

## Alteraciones psíquicas en personas mayores

Elaborado por:

José María Benavente Ramos, Manuel Jesús Aguilar Casas, Santiago Pedro Ramírez Plaza,

Francisco José Cañestro Marquez, M<sup>a</sup> Del Carmen Díaz Casado De Amezúa,

José Felix Martínez López, Inmaculada Calcedo Bernal, Francisco Lorenzo Tapia,

Sandra Rojas Guzman, Manuel Jesus Aguilar Casas,

Jesús Moyano Valdivieso-Morquecho y Marina Calcedo Bernal

EDITORIAL ELEARNING

ISBN: 978-84-17172-77-0

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra bajo cualquiera de sus formas gráficas o audiovisuales sin la autorización previa y por escrito de los titulares del depósito legal.

## ÍNDICE GENERAL

### TEMA 1. APROXIMACIÓN A LOS TRASTORNOS PSÍQUICOS EN LA TERCERA EDAD

1.1. Introducción. Envejecimiento . . . . .	1
1.2. Cambios físicos y psíquicos relacionados con la edad . . .	3
1.2.1. Cambios celulares . . . . .	3
1.2.2. Cambios somáticos generales . . . . .	3
1.2.3. Cambios neurobiológicos . . . . .	5
1.2.4. Cambios psicológicos . . . . .	6
1.3. Principales trastornos psiquiátricos en la tercera edad . . .	7
1.3.1. Trastornos de ansiedad . . . . .	7
1.3.2. Trastornos del sueño . . . . .	7
1.3.3. Trastornos afectivos . . . . .	7
1.3.4. Seudodemencia . . . . .	9
1.3.5. <i>Delirium</i> o estado confusional agudo . . . . .	9
1.3.6. Demencias . . . . .	9
1.3.7. Trastornos delirantes . . . . .	10
Ideas clave. . . . .	12
Autoevaluación del Tema 1. . . . .	14

### TEMA 2. EXPLORACIÓN EN PSICOGERIATRÍA

2.1. Introducción . . . . .	17
2.2. Historia Clínica . . . . .	18
2.3. Exploración somática y neurológica . . . . .	22

2.4. Exploración psicopatológica . . . . .	22
2.4.1. Orientación espacial y temporal . . . . .	23
2.4.2. Humor . . . . .	23
2.4.3. Memoria . . . . .	23
2.4.4. Lenguaje . . . . .	24
2.4.5. Praxias . . . . .	24
2.4.6. Gnosias . . . . .	24
2.4.7. Atención, comprensión y pensamiento abstracto . . .	24
2.4.8. Comportamiento . . . . .	24
2.5. Exploración psicológica: escalas . . . . .	25
2.5.1. Consideraciones generales . . . . .	25
2.5.2. Tipos de escalas psicológicas . . . . .	25
2.6. Pruebas complementarias . . . . .	26
2.7. Pruebas de neuroimagen . . . . .	28
2.7.1. Estructurales . . . . .	28
2.7.2. Funcionales . . . . .	29
2.8. Biopsia cerebral . . . . .	30
2.9. Otras pruebas . . . . .	31
Ideas clave. . . . .	32
Autoevaluación del Tema 2. . . . .	34

## **TEMA 3. TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

3.1. Introducción . . . . .	37
3.2. Epidemiología . . . . .	38
3.3. Clasificación . . . . .	39
3.4. Sintomatología . . . . .	41
3.5. Formas clínicas . . . . .	42

3.5.1. Trastorno de ansiedad generalizada . . . . .	42
3.5.2. Trastorno de angustia o de pánico . . . . .	42
3.5.3. Fobias . . . . .	44
3.5.4. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) . . . . .	45
3.5.5. Trastorno por estrés postraumático . . . . .	45
3.5.6. Trastorno por estrés agudo . . . . .	46
3.5.7. Trastorno mixto ansioso-depresivo . . . . .	46
3.5.8. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica . . . . .	46
3.5.9. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias . . .	47
3.6. Etiología . . . . .	49
3.6.1. Factores psicológicos . . . . .	49
3.6.2. Factores biológicos . . . . .	49
3.7. Diagnóstico . . . . .	50
3.7.1. Historia clínica y exploración psicopatológica . . .	50
3.7.2. Exploración física . . . . .	51
3.7.3. Exploraciones complementarias . . . . .	51
3.7.4. Escalas de ansiedad . . . . .	51
3.8. Diagnóstico diferencial . . . . .	52
3.8.1. Ansiedad y depresión . . . . .	52
3.8.2. Ansiedad y agitación . . . . .	52
3.8.3. Ansiedad y demencia . . . . .	53
3.9. Tratamiento . . . . .	53
3.9.1. Tratamiento farmacológico . . . . .	53
3.9.2. Tratamiento no farmacológico . . . . .	56
3.10. Evolución . . . . .	57
Ideas clave. . . . .	58
Autoevaluación del Tema 3. . . . .	60

## TEMA 4. TRASTORNOS DEL SUEÑO

4.1. Introducción . . . . .	63
4.2. Fases del sueño . . . . .	65
4.2.1. Sueño No REM . . . . .	65
4.2.2. Sueño REM . . . . .	66
4.3. Fisiología del sueño . . . . .	67
4.4. Sueño y envejecimiento . . . . .	68
4.5. Clasificación . . . . .	69
4.6. Epidemiología . . . . .	70
4.7. Insomnio . . . . .	70
4.7.1. Definición . . . . .	70
4.7.2. Manifestaciones clínicas . . . . .	71
4.7.3. Etiología . . . . .	72
4.7.4. Diagnóstico . . . . .	74
4.7.5. Tratamiento . . . . .	75
4.8. Otras alteraciones del sueño . . . . .	79
4.8.1. Mioclonías nocturnas . . . . .	79
4.8.2. Síndrome de piernas inquietas . . . . .	79
4.8.3. Apnea del sueño . . . . .	79
4.8.4. Narcolepsia . . . . .	82
4.8.5. Síndrome de Kleine-Levin . . . . .	82
Ideas clave. . . . .	83
Autoevaluación del Tema 4. . . . .	85

## TEMA 5. TRASTORNOS AFECTIVOS

5.1. Introducción . . . . .	88
5.2. Epidemiología . . . . .	88
5.3. Clasificación . . . . .	89
5.4. Sintomatología . . . . .	91

5.5. Formas clínicas . . . . .	92
5.5.1. Trastorno bipolar . . . . .	93
5.5.2. Depresión mayor . . . . .	94
5.5.3. Distimia y depresión menor . . . . .	95
5.5.4. Ciclotimia . . . . .	95
5.5.5. Trastorno adaptativo-depresivo . . . . .	96
5.6. Etiología . . . . .	96
5.7. Diagnóstico . . . . .	101
5.7.1. Historia clínica y exploración psicopatológica . . .	101
5.7.2. Exploración física . . . . .	102
5.7.3. Examen del estado mental . . . . .	102
5.7.4. Exploraciones complementarias . . . . .	102
5.7.5. Pruebas psicológicas . . . . .	102
5.8. Diagnóstico diferencial . . . . .	102
5.8.1. Envejecimiento normal . . . . .	103
5.8.2. Trastornos mentales orgánicos . . . . .	103
5.8.3. Trastornos de ansiedad . . . . .	103
5.8.4. Trastornos de la personalidad . . . . .	104
5.8.5. Trastornos del sueño . . . . .	104
5.8.6. Duelo . . . . .	104
5.9. Pronóstico . . . . .	104
5.10. Tratamiento . . . . .	105
5.11. Suicidio en personas mayores . . . . .	106
5.11.1. Introducción . . . . .	106
5.11.2. Epidemiología . . . . .	106
5.11.3. Etiología y factores de riesgo . . . . .	107
5.11.4. Exploración física del suicidio:	
Señales de alerta . . . . .	109
5.11.5. Prevención y tratamiento . . . . .	110
5.11.6. Protocolo de actuación de enfermería	
ante un paciente con riesgo suicida . . . . .	110
5.11.7. Conclusiones . . . . .	111
Ideas clave. . . . .	112
Autoevaluación del Tema 5. . . . .	114

## TEMA 6. SEUDODEMENCIA

6.1. Introducción . . . . .	117
6.2. Definición . . . . .	117
6.3. Epidemiología . . . . .	118
6.4. Sintomatología . . . . .	118
6.5. Etiología . . . . .	119
6.6. Diagnóstico . . . . .	120
6.7. Diagnóstico diferencial . . . . .	120
6.8. Tratamiento . . . . .	124
6.9. Pronóstico . . . . .	124
Ideas clave. . . . .	125
Autoevaluación del Tema 6. . . . .	126

## TEMA 7. TRASTORNOS COGNOSCITIVOS: *DELIRUM* O ESTADO CONFUSIONAL AGUDO

7.1. Introducción . . . . .	129
7.2. Concepto . . . . .	130
7.3. Epidemiología . . . . .	131
7.4. Sintomatología . . . . .	132
7.4.1. Alteración de la conciencia . . . . .	132
7.4.2. Alteraciones de la percepción y del pensamiento . . . . .	132
7.4.3. Alteraciones de la memoria . . . . .	133
7.4.4. Alteraciones emocionales y de la afectividad . . . . .	133
7.4.5. Alteraciones del lenguaje . . . . .	133
7.4.6. Alteraciones de la conducta psicomotora . . . . .	133
7.4.7. Alteraciones del ciclo sueño-vigilia . . . . .	134
7.4.8. Alteraciones neurológicas y generales . . . . .	134



7.5. Etiología . . . . .	134
7.5.1. Enfermedades somáticas y médicas . . . . .	135
7.5.2. Neurotransmisores y neuromoduladores . . . . .	136
7.5.3. Polifarmacia . . . . .	136
7.5.4. Otros factores . . . . .	137
7.6. Diagnóstico . . . . .	137
7.6.1. Historia clínica . . . . .	138
7.6.2. Exploración física, neurológica y psicopatológica . . . . .	138
7.6.3. Pruebas complementarias . . . . .	140
7.7. Diagnóstico diferencial . . . . .	141
7.7.1. Demencia/ <i>Delirium</i> . . . . .	141
7.7.2. Otros . . . . .	142
7.8. Tratamiento . . . . .	142
7.8.1. Cuidados generales . . . . .	142
7.8.2. Tratamiento farmacológico . . . . .	143
7.8.3. Psicofármacos . . . . .	144
7.9. Evolución . . . . .	144
Ideas clave. . . . .	146
Autoevaluación del Tema 7. . . . .	148

## TEMA 8. DEMENCIA

8.1. Introducción . . . . .	151
8.2. Definición . . . . .	151
8.3. Epidemiología . . . . .	152
8.4. Clasificación . . . . .	154
8.5. Sintomatología . . . . .	154
8.6. Modelos clínicos de demencia . . . . .	158
8.7. Formas clínicas . . . . .	159
8.8. Etiología . . . . .	171

8.9. Diagnóstico . . . . .	173
8.10. Diagnóstico diferencial . . . . .	175
8.11. Tratamiento . . . . .	177
8.12. Evolución . . . . .	180
Ideas clave. . . . .	181
Autoevaluación del Tema 8. . . . .	183

## **TEMA 9. TRASTORNOS DELIRANTES**

9.1. Introducción . . . . .	185
9.2. Epidemiología . . . . .	186
9.3. Clasificación . . . . .	186
9.4. Personalidad paranoide . . . . .	187
9.5. Formas clínicas . . . . .	188
9.5.1. Esquizofrenia . . . . .	188
9.5.2. Trastorno esquizofreniforme . . . . .	188
9.5.3. Trastorno esquizoafectivo . . . . .	189
9.5.4. Trastorno delirante paranoide . . . . .	189
9.5.5. Trastorno psicótico breve . . . . .	189
9.5.6. Trastorno psicótico compartido . . . . .	189
9.5.7. Trastorno psicótico secundario a enfermedad orgánica . . . . .	189
9.5.8. Trastorno psicótico inducido por sustancias . . . . .	190
9.5.9. Síntomas delirantes en otros trastornos psiquiátricos . . . . .	190
9.6. Etiología . . . . .	191
9.6.1. Fallos sensoriales . . . . .	191
9.6.2. Alteraciones cognoscitivas y factores estructurales . . . . .	191
9.6.3. Influencia del sexo . . . . .	192
9.6.4. Agotamiento . . . . .	192
9.6.5. Extrañeza del medio . . . . .	192

9.6.6. Fármacos y enfermedades somáticas . . . . .	192
9.6.7. Factores psicosociales . . . . .	192
9.6.8. Neurotransmisores . . . . .	192
9.7. Diagnóstico . . . . .	193
9.8. Diagnóstico diferencial . . . . .	193
9.9. Tratamiento . . . . .	193
9.10. Pronóstico . . . . .	195
Ideas clave. . . . .	196
Autoevaluación del Tema 9. . . . .	198

## **TEMA 10. TRATAMIENTOS DE LOS TRASTORNOS PSÍQUICOS EN LOS ANCIANOS**

10.1. Tratamientos psicofarmacológicos . . . . .	201
10.1.1. Introducción . . . . .	201
10.1.2. Características de los tratamientos en los ancianos . . . . .	202
10.1.3. Cambios metabólicos en la vejez . . . . .	202
10.1.4. Antidepresivos . . . . .	204
10.1.5. Benzodicepinas . . . . .	205
10.1.6. Neurolépticos . . . . .	206
10.1.7. Estabilizadores del ánimo . . . . .	207
10.1.8. Otros fármacos: ansiolíticos no benzodicepínicos . . . . .	207
10.1.9. Fármacos que inducen delirium en ancianos . .	208
10.1.10. Recomendaciones generales para prescripción de fármacos en ancianos . . . . .	208
10.2. Tratamientos no farmacológicos . . . . .	210
10.2.1. Terapia electroconvulsiva (TEC) . . . . .	210
10.2.2. Psicoterapia en la vejez . . . . .	211
10.2.3. Rehabilitación . . . . .	212

10.2.4. Necesidades básicas del anciano . . . . .	214
10.2.5. Servicios psicogerítricos . . . . .	215
10.2.6. Atención del cuidador . . . . .	217
10.2.7. Enfermo terminal . . . . .	217
Ideas clave. . . . .	218
Autoevaluación del Tema 10. . . . .	220

## **TEMA 11. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS**

11.1. Definición . . . . .	223
11.2. Elementos de la urgencia psiquiátrica . . . . .	224
11.3. Cuidados y tipos de intervención en las urgencias psiquiátricas . . . . .	224
11.4. Evaluación de la urgencia psiquiátrica . . . . .	225
11.5. Protocolo de enfermería ante las urgencias psiquiátricas . . . . .	226
11.6. Protocolo de enfermería de sujeción mecánica y terapéutica (restricción de movimientos) . . . . .	232
11.6.1. Introducción . . . . .	232
11.6.2. La sujeción terapéutica . . . . .	233
11.6.3. Indicaciones . . . . .	233
11.6.4. Principios generales . . . . .	233
11.6.5. Técnica de la sujeción terapéutica . . . . .	235
11.6.6. Prevenir los tromboembolismos . . . . .	236
11.6.7. Acciones de enfermería en un paciente sujeto terapéuticamente . . . . .	238
Ideas clave. . . . .	240
Autoevaluación del Tema 11. . . . .	242

<b>BIBLIOGRAFÍA . . . . .</b>	<b>245</b>
-------------------------------	------------

# TEMA 1

## APROXIMACIÓN A LOS TRASTORNOS PSÍQUICOS EN LA TERCERA EDAD

- 1.1. Introducción. Envejecimiento
- 1.2. Cambios físicos y psíquicos relacionados con la edad
  - 1.2.1. Cambios celulares
  - 1.2.2. Cambios somáticos generales
  - 1.2.3. Cambios neurobiológicos
  - 1.2.4. Cambios psicológicos
- 1.3. Principales trastornos psiquiátricos en la tercera edad
  - 1.3.1. Trastornos de ansiedad
  - 1.3.2. Trastornos del sueño
  - 1.3.3. Trastornos afectivos
  - 1.3.4. Seudodemencia
  - 1.3.5. *Delirium* o estado confusional agudo
  - 1.3.6. Demencias
  - 1.3.7. Trastornos delirantes

### 1.1. Introducción. Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso que acompaña al aumento de los años y que viene a representar cambios a diferentes niveles. Es un fenómeno demográfico nuevo desde el punto de vista histórico, estando relacionado con el desarrollo económico, sanitario, social y cultural de los pueblos.

De manera general, se puede definir al envejecimiento como la *etapa final de la vida de los seres vivos, caracterizada por una pérdida progresiva de las funciones y de la capacidad de adaptación propias del periodo adulto, que culmina en la muerte del individuo.*

En los países occidentales han ido disminuyendo los nacimientos y se ha alargado la vida media, de tal modo que natalidad y mortalidad han tendido a igualarse provocando un cambio sustancial en la pirámide poblacional. Este descenso de la mortalidad en edades avanzadas y el alargamiento de la vida han aumentado considerablemente la proporción de ancianos dentro del total de la población. De este modo, en España ha ido aumentando el índice de envejecimiento a lo largo del S.XX y seguirá haciéndolo en un futuro. Ver tabla.

## Índice de envejecimiento en España y proyección de futuro

Año	Índice de envejecimiento (%)
1900	5.2
1950	7.3
1970	9.7
1991	12.8
1996	15.4
2001	17.0
2011	17.5
2016	18.1

La esperanza de vida al nacer ha ido variando a lo largo de la historia. Entre los romanos era de 18 años; en el S. XVII, de 25 años; en el S. XVIII, de 30 años. La realidad es que en España (1994) la esperanza de vida en varones es de 74 años y de 81.4 años para las mujeres. Los factores puramente médicos afectan a la salud y a la vida media en un 10%, mientras que el 90% restante se relaciona con el nivel socioeconómico, sistemas socio sanitarios como agua, basuras, hábitos higiénicos, herencia, calidad del aire, preocupaciones o ejercicio. La presencia de enfermedad psíquica actúa de forma negativa sobre la esperanza de vida de los pacientes.

Está aceptado que la vejez comienza a partir de los 65 años. Representa la etapa de la vida en la que se acentúa la patología somática. Sin embargo, no debe verse este período como algo uniforme, ya que la salud de nuestros mayores es bastante buena hasta los 75 años y resulta más precaria a partir de esta edad.



Los trastornos psiquiátricos en las personas mayores van aumentando en relación con otros grupos de edad. Hasta los 75 años lo más frecuente son los trastornos afectivos, y, a partir de esta edad, los fallos cognitivos, las demencias.

De este modo, los ancianos con trastornos mentales constituyen, sin lugar a dudas, un grupo significativo de la población general, padeciendo el mismo elenco de trastornos mentales que el resto de adultos más jóvenes. Además, algunas patologías resultan muy significativas en la tercera edad (trastornos cognitivos, trastornos afectivos, trastornos por ansiedad, etc.)

Así mismo, las distintas reacciones de adaptación a los problemas personales que van apareciendo (pérdidas, duelos, dolores físicos, trastornos del sueño, etc.) los vuelven más vulnerables a los trastornos mentales.

Al avanzar la edad se producen cambios físicos y psicológicos que pueden influir en la aparición de estas patologías psíquicas. Todos estos cambios van a repercutir en una mayor vulnerabilidad para los enfermos psíquicos o para las agresiones orgánicas. Si a esto le añadimos que es un grupo de población donde son frecuentes y variadas las patologías de todo tipo y reciben una polifarmacia manifiesta, hacen que el personal sanitario responsable de sus tratamientos aleje su punto de atención de la sintomatología psiquiátrica al resultar más sutil y/o encontrarse más enmascarada por los síntomas orgánicos.

## **1.2. Cambios físicos y psíquicos relacionados con la edad**

Con la edad se producen una serie de cambios físicos y psicológicos que pueden influir en la aparición de estas patologías psíquicas. Además de estos cambios, existen otro tipo de factores que también influirán en la salud de las personas mayores: factores biológicos (genéticos y heredados), factores ambientales (entorno físico, psicosocial y económico), y estilo de vida y sistema sanitario.

### **1.2.1. Cambios celulares**

El envejecimiento en sí se produce porque las células del organismo no pueden reemplazarse a sí mismas y cada año se muere o se pierde una pequeña parte de su función. En realidad, está provocado por factores intrínsecos celulares y factores extrínsecos, a nivel ambiental o de tipo hormonal.

### **1.2.2. Cambios somáticos generales**

- *Aparato locomotor.* A partir de los 20 años los huesos dejan de crecer en longitud y, con la edad se vuelven menos densos, aparece la osteoporosis y una mayor fragilidad. Disminuye la masa muscular y se pierde potencia. La musculatura lisa suele estar menos afectada que la estriada.

- *Dientes.* Su caída condiciona la comunicación a través del lenguaje hablado, provocando tendencia al aislamiento por vergüenza y pudor. También pueden condicionar mucho, una correcta alimentación.
- *Piel.* Se vuelve más fina, pálida, seca, con manchas oscuras y pierde elasticidad. Los mayores soportan peor los cambios bruscos de temperatura, tanto el frío como el calor.
- *Aparato cardiocirculatorio.* El corazón funciona más despacio y de forma irregular. Aparecen problemas de riego vascular cerebral con mayores posibilidades de trombosis y embolismos.
- *Aparato digestivo.* El balance nutricional suele ser deficitario por múltiples causas: disminución del apetito, malnutrición, mala absorción, dificultad de masticación, los problemas económicos, etc. Las necesidades calóricas quedan reducidas en un tercio, de modo que, aunque se coma igual, el peso aumenta.
- *Aparato respiratorio.* La edad suele reducir la eficiencia respiratoria, la capacidad vital, el reflejo tusígeno y la acción del epitelio ciliar bronquial.
- *Aparato genitourinario.* En el hombre son comunes los problemas genitourinarios por el aumento de tamaño de la próstata. Mientras, en las mujeres suelen ser frecuentes las infecciones urinarias o los problemas de incontinencia. Además, existen cambios en la esfera sexual en ambos sexos.
- *Sistema renal.* En general aparece un empeoramiento de la función renal.
- *Sistemas endocrino y metabólico.* Se producen cambios hormonales y metabólicos importantes y el sistema inmunitario aparece debilitado. El efecto del estrés en el sistema inmunitario y neuroendocrino parece mayor en los ancianos que en los jóvenes.
- *Órganos de los sentidos.* La capacidad visual y auditiva empeora. Disminuyen el sentido del gusto y la percepción táctil y vibratoria se encuentra mermada. Aparece una disminución de la sensibilidad olfativa.



### 1.2.3. Cambios neurobiológicos

Las neuronas son células posmióticas. Es decir, que la cantidad de neuronas de las que disponemos a los 85 años ya la teníamos en el momento de nacer y no se pueden renovar, lo cual condiciona que la aparición de trastornos neurales sean tan frecuentes en la tercera edad.

A la vez que aparecen variaciones en los diferentes órganos y aparatos, a nivel del sistema nervioso se constata una disminución del tamaño del cerebro con agrandamiento de surcos y ventrículos. Se pierden células nerviosas y otras sufren cambios degenerativos. Se produce un deterioro selectivo de las dendritas, axones y sinapsis. Hay cambios degenerativos intraneuronales con placas seniles y haces neurofibrilares. Existe una depleción de neurotransmisores, así se observa una reducción de la síntesis y de los receptores muscarínicos de la acetilcolina, aunque también existen cambios en el sistema dopaminérgico o serotoninérgico. Por otro lado, disminuye el flujo cerebral sanguíneo y el metabolismo de la glucosa, no sólo de manera global, sino con especial intensidad en determinadas zonas cerebrales: temporal, frontal, parahipocampal y cíngulo. Se produce depósito de amiloide al nivel de la pared vascular, repercutiendo directamente sobre el flujo sanguíneo cerebral.

En el envejecimiento normal las neuronas mueren y, a veces, ocasionalmente, presentan los mismos signos neuropatológicos que en la enfermedad de Alzheimer, pero se produce de manera armónica en todas las regiones corticales. Mientras la población de neuronas se mantenga dentro de unos límites y con suficiente número de conexiones sinápticas, la función global no se deteriora.

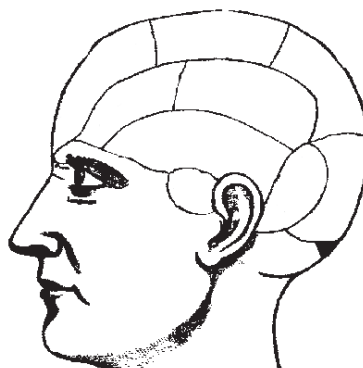
<b>Cambios macroscópicos del cerebro durante el envejecimiento</b>
Disminución del peso y volumen cerebral
Aumento del volumen de los ventrículos cerebrales
Aumento de los surcos cerebrales
Disminución del volumen de las circunvoluciones cerebrales

Todos estos cambios van a repercutir en una mayor vulnerabilidad para los enfermos psíquicos o para las agresiones orgánicas.

### 1.2.4. Cambios psicológicos

A nivel de funciones intelectuales también se producen cambios importantes.

- *Personalidad.* Se hace más rígida, menos flexible, más insegura y egocéntrica. Pueden desarrollar actitudes defensivas, mostrándose hostiles y negativos ante todo lo nuevo. Generalmente, la personalidad va a estar muy determinada por sus rasgos de la vida adulta y el anciano acentúa sus atributos previos, de modo que llega a transformarse en una caricatura de sí mismo. Es importante recordar que, como a cualquier edad, se necesita compañía, reconocimiento, seguridad, afecto y aprobación.
- *Inteligencia.* El punto más alto de la inteligencia se consigue en la madurez para ir posteriormente declinando. El cociente intelectual persiste estable hasta los 80 años pero disminuye la velocidad psicomotora a la hora de la realización de tareas.
- *Memoria.* La memoria inmediata o primaria se ve bastante afectada con la edad y se conserva mejor la memoria secundaria o remota, la más antigua. Presentan más problemas en el procesamiento o codificación de nuevas informaciones.
- *Lenguaje.* La capacidad de comunicación por el lenguaje suele ser bastante buena a lo largo de la vida y los problemas en este campo pueden derivar de alguna alteración en la visión o audición.
- *Atención.* Es una importante función cognoscitiva que se ve afectada por la edad, sobre todo si se presentan varios estímulos al mismo tiempo. La atención nos permite seleccionar entre una información principal y otra accesoria.
- *Razonamiento abstracto.* En los ancianos aparece una disminución. Cuando se piden soluciones a problemas cotidianos las repuestas son excelentes, pero, en general, se aprecia un enlentecimiento en las funciones cognoscitivas.



### 1.3. Principales trastornos psiquiátricos en la tercera edad

#### 1.3.1. Trastornos de ansiedad

La ansiedad es un síntoma frecuente en el anciano. Las manifestaciones, a nivel psicológico y somático, van a ser muy similares a las de otras épocas de la vida. La prevalencia va del 1-18.5 % para los trastornos de ansiedad en general, siendo la más frecuente la fobia, sobre todo la agorafobia, y también los trastornos de ansiedad generalizada y los trastornos adaptativos ansiosos. No son frecuentes las crisis de angustia ni los trastornos obsesivo-compulsivos. Existen cuadros de ansiedad secundaria a fármacos, al padecimiento de enfermedades somáticas, sobre todo endocrinopatías, problemas cardiorrespiratorios, o síntomas de ansiedad secundaria a situaciones de estrés. En la vejez se acumulan situaciones de estrés, que suelen aparecer después de acontecimientos traumáticos, y ante los cuales la capacidad de adaptación se encuentra disminuida.

#### 1.3.2. Trastornos del sueño

Las alteraciones del sueño son frecuentes. Hasta en un 10-20 % de los ancianos se producen alteraciones del sueño, que generan una demanda elevada de consultas médicas. El insomnio, junto con la incontinencia y la agitación psicomotriz, son las principales causas de institucionalización. Además, acompaña a casi todos los trastornos psíquicos. Suelen tener una etiología multifactorial en la que se mezclan causas somáticas y psíquicas, malos hábitos higiénicos, consumo de alcohol o café. El *insomnio precoz* va asociado a preocupaciones recientes o consumo de estimulantes.

El *insomnio medio* se asocia sobre todo con procesos dolorosos, síndromes de piernas inquietas o patología respiratoria. El *insomnio tardío* o despertar precoz es típico de la depresión mayor. Al instaurar el tratamiento debe tenerse en cuenta la vida media del fármaco, eligiendo aquellos de vida media o intermedia para evitar que éste mantenga sus efectos durante el día.

#### 1.3.3. Trastornos afectivos

Los trastornos afectivos son los cuadros psiquiátricos que se presentan con más frecuencia en la tercera edad. La prevalencia de la depresión en general es del 5-6%, mientras que en los mayores de 65 años se eleva hasta el 12-15%, siendo ligeramente superior en las

mujeres. Se estima que entre el 10 y el 45% de las personas de más de 65 años presentan en algún momento síntomas depresivos.

Las depresiones en los ancianos muestran una sintomatología similar a la que aparece en otras épocas con diversos rasgos diferenciales como:

- Los episodios tienden a ser más crónicos y prolongados.
- Se presenta con más asiduidad sintomatología ansiosa y agitación.
- Es más frecuente la sintomatología paranoide.
- Son más comunes los síntomas hipocondríacos y las somatizaciones varias.
- Más riesgo de suicidio.
- Insomnio más intenso.
- Superior resistencia al tratamiento.
- Disminución importante de los rendimientos cognitivos.

Entre los factores etiológicos que favorecen la presentación de los síntomas figuran las múltiples pérdidas que se producen en esta época. Pérdida de poder y status social, pérdida de salud y seres queridos, pérdida de capacidad económica y disminución de ilusión y proyección hacia el futuro. Existen elementos colaboradores como la menor disponibilidad de los neurotransmisores y del número de receptores, la presencia de muy diversos tratamientos potencialmente depresógenos como pueden ser los corticoides, antihipertensivos, antiparkinsonianos o antineoplásicos. También diversas afecciones como endocrinopatías, alteraciones metabólicas o carenciales, carcinomas o infecciones a menudo cursan con depresión asociada.

Estrechamente relacionado con los trastornos afectivos aparece el problema del SUICIDIO, más numeroso en esta etapa de la vida, que ofrece una mayor relación de hechos consumados frente a los intentos, y con métodos más drásticos. El riesgo mayor se da en varones que viven solos, padecen cuadros somáticos dolorosos o enfermedades psíquicas como depresión, alcoholismo y trastornos de ansiedad, o bien si existen intentos previos.