

PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS EN EL ANCIANO: DETECCIÓN Y MANEJO POR PROFESIONALES SANITARIOS Y CUIDADORES

José Ángel GUTIÉRREZ SEVILLA. Diplomado en Enfermería. Especialista en Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría. Experto en Urgencias, Emergencias y Catástrofes.

Rocío MADERNA DALLASTA. Diplomada en Enfermería. Especialista en Enfermería de la Salud Mental y Psiquiatría.

● RESUMEN

Desde el punto de vista de la psiquiatría y salud mental, los ancianos son grupo de riesgo de determinadas patologías mentales, como trastornos depresivos, ansiedad, trastornos delirantes...la presencia de estas patologías indica un empeoramiento en el estado de salud del paciente mayor, y suponen una barrera para la actuación de los profesionales sanitarios. La difusión de las características de las alteraciones mentales en el anciano y las estrategias de manejo se consideran de gran utilidad para los profesionales sanitarios que desarrollan su labor con ancianos. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es presentar de forma resumida las alteraciones mentales más frecuentes en población geriátrica y consejos útiles para facilitar el trabajo del profesional.

● PALABRAS CLAVES

Psicogeriatría, salud mental, comunicación terapéutica.

● INTRODUCCIÓN

Los ancianos conforman un grupo vulnerable a la aparición de trastornos mentales por la confluencia de diferentes factores: deterioro fisiológico y funcional del cerebro, cambios en los órganos de los sentidos, alteraciones de la personalidad y cambios psicosociales con alteraciones del rol y status.

Además, se debe tener en cuenta la vulnerabilidad del anciano para el padecimiento de enfermedades físicas. En estos procesos agudos pueden desarrollar sintomatología psiquiátrica, con un origen físico, en mayor medida que jóvenes y adultos.

El profesional que atiende a ancianos en su labor diaria, debe estar informado de las posibles alteraciones mentales que pueden presentar los ancianos, para su detección precoz y también es valioso un adiestramiento básico (pero que puede llegar a ser muy efectivo) para el manejo de alteraciones mentales que entorpecen la atención de los ancianos (depresión, alucinaciones, delirios...).

El conocimiento de las manifestaciones psiquiátricas de diferentes patologías y su manejo relacional

● ABSTRACT

The elderly people are a very high risk group of mental disorders like depression, anxiety or delusions. When the mental disorder appears, the elderly's healths deteriorates and there is a barrier against the health-care. Teaching characteristics of mental disorders in the elderly and the attitudes about the relationship between the elderly and health-care providers, are points very useful to the health providers. The objective of this article is teach de mental disorders in ederly and useful advices to make health-care work easy.

● KEY WORDS

Psychogeratry, mental-health, therapeutic relationship.

deben ser objeto de difusión a todo tipo de profesionales sanitarios, aunque no desarrollen su labor en el ámbito de los servicios de salud mental. Estos conocimientos y habilidades permitirán a profesionales que trabajan permanentemente con grupos de riesgo (en este caso ancianos) una detección rápida de las complicaciones y agudizaciones, y mejorarán la calidad de su labor puesto que no se verán interferidos por un estado psicológico morboso.

Como este trabajo se dirige a un colectivo de terapeutas ocupacionales, se considera que la inclusión de las demencias en el mismo sería redundante por lo que se obviará en el desarrollo del mismo.



● **OBJETIVOS**

Los objetivos del presente artículo son: informar de las principales entidades patológicas psiquiátricas que pueden aparecer en ancianos, para la detección precoz por parte del profesional, y difundir unas estrategias sencillas de manejo que minimizan el impacto negativo sobre los planes terapéuticos y sobre la relación con otras personas en general.

● **DELIRIUM**

Según el DSM IV, se considera al delirium como la "Alteración de la conciencia y cambio en las cogniciones que se desarrolla a lo largo de un breve periodo de tiempo."

El delirium es una alteración mental global, un síndrome psiquiátrico, en el que el principal peligro radica en desconsiderar que está producido por un problema orgánico y que tiene potencial letal para el paciente.

En mayores de 65 años hospitalizados su prevalencia es del 10-15%, y aumenta cuanto mayor es la gravedad física del paciente (UVI, 30%). Al menos un 10% de los pacientes que ingresan de urgencia en un hospital presentan un cuadro de delirium.

El profesional debe conocer la sintomatología clave y diferencial del delirium para su detección precoz. Esta detección es valiosísima ya que el cuadro de delirium es una reacción psiquiátrica a un cuadro orgánico, lo que implica que sólo el tratamiento de la causa orgánica puede solucionar el cuadro e implica que debe ser derivado a un servicio de atención sanitaria hospitalaria lo antes posible.

Clínica

Las características fundamentales son:

- Comienzo brusco (horas a días, es frecuente que aparezca de noche).

- Duración breve (días a semanas, lo más frecuente es que dure menos de una semana).
- Curso fluctuante (peor por la noche con intervalos lúcidos durante el día) (cuadro 2 síntomas diferenciales del delirium y demencia).

Con frecuencia es reversible, aunque su pronóstico está condicionado por la severidad del cuadro clínico subyacente.

CUADRO 2. DIFERENCIAS DELIRIUM-DEMENCIA		
	DELIRIUM	DEMENCIA
Antecedentes	Enfermedad aguda	Enfermedad crónica
Comienzo	Súbito, a menudo de noche	Insidioso
Duración	Breve, horas a semanas	Meses a años
Nivel de conciencia	Disminuido	Normal
Atención	Alterada y fluctuante	No disminuida
Orientación	Alterada especialmente en el tiempo	Puede ser normal
Pensamiento	Lento o acelerado. Como onírico	Empobrecimiento o en operaciones abstractas
Alucinaciones	Visuales y auditivas	Ausentes
Actitud psicomotriz	Variable	Normal
Ciclo sueño-vigilia	Alterado, somnolencia diurna e insomnio de noches	Sueño fragmentado
Afecto	Ansioso e irritable	No ansioso. Lábil
Evolución	Fluctuante	Crónica y progresiva

CLÍNICA DE TERAPIA OCUPACIONAL PEDIÁTRICA

BEAUDRY BELLEFEUILLE

Marqués de Santa Cruz, 7 - 1º E • OVIEDO

Teléfono: 609 75 09 62



El Síndrome Confusional Agudo (SCA), no debuta bruscamente, sino que suele estar antecedido por un estadio asténico apático de una duración variable. Este estadio tiene las siguientes manifestaciones: fatigabilidad, irritabilidad, fluctuaciones de atención, concentración y memoria, sensibilidad a luz y sonido e insomnio.

Otras características clínicas son:

- **Alteración del nivel de conciencia:** Es el síntoma más frecuente y nos puede ayudar a diferenciarlo de otros trastornos psiquiátricos. Su grado se relaciona con la severidad del cuadro, variando de la somnolencia a la letargia. El paciente puede estar somnoliento durante el día y por la noche hallarse inquieto y agitado. Presenta dificultad para centrar mantener o dirigir la atención. Con tendencia a distraerse fácilmente. (ver cuadro 1).
- **Desorientación:** Primero en tiempo y posteriormente en espacio, es muy raro que se afecte la orientación autopsíquica. Pierde la capacidad para apreciar la duración de los intervalos de tiempo. Fluctúa con el nivel de conciencia.
- **Alteraciones en la percepción:** Alucinaciones fundamentalmente visuales, aunque también pueden ser auditivas y táctiles, muy vívidas y con frecuencia amenazadoras; Ilusiones; ideación delirante vagamente estructurada, generalmente de tipo persecutorio; falsos reconocimientos con tendencia a hacer más familiar aquello que le rodea (confunde al personal del hospital con familiares o vecinos, cree que está en su casa...)
- **Alteraciones en el pensamiento:** Puede estar desorganizado. Con dificultades para el pensamiento abstracto resolviendo mejor los problemas concretos. Pueden aparecer delirios que se caracterizan por importantes desestructuraciones de nivel de conciencia y de arousal, por la etiología orgánica (patología cerebral, alteraciones metabólicas, patología médica general, consumo de fármacos) El paciente está totalmente implicado en la experiencia delirante, abarca todo el campo de la conciencia del sujeto.
Raramente los contenidos de las ideas delirantes coinciden con los de otras patologías, éstos son

CUADRO 1. ESTADOS DE VARIACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA

- Hipervigilia. Estado subjetivo de aumento de conciencia, que es irreal, normalmente inducido por drogas o típico de cuadros maníacos.
- Letargia. Somnolencia.
- Obnubilación. Disminución grave del SNC. El sujeto reacciona de forma vaga e inespecífica a los estímulos potentes.
- Estupor. Inmovilidad. Aparecen ante estímulos potentes respuestas alteradas (descerebración o decorticación).
- Coma. Muerte cerebral.

muy vivos, muy realistas y conlleva una gran facilidad de pasar a la acción la temática delirante. El tratamiento incide en la causa desencadenante. Tras el tratamiento la remisión del cuadro delirante es total, sin secuelas.

- **Alteraciones en la memoria:** Se observan alteraciones tanto en la memoria inmediata como en la reciente, la memoria remota está más conservada. Se debe a la imposibilidad de fijar los datos que ocurren en ese momento. Después de solucionar el SCA el paciente, por esta misma razón, no se acordará de nada.
- **Alteraciones emocionales:** Ansiedad, irritabilidad, apatía, labilidad emocional. Puede presentar conductas inadecuadas y euforia.
- **Alteraciones psicomotrices:** Enlentecimiento psicomotor, inquietud psicomotriz que llega a la agitación (más en los cuadros de abstinencia o intoxicación), puede oscilar de uno a otro estado.



Contenciones mecánicas en paciente encamado. (Cortesía de J. A. Gutiérrez Sevilla)

Recomendaciones de manejo

Infrecuentemente un cuadro de delirium puede aparecer sin necesitar atención hospitalaria, y no sólo por el dramatismo o intensidad de sus síntomas, sino por la gravedad de la causa subyacente. Por ello los consejos de manejo se aplican en momentos de gravedad, no sólo física, sino también cuando el paciente puede ser peligroso para sí mismo o para los que lo rodean, por la hiperactividad, desorientación y negligencia en general. Por ello se recomienda relacionarse con el paciente de la siguiente manera:

- Comunicarse con el paciente de forma sencilla:
 - Frases sencillas y claras.
 - Dar instrucciones precisas.
 - Repetir los conceptos lo que sea necesario.
- No apoyar las afirmaciones sobre estímulos extraños.
- Orientar en todo momento al paciente, aunque parezca que no hace caso, recuerde que la atención es fluctuante. En el peor de los casos ayudará a que la desorientación no aumente de forma muy brusca.
- Eliminar el exceso de estímulos, pero no incurrir en el error de colocarlo en habitaciones poco iluminadas, con sombras, etc... ya que aumenta la sensación de desorientación.
- Eliminar las situaciones u objetos que puedan resultar peligrosos (planchas, instrumentos cortantes, agua excesivamente caliente...).

- Identificar al paciente adecuadamente (medalla, pulsera) en previsión a las posibles pérdidas por desorientación.

● **TRASTORNOS AFECTIVOS**

Depresión en ancianos

Depresión es un estado de hipertimia dolorosa en la que el sujeto experimenta una tristeza profunda con afectación en su funcionalidad, relaciones, valores y equilibrio fisiológico. También se puede definir como un sentimiento patológico de tristeza.

El mayor problema de la depresión en los ancianos es la dificultad ante la que se encuentran los profesionales para su detección y clasificación, ya que por un lado hay que diferenciar la depresión del envejecimiento normal (recuerden que no todos las manifestaciones de tristeza de los ancianos son normales). Por otro lado es el binomio depresión-demenia, en el que muchas demencias inician su curso con el desarrollo de una depresión, y algunas depresiones generan cuadros similares a la demencia. La depresión además supone en los ancianos un riesgo añadido de sufrir cuadros de deshidratación, desnutrición... y también un riesgo más elevado de muerte por suicidio.

La frecuencia de los trastornos afectivos en ancianos es alta. La depresión es más frecuente con el aumento de la edad, en cambio otros trastornos mentales tienden a disminuir con la edad.

Se calcula que entre el 10 y el 45% de los mayores de 65 años presentarán en algún momento algún síntoma depresivo (ver cuadro 3: factores que favorecen la depresión en ancianos). Del total de los pacientes maníacos entre el 5 y el 10% son mayores de 65 años. Entre el 3 y el 5% de los ancianos sufren de depresión mayor. Estas cifras aumentan con los ancianos institucionalizados. Por sexos es más frecuente en mujeres que en hombres (2-3/1).

CUADRO 3. FACTORES DE LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS

- Envejecimiento cerebral.
- Acontecimientos vitales desencadenantes.
- Agresividad frustrada no expresada.
- Disminución de soporte social.
- Tratamientos somáticos que favorecen la depresión

Sintomatología de la depresión

- **Emocionales:** Abatimiento y tristeza, disminución de la satisfacción de la vida, pérdida de interés, llanto, irritabilidad, sensación de vacío, miedo y ansiedad, sentimientos negativos para sí mismo, preocupaciones, desesperanza, sensación de fracaso, soledad, inutilidad.
- **Cognitivos:** Pesimismo, críticas, rumiación de problemas, pensamientos suicidas, ideas delirantes,

alucinaciones, dudas sobre los valores y creencias, dificultad de concentración, mala memoria.

- **Físicos:** Anorexia, astenia, trastornos del sueño, estreñimiento, pérdida de la libido, dolor, inquietud. Volitivos: Pérdida de la motivación.
- **Aspecto:** Postura inmóvil, expresión triste, falta de cooperación, reatramiento social, confusión y obnubilación de la conciencia, aspecto desaliñado, pérdida de peso, impactación fecal.
- **Psicomotor:** Bradilalia, movimientos lentos, gestulación minimizada, marcha lenta y torpe, mutismo, sueño inquieto.
- **Comportamientos inadecuados:** Conductas suicidas, negativismo, brotes de agresividad.

Estrategias de manejo

El paciente deprimido generalmente teme la comunicación abierta y la intimidad. Parte del trabajo del profesional sanitario es fomentar la expresión de los sentimientos, que a pesar de lo que inicialmente aparente, es necesaria y beneficiosa para la evolución del

TABLA 1. MANEJO RELACIONAL CON EL PACIENTE DEPRIMIDO

¿Cómo relacionarse con un paciente deprimido?

MANEJO INADECUADO **MANEJO ADECUADO**

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Dar consejos bienintencionados o de sentido común: "Anítese." "No sea negativo." "Ha de pensar positivo." "Hay gente que está peor." ● Intimidarse o desanimarse por el estado de ánimo del paciente. ● Rechazar la comunicación, el paciente pensará que no es lo suficientemente importante como para que el profesional lo escuche y que la expresión de sus sentimientos no vale para nada. ● Considerar el problema sólo como un ánimo bajo, y no como una enfermedad (sobre todo los cuadros endógenos). | <ul style="list-style-type: none"> ● Dar al paciente mensajes autoafirmativos, que impliquen que se aceptan sus sentimientos. "Está pasando por momentos difíciles." "Me gusta la honestidad que muestra al reconocer sus sentimientos." "No está solo. Muchos pacientes que tratado han pasado por su misma situación, y han podido salir de ella." ● Escucha activa, con comprensión y sin juzgar. Es una recompensa ser incondicional con el paciente. ● Entender que aunque el paciente sepa la causa de su depresión puede no tener fuerzas para superarla. ● Usar el tocamiento para transmitir afecto (tocar el hombro cuando llora...). |
|---|---|

AVISO: puede que incluso con un manejo adecuado el paciente no sienta beneficio inicialmente, esto no ha de desanimar al profesional, aunque parezca que sus consejos no son escuchados. Se aconseja cohesión a una línea de manejo y paciencia.

estado de ánimo deprimido. Si el paciente puede expresar su abatimiento, desesperanza, apatía... se rompe un círculo en el que el estado de ánimo se agrava por unos pensamientos negativos que constantemente aparecen

Habitualmente se cometen unos errores de relación con los pacientes que experimentan un ánimo bajo o deprimido. Estos errores en el trato con el paciente deprimido producen una imagen del profesional poco comprensivo, y aceleran la destrucción de la alianza terapéutica, y el empeoramiento del paciente, dejando todo beneficio terapéutico al efecto de la farmacoterapia. El profesional debe saber qué errores no cometer, y las formas de relación más adecuadas (tabla 1).

Depresión y suicidio

La depresión y el suicidio están íntimamente relacionados en todas las etapas de la vida, pero en los ancianos este aspecto tiene una importancia especial, ya que el número de muertes por suicidio (y por lo tanto el riesgo) aumenta con la edad (Figura 1), hay que considerar que son más impulsivos, más impredecibles y realizan menos tentativas. (Figura 2).

FIGURA 1. TASAS DE SUICIDIO POR EDAD EN ESPAÑA EN 1999 (fuente INE)

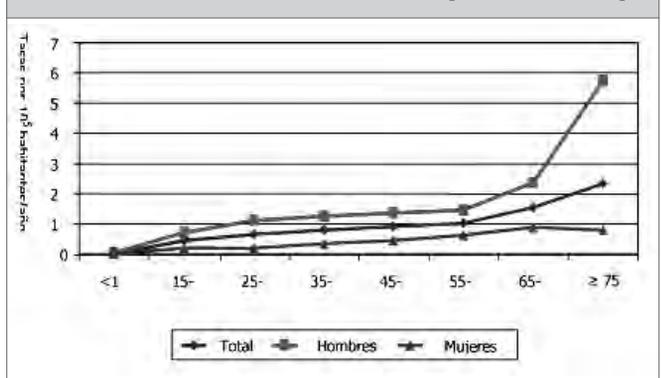
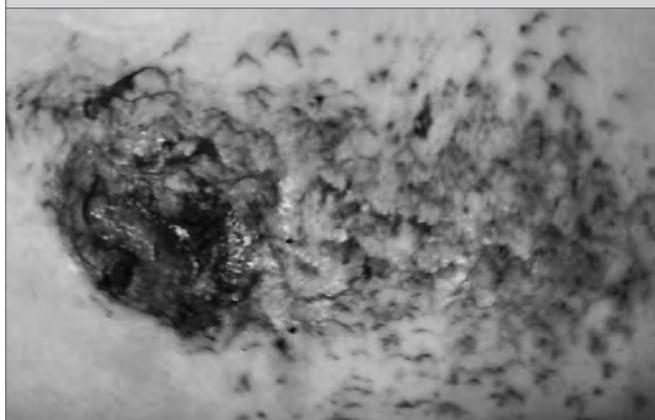


FIGURA 2. Herida de arma blanca (tijeras) en abdomen de paciente geriátrico realizada en un intento de suicidio. Se aprecian la gran cantidad de heridas realizadas en el mismo intento, como ejemplo de determinación suicida en ancianos (foto José Ángel Gutiérrez Sevilla)



En caso de tener que trabajar con un paciente con riesgo de suicidio (cuadro 4), se deben considerar una serie de premisas de seguridad, que si bien no eliminan la pulsión de los pensamientos del paciente, sí que pueden minimizar las consecuencias de la tentativa suicida. Las premisas de actuación son las siguientes:

- Restringir acceso a objetos cortantes y punzantes, como cubiertos, cuchillos de cocina, tijeras...
- Restringir el acceso a venenos potenciales: productos de limpieza, disolventes, pintura...
- Guardar la medicación bajo llave y asegurarse que la toma cuando se administra.
- Cuidar el acceso a lugares de riesgo como ventanas elevadas, terrazas, balcones...

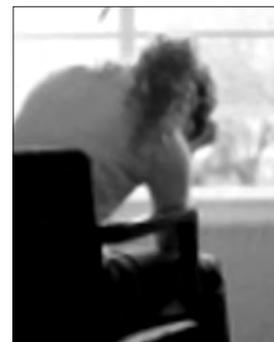
CUADRO 4. FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO

Se debe prestar especial atención si:

- Mayor de 75 años.
- Varón
- Renta más baja.
- Aislamiento social.
- Viudo o divorciado.
- Enfermedad física concomitante.
- Enfermedad mental concomitante.
- Consumo de drogas o alcohol.
- Mantiene conducta impulsiva.

Cuadros maníacos

Dentro de los trastornos afectivos pueden darse cuadros maníacos caracterizados por un aumento de la activación y energía del sujeto llegando a niveles peligrosos por negligencia y agresividad. Aproximadamente una cuarta parte de los cuadros maníacos en ancianos se dan en pacientes que no tienen historia de trastorno mental bipolar. Los brotes maníacos pueden ser difíciles de clasificar, ya que la sintomatología puede estar amortiguada por las dificultades físicas del paciente. Aún así, son síndromes de alta peligrosidad por accidentes y agresividad.



Signos y síntomas de manía

- **Afectivos.** Euforia, extroversión, buen humor, autoestima exagerada, intolerancia a las críticas y ausencia de vergüenza o sentimientos de culpa.

- **Fisiológicas.** Deshidratación, nutrición inadecuada, necesidad de poco sueño, pérdida de peso.
- **Cognitivas.** Distracción, desconexión de ideas, delirios de grandeza, ilusiones, falta de juicio, asociaciones incoherentes de ideas.
- **Conductas.** Agresión, gastos de dinero, alardes de grandiosidad, hiperactividad, irresponsabilidad, irritabilidad, mala higiene personal, actividad social intensa, locuacidad excesiva.

Manejo relacional con un paciente maníaco

- Responder de forma sencilla y sincera.
- Cuidado con la manipulación que van a intentar realizar. Para ello se recomienda una comunicación constante con el resto de profesionales del equipo, y la coherencia en la actuación.
- Marcar unos límites bien definidos a la conducta negativa.
- Reforzar el autocontrol del paciente y los aspectos positivos de su conducta.
- Ante las exigencias irreales hay que satisfacerlas parcialmente (si se puede).
- Evitar las confrontaciones. Si el paciente pide algo que no se puede conseguir o proporcionar, contestarle con lo que sí se puede hacer.
- Hacer que se centre en los aspectos positivos.
- Si se prevé que una conversación puede acabar de forma problemática utilizar la distractibilidad del paciente para salir del apuro.
- Evitar las discusiones largas con el paciente.

Recuerde que son cuadros que precisan de internamiento hospitalario para ser protegidos en un ambiente seguro y de alta contención. Si detecta un cuadro de este tipo no considere bajo ninguna circunstancia el manejo en el domicilio o centros sanitarios no psiquiátricos.

● TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad es un sentimiento vago y difuso de aprensión e incomodidad. Es una reacción fisiológica del ser humano para prepararse ante un peligro inmi-

nente. Al ser una reacción normal del ser humano, los trastornos de ansiedad (aparición de ansiedad inadecuada por falta de estímulo, cantidad o duración) son muy frecuentes en población general y aún más en ancianos. La ansiedad acompaña a muchos cuadros clínicos médicos y psiquiátricos.

Epidemiología

Los datos epidemiológicos en población anciana no son concluyentes, ya que algunos autores consideran la ansiedad como un componente normal del envejecimiento. En general se admite que los mayores de 65 años tienen en un 20% niveles patológicos de ansiedad. Los ataques de pánico, las fobias y los trastornos de ansiedad generalizada, las cifras son similares o menores que en adultos y jóvenes. En cambio los trastornos adaptativos, los trastornos obsesivos compulsivos y los trastornos de ansiedad secundarios a enfermedades físicas o tratamientos, son más frecuentes que en el grupo de adultos jóvenes. Los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres que en hombres (prevalencia de 2 a 6 veces superior según estudios).

Una amplia gama de enfermedades médicas pueden producir síntomas similares a los de los trastornos de ansiedad. Por ejemplo:

- **Enfermedades neurológicas:** Epilepsia, neoplasias, traumatismos craneoencefálicos, Huntington, migrañas, esclerosis múltiple.
- **Patologías sistémicas:** Hipoxia por enfermedad cardiovascular, arritmias o anemia.
- **Alteraciones endocrinas:** Como disfunción tiroidea, paratiroides, suprarrenal, feocromocitoma.
- **Trastornos inflamatorios:** Lupus eritematoso, artritis reumatoide.
- **Estados deficitarios:** Como de vitamina B12.
- **Patologías tóxicas:** Alcohol, anfetaminas, cafeína, penicilina, fósforo, benceno.
- **Patologías diversas:** Hipoglucemia, neoplasias malignas sistémicas, síndrome premenstrual, enfermedades febriles e infecciosas crónicas.



- ho Meo pATÍA
- r ehABil iTACió n
- dr enAJe l inf áTiCo MAnuAl
- quir o MASAJe
- MASAJe inf AnTil

TRATAMIENTOS PROFESIONALES DESDE 1999

c/ Antonia Mercé, 3 Bajo dcha. (desde portal) - Metro Goya - Teléfono 91 575 49 51

Clínica general de la ansiedad

- **Cardiovasculares:** Palpitaciones, taquicardia, aumento de la tensión arterial, sensación de desmayo, desmayo, descenso de la tensión arterial, bradicardia (estas tres últimas en ansiedad extrema puede aparecer una descarga parasimpática).
- **Respiratorios:** Taquipnea, bradipnea, presión en el pecho, respiración poco profunda, sensación de obstrucción en la garganta, sensación de ahogo, jadeo.
- **Gastrointestinales:** Pérdida del apetito, repulsión a los alimentos, malestar abdominal, dolor abdominal, náuseas, acidez, diarrea.
- **Neuromusculares:** Aumento de los reflejos, reacción de sorpresa, temblores, insomnio, rigidez, inquietud, expresión de cansancio, debilidad general, piernas temblorosas, movimientos torpes.
- **Tracto urinario:** Urgencia, micciones frecuentes.
- **Piel:** Rostro sofocado, transpiración localizada, picor, escalofríos, palidez facial, transpiración generalizada.
- **Conductuales:** Inquietud, tensión física, reacción de sorpresa, habla rápida, mala coordinación, propensión a los accidentes, inhibición, aislamiento, reacción de huida.
- **Cognoscitivos:** Atención alterada, despiste, errores de juicio, preocupación, bloqueo de los pensamientos, reducción del campo de percepción, disminución de la creatividad, descenso de la productividad, confusión, hipervigilancia, conciencia de sí mismo, pérdida de la objetividad, miedo a perder el control, imágenes visuales terroríficas, miedo a morir o a resultar lesionado.
- **Afectivas:** Malestar, inquietud, miedo, alarma, terror.

Trastornos de ansiedad

- **Trastorno fóbico.** Una fobia es un miedo persistente, irracional, ligado a un objeto o situación que, objetivamente no supone un peligro significativo. La persona tiende a evitar el objeto o situación, aunque reconoce que el miedo es excesivo y desproporcionado al objeto o situación.
- **Agorafobia.** Es un miedo intenso a estar solo en un lugar público del que sería difícil escapar o donde no podría disponer de ayuda en caso de quedarse repentinamente incapacitado.
- **Fobia social.** Miedo irracional y persistente a las situaciones en las que la persona puede verse sometida al escrutinio de los demás y un deseo irresistible de evitarlas..
- **Crisis de angustia.** Las crisis de angustia se caracterizan por el inicio súbito de aprensión tensa o terror y se asocian con sentimientos de muerte.
- **Trastorno de angustia.** Crisis de angustia recurrentes que sobrevienen de forma inesperada. Para diagnosticar un trastorno de angustia, el paciente tiene que haber sufrido como mínimo 3 crisis en un periodo de 3 semanas.
- **Trastorno de ansiedad generalizada.** Ansiedad crónica cotidiana. Resulta molesta, hasta el punto de interferir con las tareas habituales del sujeto.

- **Trastorno obsesivo compulsivo.** El sujeto experimenta obsesiones recurrentes o compulsiones. Obsesión: ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes, intrusos y persistentes. Las compulsiones son rituales que la persona se siente obligada a realizar por una regla especial o de forma rutinaria.
- **Trastorno de estrés postraumático.** Desarrollo de síntomas característicos tras la exposición a un agente estresante grave o extraordinario.
- **Trastorno adaptativo.** Trastorno de estrés que surge después de un periodo de crisis (muerte del cónyuge, pérdida de empleo...) que el sujeto ha resuelto de forma desfavorable e inadaptativa.

Consejos de manejo relacional

La relación con el paciente que presenta ansiedad ha de estar marcada por una serie de directrices para fundamentar la labor del profesional que trabaja con el anciano ansioso.

- Tolerar las tensiones del paciente y no permitir que nos la contagie. Tanto profesional como cliente han de tener un lugar para permitirse el aislamiento y la relajación.
- No intentar tranquilizar con explicaciones vanas y tontas, ni con la búsqueda de causas superficiales. Si el paciente supiera muchas veces de dónde viene su ansiedad ya habría verbalizado alguna petición de ayuda. Al menos que el paciente sepa que estaremos ahí para él en cualquier momento.
- Al relacionarse hablar despacio, ser conciso y concreto.
- Con las conductas que generan la ansiedad no hay que ensañarse. No enfadarse respondiendo a su ansiedad con hostilidad encubierta.

CUADRO 5. CAMBIOS EN LA DINÁMICA DEL SUEÑO EN ANCIANOS

Sueño y envejecimiento	
<p>Cambios subjetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Más tiempo en la cama. ● Interrupciones y despertares por la noche más frecuentes. ● Disminución del tiempo total de sueño nocturno. ● Mayor insatisfacción con el sueño. ● Cansancio y somnolencia durante el día. ● Necesidad de sestear durante el día. 	<p>Cambios objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Reducción de los periodos de REM. ● Aumento de latencia de REM. ● Aumento de las fases 1 y 2. ● Disminución de la fase delta. ● Menos horas de sueño nocturno y más diurno.

- Con las quejas excesivas no hay que ponerse a la defensiva. Se intentará que el paciente hable de sí mismo, las quejas se ampliarán a un contexto más amplio y globalizador.

Uno de los problemas de la ansiedad es que genera incomodidad en el paciente y por lo tanto un aumento de las demandas del mismo. El profesional, aunque se sienta irritado, debe pensar que cuando un paciente realiza demandas continuas no lo hace con el fin de molestar al profesional, sino porque está incómodo o angustiado y aún no sabe cómo aliviar su malestar.

● INSOMNIO EN EL ANCIANO

El sueño es un estado de actividad cerebral necesaria que se presenta en alternancia con el estado de vigilia, conformando un ciclo de 24 horas, denominado ritmo nictemeral, muy influido por la luz-oscuridad. El sueño es imprescindible para la recuperación de la fatiga psíquica, más que de la física. Los trastornos del sueño en ancianos son frecuentes, alterando mucho la vida de ellos y de sus familias (cuadro 5). Con la demencia, la inmovilidad restringida y la incontinencia son causas poderosas de institucionalización de estos pacientes.

En los ancianos pueden aparecer mioclonías nocturnas (contracciones musculares sobre todo en piernas que dificultan el sueño) síndrome de piernas inquietas (sensaciones desagradables en piernas como hormigueo) y apnea del sueño (dificultades respiratorias anatómicas durante el sueño producen apnea dificultando el descanso por anoxia tisular y especialmente cerebral). Aunque el trastorno al que el profesional debe enfrentarse con más frecuencia es el insomnio.

El insomnio viene definido por una serie de quejas de dificultad para conciliar el sueño, de sueño interrumpido de forma involuntaria y espontánea, de despertar precoz o de sueño no reparador. Se denomina predormicial si tarda en dormirse más de 30 minutos, de dificultad o mantenimiento, si presenta despertares nocturnos con frecuencia, y matutino o despertar precoz, en caso de sufrir un despertar temprano en el que no vuelve a conciliar el sueño.

Según la evolución en el tiempo se puede clasificar como de corta duración (inferior a 3 semanas) y de larga duración (superior a 3 semanas).

Causas de insomnio

- **Físicas:** Dolor, fiebre, prurito, neoplasias, infecciones, enfermedades vasculares, cardíacas, respiratorias, urinarias, endocrinas o neurológicas.
- **Psicológicas:** Estrés, enfermedad grave, cambios vitales importantes.
- **Psiquiátricas:** Depresión ansiedad, alcoholismo, psicosis, ataques de pánico, demencia, delirium.

- **Fármacos:** Alcohol, estimulantes, simpaticomiméticos, vasodilatadores, antineoplásicos, propranolol, teofilina...
- **Ambientales:** Calor o frío del dormitorio, ruidos, hábitos negativos.

Medidas higiénico dietéticas del insomnio

En primer lugar hay que explicar a los familiares que es normal que el sueño del anciano sea más ligero que el de los adultos jóvenes, y que deben y pueden dormir durante el día en periodos breves. Más o menos el sueño total del día será prácticamente igual en duración que el de un adulto. También hay que explicarles que una noche mala no es algo preocupante.

Medidas higiénicas del sueño:

- No dormir periodos prolongados durante el día (una siesta de 2-3 horas).
- Horarios regulares de acostarse y levantarse.
- No cenar demasiado.
- Habitación con temperatura y tranquilidad adecuada.
- Cama confortable.
- No utilizar la cama para leer, ver la televisión, comer...
- Si no se duerme, se levantará y realizará una actividad relajante hasta que le entre sueño.
- No ingerir muchos líquidos antes de acostarse.
- Hacer ejercicio durante el día, pero no en las horas cercanas a acostarse.

● PSEUDODEMENCIA

Se denomina pseudodemencia a un síndrome que imita o semeja a una demencia, pero que la causa subyacente es un trastorno psiquiátrico funcional. La clínica y la exploración son bastante similares y suponen un problema de diagnóstico para el clínico, ya que en algunos momentos la sintomatología puede ser compatible con un daño neuropatológico, pero éste no se puede objetivar. Por ello en el presente trabajo, y atendiendo a los objetivos del mismo, sólo se van a presentar las características diferenciales, para que el profesional que trabaja con ancianos esté atento a datos esenciales que pueden apoyar la labor diagnóstica del clínico (cuadro 6).

Los cuadros psiquiátricos que pueden ser causa de éste síndrome son:

- Depresión.
- Neurosis conversiva y síndrome de Ganser (síndrome de simulación de cuadros psiquiátricos).
- Manía e hipomanía.
- Esquizofrenia y parafrenias (esquizofrenia tardía)
- Neurosis postraumática.
- Neurosis de renta o demencia simulada.
- Síndrome de privación sensorial.
- Delirium coincidente con enfermedad física.

CUADRO 6. DATOS PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DEMENCIA Y PSEUDODEMENCIA

Pseudodemencia	Demencia
<ul style="list-style-type: none"> • La familia se percata de su disfunción y severidad. • El comienzo se puede fijar con precisión. • Síntomas de corta duración. • Progresión rápida de los síntomas. • Antecedentes de trastornos psiquiátricos funcionales sobre todo afectivos. • Empeoramiento nocturno raro. • Los pacientes se quejan de fallo cognitivo. • Busca ayuda. • Subraya sus fallos. • Respuesta "no se". • Se esfuerza poco por realizar las tareas que se le indican. • A menudo tiene sensación de distrés y malestar. • Pérdida de las habilidades sociales precoz y llamativa. • Variabilidad de rendimientos en tareas de similar dificultad. • La conducta puede ser incongruente con la severidad del trastorno cognitivo. • Atención y concentración a menudo conservados. • La afectación de la memoria reciente y remota parecida. • Déficit de memoria para periodos específicos. • Sin reflejo globelar ni hociqueo. • Sin apraxias ni agnosias. • TAC y EEG generalmente normales. • Historia familiar de depresión frecuente. • Rara agravación nocturna. 	<ul style="list-style-type: none"> • La familia a menudo no se percata. • Comienzo dentro de límites amplios. • Síntomas de larga duración. • Progresión lenta de los síntomas. • No. • Empeoramiento nocturno frecuente. • No. • No. • No. • Intenta responder. • Trata de realizar las tareas. • Se muestran despreocupados. • Habilidades sociales mantenidas durante cierto tiempo. • Pobre rendimiento en tareas de similar dificultad. • Conducta compatible con la severidad de la disfunción cognitiva. • Atención y concentración a menudo alterados. • Alteración de la memoria reciente más afectada. • Sin lagunas de memoria. • Reflejo globelar y de hociqueo. • Posibles apraxias y agnosias. • TAC y EEG anormales frecuentemente. • Historia familiar de depresión indiferente. • Agravación nocturna.

● **TRASTORNOS DELIRANTES**

Un delirio es una idea morbosa, falsa, irreductible por la negociación, que fundamenta la conducta del paciente ya que la considera totalmente real. Este campo, del que no hay muchos estudios publicados, es de elevada importancia. Considere por un momento las ideas de persecución, de robos, alteran la convivencia tanto para los familiares como para cuidadores, médicos y profesionales que trabajan en la atención de estos pacientes.

La idea delirante no es una entidad patológica específica de la esquizofrenia, en ancianos puede aparecer en síndromes orgánicos cerebrales, trastornos afectivos y por supuesto tienen una elevada incidencia en demencias.

En ancianos confluye la probabilidad del trastorno delirante con el aumento del rasgo de paranoidismo de la personalidad del anciano. Este rasgo de personalidad no es una enfermedad sino una forma de ser, una actitud, que se caracteriza y favorece por los siguientes elementos (cuadro 7).

CUADRO 7. FACTORES LOS SÍNTOMAS PARANOIDES EN LA VEJEZ	
<ul style="list-style-type: none"> • Privación sensorial. • Cambios a medios extraños. • Drogas diversas (corticoides por ejemplo). • Enfermedades somáticas. • Alteraciones cognitivas • Factores intrapsíquicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento. • Género (mayor incidencia en mujeres) • Funcionamiento social y ocupacional desajustado. • Estado matrimonial. • Historia psiquiátrica familiar

- Desconfianza. Suspición permanente, creencia de posibilidades agresivas y conspiradoras del prójimo.
- Rigidez. Autoritarismo. Mala tolerancia a puntos de vista contrarios y cambios en aspectos personales.
- Hipertrofia del yo. Egocentrismo con exagerada autovaloración de éxitos y aciertos.
- Juicios erróneos y pasionales.
- Justicia y fanatismo.
- Sumamente sensibles a las reacciones de los demás y acentuación de complejos de inferioridad que se enmascaran con los elementos anteriores.



Contenciones mecánicas en paciente en silla de ruedas, obsérvense las manoplas de protección. (Cortesía de J. A. Gutiérrez Sevilla)

Manejo del paciente con ideas delirantes

El trato con el enfermo delirante suele ser difícil. Es frecuente la aparición en el profesional de interrogantes y temores ante esta relación. Esta incertidumbre, unida al elevado riesgo que existe para la integridad del paciente y de los que lo rodean, suponen un aumento del estrés del profesional. Por ello, se ha de cuidar una serie de aspectos en la relación con estos pacientes, y así realizar un trabajo en el que se preserve la autoestima de ambas partes y en el que se consigan unos objetivos realistas y adecuados.

La máxima inicial que debe encauzar el trabajo es recordar que el profesional no trata al delirio, si no a la persona. Sobre esta base, las indicaciones a seguir son:

- Es fundamental conseguir una relación con el paciente, y que esta relación implique que éste confía en el profesional.
- El profesional no puede estar de acuerdo con las ideas delirantes del paciente, pero tampoco puede desafiarlas.
- Cuando se toman datos al paciente hay que evitar que parezca un interrogatorio.
- Antes de tratar el tema del delirio, es más aconsejable ofrecer ayuda para la disminución de la ansiedad, irritabilidad o sufrimiento que padecen.

Cuando se trata con un paciente con ideas delirantes, el profesional ha de convertirse en el enlace con la realidad. Por ello se ha de evitar las conductas de rechazo o falta de interés. Esto contribuye a que el profesional pase a ser más una amenaza que un agente terapéutico. Bajo este criterio incluso la forma de hablar y situarse ante el paciente ha de simbolizar una realidad fácil de asimilar.

En los pacientes orgánicos con afectación aguda, la prioridad es la de proporcionar los cuidados físicos y evitar las amenazas a la seguridad. Es fácil que el paciente presente un cuadro en el que está totalmente enajenado, pero si la causa física es reversible también lo es el cuadro psiquiátrico sintomático. Por ello los cuidados orientados a la etiología son prioritarios.

En los pacientes esquizofrénicos se tendrá en cuenta una serie de características de su afectación:

- Suelen ser pacientes con una profunda desestructuración de su yo psíquico.
- En algunos momentos toda su realidad es falsa.
- La desestructuración puede llegar a ser tan grave que puede realizar conductas que ni el propio paciente comprende.

Los criterios de manejo no son diferentes a los ya expuestos de forma general, excepto en la frecuencia de las reacciones incomprendidas por el paciente.

Estas conductas, que incluyen el llanto, la agresividad, alegría, perplejidad, embotamiento afectivo... suponen un a dificultad añadida al manejo del trastorno delirante. El paciente puede mostrarse hostil con el profesional sin quererlo, por ejemplo. En estos casos es preciso presentar al paciente las consecuencias emocionales de su acción, y ofrecer una forma alternativa y adecuada de exposición de las tensiones internas.

En un cuadro de trastorno delirante, el paciente suele presentar una personalidad paranoide que marca toda la relación con el profesional. Este trastorno implica un núcleo caracterizado por un fuerte complejo de inferioridad, que se compensa con una sobrevaloración, suspicacia y autorreferencia constantes. Por ello se han de seguir las siguientes premisas:

- Con estos pacientes un exceso de amabilidad provoca desconfianza.
- No se pueden satisfacer todas las demandas.
- No se puede alargar el tiempo entre visitas o contactos, y tampoco hacer estas entrevistas excesivamente largas. No es aconsejable prestar atención extraordinaria a menos que sea una verdadera urgencia.
- En las entrevistas los silencios los incluirá en su sistema delirante.
- No es aconsejable realizar interpretaciones de lo que dice el paciente, éstas se vivirán como una intrusión.
- Es importante cuidar los rechazos y los privilegios, éstos son los puntos básicos de la relación del paranoico con los demás.

El paciente paranoico se relacionará con el profesional de dos formas: o con un apartamiento negativo (no colabora, ignora al profesional), o con un obstruccionismo activo (no colabora, pero lo hace monopolizando la entrevista). Si esta fase inicial se supera adecuadamente, el paciente sobrevalorará al profesional, intentando convertirlo en su aliado, sobre todo utilizando la adulación. En este punto no se puede caer en el juego que inicia el paciente, ya que puede ser muy peligroso, sobre todo si el profesional es una persona con necesidad de sentirse querido.

CONCLUSIONES

Las alteraciones mentales en los ancianos son más frecuentes que en otros grupos de edad, por cambios fisiológicos, sociales, de estatus, rol... estas alteraciones mentales producen mayores dificultades de tratamiento y de manejo y empeoran el pronóstico del paciente.

La depresión y cuadros de ansiedad aumentan su incidencia en ancianos y empeoran gravemente el estado físico del paciente. Los trastornos delirantes no aumentan frecuencia pero aparecen dentro de cuadros

sindrómicos en demencias, delirium y otros trastornos mentales alterando gravemente sobre todo la relación del paciente con su entorno y el manejo habitual del mismo.

Atendiendo al delirium todos los profesionales sanitarios deben conocer sus manifestaciones pues es un síndrome psiquiátrico de origen orgánico y si no se trata la etiología del cuadro es potencialmente mortal.

Además, se deben considerar especialmente grupos de riesgo de suicidio, pues aumenta su incidencia en ancianos, y observar una serie de medidas de seguridad para evitar la comisión de graves actos autolíticos.

Por último se deben conocer una serie de actuaciones relacionales elementales de probada eficacia en el manejo de las alteraciones de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

SERNA, INMACULADA. *Psicogeriatría. Edición realizada con la colaboración de laboratorios DUPHAR.* Madrid, Jarpyo, 1996.

ALLIMIR LOSADA, G. PRATS ROSA, M. *Síndrome confusional en el anciano.* Med. Clínica. Barcelona, 2002; 119(1); 386-9

CLAVER MARTÍN, M. D. *Actuación en la evaluación y tratamiento del delirium.* Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 1998; 33(4), 227-35.

PALACIOS CAÑA, D. *Atención de enfermería ante un paciente geriátrico con síndrome confusional agudo.* Enfermería clínica. 2003. 13(2); 118-21.

VARELA DE SEIJOS SLOCKER, E. *Síndrome confusional en el anciano.* JANO, 16 enero.1 febrero 1996. vol I, 1152, 217-19.

KAPLAN, H. I. SADOCK, B. J. *Definición de signos y síntomas clínicos (semiología psiquiátrica).* En Kaplan, H. I. Sadock, B. J. Sinopsis de psiquiatría, 8º ed. Madrid. Panamericana- Williams & Wilkins. 1998.315-28

SERRALLONGA, J. *Trastornos del pensamiento y lenguaje.* En Vallejo Ruiloba, Introducción a la psicopatología y psiquiatría. 5º ed. Barcelona. Masson. 2002. 205-17.

BULBENA, A. *Trastorno delirante (paranoia) y otras psicosis delirantes crónicas.* En Vallejo Ruiloba, Introducción a la psicopatología y psiquiatría. 5º ed. Barcelona. Masson. 2002. 483-500.

CLAVER MARTÍN, M. D. *Actuación en la evaluación y tratamiento del delirium.* Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 1998; 33(4), 227-35.

PALACIOS CAÑA, D. *Atención de enfermería ante un paciente geriátrico con síndrome confusional agudo.* Enfermería clínica. 2003. 13(2); 118-21.



ALLMIR LOSADA, G. PRATS ROSA, M. *Síndrome confusional en el anciano.* Med. Clínica. Barcelona, 2002; 119(1); 386-9.

OLFSON, M. LEWIS-FERNÁNDEZ, R. WIESMAN, M. M. *Síntomas Psicóticos en un servicio de medicina general en el ámbito urbano.* American Journal of Psychiatry. 2002, AGO, 159 (8): 1412-1419

PICHOT, P. ESCURRA, J. GONZÁLEZ-PINTO A. GUTIÉRREZ FRAILE. *Psiquiatría y otras especialidades médicas.* Editado por Grupo Aula Médica. Madrid. 1999.

KAPLAN, H. I. SADOCK, B. J. *Trastornos del Estado de Ánimo.* En Kaplan, H. I. Sadock, B. J. Sinopsis de psiquiatría, 8º ed. Madrid. Panamericana- Williams & Wilkins. 1998. 593-657.

FORNÉS VIVES, J. CARBALLAL Balsa, M. C. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención.* Madrid. Panamericana. 2001.

CRESPO, J. M. *Psicopatología de la Afectividad.* En Vallejo Ruiloba, Introducción a la psicopatología y psiquiatría. 5º ed. Barcelona. Masson. 2002. 219-234.

VALLEJO, J. *Trastornos depresivos* En Vallejo Ruiloba, Introducción a la psicopatología y psiquiatría. 5º ed. Barcelona. Masson. 2002. 501-534.

VIETA, E. *Trastornos Bipolares y Esquizoafectivos.* En Vallejo Ruiloba, Introducción a la psicopatología y psi-

quiatria. 5º ed. Barcelona. Masson. 2002. 535-564.

BOBES, JULIO; BOUSOÑO, MANUEL; GONZÁLEZ, PAZ. *Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en asistencia primaria.* 2º edición. Edición realizada por cortesía de laboratorios Pharmacia & Upjohn y Duphar.1997.

OSWALD, I., ADAM K. *Cómo dormir bien.* Plural. 1992.

BUBELNA, A. MARTÍN-SANTOS, R. *Urgencias Psiquiátricas.* En Vallejo Ruiloba, Introducción a la psicopatología y psiquiatría. 5º ed. Barcelona. Masson. 2002. 849-60.

DE LA GÁNDARA MARTÍN, J. J. *Aproximación al suicidio.* En Monografías de Psiquiatría. Año VII. Número 1. enero- febrero 1995.

MAULEÓN GARCÍA, M.A. MAULEÓN GARCÍA. M. E. *Manejar la ansiedad.* Revista ROL de Enfermería. Nº 171. pp 39-44.

FORNÉS VIVES. J. *Respuesta emocional al estrés laboral.* Revista ROL de enfermería. Nº 186. febrero, 1994.

CARBELO BAQUERO, B. CASAS MARTÍNEZ, F. ROMERO LLORT, M. ROSIQUE ROBLES. A. *Relajación: habilidad con la práctica.* Enfermería científica, num 188-189. noviembre diciembre. 1997.

MAULEÓN GARCÍA, M.A. MAULEÓN GARCÍA, YÁNEZ BRAGE, I. *Ansiedad ¿cómo manejarla?.* Revista ROL de enfermería. Nº 197. Enero. 1995.

