

Salud Mental en las Personas Mayores

Una Guía Práctica

Versión española

Concepción De la Cámara Izquierdo, Psiquiatra

Antonio Lobo Satué, Profesor Emérito

Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Zaragoza
Hospital Clínico Universitario, Servicio Aragonés de la Salud (SALUD), Zaragoza
Instituto Investigación Sanitaria Aragón, Zaragoza
CIBERSAM (Centro Investigación Biomédica en Red, Salud Mental). Instituto de Salud Carlos III

”FOREWORD BY ALISTAIR BURNS”



Contenido

PREFACIO por Alistair Burns.....	5
2. Introducción	6
3 ¿Qué diferencias hay en la salud mental de los mayores?	7
Haciendo la historia clínica	
Examen mental	
Examen físico	
Pruebas complementarias	
Indicaciones para la derivación al especialista y servicios de salud mental de los mayores	
4. Depresión	11
Síntomas de depresión	
Distinguiendo depresión y demencia	
Suicidio	
Duelo	
Tratamiento farmacológico	
Alternativas a los fármacos	
Terapia electroconvulsiva (TEC)	
Manejo de la depresión en mayores frágiles	
5. Trastornos de ansiedad	18
Tratamiento	
Insomnio	
6. Trastorno bipolar.....	22
Monitorización del litio	
7. Trastornos psicóticos.....	25
Esquizofrenia de comienzo tardío	
Síntomas	
Tratamiento	
Monitorización de la salud física	
Indicaciones para la derivación	
8. Delirium.....	30
9. Síndrome de Charles Bonnet.....	31
10. Alcohol.....	31
Estrategias de manejo	
11. Problemas de personalidad.....	33

12. Trastorno de acumulación y síndrome de Diógenes.....	33
13. Maltrato de personas mayores	35

Apéndices

Lo que un médico de atención primaria (MAP) necesita saber

Resumen local de servicios y números de teléfono

Otras lecturas

Esta publicación es una traducción del original inglés, ‘Mental Health in Older People A Practice Primer’: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/09/practice-primer.pdf>



Published by NHS England and NHS Improvement

Christoph Mueller, Clinical Lecturer
 Amanda Thompsell, Consultant Old Age Psychiatrist
 Daniel Harwood, Consultant Old Age Psychiatrist
 Peter Bagshaw, General Practitioner
 Alistair Burns, Professor of Old Age Psychiatry



PREFACIO por Alistair Burns

Es una gran satisfacción ver la publicación de la Guía de Salud Mental en Personas Mayores en español.

Sabemos que el número de personas mayores está aumentando drásticamente en todo el mundo y, si bien la longevidad es una magnífica historia de éxito para la sociedad, conlleva sin embargo sus propios retos en términos de la salud y el bienestar de los mayores.

Los problemas y preocupaciones en torno a la demencia y la pérdida de memoria han sido bien descritos y este documento se centra en los problemas genéricos de salud mental en las personas mayores. Aunque la demencia es frecuente, es importante recordar que la depresión es aún más frecuente y, como la demencia, tiende a ser infra-reconocida e infra-tratada. Esto trae consigo lo que solía llamarse “nihilismo terapéutico”, donde los clínicos no sienten necesidad de evaluar o tratar una enfermedad porque lo ven como parte del envejecimiento normal. La sociedad, y las propias personas mayores, pueden compartir a veces la misma visión, con el resultado de que los individuos no buscan su evaluación y ayuda.

Es importante recordar que la mayoría de las personas mayores tienen vidas felices y saludables y algunos estudios recientes, por ejemplo, la *Organisation for National Statistics* en Inglaterra ha confirmado que los mayores se sienten más felices, más válidos y están más satisfechos con su vida en general que sus equivalentes más jóvenes. También hay datos procedentes de estudios poblacionales mostrando que la depresión tiende a disminuir a medida que las personas envejecen, aumentando sólo cuando alcanzan la década de los ochenta, con la sugerencia de que cuando la fragilidad acompaña al envejecimiento puede causar síntomas.

Por supuesto, la salud mental en las personas mayores es más que la depresión y la ansiedad (que a menudo se asocia con la depresión). Muchos otros trastornos, tales como las psicosis (ya sean de nueva aparición en los mayores o en personas con esquizofrenia crónica que envejecen), también generan preocupación. Trastornos como el síndrome de Diógenes a menudo provocan gran interés.

La guía fue escrita por varios colegas aquí en Inglaterra, específicamente para atender a los no-especialistas y para ayudar a aumentar la visibilidad de los problemas de salud mental en los mayores. Estoy en deuda con Concepción De la Cámara y Antonio Lobo por hacer posible esta traducción y por enmendar el texto centrado en el Reino Unido, para que sea aplicable a los colegas en España.

Espero que los lectores disfruten de la guía, y tal vez incluso aprendan algo de ella, y por mi parte estaría encantado de recibir cualquier idea o comentario en Alistair.Burns@nhs.net.

Alistair Burns,

Professor of Old Age Psychiatry, University of Manchester. NHS England

2. Introducción

Los problemas de salud mental son tan frecuentes en mayores como en adultos más jóvenes, y están asociados a un considerable sufrimiento individual, suicidio, mayor uso de servicios de salud y sociales y peores resultados en salud física. Sin embargo, los mayores son mucho menos propensos a expresar espontáneamente síntomas mentales, y también tienen menos probabilidad de ser detectados o tratados. Específicamente, los mayores son menos propensos a quejarse sobre pérdidas (de relaciones o de habilidades) al considerarlo como normal. En cuanto a la presentación de las enfermedades mentales, es mucho más frecuente que se expresen con síntomas físicos que con síntomas emocionales.

Este pequeño resumen de problemas de salud mental en mayores que no están directamente relacionados con enfermedades físicas o cerebrales se destina principalmente a colegas del equipo de atención primaria, particularmente a los médicos de familia o médicos de atención primaria (MAP). Los profesionales tienen el riesgo de atribuir síntomas a “la edad” o a considerar poco útil la situación de los pacientes. El noventa por ciento de los mayores consultan a su MAP al menos una vez al año, lo que subraya el papel nuclear de la atención primaria.

Nosotros utilizamos la definición tradicional de 65 años de edad como el comienzo de la senectud, reconociendo que esta definición cronológica (introducida por Bismarck en los años 1880 como la edad de comienzo de las pensiones) es mucho menos relevante en la actualidad, pues las sucesivas cohortes de personas están viviendo más tiempo y con mejor salud (una de cada cinco mujeres que nace hoy puede esperar vivir hasta que cumpla 100 años).

No vamos a abordar la demencia en este documento, ya que ha sido tratada en otro lugar; sin embargo, el delirium se cubre brevemente. Cuando se evalúa a una persona mayor con un problema de salud mental puede ser de ayuda llevar en mente si se trata de un problema de larga duración en una persona que está haciéndose mayor. Si surge en una persona mayor como una afección nueva, la aproximación diagnóstica y el tratamiento puede ser bien diferente.

Nosotros consideramos éste como un trabajo en evolución, y cualquier comentario y sugerencia puede enviarse a Alistair.Burns@nhs.net

Tras la lectura y reflexión sobre este módulo de capacitación usted debería poder:

- **Describir** las características distintivas de los problemas de salud mental más frecuentes en los mayores.
- Tener **confianza** en diagnosticar y tratar problemas mentales en mayores
- Utilizar y monitorizar **medicaciones psicotrópicas** con seguridad
- **Ser consciente** de las interacciones entre salud física y mental en los mayores
- **Distinguir** las enfermedades funcionales mentales de la demencia, e identificar pacientes que precisan derivación al especialista
- **Desarrollar** una estrategia para Vd. mismo y para su práctica clínica, que mejore la detección y manejo de trastornos mentales en mayores

3 ¿Qué diferencias hay en la salud mental de los mayores?

La depresión, el más común y el más tratable/reversible de los trastornos mentales en los mayores, afecta a uno de cada 5 de ellos en la población general. Esta cifra se duplica en presencia de enfermedad física y se triplica en hospitales y residencias. Los trastornos de ansiedad están presentes en una de cada veinte personas, muy frecuentemente asociados a depresión. Menos de una de cada diez personas presenta trastorno bipolar en la vejez, y aún menos frecuentes son las personas mayores que presentan síntomas psicóticos (una de cada veinte). Las personas mayores tienen con mayor frecuencia síntomas de depresión o demencia, que los de una esquizofrenia de comienzo tardío. La histeria (trastorno de conversión) es muy poco frecuente en la vejez, y cualquier persona mayor que se presente con síntomas físicos o pérdida de función tiene una enfermedad física mientras no se demuestre lo contrario.

Haciendo la historia clínica

No hay nada particularmente especial en la recogida de la historia de una persona mayor con sospecha de problemas de salud mental, simplemente, escuche. Cuando un síntoma o una queja empieza en la vejez, comparado con un síntoma “de toda la vida”, es más probable que se deba a algún otro problema subyacente. Escuche siempre a la familia sobre la atribución de los síntomas concretos, pero tenga cuidado. Muchos clínicos reconocen que “rasgos de personalidad” anómalos “de toda la vida” han mejorado drásticamente con antidepresivos.

¿Cuándo y cómo comenzó? Cuando los familiares no pueden recordarlo exactamente, es probable que se trate de una enfermedad de Alzheimer. Pequeñas quejas de pérdidas de memoria a lo largo de meses es más probable que se deban a depresión, y un comienzo brusco es más a menudo de origen vascular. Preguntar acerca de medicaciones, con referencia especial a la relación temporal entre el comienzo o la finalización de una medicación y el comienzo de los síntomas.

Examen del estado mental

Vd conoce a su paciente mejor que nadie y está en mejor situación para juzgar los cambios en el aspecto o en la conducta del paciente, si se trata de un síndrome de desinterés y abandono en una depresión, la irritabilidad de una manía o la actitud desconfiada que subyace a una psicosis. La pérdida de audición puede predisponer, específicamente, a ideas paranoides.

Los trastornos formales del pensamiento son poco frecuentes en los mayores y suelen despertar la sospecha de un trastorno orgánico subyacente. La presión del habla y la fuga de ideas (pasar de un tema a otro con tenues enlaces) es muy poco frecuente. Las ideas delirantes las suelen comunicar espontáneamente, no obstante, pueden ser ocultadas si Vd es excesivamente brusco en su entrevista. Preguntas generales como "¿Qué le preocupa en este momento?" y "¿En qué piensa?" pueden dar fruto si se permite a la persona hablar tras hacer la pregunta. Las ideas delirantes, por definición, se mantienen con gran firmeza; las formas más leves se llaman ideas sobrevaloradas y se puede llegar a convencer a la persona de lo contrario (podrían describirse mejor como rumiaciones). Presionar a la persona para ver hasta qué punto cree realmente en algo puede ayudar a detectar si tiene dudas, lo que sería indicativo de una idea sobrevalorada. Una buena pregunta de cribado para las ideas psicóticas sería "¿le juega a veces malas pasadas su imaginación?".

En la depresión psicótica, las ideas delirantes son habitualmente "congruentes con el estado de ánimo" (por ej., la persona mayor deprimida que siente que la persecución está justificada. Siempre vale la pena preguntar en estas circunstancias si la persona siente que lo merece. Si la respuesta es sí, entonces la idea delirante será con alta probabilidad secundaria a depresión). Estar alerta al "humor negro" que puede enmascarar una depresión grave. Recuerde, las personas que están marcadamente deprimidas no lloran necesariamente. Llorar es un estado emocional más que un afecto.

Examine la cognición de la misma forma que lo haría en alguien con sospecha de demencia (por ej., utilizando el Examen Cognoscitivo Mini-Mental (Lobo et al, 1999) ¹ y recuerde que las dificultades de memoria, concentración y atención no implican necesariamente un diagnóstico de demencia.

Siempre es importante evaluar el "insight" (conciencia de enfermedad) y resulta universalmente útil preguntar qué piensa la persona sobre la causa de sus dificultades, ya que se puede descubrir algunas veces algo de su historia, pasado por alto hasta ese momento. También puede ayudar a evaluar el insight y podría descubrir los sentimientos de culpabilidad de alguien que está deprimido.

¹ Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C, Ventura T, Morales Asín F, Fernando Pascual L, Montañés JA, Aznar S. [Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population]. Med Clin (Barc). 1999 Jun 5;112(20):767-74

Nota de traducción: en la versión británica se recomienda el General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG). Brodaty H, Pond D, Kemp NM, Luscombe G, Harding L, Berman K, Huppert FA. The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. J Am Geriatr Soc. 2002 Mar;50(3):530-4.

Utilice la respuesta que en Vd mismo genera el paciente. Durante generaciones, los clínicos han descrito pacientes como “agradables”; recuerde que esto únicamente refleja lo que el examinador está sintiendo, y no un estado fenomenológico. Deben reconocerse reacciones negativas, ya que podrían ser útiles. Una persona que siempre le enfada, podría estar deprimido o tener un trastorno de personalidad, y una persona que le deja perplejo podría estar psicótico.

Exploración física

Las enfermedades físicas, estén por encima o por debajo del cuello, y los efectos secundarios de la medicación, son particularmente frecuentes en los mayores (en el Apéndice 1 hay una lista exhaustiva al respecto). Es importante excluir estos factores como causa o como contribución a los síntomas que presenta el paciente. Hay que investigar cada nuevo inicio de un trastorno aparentemente psíquico, pero por el bien de todos es necesario actuar de modo proporcionado.

Recuerde, especialmente en mayores, que las infecciones ocultas son muy frecuentes y cualquier problema de salud mental nuevo en una persona mayor frágil debe considerarse una infección mientras no se demuestre lo contrario. La mayoría de psiquiatras han visto casos de depresión psicótica milagrosamente curados con una tanda de antibióticos. Incluso el simple estreñimiento puede presentarse como un estado confusional o como un bajo estado de ánimo.

Como mínimo, realice una exploración física sensata y dirigida. Por ejemplo, si alguien está sin aliento, escuche su corazón y su pecho; si alguien tose, escuche su pecho; si alguien parece estar dolorido, explore sus articulaciones; si hay una pérdida de peso inexplicable, explore su abdomen; si alguien parece parkinsonizado, mire su marcha, explore sus muñecas, la rigidez en rueda dentada y explore el reflejo glabellar. Un paciente cuya respiración huele a hojas mojadas puede ser indicativo de una tuberculosis.

Reflexionando sobre esto de otro modo, ¿qué pasaría si algo saliera mal y se publicara en los medios? ¿Cómo se vería, por ejemplo, que no se hubiera pedido una radiografía de tórax en un ex-fumador con tos crónica, o si se ignorase la preocupación de la familia por un bulto? Las cosas comunes pueden parecer comunes, pero sería sensato mantener la cautela; tener en cuenta que un feocromocitoma podría no ser la primera cosa en la que pensara un MAP cuando se enfrenta a un paciente que padece cefalea, que las personas que se vuelven paranoides por primera vez podrían haber tenido un infarto de miocardio (IM) silencioso y que una depresión grave puede por alguna razón ser la presentación sintomática de un cáncer pancreático.

Pruebas complementarias

Complete pruebas analíticas similares a las solicitadas para cribado de demencia, es decir, glucosa (o HbA1c), urea, creatinina, aclaramiento de creatinina, iones, función hepática, hemograma y hormonas tiroideas. Si se sospecha una infección, las pruebas posteriores deben guiar el diagnóstico más probable y pueden incluir un análisis de orina o una radiografía de tórax.

Indicaciones para remitir al especialista y a los servicios de salud mental para mayores

- Síntomas psicóticos.
- Pérdida de apetito; si es grave y rápida, derive en primer lugar a la persona para revisión por un geriatra.
- Sospecha de deterioro cognitivo subyacente (y un antidepresivo no efectivo)
- Depresión donde:
 - dos antidepresivos (idealmente de dos clases diferentes) no han sido efectivos o tolerados
 - hay una historia de hiponatremia
 - hay una idea prominente de suicidio
- Si Ud. no está seguro o si está preocupado, o si la familia está preocupada y no puede tranquilizarle.
- Si hay dificultades diagnósticas.
- Si piensa que es necesaria una evaluación urgente según los criterios legales actuales (Legislación española: artículo 763 de la Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil, LEC)².
- Preocupación por medidas de custodia y salvaguardia
- Las cuestiones sobre la capacidad del paciente son espinosas, y podría valer la pena derivarlo para una evaluación de su capacidad mental. Sin embargo, recuerde que la evaluación de la capacidad puede ser realizada por cualquier profesional, no sólo por un especialista; el aspecto crítico es asegurarse de que dicho examen es específico para cada ocasión y cada decisión, y no un juicio genérico; es decir, cualquier evaluación es específica de cada decisión, fecha y momento.

La prescripción

La regla general “empiece con bajas dosis, vaya despacio” se aplica a la prescripción de medicaciones psicotrópicas en mayores. Los regímenes de tratamiento deben mantenerse tan simples como sea posible, intentando evitar incrementos o tratar efectos secundarios con medicaciones adicionales. Las personas mayores pueden tardar mucho más tiempo en responder a las medicaciones psicotrópicas.

En general, haga todo lo posible para evitar:

- Bloqueantes alfa-adrenérgicos, medicaciones con efectos secundarios anticolinérgicos (posible incremento del riesgo de demencia e incremento del riesgo de delirium)
- Antipsicóticos en mayores con demencia (incremento de la mortalidad)
- Medicaciones muy sedantes (a no ser que pudiera ser ventajoso algo de sedación)
- Medicaciones con una vida media larga, y con inhibición enzimática hepática potente como eritromicina, alopurinol u omeprazol.

Si un medicamento es mal tolerado o no está funcionando, considere la posibilidad de cambiarlo.

² Nota de traducción: En la versión británica, *Mental Health Act (1983)*

Puntos clave:

- En las personas mayores, las enfermedades físicas o los efectos secundarios de la medicación tienen más probabilidades de dar lugar a una mala salud mental y se debe garantizar una exploración exhaustiva en todos los casos.
- Cada persona mayor debe tener una revisión de la medicación, una exploración física dirigida, algún análisis básico de sangre y un test de orina (si tienen síntomas urinarios)
- La regla “empiece con dosis bajas, vaya despacio” se aplica para los medicamentos psicotrópicos, y los regímenes de tratamiento deben mantenerse tan sencillos como sea posible.

4. Depresión

La depresión es el trastorno mental más frecuente en los mayores. Sin embargo, los síntomas pueden ser claramente diferentes a la depresión en adultos jóvenes, y a menudo nos olvidamos de ello. Los factores de riesgo para la depresión incluyen los problemas de salud física, el género femenino, la soledad, los acontecimientos vitales (particularmente el duelo) y la pérdida de independencia.

Síntomas de la depresión

Los adultos mayores pueden presentarse con los mismos síntomas que los adultos más jóvenes: síntomas nucleares (bajo estado de ánimo, anhedonia, falta de energía), síntomas psicológicos (baja autoestima, desesperanza/culpa, pensamientos suicidas), y síntomas biológicos (disminución del apetito, pérdida de peso, empeoramiento matutino del estado de ánimo, despertar precoz, insomnio, disminución de la concentración, agitación o entecimiento).

Ciertos síntomas son más frecuentes en los mayores y podrían ser la única forma de presentación:

- Comunicar más los síntomas físicos que los emocionales (somatización). Los síntomas típicos son: desmayo o mareo, dolor, debilidad por todas partes, pesadez en extremidades, nudo en la garganta, estreñimiento.
- Preocupación excesiva por la salud (hipocondría), especialmente si no es habitual en esa persona.
- Marcada ansiedad.
- Comportamiento inusual. La histeria no existe en los mayores.
- Disminución de las reacciones emocionales o agitación.
- Rasgos psicóticos (ideas delirantes de culpa, ruina o enfermedad física, o de no tener ropa que le encaje. Alucinaciones auditivas de contenido despectivo u obsceno, que provocan culpa y paranoia).

Un indicador sensible para el diagnóstico de depresión incluye la falta de interés en algo en lo que disfrutaba previamente. Una medida de la gravedad de esa depresión sería preguntar si la persona disfruta con la visita de sus nietos. Las personas que no lo hacen tienden a estar muy deprimidas.

Las ideas delirantes congruentes con el estado de ánimo están presentes en la depresión psicótica. Estas son ideas delirantes que reflejan el bajo estado de ánimo de la persona –como las ideas de ruina, que no tienen ropa que les quede bien, o de muerte inminente, o el síndrome de Cotard (donde una persona siente que está muerta por dentro). Pregunte si la persona cree que se merece el contenido de sus ideas delirantes. Si dice que sí, la persona podría estar muy deprimida. A veces la presentación de la depresión puede ser atípica, muchas personas estarán familiarizadas con lo que solíamos llamar síndrome de deficiencia de amitriptilina (el síndrome de deficiencia de sertralina sería el obvio equivalente moderno).

Intentando distinguir la depresión y la demencia

Las dificultades de concentración y memoria son características frecuentes de la depresión en los mayores, lo que dificulta en ocasiones descartar la demencia. Indicadores que apunten a la depresión incluyen: tener síntomas del estado de ánimo, inicio brusco, decir “no sé” en pruebas cognoscitivas, dificultades en tareas cognoscitivas que requieren esfuerzo (enumerar los meses del año en sentido inverso; contar hacia atrás de 20 a 1), recordar ítems con ayuda de claves y solicitando ayuda. Las dificultades del habla y de la búsqueda de palabras sugieren la demencia más que la depresión. En caso de duda, realizar un ensayo con un antidepresivo durante 6 semanas y, si los problemas cognoscitivos persisten, hacer estudio de demencia.

Suicidio

Alrededor de una quinta parte de todos los suicidios ocurren en mayores. El método más frecuente es la sobredosis medicamentosa. Los intentos de suicidio deben tomarse en serio, ya que, en relación a los jóvenes, una mayor proporción de ellos son verdaderos intentos de morir. Los factores de riesgo incluyen: ser varón, viudo, la edad avanzada, el aislamiento social, la enfermedad física (presente en más de un 80% de los casos), el dolor, el abuso de alcohol y la enfermedad depresiva (pasada o presente).

Duelo

Las reacciones de duelo normales incluyen muchos síntomas de malestar psicológico, incluyendo entumecimiento emocional, pena intensa, culpa, alucinaciones con la persona fallecida, y un sentimiento de inquietud interior. Generalmente estos síntomas desaparecen en seis meses; si continúan de forma intensa después de este tiempo, el afligido podría necesitar asesoramiento o terapia de apoyo, con derivación al centro de salud mental o a otros servicios específicos disponibles en cada Comunidad Autónoma.³

³ Nota de traducción. En la versión británica, el IATP: Improving Access to Psychological Therapies; CRUSE: voluntariado de atención al duelo en Reino Unido

La distinción entre el duelo normal y la depresión puede ser difícil. En general, las personas que no pueden experimentar placer, que tienen sentimientos de culpa más generalizados (es decir, no sólo relacionado con su cuidado del fallecido), o que tienen pensamientos suicidas, probablemente necesitan tratamiento para la depresión. Deben evitarse las benzodiazepinas más allá de un tratamiento a muy corto plazo para el malestar emocional agudo tras la pérdida. Es útil en todos los casos de duelo asesorar sobre higiene del sueño, alimentación saludable y realización de ejercicio.

Tratamiento farmacológico

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o la mirtazapina son los agentes de primera línea. La sertralina y la mirtazapina son más seguros en enfermedad cardiovascular y son por tanto utilizados a menudo en personas mayores. (Tabla 1). La mirtazapina puede ser útil para ayudar a conciliar el sueño por sus efectos sedantes y puede aumentar el apetito cuando la pérdida de peso es un problema. Como norma general, comience con una dosis baja e increméntela gradualmente (realizar cambios entre una y dos semanas). Los antidepresivos en las personas mayores deben de ser ensayados durante más tiempo (de dos a tres meses), con un periodo de mantenimiento más largo después de la recuperación (por lo menos dos años, o de por vida si la depresión ha sido muy grave). Si hay dificultades para tragar, las formulaciones alternativas pueden ser útiles – trazodona líquida, mirtazapina bucodispersable-. Si un antidepresivo no es ni tolerado ni efectivo y es necesario realizar un cambio a otro antidepresivo, realice una técnica de cruzamiento (“*cross-tapering*”), con retirada paulatina del antidepresivo mientras introduce cautelosamente el nuevo agente a una dosis baja (esto se aplica sólo a los fármacos listados en esta publicación). A continuación, se expone un ejemplo de cambio de antidepresivo.

		Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Retirada de citalopram	20mg una vez al día	10mg una vez al día	5mg una vez al día	Nada	Nada
Introducción de mirtazapina	Nada	15mg una vez al día	30mg una vez al día	30mg una vez al día	45mg una vez al día (si fuera necesario)

Los principales efectos secundarios son hiponatremia, náuseas, insomnio y un riesgo incrementado de sangrado gástrico (particularmente en personas mayores de 80 años; considere protección gástrica con un inhibidor de la bomba de protones como el omeprazol en pacientes que están tomando también aspirina). Los antiinflamatorios no esteroideos sólo deben utilizarse con cautela y durante periodos cortos en personas mayores.

Tabla 1. Psicofármacos para la depresión y la ansiedad

Fármaco	Clase de fármaco	Dosis de	Dosis de	Dosis máxima
---------	------------------	----------	----------	--------------

		inicio	mantenimiento	
Citalopram	Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS)	10mg por la mañana	10-20mg por la mañana	20mg por la mañana
Sertralina	Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS)	25-50mg por la mañana (se puede iniciar 25 mg y subir a 50mg en 1 semana)	50-100mg por la mañana	100mg (ocasionalmente se puede subir hasta 140mg por la mañana)
Mirtazapina	Antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico (NaSSA)	(7,5mg) 15mg por la noche	15-30mg por la noche	45mg por la noche
Trazodona	Inhibidor de la recaptación y antagonista de serotonina (SARI)	50mg dos veces al día	100mg un vez al día- 100mg dos veces al día	300mg al día
Venlafaxina	Inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina(IRSN) (monitor BP o iniciación)	37,5mg una vez al día	37,5mg dos veces al día- 75mg dos veces al día	112,5mg dos veces al día

La venlafaxina puede causar prolongación del espacio QTc en sobredosis, pero es muy poco frecuente (en comparación con el citalopram, donde hay un incremento relacionado con la dosis en el QTc). No ha sido evaluada en post-IM o en enfermedad coronaria significativa, y la recomendación general es evitar usarla para estos pacientes, ya que es más probable que sea arritmogénica. En resumen, no hay preocupaciones sobre la venlafaxina en un corazón generalmente sano, pero con enfermedad cardíaca prominente, la sertralina y la mirtazapina, son los antidepresivos de elección. Si éstos no funcionan, derivar a atención secundaria.

Si el tratamiento de primera línea no ha funcionado, cambie a un antidepresivo de otra clase, por ej, intente venlafaxina o mirtazapina si no ha funcionado un ISRS.

La hiponatremia merece una mención especial, ya que es frecuente y fácil de detectar. Los factores de riesgo incluyen ser mayor de 80 años, ser mujer, tener historia previa de hiponatremia, deterioro de la función renal y bajo peso corporal. Otros fármacos asociados a hiponatremia incluyen diuréticos, AINES, inhibidores ACE, carbamazepina, antagonistas del calcio, y también se ha relacionado con comorbilidades como la diabetes, EPOC, hipertensión,

insuficiencia cardíaca y cáncer. En los pacientes con alto riesgo de hiponatremia hay que monitorizar los signos clínicos (confusión mental, náuseas, calambres, debilidad muscular, edema, convulsiones), con análisis de sangre sistemáticos (al inicio, tras 2 semanas, tras 4 semanas y posteriormente cada 3 meses). Si un paciente tiene antecedentes de hiponatremia, prescribir una clase diferente de antidepresivo que el agente que la causó. Si no se ha probado previamente, prescribir mirtazapina. Si la mirtazapina no es tolerada o es ineficaz, derive a consulta con el especialista.

Alternativas a los fármacos

Las intervenciones sociales son efectivas, tal como la asistencia a centros de día, los grupos de amigos, la ayuda y asistencia a las ceremonias religiosas y programas de vida saludable o de vida independiente. El ejercicio es excelente, y la reducción de alcohol (aunque no sea a cero), también puede ayudar.

Las terapias psicológicas son infrutilizadas en los mayores. No es cierta la noción de que las terapias psicológicas son menos útiles en los mayores. Su eficacia en la ancianidad, tanto las de tipo grupal como las individuales está actualmente bien establecida. Incluyen terapia cognitivo-conductual (para depresión y trastornos de ansiedad), terapias de apoyo como el asesoramiento (para duelo y adaptación a otros problemas de la vida), resolución de problemas (para depresión leve y trastornos adaptativos), y enfoques psicodinámicos para problemas de larga evolución relacionados con la personalidad. Las derivaciones al centro de salud mental (CSM) o a otros servicios específicos disponibles en cada Comunidad Autónoma⁴ son menos habituales de lo que sería esperable en personas mayores

En las siguientes circunstancias, considere remitir a CSM si:

- la persona tiene depresión y ansiedad;
- dificultades con el duelo;
- dificultades familiares y de relación interpersonal;
- dificultad para adaptarse a problemas de salud
- síntomas médicamente inexplicables

Siempre vale la pena preguntar a la persona si le gustaría ver a un terapeuta para ayudarle en sus dificultades. Los servicios del CSM siempre valorarán a los remitidos y verificarán si la persona es adecuada para dicho servicio.

Terapia electroconvulsiva (TEC)

La terapia electroconvulsiva (TEC) es un tratamiento utilizado en un pequeño número de personas con depresión, que implica el paso de una pequeña corriente eléctrica a través del cerebro bajo anestesia general, para inducir una crisis epiléptica. Aunque es un tratamiento

⁴ Nota de traducción: En la versión británica, *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT)

importante, y que sólo infrecuentemente es necesario, la TEC puede ser bien tolerada en personas mayores e incluso les puede salvar la vida. Las personas con depresión psicótica, aquellos que tienen agitación grave o están muy enlentecidas (“inhibición psicomotriz”) responden mejor a la TEC. Se utiliza de primera línea en una depresión grave que amenaza la vida (por ej., cuando un paciente ha dejado de comer y beber) o en la depresión resistente al tratamiento. Los pacientes estarán bajo el cuidado de los servicios de atención secundaria, y habrán sido evaluados por un anestesista para comprobar su idoneidad para una anestesia.

La TEC se administra generalmente en tandas de hasta 12 sesiones, tratamientos que se aplican dos veces por semana, y pueden darse de forma ambulatoria, aunque a menudo los pacientes que necesitan TEC están demasiado enfermos como para poder ser tratados en la comunidad.

Manejo de la depresión en las personas mayores frágiles

La enfermedad física incrementa tanto la fragilidad como el riesgo de depresión. El manejo de la salud física debe ser cuidadoso; sin embargo, la evolución de la depresión en mayores con enfermedad física es igual que la de alguien que tiene la salud física relativamente conservada. La polifarmacia, que es frecuente en este grupo, conduce a dificultades en la adherencia y a un mayor riesgo de interacciones y efectos secundarios. Se debe abordar el dolor subyacente, así como optimizar la hidratación y la nutrición. Se deben utilizar dosis adecuadas de antidepresivos (si se toleran y la bioquímica es aceptable); y pueden administrarse en forma bucodispersable o líquida si hay dificultades para tragar.

Puntos clave

- La depresión es el trastorno mental más frecuente en la vejez.
- Los síntomas pueden ser claramente diferentes de los adultos más jóvenes, y a menudo pasa desapercibida.
- Las personas que contestan “no sé” a las preguntas, probablemente están deprimidas.
- Son características comunes el comunicar más los síntomas físicos que los emocionales, así como la ansiedad (especialmente la ansiedad relativa a la salud).
- Tanto las medidas farmacológicas como las no-farmacológicas, son altamente efectivas en personas mayores.
- Cuando se utilizan antidepresivos, es necesario ser conscientes de los posibles efectos secundarios, ya que hay riesgo de hemorragia gástrica o de trastornos hidroelectrolíticos, por ej. hiponatremia.
- Los intentos de suicidio en personas mayores son en su mayoría intentos genuinos de quitarse la vida.

Caso 1:

Una mujer relativamente sana, de 77 años, acude a la consulta de su MAP con más frecuencia que en el pasado. Refiere gastralgias, se siente débil y está preocupada porque pueda tener cáncer. Eso ha deteriorado su sueño y su apetito, y parece preocupada por estos pensamientos. Cuando el MAP hace la historia, se observa que su única hija se ha trasladado a vivir a Australia recientemente.

Comentario: en las personas mayores, la depresión se presenta a menudo atípicamente. Una focalización en los síntomas físicos (somatización), en la salud y en otras ansiedades, pueden ser las principales características. Inicialmente es útil realizar un examen exhaustivo, no solo para excluir cualquier enfermedad física, sino también para transmitir credibilidad y dar confianza al paciente. Hay que tratar la depresión subyacente con medicación, medidas sociales y terapias psicológicas.

Caso 2

Acude a la consulta una monja de 80 años, con una historia de incremento de los olvidos, pérdida de apetito y sueño, pérdida de confianza y marcada ansiedad en situaciones sociales. Solía dar la bienvenida a los visitantes en el convento y atender al teléfono, pero ha dejado de hacerlo por miedo a hacer el ridículo. Rinde mal en un test de *screening* cognitivo de atención primaria, en el cual la mayor parte de las veces responde "No sé". Es capaz de responder a la pregunta correctamente si se le da una clave. La hermana que le acompaña pregunta si se trata del comienzo de la demencia. Además, informa que tiene una historia de depresión, y que pasó algún tiempo en la unidad de agudos del hospital hace unos 20 años, después de que el antidepresivo hubiese "hecho algo" a sus electrolitos. El MAP lleva a cabo una serie de análisis de sangre completos. Después de comprobar que éstos son normales, sin signos de hiponatremia, prescribe a la paciente mirtazapina 15 mg nocturnos, que se aumentan hasta 30 mg nocturnos tras 2 semanas. El MAP monitoriza los electrolitos de la paciente tras 2 semanas, 4 semanas y luego cada 3 meses. La paciente responde lentamente al antidepresivo, y cuando su memoria permanece aún deteriorada después de 6 semanas, el MAP considera remitirla a una clínica de memoria. Sin embargo, sus síntomas mejoran hasta su línea base tras 12 semanas, y tanto la monja como la hermana consideran que ya no es necesaria la derivación.

Comentario: Distinguir la demencia y la depresión puede ser muy difícil en las personas mayores. Los indicadores hacia la depresión incluyen otros síntomas del estado de ánimo, un comienzo más bien repentino; dificultades en tareas cognitivas que exigen esfuerzo, contestando “no sé” en lugar de confabular una respuesta en las pruebas cognitivas formales, recordando los ítems con claves, y solicitando ayuda. Un enfoque pragmático sería realizar pruebas de sangre de *screening* de demencia y un ensayo de 6 semanas con antidepresivos. Si no tiene éxito, se debe indicar la remisión al servicio especializado. Este caso es complicado por los antecedentes de hiponatremia. La mirtazapina se considera relativamente segura en estos casos, y se puede administrar bajo supervisión cuidadosa del nivel de electrolitos. Si un ensayo con mirtazapina falla, el paciente debe ser derivado a servicios especializados, para asesoramiento por los expertos.

Caso 3

Una mujer de 78 años presenta una historia de varias semanas de evolución de bajo estado de ánimo tras la muerte de su perro. Posteriormente se queja de un hedor en el bloque de pisos, y ha perdido mucho peso. Su hija ha pasado a vivir con ella temporalmente y ha solicitado una visita domiciliaria urgente del MAP, ya que su madre ha dejado de hablar y de comer durante 3 días y está bebiendo lo mínimo. La paciente rechaza todo tipo de evaluación y de apoyo. Tras una derivación urgente al equipo de salud mental de mayores de la comunidad, se pone en marcha el procedimiento de Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico (Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil; Artículo 763)⁵. Es ingresada en una unidad de salud mental, se le administra tratamiento con TEC y es dada de alta con medicación antidepresiva.

Comentario: La depresión grave en las personas mayores se presenta más frecuentemente con síntomas psicóticos (ideas delirantes de culpa, sentimientos de estar ya muerto), inhibición, agitación y reducción de la ingesta de sólidos y líquidos. A menudo se produce una respuesta favorable a la TEC.

5. Trastornos de ansiedad

En atención primaria, los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en las personas mayores (más a menudo junto a una historia de larga evolución de ansiedad, en la que los factores asociados a la edad pueden no haber ayudado, o, en asociación con depresión). Sin embargo, es mucho menos común encontrar un trastorno de nueva presentación con la ansiedad como diagnóstico primario. La ansiedad puede ser una característica de presentación de la demencia, la depresión, y de enfermedades físicas, y debe dar lugar siempre a investigaciones para excluir cualquier causa médica subyacente (especialmente un trastorno de ansiedad o de pánico de nueva aparición). Las causas más frecuentes son el infarto de miocardio, las arritmias, trastornos tiroideos y déficits de vitaminas (Apéndice 1). Por otra parte, los síntomas de ansiedad también pueden confundirse como signos de enfermedades físicas (Apéndice 1).

⁵ Nota de traducción: En la versión británica: *Mental Health Act (1983)*

Tratamiento

Los tratamientos psicológicos son el pilar de la terapia en trastornos de ansiedad, y los enfoques cognitivos y conductuales son los más comúnmente utilizados. Pese a las posibles dificultades por déficits sensoriales, movilidad, memoria o mala salud física, estos tratamientos son eficaces en personas mayores, aunque menos si el trastorno de ansiedad es de larga evolución (personalidades ansiosas o con trastorno de ansiedad generalizada),.

A menudo es necesario añadir medicación, especialmente en los estadios iniciales. Como tratamientos de primera línea se utilizan los ISRS (ver Tabla 1). La venlafaxina o la mirtazapina pueden ser utilizados como tratamientos de segunda línea. Estos fármacos pueden ser apoyados con hipnóticos a corto plazo, especialmente si está alterado el sueño; pero sea muy cuidadoso, especialmente si la persona tiene una ansiedad de larga evolución/trastorno de personalidad o tiene algún antecedente de abuso de sustancias (por ej. uso de nitrazepam en su vida adulta). Para los hipnóticos (ver Tabla 3), se deben considerar el riesgo/beneficio y la farmacocinética. Las benzodiacepinas de vida media larga (por ej. diazepam) en personas mayores tienden a acumularse y conducen a toxicidad (sedación, problemas cognoscitivos, alteraciones de la marcha, caídas, delirium), mientras que las benzodiacepinas de vida media más corta (por ej. lorazepam) conllevan un mayor riesgo de dependencia.

La pregabalina tiene la ventaja de excretarse a nivel renal, lo que es beneficioso en personas mayores polimedizadas. Se han descrito casos de abuso en la bibliografía, y cuando se interrumpe se recomienda una retirada gradual. Probablemente tiene un perfil más favorable en la cognición que las benzodiacepinas.

El caso de la amitriptilina es más complejo. A pesar de su extendido uso, no se han realizado estudios sobre este fármaco (se llevaron a cabo algunos estudios con doxepina, mostrando una buena tolerabilidad, eficacia y ausencia de efectos adversos). En dosis bajas (10-25 mg), la amitriptilina actúa principalmente como antagonista del receptor de la histamina H1, aunque también puede tener un grado de antagonismo de 5HT2 y colinérgico de tipo muscarínico. La *British Association for Psychopharmacology* recomienda: [“Utilice fármacos de acuerdo a su conocimiento en farmacología. Considere el uso de antidepresivos cuando haya un trastorno del humor coexistente, pero utilícelo a dosis terapéuticas. Tenga cuidado con la toxicidad de los antidepresivos tricíclicos en sobredosis, incluso cuando se prescriban envases con pocas unidades.”](#)⁶

Si bien nadie discutiría lo anterior, en ocasiones el juicio clínico puede ser de utilidad y no hay duda de que, cuando se utiliza con cuidado y juiciosamente, la amitriptilina puede ser útil, aunque se asocia con caídas y efectos secundarios cardiovasculares.

Los pacientes con trastornos de ansiedad, cuya afección no responde al apoyo psicológico desde atención primaria o a dos antidepresivos, deben ser derivados a servicios especializados. De igual manera se procedería si existe sospecha de una demencia subyacente.

⁶ http://www.nwscnsenate.nhs.uk/files/1614/5632/9499/Insomnia_literature_review_-_Jan_2012.pdf
- p.34

Insomnio

La falta de sueño es una queja frecuente entre las personas mayores. Puede ser idiopático, pero se debe descartar una enfermedad mental subyacente (típicamente depresión o ansiedad) o una enfermedad física (típicamente dolor, problemas urinarios). Generalmente, las personas mayores necesitan menos horas de sueño que los adultos más jóvenes (en los 60s/70s unas 6 horas, en los 80s/90s, unas 5 horas).

La prescripción de hipnóticos sólo debe iniciarse tras haber realizado un ensayo con medidas de higiene del sueño, y no debe prolongarse más de 4 semanas. Las medidas de higiene del sueño pueden ser importantes. Las Recomendaciones NHS son una guía excelente. En España, existen igualmente recomendaciones muy útiles, como las pautas recomendadas por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología⁷.

Tabla 2: Fármacos ansiolíticos e hipnóticos

Fármaco	Indicación	Dosis de inicio	Dosis de mantenimiento	Dosis máxima en ancianos
Diazepam	Agitación/ Uso a corto plazo en ansiedad (hasta 4 semanas)	2'5mg hasta tres veces al día		6mg/día
Lorazepam	Ansiedad – sólo uso prn (si es necesario) (hasta 4 semanas)	0,5mg una vez al día	0,5-2mg una vez al día	2mg una vez al día
Melatonina	Insomnio – uso a corto plazo (hasta 13 semanas)	2mg (liberación modificada) una vez al día (1-2 horas antes de acostarse)		
Pregabalina	Trastorno de ansiedad generalizada	25mg dos veces al día (incrementar 25mg semanalmente, hasta 75mg dos	150mg diariamente	150-300mg diariamente (si está sano y la función renal es normal)

⁷ https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG_Insomnio.pdf

		veces al día, si está sano y con función renal normal)		
Propranolol	Síntomas autonómicos de ansiedad (por ej. Palpitaciones)	10mg dos veces al día		Hasta 20mg tres veces al día
Zopiclona	Insomnio (a corto plazo, hasta 4 semanas)	3,75mg por la noche	3,75-7,5mg por la noche	7,5mg por la noche

Puntos clave:

- Es poco frecuente que los trastornos de ansiedad surjan “de novo” en personas mayores y frecuentemente son indicativas de depresión o comienzo de demencia.
- Son frecuentes las causas físicas subyacentes; y los síntomas de ansiedad pueden confundirse con enfermedades físicas.
- Las terapias psicológicas son el pilar de la terapia.
- A menudo es necesaria la prescripción de antidepresivos.

Caso 4:

Un profesor de arqueología jubilado, de 85 años, acude a la consulta con su esposa. Tiene antecedentes de cirugía con bypass cardiaco, insuficiencia cardiaca y artritis. A lo largo del año pasado ha empezado a preocuparse por diversas cosas, incluyendo la economía y su salud. Esto también está afectando su sueño y su apetito y le ha apartado de las actividades sociales y la recepción de visitas. Su esposa además se queja de su falta de iniciativa y motivación. En las pruebas cognitivas no pierde ningún punto en una herramienta de cribado rápido, ni tampoco en el más completo Examen Cognoscitivo Mini-Mental. Tras un completo análisis de sangre y evaluación de sus parámetros cardiacos, el MAP inicia tratamiento con sertralina 50 mg, que incrementa a 75 mg a las 2 semanas y a 100 mg a las 4 semanas. Los síntomas del paciente, principalmente su sueño y apetito, mejoran bajo la terapia antidepresiva, pero sigue muy ansioso y rumia sus preocupaciones. El MAP realiza un tratamiento cruzado con mirtazapina (hasta 45 mg nocturnos) y recomienda terapia psicológica. La situación parece asentarse, pero después de varios meses su esposa acude relatando ansiedad residual y falta de implicación en las tareas. El informe de la terapia psicológica indica que el paciente padecía con frecuencia falta de concentración para completar las tareas de la terapia. El MAP deriva al paciente al equipo comunitario de salud mental. Después de una evaluación neuropsicológica exhaustiva y una resonancia magnética es diagnosticado de demencia por enfermedad de Alzheimer.

Comentario: En la edad avanzada, los trastornos de ansiedad son infrecuentes como diagnóstico primario. Sin embargo, los síntomas de ansiedad son con frecuencia debidos a una depresión subyacente o pueden ser pródromos de demencia. Además, la ansiedad puede ser causada por empeoramiento de problemas de salud (por ej. arritmias). Los pilares de la terapia son los tratamientos psicológicos, pero en personas mayores puede ser necesaria la prescripción de antidepresivos para abordar síntomas depresivos y mejorar su nivel de actividad. Cualquier trastorno mental frecuente que sea resistente al tratamiento debe despertar la sospecha de una demencia subyacente.

6. Trastorno bipolar

El inicio del trastorno bipolar o manía es mucho menos frecuente en las personas de edad avanzada. Si las personas mayores presentan síntomas de manía (estado de ánimo elevado, hiperactividad, insomnio, irritabilidad, gastos excesivos, confusión mental) siempre debe existir una fuerte sospecha de una causa física subyacente para estos síntomas (ver Apéndice 1), especialmente si no tiene antecedentes de trastornos del humor. Los episodios maniacos se siguen con frecuencia de episodios depresivos, remarcando la importancia de la adherencia continuada a los fármacos estabilizadores del humor.

Si los pacientes se presentan en atención primaria con síntomas de manía o hipomanía se debe iniciar una prescripción de hipnóticos a corto plazo (ver [Tabla 3](#)), seguida de una derivación a atención especializada. Los dos roles de la atención primaria son descartar las causas orgánicas subyacentes (y derivación a atención especializada) y monitorizar los fármacos estabilizadores del ánimo (especialmente el litio).

Monitorización del litio

El litio tiene una estrecha ventana terapéutica. Por lo tanto, los niveles de litio deben ser monitorizados para detectar toxicidad (diarrea, vómitos, temblor grosero, confusión menal, o convulsiones que pueden llevar a la muerte). La toxicidad por litio conlleva la suspensión del mismo y una evaluación urgente.

Los principales factores que influyen en los niveles de litio son la deshidratación y la polifarmacia. Se ha informado de incrementos impredecibles en los niveles de litio (más de 4 veces) con:

- Inhibidores de la acetilcolinesterasa /bloqueadores A2 (se desarrolla a lo largo de semanas).
- Tiazidas (se desarrolla a lo largo de días) – los diuréticos de asa son más seguros.
- AINES (se desarrolla a lo largo de días a meses) – estos fármacos tienen un efecto impredecible y a veces dramático en los niveles de litio y se debe evitar administrarlos con litio a menos que sea absolutamente necesario.

Estas medicaciones pueden ser prescritas, pero a dosis estables (no “si precisa”) y bajo estrecha monitorización de los niveles de litio. Solicite asesoramiento especializado en psiquiatría o farmacia si prescribe estos fármacos.

En niveles normales, el uso de litio a largo plazo puede causar hipotiroidismo y deterioro de la función renal. Si sucede uno de estos dos supuestos, comuníquese con el Equipo Comunitario de Salud Mental para asesoramiento.

Para detectar la toxicidad y los efectos adversos (en tiroides y riñón) es necesaria una monitorización sistemática (ver [Tabla 3](#))

Tabla 3: Monitorización de litio

Test	Frecuencia	Notas
Niveles de litio en plasma (litemia)	Cada 3 meses	La sangre debe extraerse 12 horas después de la última toma (0,4 mmol/L puede ser efectivo en una depresión unipolar; 0,6-0,8 mmol/L en enfermedad bipolar en el anciano) Si se interrumpe, reducir lentamente a lo largo de por lo menos 1 mes; evitar reducciones graduales de los niveles en plasma >0,2 mmol/L
Analítica de sangre y orina: función renal, bioquímica, iones, calcio, hemograma, hormonas tiroideas	Cada 3 meses	

Puntos clave:

- El comienzo “de novo” de un trastorno bipolar/manía en la vejez, es infrecuente. Es de suma importancia investigar una casusa física subyacente.
- En el caso de la manía en un paciente con antecedentes de trastorno bipolar, o depresión recurrente, iniciar un hipnótico y remitir a servicios especializados.
- Los pacientes en tratamiento con litio necesitan analítica sanguínea cada 3 meses (para detectar toxicidad y efectos adversos sobre la función tiroidea o renal).

Caso 5:

Una mujer de 82 años con antecedentes de varios episodios depresivos ha cambiado recientemente. Ahora está muy irritable, con poca capacidad de contenerse, y apenas ha dormido en las últimas dos semanas. Su marido está agotado. Mientras deambulaba alrededor de la manzana hace unas dos noches, la paciente se cayó, golpeándose en la cadera y en la cabeza. Aunque tiene que permanecer en una silla, la paciente rechaza cualquier asistencia. El MAP realiza una visita domiciliaria, pero ella sólo le permite una exploración superficial. El MAP tiene sospecha de que tenga una fractura de cadera y de que podría estar desarrollando una neumonía. Como la paciente no está dispuesta a aceptar intervención médica necesaria para salvarle la vida, el MAP contacta con el equipo comunitario de salud mental para solicitar la posibilidad de utilizar un internamiento no voluntario (Artículo 763 de Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico de la Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil)⁸.

El equipo informa que lo más apropiado para trasladar a la paciente al hospital, en su mejor interés, es utilizar el procedimiento de incapacitación (Artículos 756 a 762 de procesos sobre capacidad de las personas, Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil, modificada por Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria, y artículos 199 a 201 del Código Civil)⁹.

Después de alguna discrepancia, el personal de la ambulancia traslada a la paciente a un hospital de agudos, donde se tratan tanto su fractura como su neumonía. Se suspenden las elevadas dosis de esteroides para el tratamiento de su artritis reumatoide. Se involucra al equipo de enlace de salud mental, quien realiza un diagnóstico de trastorno bipolar y comienza un tratamiento con olanzapina y litio. Al alta se suspende el tratamiento con olanzapina, pero la paciente continúa con litio y el MAP realiza controles trimestrales de su función tiroidea y renal, así como los niveles de litio (que varían entre 0,4-0,7 mmol/L). Después del fallecimiento de su esposo, la paciente se traslada a una residencia de ancianos. La paciente es dada de alta del equipo de salud mental comunitario, pero el MAP continúa con la monitorización del litio. Cuando su función renal comienza a fallar, el MAP busca asesoramiento del servicio de salud mental especializado en relación a la interrupción del tratamiento con litio y la posterior necesidad de estabilización del humor.

Comentario: el trastorno afectivo bipolar de nuevo inicio en la vejez es relativamente raro, y se presenta generalmente en pacientes con antecedentes de depresión recurrente. En la manía deben ser descartadas las causas físicas y los efectos secundarios de fármacos. Si un paciente presenta un problema de salud que amenaza su vida, rechaza el traslado al hospital y carece de capacidad, la mejor decisión en su interés debe de ser realizada bajo el citado procedimiento de incapacitación. Los MAPs tienen un papel crucial en la monitorización de pacientes en tratamiento con litio, tanto en la toxicidad aguda como en la crónica.

⁸ *Mental Health Act (1983)* en la versión británica

⁹ *Mental Capacity Act (2005)* en la versión británica.

7. Trastornos psicóticos

Los pacientes que presentan psicosis pueden estar sufriendo un trastorno de larga evolución (esquizofrenia crónica, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante), un trastorno del estado de ánimo (comúnmente depresión psicótica; trastorno afectivo bipolar), inicio de demencia, o una enfermedad psicótica primaria en forma de una esquizofrenia de comienzo tardío (también llamada parafrenia o psicosis de tipo esquizofrenia de comienzo muy tardío). Como en todos los trastornos psiquiátricos, hay que descartar causas orgánicas (especialmente el delirium) y efectos secundarios de la medicación en mayores que presentan síntomas psicóticos (ver Apéndice 1).

Esquizofrenia de inicio tardío

Los factores de riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia de inicio tardío son: género femenino, aislamiento social y déficits sensoriales (vista, oído). Muchos pacientes tienen antecedentes de problemas de adaptación y una personalidad inusual (paranoia, escaso interés en relaciones sociales, secretismo, escasa expresión emocional). La esquizofrenia de inicio tardío generalmente no evoluciona hacia demencia y los pacientes rinden con normalidad en las pruebas cognoscitivas. Los problemas cognoscitivos (como no recordar tres ítems) apuntan hacia la demencia. Alrededor de una quinta parte de los pacientes con esquizofrenia se presentan con una idea delirante única pero persistente, que podría haber estado presente la mayor parte de su vida.

Síntomas

Los síntomas más frecuentes son las ideas delirantes de tipo persecutorio y las alucinaciones auditivas, que se entrelazan a menudo. Con frecuencia involucran a los vecinos (por ej. que les espían, que les causan molestias, infestación o que están usando magia negra y que quieren que se vayan de su propiedad), y a veces están acompañados de las ideas delirantes llamadas “de partición” (es decir, una persona u objeto pasa a través de una barrera impermeable como la pared). Una buena pregunta general para explorar la psicosis es preguntar ¿Le juega, a veces, malas pasadas su imaginación? (se remite también a una sección anterior sobre el Examen del estado mental).

Alrededor de una quinta parte de los mayores con psicosis de inicio tardío sufren alucinaciones visuales, táctiles u olfativas, con mucha más frecuencia que en adultos más jóvenes. Sin embargo, es raro tener alteraciones del pensamiento, síntomas negativos (por ej. déficits en la respuesta emocional o de motivación) o catatonía. Si están presentes, debe haber una fuerte sospecha de demencia u otro daño cerebral subyacente (por ej. un accidente cerebrovascular o una neoplasia).

Si un paciente presenta alucinaciones visuales, deben considerarse las siguientes opciones:

- Delirium (especialmente si las alucinaciones son aterradoras)
- Demencia por cuerpos de Lewy

- Fármacos anti-parkinsonianos (utilizados en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson.
- [Síndrome de Charles Bonnet](#) (ver más adelante)

Tratamiento

Aunque a menudo los riesgos no son lo suficientemente altos para justificar el uso de un internamiento no voluntario¹⁰, el sufrimiento de los pacientes es innegable. La alianza terapéutica es crucial; sin embargo, con frecuencia no llega a establecerse por parte de los servicios de salud mental especializados, debido a la negativa del paciente a aceptar el tratamiento. En esta situación, el MAP a menudo tiene un rol de mediador y facilitador. Es importante excluir causas orgánicas (enfermedad física, efectos secundarios de la medicación, demencia), corregir cualquier déficit sensorial (audífonos, retirar tapones, poner gafas si procede) y evitar el aislamiento social (centros de día o “paquetes de cuidados” (“*care package*”), u otras ayudas), pueden ser de utilidad). Los enfoques psicológicos (terapia cognitiva-conductual y de apoyo) pueden aliviar la angustia, pero a menudo son rechazados.

Con frecuencia es necesario el tratamiento con dosis bajas de antipsicóticos (ver Tabla 4), pero las personas mayores son muy sensibles a los efectos adversos y a menudo el paciente se niega a tomarlos. Salvo un tratamiento a corto plazo, sería raro que un MAP inicie un tratamiento con antipsicóticos.

Tabla 4: Antipsicóticos para la psicosis en la edad tardía

Fármaco	Dosis de inicio	Dosis de mantenimiento	Dosis máxima en ancianos
Amisulpride	25-50mg diarios	50-100mg diarios	200mg diarios (precaución >100mg diarios)
Risperidona	0,5mg diarios	1mg diario	2mg diarios
Aripiprazol	5mg por la mañana (tomar 2 semanas para alcanzar niveles terapéuticos en sangre)	5-15mg diarios	20mg por la mañana

¹⁰ Nota de traducción. Legislación española: Artículo 763 Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico de la Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil

Supervisión de la salud física

Todos los pacientes a los que se prescribe antipsicóticos deben tener los siguientes exámenes al inicio, a los 3 meses y anualmente:

- tensión arterial, pulso, peso;
- análisis de sangre – glucosa en ayunas (o HbA1c), urea, creatinina, aclaramiento de creatinina, iones, hemograma y función hepática;
- ECG; y
- vigilancia de efectos secundarios de tipo motor (temblor, rigidez, acatisia y movimientos en lengua y boca)

Indicaciones de derivación

Los mayores con síntomas psicóticos persistentes deben ser evaluados por el especialista de los servicios de salud mental. Sin embargo, los pacientes rechazan a menudo esta opción, ya que prefieren establecer relación con sus MAPs. Puede ser beneficiosa una visita conjunta o una evaluación conjunta en la consulta del MAP con el especialista del equipo de salud mental (sería muy útil una enfermera psiquiátrica comunitaria¹¹. Si es posible, tras la exploración, se puede intentar prescribir una dosis baja de antipsicótico y tomar medidas no farmacológicas (corregir déficits sensoriales, remitir a un centro de día, o para asesoramiento en temas sociales).

Los MAPs desempeñan un papel fundamental en la monitorización de efectos secundarios de los antipsicóticos en aquellos que toman la medicación y deberían asegurar que se llevan a cabo las correspondientes revisiones médicas anualmente. Si la persona en cuestión tiene un largo historial de enfermedades mentales, y está en tratamiento con antipsicóticos, vale la pena remitirlo al equipo de especialistas. Si experimentan un incremento de los síntomas psicóticos o de efectos secundarios significativos de la medicación, podría haber disponibles tratamientos más recientes y adecuados.

Si desea retirar el antipsicótico a un paciente (que lo lleva tomando durante mucho tiempo), es importante llevar a cabo un primer análisis riesgo-beneficio, y pedir consejo a un especialista. En particular, debe buscarse asesoramiento si el paciente está en tratamiento con antipsicóticos de depósito, ya que la dosis se debe disminuir muy lentamente. Si se retira el antipsicótico y el paciente recae, puede ser más difícil encontrar de nuevo la dosis correcta, por lo que es importante revisar periódicamente el estado mental de la persona para detectar cualquier señal temprana de recaída.

¹¹ Nota de traducción. En la versión británica: CPN, community psychiatric nursing

Puntos clave:

- Los síntomas psicóticos en las personas mayores suelen producirse con frecuencia en el contexto de una enfermedad física (delirium), una depresión, o en pacientes con esquizofrenia de larga duración; o son indicios de una demencia.
- La esquizofrenia de inicio tardío es poco común, pero a menudo los servicios de salud mental especializada no son capaces de involucrar a los pacientes hasta que se presenta una crisis.
- La prescripción de dosis bajas de antipsicóticos puede ser útil y probablemente es más fácilmente aceptada si la proponen un MAP bien considerado, con asesoramiento del especialista.
- Todos los pacientes a los que se han prescrito antipsicóticos necesitan una revisión anual de su salud física.

Caso 6:

Una mujer de 76 años está relativamente sana y sólo padece sordera y artritis. Acude a la consulta debido a “problemas con sus articulaciones”. Durante la consulta, la mujer menciona que estas deformaciones han sido causadas por sus vecinos, y comienza un largo monólogo sobre los comportamientos antisociales que está experimentando. Además, comenta que se había trasladado a su dirección actual tras dificultades con sus vecinos en una residencia previa. La paciente nunca ha estado casada, y su principal contacto social es su sobrina, que la visita una vez por semana. La paciente no quiere que se le derive a los servicios de salud mental, pero accede a asesoramiento para ventilar sus frustraciones. Tras cuatro sesiones, los terapeutas informan de que las creencias de la paciente están demasiado arraigadas como para ser modificables con tratamiento psicológico en este estadio, y recomiendan su derivación a atención especializada. Aunque la paciente se compromete a repetir las evaluaciones, ventilando frustraciones y demandando ayuda para encontrar un alojamiento alternativo, no permite tratamiento o seguimiento. La paciente presenta ideas delirantes y alucinaciones auditivas en torno a sus vecinos, así como alucinaciones olfativas, pero sin deterioro cognoscitivo. El equipo de salud mental comunitario concluye que padece una esquizofrenia de aparición tardía. Aunque hay clara angustia y sufrimiento, no se pueden identificar riesgos para sí misma, para los demás o para su salud. Tras una consulta al especialista, el MAP inicia tratamiento con 50 mg amisulprida nocturna (en este caso se decide no hacer un aumento progresivo de las dosis, debido al riesgo de empeoramiento del cumplimiento si se cambia la dosis del fármaco) para ayudar a la paciente a abordar “el estrés causado por lo que le ha sucedido”. Durante las semanas siguientes, la angustia y la preocupación de la paciente disminuyen sustancialmente. Aunque sigue preocupada por sus vecinos, ello no parece afectar a su funcionamiento. Además, se compromete a obtener un nuevo audífono y a asistir a un centro de día dos veces por semana.

Comentario: el género femenino, el aislamiento social y los déficits sensoriales son factores de riesgo típicos de la esquizofrenia de aparición tardía. La sintomatología suele implicar temas cotidianos, implicando frecuentemente a vecinos. La paranoia es a menudo muy persistente, y los servicios de salud mental especializados luchan para lograr que estos pacientes se involucren. Culturalmente, los pacientes confían en sus MAPs, por lo que éstos podrían estar en la mejor posición para negociar la prescripción de dosis bajas de antipsicóticos. Todos los pacientes en tratamiento con antipsicóticos necesitan una revisión de su salud física anualmente y un ECG (si es posible).

Caso 7:

Un hombre de 69 años, con una historia de esquizofrenia desde su adolescencia tardía, reside en una residencia de ancianos. Hace unos 4 años fue ingresado en una planta de psiquiatría debido a un grave auto-abandono, y luego fue dado de alta a la residencia. Se adaptó bien y mantenía su autonomía. Cuando se le insiste, cuenta que se está produciendo una batalla épica en la que él tiene un papel crucial, pero rara vez expresa angustia. Necesita que se le den indicaciones para su autocuidado, fuma mucho, pero es cumplidor con la toma de medicación oral. El equipo de salud mental comunitario le cambia por tanto su medicación de depósito por risperidona oral 2 mg dos veces al día y le deriva de nuevo a atención primaria. El MAP lleva a cabo una exhaustiva revisión anual de la salud física del paciente y supervisa su cognición. El MAP también supervisa los efectos secundarios de la risperidona.

Comentario: En pacientes con esquizofrenia de larga evolución, los síntomas negativos (aislamiento social, falta de motivación, pobreza de pensamiento y de agilidad) tienden a dominar el cuadro clínico a medida que envejecen. Por ello requieren con frecuencia su ingreso en residencias. En estos entornos, a menudo los pacientes pueden ser tratados con medicación oral y ya no es necesario involucrar a los servicios de salud mental especializados. Aunque la medicación antipsicótica con frecuencia se mantiene sin cambios durante años, es necesaria una evaluación regular de la salud física y el estado cognitivo y motor. Si estos pacientes desarrollan demencia, a menudo hay un beneficio mayor si se continúa con la medicación antipsicótica, a pesar del riesgo más elevado de accidente cerebrovascular y muerte en poblaciones con demencia.

Caso 8:

Una señora de 82 años ha comenzado a estar paranoide a lo largo de las últimas semanas y su hijo va a verle a Ud. Está muy preocupado por el comportamiento de su madre y dice que hay que hacer algo. Su hijo dice que lleva cuatro días sin comer debido a que cree que la gente intenta dañarle. Está deshidratada y rechaza cualquier ayuda médica. En las notas evolutivas, hay una mención a que un año antes tuvo un episodio psicótico transitorio cuando sintió que sus vecinos estaban tratando de envenenarla. Fue evaluada por el equipo de salud mental, pero en el momento que le vieron, la situación había revertido. No había ningún registro de problemas en el último año. Había tenido su revisión anual tres meses antes y todos los

análisis de sangre eran normales, y no había ningún dato que sugiriera que estaba desarrollando una demencia. Cuando le vieron, se mostró muy apropiada en sus formas y comportamiento, y no había nada que hiciera sospechar auto-negligencia.

Comentario: Esta señora necesita una evaluación de forma urgente y se indica la visita domiciliaria urgente por parte del equipo de atención primaria. Asumiendo que no hay una causa obvia para su paranoia y que está psicótica, debe hacerse una evaluación para ver si es necesario un ingreso no voluntario¹². El curso de acción más apropiado es la derivación urgente al equipo de salud mental comunitario.

8. Delirium

Es fácil que los MAPs estén familiarizados con episodios de delirium en sus pacientes mayores. Algunos puntos clave sobre el delirium son:

- El delirium es una enfermedad de inicio agudo, comenzando y a menudo (aunque no siempre) finalizando abruptamente. La demencia es un fallo cerebral crónico, el delirium es un fallo cerebral agudo.
- El delirium es una emergencia médica.
- El delirium siempre se debe a una causa física, incluso si no se puede encontrar. Tenga en cuenta que si no está por debajo del cuello, está por encima. Compruebe también la relación temporal con la prescripción de medicamentos.
- El síndrome clínico de delirium puede durar semanas y a veces meses una vez que la causa física se ha resuelto. El síndrome clínico puede persistir en ocasiones después de que las cifras de glóbulos blancos hayan vuelto a la normalidad.
- La demencia es un acompañante frecuente del delirium. Las personas con demencia tienen 30 veces más probabilidad de desarrollar delirium que los que no tienen demencia.
- Los episodios sucesivos de delirium conducen característicamente al deterioro en la cognición. Los miembros de la familia a menudo dicen que se recuperan pero nunca alcanzan el nivel que tenían antes.
- El manejo del delirium consiste en tratar la causa médica subyacente, si es necesario con medicación que ayude a aliviar los síntomas de agitación o las alucinaciones (NICE sugiere dosis bajas de haloperidol, empezando con 0,5 mg hasta 2 mg al día u olanzapina de 2,5 a 5 mg). Utilícelo con precaución en la enfermedad de Parkinson.
- Tenga en cuenta el delirium hipoactivo (caracterizado por retraimiento y apatía), que se puede pasar por alto fácilmente en comparación con los habituales síntomas positivos floridos que suele mostrar.

¹² Nota de traducción. Legislación española: Artículo 763 Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico de la Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil.
En la versión británica: una intervención bajo el *Mental Health Act (1983)*

9. Síndrome de Charles Bonnet

Las alucinaciones visuales complejas pueden producirse por un déficit visual (especialmente la degeneración macular; más probable cuando están afectados ambos ojos). Las alucinaciones con frecuencia aparecen sin aviso previo y duran de segundos a días. Pueden ser desde formas simples hasta caras, animales o personas. La respuesta a las alucinaciones difiere de paciente a paciente; puede ser aterradora o agradable. El *insight* está normalmente preservado y la principal preocupación de los pacientes es si están sufriendo una demencia u otra enfermedad mental. Ofrecer explicaciones para estos fenómenos puede proporcionar alivio. Algunas técnicas sencillas para hacer desaparecer las alucinaciones son: aumentar la iluminación, distraerse, cerrar los ojos, mirar lejos de la imagen o mirar repetidamente entre dos puntos imaginarios en una pared. Si la angustia continúa, hay informes de casos en los que los ISRS han ofrecido algún beneficio.

Los pacientes necesitan ser monitorizados estrechamente, ya que las alucinaciones visuales pueden ser anticipar una demencia, particularmente la demencia por cuerpos de Lewy.

Hay un equivalente auditivo del síndrome de Charles Bonnet, donde las personas con sordera experimentan alucinaciones musicales u otras alucinaciones auditivas. Una vez más, el tratamiento de elección es la distracción del paciente con tareas que incrementen su actividad.

Puntos clave:

- La privación sensorial puede causar alucinaciones. La corrección del déficit sensorial normalmente disminuye la experiencia. Si esto no es posible, la explicación de los fenómenos puede ofrecer alivio.
- Las alucinaciones visuales pueden ser un primer signo de demencia (especialmente patología por cuerpos de Lewy).

10. Alcohol

En los mayores disminuye la tolerancia al alcohol, lo que conduce a un mayor riesgo de intoxicación. La enfermedad física y la polifarmacia incrementan el riesgo de efectos adversos.

Aunque algunas personas mayores tienden a reducir su ingesta de alcohol y es frecuente la abstinencia, la nueva generación de *baby boomers*, en la década de los 60 años, tiene una actitud más tolerante hacia el alcohol y más problemas relacionados con el alcohol. El consumo puede incrementarse en la ancianidad, a menudo precipitado por factores psicosociales (incluyendo duelo, jubilación, aburrimiento y soledad), enfermedades físicas o mentales, o problemas de memoria. Es más probable que el abuso de sustancias de inicio en la

ancianidad sea leve y que responda a breves esfuerzos para animar a la reducción del consumo o a la abstinencia.

El abuso de alcohol es mucho más difícil de ser detectado en las personas mayores, ya que está ocultado por enfermedades no específicas y trastornos como problemas intestinales y el insomnio, o puede ser diagnosticado erróneamente como demencia o depresión. Los clínicos deben estar alertas en pacientes con inconsistencias y contradicciones entre la historia y la presentación clínica, con altibajos inexplicables y en aquellos que repetidamente van bien en el hospital y mal en su domicilio.

Estrategias de manejo

Abordar los problemas que causaron la dependencia al alcohol puede tener un gran impacto en esta población de pacientes. Esto significa que es necesario un manejo activo de los problemas de salud (por ej. dolor, movilidad), además de alentar a participar en actividades sociales no relacionadas con la bebida, tal como la asistencia a centros de día, o el traslado a lugares residenciales con mayor apoyo. El asesoramiento de las personas mayores necesita basarse en una evaluación, y las necesidades de cada persona deben coincidir con el rango de tratamientos y servicios disponibles.

Puntos clave:

- El abuso de alcohol es menos común en las personas mayores, pero está aumentando.
- Puede pasar desapercibido si no se tiene en consideración.
- Es muy importante abordar los problemas subyacentes de salud física y mental.
- Las personas mayores tienen más probabilidad de estar motivadas para la abstinencia, en comparación con adultos más jóvenes.

Caso 9

La enfermera asociada a la atención alerta al MAP sobre un hombre de 72 años que ha acudido regularmente a la consulta con EPOC. Su esposa falleció hace unos nueve meses, y él no ha acudido desde entonces. El MAP organiza una visita domiciliar y encuentra el piso del paciente en un estado desordenado, aunque no precario. Informa que su hija, que vive a 150 km de distancia, le visita una vez al mes para ayudarlo en la limpieza y en las compras. El MAP observa una gran cantidad de botellas de vino vacías en el jardín. El paciente huele a alcohol y parece fatigado. Afirma que se siente muy aislado socialmente tras la muerte de su esposa, y que comenzó a beber cantidades cada vez mayores de vino barato. Informa que se quedó sin sus inhaladores hace varias semanas. Aunque su movilidad es precaria, aún puede acudir a la tienda de la esquina a comprar el periódico, un sándwich y una botella de vino cada día. El MAP contacta con Servicios Sociales. Se organiza un paquete de cuidados, que incluye asistencia para la limpieza y compras, y asegurar que el paciente tenga suficiente suministro de medicación. Se le ofrece consejo sobre los servicios locales de atención a drogas y alcohol. Una vez que se aborda su dificultad respiratoria, el paciente se siente mejor y está de acuerdo con

la derivación a un centro de día. Con posterioridad decide trasladarse a un alojamiento protegido.

Comentario: los problemas de alcohol son relativamente infrecuentes en las personas mayores, pero a menudo pasan desapercibidos. El pronóstico es mejor cuando se abordan los problemas de salud física y mental.

11. Problemas de personalidad

Conforme avanza la edad, algunos rasgos de personalidad pueden llegar a ser más pronunciados (especialmente rigidez, introversión, excesiva prudencia y obsesiones), mientras que otros como la psicopatía y los trastornos de inestabilidad emocional (“borderline”), pueden mejorar. Los acontecimientos vitales, especialmente la pérdida de la pareja, puede reavivar estrategias de afrontamiento poco útiles, como la búsqueda excesiva de ayuda, la autolesión, y la solicitud de sedantes. Son muy importantes las revisiones periódicas con (cuando sea posible) un solo profesional de atención primaria y la puesta de límites claros, especialmente sobre la prescripción de medicamentos no apropiados.

Los cambios de personalidad con un inicio relativamente repentino, junto con aumento del egocentrismo y la rigidez, necesitan ser investigado para estudiar casusas orgánicas subyacentes como la demencia frontal.

12. Trastorno de acumulación y síndrome de Diógenes

Llamado así por el filósofo Diógenes (que vivía en un barril), es un síndrome relativamente raro que describe un agravamiento de personalidades excéntricas y distantes/solitarias, que conducen al aislamiento, la grave auto-negligencia, la acumulación extrema y unas condiciones de vida precarias. El término preferido (codificado en DSM-5) para personas que acumulan objetos es “Trastorno por acumulación”. La acumulación y la miseria pueden ser debidas a demencia, daño en lóbulo frontal causado por un ACV, depresión, TOC y esquizofrenia crónica. Muchos, sin embargo, no tienen un trastorno psiquiátrico adicional, y a menudo hay resistencia a aceptar ayuda. La investigación ha demostrado que un tratamiento cognitivo-conductual puede ser útil en personas que acumulan, aunque éste no está disponible en todos los dispositivos.

En este grupo de pacientes vale la pena buscar una opinión especializada sobre si existe un trastorno subyacente tratable, para determinar si la persona podría ser susceptible de TCC o medidas más prácticas (por ej., la aceptación de una limpieza realizada por una agencia de salud o del ayuntamiento). En casos de alto riesgo (por ej, incendio o infestación), podría ser necesario el uso de un internamiento no voluntario¹³.

¹³ Nota de traducción. Legislación española: Artículo 763 Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico de la Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil.

para resolver la situación.

Puntos clave:

- Los cambios de personalidad relativamente bruscos necesitan ser investigados para descartar demencia y otras enfermedades orgánicas.
- En las personas mayores con auto-abandono y/o que viven en condiciones precarias, la enfermedad mental podría no ser inmediatamente evidente.
- Tras la introducción en *2014 del Care Act*¹⁴, el auto-abandono debe ser considerado como una razón para sopesar una derivación de salvaguarda.

Caso 10:

Un bibliotecario jubilado de 71 años es llevado a la atención de un MAP por los servicios sociales. Nunca ha estado casado y ha estado viviendo en su piso de protección durante casi 40 años, inicialmente con su madre, hasta que falleció hace 10 años. No existe familia conocida. Después de quejas de sus vecinos sobre un mal olor, el oficial de vivienda inspeccionó su piso, encontrando periódicos acumulados, comida podrida, roedores muertos y excrementos. El paciente presenta signos de auto-abandono, con el pelo y las uñas sin cortar, y expresa su sorpresa ante el estado al que había llegado. Es reacio a aceptar cualquier ayuda o a abandonar su piso. Es ingresado eventualmente en una unidad de salud mental de acuerdo con la ley de ingresos no voluntarios* para evaluación. Aunque se inicia tratamiento con antidepresivos, no se puede establecer un diagnóstico psiquiátrico claro, y es dado de alta a una vivienda protegida.

Comentario: El llamado síndrome de Diógenes puede ser visto como una exageración en la vejez de rasgos inusuales de personalidad solitaria. Esto lleva al auto-abandono extremo y a vivir en condiciones domésticas de miseria, con un *insight* limitado sobre su situación. Aunque podría no haber una enfermedad mental inmediatamente evidente, puede ser necesario utilizar la legislación sobre ingresos no voluntarios de la LEC¹⁵ para resolver la situación. Los factores considerados por los pacientes como más importantes en una intervención exitosa son: el respeto, involucrarse a tiempo en el tratamiento, e intervenciones realizadas como parte de una relación persistente y de apoyo importante al individuo. En los casos menos graves, la TCC podría ser efectiva.

En la versión británica, *Mental Health Act (1983)*

¹⁴ Ley británica que obliga a las autoridades a proteger a personas con necesidades especiales de cuidados.

¹⁵ En la versión británica: Section 2 of the Mental Health Act (1983)

13. Maltrato de personas mayores

El abuso o maltrato puede deberse a actos de comisión (físicos, sexuales, abuso verbal o emocional; explotación financiera) u omisión (por ej. negligencias tal como no proporcionar alimentos o ignorar peticiones de ayuda). En las personas mayores el riesgo es similar independientemente del género, edad o estatus socioeconómico. Se sabe que el abuso doméstico está infra-comunicado. Las formas más frecuentes son el abuso verbal y la explotación financiera por parte de miembros de la familia, así como el maltrato físico por parte de los cónyuges.

Los factores de riesgo para ser víctimas de abuso son el aislamiento social, la ausencia de un cuidador disponible, y la elevada dependencia. Es más probable que los abusos sean cometidos por cuidadores con problemas de salud mental, abuso de sustancias o problemas económicos. La estrategia de prevención más importante es reducir el aislamiento social.

Puntos clave:

- Los abusos domésticos en las personas mayores son infra-comunicados.
- Las formas más frecuentes son el abuso verbal y la explotación financiera por parte de miembros de la familia, así como el abuso físico por parte de los cónyuges.
- La estrategia de prevención más importante es reducir el aislamiento social.
- El papel de un MAP en la salvaguardia es estar alerta a los signos de abuso y comentar la sospecha con los servicios sociales y jurídicos correspondientes, generalmente por la vía de los servicios sociales.

Anexos

Anexo 1: Presentaciones psiquiátricas resultantes de enfermedades médicas y fármacos

Trastorno	Enfermedades físicas	Fármacos
Depresión	Daño cerebral (ACV, neoplasia), Enfermedad de Cushing, Enfermedad de Huntington, Esclerosis múltiple, Hipotiroidismo, Déficit de vitaminas (B,D), enfermedad de Parkinson, Angina e Infarto de miocardio, Anemia, Diabetes mellitus, Dolor, Malignidad (esp. páncreas, pulmón), Trastornos electrolíticos	Esteroides, Anticolinérgicos, Alcohol
Manía	Daño cerebral (ACV, neoplasia), Enfermedad de Cushing, Enfermedad de Huntington, Hipertiroidismo, Esclerosis múltiple, Epilepsia del lóbulo temporal, Déficit de vitaminas (B,D), enfermedad de Parkinson	Medicación antiparkinsoniana (Agonistas dopaminérgicos), Esteroides, Antidepresivos, Alcohol, Cafeína
Ansiedad	Daño cerebral (ACV, neoplasia), Feocromocitoma, Enfermedad de Huntington, Hipertiroidismo, enfermedad de Parkinson, Enfermedad cardiaca (angina, infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, arritmias), Hipoglucemia, Enfermedad respiratoria (EPOC, neumonía, embolismo pulmonar)	Esteroides, Antidepresivos, Tiroxina, Anticolinérgicos, Simpaticomiméticos, Alcohol, Cafeína
Psicosis	Daño cerebral (ACV, neoplasia), Enfermedad de Cushing, Enfermedad de Huntington, Epilepsia del lóbulo temporal, enfermedad de Parkinson, Angina e Infarto de miocardio	

Geriatric Depression Scale

Geriatric Depression Scale de 5 items (GDS-5)*

1. ¿Está satisfecho con su vida? Si/No
2. ¿Se encuentra a menudo aburrido? Si/No
3. ¿Se siente a menudo abandonado? Si/No
4. ¿Prefiere quedarse en casa a salir y hacer cosas? Si/No
5. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos? Si/No

Escala GDS-5: un punto de corte igual o mayor de 2 como sugerente de depresión en la

*Ortega Orcos R, Salinero Fort MA, Kazemzadeh Khajoui A, Vidal Aparicio S, de Dios del Valle R. Validación de la versión española de 5 y 15 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica en personas mayores en Atención Primaria. Rev Clin Esp. 2007;207(11):559-62.

Geriatric Depression Scale de 15 ítems (GDS-15)¹⁶

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión española): GDS-VE		
1. ¿ En general, está satisfecho/a con su vida?	Sí	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí	No
3. ¿ Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Sí	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	Sí	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	Sí	No
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Sí	No
13. ¿ Se siente lleno/a de energía?	Sí	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí	No
PUNTUACIÓN TOTAL		
<i>Las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.</i>		

La sensibilidad alcanzada ha sido del 81,1% y la especificidad del 76,7% para un punto de corte de 5 o más puntos

Cribado para la depresión

El cuestionario de dos ítems funciona en personas mayores.

En el último mes, ¿ha:

- estado preocupado por sentirse deprimido o desesperado?
- experimentado poco interés o placer en hacer las cosas?

¹⁶ Martínez de la iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. MEDIFAM 2002, 12: 620-630

“Lo que un Médico de Atención Primaria (MAP) necesita saber sobre ...”

Cómo evaluar la capacidad mental

Cualquier evaluación de la capacidad es específica del motivo y del momento. Por tanto, si alguien le pide evaluar la capacidad mental de una persona, su primera pregunta debe ser “¿para qué?”

Hay cuatro etapas:

- ¿Puede la persona recibir/entender la información requerida?
- ¿Puede retenerla el tiempo suficiente como para sopesarla y llegar a una decisión?
- Asumiendo que la tenga, ¿es capaz de sopesarla?
- ¿Puede expresarla?

Los cinco principios del Act (ABCDE, en la versión británica) pueden resumirse como:

- A. (Assume) Asumir que la capacidad está presente – la responsabilidad es probar que la persona carece de ella
- B. (Best interests) En el mejor interés del paciente -téngalo en mente todo el tiempo.
- C. (Choose) Elige el método de tratamiento menos restrictivo.
- D. (Decisions) Se permiten decisiones aunque sean poco prudentes.
- E. (Ensure) Asegurar que se toman todas las medidas para ayudar a maximizar la capacidad de la persona para tomar parte en una prueba de capacidad, por ej., un lugar tranquilo, y que los audífonos funcionen.

Internamiento no voluntario

La ley ha establecido un marco para cuidar a las personas con enfermedades mentales (no enfermedad física) que están rechazando el tratamiento. En España, este supuesto viene regulado por la **Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil**, concretamente en su **Artículo 763 “Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico”**. Este artículo recoge:

1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el

plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.
3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oirá a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.

Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

Procedimiento de incapacitación

Este procedimiento está regulado por dos leyes:

- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil: “De los procesos sobre la capacidad de las personas”, en sus artículos 756 a 762:

- 756 Competencia: Será competente para conocer de las demandas sobre capacidad y declaración de prodigalidad el Juez de Primera Instancia del lugar en que resida la persona a la que se refiera la declaración que se solicite.

- Artículo 757 Legitimación en los procesos de incapacidad y de declaración de prodigalidad
 - 1. La declaración de incapacidad puede promoverla el presunto incapaz, el cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes, o los hermanos del presunto incapaz.
 - 2. El Ministerio Fiscal deberá promover la incapacidad si las personas mencionadas en el apartado anterior no existieran o no la hubieran solicitado.
 - 3. Cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacidad. Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacidad en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal-
 - 4. No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores, la incapacidad de menores de edad, en los casos en que proceda conforme a la Ley, sólo podrá ser promovida por quienes ejerzan la patria potestad o la tutela.
 - 5. La declaración de prodigalidad sólo podrá ser instada por el cónyuge, los descendientes o ascendientes que perciban alimentos del presunto pródigo o se encuentren en situación de reclamárselos y los representantes legales de cualquiera de ellos. Si no la pidieren los representantes legales, lo hará el Ministerio Fiscal.
- Los artículos 758 a 761 la ley especifica aspectos concretos del procedimiento.
- Artículo 762 Medidas cautelares:
 - 1. Cuando el tribunal competente tenga conocimiento de la existencia de posible causa de incapacidad en una persona, adoptará de oficio las medidas que estime necesarias para la adecuada protección del presunto incapaz o de su patrimonio y pondrá el hecho en conocimiento del Ministerio Fiscal para que promueva, si lo estima procedente, la incapacidad.
 - 2. El Ministerio Fiscal podrá también, en cuanto tenga conocimiento de la existencia de posible causa de incapacidad de una persona, solicitar del tribunal la inmediata adopción de las medidas a que se refiere el apartado anterior. Las mismas medidas podrán adoptarse, de oficio o a instancia de parte, en cualquier estado del procedimiento de incapacidad.
 - 3. Como regla, las medidas a que se refieren los apartados anteriores se acordarán previa audiencia de las personas afectadas. Para ello será de aplicación lo dispuesto en los artículos 734, 735 y 736 de esta Ley

-Código Civil: TÍTULO IX. “De la incapacidad”, artículos de 199 a 201

- Art. 199. Nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la Ley. Se modifica por el art. 1 de la Ley 13/1983, de 24 de octubre. Ref. BOE-A-1983-28123.
- Art. 200. Son causas de incapacidad las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma. Se modifica por el art. 1 de la Ley 13/1983, de 24 de octubre. Ref. BOE-A-1983-28123.
- Art. 201. Los menores de edad podrán ser incapacitados cuando concurra en ellos causa de incapacidad y se prevea razonablemente que la misma persistirá después

de la mayoría de edad. Se modifica por el art. 1 de la Ley 13/1983, de 24 de octubre.
Ref. BOE-A-1983-28123.

Poder notarial

- (Ordinariamente) un poder notarial se realiza cuando una persona con capacidad para tomar una decisión determinada elige dar a otra persona autoridad para actuar en su nombre. Es sólo válida mientras la persona tiene capacidad.

Breve resumen sobre las guías NICE

Depresión en adultos: identificación y manejo (Guía Clínica NICE 90)

- Considere plantear a las personas que pueden tener depresión dos preguntas:
 - Durante el último mes, ¿se ha sentido a menudo molesto por sentirse bajo, deprimido o desesperado?
 - Durante el último mes, ¿se ha sentido a menudo molesto por tener poco interés o placer en hacer las cosas?
- No deben prescribir antidepresivos en depresión leve de nuevo inicio, más bien, ofrecer autoayuda individual guiada, terapia cognitivo-conductual (por ordenador), ejercicio o un programa de actividades físicas grupales estructurado.
- Los antidepresivos, inicialmente un ISRS, se recomiendan para depresión moderada a severa y distimia.
- Los antidepresivos no están asociados con la adicción, pero se debe informar a los pacientes sobre los efectos de la discontinuación (retirada).
- Continúe la medicación por lo menos 6 meses tras la remisión de un episodio de depresión (2 años si está en mayor riesgo de recidiva).

Psicosis y esquizofrenia en adultos: prevención y manejo (Guía Clínica NICE 178)

- Para la esquizofrenia recientemente diagnosticada, prescriba medicación antipsicótica oral. La opción debe ser tomada conjuntamente por el paciente y el profesional del cuidado médico.
- Realice ECG si está especificado en las características del producto (antipsicótico), si en el examen físico ha identificado un riesgo cardiovascular (o sea Hipertensión) o si hay antecedentes de enfermedad cardiovascular.
- No inicie combinación de medicación antipsicótica regular, excepto durante periodos cortos (por ej., cuando se cambia de medicación).
- En el primer año tras el diagnóstico, se debe monitorizar la salud física en coordinación con el equipo de atención secundaria.
- Los MAPs y otros profesionales de atención primaria deben supervisar la salud física de las personas con psicosis o esquizofrenia cuando la responsabilidad de la supervisión ha sido transferida desde atención secundaria, y entonces al menos, anualmente.
 - Las exploraciones incluyen:

- peso (registrado en un gráfico);
- perímetro de la cintura (medido acostado);
- pulso y tensión arterial;
- glucemia en ayunas, hemoglobina glicosilada (HbA1c), perfil de lípidos en sangre y niveles de prolactina;
- evaluación de cualquier trastorno del movimiento;
- evaluación del estado nutricional, dieta y nivel de actividad física; y
- el abandono del hábito de fumar y el asesoramiento dietético podrían ser útiles.

Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en adultos: manejo (Guía Clínica NICE 113)

- Recomienda un enfoque de “cuidado escalonado” y el tratar antes el trastorno primario (por ej depresión, uso de sustancias).
- La terapia psicológica debe usarse como terapia de primera línea siempre que sea posible ya que se considera más efectiva que la farmacoterapia.
- En la farmacoterapia, hay más evidencia para los ISRS y se recomienda la sertralina como un tratamiento de primera línea.
- Trastorno de pánico: estimule la auto-ayuda basada en TCC; no utilice benzodiazepinas; si los ISRS no son tolerados o son ineficaces, puede utilizarse imipramina o clomipramina.
- Trastorno de ansiedad generalizada: estimule la TCC -basada en auto-ayuda, intervenciones de elevada intensidad psicológicas si es ineficaz; no utilice benzodiazepinas durante más de 2-4 semanas; si los ISRS no son tolerados o son ineficaces, puede utilizarse IRSN o pregabalina.

Prevención y manejo del delirium (Guía Clínica NICE 103)

- Si los síntomas o signos sugieren delirium, realice una evaluación clínica como el Confusion Assessment Method breve (short CAM) para confirmar el diagnóstico.
- En personas diagnosticadas de delirium, identifique y trate las posibles causas subyacentes o la combinación de causas.
- Asegurar una comunicación y reorientación efectivas (por ej., explicando dónde está la persona, quién es, y cuál su situación) y proporcionar seguridad a las personas diagnosticadas de delirium.
- Considere involucrar a la familia, amigos y cuidadores en la atención.
- Proporcione un ambiente de cuidado adecuado.
- Si la persona se considera un riesgo para sí mismo o para los demás y las técnicas de desescalada son ineficaces o inapropiadas, considere dar a corto plazo (normalmente durante una semana o menos) haloperidol u olanzapina. Empezar por la dosis más baja clínicamente apropiada, y titular cuidadosamente según los síntomas.
- Pensar en el delirium
- Tenga en cuenta que las personas en el hospital o con cuidados de larga evolución podrán estar a riesgo de delirium.

Servicios de atención a los mayores

Servicio	Detalles del contacto
Ansiedad/depresión leve	MAP
Otros problemas de salud mental no urgentes	MAP y USM
Servicio de salud mental comunitario para mayores	USM
Servicios de enlace con Atención Primaria	USM y UPPE
Problemas de salud mental urgentes	Urgencias de Psiquiatría, hospitales generales
Servicios Sociales (planes de cuidados, evaluación de Residencias, etc.)	Trabajo social de CS, USM y hospitales

MAP = Médico de Atención Primaria

USM = Unidad de Salud Mental

UPPE = Unidad de Psiquiatría Psicosomática y Enlace

CS = Centro de Salud

Otras lecturas

- Integrated management of depression in the elderly. Edited by Carolyn Chew-Graham, Robert Baldwin and Alistair Burns. Cambridge University Press 2008.
- Mental Health in Older People in Practice. By Alistair Burns, Nitin Purandare and Sarah Craig. Royal Society Press Limited 2002.
- Practical Old Age Psychopharmacology. By Stephen Curran and Roger Bullock. Radcliffe Publishing 2005.
- Geriatric Medicine for Old Age Psychiatrists. By Alistair Burns, Michael Horan, John Clague and Gillian McLean. Taylor and Francis 2006.
- Oxford Handbook of Old Age Psychiatry. Bart Sheehan, Salman Karim and Alistair Burns. Oxford University Press 2011.
- Psiquiatría geriátrica (2ª Edición). Luis Fernando Agüera Ortiz. Editorial Masson. 2006.