. (Menza, 1988)

Otros medicamentos

Cómo los mecanismos anticolinérgicos influyen en muchos delirios, recientemente se han empleado inhibidores de la acetilcolinesterasa del tipo donepecilo, aunque no existen muchos estudios que lo avalen con la seguridad que se requiere probar.

Cuando el componente psicoorgánico es importante, son de utilidad la carbamacepina, el valproato y el ácido valproico.

4.3 Demencia

Precisamente porque las demencias tienen implicaciones, tanto en lo individual, familiar y social, como en los aspectos médico y psicosocial, amén de que se trata de un padecimiento que gradualmente se ha convertido en un problema de salud pública, el papel del psiquiatra resulta decisivo en dos momentos de la enfermedad:

1. Al iniciarse, cuando el diagnóstico puede plantear dificultades, sobre todo con la sintomatología afectiva.
2. Cuando a lo largo de la enfermedad, abundan las manifestaciones psicopatológicas.

Concepto

La demencia es un trastorno cognoscitivo adquirido, debido a un proceso orgánico que afecta el cerebro por enfermedad médica directa, por efectos persistentes de una sustancia o por múltiples etiologías. Se trata de una alteración global que incluye pérdida de memoria y de otras funciones superiores, en comparación con su nivel previo, pero sin alterar la conciencia, así como una incapacidad funcional laboral que interfiere con las actividades sociales cotidianas.

Según el CIE-10, la demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio.

Epidemiología

Las demencias no son un trastorno exclusivo de la vejez, pero sí son más frecuentes en esta etapa de la vida, ya que la edad es un factor de riesgo para padecerlas, y su prevalencia aumenta al doble cada 5 años, después de los 65 años (Hendiré, 1997). Según el tipo de demencia, la distribución de frecuencias se expone en la tabla 4.3-1

TABLA 4.3-1 Frecuencia de las demencias	
Tipo de demencia	Porcentaje
Enfermedad de Alzheimer	55-60
Vascular	10-20
Mixta: Alzheimer y vascular	10-20
Frontotemporal	5-10
Con cuerpos de Lewy	5-10
Enfermedades de Parkinson y Huntington	5-8
Por ingesta crónica de fármacos	1-5
Hidrocefalia	1-5
Metabólica	1-2
Diversas	1-5

Clasificación

Según el DSM-IV, las demencias se clasifican en:

- 290.xx Demencia tipo Alzheimer de inicio temprano
 - 290.10 No complicada
 - 290.12 Con ideas delirantes
 - 290.13 Con estado de ánimo depresivo
- 290.xx Demencia tipo Alzheimer de inicio tardío
 - 290.0 No complicada
 - 290.20 Con ideas delirantes
 - 290.21 Con estado de ánimo depresivo
- 290.xx Demencia vascular
 - 290.40 No complicada
 - 290.42 Con ideas delirantes
 - 290.43 Con estado de ánimo depresivo
- 294.9 Demencia debida a enfermedad por VIH
- 294.1 Demencia debida a traumatismo craneal
- 294.1 Demencia debida a enfermedad de Parkinson
- 294.1 Demencia debida a enfermedad de Huntington
- 290.10 Demencia debida a enfermedad de Pick
- 290.10 Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
- 294.1 Demencia debida a otras enfermedades médicas
 - Demencia persistente inducida por sustancias
 - Demencia debida a múltiples etiologías
- 1.8 Demencia no especificada

Sintomatología

La demencia se caracteriza por la presencia de múltiples déficits cognoscitivos. La alteración es lo bastante grave como para interferir de forma significativa en las actividades laborales y sociales y representa una pérdida respecto del nivel previo de funcionamiento. La afectación es cognoscitiva, funcional y conductual.

Funciones cognoscitivas

Existe afectación de las funciones cognoscitivas superiores como memoria, inteligencia, orientación, cálculo, comprensión, juicio, pensamiento abstracto, razonamiento, capacidad de aprendizaje o alteraciones sensoriales y de la atención. Cursa con apraxia, afasia y agnosia. Hay deterioro en el flujo de ideas y en la capacidad para almacenar nueva información. El grado de afectación de cada una de estas funciones es muy variable, así como el ritmo de progresión del deterioro. La conciencia permanece intacta.

Memoria

El deterioro de la memoria constituye en las demencias el síntoma precoz y predominante, con dificultad para aprender información nueva y para recordar lo anteriormente aprendido. Se manifiesta inicialmente por olvidos de objetos o tareas y posteriormente de datos como el domicilio, no reconocer lugares ni a familiares e inclusive su propia imagen en un espejo.

Lenguaje

Las alteraciones se manifiestan por incapacidad para nombrar objetos, ser vago e impreciso. La afasia puede aparecer en los primeros estadios, pero no es frecuente. La sintaxis se conserva aunque se construyen frases menos complejas. Existe alteración en el lenguaje escrito, y en los estadios finales el lenguaje se hace casi incomprensible.

Praxias

La apraxia es la dificultad para realizar tareas, como vestirse, bañarse, comer, desvestirse, abrocharse botones o peinarse sin que exista una incapacidad motora. Puede tratarse de actividades básicas, pero también de actividades más complejas como hablar por teléfono o tomar las medicinas. La enfermedad se inicia con las dificultades de las segundas actividades para extenderse después a las primeras.

Gnosias

Es el reconocimiento de objetos. En el caso de la demencia se presenta agnosia, es decir el paciente no reconoce los objetos aunque la visión esté intacta. Las agnosias pueden ser visuales, táctiles y corporales.

Pensamiento abstracto y juicio

El deterioro del pensamiento abstracto se manifiesta por la incapacidad para afrontar situaciones nuevas, operaciones de abstracción y síntesis o para dar los pasos necesarios para alcanzar un objetivo determinado.

Orientación

Hay fallas en la orientación temporal y espacial, comenzando por la temporal.

Atención

Hay dificultad para mantener la atención con gran dispensión y distracción.

Percepción, pensamiento, humor y emociones

Son muy importantes las alteraciones de la percepción (alucinaciones, principalmente visuales), de los contenidos del pensamiento (ideas delirantes) o del humor y emociones (depresión, ansiedad o disforia) con agitación. A lo largo de las demencias en general estos síntomas se presentan en un

80% de los casos. En algunas de las formas pueden aparecer antes que las fallas cognoscitivas, como en la frontotemporal, subcortical, enfermedad de Huntington o con cuerpos de Lewy.

Síntomas psicóticos

El 20-50% de los casos presentan ideas delirantes, de moderados a leves. Los delirios suelen ser poco elaborados con predominio de los temas de daño, robo, perjuicio y celos.

En un 15-50% de las demencias aparecen alucinaciones en particular visuales. La presencia de alucinaciones es orientativa de peor pronóstico y de un previsible rápido deterioro cognoscitivo.

Síntomas afectivos

La presencia de síntomas afectivos, en particular depresión, puede llegar al 20-70% de los casos, más en las formas vasculares, sobre todo en las de localización frontal izquierda anterior. Así mismo en la hidrocefalia normotensa, enfermedad de Parkinson o de Huntington. La presencia de depresión en la enfermedad de Alzheimer se ha asociado con aumento de la mortalidad.

Otros síntomas psiquiátricos

Es frecuente el insomnio, la ansiedad, el delirium y el trastorno adaptativo ansioso-depresivo.

Personalidad y conducta

Como parte de las alteraciones se observan cambios en la personalidad y el comportamiento, con exageración de los rasgos propios. Pueden presentarse episodios de violencia, agresividad ante mínimos contratiempos. Pueden producirse caídas, vagabundeo, conductas desinhibidas e inadecuadas con descuido del aseo y el aspecto personal. En algunos casos se observa tendencia a recoger basura (silogomanía), oposicionismo y retraimiento (síndrome de Diógenes).

En cuanto a la personalidad, el paciente puede volverse irritable, pasivo, suspicaz, exigente e inquieto. Se hacen sumamente vulnerables, neuróticos, dependientes, apáticos, testarudos o caprichosos. Lo anterior de hecho puede ser la primera manifestación en las demencias frontales y subcorticales.

La agitación puede ser física sin agresividad o sólo verbal y aparece en el 10-50% de los casos, mientras que la ansiedad lo hace en el 30% sin relación con la intensidad del cuadro (Esiri, 1996).

Formas clínicas

Demencia tipo Alzheimer

Constituye el prototipo de la enfermedad degenerativa cortical primaria. Su etiología es desconocida. Su inicio resulta lento e insidioso y evoluciona de manera gradual y progresiva durante 2 y 10 años.

Algunas formas de la enfermedad aparecen precozmente, antes de los 65 años, por lo que se denomina enfermedad de Alzheimer presenil. Sin embargo, la mayoría se inicia en las etapas finales de la vida.

Para establecer el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer debe cumplirse:

1. Presencia de un cuadro demencial de inicio insidioso
2. Ausencia de resultados clínicos que indican que se trata de un trastorno mental debido a otra enfermedad cerebral o sistémica, o al grupo de demencias reversibles.
3. Ausencia de inicio apoplético

Se han descrito diversos factores de riesgo, pero sólo resultan claros la historia familiar de demencia, la edad, traumatismos cerebrales previos, hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipotiroidismo.

Demencia vascular

Antes se denominaba como demencia multiinfarto o arterioesclerosa. La muerte celular está provocada por isquemia o hemorragia. No se produce por riego cerebral insuficiente, sino por infartos múltiples. Puede ser:

1. Demencia por multiinfarto
2. Demencia por infarto único en lugar estratégico
3. Demencia por pequeño vaso cortico-subcortical
4. Demencia por hipoperfusión cerebral
5. Demencia secundaria a hemorragia cerebral: subaracnoidea, subdural crónica y hematoma cerebral por angiopatía amiloide

La demencia vascular suele ser de presentación brusca tras una serie de embolias vasculares, trombosis o hemorragias, o por un único infarto cerebral masivo. Los síntomas van a estar relacionados con la localización de la lesión sin un patrón tipo y gran variabilidad. Es muy indicativo el comienzo súbito, un deterioro escalonado y la presencia de síntomas y signos neurológicos focales. La personalidad puede encontrarse relativamente conservada o con cierta apatía., desinhibición o caricaturización de sus rasgos.

La mayoría de los infartos cerebrales son provocados por embolias procedentes de las placas ateromatosas de las arterias extracerebrales y del corazón. La ateromatosis se favorece con la hipertensión, diabetes y obesidad.

Para establecer el diagnóstico, debe mostrarse la existencia de una enfermedad vascular cerebral, con signos y síntomas neurológicos focales y pruebas de laboratorio. En las pruebas de neuroimagen pueden detectarse infartos múltiples, con lagunas bilaterales; lesiones en corteza cerebral, sustancia blanca, gris o núcleos y regiones subcorticales, que exceden a los que se observan en personas mayores sanas; signos de infartos antiguos con atrofia focal, y en el EEG se detectan asimismo lesiones focales cerebrales.

Son factores predictivos de la demencia vascular: la edad avanzada, la historia previa de ictus o infarto de miocardio, el volumen total de tejido infartado, el número de infartos, la localización talámica, la atrofia cerebral, y el AVC en territorio de las grandes arterias, sobre todo de la cerebral media.

Una puntuación de siete o más en la escala de Hachinski resulta indicativa de demencia vascular, y de cuatro o menos, de demencia tipo Alzheimer. Entre cuatro y siete, demencia mixta.

Demencia mixta

Se realiza el diagnóstico cuando se superponen datos de las dos formas anteriores.

Demencia frontotemporal

Es una forma de demencia degenerativa. Se inicia a los 45-60 años, con incidencia similar en ambos sexos. No es raro que comience con síntomas psíquicos; después aparecen los cognoscitivos y luego

extrapiramidales. El paciente muestra cambios frecuentes de humor, alteraciones de la personalidad, indiferencia, apatía, negligencia, desinhibición, conductas inadecuadas, ingesta de comida y bebida en exceso, falta de autocritica, con alteraciones del ritmo del sueño y de la vida sexual; pierden la iniciativa, el razonamiento y las formas sociales. En la exploración sufren problemas de planificación, organización o abstracción. Su lenguaje se endentece, con frases breves, poco elaboradas, pero con estructura gramatical correcta. Los reflejos de desinhibición cortical aparecen pronto.

Los criterios diagnósticos de demencia frontotemporal, son los siguientes:

- Inicio insidioso y progresión lenta
- Pérdida del cuidado personal y los hábitos sociales
- Signos precoces de desinhibición sexual, bromas inadecuadas, conductas violentas
- Rigidez mental e inflexibilidad
- Hiperoralidad (comer, hacer dietas, fumar, consumir, exploración oral de los objetos cercanos y otros síntomas del Síndrome Klüver-Bucy)
- Conductas estereotipadas y perseverativas
- Impulsividad adquirida
- Anosognosia precoz
- Síntomas precoces de depresión, ideas delirantes, ideas de suicidio
- Indiferencia emocional, apatía, ausencia de iniciativa y espontaneidad
- Alteraciones del lenguaje con estereotipias, ecolalia o mutismo
- Aparición precoz de reflejos de desinhibición
- Incontinencia urinaria precoz
- Acinesia, temblor o rigidez

Se han descrito tres síndromes:

1. Orbitofrontal: impulsividad, desinhibición
2. Frontal-medial o cingulado anterior: apatía, falta de espontaneidad y abulia
3. Prefrontal dorsolateral: falta de planificación y organización de la conducta, con disminución de la capacidad de abstracción.

Las imágenes funcionales muestran hipometabolismo frontotemporal, incluso en ausencia de clara atrofia estructural, a diferencia del patrón temporoparietal de la enfermedad de Alzheimer.

Demencia con cuerpos de Lewy

Se estima que constituye la segunda o tercera demencia más frecuente, es decir cerca del 10 al 25% de todas las demencias. Sus límites aún son imprecisos y en la práctica se confunde con la enfermedad de Alzheimer.

Las alucinaciones, depresión, ideas delirantes e interpretaciones delirantes son más frecuentes que en la enfermedad de Alzheimer. Las alucinaciones visuales y auditivas son especialmente intensas en los casos de lesión cognoscitiva moderada. Se da más en varones y se inicia a los 60-80 años, con evolución rápida. Las fallas cognoscitivas están relacionadas con el déficit colinérgico; las alucinaciones, con el desequilibrio colinérgico y serotoninérgico, y el parkinsonismo con el defecto dopaminérgico.

En neuroimagen aparece atrofia cortical de predominio frontal y temporal.

Los criterios diagnósticos de demencia con cuerpos de Lewy, son los siguientes:

1. Deterioro fluctuante de memoria y funciones cognitivas superiores, con confusión episódica e intervalos lúcidos, evidenciables en pruebas cognitivas repetidas
2. Uno de los tres síntomas siguientes:
 - a) Alucinaciones visuales y/o auditivas acompañadas generalmente de ideas delirantes
 - b) Signos extrapiramidales leves espontáneos o síndrome de sensibilidad a neurolépticos (McKeith, 1995)
 - c) Caídas repetidas inexplicables y/o deterioro transitorio o pérdida de conciencia
3. Progresión, a menudo rápida, a pesar de las fluctuaciones, hacia el estadio final de demencia grave
4. Exclusión de toda enfermedad física que pudiera causar deterioro fluctuante
5. Exclusión por historia, exploración física y neuroimagen de cualquier evidencia de ictus

Hidrocefalia de presión normal

Existe una forma obstructiva que puede ser comunicante, fuera del sistema ventricular, y otra no comunicante, cuando la obstrucción se produce dentro del sistema ventricular. Otra forma no obstructiva es por disminución del parénquima cerebral o por producción excesiva de líquido cefalorraquídeo. La sintomatología característica es la demencia de predominio subcortical, incontinencia de esfínteres y alteraciones de la marcha: inestabilidad, caídas y ataxia. Puede relacionarse con procesos infecciosos, hemorragia cerebral, traumatismos, neoplasias diversas o malformaciones, o ser idiopáticas. Es una causa tratable de demencia.

Otras

En los adultos mayores que sufren un traumatismo craneal, la atrofia cerebral hace que las venas de los senos venosos y corteza cerebral se rompan con facilidad, produciendo un hematoma subdural.

Presentan cefalea, alteraciones del nivel de conciencia, irritabilidad, cambio de carácter, alteraciones de la marcha, síntomas y signos neurológicos. El tratamiento es la evacuación, aunque a veces se reabsorbe espontáneamente.

Diagnóstico

Ante una posible demencia, se debe:

1. Identificar el cuadro de afectación cognoscitiva
2. Comprobar si es irreversible o puede ser tratada
3. Reconocer el tipo de demencia
4. Averiguar el alcance de la incapacidad y las áreas en las que el paciente puede desenvolverse de manera satisfactoria
5. Investigar si el paciente padece otras enfermedades que tengan tratamiento y puedan agravar su deterioro mental
6. Especificar las necesidades sociales y psicológicas, así como los recursos de que dispone el enfermo, familia o sus responsables
7. Pronosticar la evolución previsible

Para lograr todo lo anterior, se debe utilizar la historia clínica y la exploración integral.

Exploración

Física y neurológica

En la exploración física debe investigarse si el enfermo puede ver y oír bien. Si es zurdo o diestro; su estado de conciencia y las constantes vitales. En la exploración neurológica se buscan signos de focalización, alteración del tono, mioclonías, temblor, marcha, pares craneales y fondo de ojo. Dentro de los reflejos arcaicos, presentes en las demencias, es importante buscar la presencia de los siguientes:

- Reflejo de grasping. El contacto con la palma de la mano provoca la flexión de los dedos y se agarra la mano. Con un golpe dado en el dorso de ésta, hace que la suelte.
- Reflejo plantar. Al estimular la planta del pie, todos los dedos se flexionan
- Reflejos orales. Al golpear la zona peribucal, se contraen los músculos orbiculares de la boca
- Reflejo de chupeteo. Con la estimulación de la región oral
- Reflejo glabellar. Un ligero golpe en la glabella (casi entre las cejas), provoca parpadeo. En las personas normales desaparece al repetirlo y en el demente persiste el parpadeo al golpear de nuevo
- Reflejo palmomentoniano. Contracción unilateral de los músculos del mentón, cuando se estimula la eminencia tener del mismo lado.
- Reflejo craneomandibular. Una estimulación ligera y rápida en la córnea de un ojo provoca una contracción del otro lado de la mejilla.

Psicopatológica

De explorarse en primer lugar la memoria. Después las funciones instrumentales, o sea, lenguaje, gnosias y praxias.

Se investiga asimismo el humor, el grado de atención y el comportamiento.

Laboratorio y gabinete

Es preciso realizar las siguientes pruebas de laboratorio: biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, perfil tiroideo, perfil de lípidos, determinación de ácido fólico y vitamina B12.

En cuanto a los estudios de gabinete, deberán solicitarse electrocardiograma y teleradiografía de tórax.

Dentro de los estudios de neuroimagen (Kumar, 1992), principalmente una resonancia magnética de cráneo (puede mostrar atrofia cerebral cortical o subcortical, dilatación ventricular y lesiones focales y periventriculares isquémicas, sobre todo en estructuras temporales) y de ser posible un SPECT (que exhibirá hipoperfusión temporal, parietal y eventualmente frontal).

Igualmente, en caso de requerirse, es útil el estudio de doppler carotídeo y transcraneal, sobre todo con la finalidad de documentar el déficit circulatorio cerebral.

Diagnóstico diferencial

En primer lugar debe diferenciarse el tipo de demencia. En las demencias inducidas por sustancias existe una historia previa de consumo de determinados fármacos y relación en el tiempo entre el inicio de dicha toma y el comienzo de los síntomas.

Igualmente deberá de descartarse la demencia de los cambios relacionados con el proceso de envejecimiento normal.

Mención aparte merecen la depresión y el delirium, sobre todo porque se trata de cuadros que al mismo tiempo que pueden estar asociados en comorbilidad, también es cierto que cada uno por separado puede simular la misma sintomatología. Aunque no es tan frecuente, también deberá descartarse la posibilidad de simulación y/o trastorno facticio.

Tratamiento

El tratamiento actual de este grupo de padecimientos, de los cuales el paradigma sigue siendo la enfermedad de Alzheimer, consta de manera gruesa de dos modalidades:

1. Tratamiento biológico
2. Manejo psicosocial

Tratamiento biológico de las demencias

Antes de comenzar a describir las herramientas farmacológicas disponibles hasta el día de hoy para el manejo de estas enfermedades (Spiegel, 1996), es conveniente hacer varias consideraciones que determinarán, tanto el tipo de medicamento, como la forma de utilizarlo.

Primero, es necesario distinguir el tipo de demencia de la que se trata. Después, el estadio clínico. Posteriormente, el contexto del tratamiento, entendido como los recursos, tanto humanos como materiales, de los que se disponga.

Una vez realizado el diagnóstico del síndrome demencial, se debe partir de la base de que la medicación se encuentra dirigida a alcanzar los siguientes objetivos:

1. Restituir las sustancias de neurotransmisión afectadas por la enfermedad
2. Tratar de paliar la velocidad de avance y las complicaciones
3. Controlar los síntomas psiquiátricos

Igualmente deben recordarse varios principios, que son válidos en última instancia para todos los medicamentos que se utilizan en adultos mayores.

- El primer principio se refiere a tomar en cuenta otros medicamentos que se estén utilizando, en términos de potenciación de efectos, contraindicaciones o efectos secundarios.
- Dos, las condiciones físicas generales (esto se refiere a otros estados mórbidos y/o el estado de otros aparatos y sistemas, por ejemplo, la función renal, cardíaca, etcétera)
- Tres, el inicio siempre deberá ser en la dosis mínima posible con incrementos lentos y graduales, sobre la base de los cambios tanto farmacocinéticos como farmacodinámicos característicos de los pacientes ancianos.
- Valorar inicialmente la tolerancia, para lo cual es necesario registrar el efecto que se presente en un período de 2 a 3 días, y durante por lo menos 5 días, antes de realizar un nuevo cambio, excepto que las circunstancias lo exijan.
- Realizar valoraciones clínicas periódicas con el fin de determinar si se están alcanzando los objetivos planteados, si es conveniente continuar con el mismo esquema y dosis, etc.

Por último es necesario recordar que el cuadro clínico de las demencias, se distingue, dependiendo del tiempo de evolución y del tipo, en:

1. Síntomas cognoscitivos
2. Síntomas conductuales o neuropsiquiátricos

Los cuales además plantean estrategias distintas de abordaje, así como de pronóstico, como se verá más adelante.

Inhibidores de la Acetilcolinesterasa

Dentro de los inhibidores de la Acetilcolinesterasa (Cummings, 2000) actualmente disponibles para su empleo en nuestro país, se pueden mencionar los siguientes:

Donepecilo

Es un inhibidor de Acetilcolinesterasa (derivado piperidínico) de tipo reversible que eleva los niveles de acetilcolina cerebral y mejora la memoria, el lenguaje, la orientación y las actividades básicas de la vida diaria (AVD) en los pacientes con enfermedad de Alzheimer. Se administra en una sola dosis, inicialmente de 5 mg al día por la tarde, durante 6 semanas, elevándose después a 10 mg al día. Se absorbe bien por vía oral y alcanza una óptima concentración sanguínea en 3-4 horas. No afecta a las enzimas hepáticas.

Los efectos colaterales gastrointestinales más frecuentes del donepecilo incluyen náuseas, vómitos, diarrea y anorexia. Algunos pacientes desarrollan también calambres musculares, cefalea, mareos, síncope, insomnio, debilidad, somnolencia, astenia y agitación.

Rivastigmina

La rivastigmina es un subtipo de inhibidor de la acetilcolinesterasa selectivo y pseudoreversible. Aunque también inhibe la butilcolinesterasa, es relativamente selectivo para la Acetilcolinesterasa en el SNC.

La dosis inicial es de 1.5 mg dos veces al día, la cual puede aumentarse hasta 3 mg dos veces al día, a continuación hasta 4.5 mg dos veces al día, y posteriormente hasta 6 mg dos veces al día con un intervalo mínimo de dos semanas entre los incrementos.

Los efectos colaterales aparecen en dosis altas (6 a 12 mg al día), especialmente durante el incremento de la dosificación, principalmente sudoración, fatiga, astenia, pérdida de peso, malestar general, mareos, somnolencia, náuseas, vómito, anorexia y flatulencia. En la fase de mantenimiento pueden presentarse mareos, náuseas, vómitos, dispepsia y sinusitis.

Galantamina

La galantamina es un alcaloide extraído de la amarillidaceae, pero no sintetizada, es un inhibidor reversible competitivo de la Acetilcolinesterasa. Otra característica de este compuesto es su modulación alostérica de los receptores, lo que mejora posiblemente la transmisión colinérgica.

El tratamiento con galantamina (16 a 32 mg al día) puede ayudar a conseguir una mejoría cognitiva significativa en la subescala cognitiva de la escala de evaluación de la enfermedad de Alzheimer (ADAS-Cog), la evaluación global por parte del clínico, la escala de las actividades de la vida diaria y la escala de la conducta. Se aprecia eficacia a las dosis de 16 mg al día y 24 mg al día. Se produjeron efectos secundarios en hasta el 13% de los casos a una dosis de 16 mg al día y en hasta 17% de los sujetos expuestos a 24 mg al día. El fármaco ha sido aprobado por la FDA (16 y 24 mg al día).

Antagonista de N-Metil-D-Aspartato (NMDA)

Memantina

La memantina es una nueva alternativa para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, de la demencia de origen vascular y en casos de etiología mixta (donde se combinan elementos vasculares y neurodegenerativos). La memantina es un fármaco que ayuda a la restauración de la transmisión neuronal glutamatérgica y previene los efectos patológicos secundarios a los niveles elevados de glutamato en el espacio sináptico.

La memantina está indicada para el tratamiento de la EA, la DVa y las demencias mixtas desde los estadios iniciales e intermedios hasta casos moderadamente severos y severos. Se sugiere la dosis de 20 mg al día dividida en dos tomas.

La memantina es un antagonista no competitivo del receptor N-metil-D-aspartato con afinidad moderada y con una cinética rápida de bloqueo y desbloqueo. Como tal, inhibe la activación patológica de los receptores del NMDA, inducida a través de niveles elevados de glutamato sináptico. Mientras conserva la activación fisiológica de los mismos receptores necesaria en el aprendizaje y la formación de memoria. Los estudios preclínicos sugieren que la memantina podría mejorar la cognición y proteger la degeneración de las neuronas.

Tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos

Como se comentó con anterioridad, en alguna de las fases de evolución de las demencias suelen aparecer síntomas neuropsiquiátricos o también denominados síntomas conductuales y psicológicos (SiCoPsi) de las demencias, tales como psicosis, alteraciones de la conducta, confusión, agitación, insomnio o depresión hasta en el 70-80% de los casos.

Si para el tratamiento inicial no han sido suficientes las medidas de manejo psicosocial implementadas por el cuidador, entonces se pueden usar los diferentes psicofármacos, como sigue:

Neurolépticos

En caso de sintomatología psicótica, agitación, delirium o alteraciones graves de la conducta. Los antipsicóticos, en líneas generales, mejoran las conductas de agitación en el 60% de los casos (Woerner, 1995). Debe iniciarse el tratamiento con neurolépticos del tipo del haloperidol, risperidona, olanzapina y quetiapina, tomando en cuenta que los más incisivos y potentes ofrecen más riesgo de efectos extrapiramidales y los más sedantes resultan más hipotensores y con mayor repercusión anticolinérgica y cardíaca. El riesgo de discinesia tardía es mayor en mujeres y con tratamiento prolongados.

Benzodiazepinas

Si hay insomnio, pueden administrarse inductores del sueño y se prefieren aquellos de semivida corta o intermedia para evitar el agravamiento cognoscitivo: alprazolam, loracepam, nitrazepam o triazolam. También zolpidem o zopiclona. No deben prescribirse si la dormición dura 6 horas. En lugar de benzodiazepinas, pueden administrarse otros facilitadores del sueño como los antidepresivos o los neurolépticos sedantes. Cuando la ansiedad es muy elevada, pueden emplearse benzodiazepinas de semivida corta o intermedia, ya sea solas o combinadas con los propios neurolépticos.

Antidepresivos

Son adecuados si presentan síntomas afectivos asociados. Cuando existen síntomas parkinsonianos,

los ISRS pueden empeorarlos. En la enfermedad de Alzheimer, los síntomas de ansiedad y afectivos pueden responder satisfactoriamente a los ISRS. En algunos casos se ha visto que los antidepresivos también mejoran los síntomas cognoscitivos y conductuales.

Anticomociales

La carbamacepina y el valproato de magnesio suelen ser útiles en los trastornos afectivos orgánicos y en los traumatismos craneoencefálicos con trastornos de la conducta y la agitación (Tariot, 1998). La carbamacepina se prescribe en dosis de 200-600 mg. Y ayuda en el delirium o agitación nocturna. Puede producir ataxia, confusión o sedación.

Cuidados somáticos

Los pacientes con demencia pueden padecer cualquier otro cuadro somático que sin embargo puede pasar desapercibido si tomamos en cuenta que los pacientes tienen dificultad para comunicar por ejemplo deshidratación, fracturas mal consolidadas, úlceras de decúbito, estreñimiento. Beben poca agua en vida sedentaria. Son frecuentes las infecciones intercurrentes, sobre todo urinarias y pulmonares. Siempre deben vigilarse las constantes vitales y el estado general.

Manejo psicosocial

Sin duda, es primordial en todas las etapas del proceso de deterioro que tienen las demencias. Constituye una modalidad que en una buena parte de los casos es más importante que las medidas biológicas. En general consta de dos componentes, el primero es el de las habilidades y conocimiento que debe tener el cuidador sobre la enfermedad, y el segundo es sobre la necesidad que existe de que el cuidador se cuide así mismo para evitar el "colapso" que puede derivar en francos cuadros de ansiedad y depresión secundarias (Vitalino, 1991).

En cuanto a las medidas que debe desarrollar e implementar el cuidador a lo largo de la evolución se encuentran: la terapia de orientación a la realidad (dentro de esta modalidad se considera importante, la confección y el uso de calendarios, la utilización de relojes de pared, la elaboración de los álbumes de fotos familiares, etcétera) que permiten que el enfermo pueda orientarse, sobre todo en tiempo.

También se consideran importantes actividades tales como la musicoterapia (por ejemplo, utilizar instrumentos musicales o escuchar simplemente la música favorita), la terapia ocupacional a base de materiales reciclables, la caminata y otras formas leves de ejercicio físico.

Respecto de los cambios de conducta, Siempre y antes de plantearse el uso de cualquier medicamento, es necesario responder a tres preguntas básicas: ¿En dónde ocurre? ¿Cada cuándo ocurre? ¿Por qué ocurre?

Por lo que toca al cuidado que deberá de tener el cuidador sobre sí mismo, es necesario que busque la manera de preservar espacios físicos y de tiempo en los cuales descansa del cuidado que le proporciona a su paciente. Igualmente estar atento a la eventual aparición de síntomas afectivos, que en un momento dado requerirán de tratamiento específico a cargo del psiquiatra.

Finalmente, existen guías de orientación al cuidador que se pueden obtener a través de las organizaciones no gubernamentales dedicadas al tema, o bien mediante las páginas Web específicas. En

las UNEMES, en forma paralela, se pueden organizar grupos psicoeducativos que son espacios de contención en donde los familiares pueden encontrar el apoyo que requieren, tanto en los aspectos técnicos, como en los emocionales. Se trata de sesiones que se pueden llevar una vez a la semana y en donde se mezclan los temas de información básica sobre la enfermedad con sesiones en donde los familiares pueden hablar de los problemas que están encontrando en la cotidianidad del cuidado a su familiar enfermo.

4.4 Depresión

La depresión constituye el trastorno afectivo más frecuente dentro de la psicopatología geriátrica. Su presencia disminuye la calidad de vida, aumenta las enfermedades físicas y acorta la semivida.

Epidemiología

La morbilidad depresiva en el anciano alcanza aproximadamente al 10-15%. La depresión en mayores de 65 años sigue la proporción algo más elevada en mujeres. Se calcula que entre el 10 y el 45% de las personas de más de 65 años presentan en algún momento síntomas depresivos (Blazer, 1991).

En adultos mayores institucionalizados todas las proporciones se elevan, con un 12% de depresión mayor, lo cual se debe a la sensación de aislamiento, pérdida de autonomía, intimidad, autoestima o proyectos de futuro, de su ámbito y espacio habitual, adaptación al nuevo medio, sentimientos de minusvalía y vivir la institucionalización como un abandono. La depresión afecta alrededor del 50% de los ancianos médicamente enfermos o que se encuentran en unidades de medicina interna.

Con frecuencia, estos pacientes no llegan al psiquiatra, no se diagnostican o los atiende el médico general, por lo que es importante que éste se a capaz de detectarlos (Small, 1991).

Sintomatología

Los signos y síntomas se muestran en la tabla 4.4-1

Aunque las manifestaciones clínicas de la depresión en el anciano resultan en general similares a la de los adultos, también es cierto que suelen tener expresiones atípicas y síntomas únicos, por ejemplo, Irritabilidad. Tabla 4.4-2

TABLA 4.4-1 Síntomas y signos de la depresión en el anciano

Síntomas	Signos
Emocionales	Aspecto
Abatimiento y tristeza	Postura inmóvil
Disminución de la satisfacción de la vida	Expresión triste
Pérdida de intereses	Falta de cooperación
Llanto	Retraimiento social
Irritabilidad	Hostilidad
Sensación de vacío	Susplicia
Miedo y ansiedad	Confusión y obnubilación de conciencia
Sentimientos negativos para sí mismo	Variaciones diurnas del humor
Preocupaciones	Aspecto desaliñado
Desesperanza	Crisis de llanto o gemidos
Sensación de fracaso	Ulceraciones ocasionales en córnea
Soledad	secundarias a disminución de parpadeo
Inutilidad	Pérdida de peso
	Impactación fecal
Cognoscitivos	Psicomotor
Baja autoestima	Bradilalia
Pesimismo	Movimientos lentos
Autoacusaciones y críticas	Gesticulación minimizada
Rumiación de problemas	Marcha lenta y torpe
Pensamientos suicidas	Mutismo
Ideas delirantes: De inutilidad	Estupor o semicoma
De comportamiento imperdonable	Cesación de la masticación o la deglución
Nihilistas	Disminución o inhibición del parpadeo
Somáticas	Actividad motora continuada
Alucinaciones	Retorcimiento de manos
Auditivas	Autolesiones cutáneas
Auditivas	Marcha incesante
Dudas sobre valores y creencias	Sueño inquieto
Dificultad de concentración	Comportamiento anormal o inapropiado
Mala memoria	Amagos o intentos suicidas
	Negativismo (negarse a comer o beber)
Físicos	Brotos de agresividad
Anorexia	
Astenia	
Trastornos del sueño: insomnio inicial o terminal	
Estreñimiento	
Pérdida de la libido	
Dolor Inquietud	
Volitivos	
Pérdida de motivación o parálisis de la voluntad	

Modificada de Blazer. 19993

La pobreza del lenguaje, marcha lenta, aplanamiento afectivo y disminución del interés y la participación en actividades sociales y personales, indican depresión en los jóvenes, pero en los ancianos también lesión cognoscitiva.

TABLA 4.4-2 Características diferenciales de la depresión en el adulto mayor

Los episodios depresivos tienden a ser más prolongados y resistentes al tratamiento
Mayor frecuencia de agitación y ansiedad que inhibición
Más irritabilidad
Mayor pérdida de apetito
Frecuentes síntomas psicóticos con delirio de ruina, culpa, hipocondría o de tipo nihilista
Mayores somatizaciones e hipocondría
Más formas enmascaradas y menor tristeza como tal
Mayor riesgo de suicidio
Más estreñimiento y más tendencia a la letargia
Menos variaciones diurnas del humor
Insomnio intenso
Disminución de los rendimientos cognoscitivos
Pérdida de peso
Mayor riesgo de cronocidad

Etiología

En el adulto mayor tienen más peso los factores físicos y de disfunción cerebral que los factores genéticos (Baldwin, 1990) y de personalidad. Hay una importante relación entre los síntomas depresivos y los factores cognoscitivos en los cuadros de inicio tardío. En más de la mitad de los casos se asocia con acontecimientos estresantes recientes (de ahí que es muy importante siempre investigar el factor precipitante).

Constituyen factores de riesgo:

1. Depresión antigua
2. Presencia de enfermedad física
3. Dolor crónico
4. Experiencia recientes de vida adversas
5. Pobreza en las relaciones interpersonales

En su etiología influyen las pérdidas (casi de cualquier tipo), los factores psicológicos y de la personalidad, los acontecimientos vitales estresantes, los neurotransmisores y los factores genéticos, estructurales, somáticos y fármacos depresivógenos.

Factores estructurales

Dentro de los factores estructurales, la depresión es más frecuente en los pacientes que han sufrido un accidente vascular en el hemisferio izquierdo, sobre todo si se localiza en la región frontal. Después de un infarto cerebral aparecen depresiones en el 20-40% de los casos. Se han detectado microinfartos en la sustancia blanca periventricular y ganglios basales en depresiones de inicio tardío.

En la vejez existe atrofia cortical, dilatación de los ventrículos laterales y lesiones periventriculares en la sustancia blanca, así como disminución del flujo sanguíneo cerebral, lo cual explica la mayor

cronicidad y la frecuencia de los síntomas residuales. Las hiperintensidades en la sustancia blanca en la depresión son predictores de peor respuesta al tratamiento, tendencia a la cronicidad y progresivo declinar cognoscitivo. La hiperintensidad a los efectos secundarios del tratamiento electroconvulsivo y antidepressivos, y superior tendencia a desarrollar delirium. Estos ancianos con depresión mayor de inicio tardío pueden manifestar una forma de “depresión vascular”, con peor respuesta y pronóstico.

Fármacos depresivógenos

Por lo que toca a los fármacos depresivógenos, en la tabla 4.4-3 aparecen una o varias de las sustancias que suelen ser de uso común en el adulto mayor y que pueden favorecer la depresión.

TABLA 4.4-3 Fármacos relacionados con depresión en el anciano	
Antineoplásicos	Antiinfecciosos
Anfotericina	Antiinflamatorios no esteroideos
Cicloserina	Antiparkinsonianos
Interferón	Amantadina
Procarbacin	Levodopa
Vinblastina	Broncodilatadores
Vincristina	Digital
Antifúngicos	Hormonas
Alcohol	Corticoides
Antihipertensivos	Hormona corticotropa
Alfametildopa	Inmunosupresores
Betabloqueadores	Opiáceos
Clonidina	Psicofármacos
Guanetidina	Anfetaminas
Hidralacina	Anticomiciales
Reserpina	Benzodiazepinas
	Neurolépticos

Modificada de Blumenthal, 1980

Factores somáticos

Son muchos los cuadros clínicos asociados con depresión (Yesavage, 1993). Entre los más frecuentes, se encuentran los que a continuación se exponen en la Tabla 4.4-4

TABLA 4.4-4 Enfermedades físicas asociadas con depresión

Enfermedades de la piel	Enfermedades virales
Dermatitis	Gripe
Excoariaciones	Hepatitis
Psoriasis	Herpes
Urticaria	Neumonías virales
	VIH
Enfermedades del sistema nervioso central	Otras infecciones
Arterioesclerosis cerebral	Sífilis
Contusión cerebral	Tifoidea
Demencia senil	Toxoplasmosis
Enfermedad de Huntington	
Enfermedad de Parkinson	Intoxicación por metales
Esclerosis múltiple	Mercurio
Hematoma subdural	Monóxido de carbono
Hemorragia subaracnoidea	
Hidrocefalia normotensa	Otros
Infarto cerebral	Dolor crónico
Lesiones focales del hemisferio dominante	Incapacidades funcionales diversas
Meningoencefalitis	Infarto de miocardio
	Insuficiencia renal o hepática
Artritis reumatide y lupus	Tratamientos radicales
	Cirugía grave
Carcinomas	Trasplantes
Cáncer de cabeza de páncreas	Histerectomía
Cáncer gástrico o pulmonar	Mastectomía
Tumor cerebral	Diálisis
	radioterapia
Cuadros carenciales y hemáticos	
Anemia	
Déficit de folatos	
Déficit e vitaminas B (B12, B6 y B1)	
Hemodiálisis	
Pelagra	
Endocrinopatías y trastornos metabólicos	
Diabetes	
Enfermedad de Addison	
Enfermedad de Cushing	
Hiperparatiroidismo	
Hipertiroidismo	
Hipoglucemia	
Hipotiroidismo	

Diagnóstico

En los ancianos, una proporción alta de los trastornos afectivos no llegan a diagnosticarse. Cuando se identifica la enfermedad, sólo se inicia el tratamiento en menos de un tercio de los casos o se

hace de forma insuficiente. El diagnóstico adecuado se establece mediante: historia clínica, exploración física, examen del estado mental, exploraciones complementarias y pruebas psicológicas.

Existen algunos problemas específicos para realizar un diagnóstico adecuado en el adulto mayor, a saber:

1. Reconocimiento o no por parte del paciente de sus síntomas así como la idea de que lo que ocurre es "normal para la edad"
2. Que la familia minimice los síntomas como "propios de la edad"
3. Aunque el anciano sufra tristeza, puede tener dificultad para expresarlo debido a sentimientos de vergüenza
4. Inadecuada valoración del médico, que puede atribuir los síntomas a una enfermedad somática o la "edad" (Baldwin, 1988)

Exploración física

Se ha de investigar la presencia de insuficiencias cardíacas o respiratorias, trastornos endocrinos, metabólicos, neoplasias o infecciones (McCulloch, 1991).

Examen mental

Hay que buscar la presencia de alteraciones de la conciencia, memoria, inteligencia, humor y afecto, comportamiento motor, percepción, alteración del pensamiento, nivel de autoestima, culpabilidad y suicidio.

Exploraciones complementarias

Se realizarán, independientemente de la historia clínica, biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, perfil tiroideo, determinación de vitamina B12 y folatos, dada la necesidad de identificar cuadros subclínicos de anemia, diabetes, hiper o hipotiroidismo e infección de vías urinarias.

Igualmente se sugiere de rutina una teleradiografía de tórax y un electrocardiograma con la finalidad de descartar anomalías torácicas e infartos silenciosos o alteraciones electrocardiográficas que permitan elegir el antidepresivo más adecuado.

La realización de electrofisiología o imágenes cerebrales se desprenderá de los datos que en la historia clínica y en la exploración se consideren sugestivos de patología cerebral más específica.

Pruebas psicológicas

Como prueba de tamizaje se sugiere utilizar la escala de depresión geriátrica (GDS por sus siglas en inglés).

Para valorar la intensidad y la evolución se sugiere emplear la escala de Montgomery-Asberg (ver anexos)

Diagnóstico diferencial

Hay que diferenciar entre distimia, depresión mayor y depresión doble (distimia con depresión mayor). A menudo se detectan síntomas que no reúnen todos los criterios para el diagnóstico de depresión mayor, pero que provocan disfuncionalidad psicosocial importante. Debe tratarse al paciente

hasta que desaparezcan los síntomas residuales y la repercusión y diferenciarla de otras entidades clínicas, como las que aparecen en la tabla 4.4.5

Envejecimiento normal	Trastornos de ansiedad
Trastornos mentales orgánicos	Hipocondría y trastornos somatomorfos
Demencias	Trastorno adaptativo con síntomas depresivos
Abuso de sustancias que inducen síntomas depresivos	Trastorno de la personalidad
Abuso de alcohol	Trastornos del sueño
Trastornos orgánicos del humor	Pseudodemencia
Hipotiroidismo	Trastornos psicóticos
Síndrome de Cushing	Enfermedades somáticas
Enfermedad de Parkinson	Duelo normal
Accidente vascular cerebral	
Carcinoma	
Déficit vitamínicos	
Lesiones expansivas intracraneales	

Pronóstico

En los cuadros de depresión mayor del anciano se obtiene la recuperación en el 90% de los casos y recaen en el 29% (Abou –Saleh, 1998).

La evolución resulta menos favorable si existe:

1. Presencia de deterioro cognoscitivo
2. Más enfermedades somáticas
3. Falta de soporte social
4. Cuadro más grave
5. Mayor cronicidad
6. Más incapacidad funcional
7. Recurrencia mayor
8. Peor ajuste en la personalidad premórbida
9. Comienzo más tardío

La mayoría de los autores (Murphy, 1983, Rivard, 1997, Baldwin, 1986), creen que un inicio después de los 60 años pronostica una respuesta menos favorable, un curso más crónico y un riesgo mayor de desarrollar demencia.

Tratamiento

Estudios controlados demuestran que el 75-80% de los ancianos muestran una buena respuesta al tratamiento antidepresivo.

Antes de iniciarse el tratamiento, debe valorarse si se trata de una depresión en remisión, una distimia o una forma psicótica; si existe riesgo de suicidio, enfermedad médica presente, y si hay otros tratamientos en curso, así como los acontecimientos precipitantes.

Entre los antidepresivos tricíclicos, las aminas secundarias secundarias desipramina y nortriptilina provocan menos efectos adversos. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) resultan adecuados de primera elección por sus pocos efectos secundarios, por carecer de efectos anticolinérgicos y no provocar hipotensión o arritmia, pero pueden empeorar los síntomas parkinsonianos, sobre todo la fluoxetina.

Se recomienda iniciar el tratamiento biológico, valorando primero la tolerancia, para lo cual se sugiere comenzar con la menor dosis posible e ir incrementando esta de manera gradual y progresiva, a intervalos de 2-3 días. Una vez que se ha alcanzado la dosis terapéutica deberá esperarse en ocasiones hasta 6-8 semanas para obtener la respuesta deseada. Sin embargo, a la semana 3-4 suelen existir indicios de respuesta que pueden normar la conducta a seguir respecto de esperar o no el tiempo de máxima respuesta señalado.

Se sugiere mantener el tratamiento como mínimo durante 6 meses después de la remisión de los síntomas y durante 12 cuando la enfermedad es recurrente.

En caso de depresiones resistentes se han propugnado asociaciones de antidepresivos y sales de litio. Como sabemos la única consideración importante que hay que hacer al respecto es que se deben de vigilar periódicamente los niveles sanguíneos del estabilizador del ánimo ya que puede haber riesgo de neurotoxicidad. Igualmente es necesario en casos de diarrea y vómito suspender su administración por la misma razón.

Otras opciones son antidepresivos tricíclicos asociados a triyodotironina, ISRS con tricíclicos o tetracíclicos, e ISRS con anticomiciales.

Se considera que aproximadamente un tercio de las depresiones en el adulto mayor son resistentes al tratamiento. Antes de cambiar de fármaco, idealmente de otro grupo terapéutico, debe vigilarse la dosis y confirmar el cumplimiento. Como se mencionó anteriormente, no debe modificarse el tratamiento antes de las 6-8 semanas.

La psicoterapia y la orientación a la red familiar de apoyo resulta útil no sólo como coadyuvante del tratamiento, sino para prevenir las recaídas.

Suicidio

En los ancianos, los suicidios resultan más frecuentes que en otras etapas de la vida. Los intentos son menos, pero aumentan los consumados, sobre todo entre los varones. Los adultos mayores suelen comentar menos sus intenciones, aunque sus intentos son más letales que en los jóvenes. La depresión constituye la principal causa de suicidio, también a esa edad.

Los factores de riesgo para suicidio en el adulto mayor aparecen en la siguiente tabla (Tabla 4.4-6)

TABLA 4.4-6 Factores de riesgo de suicidio

Tener más de 75 años	Enfermedad psíquica concomitante:
Ser varón	Crisis de angustia
Aislamiento social	Síntomas de ansiedad
Ser viudo o divorciado	Tensión
Enfermedad física concomitante y/o incapacitante	Agitación o insomnio
Dolor crónico	Historia de intentos previos
Consumo de drogas y/o alcohol	Conducta impulsiva

4.5 Hipocondriasis

Introducción

El rasgo central de la hipocondría radica en la preocupación y miedo a tener o desarrollar una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos (APA, 1994).

En el adulto mayor la hipocondría es uno de los trastornos somatomorfos más frecuentes, y representa un reto particular para su abordaje, diagnóstico y tratamiento, ya que en este grupo de edad, la comorbilidad médica no psiquiátrica y la presencia concomitante de otros trastornos psiquiátricos es muy elevada, por lo que es complejo distinguir a la hipocondriasis de enfermedades con una verdadera base orgánica (Stein EM, 2003).

La mayoría de los pacientes que admiten cursar con tristeza o ánimo deprimido experimentan síntomas somáticos y preocupación hipocondríaca como una parte dimensional del cuadro afectivo. Los estresores psicosociales como la viudez, el aislamiento social, ingresos económicos reducidos, pérdida de libertad por condiciones de salud y crisis existencial, pueden generar en el adulto mayor una reacción hipocondríaca como parte de una respuesta adaptativa.

El médico en la atención primaria, debe ser empático con el valor funcional de la hipocondría en el paciente geriátrico, ayudándolo a enfrentar la carga de enfermedad y el envejecimiento inevitable.

Epidemiología

La hipocondría se presenta igual en hombres que en mujeres, no hay una etnicidad con mayores tasas de prevalencia, y generalmente la edad de inicio es después de los 45 años, incrementándose a partir de los 65 años. En los centros de primer nivel de atención, la prevalencia es del 0.8-4.5% (Gureje O, 1997). Las preocupaciones no fundamentadas e intermitentes acerca de padecer alguna enfermedad en población no psiquiátrica son frecuentes, alcanzando hasta un 45% en la población general (Kellner R, 1987).

Aproximación teórica del temor hipocondríaco

Sigmund Freud (1898), consideró una base orgánica de la hipocondría al definirla dentro de las -Neurosis Actuales- y no dentro de las -Psiconeurosis-. Desde el punto de vista cognitivo conductual, la hipocondría corresponde a una excesiva y persistente manifestación de la ansiedad focalizada en la amenaza hacia la propia salud, por lo que el hipocondríaco va a presentar una distorsión cognitiva crónica acerca de síntomas somáticos leves que le sugieren la posibilidad de una enfermedad grave, presentado un estado de hipervigilancia hacia las sensaciones somáticas. La respuesta fisiológica a la ansiedad hipocondríaca generará reacción adrenérgica la cual producirá diversos

síntomas físicos, los cuales corroborarán las creencias del paciente acerca de su grave condición de enfermedad (Beck AT, 1985).

Fisiopatología

Los déficit neuroquímicos asociados a la hipocondría y otros trastornos somatomorfos (somatización, conversión, dismórfico corporal) parecen ser similares a los encontrados en los trastornos afectivos y por ansiedad. Por ejemplo, Hollander considera que la hipocondría podría entrar dentro del espectro Obsesivo Compulsivo (Hollander E, 1992).

Aunque los hallazgos de estos déficit neuroquímicos son sólo preliminares, tales déficit pueden explicar porque la sintomatología se sobrepone, porque ciertos trastornos son particularmente comórbidos y porque su tratamiento es paralelo entre ellos (antidepresivos).

Morbilidad y Mortalidad

La hipocondría es generalmente episódica, con síntomas hipocondríacos de una duración de meses a años. Aunque no se han realizado estudios formales a largo plazo, un tercio de los pacientes hipocondríacos parece que tienden hacia una mejoría. Un buen pronóstico parece estar asociado con un alto nivel socioeconómico, respuesta al tratamiento antidepresivo de la depresión y los trastornos de ansiedad, la ausencia de trastornos de la personalidad comórbidos, así como una baja carga de patologías no psiquiátricas.

Los pacientes hipocondríacos, al igual que los somatizadores, tienden a presentar frecuentes consultas a los servicios de urgencia o de primer contacto. Los médicos y prestadores de servicios de salud generalmente realizan múltiples intervenciones farmacológicas y estudios paraclínicos, algunos de estos últimos invasivos, así como procedimientos de alto riesgo (Barsky AJ, 2001). Los síntomas médicos inexplicables, son a menudo quejas hipocondríacas (Holder-Perkins V, 2000) y se asocian a conductas anormales de enfermedad (Lipowski ZJ. 1986).

La comorbilidad psiquiátrica del paciente hipocondríaco es elevada (Barsky AJ, 1992), siendo el trastorno por ansiedad generalizada el más prevalente (88%), seguido de la distimia (45.2%), el trastorno depresivo mayor (42.9%), el trastornos por somatización (21.4%) y el trastorno de angustia (16.7%). Estos pacientes tienen hasta 3 veces más trastornos de la personalidad que la población general (Barsky AJ, 1992) y la comorbilidad con abuso y dependencia de sustancias es elevada, particularmente con el uso de benzodiazepinas, aunque los estudios epidemiológicos no evalúan la frecuencia de esta condición con exactitud.

Abordaje Clínico

La ausencia de hallazgos físicos a la exploración médica clínica y paraclínica, particularmente después de reexaminaciones seriadas, confirman el diagnóstico de hipocondría. En el adulto mayor, la presencia de una importante carga de enfermedad somática condiciona la necesidad de realizar un examen físico y mental más profundo evitando someter a los pacientes a escrutinios innecesarios y riesgosos (Ambrawitz JS, 2006).

La aproximación general del paciente hipocondríaco considera:

1. Realizar un examen médico integral comprensivo.
- Actitud empática de la queja del paciente.
 - Revisar el historial médico y de servicios sanitarios del paciente.

- La información obtenida debe ser lo suficientemente confiable como para evidenciar el buen estado de salud del paciente, lo que permite confirmar el diagnóstico de hipocondría.
2. Tratar eficazmente trastornos psiquiátricos comórbidos.
 - Depresión mayor y trastornos de ansiedad.
 3. Evaluación Funcional.
 - Reconocer la naturaleza de los síntomas del paciente.
 - Identificar los síntomas gatillo de las creencias hipocondríacas y la conducta que desencadenan.
 - Comprender lo que el paciente considera como una enfermedad seria.

Diagnóstico diferencial

Una vez que se ha excluido la presencia de una enfermedad física, el diagnóstico psiquiátrico diferencial debe considerar otros trastornos somatomorfos, trastornos afectivos, de ansiedad, psicóticos y de la personalidad.

Perspectiva de tratamiento

El tratamiento de paciente hipondríaco requiere de una adecuada psicoeducación, así como de tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico.

Psicoeducación

Se debe proporcionar información exhaustiva al paciente acerca de su padecimiento, mencionándole que sus síntomas somáticos son muy comunes y que en pocas ocasiones son secundarios a enfermedades médicas relacionadas con el estado de salud.

La educación se debe centrar también en la explicación del papel que juega la ansiedad en el aumento de la actividad autonómica y la presencia de ciertas sensaciones físicas (Ambrawitz JS, 2006).

Dado que la hipocondría esta fuertemente asociada a situaciones de adversidad psicosocial en el adulto mayor, se debe realizar una investigación de la red de apoyo con la que cuenta el paciente y fortalecerla con educación familiar.

Psicoterapia

Diversos autores han sugerido una aproximación cognitivo-educacional para entender el desarrollo de la ansiedad severa asociada con la hipocondría, así como los factores que la perpetúan. Estudios aleatorizados y controlados sugieren que la terapia cognitivo-conductual es eficaz en el tratamiento no farmacológico de la hipocondría, siendo el modelo de atención terapéutico más recomendable (Looper KJ, 2002; Visser S, 2001; Kroenke K, 2000).

Psicofarmacología

La farmacoterapia ha sido dirigida para el tratamiento de la hipocondría comórbida con trastornos de ansiedad y depresión. En ensayos controlados, la benzodiazepinas como el alprazolam, los antidepresivos tricliclicos, inhibidores de la monoamino oxidasa, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y el propranol, fueron eficaces en la reducción de los síntomas somáticos en los pacientes ansiosos. Sin embargo, la mayoría de estos fármacos, están asociados a efectos adversos significativos y en el caso de las benzodiazepinas podrían potencialmente ser adictivas,

por lo que el tratamiento se deberá individualizar en beneficio del paciente geriátrico (Ambrawitz JS, 2006). La presencia de delirios hipocondríacos deberá ser tratada con antipsicóticos, ya que han demostrado su superioridad frente a placebo en dos estudios ciegos controlados con placebo (Hamann K, 1982).

Otras Intervenciones

Otros tratamientos para la hipocondría incluyen la terapia electroconvulsiva y psicocirugía para aquellos pacientes con hipocondriasis severa y refractaria a medidas conservadoras.

4.6 Psicosis

Introducción

En las últimas décadas ha habido un gran interés en el área de los síntomas psicóticos que se desarrollan por primera vez en la edad adulta. Las revisiones establecidas se han enfocado principalmente sobre dos temas. Primero, las características nosológicas de la sintomatología psicótica de inicio tardío (síndromes parecidos a la esquizofrenia) (Howard, 2000) y los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (BPSD por sus siglas en inglés) (Finkel, 1996 y 2000). Segundo, las anomalías neurobiológicas, especialmente factores neuroquímicos, neuropatológicos y genéticos que están implicados en la etiología de la psicosis en la edad adulta. (Foerstl, 2000, Luxemberg, 2000, Holmes, 2000).

Es de notarse el hecho de que en el área de los trastornos psiquiátricos de la edad adulta, la aparente distinción entre sintomatología esquizofrénica y síntomas psicóticos asociados con demencia no se refleja a menudo en la práctica clínica. Esto es, los pacientes a menudo se presentan con síntomas que parecen desafiar los límites relativamente arbitrarios de los sistemas nosológicos. Aunque el BPSD puede ser considerado sindromáticamente distintos de otras psicosis de inicio tardío, parece que al menos un subgrupo de pacientes con psicosis parecida a la esquizofrenia de inicio tardío tiene un déficit cognitivo significativo (Barclay, 2000). Esta bien documentado que la esquizofrenia de larga evolución está asociada con un deterioro cognitivo, aunque recientes estudios neuropatológicos no han identificado patología de tipo enfermedad de Alzheimer o cuerpos de Lewy en los evaluaciones post-mortem de estos pacientes.

Epidemiología

Estudios previos (Forsell, 1998, Henderson, 1998) reportan que la frecuencia de síntomas psicóticos en el adulto mayor está asociada con demencia, una historia previa de psicosis, limitaciones en las actividades de la vida diaria, alteraciones visuales, y apoyo social precario. Los estudios claramente demuestran que los síntomas psicóticos en su mayoría afectan a individuos que han sido afectados en edades más tempranas.

Sintomatología psicótica en la enfermedad de Alzheimer

En recientes estudios (Wilson, 2000, Paulsen, 2000) se ha evaluado la frecuencia, fluctuación y evolución de los síntomas psicóticos durante la progresión de la enfermedad de Alzheimer, las alucinaciones estaban presentes en el 41% de los pacientes y los delirios en un 55%. La presencia de estos fenómenos estaba asociada con una función cognitiva disminuida. A un seguimiento de 4 años, estos pacientes experimentaron alucinaciones en un 69.5% y 80.2% experimentaron delirios. Las alucinaciones, no así los delirios, estuvieron asociadas con un deterioro cognitivo más rápido en todas las mediciones. En otros estudios longitudinales de pacientes con enfermedad de Alzheimer,

la incidencia acumulativa de alucinaciones y delirios fueron de 20.1% al primer año, 36.1% al segundo año, 49.5% al tercer año y 51.3% al cuarto año, lo cual sugiere que la severidad y frecuencia del deterioro cognitivo son predictores del desarrollo de delirios y alucinaciones. Las mediciones cognitivas altamente asociadas con delirios y alucinaciones fueron aquellas que evalúan la disfunción de lóbulos frontales. Los autores sugieren que sus hallazgos apoyan el modelo de hipofrontalidad de la psicosis (Jeste, 1992). Se especula que la depleción colinérgica desproporcionada en los lóbulos frontales puede reforzar los cambios conductuales que ocurren en un subgrupo de pacientes con enfermedad de Alzheimer.

Esquizofrenia de Inicio tardío

Históricamente, la esquizofrenia ha sido considerada como una enfermedad de la adultez joven. El consenso establecido por el Grupo Internacional de la Esquizofrenia de inicio tardío sugirió que la esquizofrenia con un inicio después de los 40 años debería ser llamada esquizofrenia de inicio tardío y ser considerada más bien como un subtipo de esquizofrenia que una enfermedad relacionada (Howard, 1997). Esta decisión fue basada sobre la evidencia de que la esquizofrenia con un inicio en la edad media es una enfermedad del neurodesarrollo más que una enfermedad neurodegenerativa. (Palmer, 1999).

Los factores de riesgo y la presentación clínica (que incluye síntomas positivos tales como alucinaciones, delirios, conducta bizarra y trastorno del pensamiento) de la esquizofrenia de inicio temprano son similares a aquellas asociadas con esquizofrenia de inicio tardío. La proporción autoreportada de los individuos con una historia familiar de esquizofrenia es similar entre los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano y aquellos con esquizofrenia de inicio tardío (10%-15%) (Jeste, 1996).

Los estudios de neuroimagen de los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío no sugieren la presencia de lesiones vasculares cerebrales, tumores u otras anormalidades que pudieran explicar el desarrollo de esquizofrenia en la vejez, aunque anormalidades estructurales no específicas tales como alargamiento de los ventrículos y presencia de hiperintensidad en la materia blanca puede ser más común en el inicio tardío que en el inicio temprano.

La esquizofrenia de inicio temprano difiere de la de inicio tardío en relación con el género, preponderancia del subtipo paranoide, prevalencia de síntomas negativos, cognición y funcionamiento premórbido. Los individuos con un inicio de la esquizofrenia en la edad media o tardía son predominantemente mujeres. Los estrógenos pueden servir como un antipsicótico endógeno, enmascarando los síntomas esquizofrénicos en mujeres vulnerables hasta después de la menopausia.

Parece haber una alta prevalencia del subtipo paranoide de la esquizofrenia entre los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío comparado con los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano. Los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío tienden a tener más alucinaciones auditivas, delirios con o sin alucinaciones y delirios organizados. Los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío tienen bajos niveles de síntomas negativos en promedio (incluyendo embotamiento afectivo, alogia e inatención) que los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano; sin embargo, los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío tienen altos niveles de síntomas negativos comparados con sujetos normales.

En la realización de pruebas neuropsicológicas (después de corregir edad, educación y género), los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío tienden a demostrar menos deterioro en el aprendizaje,

abstracción y flexibilidad del pensamiento que los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano. Una gran proporción de pacientes con esquizofrenia de inicio tardío tienen una historia de matrimonio y ocupación exitosa y generalmente alto funcionamiento premórbido que los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano.

Finalmente, los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío típicamente requieren de dosis más bajas de medicación antipsicótica diaria comparado con pacientes de la misma edad con esquizofrenia de inicio temprano, aunque la respuesta a tales medicamentos es similar en ambos grupos (Jeste, 1996).

Psicosis parecida a la esquizofrenia de inicio muy tardío

En el Consenso del Grupo Internacional de la Esquizofrenia de Inicio Tardío se propuso el término de psicosis parecida a la esquizofrenia de inicio muy tardío para aquellos pacientes, cuya psicosis iniciaba después de los 60 años (Howard, 1997). Los factores de riesgo y características clínicas de la esquizofrenia de inicio temprano, esquizofrenia de inicio tardío y la psicosis parecida a la esquizofrenia de inicio muy tardío son comparados en la tabla 4.6.1.

La psicosis parecida a la esquizofrenia de inicio muy tardío es una entidad heterogénea que incluye condiciones con etiologías tan diversas, como eventos vasculares cerebrales, tumores y cambios neurodegenerativos. La atención clínica y de investigación debe ser dedicada a la presentación, causa y curso de la enfermedad en pacientes que desarrollan síntomas psicóticos por primera vez en la vejez.

TABLA 4.6.1 Comparación de la esquizofrenia de inicio temprano, esquizofrenia de inicio tardío y psicosis parecida a la esquizofrenia de inicio muy tardío

	Esquizofrenia de inicio temprano	Esquizofrenia de inicio tardío	Psicosis parecida a la esquizofrenia de inicio muy tardío
Edad de inicio (años)	<40	~40-60	≥60
Preponderancia femenina	-	+	++
Síntomas negativos	++	+	-
Anomalías físicas menores	+	+	-
Aprendizaje	++	+	?++
Retención	-	-	?++
Deterioro cognitivo progresivo	-	-	++
Anormalidades estructurales cerebrales (e.g. lesiones vasculares, tumores)	-	-	++
Historia familiar de esquizofrenia	+	+	-
Maladaptación infantil	+	+	-
Dosis de antipsicótico diaria	Alta	Baja	Baja
Riesgo de disquinesia tardía	+	+	++

Nota: + = levemente presente, ++ = altamente frecuente, ?++ = probablemente fuertemente presente, pero existen pocos datos; - = ausente. Fuente: Adaptado Palmer y cols, 2001.

Trastornos delirantes

Al menos 6% de los adultos mayores tienen síntomas paranoides tales como delirios persecutorios, sin embargo, la mayoría de estos individuos tienen demencia. La característica esencial de un trastorno delirante es un delirio no bizarro (por ejemplo, un delirio persecutorio, somático, erotomaniaco, de grandiosidad o celotípico) sin alucinaciones auditivas o visuales prominentes. Los síntomas deben estar presentes al menos un mes. Cuando el trastorno delirante surge en la vejez, las características básicas de la personalidad se mantienen intactas, el funcionamiento externo de la esfera delirante preservado, pero el funcionamiento social comprometido. Para realizar el diagnóstico de un trastorno delirante, el clínico debe descartar delirium, demencia, trastornos psicóticos debidos a enfermedad médica o uso de sustancias, esquizofrenia y trastornos afectivos con características psicóticas. El curso del trastorno delirante persecutorio es típicamente crónico, pero los pacientes con otros tipos de delirios pueden tener remisiones parciales o recaídas.

De acuerdo con el DSM-IV-TR, la prevalencia del trastorno delirante es de un 0.03% siendo ligeramente mayor entre las mujeres. El promedio de edad de inicio es de los 40 a 49 años para hombres y de 60 a 69 años en las mujeres.

Los factores de riesgo para el trastorno delirante incluyen una historia familiar de esquizofrenia o trastorno de personalidad por evitación, paranoide o esquizoide. La evidencia que apoya a la pérdida auditiva como un factor de riesgo para la paranoia es controversial (Moore, 1981). Finalmente, la inmigración y el bajo estrato socioeconómico pueden ser factores de riesgo para el trastorno delirante (American Psychiatric Association, 1994).

Temas delirantes

Perjuicio

Este tema es frecuente en el envejecimiento, puede afectar las pertenencias y el dinero, la salud y la reputación. Cuando atañe los bienes, que es lo común, el sujeto tiene la convicción que diferentes personas, habitualmente vecinos, penetran en su vivienda donde mueven o dañan muebles u otros objetos con la finalidad de perjudicarlo y de robarle dinero y pertenencias. Otra posible manifestación sobre las pertenencias es la convicción que los familiares tienen la intención de despojar al paciente de su dinero y sus propiedades. En muchos casos, la convicción de que sus pertenencias son robadas no puede ser entendida como una idea paranoide, sino como el resultado de la necesidad del sujeto de luchar contra el aislamiento y de ubicarse de esta manera en el centro del interés de los demás. Gracias a este mecanismo, el anciano logra contrarrestar la depresión y la angustia, ya que produce menos angustia pensar *me roban mis cosas que pierdo mis facultades*.

Celos

Existe un rival (en ocasiones son varios) que puede lograr que la persona amada abandone al sujeto. Este tiene la convicción que ha sido, es o será engañado por su cónyuge. Los celos se refieren a algo que uno tiene y que no quiere perder, los celos forman parte de las relaciones humanas y dentro de la relación de pareja cierto grado de los mismos puede ser considerado normal; sin embargo, en muchos de los casos no resulta fácil fijar los límites entre los celos normales y los patológicos. Tanto en los ancianos sin trastorno demenciales, como en los que los presentan, los celos patológicos generan conductas de hostigamiento, vigilancia y agresión.

Negación y desconocimientos

Bajo esta rúbrica se reúnen diversos fenómenos psicopatológicos, aparentemente de diferente índole y tan dispares como la negación de la existencia de órganos corporales, la convicción delirante de una longevidad descomunal, la negación del deceso de un ser querido y la ilusión de los dobles y sus sucedáneos, sin embargo existe un denominador común: la negación de una realidad, la cual según el concepto original de Freud, "es el modo de defensa consistente en que el sujeto rehúsa reconocer la percepción de una realidad traumatizante".

a) Delirio de las negaciones (Síndrome de Cotard)

Es bien conocido el hecho de que en la depresión mayor, melancólica, pueden presentarse ideas delirantes que han sido llamadas "congruentes con el estado de ánimo". En un primer grupo, se trata en realidad de ideas depresivas como las de culpa, las autoacusaciones y las ideas autodevaluatorias que adquieren su carácter delirante por su oposición evidente con la realidad y por la convicción que de ellas tiene el sujeto. De este modo, pueden observarse autoacusaciones delirantes que carecen de fundamento e ideas hipocondríacas, de negación o transformación de órganos, de duelo, ruina, indignidad, incurabilidad y catástrofe. En un segundo grupo, las ideas delirantes se articulan con las ideas depresivas como en el caso de las ideas de influencia y de posesión diabólica.

b) Delirio de longevidad

El envejecimiento plantea el problema de la proximidad de la muerte y por ende, el de las pulsiones destructivas opuestas a las eróticas. Resulta difícil disociar entonces qué parte corresponde a la atracción que ejerce la muerte o su rechazo y qué otra pertenece al instinto de conservación o a la necesidad de amor. La proximidad de la muerte despierta reacciones ambivalentes, entre los polos del temor y del deseo. A lo anterior se agrega la evolución de las nociones de tiempo y espacio, acortándose el primero y estrechándose el segundo. De este modo, una longevidad descomunal podría ser vista como una resistencia eficaz de la personalidad y como un *triunfo delirante* sobre la muerte.

c) Negación del deceso

La negación del fallecimiento de un ser querido puede presentarse según diversas modalidades, desde una disposición general a negar todo (objetos, personas, acontecimientos); o dudas que tienden a persistir, sin dar lugar a un delirio; hasta una convicción inquebrantable, organizada en un sistema delirante.

La negación del deceso puede ser inmediata o retrospectiva. En el primer caso, el paciente, en presencia del cuerpo o del féretro del ser querido, empieza a dudar de la identidad del fallecido o de la veracidad de su muerte. Después de repetidas y prolongadas vacilaciones, la duda se convierte en convicción inquebrantable. La negación retrospectiva se observa cuando la noticia de la muerte ha sido aparentemente bien aceptada, en ocasiones con indiferencia, y posteriormente es negada en forma delirante. La convicción se acompaña de conductas de espera o visita del difunto y de explicaciones con respecto a los motivos por los cuales el retorno no se produjo. De cualquier manera puede verse como una forma de negar el afecto es decir, el sujeto no siente aflicción. Percibe la realidad dolorosa pero no quiere interesarse por ella, es como si el muerto no hubiese existido para él o mejor dicho, como si el sujeto no hubiera establecido lazos afectivos con el difunto.

d) Desconocimientos y falsas identificaciones

- 1) Síndrome de Capgras o “ilusión de los dobles”, descrito en 1923 por el autor que le dio su nombre y que consiste en la convicción de que algunas personas, en general familiares cercanos, han sido sustituidos por otras idénticas o casi idénticas, las que de esta manera se convierten en impostoras. En algunos casos, el error de identificación se refiere a objetos, por ejemplo muebles, el propio domicilio o animales domésticos que no son los auténticos y han sido cambiados.
- 2) Síndrome de Frégoli, denominado así en honor a un célebre actor, en el que el paciente cree que las personas cercanas se disfrazan con la finalidad de perjudicarlo
- 3) Síndrome de intermetamorfosis en el que la convicción es de que los demás intercambian su aspecto físico y su forma de comportarse.
- 4) Síndrome de doble subjetivo, cuando es el propio paciente quien cree tener un doble que actúa independientemente de él.

Erotomanía

Es generalmente definida como la *ilusión delirante de ser amado*. El delirio se basa en un postulado fundamental: el objeto, es decir la persona por la que el paciente se cree amado y que pertenece a un rango social más elevado que el sujeto y quien ha empezado a declarársele, es el que ama más o el único que ama. De esto se deriva que el objeto no puede ser feliz ni puede tener un valor completo sin el sujeto; el objeto es libre, si está casado su matrimonio está roto o no es válido. El erotómano está convencido, además, de otros temas: el objeto lo vigila y protege contantemente, el sujeto ha tenido conversaciones indirectas con él.

Tratamiento

Los agentes antipsicóticos atípicos tales como la clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona y aripiprazol son los medicamentos de elección para el adulto mayor con síntomas psicóticos y trastornos relacionados. Debido a que los adultos mayores son más susceptibles a los síntomas extrapiramidales, toxicidad y sedación se tiene que “iniciar lento y seguirse lento” en el uso de estos medicamentos.

Tratamiento de la Esquizofrenia y de los trastornos delirantes

Requieren aproximadamente la mitad de la dosis otorgada a los pacientes jóvenes, en promedio del 25 – 33 % de la dosis utilizada en un paciente esquizofrénico joven. Los pacientes con psicosis secundaria a demencia, típicamente requieren del 15 al 20% de la dosis utilizada en pacientes jóvenes con psicosis, por que la psicosis en la demencia frecuentemente remite y es posible que después del tratamiento, el episodio psicótico se resuelva. La risperidona y olanzapina son los medicamentos antipsicóticos más estudiados en la vejez (Jeste, 2003), la eficacia de estos medicamentos ha sido demostrada en seguimiento a 8 semanas en ensayos clínicos controlados en pacientes con esquizofrenia crónica. En promedio los pacientes reciben en promedio 2mg de Risperidona y 10mg de Olanzapina. La experiencia ha sido positiva en relación con los síntomas negativos, los efectos colaterales extrapiramidales se reportan en 9% y 16% respectivamente. Como sabemos el uso de haloperidol se asocia a mayor presencia de síntomas extrapiramidales, pero puede ser usado en el adulto mayor. La presentación de acción prolongada de la risperidona ha demostrado ser eficaz y generalmente bien tolerada en el adulto mayor con esquizofrenia hasta por 50 semanas (Kennedy, 2003). La risperidona a altas dosis incrementa el riesgo de síntomas extrapiramidales, con olanzapina se puede presentar hipotensión ortostática, sedación, ganancia de peso y el riesgo de desarrollar hiperglucemia y diabetes tipo 2.

La medicación antipsicótica que puede ser eficaz en adultos mayores con trastornos delirantes se considera que es la olanzapina y risperidona, pero puede ser difícil su adherencia al mismo debido a sus efectos colaterales.

Tratamiento de la psicosis en la enfermedad de Alzheimer

Los antipsicóticos atípicos tales como clozapina, risperidona, olanzapina y quetiapina han demostrado ser adecuados agentes en el tratamiento de pacientes con psicosis y demencia. En estudios controlados con dosis de 1 a 2 mg. al día de risperidona se ha demostrado mayor efectividad que el placebo para reducir los síntomas psicóticos y comportamiento agresivo, sin embargo dosis de 2mg. o más, se asocian al mismo tiempo con mayor riesgo de síntomas extrapiramidales. En relación con olanzapina a dosis de 5mg al día disminuye los síntomas psicóticos y comportamiento disruptivo (Street, 2000).

Tratamiento psicosocial

Debe ser adjunto a la terapia farmacológica. En ensayos clínicos controlados, se ha demostrado que la Terapia Cognitiva Conductual ayuda a los paciente adultos mayores con esquizofrenia crónica, no sólo para su autocuidado, sino también para su reincorporación a una función social (Granholm, 2005).

4.7 Trastornos del sueño

Introducción

Los adultos mayores con frecuencia presentan alteraciones en el patrón del sueño y con frecuencia son motivo de consulta. Estas alteraciones repercuten en el funcionamiento, bienestar y convivencia con las personas. Se relaciona con trastornos de ansiedad y depresión. Es importante investigar si las personas con alteraciones en el patrón del sueño cursan o no con trastornos psiquiátricos.

Sueño y envejecimiento

Con la edad, se producen, ontogénica mente, cambios en el sueño. La cantidad de sueño δ , suma de las fases 3 y 4, se va acortando con la edad y disminuye mucho hacia los 60 años, hasta casi desaparecer. A los 60-70 años, se suscita poca actividad δ y la pierden antes los varones que las mujeres. En el anciano aumenta el número de despertares, el sueño se hace más fraccionado, hay menos sueño profundo y el sueño REM se mantiene bastante estable (Miles, 1980). Cambios objetivos y subjetivos en el sueño relacionados con la edad se exponen en la tabla 4.7.1

Tabla 4.7.1. Cambios objetivos y subjetivos relacionados con la edad

Cambios objetivos

- Reducción total de los periodos REM, ligera en los ancianos normales y mayor en el anciano senil
- Aumento de la latencia REM
- Aumento de la fase 1 y 2
- Reducción de las fases 3 y 4, sobre todo la 4
- Frecuentes interrupciones del sueño
- Menos horas de sueño nocturno
- Más tiempo en la cama
- Interrupciones frecuentes durante la noche y aumento del número de despertares (Carskadon y cols., 1982).

Cambios subjetivos

- Menos tiempo total de sueño nocturno
- Más demora para conciliar el sueño
- Mayor insatisfacción con el sueño, que se convierte en menos eficaz
- Cansancio y somnolencia durante el día
- Necesidad de siestas.

Clasificación

Se expone en la tabla 4.7.2 según el DSM-IV y CIE-10

Epidemiología

Hasta el 40-50% de los adultos mayores se muestran insatisfechos de su calidad de sueño y se quejan de problemas relacionados con éste (Ancoli-Israel, 1997). En EE.UU., el 12% que constituye la población de ancianos, recibe, aproximadamente la mitad de los fármacos hipnóticos prescritos. En muchos casos, aunque la queja sea la alteración del sueño, no se trata de un trastorno primario de este, sino que existen otras enfermedades subyacentes, tales como un cuadro depresivo (Livingston y cols., 1993).

TABLA 4.7.2 Clasificación de los trastornos del sueño

DSM-IV	CIE 10
Trastornos primarios del sueño	F51 Trastornos no orgánicos del sueño
Disomnias	F51.0 Insomnio no orgánico
307.42 Insomnio primario	F51.1 Hipersomnia no orgánica
307.44 Hipersomnia primaria	F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia
347 Narcolepsia	F51.3 Sonambulismo
780.59 Trastorno del sueño relacionado con la respiración	F51.4 Terrores nocturnos
307.45 Trastornos del ritmo circadiano	F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño sin especificar
307.47 Disomnia no especificada	G47 Trastornos no psicogénicos del sueño.
Parasomnias	
307.47 Pesadillas	Disomnias
307.46 Terrores nocturnos	Trastornos que producen dificultad para iniciar el sueño o para mantenerlo, o tener excesivo (hipersomnia). Se excluyen las secundarias a trastornos médicos o psiquiátricos
307.46 Sonambulismo	
307.47 Parasomnia no especificada	Parasomnias
Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental	Fenómenos físicos indeseables que ocurren predominantemente durante el sueño, como pesadillas, terrores nocturnos, hablar en sueños o sonambulismo. Las parasomnias se encuentran asociadas al sueño REM
307.42 Insomnio relacionado con otro trastorno mental	
307.44 Hipersomnia relacionada con otro trastorno mental	
Otros trastornos del sueño	
780.xx Trastornos del sueño debido a una enfermedad médica	
Trastornos del sueño inducidos por sustancias	

Insomnio

Definición

Es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o la sensación de no haber tenido un sueño reparador durante al menos un mes (DSM-IV). No aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental, ni se debe a efectos fisiológicos de una sustancia o de una enfermedad médica. También puede definirse como la "cantidad o calidad del sueño no satisfactorio que persiste durante un considerable período de tiempo" (CIE-10), este lo sufrirán personas que tardan en dormirse más de 30 minutos, o que se despiertan más de 5 veces durante la noche, duermen menos de 6 horas, y esto ocurre al menos 4 noches a la semana, durante un mes.

Manifestaciones clínicas

El insomnio provoca cansancio, ansiedad, irritabilidad, disminución de la capacidad de alerta y disminución de rendimientos, sobre todo intelectuales y somnolencia diurna.

Se trata de un síntoma que acompaña a numerosas enfermedades físicas y mentales. El insomnio es frecuente en el anciano. Los problemas para iniciar o mantener el sueño se presentan en alrededor de la mitad de las personas de edad superior a los 65 años, parece ser algo más frecuente en las mujeres.

Con la edad se toleran peor los cambios de horario. Son más sensibles a los cambios ambientales, se produce un ligero cambio en el ritmo circadiano, y tienden a quedarse dormidos antes y a levantarse más temprano. Los trastornos del sueño constituyen un fenómeno multifactorial en el que se mezclan enfermedades somáticas y psíquicas; malos hábitos higiénicos, consumo de alcohol, nicotina y café (Brown y col., 1995).

Existen diversas formas clínicas:

- a) Insomnio Precoz: Tarda en dormirse más de media hora, sobre todo aparece en cuadros de ansiedad, consumo de tóxicos o estimulantes, calor excesivo en la habitación o cenas copiosas.
- b) Insomnio Medio: Despertares frecuentes a media noche, habiendo dormido bien al inicio; es frecuente en los síndromes dolorosos, en el síndrome de las piernas inquietas, diversas enfermedades prostáticas o respiratorias, y en diversos cuadros psiquiátricos.
- c) Insomnio Tardío: Se despierta 2 horas o más antes de lo habitual, es característico en la depresión y de algunos tratamientos.
- d) Insomnio Transitorio: Por lo general ocurre por pocos días, menos de 3 semanas. Suele estar relacionado con estrés, cambios de los turnos de trabajo. También con enfermedades físicas o psíquicas.
- e) Insomnio Crónico: Dura más de un mes. Puede ser de origen psicofísico, con historia de mal dormir casi toda la vida. Puede también estar relacionado con la higiene del sueño, consumo de tóxicos, ansiedad o depresión, y el que acompaña a la apnea del sueño.

Etiología

Frecuentemente en el anciano resulta secundario y surge como un síntoma añadido, debido a causas múltiples, sobre todo, somáticas (Foley y cols., 1995; Prinz, 1995). Las causas pueden ser físicas, psicológicas, psiquiátricas y farmacológicas como se observan en la tabla 4.7.3.

Tabla 4.7.3. Causas físicas, psicológicas y psiquiátricas del insomnio

Causas físicas

- Enfermedad física que cause dolor
- Enfermedad febril
- Prurito
- Neoplasia
- Infecciones
- Enfermedades vasculares
- Enfermedades cardíacas
- Enfermedades respiratorias
- Enfermedades urinarias (próstata, ingesta de diuréticos)
- Enfermedades endocrinas o metabólicas
- Enfermedades neurológicas que obligan a una postura incomoda, como la enfermedad de Parkinson
- Falta de actividad física

Causas psicológicas

- Estrés
- Preocupación por una enfermedad grave
- Institucionalización
- Falta de interés y proyectos vitales de futuro
- Cambios vitales importantes en el nivel social y económico (muerte de la pareja, cambio de domicilio, hospitalización o residencia, etcétera).

Causas psiquiátricas

- Depresión
- Ansiedad
- Alcoholismo
- Psicosis
- Crisis de angustia
- Demencia
- Delirium
- Estrés reciente

Causas farmacológicas

Fármacos productores de insomnio per se

- Alcohol
- Antagonistas de calcio
- Anticolinérgicos
- Antineoplásicos
- Broncodilatadores
- Drogas ilícitas (mariguana, LSD, cocaína, opiáceos)
- Esteroides
- Estimulantes del SNC (cafeína, anfetaminas y anorexígenos)
- Hormonas tiroideas

- Levodopa
- Nicotina, propanolol
- Sinpáticomiméticos
- Teofilina
- Vasodilatadores

Uso prolongado de

- Barbitúricos
- Hidrato de cloral

Insomnio por interrupción de

- Alcohol
- Anfetaminas
- Cocaína u opiáceos
- Antidepresivos
- Antihistamínicos
- Barbitúricos
- Benzodiazepinas

Insomnio secundario al uso de psicofármacos

- Anticolinérgicos
- Antidepresivos
- Antipsicóticos
- Benzodiazepinas

Causas ambientales y otras causas

- Dormitorio excesivamente caluroso
- Ruido
- Luz intensa
- Cenas copiosas
- Cambios en los turnos de trabajo día/noche
- Hábitos de higiene inadecuados, como acostarse cada día a una hora diferente
- Consumo de bebidas excitantes
- Fase de sueño retrasada
- Fase de sueño adelantada
- Alteraciones del ritmo circadiano

Diagnóstico

La identificación del insomnio no es difícil. En el anciano sin embargo, hay que tener en cuenta el número total de sueño durante las 24 horas del día. Cuando el insomnio es transitorio o a corto plazo, el individuo por lo general conoce la causa. Cuando se prolonga, deben descartarse las causas físicas o psíquicas y las costumbres higiénicas en torno a éste. Se debe analizar la hora del despertar y forma de hacerlo. Cómo se encuentra cuando se levanta y durante el resto del día, si toma siestas, grado de actividad, presencia de somnolencia durante el día o de otros síntomas subjetivos de cansancio o de disminución de los rendimientos intelectuales. Existen algunas escalas para valorar la hipersomnia diurna como la Escala de Epworth.

Ante el insomnio en el anciano:

1. Debe confirmarse que existe realmente y que no es sólo una impresión subjetiva. La información debe contrastarse con los familiares.
2. Identificar si existen enfermedades físicas o psíquicas que lo justifiquen.
3. Determinar si hay fármacos o tóxicos que pueden estar interviniendo en la génesis del insomnio.

Los insomnios de corta duración pueden relacionarse con cambios en el medio y enfermedades somáticas, y los más prolongados, de meses, con enfermedad psíquica (Prinz y cols., 1990).

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es dormir mejor y lograr un bienestar durante el día (McCall, 1995).

Tratamiento Farmacológico

Un tercio de los hipnóticos se destinan a personas mayores de 65 años, a pesar de constituir el 14-15% del total de la población. Aproximadamente, el 70-75% de las prescripciones de fármacos para el insomnio las realiza el médico general.

Antes de iniciar con el tratamiento farmacológico, se debe tener en cuenta que los ancianos son más sensibles a las medicaciones. Debe analizarse la enfermedad somática concomitante. No es rara la automedicación. Si el anciano duerme una media de 6 horas diarias, no es preciso administrar medicación.

La utilización de los hipnóticos en los ancianos debe seguir una actitud conservadora basada en los siguientes principios:

1. Usar dosis menores en 1/3 a 1/2 que en los jóvenes y siempre a la menor dosis efectiva y durante el menor tiempo posible
2. Monitorizar con cuidado la eficacia y los efectos colaterales
3. Titular la dosis tan lentamente como se pueda
4. Dispensar un número limitado de dosis y al menos cada mes reevaluar el diagnóstico inicial y la necesidad de seguir administrándolo
5. Realizar un seguimiento de los cambios conductuales y cognitivos. Una sedación excesiva puede indicar dosis alta o administración demasiado frecuente.

Benzodiazepinas

No existe hipnótico ideal. Se debe seleccionar dependiendo de las características del insomnio. Se debe administrar durante tiempos limitados y la mínima dosis eficaz posible.

No debe suspenderse de forma brusca. En algunos ancianos actúa de forma paradójica. Está contraindicado en broncopatías crónicas, en apnea del sueño. Fármacos como loracepan de semivida corta (menor de 24 horas) que se metabolizan por glucoronoconjugación no afectada por la edad pueden ser los de elección en el adulto mayor. En general, necesitan tomarse al menos una hora antes de irse a dormir por su retardo en la absorción y distribución, producen más ansiedad e irritabilidad diurnas con la posibilidad de tolerancia e insomnio de rebote y temprano por la mañana.

Imidazopirridinas e imidazopiridinas

Dentro de este grupo se encuentran el zolpidem y la zopiclona. Sus características farmacodiná-

micas son similares a las benzodiazepinas. Sobre todo su efecto es hipnótico, aunque también es miorrelajante, anticonvulivante y ansiolítico.

Antidepresivos

Los antidepresivos sedantes resultan eficaces para el insomnio. Los que poseen esta característica son la mianserina, fluvoxamina, nefazodona, maprotilina, mirtazapina y amitriptilina. Puede administrarse carbamazepina en los casos de confusión mental nocturna.

Neurolépticos

Suelen indicarse en pacientes con grave situación somática o cuando coincide con importante afectación cognoscitiva, como en las demencias y el delirium. Asimismo cuando existen alucinaciones o ideas delirantes, por psicosis primarias y secundarias. Puede administrarse haloperidol, levomepromazina, zuclopentixol, risperidona, olzapina o clozapina. Debe tenerse en cuenta el perfil de efectos secundarios de cada uno de ellos.

Otros fármacos

La melatonina se ha propuesto para este tipo de alteraciones (Garfinkel y cols., 1995). Puede ser útil en los trastornos del ciclo sueño-vigilia relacionados con el jet-lag.

Tratamiento no farmacológico

Explicar al anciano y a los familiares que es normal que su sueño sea liviano, fragmentado y ligeramente más corto. Si duerme siesta de 1-2 horas, entonces serán suficientes 4-5 horas de sueño por la noche. Si se acuesta a las 10 de la noche es normal que se despierte a las 4 ó 5 de la mañana. Deben enseñarse medidas higiénicas que ayuden a dormir como son:

- Regularidad en el horario de sueño y vigilia.
- Hora regular para levantarse.
- Evitación del tiempo excesivo en la cama. Esto favorece el sueño fragmentado. Nunca más de 30-60 minutos en la cama además del tiempo de sueño.
- Limitar las siestas a 30 minutos o menos. De una hora, sólo si es necesario.
- Actividad diaria y ejercicio regular en el centro del día, antes de las 5 de la tarde. Un paseo por la tarde puede ayudar.
- Evitar las comidas pesadas o hambre a la hora de acostarse. Limitar los líquidos cerca de la hora de acostarse puede disminuir los despertares para ir al baño.
- Evitar la cafeína, alcohol y nicotina por la tarde y noche. Evitar también medicamentos estimulantes (descongestivos y antiasmáticos) por la tarde.
- Evitar todas las medicaciones que puedan interferir con el sueño.
- Pasar el máximo tiempo posible al aire libre para aumentar exposición a la luz.
- Habitación de dormir tranquila, sin ruidos altos o luz excesiva, confortable y con temperatura agradable, segura.
- Realizar actividades rutinarias relajantes a la hora de ir a dormir.
- Evitar las preocupaciones o frustraciones en la cama.
- Usar hipnóticos en dosis bajas y sólo para situaciones transitorias.
- Procurar técnicas de relajación. Pensar en imágenes placenteras o neutrales.
- Si no se puede dormir, no quedarse despierto en la cama, levantarse y leer o hacer algo relajante hasta cansarse de nuevo.
- Levantarse de la cama en caso de despertarse.

- Usar la cama para dormir. No encender la televisión mientras se duerme. Evitar la cama para leer o ver la televisión.
- Evitar las mascotas en el dormitorio.
- Evitar pensamientos estimulantes, conversaciones y actividades a la hora de ir a dormir.

Se ha sugerido luminoterapia en algunos casos (Campbell y cols., 1994).

Otras alteraciones del sueño

Mioclónias nocturnas

Suelen ser inconscientes y referidas por la pareja. La mayoría son idiopáticas. El mioclono nocturno es una contracción tónica prolongada que afecta sobre todo los extensores del pie y del muslo. La etiología no está clara y para algunos constituye un síntoma de estrés. Responde al clonazepam.

Síndrome de piernas inquietas

Sensación disestésica desagradable como de crepitación u hormigueo profundo en los músculos que obliga a levantarse de la cama e impide el sueño. Parece estar relacionado con causas vasculares, metabólicas o neurológicas (polineuritis). Se han utilizado como tratamiento, benzodiazepinas (clonazepam 0.5-1 mg al acostarse) y levodopa con resultados diversos.

Apnea del sueño

En la apnea, la persona no puede respirar y dormir al mismo tiempo. Cada episodio de cese en el respirar dura de 10 segundos a 1-2 minutos y puede producirse entre 10 y 100 apneas o hipopneas por hora de sueño. La probabilidad de este síndrome aumenta con los años; en el anciano el 27% lo presentan los varones, y el 19% las mujeres. No deben administrarse benzodiazepínicos. Puede aliviarse con aparatos de presión positiva continua que evitan el colapso de la vía respiratoria. Los antidepresivos pueden mejorar, también la teofilina.

Narcolepsia

Es más frecuente en población joven. Se caracteriza por hipersomnia diurna, cataplejía, parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas. Se trata con estimulantes del SNC como metilfenidato, efedrina, dextroanfetamina.

Síndrome de Kleine-Levin

Consiste en hipersomnia diurna recurrente varios días seguidos, que ocurre cada varios meses o años, acompañada de hipersexualidad y bulimia. Aparece en jóvenes y más en varones, hay amnesia después de la crisis. Se trata con anfetaminas, metilfenidato y en algunos casos litio.

Tratamientos **5**

5.1 Generalidades sobre los tratamientos psicofarmacológicos

Entre el 60 y el 90% de los adultos mayores toman algún medicamento. Estudios realizados en el ámbito hospitalario muestran que la media de fármacos consumidos son ocho, lo cual lógicamente incrementa la posibilidad de reacciones adversas, incompatibilidades e interacciones. En los ancianos es mayor el número de fracasos terapéuticos, ya sea por ineficacia o por efectos adversos, así como por falta de cumplimiento (ya sea por no comprender o no recordar las instrucciones en forma adecuada).

La mayoría de los estudios sobre nuevos fármacos se efectúan en grupos de población entre los 18 y los 65 años y sin patología física acompañante, por lo que, cuando se extrapolan los resultados para aplicarlos en ancianos, no es fácil determinar la dosis óptima. En los tratamientos en el adulto mayor, hay que tener en cuenta los factores de automedicación, incumplimiento, pluripatología, cronicidad y polifarmacia.

5.1.1 Cambios metabólicos en la vejez relacionados con los tratamientos psicofarmacológicos

Farmacocinéticos

Absorción

En el adulto mayor la absorción se encuentra alterada por los siguientes factores:

1. Reducción de las células absortivas
2. Disminución del pH gástrico
3. Enlentecimiento del vaciado gástrico y del tránsito
4. Reducción de la salivación, secreción clohídrica, motilidad gastrointestinal e incremento del reflujo dudodenogástrico
5. A nivel intestinal hay disminución de la irrigación sanguínea y atrofia de las vellosidades intestinales.

Distribución

El proceso se encuentra alterado por:

1. Disminución del agua del organismo en aproximadamente el 10-15%, lo cual reduce el volumen de distribución.
2. Incremento de la grasa corporal en relación al total (excepto en la fase final de la vida), lo que altera el volumen extravascular de los fármacos liposolubles depositados en tejidos grasos.

El envejecimiento, pues, influye en todos los aspectos de la distribución y, en consecuencia, en las dosis de administración.

Metabolismo

Hay dos formas principales de reacciones metabólicas:

Fase I. Incluye reacciones de oxidación, reducción o hidrólisis. Son más lentas en el anciano

Fase II. Incluye las reacciones de conjugación y acetilación. No se producen cambios importantes con la edad.

En la vejez se producen cambios significativos en el metabolismo. Existe pérdida de masa hepática, flujo sanguíneo y actividad enzimática, lo cual endentece el metabolismo y aumenta la semivida, favoreciendo las interacciones.

Excreción

La excreción es uno de los aspectos farmacocinéticos particularmente afectados por la edad. La capacidad de excreción renal se reduce por disminución del flujo sanguíneo renal, disminución del índice de filtración glomerular y de la resorción tubular, es decir disminuye en síntesis el aclaramiento y por lo tanto aumenta la semivida.

Farmacodinámicos

En los adultos mayores, disminuye el número de receptores y cambia la sensibilidad de los mismos, lo cual puede facilitar respuestas anómalas o un menor efecto terapéutico, por reducirse la afinidad.

Algunos, como las benzodiacepinas, pueden producir mayor sedación por mayor sensibilidad. Para entender la acción de los psicofármacos en el SNC, hay que recordar los cambios morfológicos que se producen con la edad:

1. Disminución del peso cerebral
2. Sustitución de neuronas por células gliales
3. Pérdida de sustancia gris y blanca, sobre todo frontal y parietal
4. Aumento de la permeabilidad en la barrera hematoencefálica.

5.1.2 Reacciones adversas

La frecuencia de las reacciones adversas en el anciano se duplica respecto de los adultos jóvenes. Se considera la edad como factor de riesgo no sólo por la propia edad, sino por la asociación de diversos procesos físicos y la polifarmacia.

Las manifestaciones de reacciones adversas más comunes en los ancianos son: cuadro confusional agudo, alteraciones de la conducta e inquietud, síntomas extrapiramidales, depresión, caídas, estreñimiento o incontinencia, inestabilidad y alteraciones en la marcha y lesiones cutáneas.

5.1.3 Efecto placebo

Siempre ha de valorarse el efecto placebo, actividad producida por sugestión, pero no exclusivamente. Se ha comprobado que la administración del placebo desencadena los mecanismos de liberación de las endorfinas endógenas, lo cual corrobora que no se trata sólo de sugestión. En el caso del adulto mayor, se han observado con el placebo varias manifestaciones físicas, entre las cuales destaca la constipación.

5.1.4 Recomendaciones

1. Debe evaluarse cuidadosamente la situación clínica del enfermo y utilizar los fármacos sólo cuando sean estrictamente necesarios.
2. Asegurarse de que el medicamento seleccionado sea el adecuado que no siempre coincide con la elección en el adulto.
3. Desde el principio, conocer el objetivo final del tratamiento.
4. Evitar interacciones entre fármacos y disminuir la polifarmacia. Simplificar número de dosis y formas de administración.
5. Comprobar qué otros productos toma el adulto mayor, por automedicación o prescripción. Cuando su número es muy elevado también lo es el riesgo de incumplimiento y los efectos secundarios.
6. Empezar con dosis bajas y subir gradualmente, excepto en los fármacos que no precisen ajuste de dosis. Administrar el 40-50% de las dosis del adulto.
7. Ajustar la dosis, sobre todo en los fármacos eliminados por vía renal. Aunque en líneas generales se precisan cantidades menores, no siempre sucede así en todos los fármacos. Deben de vigilarse efectos secundarios y signos de toxicidad.
8. Elegir la presentación más adecuada para la edad. Tabletas o cápsulas de gran tamaño, pueden provocar problemas de deglución, y resultan más fáciles de administrar jarabes o gotas.
9. Explicar detalladamente pautas y dosis (hay que tener cuenta que los enfermos podrían no oír bien, ver mal o tener mermadas sus capacidades intelectuales). En determinados casos, puede ser precisa la ayuda de personas próximas, como familiares, vecinos o voluntariado.
10. Controlar efectos terapéuticos, tóxicos y cumplimiento de pautas prescritas.
11. Delimitar la prescripción en tiempo.

12. Reevaluar eficacia y problemas del fármaco en cada visita; riesgo y beneficio en cada momento.
13. Cuando se administran benzodiazepinas y los enfermos están algo adormilados, debe prestarse atención a que puedan beber menos líquido del preciso, lo que repercute de forma negativa, pues acentúa confusión e infecciones urinarias.
14. La dosis debe calcularse en relación con el peso corporal
15. Debe tenerse especial cuidado con todos los fármacos que deprimen centros cerebrales y ventilación pulmonar, o provocan hipotensión.
16. Puede ser conveniente administrar los diuréticos a primeras horas del día, para que la necesidad de orinar interfiera lo mínimo con el sueño.

5.2 Tratamientos no farmacológicos

5.2.1 Psicoterapia en la vejez

La psicoterapia se basa en la visión "dinámica" de las enfermedades psíquicas (y de algunas físicas). El término "dinámico" sugiere impulso, movimiento, donde los síntomas psíquicos provocan un conflicto, interno o externo.

Cuando se aplica a ancianos, resulta importante la diferenciación como individuo y no dejarse guiar por la idea de que todos los ancianos son iguales porque los homologa la vejez. Se busca la reorientación de su energía hacia formas satisfactorias y definir unos objetivos que en ellos serían más limitados. Se intenta el alivio de los síntomas, adaptación a un cambio de situación en su vida tal como viudedad, disminución de los ingresos económicos o jubilación; aceptación de una nueva condición, en cierto modo más dependiente, como una forma natural y concomitante con el declinar de las capacidades e implicaciones de la edad.

El juego transferencia-contratransferencia puede convertirse en algo delicado a esta edad. Al terapeuta puede "no gustarle" que un paciente psiquiátrico le recuerde a sus padres o a una persona significativa del pasado que le produce hostilidad.

El profesional debe mantener una actitud empática, comprensiva, de apoyo y ternura, pero sin perder la objetividad y la mente abierta para entender los problemas de los pacientes mayores. Es negativo apoyarles demasiado y evitarles todas las responsabilidades. Es conveniente proporcionar una combinación de catarsis e insight.

La psicoterapia en los ancianos debe tomar cinco áreas de especial consideración. Enfermedades crónicas, muerte, matrimonio, amor y sexualidad, y comprensión del proceso de envejecimiento. Cualquier técnica empleada debe tener en cuenta una serie de flexibles modificaciones, con objetivos limitados, así como tiempo programado. El terapeuta será más expresivo y comunicativo.

Psicoterapia individual

Resulta inadecuado en los ancianos un psicoanálisis ortodoxo, pues existe mayor rigidez en sus defensas, y una menor capacidad de abstracción mental. Los objetivos entonces, deben ser directos y limitados, con terapias breves y directivas, objetivos específicos y siempre partiendo de la voluntad del paciente de explorar internamente sus problemas con el terapeuta.

La terapia interpersonal se basa antes en los conflictos actuales que en los pasados y resulta apropiada en los ancianos. Puede ser útil una terapia de apoyo sabiendo que, casi con seguridad, servirá

para el resto de sus vidas, y debe dejarse una puerta abierta por si se producen nuevas necesidades. Nunca debe aplicarse una técnica de forma rígida, sino que ésta debe adaptarse a las circunstancias. Se incrementa la flexibilidad tanto en el número, como en la duración de las sesiones. Algunos pacientes asumen ser demasiado viejos para cambiar y hay que pelear contra esas actitudes. Evidentemente el abordaje es diferente según nos enfrentemos a un proceso de adaptación al envejecimiento normal, una crisis, un grado importante de discapacidad física o psíquica, o una personalidad dependiente con o sin trastornos cognoscitivos.

En la intervención en crisis en psiquiatría geriátrica, se suelen tener de 1-6 sesiones para resolverla, basándose en particular en la libre asociación, en el apoyo y en la interpretación. A veces son preferibles sesiones breves de unos 15 minutos, según el grado de atención del paciente. Si no existen problemas de atención, las sesiones pueden durar los 45-50 minutos habituales. Hay que esforzarse en entender lo que ha desencadenado la crisis, que puede ser alguna pérdida significativa. Las técnicas cognoscitivo-conductuales pueden servir para el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Terapia de grupo

Los grupos de terapia en los ancianos favorecen la socialización y estimulan actitudes para el cambio. Se benefician de información y consejo; favorecen las relaciones interpersonales, rompen la soledad e incrementan la autoestima; permiten dar cauce a temores y sentimientos de frustración y fracaso. Se aconsejan grupos de edades similares. Esta terapia puede ser adecuada para resolver problemas de dependencia, y se corre menor riesgo de que se adopten posturas regresivas. En los ancianos, cada uno de ellos ignora con frecuencia a los otros miembros del grupo y se dirige sólo al personal de salud, lo que hay que corregir. Debe evitarse en las personas muy sordas o confusas. No debe reunirse a los grupos después de la comida para evitar la somnolencia. El terapeuta de grupo debe mantener una actitud de observación pasiva/activa.

En general, se sugieren las siguientes condiciones mínimas para participar en grupos de terapia:

1. Deseo expreso del propio paciente
2. Suficiente estado de alerta
3. Buena higiene personal
4. Capacidad para entender el lenguaje
5. Movilidad autónoma o posibilidad de ser trasladados en silla de ruedas
6. Afectividad suficientemente rica
7. Ajuste de personalidad suficiente en su vida adulta antes de entrar en crisis

Las terapias de grupo, en general, son preferibles a las individuales. El setting terapéutico deberá reunir las condiciones de protección de ruido, iluminación y ventilación adecuadas, así como privacidad. Los grupos no excederán un máximo de 10 pacientes. Se sugiere la modalidad de grupo abierto. Las sesiones podrán tener una duración de 60 a 90 minutos. La duración de los contratos terapéuticos será variable, pero tratando de no exceder la duración de 6 meses. Es aconsejable contar con un co-terapeuta y/o relator que al inicio de cada sesión leerá lo acontecido en la sesión inmediatamente pasada. El cierre y la despedida del ciclo de terapia se prepara con anterioridad con la finalidad de consolidar los logros y avances y facilitar el desprendimiento y la autonomía con la participación de todos los integrantes del grupo.

Anexos

6.1 Medidas preventivas recomendadas para adultos mayores de 65-70 años

Entidad	Procedimiento	Frecuencia
Lesión accidental particularmente en caídas	Interrogatorio y sugerencias	Cada 2 años
Falta de preparación para la jubilación	Interrogatorio y sugerencias	Cada 2 años
Problemas de nutrición	Interrogatorio y sugerencias	Cada 2 años
Cáncer de colon	Talla y peso Interrogatorio. Búsqueda de sangre oculta en heces	Cada 2-4 años Cada año
Alteraciones auditivas	Detección	Cada 2 años
Alteraciones visuales	Determinación de la presión ocular	Cada 2 años
Hipertensión arterial	Detección	Variable.
Cáncer de mama	Exploración física. Enseñar autoexploración	Cada año
Cáncer cervicouterino	Mamografía	Cada 1-2 años
Anemia	Estudio Papanicolau	Cada 2 años
Sífilis	Hemoglobina y hematocrito	Cada 4-5 años
Tuberculosis	Pruebas serológicas	Una vez en este grupo de edad
Diabetes	Prueba cutánea	Una vez en este grupo de edad
Bacteriuria	Variable	Cada 4-5 años
Patología renal	Examen general de orina	Cada 4-5 años
Tétanos, difteria	Examen general de orina	Cada 4 años
Caries dental y enfermedades periodontales	Inmunización	Cada 1º años
Defectos en prótesis dental	Examen y limpieza dental	Cada año
	Examen dental	Cada 2-3 años

Medidas preventivas recomendadas para adultos mayores de 75 años

Entidad	Procedimiento	Frecuencia
Lesión accidental, particularmente caídas	Interrogatorio y sugerencias	Cada año
Disminución de actividades mentales	Interrogatorio y sugerencias	Cada año
Problemas de alimentación	Interrogatorio y sugerencias	Cada año
Cáncer de colon	Talla y peso	Cada año
	Interrogatorio	Cada año
Alteraciones auditivas	Búsqueda de sangre oculta en heces	Cada año
Hipertensión	Detección	Cada año
Cáncer de mama	Control de tensión arterial	Cada año
	Exploración física. Enseñar autoexploración	Variable
	Mamografía	Cada año
Cáncer cervicouterino	Estudio Papanicolau	Cada 1-2 años
Tétanos	Inmunización	Cada año
Caries dental y enfermedades periodontales	Examen dental y limpieza	Cada 10 años
Alteraciones en prótesis dentales	Examen dental	Cada 1-2 años
		Cada 2-3 años

6.2 Clinimetría

CUESTIONARIO DEL INFORMANTE SOBRE DETERIORO COGNOSCITIVO EN EL ANCIANO (IQCODE)

NOMBRE: _____	EDAD: _____	SEXO _____
ESCOLARIDAD (en años) _____		
PUNTAJE TOTAL _____		FECHA _____

Necesitamos que nos informe como era su pariente (o amigo) hace diez años y compare su estado actual. A continuación le proponemos una lista de acciones en las cuales intervienen el intelecto, la memoria e inteligencia, y le pedimos que nos diga si la persona ha mejorado, esta igual o está peor, que hace diez años.

	1	2	3	4	5
1. Recuerda cosas relacionadas con sus familiares y amigos (cumpleaños, ocupación, direcciones).	Mucho mejor	Un poco mejor	No ha cambiado mucho	Un poco mejor	Francamente peor
2. Recuerda cosas que han pasado recientemente	Mucho mejor	Un poco mejor	No ha cambiado mucho	Un poco mejor	Francamente peor
3. Recuerda conversaciones recientes pocos días después	Mucho mejor	Un poco mejor	No ha cambiado mucho	Un poco mejor	Francamente peor

4. Recuerda su dirección y número de teléfono	Mucho mejor	Un poco mejor	No ha cambiado mucho	Un poco mejor	Francamente peor
5. Recuerda en qué día y mes estamos hoy	Mucho mejor	Un poco mejor	No ha cambiado mucho	Un poco mejor	Francamente peor
6. Recuerda donde guarda usualmente las cosas	Mucho mejor	Un poco mejor	No ha cambiado mucho	Un poco mejor	Francamente peor
7. Recuerda donde encontrar las cosas que han sido guardadas en un lugar distinto al usual	Mucho mejor	Un poco mejor	No ha cambiado mucho	Un poco mejor	Francamente peor
8. Sabe como utilizar máquinas de uso doméstico (licuadora, tv, radio)	Mucho mejor	Un poco mejor	No ha cambiado mucho	Un poco mejor	Francamente peor
9. Aprende a utilizar nuevas máquinas de uso doméstico	Mucho mejor	Un poco mejor	No ha cambiado mucho	Un poco mejor	Francamente peor
10. En general aprende cosas nuevas	Mucho mejor	Un poco mejor	No ha cambiado mucho	Un poco mejor	Francamente peor
11. Sigue la historia de un libro o de una telenovela	Mucho mejor	Un poco mejor	No ha cambiado mucho	Un poco mejor	Francamente peor
12. Toma decisiones en asuntos de la vida diaria	Mucho mejor	Un poco mejor	No ha cambiado mucho	Un poco mejor	Francamente peor
13. Maneja el dinero para sus compras	Mucho mejor	Un poco mejor	No ha cambiado mucho	Un poco mejor	Francamente peor
14. Maneja asuntos financieros	Mucho mejor	Un poco mejor	No ha cambiado mucho	Un poco mejor	Francamente peor
15. Resuelve cálculos matemáticos sencillos relacionados con la vida diaria (porciones adecuadas de familia)	Mucho mejor	Un poco mejor	No ha cambiado mucho	Un poco mejor	Francamente peor
16. Usa su inteligencia para entender que está pasando y razona las cosas	Mucho mejor	Un poco mejor	No ha cambiado mucho	Un poco mejor	Francamente peor

Realizando una suma de las 16 respuestas, asignando un valor de 1 a 5. Dividir entre 16. Un resultado igual o mayor a 3.5 sugiere un probable deterioro cognitivo.

PUNTAJE TOTAL _____

Escala de Depresion Geriatrica (Gds)

Califique 1 punto para cada respuesta en mayúsculas.

0-10: Sin depresión, 11-20: depresión leve; 21-30: depresión severa.

Versión de 15 preguntas en negrillas: de 0-5: No deprimido; de 6-15: deprimido

- | | | | |
|--|---------------|-------|-------|
| 1. ¿Está Ud. satisfecho con su vida? | si/ NO | _____ | _____ |
| 2. ¿Ha abandonado ud. mucho de sus intereses? | SI /no | _____ | _____ |
| 3. ¿Siente ud. que su vida es vacía? | SI /no | _____ | _____ |
| 4. ¿Se aburre ud. con frecuencia en su trabajo? | SI /no | _____ | _____ |
| 5. ¿Tiene ud. esperanzas en el futuro? | si/ NO | _____ | _____ |
| 6. ¿Esta ud. molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente? | SI/no | _____ | _____ |
| 7. ¿Esta ud. de buen humor la mayor parte del tiempo? | si/ NO | _____ | _____ |
| 8. ¿Tiene ud. miedo que algo le vaya a suceder? | SI /no | _____ | _____ |
| 9. ¿Se siente ud. contento la mayor parte del tiempo? | si/ NO | _____ | _____ |
| 10. ¿Se siente ud. frecuentemente desamparado? | SI /no | _____ | _____ |
| 11. ¿Se siente ud. intranquilo y nervioso con frecuencia? | SI/no | _____ | _____ |
| 12. ¿Prefiere ud. quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas? | SI /no | _____ | _____ |
| 13. ¿Se preocupa ud. frecuentemente por el futuro? | SI/no | _____ | _____ |
| 14. ¿Cree ud. que tiene mas problemas con su memoria que los demás? | SI /no | _____ | _____ |
| 15. ¿Piensa ud. que es maravilloso estar vivo ahora? | si/ NO | _____ | _____ |
| 16. ¿Se siente ud. desanimado y triste con frecuencia? | SI/no | _____ | _____ |
| 17. ¿Siente ud. que nadie lo aprecia? | SI /no | _____ | _____ |
| 18. ¿Se preocupa ud. mucho por el pasado? | SI /no | _____ | _____ |
| 19. ¿Cree ud. que la vida es muy emocionante? | si/ NO | _____ | _____ |
| 20. ¿Le es difícil a ud. comenzar con nuevos proyectos? | SI/no | _____ | _____ |
| 21. ¿Se siente ud. lleno de energía? | si/ NO | _____ | _____ |
| 22. ¿Siente ud. que su situación es desesperante? | SI /no | _____ | _____ |
| 23. ¿Cree que los demás están en mejores condiciones que ud.? | SI /no | _____ | _____ |
| 24. ¿Se molesta ud. con frecuencia por cosas sin importancia? | SI/no | _____ | _____ |
| 25. ¿Tiene ud. ganas de llorar con frecuencia? | SI/no | _____ | _____ |
| 26. ¿Tiene ud. problemas para concentrarse? | SI/no | _____ | _____ |
| 27. ¿Disfruta ud. al levantarse por las mañanas? | si/ NO | _____ | _____ |
| 28. ¿Prefiere ud. evitar las reuniones sociales? | SI/no | _____ | _____ |
| 29. ¿Es fácil para ud. tomar decisiones? | si/ NO | _____ | _____ |
| 30. ¿Esta su mente tan clara como solía estar antes? | si/ NO | _____ | _____ |

**Journal of Psychiatric Research Vol. 17, Yesavage/Brink et. Al. "The Geriatric Depression Scale". 1983. Elsevier Science Ltd, Oxford UK.*

Valoración Básica en Historia Clínica

Funcionalidad: Índice de Katz

(I=Independiente D= Dependiente)

1. Bañarse I. Solo o con ayuda para lavarse una parte del cuerpo D. Ayuda para entrar al baño; lo bañan	
2. Vestirse I. Se viste totalmente sin ayuda D. No se viste solo	
3. Retrete I. No necesita ayuda D. Con ayuda, orinal o cómodo	
4. Movilidad I. Entra y sale de la cama D. No puede solo	
5. Continencia I. Control de esfínteres D. Control parcial, enemas, sondas, orinal y/o comodo	
6. Alimentación I. Lleva la comida del plato a la boca D. Necesita ayuda, sondas	
Letra	

Katz S, Downs TD, Cash HR, et al. Progress in the development of the index of ADL

- A. Independiente en todas las actividades
 - B. Independiente en todas excepto una
 - C. Independiente en todas excepto en bañarse y otra función adicional
 - D. Independiente en todas excepto en bañarse, vestirse y otra función adicional
 - E. Independiente en todas excepto en bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional
 - F. Independiente en todas excepto en bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional
 - G. Dependiente en las seis funciones
- Otro: Dependiente en al menos dos funciones, pero sin ser clasificable como C, D, E o F.

Escala breve para la Deteccion de Ansiedad en el Anciano (SATS)

	Nunca o rara vez	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
1. ¿Se siente como si estuviera en el límite al borde de una situación?	1	2	3	4
2. ¿Siente usted que algo terrible va a pasarle?	1	2	3	4
3. ¿Ha estado preocupado por su estado actual?	1	2	3	4
4. ¿Siente ud. que tiene el control de su vida?	1	2	3	4
5. ¿Puede ud. relajarse?	1	2	3	4
6. ¿Sufre de dolor en la espalda, cuello y/o cabeza?	1	2	3	4
7. ¿Suda ud. mucho o sufre de palpitaciones?	1	2	3	4
8. ¿Ha estado irritable?	1	2	3	4
9. ¿Duerme ud. bien?	1	2	3	4
10. ¿Sufre ud. de mareos y desmayos?	1	2	3	4
Total:				

>24 puntos positivo para ansiedad
 22-23 puntos: prueba en el limite
 <22 puntos: negativo para ansiedad

Sinolff G, Ore L, Zlotogorsky D, Tamir, A. Short Anxiety Screening Test-a brief instrument for detecting anxiety in the elderly. *Int J Geriat Psychiatry*, 1999, 14: 1061-1071

Test del Reloj

Se pide al paciente dibujar la hora de las 3 en un círculo y se clasifican los errores

Grado	Error
I	Ligera asimetría en los números Pone los números fuera del círculo Vuelve la hoja al revés y los números aparecen cabeza abajo Dibuja rayas para orientarse
II	Omite una manecilla. Une con rayas las 12 y las 3 Dibuja un círculo alrededor de las 3
III	No señala correctamente las 3 Dibuja un doble círculo sobre el anterior Perseveración: pone 12, 13, 14 etc. Inversión derecha Izquierda. Incapaz
IV	Distribución espacial muy desorganizada Confunde la hora con días, meses, etc. Pinta una cara en el círculo. Escribe la palabra "reloj"
V	Incapaz de dar una respuesta coherente

Respuesta normal: Grado I y II

Déficit cognitivo: grado III, IV y V

Escala de Hachinski

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
EDAD: _____ SEXO _____ EXPEDIENTE _____ FECHA _____

SINTOMAS	PUNTUACION
Comienzo agudo de síntomas	2 _____
Deterioro intelectual a brotes	1 _____
Fluctuación de los síntomas	2 _____
Confusión nocturna	1 _____
Personalidad conservada	1 _____
Depresión	1 _____
Síntomas corporales	1 _____
Incontinencia emotiva	1 _____
Historia de hipertensión arterial	1 _____
Historia de accidentes cerebrales vasculares	2 _____
Evidencia de arteriosclerosis asociada	1 _____
Síntomas neurológicos focales	1 _____
Signos neurológicos focales	1 _____
Puntuación Final	_____

MINI MENTAL STATE (MMSE-FOLSTEIN)

Modificado Consenso Mexicano para el Síndrome de Deterioro Intelectual

Orientacion

¿Qué fecha es hoy? Sólo preguntar lo omitido:

1. ¿Qué día de la semana es?
2. ¿Qué día del mes es?
3. ¿En qué mes estamos?
4. ¿Qué año es?
5. ¿Qué hora es aproximadamente?
¿Qué estación es?

¿En dónde nos encontramos ahora?

Sólo preguntar lo omitido:

6. ¿En qué lugar estamos? ¿Cómo se llama este hospital? ¿En qué planta nos encontramos?
7. ¿En qué país?
8. ¿En qué estado?
9. ¿En qué ciudad o población?
10. ¿En qué colonia, delegación o municipio?

Memoria Inmediata

1. Flor
2. Coche
3. Nariz

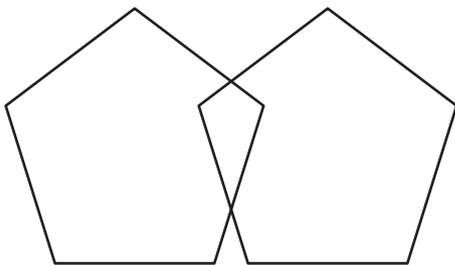
Atencion y Cálculo: 40-4 y así sucesivamente

4. 36
5. 32
6. 28
7. 24
8. 20

o deletrear MUNDO de atrás-adelante

Cierre los ojos

Recuerdo diferido



9. Flor
10. Coche
11. Nariz

Lenguaje y Construcción

Nominación de objetos

12. Lápiz
13. Reloj

Repetir la frase:

14. "No voy si tu no llegas temprano"

Comprensión

Coloque una hoja de papel sobre el escritorio y pida al sujeto que realizar correctamente las 3 órdenes siguientes:

15. Tome la hoja de papel (con la mano derecha)
16. Dóblela por la mitad
17. Pongala sobre el escritorio

Lectura

Muestre al sujeto la instrucción escrita y pida que por favor haga lo que dice aquí:

18. "CIERRE LOS OJOS"
19. Escribir una frase con sujeto y predicado
20. Copiar el dibujo de dos pentágonos

TOTAL DE ACIERTOS _____

Dar un punto por cada respuesta correcta. Total de 30 puntos

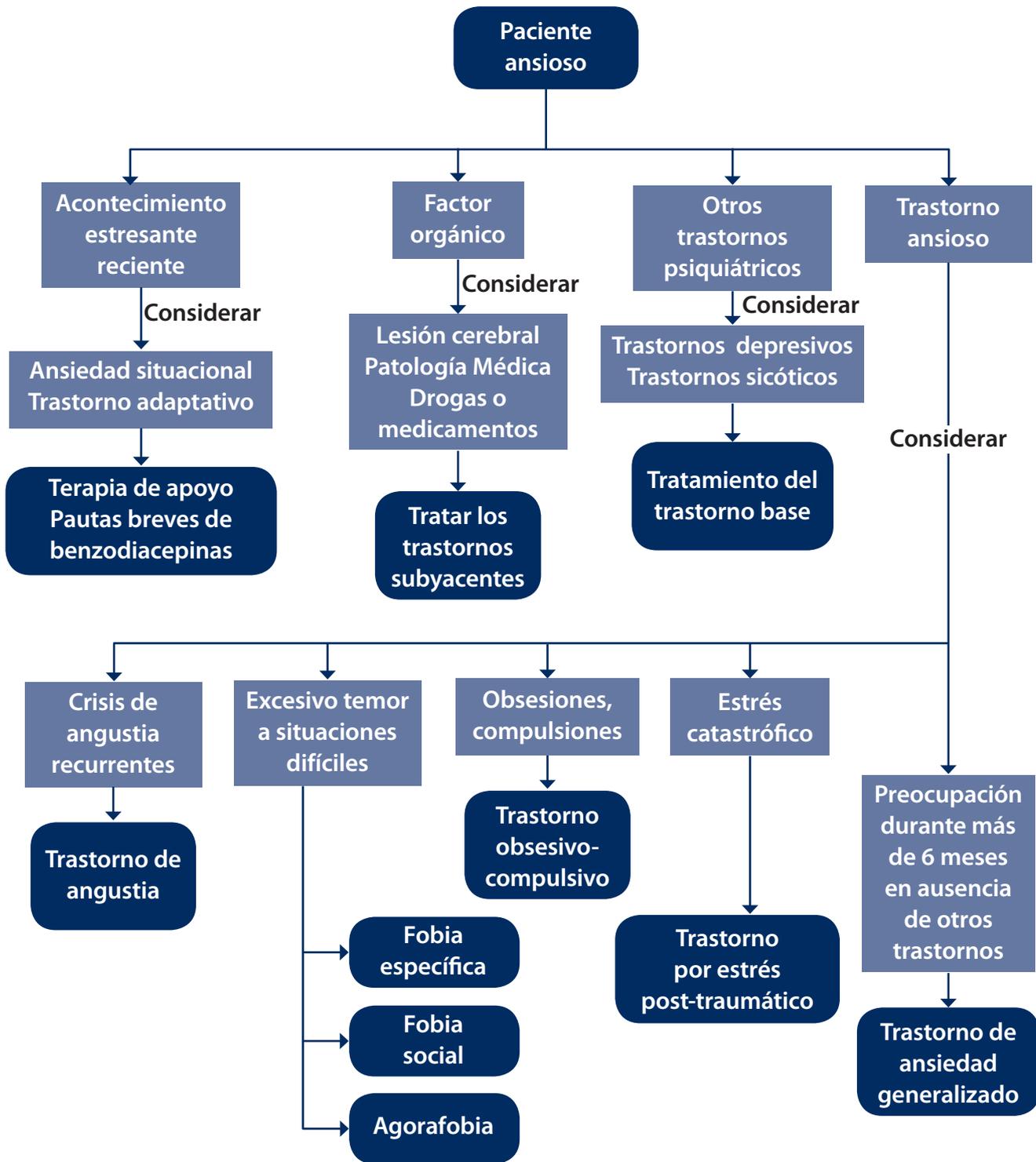
<24 puntos= deterioro cognitivo o demencia

Si tiene <8 de escolaridad =17/18

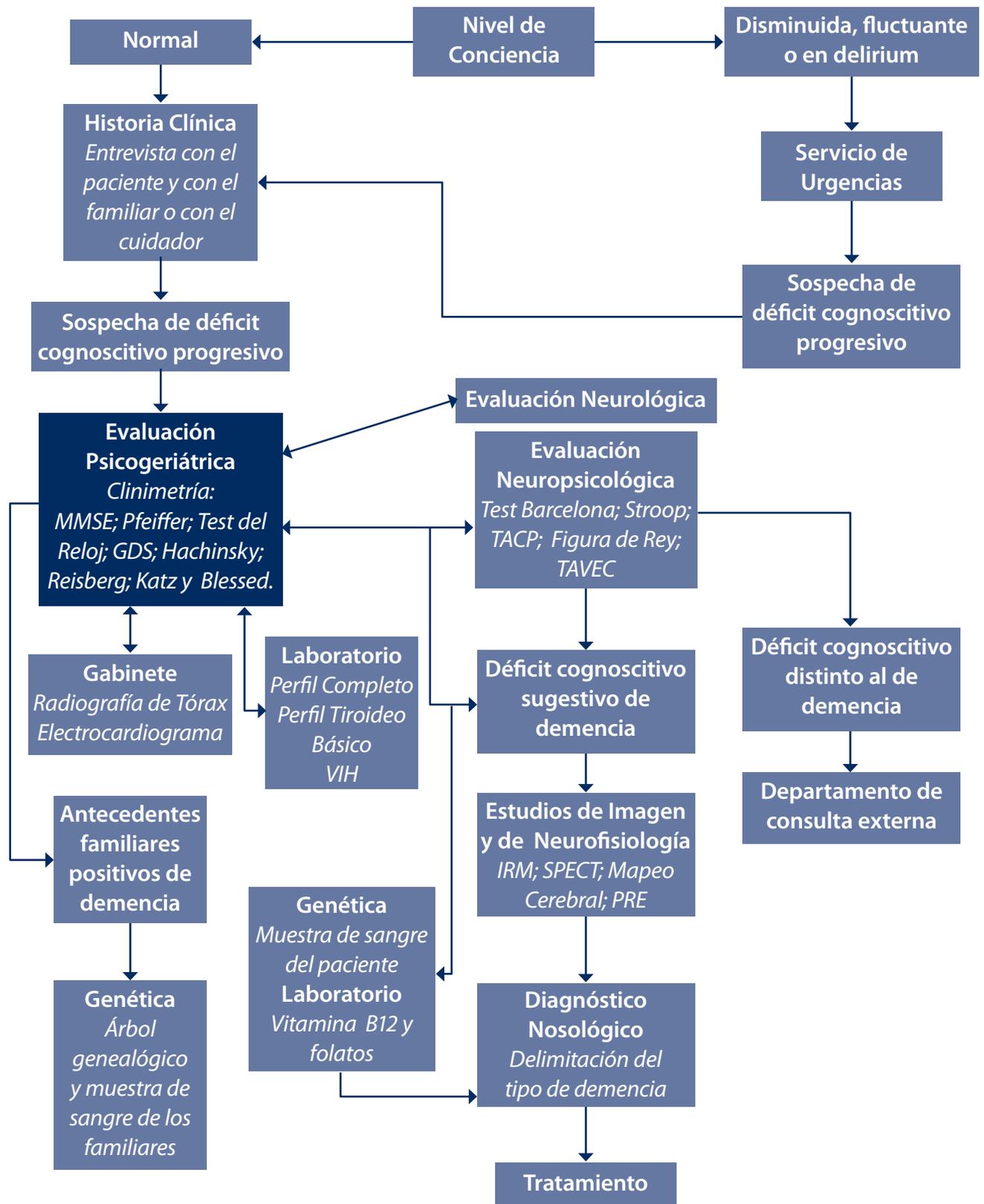
De 8-12 años de escolaridad= 21/22

Si tiene >12 años de escolaridad=23/24

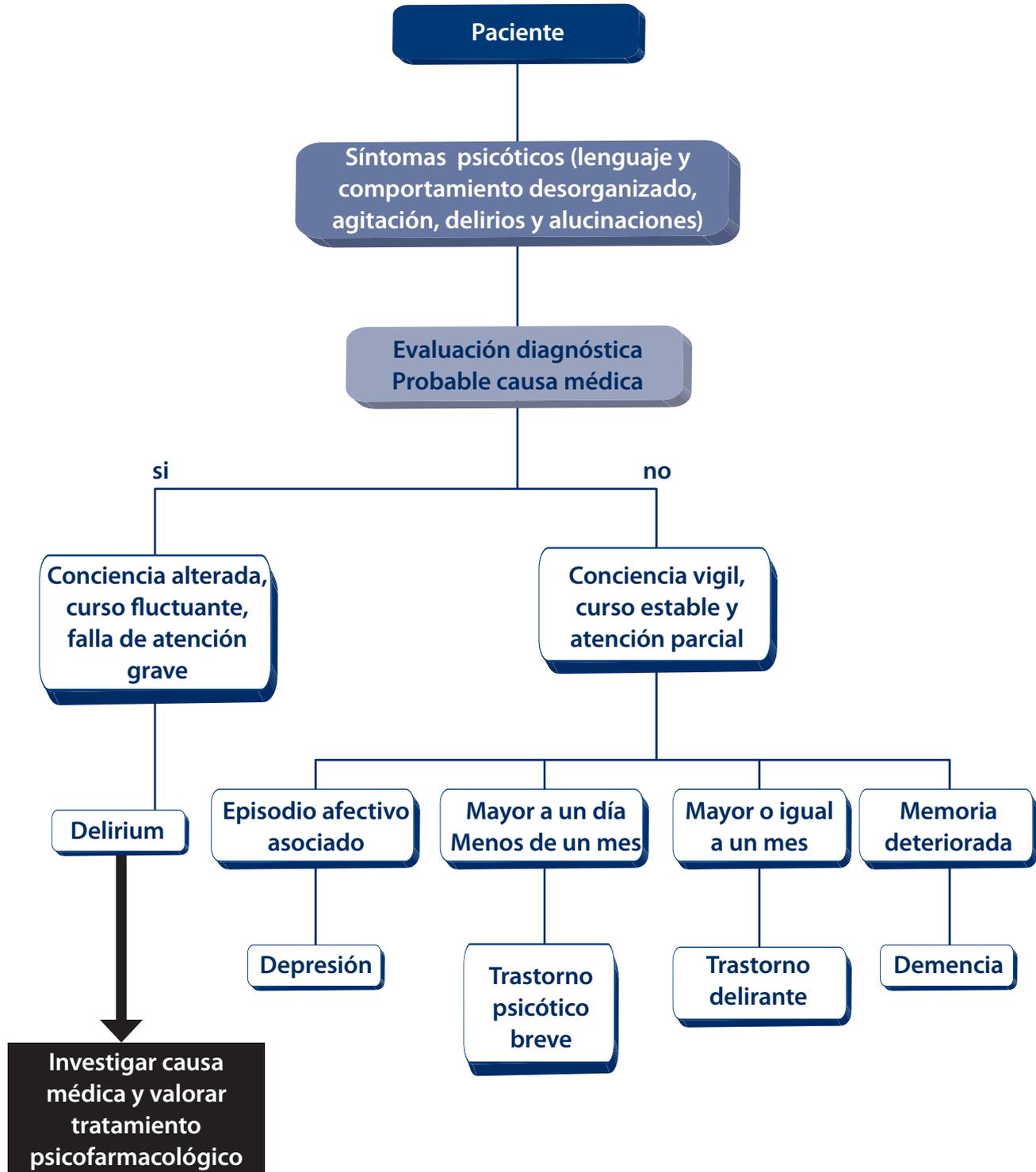
6.3 Algoritmos



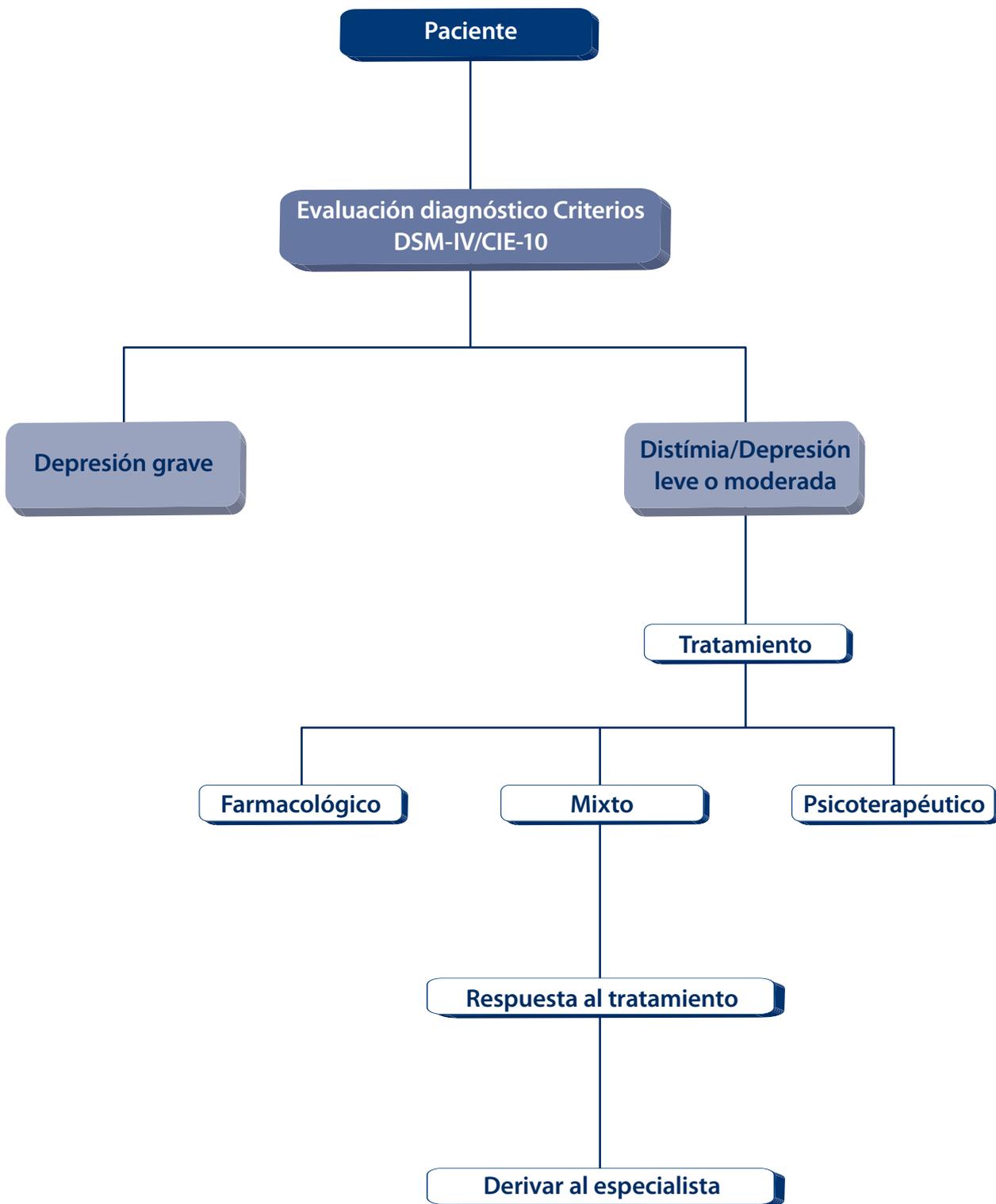
Clinica de Demencia



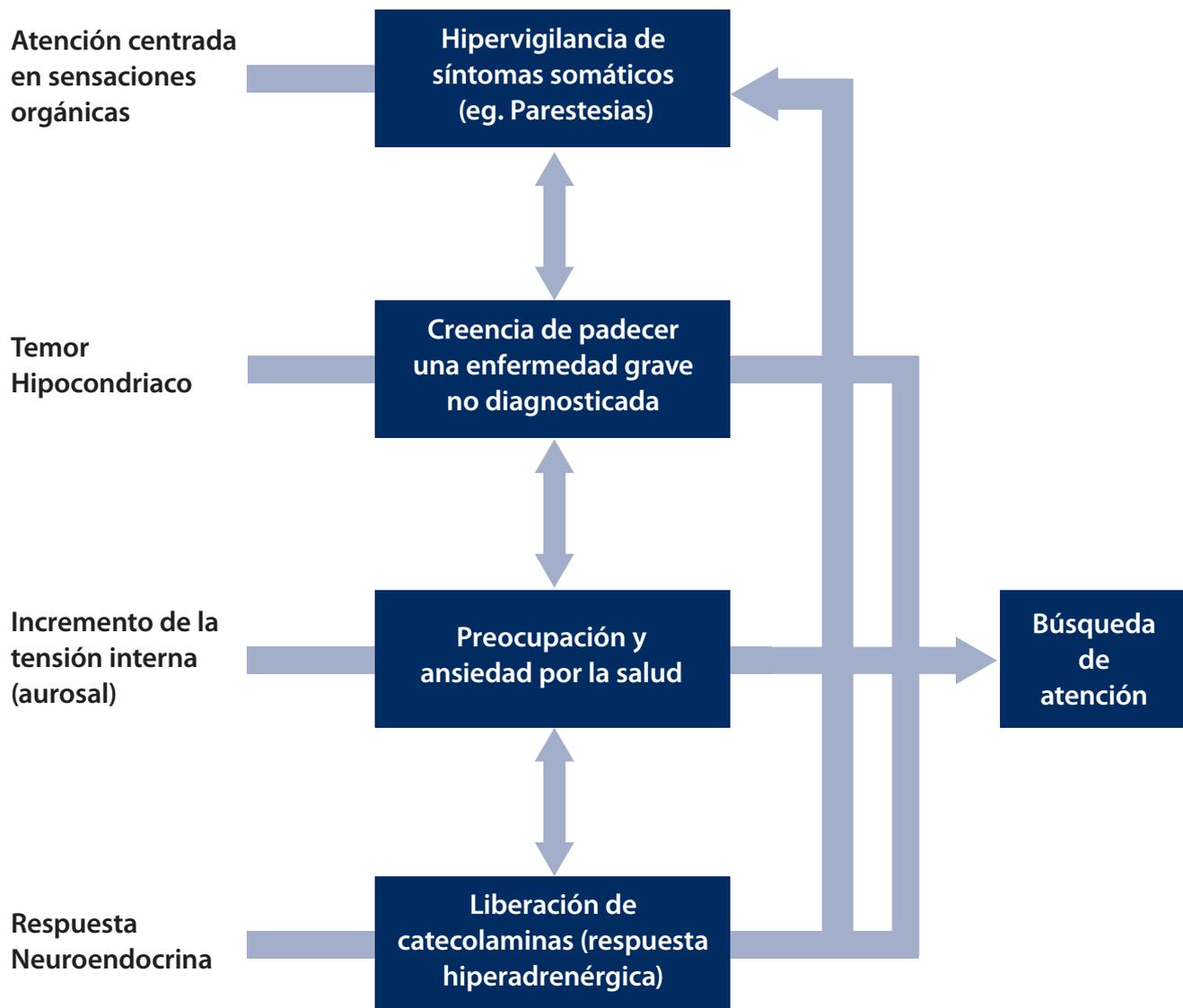
Algoritmo Delirium Adulto Mayor

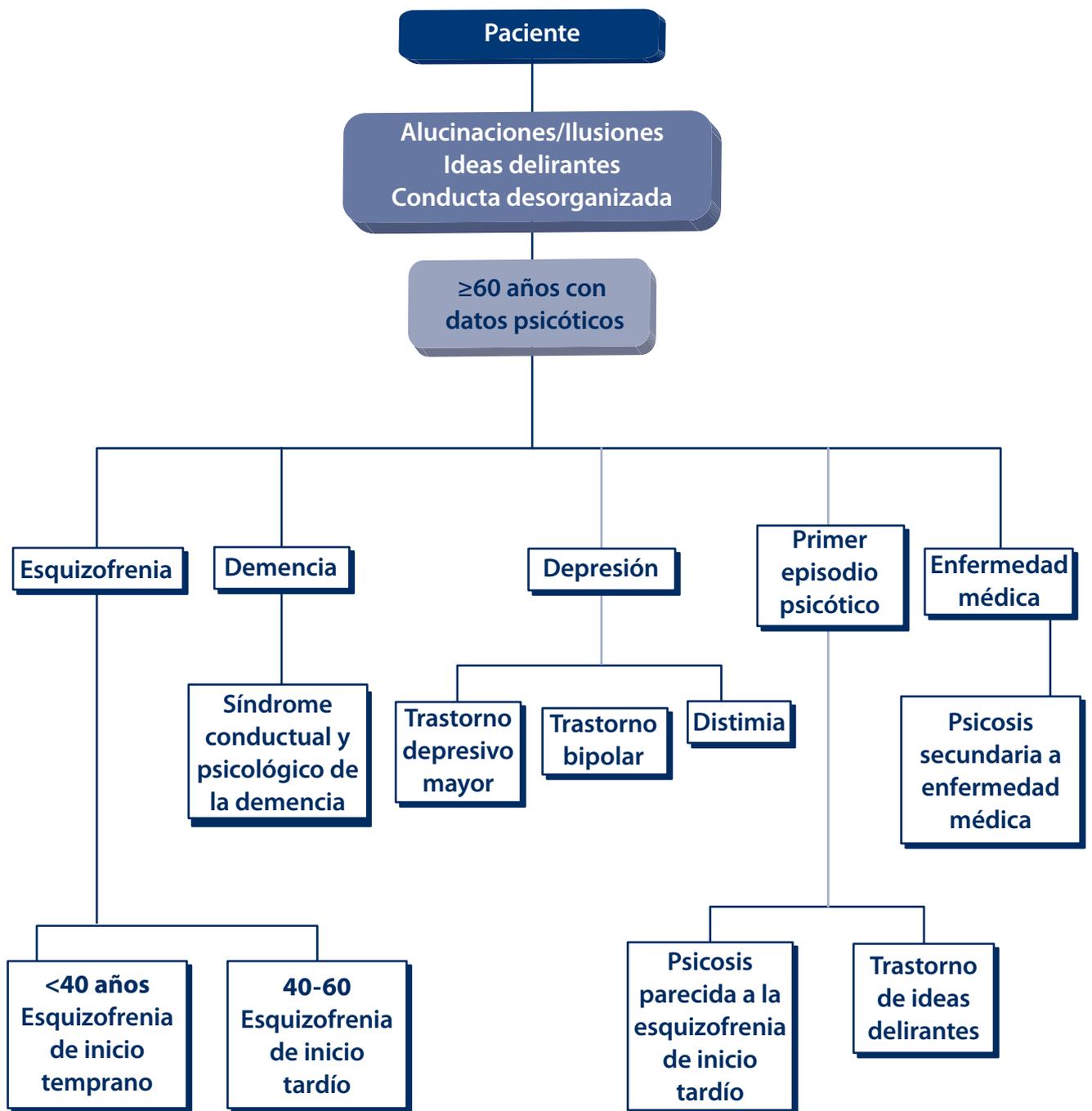


Algoritmo Depresión en el Adulto Mayor



Algoritmo explicativo del temor hipocondríaco





Algoritmo de tratamiento para trastornos del sueño



6.4 Viñetas clínicas

Viñeta Clínica Ansiedad

Paciente femenino de 70 años de edad, viuda, escolaridad primaria terminada, ama de casa, vive en compañía de dos de sus hijas, de quienes depende económicamente. Vive en un tercer piso de un departamento bien amueblado, su hogar cuenta con todos los servicios. Refiere la paciente que inicia gradualmente su padecimiento a decir de su esposo hace 8 meses caracterizado por: apatía, nerviosismo, inquietud, impaciencia, fatiga, irritabilidad, sensación de tensión muscular, insomnio, con pobre y concentración, añade que se ha sumado a esto sensación de palpitaciones, temor a salir a la calle, ocasionalmente sensación de ahogo, múltiples síntomas físicos dolorosos, temor a engordar, o contraer una enfermedad mortal. A su exploración mental se encuentra consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, niega ideación de muerte y/o suicida, alteraciones sensoriales o agitación psicomotriz.

Antecedentes médicos:

Diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de evolución, con control regular.

Niega consumo de sustancias tóxicas o de abuso, refiere llevar una dieta regular

Realiza ejercicio en un club de adulto mayor

Refiere que su personalidad siempre ha sido muy ansiosa, resto de antecedentes negados.

Estudios de laboratorio:

Biometría hemática, Perfil de lípidos, Pruebas de funcionamiento tiroideo, perfil tiroideo, radiografía de tórax, Electrolitos séricos, EEG y EEG dentro de los parámetros de referencia.

RMN de cráneo: Ventriculomegalia con atrofia cortico subcortical generalizada.

Diagnósticos probables:

1. Delirium
2. Trastorno de ansiedad generalizada
3. Demencia tipo Alzheimer
4. Trastorno por angustia con agorafobia
5. Trastorno de ansiedad no especificado.

Viñeta Clínica Delirium

Paciente femenino de 80 años de edad, casada, escolaridad secundaria terminada, ama de casa, vive en compañía de su esposo, tiene tres hijos, quienes se encuentran sanos y de quienes depende económicamente. Vive en una zona cómoda, su hogar cuenta con todos los servicios. Inicia gradualmente su padecimiento a decir de su esposo hace dos semanas caracterizado por: fatiga, pobre atención y concentración, palpitaciones, sudoración, nerviosismo, inquietud, con llanto fácil e irritabilidad, añade que existe somnolencia durante la tarde con insomnio por las noches, la paciente menciona que cuando logra dormir sus sueños son muy "vividlos", durante su explicación se logra advertir un lenguaje tangencial, lento, pobremente organizado, desorientada en tiempo y espacio. Durante su evaluación niega la presencia de alucinaciones y/o ilusiones, aunque sus familiares refieren que por las noches tiene la idea de ser visitada por fantasmas.

Antecedentes médicos:

Diabetes mellitus tipo 2 de 30 años de evolución, con control regular.

HTAS toma amlodipino 2 tabletas al día con control regular.

Hipoacusia neurosensorial diagnosticada hace 10 años

Cataratas bilaterales, con limitación importante de la agudeza visual desde hace 5 años

Niega consumo de sustancias tóxicas o de abuso, refiere llevar una dieta regular baja en carbohidratos y grasas.

Estudios de laboratorio:

Biometría hemática, Perfil de lípidos, Pruebas de funcionamiento tiroideo, perfil tiroideo, radiografía de tórax, EKG y EEG dentro de los parámetros de referencia.

Electrolitos séricos: Calcio 8.0 mg/dl, Fósforo 3.5 mg/dl, Sodio 125mEq/L, potasio 3.5 mEq/L

RMN de cráneo: Atrofia cortico subcortical generalizada con Enfermedad por microvaso.

Diagnósticos probables:

1. Delirium
2. Demencia de cuerpo de Lewy
3. Demencia tipo Alzheimer
4. Trastorno psicótico agudo
5. Trastorno mixto ansioso depresivo

Viñeta Clínica Depresión

Sexo: Femenino Edad: 70 años Ocupación: Ama de casa Edo.civil: Viuda Escolaridad: nula

Motivo de consulta: "...entré en una crisis...ya tenía tiempo nomás durmiendo, dejé de comer, hacia las cosas como robot...lo hacia todo mal, me daba coraje y quería aventar las cacerolas, me la pasaba llorando, no quería que amaneciera..." sic paciente

Antecedentes heredo-familiares: Madre finada a los 91 años con antecedentes de EVC y depresión a los 82 años, posterior a ser atropellada. Varios hermanos y hermanas "padecen de los nervios" sic paciente.

Antecedentes personales patológicos: Colectomía hace 11 años por litiasis. HTA desde tiempo no precisado, actualmente bajo control con captopril 50 mgs. diarios. Gastritis probablemente medicamentosa desde hace 2 años. Tabaquismo positivo desde los 12 años y hasta hace 7 años, a razón de 2-3 cigarros diarios. Una caída reciente, desde su propia altura, al caminar en la calle.

Antecedentes personales no patológicos: Habita en casa propia junto con un hijo soltero de 50 años, su hija divorciada de 40 años y una nieta de 17 años.

Segunda de 9 hijos. El embarazo del que fue producto transcurrió en medio de violencia ejercida por el padre, ya que la paciente fue resultado de una infidelidad.

Antecedentes de ser objeto de violencia física por parte de 2 de sus 3 parejas. La última pareja con quién vivió 22 años, falleció hace un año por leucemia. En ese mismo año fallecieron también un tío, un primo y un hermano por cáncer.

Padecimiento actual: Inicia su PA hace 11 años tras el fallecimiento de su madre, con sentimientos de tristeza, insomnio inicial, anergia, abulia, anhedonia, sentimientos de culpa y minusvalía. Acude

inicialmente a un grupo de neuróticos anónimos con lo que se presenta remisión total de la sintomatología a los 3 meses, por lo que continua en el mismo grupo durante 5 años más. Hace el mismo tiempo, después de descubrir infidelidad en su esposo, se reactiva la sintomatología ya descrita y se agrega hipersomnia y desesperanza. Hace 3 años, su pareja de la que estaba alejada temporalmente, desarrolla cáncer y muere.

Posterior a este fallecimiento y al de otros familiares que murieron en el mismo año, se agrega a su sintomatología ansiedad intensa, dificultad para prestar y mantener la atención, tensión muscular y múltiples quejas somáticas, principalmente musculares y gastrointestinales. Una semana previa a buscar ayuda especializada presentó crisis de angustia con sensación de muerte inminente, taquicardia, diaforesis y mareos.

Examen mental: Aliñada y aseada. Atención dispersa, comprensión y concentración ligeramente disminuidas, orientada, lenguaje emitido con volumen y velocidad medios. Tiende a ser prolija. Refiere ideas de soledad y minusvalía. Con frecuencia se torna irritable. Afecto hipotímico, sin conciencia de enfermedad.

Laboratorio y telerradiografía de tórax: normales. ECG con bradicardia sinusal.

Katz A, SAST 18, GDS 14, Reloj I, MMSE 28

I.D.

Eje I. Trastorno distímico+Trastorno depresivo mayor, episodio depresivo moderado+Trastorno de ansiedad paroxística episódica

Eje II. Rasgos de personalidad dependiente

Eje III. HTA, gastritis, colitis, tendinitis en hombro derecho, escoliosis

Eje IV. Problemas con grupo de apoyo primario

Eje V. EEAG 61-7

Viñeta Clínica Psicosis

Paciente masculino de 70 años de edad, licenciado penalista, actualmente pensionado, vive solo en su hogar con su esposa, con antecedente de diabetes mellitus e hipertensión arterial ambas actualmente controladas a base de medicamentos, sin antecedente de trastorno mental o del comportamiento en su familia o en su historia personal, quien inicia su padecimiento hace 2 meses caracterizado por labilidad emocional, llanto fácil sin aparente motivo, apatía, insomnio terminal, pobre ingesta de alimento con baja de peso de aproximadamente 6 kgs a la fecha, anhedonia, pobre interacción social, la cual ha progresado a irritabilidad y hace dos semanas inicia con la idea de ser perseguido por seres extraños a quienes escucha a los lejos, manifestando sentir también que es observado por los mismos por lo que pinta las ventanas de su hogar de negro y no enciende la televisión o la radio con la intención de no emitir señales, añade su esposa que se resiste acudir al médico pues manifiesta que forma parte del plan para dañarlo, sin embargo el día de ayer es referido al servicio de urgencias con datos de diarrea y vomito posterior a la ingesta de comida en estado de descomposición.

Estudios de laboratorio:

BH, Q.S., E.G.O, perfil de lípidos y perfil tiroideo dentro de los rangos de referencia.

Resonancia Magnética Nuclear de cráneo: Atrofia cortico subcortical con enfermedad por microvaso.

EEG: sin alteraciones.

En el servicio de urgencias se le re hidrata, se obtiene la información antes mencionada y se solicita interconsulta al servicio de psicogeriatría.

Pb. Diagnóstico:

1. Distimia
2. Trastorno psicótico agudo con datos de esquizofrenia
3. TDM con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo
4. Esquizofrenia e inicio tardío
5. Psicosis secundaria
6. Síndrome demencial

Viñeta Clínica Trastornos del Sueño

Paciente masculino de 70 años de edad que acude al servicio de urgencias, llevado por sus familiares por trastornos en la conducta.

Antecedentes: hipertensión arterial de 10 años de evolución manejado con captopril 75mg/día, nifedipino 30mg/día y un año de evolución con disnea de medianos esfuerzos

Padecimiento actual: Hace aproximadamente 6 meses refieren acentuación de las dificultades para dormir, dificultad para respirar durante el mismo, aumento de la intensidad de los ronquidos y somnolencia diurna, en esta semana se agrega irritabilidad, poca tolerancia, falta de atención, olvidos y el día de hoy por exacerbación de la sintomatología previa es traído.

Examen Físico: Muestra cierta hostilidad sin embargo coopera a la exploración, es de talla media, obesidad mórbida, integro aparentemente, bien hidratado, buena coloración de mucosas, en decúbito supino con IY grado I, nariñas permeables, desviación del septum nasal, circunferencia del cuello mayor de 43 cms., paladar blando redundante, campos pulmonares con estertores finos en ambas bases con presencia de tercer ruido, abdomen blando depresible con hepatomegalia no dolorosa 2cm por debajo del reborde costal, extremidades con edema +en las inferiores índice de masa corporal $>30\text{Kg/m}^2$, resto de la exploración sin alteraciones.

Escala de Epworth > 15 puntos

Signos Vitales: FC:110 x', FR: 24 x', TEMP: 37C, TA: 160/100

Biometría hemática: Hb: 20, Hto: 50%, resto normal.

Química Sanguínea, EGO, electrolitos séricos sin alteraciones

Polisomnografía: Tiempo efectivo de sueño 75%, índice de apneas hipoapneas 35 x hora, desaturaciones hasta el 70% de oxígeno

El paciente fue diagnosticado con hipertensión arterial descompensada, insuficiencia cardíaca y con síndrome de apnea obstructiva del sueño severa.

Tratamiento: manejo de la hipertensión arterial, de la falla cardíaca y CPAP automático

Aspectos Éticos

La consideración de los aspectos éticos en el campo de la salud es elemental para realizar un ejercicio profesional óptimo y ofrecer un mayor compromiso, y respeto a la dignidad de los pacientes. De esta forma, las tareas cotidianas de la práctica clínica, conllevan una serie de obligaciones y responsabilidades éticas para el profesional de la salud. A continuación se presentan los requerimientos éticos más importantes que todo especialista en el área de la salud debe tomar en cuenta y aplicar en su práctica clínica.

Consideraciones éticas en la relación con el paciente

Competencia mental

Reconocer en los enfermos mentales una competencia limitada, y en ningún caso desconocerla erróneamente o arbitrariamente impedir la autonomía del paciente.

Decisiones informadas

Mientras mayor cantidad de información reciba el paciente sobre su diagnóstico y tratamiento, mayores serán las posibilidades de que él tome decisiones clínicas.

Confidencialidad

Salvaguardar la información que el paciente expresó durante el encuentro clínico con el especialista.

Veracidad

El paciente debe conocer verazmente todo lo que se relacione a su enfermedad para tomar decisiones médicas.

Principios éticos

Respeto por las personas

- Respetar la autonomía de las personas
- Proteger a las personas con autonomía disminuida o deteriorada.

Beneficencia

- Maximizar el beneficio y minimizar el daño en el tratamiento.
- No causar daño deliberadamente.

Justicia

Tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera correcto y apropiado.

Solidaridad

Ser solidario con el paciente en situaciones en donde existan distintas necesidades.

Responsabilidad

Responder voluntariamente a las necesidades del paciente.

Pautas éticas para profesionales de la salud

- 1) El profesional de la salud estará dedicado a proveer cuidado clínico competente, con compasión y respeto por la dignidad y derechos humanos.
- 2) El profesional de la salud mantendrá los estándares de profesionalismo, deberá ser honesto en todas las interacciones profesionales, y estará dispuesto a reportar especialistas deficientes en carácter o competencia, o que están involucrados en fraude, ante las instancias apropiadas.
- 3) El profesional de la salud respetará los derechos de los pacientes, colegas, y otros profesionales de la salud, y salvaguardará las confidencias y privacidad del paciente dentro de los límites legales.
- 4) El profesional de la salud deberá continuar estudiando, aplicando y avanzando en el conocimiento científico, mantendrá un compromiso con la educación médica, dará información relevante a los pacientes, colegas, y al público, hará consultas y usará los talentos de otros profesionales de la salud cuando esté indicado.
- 5) El profesional de la salud deberá en la provisión del cuidado apropiado al paciente, excepto en emergencias, ser libre de escoger a quien servir, con quien asociarse, y el ambiente en el cual dar atención médica.
- 6) El profesional de la salud deberá reconocer la responsabilidad que tiene para participar en actividades que contribuyan al mejoramiento de la comunidad y el mejoramiento de la salud pública.
- 7) El profesional de la salud deberá, mientras cuida de un paciente, considerar como lo más importante la responsabilidad que tiene con el paciente.
- 8) El profesional de la salud deberá apoyar que todas las personas tengan acceso a la atención médica.

Derechos humanos de los enfermos mentales

- Recibir la mejor atención disponible en materia de salud y salud mental.
- Ser respetadas de acuerdo con la dignidad inherente a la persona humana.
- Contar con la protección que evite la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico y el trato degradante.
- No sufrir discriminación por su condición de enfermo mental.
- Ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que les permita el ordenamiento nacional.
- Nombrar un representante personal.
- Tener información sobre las normas que lo rigen y del personal que estará a cargo de su atención, si es que ingresa a un hospital.
- Gozar de un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.
- Tener acceso a los servicios de laboratorio y gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno.
- Recibir información veraz, concreta y respetuosa.
- Negarse a participar como sujetos de investigación científica.
- Solicitar la revisión médica de su caso.
- Recibir un tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psico social.
- Comunicarse libremente con otras personas dentro y fuera del hospital.

Referencias

Ansiedad

Bartus RT, Dean RL, Beer B, Lippa AS: The cholinergic hypothesis of geriatric memory dysfunction. *Science* 1982; 217: 408-417

Burch EA: Use and misuse of benzodiazepines in the elderly. *Psychiatr Med* 1990; 8:97

Organización Mundial de la Salud: CIE-10, Décima revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 1992

Conde V, Uribe F de, Dios A: Tranquilizantes menores en geronto-psiquiatría. *Anales de Psiquiatría* 1989; 5(99):63-71

Diez C: Trastornos médicos y ansiedad. En: Vallejo J, ed. *Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión*. Barcelona: Salvat, 1991; 54-57

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

Lader M: Differential diagnosis of anxiety in the elderly. *J Clin Psychiatry* 1982; 43: 4-7

Lindsay J: Phobic Disorders in the Elderly. *Br j Psychiatry* 1991; 159:531-541

McCulloch PK: Evaluation and management of anxiety in the older adult. *Geriatrics* 1992; 47:35-44

Pasnau RO, Bystrisky A: Importance of treating anxiety in the elderly ill patients. *Psychiatr Med* 1990; 8:163

Salzman C: Anxiety in the elderly: Treatment strategies. *J Clin Psychiatry* 1990; 51 (supl.): 18-25

Salzman C, Kochansky GE, Shader RI. Rating scales for geriatric psychopharmacology. A review. *Psychopharmacol Bull* 1972; 3:3-50

Tueth MJ: Anxiety in the older patient: Differential diagnosis and treatment. *Geriatrics* 1993; 48:51-54

Weiss KJ: Optimal management of anxiety in older patients. *Drugs Ageing* 1996; 9:191-201

Delirium

Black K, Perry S: Relationship with psychological processes during delirium to outcome. *Am J Psychiatry* 1984; 141:843-847

Farrel KR, Ganzini L: Misdiagnosing delirium as depression in medically ill elderly patients. *Arch Intern Med* 1995; 155:2459-2464

Inouye SK, Charpentier PA: Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: predictive model and interrelationships with baseline vulnerability. *JAMA* 1996; 275: 852-857

Levkoff SE, Safran C, Cleary PF y cols. Identification of factors associated with the diagnosis of delirium in the hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 1099-1104

Lipowski ZJ: A new look ay organic brain syndromes. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 674-678

Lipowski ZJ: Delirium (acute confusional states). *JAMA* 1987; 258: 1789-1792

Meagher DJ, O'Hanlon D, O'Mahony E, Casey PR: The use of environmental strategies and psychotropic medication in the management of delirium. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 512-515

Menza MA, Murray GB, Holmes VF, Rafuls WA: Decreased extrapyramidal symptoms with intravenous haloperidol. *J Clin Psychiatry* 1987; 48: 278-280

Menza MA, Murray GB, Holmesw VF: Controlled study of extrapyramidal reactions in the management of delirious medically ill patients: intravenous haloperidol versus intravenous haloperidol plus benzodiazepines. *Heart Lung* 1988; 17: 238-241

Rabins PV, Folstein MF: Delirium and dementia; diagnostic criteria and fatality rates. *Br J Psychiatry* 1982; 140: 149-153

Schor JD, Levkoff SE, Lipsitz LA: Risk factors for delirium in hospitalized elderly. *JAMA* 1992; 267: 827-831.

Depresión

Abou-Saleh MT: Pharmacologic treatment of mood disorders in the elderly. *Curr Opin Psychiatry* 1998; 11: 441-445

Baldwin B: Age of onset in the elderly. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 445-446

Baldwin R: Late life depression undertreated. *Br Med J* 1988; 296: 519-524

Baldwin RC, Jolley DJ: The prognosis of depression in old age. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 574-583

Blazer D, Burchett B, Service C, George LK: The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol* 1991; 46: 210-215

Blazer DG: *Depression in Late Life*. Saint Louis: Mosby, 1993

Blumenthal MD: Depressive illness in old age. Getting behind the mask. *Geriatrics* 1980; 34: 34-43

McCullough PK: Geriatric depression: atypical presentations, hidden meanings. *Geriatrics* 1991; 46: 72-76

Murphy E: The prognosis of depression in old age. *Br J Psychiatry* 1983; 142: 111-119

Rivard MFT: Pharmacotherapy of affective disorders in old age. *Can J Psychiatry* 1997; 42 (supl.1): 10-18

Smalll GW: Recognition and treatment of depression in the elderly. *J Clin Psychiatry* 1991; 52 (supl.6): 11-22

Yesavage J: Differential diagnosis between depression and dementia. *Am J Med* 1993; 94 (supl.): 23-28

Demencia

Cummings JL: Cholinesterase inhibitors: a new class of psychotropic compounds. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 4-15

Cummings JL, Benson DF: Subcortical dementia: review of an emerging concept. *Arch Neurol* 1984; 41: 874-879

Cummings JL, Kaufer D: Neuropsychiatric aspects of Alzheimer's disease: The cholinergic hypothesis revisited. *Neurology* 1996; 47: 876-883

Esiri M: The basis for behavioral disturbances in dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996; 61: 127-130

Coate AM: Molecular genetics of Alzheimer's disease. *Geriatrics* 1997; 52 (supl.2): 9-12

Hendrie HC: Epidemiology of Alzheimer's disease. *Geriatrics* 1997; 52 (supl. 2): 4-8

Kumar A, Yousem D, Souder E, Miller D, Gottlieb G, Gur R, Alavi A: High intensity signals in Alzheimer disease without cerebrovascular risk factors: a magnetic resonance in aging evaluation. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 248-250

McKeith IG, Galasko D, Wilcock GK, Byrne J: Lewy body dementia: diagnosis and treatment. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 709-717

Spiegel R, Irwin P: Designing dementia treatment studies: diagnosis, efficacy criteria and durations. *European Psychiatry* 1996; 11: 149-15

Tariot P, Erb R y cols. Efficacy and tolerability for agitation and aggression in dementia. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 54-61

Vitalino PP, Russo J, Young HM, Becker J, Maiuro R: The screen for Caregiver burden. *Gerontologist* 1991; 31: 76-83

Woerner MG, Alvir JMJ, Kane JM, Saltz BL, Lieberman JA: Neuroleptic treatment of elderly patients. *Psychopharmacol Bull* 1995; 31(2): 333-337

Hipocondriasis

Ambrawitz JS, Braddock AE: Hypochondriasis: Conceptualization, Treatment, and Relationship to Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Clin* 2006; 29: 503-519

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL: Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(2):101-8

Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW: Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med Care* 2001; 39(7):705-15

Beck AT, Emery G, Greenberg R: Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. New York: Basic Books; 1985

Gureje O, Ustun TB, Simon GE: The syndrome of hypochondriasis: a cross-national study in primary care. *Psychol Med* 1997; 27:1001-10

Hamann K, Avnstorpe C: Delusions of infestation treated by pimozide: a double-blind crossover clinical study. *Acta Derm Venereol* 1982; 62(1):55-8.

Holder-Perkins V, Wise TN, Williams DE: Hypochondriacal Concerns: Management Through Understanding. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2000; 2(4):117-121

Hollander E, Stein DJ, Decaria CM, Cohen L, Islam M, Frenkel M: Disorders related to OCD--neurobiology. *Clin Neuropharmacol* 1992; 15 (Suppl 1): 259-260

Kellner R: Hypochondriasis and somatization. *JAMA* 1987; 258(19):2718-22

Kroenke K, Swindle R: Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom* 2000; 69(4):205-15

Lipowski ZJ: Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. *CMAJ* 1986; 135(6):609-14

Looper KJ, Kirmayer LJ: Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(3):810-27

Stein EM: When is hypochondriasis not hypochondriasis? *Geriatrics* 2003; 58(3):41-2

Visser S, Bouman TK: The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention vs cognitive therapy. *Behav Res Ther* 2001; 39(4):423-42

Psicosis

Barclay L, Almeida OP: Schizophrenia in later life. *Curr Opin Psychiatry* 2000; 4:423-427

Dias Cordeiro, J.C: Les états délirants tardifs. Approche phénoménologique et psychodynamique. Thèse de Genève No 3270, 1972

Finkel SI: Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 1996; 8 (Suppl. 3):215-552

- Finkel SI, Burns A, Cohen G: Overview. *Int Psychogeriatr* 2000; 12 (Suppl.1): 157:172-178
- Forsell Y, Henderson AS. Epidemiology of paranoid symptoms in a elderly population. *Br J Psychiatry* 1998; 172:429-432
- Foerstl H. Etiology: neuropathology of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Int Psychogeriatr* 2000; 12 (Suppl. 1):77-81
- Granholm E, McQuaid JR, McClure FS, et AL: A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 520-529
- Henderson AS, Korten AE, Levings C, et al: Psychotic symptoms in the elderly: a prospective study in a population sample. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13:484-492
- Holmes C: Contribution of genetics to the understanding of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Int Psychogeriatr* 2000; 12 (Suppl 1): 83-88
- Howard R, Rabins P: Late paraphrenia revisited. *Brit J Psychiatry* 1997; 171:406-408
- Howard RJ, Graham C, Sham P, et al: A controlled family study on late-onset non-affective psychosis (late paraphrenia). *Brit J Psychiatry* 1997; 170:511-514
- Jeste DV, Wragg RE, Salmon DP, et al: Cognitive deficits of patients with Alzheimer's disease with and without delusions. *Am J Psychiatry* 1992; 149:184-189
- Jeste DV, Eastham JH, Lacro JP, et al: Management of late life psychosis. *J Clin Psychiatry* 1996; 57 (suppl 3); 39-45
- Jeste DV, Barak Y, Madhusoodanan S, et al: International multisite double-blind trial of the atypical antipsychotics risperidone and olanzapine in 175 elderly patients with chronic schizophrenia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11:638-647
- Kennedy JS, Jeste D, Kaiser CJ, et al: Olanzapine vs. haloperidol in geriatric schizophrenia: analysis of data from a double-blind controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 1013-1020
- Luxemberg JS: Neuroimaging in behavioral and psychological symptoms of dementia. *Int Psychogeriatr* 2000; 12 (Suppl. 1):179-182
- Moore, N.C: Is paranoid illness associated with sensory defects in the elderly? *J Psychosom Res*, 1981; 25: 69-74
- Oules J: Les névroses du troisième age. *Confront Psychiatr* 1970; 5:83-111.
- Palmer BW, Heaton SC, Jeste DV: Older patients with schizophrenia: challenge in the coming decades, *Psychiatr Serv* 1999; 50:1178-1183

Paulsen JS, Salmon DP, Thal LJ, et al: Incidence of and risk factors for hallucinations and delusions in patients with probable AD. *Neurology* 2000; 54:1965-1971

Sánchez-Escárcega J, Alarcón Tinoco AB, Alonso Silva KD, et al. Celos: psicodinamia y psicogénesis. *Psiquiatría* 1998; 14:26-32.

Street JS, GD, Tohen M, et al: Olanzapine for psychotic conditions in the elderly. *Psychiatric Annals*, 2000; 44: 191-196

Wilson RS, Gilley DW, Bennett DA, et al: Hallucinations, delusions and cognitive decline in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 69:172-177

Trastornos del sueño

Ancoli-Israel S: Sleep problems in older adults: Putting myths to bed. *Geriatrics* 1997; 52:20-30

Brown SL, Salive ME, Pahor M et al: Occult Caffeine as a source of sleep problems in an older population, *J AM Geriatric Soc* 1995; 43:860-864

Campbell SS, Terman M, Lewy AJ, Dijk DJ, et al: Light treatment for sleep disorders consensus report. V. Age-related disturbances. *BMJ* 1994; 309: 167

Campbell SS, Dawson D: Aging young sleep: A test of the phase advance hypothesis of sleep disturbance in the elderly. *J Sleep Res* 1992; 1: 205-210

Organización Mundial de la Salud: CIE-10, Décima revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 1992

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

Garfinkel D, Laudon M, Nof D, Zisapel N: Improvement of sleep quality in elderly people by controlled-release melatonin. *Lancet* 1995; 346: 541-544

McCall WV: Management of primary sleep disorders among elderly persons. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 49-55

Miles L, Dement W: Sleep and aging. *Sleep* 1980; 3: 119-125

Prinz PN, Vitelo MV, Raskind MM, Thorpy MJ: Geriatrics: Sleep disorders and aging. *N Engl J Med* 1990; 323: 520-526

Sullivan GF, Copeland JR, et al: Benzodiazepine usage among the elderly. *Int J Geriatric Psychiatry* 1988; 3: 289-292

Vitelo MV: Sleep disorders and aging. *Curr Opin Psychiatry* 1995; 9: 284-289.

DIRECTORIO SECTORIAL	DIRECTORIO INSTITUCIONAL
<p style="text-align: center;">SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p style="text-align: center;">INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ</p>
<p>Dr. José Ángel Córdova Villalobos Secretario de Salud</p> <p>Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</p> <p>Dra. Maki Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad</p> <p>Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</p>	<p>Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza Directora General</p> <p>Mtra. Guillermina Natera Rey Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales</p> <p>Dr. Héctor Sentíes Castela Director de Enseñanza</p> <p>Dr. Francisco Pellicer Graham Director de Investigaciones en Neurociencias</p> <p>Dr. Armando Vázquez López-Guerra Director de Servicios Clínicos</p>
<p style="text-align: center;">CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL</p>	
<p>T.R. Virginia González Torres Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental</p> <p>Ing. Luis Acosta del Lago Director de Normatividad y Coordinación Institucional</p> <p>Lic. Susana Moye Villar Directora de Desarrollo de Modelos de Atención en Salud Mental</p>	

