



Salud mental en el anciano

*Identificación y cuidados
de los principales trastornos*



promoción de la salud



personas mayores



Salud mental en el anciano

Identificación y cuidados de los principales trastornos



Instituto de Salud Pública



AUTORA:

Inmaculada de la Serna de Pedro
Médico Psiquiatra. Hospital Ramón y Cajal

COORDINACIÓN DE LA EDICIÓN:

Sagrario Gúrpide Ibarrola
Técnico de Salud Pública. Miembro de la Comisión del Programa de Salud en los Mayores

SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA. CONSEJERÍA DE SANIDAD

ISBN: 84-451-2481-1
Depósito Legal: M. 27.163-2003
Impreso en España - Printed in Spain

Imprime: NUEVA IMPRENTA, S.A.
Avda. de la Industria, 50 - 28108 Alcobendas (Madrid)

Presentación

Con la edad van apareciendo una serie de manifestaciones que, en su conjunto, podrían catalogarse de dificultades para mantener el equilibrio psico-social, o si se quiere, dificultades para mantener la armonía con uno mismo y con el entorno. A menudo, suele ocurrir también, que estos problemas, si no se abordan a tiempo y con las debidas garantías, acaben derivando en un deterioro de la salud a otros muchos niveles.

El manejo de las personas mayores con algún tipo de trastorno psiquiátrico requiere, además de una actitud muy positiva de los profesionales responsables de su cuidado, el conocimiento de estos procesos, su previsible evolución, y las estrategias de intervención más adecuadas.

Con esta publicación queremos, como siempre, facilitar el trabajo de dichos profesionales y, por extensión, contribuir a mejorar el estado de salud y condiciones de vida de las personas mayores.

José Ignacio Echániz Salgado
CONSEJERO DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Índice

Introducción	7
1 El anciano depresivo	9
Epidemiología	9
Sintomatología	10
Etiología	10
Factores de riesgo	11
Diagnóstico	12
Diagnóstico diferencial	13
Rasgos que diferencian la depresión en los ancianos respecto a otras edades	13
Pronóstico	13
Tratamiento	14
2 El anciano con riesgo suicida	15
Epidemiología	15
Etiología	15
Factores de riesgo	16
Exploración	17
Actuación y tratamiento	17
3 El anciano con trastornos del sueño	19
Fisiología y funciones del sueño	19
Sueño y vejez	20
Insomnio	20

Etiología	21
Otras alteraciones del sueño	23
Diagnóstico	23
Tratamiento	24
Medidas no farmacológicas	24
4 El anciano confuso	27
Definición	27
Epidemiología	27
Sintomatología	28
Tratamiento	28
Medidas no farmacológicas	29
5 El anciano agitado	31
Definición	31
Sintomatología	31
Diagnóstico	32
Etiología	32
Tratamiento	33
Bibliografía	35

Introducción

Los trastornos psiquiátricos en el anciano son frecuentes y afectan a lo largo de la vejez, en algún momento de la misma, a una proporción que oscila entre el 60 y el 90% de los casos.

De todos los posibles cuadros psiquiátricos, el más frecuente en la primera mitad de la vejez (de los 65 a los 75-80 años) es la depresión y la prevalencia se reparte entre depresión y demencia, en la segunda mitad, desde los 75-80 años.

El anciano depresivo

EPIDEMIOLOGÍA

Como se ha señalado, la depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente entre los mayores. Su presencia reduce la calidad de vida, incrementa las enfermedades físicas y acorta la vida media. Cuando acontece en pacientes hospitalizados, prolonga las estancias, su recuperación es más lenta y adquiere una peor funcionalidad.

La prevalencia de la enfermedad depresiva en las personas mayores de 65 años se estima que alcanza el 10-12 % de los casos, siendo aún mayor entre pacientes institucionalizados en residencias y en hospitalizados. La depresión es más frecuente en las mujeres que en los hombres, aunque a esta edad las diferencias no resultan tan marcadas como en otras épocas de la vida.

La depresión que sufre un anciano puede haberse presentado por primera vez a esta edad o bien ser continuidad de otros episodios sufridos.

La depresión en la vejez está infradiagnosticada e infratratada. A ello contribuyen varios factores. Por una parte, el anciano tiende a pedir menos ayuda porque él mismo puede pensar que sentirse así es “normal para su edad”. Tiene mayor dificultad que los jóvenes y las personas maduras para identificar el sentimiento y la emoción de tristeza. El anciano manifiesta su depresión a través del cuerpo, con muchas somatizaciones, y frecuentes quejas corporales; y no se suele pedir ayuda al psiquiatra en primer lugar sino que se remite al médico general o a otras especialidades. Por otra parte, a menudo ni los profesionales ni los familiares lo identifican pues aceptan, quizá de manera inconsciente, como normales los síntomas depresivos o el descenso del ánimo en las personas ancianas.

SINTOMATOLOGÍA

La depresión es un trastorno del humor, del ánimo, que se acompaña de alteraciones en la actividad, en la capacidad de disfrutar de las cosas; se acompaña de abundantes síntomas físicos como anorexia, cansancio, alteración del sueño, dolores difusos, malestar general o inquietud.

El anciano deprimido se encuentra triste, inhibido, sin ilusión por las cosas ni por lo que le rodea, apático, abatido, con pesimismo y sensación de vacío, llanto fácil, irritable, desesperanzado, preocupado, con sensación de soledad e inutilidad; con sentimientos de inadecuación y de culpa, rumiando los problemas y con pensamientos suicidas.

Disminuye su apetito, pierde peso, sufre alteración del sueño, y, como se ha señalado, presenta diversas manifestaciones somáticas, con algias vagas y difusas. No disfruta con sus actividades habituales ni con los seres queridos. En algunos casos, ofrece elevados niveles de angustia, llegando a la agitación psicomotriz. Se muestra pesimista y temeroso ante los acontecimientos de la vida. Evidencia abundantes síntomas cognitivos, sobre todo en las depresiones de debut tardío que dificultan su diferenciación con la demencia. En algunos trances aparecen ideas delirantes de culpa, ruina e hipocondría, siendo su manifestación extrema el síndrome de Cot-tard; en este cuadro, poco frecuente, paradójicamente, el paciente cree estar muerto y vacío por dentro; no come ni bebe y presenta riesgo grave para su vida.

Cuando la depresión alcanza cierta importancia, el paciente, puede tener pensamientos suicidas o realizar claros intentos autodestructivos.

ETIOLOGÍA

Las causas de la mayor frecuencia de la clínica afectiva en ancianos obedecen a varias razones, mezclándose los factores puramente orgánicos con los psicológicos.

- ∨ Las personas mayores sufren con más frecuencia enfermedades orgánicas diversas como endocrinopatías, enfermedades neurológicas, enfermedades metabólicas, carenciales, carcinomas, etc., muchas de las cuales, además de presentar sintomatología característica, se asocian con síntomas y signos afectivos, sobre todo si se acompañan de dolor. De hecho, en algunos carcinomas es tan característica su asociación con manifestaciones afectivas que, con frecuencia, preceden éstos a los propios de la neoplasia, como ocurre con el cáncer de páncreas.

- v En la vejez tienen más peso que en otras etapas de la vida los factores físicos y la disfunción cerebral, sobre todo en los cuadros que se inician en la tercera edad sin episodios previos.
- v Los factores estresantes, desencadenantes también, repercuten más que en otras épocas de la vida y de manera más grave. Estos factores desencadenantes contribuyen a la presentación del cuadro y también a la recurrencia o la cronicidad del mismo. Existe una estrecha relación entre el grado de incapacidad, las minusvalías o deficiencias y la sintomatología depresiva.
- v Entre los acontecimientos de especial influencia figuran la muerte de familiares próximos, la emancipación de los hijos, la jubilación. También la vivencia de las rupturas matrimoniales de los hijos es sumamente dramática e incluso puede persistir después de que éstos hayan rehecho su vida. De las más demoledoras resulta la muerte de un hijo, que puede no superarse nunca.
- v Desde el punto de vista psicológico, en las personas mayores se produce una sucesión de pérdidas más intensas y continuadas que en otras épocas de la vida: salud, posición social, seres queridos, relaciones personales, económicas y de proyectos de futuro. Es la etapa de la vida de la jubilación y de la consiguiente reducción de ingresos económicos, se estrecha el campo de las relaciones con los demás; se mueren personas próximas con lo que al dolor se añade empobrecimiento en las relaciones interpersonales. La salud, a menudo precaria, repercute a su vez en el estado de ánimo y en la reducción del círculo de amistades.
- v Las personas autoritarias, al perder poder y prestigio, se adaptan peor a su nueva condición; los individuos exageradamente independientes tampoco se acomodan a la situación de precisar la ayuda de otros; tampoco lo pasan bien las personalidades muy narcisistas o filotímicas que dejan de ser el centro de atención.

FACTORES DE RIESGO

- 3 Haber sufrido previamente un episodio depresivo.
- 3 Presentar una enfermedad física.
- 3 Sufrir dolor crónico.
- 3 Experiencias recientes adversas
- 3 Pobreza en las relaciones interpersonales

Las personas mayores son el grupo de población que más fármacos consume, siendo la media de 6-8 al día y es aún mayor en los hospitalizados.

Muchos tratamientos provocan como efecto secundario, trastornos del ánimo es el caso de preparados hormonales, benzodiazepinas, neurolepticos, antidiabéticos, antihipertensivos, interferón, antimitóticos, antiinflamatorios, antiparkinsonianos, etc.

A nivel biológico, la clínica depresiva se ve favorecida por una depleción de neurotransmisores y por la reducción del número de receptores.

DIAGNÓSTICO

- ✓ El diagnóstico de la depresión en el mayor se identifica por la historia clínica que se debe realizar al paciente y contrastar con familiares.
- ✓ Se ha de explorar la sintomatología actual, presencia o no de episodios anteriores, acontecimientos desencadenantes, patología similar en otros parientes, situación familiar y social incluida la red de apoyos, problemas económicos y grado de independencia y autonomía.
- ✓ El anciano depresivo puede tener dificultad para expresar sus emociones y sentimientos, para identificar la tristeza como tal o sentir pudor para hablar de aspectos que considera personales. **Se debe estar especialmente alerta a la comunicación no verbal.** Además, como se ha señalado, la familia puede minusvalorar la importancia de los síntomas debido a considerar “normal” que a cierta edad, o con los achaques que sufre, se encuentre decaído.
- ✓ Hay que estar atentos a los síntomas que el paciente nos refiere, su aspecto y expresión, el cambio en su ritmo de apetito y del sueño (despertar precoz), su adinamia, apatía o desinterés, así como su incapacidad para disfrutar de las cosas que hacía antes.

Debe completarse el estudio con pruebas complementarias: analítica, incluyendo hormonas tiroideas, vitamina B12, ácido fólico; en algunos casos, pruebas de neuroimagen y psicológicos para descartar las principales causas somáticas que pudieran ser responsables de la clínica afectiva.

Aunque existen diversas escalas para medir la depresión, nunca se debe hacer el diagnóstico solamente con ellas ya que sirven para medir la intensidad y sobre todo para comparar la evolución en diferentes momentos de la enfermedad. Además, algunas de las más conocidas como la Escala Hamilton de Depresión, tienen una fuerte carga de *ítem* somáticos que pueden alterar la puntuación cuando se está aplicando en personas mayores.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Con las exploraciones complementarias señaladas anteriormente se identificará la depresión como tal y hacemos diagnóstico diferencial de los cuadros siguientes:

- 3 Envejecimiento normal.
- 3 Duelo.
- 3 Demencia y pseudodemencia.
- 3 Trastorno de ansiedad.
- 3 Trastornos del sueño.
- 3 Cuadros orgánicos en general.

Rasgos que diferencian la depresión en los ancianos respecto a otras edades:

- 3 Los episodios depresivos tienden a ser más prolongados y resistentes al tratamiento.
- 3 Mayor frecuencia de agitación y ansiedad que de inhibición.
- 3 Mayor pérdida de apetito.
- 3 Más problemas de estreñimiento y mayor tendencia al letargo.
- 3 Mayor irritabilidad.
- 3 El insomnio puede ser más intenso.
- 3 La sintomatología paranoide es más frecuente, predominando los contenidos delirantes de ruina, culpa e hipocondría (su forma extrema es el referido delirio de Cottard).
- 3 Superior frecuencia de somatizaciones e hipocondría.
- 3 Más formas enmascaradas y menos tristeza vital.
- 3 Mayor riesgo de suicidio.
- 3 Muestran menos variaciones diurnas del humor.
- 3 Disminuyen los rendimientos cognitivos.
- 3 El riesgo de cronicidad es mayor.

PRONÓSTICO

El pronóstico de la enfermedad es en general bueno, con respuesta positiva en la mayoría de los casos, y con clara mejoría en aproximadamente el 75 %.

La evolución resulta menos favorable:

- 3 Si hay deterioro cognitivo.
- 3 Si coexisten más enfermedades somáticas
- 3 Si falta soporte social
- 3 Si el cuadro es más grave.
- 3 Si existe mayor cronicidad.
- 3 Si presentan más incapacidad funcional.
- 3 Si la recurrencia es mayor
- 3 Si hay peor ajuste en personalidad premórbida.
- 3 Si el comienzo es más tardío.

TRATAMIENTO

En todos los casos en que se identifique o sospeche la existencia de síntomas afectivos, se debe instaurar tratamiento antidepresivo. El tratamiento antidepresivo que se elija dependerá de la edad del paciente, situación somática, fármacos que consume, si es un primer episodio o repetición de otros anteriores, diagnóstico del cuadro (depresión mayor, distimia, trastorno adaptativo depresivo, etc.). El tratamiento deberá acompañarse de cuidados generales y medidas de apoyo. Se analizará con especial cuidado, en este grupo de edad, el grado de tolerancia al fármaco prescrito, las incompatibilidades con otras medicaciones y los posibles efectos secundarios.

Los antidepresivos a elegir pueden ser inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidores de la serotonina y noradrenalina, los clásicos tricíclicos y tetracíclicos o algunos más recientes como mirtazapina o reboxetina. Cada uno de ellos tiene un perfil de efectos secundarios y tolerancia, y la elección vendrá determinada por:

- Edad del paciente.
- Medicación concomitante.
- Co-morbilidad somática.
- Síntomas predominantes (ansiedad, inhibición, obsesividad, etc.).

Los tratamientos no deben retirarse bruscamente y además se mantendrán varios meses después de remitir la sintomatología.

En pleno proceso de la enfermedad, no es adecuado aconsejar a un depresivo “que se esfuerce para superarla” porque la propia enfermedad se lo impide; sí, en cambio, se le puede estimular hacia la actividad cuando ya ha alcanzado alguna mejoría.

2

El anciano con riesgo suicida

Se define como suicidio quitarse la vida de manera voluntaria, darse muerte a sí mismo.

El suicidio siempre sorprende, aún en los casos en que existían sospechas o riesgo, y provoca fuertes sentimientos de culpa y auto reproches por las acciones u omisiones que se suponen.

EPIDEMIOLOGÍA

En España se calcula que se producen 10,7 suicidios consumados por 100.000 habitantes; además, por cada suicidio consumado se producen de 8 a 10 intentos.

En los ancianos el suicidio es más frecuente que en otros grupos de edad y el pico máximo de incidencia se produce entre los 75-85 años, y después se reduce; si bien las estadísticas no son fiables por el carácter vergonzante y estigmatizador que hace que, en muchos casos, las familias oculten la información.

Los intentos son menos frecuentes entre los mayores, pero los suicidios consumados lo son más (sobre todo en varones). Los ancianos realizan sus intentos autolíticos con métodos más drásticos y letales que los jóvenes: no sólo con fármacos, sino también, por ahorcamiento, degollamiento, precipitación o por armas de fuego.

ETIOLOGÍA

- v Los cuadros clínicos psiquiátricos que se asocian con superior riesgo de suicidio son, sobre todo, las depresiones, responsables de

alrededor del 60-80 % de los intentos suicidas; a más distancia le sigue el alcoholismo, las psicosis primarias o secundarias, el delirium, la demencia en estadios iniciales, los trastornos de ansiedad (sobre todo las crisis de pánico), los trastornos adaptación y los de personalidad.

- ✓ Hay que considerar muy especialmente, en este grupo de edad, las reacciones de duelo, tras el óbito reciente de un ser querido: hijos o cónyuges con los que se ha convivido tantos años.
- ✓ Las personalidades impulsivas pueden cometer suicidio de manera imprevista e irreflexiva, no habiéndose detectado señales de alarma previas, en una especie de reacción en cortocircuito.

El acto suicida puede ser bastante impremeditado, desencadenado por acontecimientos aparentemente banales que se suman unos a otros y que actúan como saturación de una situación crónica. Las personas próximas pueden no detectar cambios muy llamativos los días u horas previas y es frecuente hayan visitado recientemente a un profesional sanitario, bien médico de cabecera o psiquiatra, sin presentar una queja clara.

FACTORES DE RIESGO

- Influyen y favorecen el suicidio las enfermedades somáticas, sobre todo crónicas o con exacerbaciones recientes, neoplasias y cuadros dolorosos en general.
- Ser varón.
- Mayor de 75 años.
- Tener una renta baja.
- Aislado socialmente.
- Vivir solo (viudo o divorciado).
- Con una enfermedad física limitante.
- Consumir drogas.
- Con una personalidad impulsiva o con baja tolerancia a la frustración.
- Padecer dolor crónico.
- Con una historia previa de intentos suicidas.
- Existencia de co-morbilidad psíquica de insomnio, crisis de angustia, paranoia, etc.

Existe un suicidio silencioso en las personas mayores que se sospecha cuando el paciente no pone los medios para preservar la salud, no sigue

los tratamientos, no come, abandona la higiene personal, adoptan conductas regresivas, se aísla, no acude a las citas y no se cuida.

Hay que estar alerta a estas señales y a otras como: cuando el paciente quiere hacer testamento, despedirse de familiares, se preocupa mucho más de los temas religiosos, etc.

Con cierta frecuencia, el suicida ha visitado al médico unos días antes con una disculpa trivial.

EXPLORACIÓN

El riesgo de suicidio debe explorarse de manera clara, aunque no brusca, comprensiva y no moralizadora. Existe el temor absurdo a creer que por investigarlo se le va a inducir o sugerir algo que no hubiese pensado previamente, lo que es erróneo. Por el contrario, poder hablar de estas ideas que le atormentan, con personas de confianza, puede aliviar la enorme angustia que sus pensamientos le producen.

Algunas preguntas realizadas facilitan la exploración del riesgo:

- ¿Qué opinión le merece la vida?
- ¿Tiene ideas malas o ideas negras en la cabeza?
- ¿Ha deseado quedarse dormido y no despertar?
- ¿Ha deseado morir?
- ¿Ha pensado la forma de llevarlo a cabo?

Estas preguntas nos señalan una progresión en la gravedad de la ideación suicida. Si la persona ha pensado incluso la forma de ejecutarlo, el riesgo es realmente muy elevado.

ACTUACIÓN Y TRATAMIENTO

Ante la sospecha fundada de riesgo suicida, deben retirarse los objetos potencialmente peligrosos, armas de fuego o armas blancas; evitar dejarle solo, mantener una discreta vigilancia sobre su conducta y proporcionar apoyo psicológico.

Se debe tener en cuenta que el propio tratamiento prescrito para la patología psíquica (depresión- antidepresivos) puede ser utilizado, y de hecho así suele ser, para el intento suicida, lo que obliga a ser cuidadosos en la elección de los antidepresivos (que menos riesgos vitales ofrezcan en sobredosis) y de procurar que sean otras personas las que le administran la medicación diaria.

Si la depresión es muy severa, el riesgo de cometer suicidio es superior en el momento en que empieza a hacer efecto el tratamiento y se inicia una leve mejoría.

Cuando el riesgo permanece, tiene pobre apoyo sociofamiliar o existen antecedentes similares, se debe proponer ingreso en unidad de psiquiatría, que se intentará voluntario con el mensaje de protegerle. En algunos casos puede precisar ingreso forzoso.

3

El anciano con trastornos del sueño

Los trastornos del sueño se presentan con frecuencia en las personas mayores y son motivo de demanda de atención. Pueden repercutir de forma importante en el bienestar y en la convivencia de las personas que le rodean. Son causa que favorece la institucionalización cuando se convierte en pertinaz y sin respuesta al tratamiento.

El trastorno del sueño se relaciona estrechamente con la ansiedad. Debe investigarse su presencia en cualquier cuadro psiquiátrico.

FISIOLOGÍA Y FUNCIONES DEL SUEÑO

A lo largo de la noche se suceden las fases de sueño REM y NREM. A medida que avanza, se incrementa la proporción de la primera sobre la segunda. Existen variaciones relacionadas con la edad, pues en los niños predominan la fase REM y en los ancianos la NREM.

La alternancia sueño-vigilia se produce espontáneamente de forma cíclica a lo largo de las 24 horas, siguiendo ritmos circadianos que permiten mantener el equilibrio físico y psíquico del individuo. Es un ritmo endógeno influido por factores sociales, laborales, psicológicos y culturales, y es imprescindible para la recuperación física y sobre todo psíquica del individuo; la recuperación física puede alcanzarse con reposo, pero la psíquica no.

Las funciones del sueño no son todas bien conocidas, pero se sabe que entre ellas está la conservación de la energía, ya que durante el mismo esta energía disminuye notablemente. En la fase NREM se regula la temperatura cerebral, lo que resulta necesario para conservación del SNC. Pero durante el sueño el SNC no está inactivo sino que desarrolla diversas fun-

ciones. Tampoco está clara la razón de que existan las dos fases del sueño REM y NREM, que se van alterando a lo largo de la noche.

El sueño tiene que ver con las funciones de la memoria, sobre todo con el proceso de fijación del recuerdo. Cuando no se duerme disminuye la capacidad de concentración, la motivación, la memoria y existe fatiga.

SUEÑO Y VEJEZ

Con la edad se producen cambios en el sueño, reduciéndose la proporción de sueño REM y aumentando la de NREM. Aparecen diferentes variaciones físicas y psíquicas en las características del sueño de los mayores:

- 3 Se incrementan las interrupciones, con más frecuentes despertares a lo largo de la noche.
- 3 Menor tiempo de sueño real.
- 3 Más horas en la cama.
- 3 Reducción de las fases más profundas del sueño (3 y 4).
- 3 Aumento de las fases de sueño superficial (1 y 2).
- 3 Más tiempo de demora para conciliar el sueño.
- 3 Cansancio y somnolencia durante el día.

Las alteraciones del sueño pueden deberse a cambios en la calidad o cantidad de sueño y también por exceso o por defecto.

INSOMNIO

Se define el insomnio como la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o la sensación de no haber tenido un sueño reparador durante al menos un mes.

También, como la cantidad y calidad de sueño no satisfactorio que persiste durante un considerable periodo de tiempo.

Es **insomnio precoz**, cuando aparece al comienzo de la noche, y se considera tal cuando se tarda en conciliar el sueño más de media hora. Puede ser debido a patología ansiosa, comidas demasiado abundantes en la noche, calor excesivo en la habitación, preocupaciones recientes o consumo de tóxicos.

En el **insomnio intermedio** se sufren despertares frecuentes durante la noche, aunque se haya dormido bien al inicio. Este tipo de insomnio es fre-

cuenta en los síndromes dolorosos, en el síndrome de piernas inquietas, en enfermedades prostáticas, en las insuficiencias cardiorrespiratorias y en diversos cuadros psíquicos.

Se considera **insomnio tardío** cuando se produce un despertar precoz, dos o horas o más antes de lo habitual. Resulta característico de los síndromes depresivos y de algunos tratamientos farmacológicos.

También se puede hacer una diferenciación del insomnio de la siguiente manera:

Insomnio transitorio: ocurre solamente durante unos pocos días, menos de tres semanas. Suele estar relacionado con situaciones de estrés, variaciones en los turnos laborales, cambios horarios por viajes o traslados de domicilio. También se relaciona con algunas enfermedades físicas o psíquicas.

Insomnio crónico se considera cuando dura más de un mes. Puede tener un origen físico en enfermedades crónicas; a veces existe un componente constitucional ya que hay familias que de siempre han precisado menor número de horas; también se ve favorecido por el consumo de tóxicos, los malos hábitos o el que acompaña a la apnea del sueño.

ETIOLOGÍA

Algunas de las causas del insomnio ya se han mencionado. Se pueden dividir en:

- 3 Físicas.
- 3 Psíquicas.
- 3 Psiquiátricas.
- 3 Farmacológicas.
- 3 Ambientales.

Causas físicas:

- Enfermedades físicas que provoquen dolor.
- Enfermedad febril.
- Prurito.
- Neoplasias.
- Infecciones.
- Insuficiencias cardiorrespiratorias.

- Enfermedades prostáticas
- Enfermedades neurológicas
- Falta de actividad física

Causas psicológicas:

- Estrés
- Preocupación
- Institucionalización
- Falta de interés y proyectos vitales de futuro
- Cambios recientes importantes en la vida: económicos, familiares, de domicilio, de residencia o por hospitalización.

Causas psiquiátricas:

Casi todas las enfermedades psiquiátricas cursan o pueden cursar con insomnio. Es característico el insomnio del despertar en la depresión y el insomnio de conciliación en los trastornos por ansiedad; pero también acompaña a las demencias, psicosis, toxicomanías, delirium o alcoholismo.

Causas farmacológicas:

Existe una amplia gama de fármacos prescritos para otras patologías que como efecto secundario, pueden provocar insomnio. Entre los más conocidos se encuentran broncodilatadores, digitálicos, corticoides, preparados tiroideos y diversos psicofármacos.

Factores ambientales:

Es sabido que los ruidos, calor excesivo en el dormitorio, la luz, las cenas copiosas, el consumo de excitantes en exceso, sobre todo en la tarde, o la irregularidad en los hábitos y horarios de acostarse, favorecen la presencia de alteraciones en la calidad y cantidad de sueño.

Por último cabe señalar que en ocasiones no existe una reducción o incremento en el sueño sino una modificación en el ciclo, con adelanto o atraso en las fases; esto es bastante característico de los ancianos que suelen tener sueño antes en la noche y tienen un despertar más precoz en la mañana.

Por exceso, se puede presentar hipersomnia o somnolencia diurna, bien relacionadas con causas orgánicas o con medicaciones diversas. Siempre

que se administren medicaciones tranquilizantes como antidepresivos sedantes, benzodiazepinas, neurolépticos o antihistamínicos se procurará acumular la dosis máxima en la toma de la cena.

OTRAS ALTERACIONES DEL SUEÑO

- **Mioclónías.** Son contracciones tónicas y prolongadas, generalmente de miembros inferiores. Resulta muy común entre los mayores. Suelen ser inconscientes y lo refiere la pareja. A veces son sintomáticos de anemias, polineuropatías o fatiga excesiva. La etiología no está clara. Responden al clonacepam.
- **Síndrome de piernas inquietas.** Es una sensación disestésica desagradable, como de hormigueo, que obliga a levantarse de la cama. Parece se debe a causas vasculares, neurológicas o metabólicas.
- **Apnea del sueño.** Se caracteriza por una dificultad para respirar y dormir al mismo tiempo. Cada episodio de cese en la respiración dura de 10 segundos a 1-2 minutos. Pueden producirse entre 10 y 100 apneas durante una hora de sueño. Provoca hipoxia e hipercapnia.

Puede deberse a causas respiratorias, malformaciones a nivel de cuello, úvula o lengua. Se produce un cese en la respiración que dura unos segundos provocando hipoxia e hipercapnia, así como un dormir superficial y poco reparador. Como consecuencia, durante el día presentan somnolencia, torpor mental, fatiga intelectual, cefaleas y déficit de memoria.

Puede aliviarse con aparatos de presión positiva continua en la vía aérea que evita el colapso de la vía respiratoria. No se deben administrar benzodiazepinas pues empeoran; en caso preciso, es preferible el uso de antidepresivos sedantes o neurolépticos.

La probabilidad de padecer apnea del sueño aumenta con los años; en el anciano aparece en el 27% de los varones y en el 19% de las mujeres.

DIAGNÓSTICO

En las personas mayores debe confirmarse que existe realmente insomnio. Puede ser más una impresión subjetiva y hay que contrastarlo con los familiares.

Comprobar el número de horas que se duerme a lo largo de todo el día, y sumarlas; valorar si la demanda procede del paciente, la familia o los cuidadores; si lo que se pretende es que duerma un número excesivo de horas.

Averiguar a qué hora se acuesta, pues si es temprano es lógico que se despierte a las 4-5 de la mañana. Que una persona anciana duerma una media de seis horas al día es suficiente, con todas las diferencias individuales que se quieran. En ocasiones puede creer que no duerme, y también la familia y los cuidadores, porque se acostó temprano y durmió durante el día. En las instituciones a veces se pretende que duerman demasiado.

Se debe identificar si existe enfermedad física o psíquica que provoquen o favorezcan el cuadro. Investigar todas las medicaciones que consume, incluso productos de parafarmacia, que pueden estar repercutiendo; comprobar si padece de un trastorno prostático, existen cuadros dolorosos o toma diuréticos, sufre de insuficiencia cardiorrespiratoria, toma broncodilatadores, etc.

TRATAMIENTO

La situación resulta diferente si se trata de un insomne de corta duración o lleva años en esta situación.

El abordaje del insomnio combina:

- tratamiento farmacológico
- medidas no farmacológicas.

El tratamiento farmacológico

Se centra en benzodiazepinas, antidepresivos sedantes, neurolépticos, antihistamínicos. Al elegir el fármaco, se debe tener en cuenta si se pretende un tratamiento previsiblemente durante un periodo corto agudo o será crónico y prolongado; la vida media del producto y el riesgo de habituación, así como la posibilidad de provocar atontamiento diurno y confusión nocturna, con lo que al levantarse por la noche corre riesgo de caídas y las temidas fracturas, sobre todo de cadera.

Medidas no farmacológicas

Son pautas de actuación a tener en cuenta, tales como:

- No dormir durante el día. Una siesta breve de media a una hora puede ser aceptable, pero una siesta prolongada dificultará un buen sueño nocturno.
- Tener horarios regulares para acostarse y levantarse.
- No cenar en exceso; son buenos los alimentos ligeros y tibios como sopas o leche caliente.

- No mantener la temperatura muy elevada en la habitación.
- Habitación oscura y silenciosa.
- Suprimir el alcohol, café, bebidas con cola u otros excitantes.
- Realizar ejercicio físico durante el día.
- Cama confortable, que se utilizará sólo para dormir.
- No ingerir mucho líquido antes de acostarse.

4

El anciano confuso

DEFINICIÓN

Se habla de anciano confuso cuando existe alteración de la conciencia y cambio en las funciones cognitivas superiores. Suele aparecer de manera relativamente brusca, en horas o días, y durante un tiempo limitado. Es característico que su intensidad fluctúe a lo largo del día, con empeoramiento a partir de la caída de la tarde y durante la noche.

EPIDEMIOLOGÍA

Las personas ancianas son especialmente vulnerables a sufrir un cuadro confusional, que se puede presentar tanto en ancianos que viven en su domicilio, como en una residencia o en un hospital, siendo en los hospitales donde con más frecuencia se dan, sobre todo tras intervenciones quirúrgicas o tras ingresar en Unidades de Cuidados Intensivos.

Muchas veces los cuadros confusionales quedan sin diagnosticar y se identifican *a posteriori*, cuando la familia o los cuidadores nos refieren que tal anciano durante un par de días estuvo desorientado, sin conocer a su familia, perdiéndose por la casa, o no sabiendo su nombre o dónde se encontraba, ni el día ni la fecha.

Los cuadros confusionales en los ancianos se ven favorecidos por varios factores, como la vulnerabilidad del sistema nervioso central, déficit de audición o visión, cuadros somáticos y el estar sometidos a múltiples tratamientos.

SINTOMATOLOGÍA

Se considera **trastorno confusional agudo** cuando aparecen trastornos de la conciencia y de la atención, de la percepción y del pensamiento, de la memoria, de la psicomotricidad, de las emociones y del ciclo sueño-vigilia.

- ✓ El anciano confuso puede mostrarse inquieto e hiperactivo o, por el contrario, adinámico y como ausente, y, lo que es más frecuente, oscilar de una situación a otra. Con frecuencia no sabe dónde se encuentra, el día, la hora, el mes, y puede desconocer o confundir a las personas más próximas que le rodean.
- ✓ El lenguaje puede ser claro y correctamente construido o bien farfullante, casi ininteligible: el paciente se centra en el tema o pasa de uno a otro de manera superficial y casi sin conexión, desordenada, o cae en un franco mutismo. Su atención es lábil y se muestra sugestionable; a veces presenta alucinaciones visuales, auditivas, etc., o ideas delirantes.
- ✓ Como se ha señalado, puede estar razonablemente lúcido durante la mañana y hasta media tarde y empeorar de forma espectacular por la noche.
- ✓ El anciano confuso no es consciente de las situaciones de peligro y puede querer escaparse por creer que se le quiere hacer daño o matar; arrancarse sondas o goteros; confundir la puerta con la ventana y correr riesgos vitales importantes. Puede realizar gestos o actos de forma automática, reiterada y sin objetivo.
- ✓ En el anciano confuso se invierte el ritmo de sueño-vigilia de forma que puede estar somnoliento durante el día y agitado e hiperactivo e inquieto por la noche.
- ✓ El deterioro de la conciencia y de la atención va desde leve confusión a obnubilación, estupor y coma.

TRATAMIENTO

El cuadro confusional está provocado por una causa orgánica siempre y además puede resultar potenciado por factores psicológicos como estrés o cambios de domicilio. En todos los casos se debe investigar la causa somática subyacente e instaurar el tratamiento pertinente si se trata de una infección, deshidratación, cambios bruscos de medicación, intervenciones quirúrgicas, cuadros endocrino-metabólicos, neurológicos, etc.

En todos los casos que esté presente agitación, ansiedad o alteración del sueño, se debe instaurar tratamiento con antipsicóticos.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Independientemente de la causa, se aplicarán una serie de medidas generales no farmacológicas, como:

- Mantenerle una luz suave por la noche y en una habitación tranquila y sin ruidos Hablarle despacio, con frases cortas y sencillas.
- Dejarle cerca objetos personales que le faciliten la orientación, como calendarios, relojes o fotografías.
- Se vigilarán las situaciones de riesgo: los intentos de huida, así como las caídas y fracturas, son frecuentes y peligrosas.
- Se cuidarán las constantes y la ingesta de líquidos: estos pacientes entran fácilmente en deshidratación, agravando el cuadro confusional.

5

El anciano agitado

DEFINICIÓN

Se define la agitación psicomotriz como una actividad motora excesiva, asociada a un sentimiento de tensión interior; suele ser repetitiva e improductiva y cuando resulta intensa se acompaña de gritos o quejas llamativas, violencia física y verbal, y gran aparatosidad, manifiesta y observable.

SINTOMATOLOGÍA

La agitación puede limitarse a la realización de movimientos sin objetivo y repetitivos, de miembros, deambular de manera incansable o bien romper objetos, arrojarlos, golpear los muebles, las paredes, emitir gritos, voces, insultos, amenazas, o bien hacer gestos agresivos hacia otros o hacia sí mismo.

No es excepcional que momentos de gran aparatosidad alternen con otros de aparente calma, pudiendo pillar desprevenido una nueva oleada de agitación.

El paciente agitado provoca una situación de gran angustia y tensión que se transmite a todo el entorno, familiar, profesionales o conocidos. A veces se exigen medidas rápidas y resolutivas, pero siempre se precisa de una valoración clínica de la situación. No se debe uno contagiar de la tensión, sino tratar de mantener una actitud lúcida, serena y objetiva.

El anciano puede sufrir un cuadro de agitación psicomotriz en su domicilio, en la calle, en una residencia o en el hospital. Puede surgir en el con-

texto de una enfermedad física o psíquica. El propio anciano agitado puede provocar miedo o cólera a los demás, impidiéndoles tomar las medidas pertinentes.

DIAGNÓSTICO

La identificación del cuadro es fácil, pero lo es menos averiguar qué le ha llevado a esa situación: qué ha de valorarse cuándo resulta imprescindible una actuación rápida de control y contención y, en cuanto sea posible, tomarse un tiempo para analizar los factores implicados en el cuadro.

Se debe observar si la agitación se acompaña de gritos, agresiones verbales, motilidad física amenazadora; también si el anciano alterna momentos de calma o permanece agitado todo el tiempo con similar intensidad.

En una persona mayor agitada pueden surgir problemas legales con cierta frecuencia, por la posibilidad de hacerse daño él mismo o hacérselo a otros.

Las medidas encaminadas a controlar la agitación serán diferentes si es una persona ya conocida nuestra o la acabamos de conocer; también difiere si nosotros hemos observado todo el proceso por el que se ha ido agitando, o le vemos en plena crisis.

ETIOLOGÍA

Las causas son muy diversas, desde lo más puramente psicógeno reactivo, a lo orgánico. Suelen favorecerla los cuadros confusionales o de deterioro cognitivo grave. La identificación de los diversos precipitantes resulta diferente si ya conocíamos al anciano, ha tenido episodios similares, es el primer cuadro de tales características o no conocemos al mayor.

Tenemos que pensar que la agitación nunca es gratuita, sino que es manifestación de *algo* que está ocurriendo y que nosotros debemos identificar aunque sea someramente. Porque el origen puede ser tan diverso como una noticia grave o un acontecimiento estresante reciente, una descompensación de una enfermedad psíquica prolongada, identificada o no, o bien un cuadro orgánico que directa o indirectamente afecta a sistema nervioso central.

La agitación puede ser reactiva a una causa inmediata y comprensible como la ira derivada de una frustración, o cuando existe un intento de chantaje emocional; o bien tratarse de una agitación provocada por una crisis de pánico, ansiedad o reacción catastrófica ante un problema que

no son capaces de resolver; o surgir en el contexto de un cuadro confusional por patología somática concomitante, incompatibilidades medicamentosas o, cambios introducidos bruscamente en los tratamientos, o cualquier afectación del sistema nervioso central.

TRATAMIENTO

Ante un anciano agitado, las actuaciones deben ir encaminadas a protegerle a él y a protegerse de sus posibles agresiones, y después controlar la agitación.

Medidas generales y medidas específicas

- Debemos hablarle de manera tranquila y reposada, protegerle del daño físico que se pueda provocar, evitar que salga corriendo o que se escape.
- El personal sanitario debe protegerse también, ante posibles agresiones por parte del paciente, que puede intentar pegar, escupir, soltar una patada, tirar un objeto y especialmente tirarnos del pelo. Se intentará disponer de suficiente número de personas para poder controlar al paciente, ubicarse en un espacio físico que nos permita una vía de salida airosa de la situación en caso de precisar.
- Cuando un paciente está agitado, en el ámbito que sea: urgencias, habitación, domicilio, residencia, hospital, debe hacerse una valoración rápida de los objetos o circunstancias que supongan un peligro para él: caerse, cortarse, escaparse, lesionarse, etc.
- No es lo mismo si estamos ante un hombre o una mujer, si su peso es de 50 ó de 150 kilogramos, si tiene 70 ó 90 años, del conocimiento previo del paciente, etc.

Se le administrará medicación, preferentemente neurolépticos y en segunda opción benzodiacepinas, vía oral o intramuscular, dependiendo la elección de la supuesta causa, de la intensidad y del personal de apoyo para controlar la situación.

Hay que tener presente que la medicación que se administra se puede metabolizar más lentamente y dar lugar a un proceso de acumulación, habrá que prevenir que no produzca depresión respiratoria.

Bibliografía

DSM-IV: *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales*, Barcelona, Masson, 1995.

JACOBY, R.; OPPENHEIMER, C.: *Psychiatry in the elderly*, Oxford, Oxford University Press, 1997.

MACE, N. L.; RABINS, P. V.: *36 horas al día: guía para familiares de pacientes de Alzheimer*, Barcelona, Editorial Ancora, 1991.

SERNA DE PEDRO, I. DE LA: *Manual de psicogeriatría clínica*, Barcelona, Masson, 2000.

SERNA DE PEDRO I. DE LA; AIZPURI, J.; BARBADO, J. A., y cols.: *Manual de habilidades en salud mental para médicos generales*, Madrid, ENE Publicidad, S.A., 2002.

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA: *Dormir Bien: Programa para la mejora del sueño en el mayor*, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, 2002.