

# **ESTO (NO) ES UN MANUAL DE PSICOGERIATRÍA**

**Un aporte de la psiquiatría a la atención integral  
de la persona mayor**

**Hugo Pisa**

**umai**  
Universidad  
Maimónides



## Hugo Pisa

Médico especialista en psiquiatría. Magister en psicofarmacología (Fundación Favaloro) y Magister en Desarrollo humano (FLACSO). Desarrolló su práctica clínica en el Hospital Italiano, institución en la que llevó a cabo su especialidad. Integró el equipo de psicogeriatría de la misma y del Hogar LeDor VaDor. También realizó la carrera de formación docente y la diplomatura en políticas de cuidado.

Forma parte del capítulo de psicogeriatría de APSA (asociación de psiquiatras de Argentina) donde se desempeñó como presidente en dos oportunidades. Y es miembro de la SAGG (Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría). En la actualidad, combina su práctica clínico-asistencial con la docencia (en especializaciones, congresos, cursos universitarios y diplomaturas orientadas al abordaje integral de la persona mayor) y la producción académica (artículos y capítulos de libros de la especialidad).

**ESTO (NO) ES  
UN MANUAL DE  
PSICOGERIATRÍA**



**Hugo Pisa**

**ESTO (NO) ES  
UN MANUAL  
DE PSICOGERIATRÍA**

**Un aporte de la psiquiatría a la atención  
integral de la persona mayor**

**umai** Universidad  
Maimónides

© **2025 Universidad Maimónides, Editorial Científica y Literaria**

Hidalgo 775 - C1405BCK - Tel 5411 4905-1100

Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

editorial@maimonides.edu

Todos los derechos reservados. Queda hecho el depósito que establece la ley 11.723

La Editorial Universidad Maimónides es miembro de



Pisa, Hugo

Esto no es un manual de gerontología / Hugo Pisa. - 1a ed ampliada. -

Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Universidad Maimónides, 2026.

392 p. ; 23 x 16 cm.

ISBN 978-987-1699-66-7

1. Gerontología. I. Título.

CDD 612.67

*A Mariana*

*A mis hijas, Julieta, Ana y Ema*

*A mi familia de Tucumán*

*Al Hogar LeDor VaDor*

*Al Capítulo de Psicogeriatría de APSA*

*Al Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano*

*Se pueden crear entre las palabras y los objetos  
nuevas relaciones y precisar algunos  
caracteres del lenguaje y de los objetos,  
generalmente ignorados en la vida cotidiana*

René Magritte

*Un libro es una secuencia de espacios.  
Cada uno de esos espacios es percibido en un momento  
diferente: un libro es también una secuencia de momentos*

Ulises Carrión

*La teoría es el resultado de experiencias,  
lecturas y discusiones*

Víctor Alba



# Índice

|                                                                                 |           |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Prólogo I .....</b>                                                          | <b>11</b> |
| <b>Prólogo II .....</b>                                                         | <b>13</b> |
| <br><b>Primera parte: Generalidades .....</b>                                   | <b>15</b> |
| Introducción .....                                                              | 17        |
| A propósito del recorrido .....                                                 | 21        |
| Ubicándonos en la psicogeriatría .....                                          | 23        |
| 1. El contexto. Su influencia .....                                             | 23        |
| 2. Quién atiende. La interdisciplina y el lugar de la psicogeriatría. ....      | 27        |
| 3. El envejecimiento. Particularidades .....                                    | 31        |
| 4. Viejismo .....                                                               | 33        |
| 5. Fragilidad .....                                                             | 36        |
| 6. Aspectos psicodinámicos del envejecimiento .....                             | 37        |
| 7. Aspectos biológicos del envejecimiento .....                                 | 40        |
| <br><b>Segunda Parte: La entrevista - diagnósticos, personalidad y contexto</b> | <b>43</b> |
| 1. La entrevista en psicogeriatría .....                                        | 45        |
| 2. Los diagnósticos: lo prevalente y lo frecuente .....                         | 63        |
| Patologías prevalentes en psicogeriatría .....                                  | 63        |
| Depresión .....                                                                 | 67        |
| La evaluación del riesgo suicida .....                                          | 79        |

|                                                               |         |
|---------------------------------------------------------------|---------|
| Apatía o síndrome apático .....                               | 89      |
| Las demencias.....                                            | 101     |
| Síntomas psicológicos y conductuales en las demencias .....   | 121     |
| Aspectos bioéticos de la(s) demencia(s).....                  | 127     |
| Síndrome confusional.....                                     | 137     |
| Patologías frecuentes en psicogeriatría .....                 | 145     |
| Psicosis.....                                                 | 149     |
| El trastorno bipolar .....                                    | 161     |
| Ansiedad .....                                                | 169     |
| <br>3. La personalidad .....                                  | <br>185 |
| El trastorno de la personalidad .....                         | 185     |
| El intratable en tratamiento.....                             | 197     |
| <br>4. El contexto/entorno .....                              | <br>205 |
| El contexto sociohistórico de la vejez.....                   | 205     |
| Familia y cuidadores .....                                    | 209     |
| La institución geriátrica (Como generadora de síntomas) ..... | 221     |
| <br><b>Tercera parte: El y los tratamientos</b> .....         | <br>227 |
| Toma de decisiones en psicogeriatría .....                    | 229     |
| El tratamiento psicofarmacológico exitoso .....               | 239     |
| Tratamiento de la depresión .....                             | 249     |
| Tratamiento de la ansiedad.....                               | 263     |

|                                                       |            |
|-------------------------------------------------------|------------|
| Tratamiento del trastorno bipolar .....               | 269        |
| Tratamiento de la psicosis .....                      | 275        |
| Tratamiento de las demencias .....                    | 279        |
| Tratamiento del síndrome confusional .....            | 291        |
| Tratamiento de los trastornos de la personalidad..... | 295        |
| Cuando la indicación es desprescribir .....           | 299        |
| Qué no hacer en psicogeriatría.....                   | 315        |
| <b>Cuarta parte: Emergencias y otros temas .....</b>  | <b>319</b> |
| La emergencia en psicogeriatría .....                 | 321        |
| La soledad: el nuevo gigante .....                    | 331        |
| Sexualidad en la vejez .....                          | 343        |
| El cuerpo .....                                       | 353        |
| El cuerpo y la vejez.....                             | 355        |
| El dolor.....                                         | 365        |
| El rol del psicogeriatra en cuidados paliativos ..... | 375        |
| Hacia una (nueva) filosofía de la vejez.....          | 385        |
| <b>Agradecimientos .....</b>                          | <b>389</b> |



# Prólogo I

Prologar —o intentar prologar— este libro, por pedido del autor, es un placentero desafío para mí. Placentero, dado que me une a Hugo Pisa un vínculo afectuoso, largo y duradero, con la psicogeriatría como pilar.

Allá lejos en el tiempo, cuando fuera activo participante del curso de psicogeriatría que planteé oportunamente, daba cuenta de su interés por nuestras personas mayores. Más adelante, confiándole el cuidado de mis pacientes durante mis recesos para, posteriormente, aceptar mi invitación a formar parte del área de psicogeriatría en el Hogar Ledor Vador, donde compartimos largos años, los últimos signados por el impacto y las complejidades de la pandemia de COVID-19. Años de actividad asistencial, compromiso académico, docente y de investigación. En síntesis, es un placer revisitar la historia de mi vínculo con el autor, que también es parte de la historia de su recorrido en la psicogeriatría hasta llegar a la obra en cuestión.

El aspecto desafiante radica, para mí, en intentar estar a la altura de esta maravillosa producción. Decidí abordar este prólogo analizando el libro desde las bases para pensar y conceptualizar los problemas de nuestros pacientes, que han sido los ejes que estructuraron mi (nuestra) formación, allá, en épocas de la residencia de psiquiatría en el Hospital Italiano, con la profesora Lía Ricón como maestra indiscutida, y que Hugo enfatiza desde el comienzo estructurando también el texto con estas premisas.

En primer lugar, cuáles son los problemas, dificultades y síntomas del paciente: *diagnóstico de enfermedad, diagnóstico psicopatológico*. En segundo tér-

mino, quién es la persona en cuestión, cuáles son sus singularidades, rasgos, hábitos, intereses, su forma de estar en el mundo: *diagnóstico de personalidad*. Finalmente, el contexto en el que transcurren/discurren las problemáticas de esta persona en particular: *diagnóstico de situación*.

Decidí, por tanto, y a modo de licencia, pensar *Esto (no) es un manual de psicogeriatría*, aplicando estas dimensiones de análisis.

Con respecto al primer eje de análisis, para dar cuenta de la caracterización (no sintomática ni problemática, pero valga como licencia), tomaré prestado, a través de Hugo, a Sadavoy, a quien cita con las 5C para describir un modelo integrado de la psicogeriatría. Y he de decir que este (no) manual es coherente, cohesivo, completo, complejo y cautivante.

Con respecto a la *personalidad* del texto, es indiscutible encontrar a Hugo Pisa a través de sus páginas, con sus ejemplos y citas literarias, que dan cuenta del enriquecimiento nutritivo de las lecturas *no psiquiátricas*, los indispensables aportes de la epistemología, historia de la psiquiatría, sociología y antropología. Evoca la imagen del autor siempre acarreado algún volumen entre sus manos y visitando librerías.

Finalmente, el eje contextual. El incremento sostenido de la población mayor, tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, determina que los profesionales de la salud se encuentren frente al desafío de asistir cada vez con más frecuencia a personas más añosas; si, en algún momento, dedicarse a la psicogeriatría pudo ser una elección, actualmente y a futuro resulta una práctica ineludible.

El libro brinda herramientas valiosas para la asistencia, sin dar recetas cerradas y acabadas, con reflexiones permanentes acerca de las vejez, que nos invita a reflexionar permanentemente acerca de nuestra práctica y nuestro acercamiento a las personas mayores.

Por todo lo expresado hasta aquí, celebro la llegada de *Esto (no) es un manual de psicogeriatría* que, creo, está llamado a convertirse en un texto de referencia.

**Judith Szulik**

## Prólogo II

Desde el título, el libro de Hugo Pisa nos lleva a reflexionar: no es un manual, entendiendo por manual “un libro en que se compendia lo más sustancial de una materia”. Entonces, ¿de qué se trata? Dice Hugo: “Es un aporte de la psiquiatría a la atención integral de la persona mayor”. Y entendemos de qué se trata; es un aporte desde los conocimientos, desde las reflexiones y desde la mirada clínica, que cuestiona las definiciones organicistas e inflexibles, recorriendo las diferentes aristas de la clínica psicogeriátrica.

Plantea la psicogeriatría en el marco de la psicogerontología, un marco interdisciplinario: la confluencia de disciplinas en la que se piensa un mismo objeto de interés en intercambio permanente, sin perder de vista las singularidades y la subjetividad, y la relación con el entorno y sus complejidades, tanto el vincular familiar como el social.

Vivimos una época en la que el envejecimiento poblacional es una realidad contundente, y en la que dicho dato cuantitativo no se corresponde frecuentemente con las calidades de envejecimiento en cuanto al lugar de los viejos en la sociedad, las miradas *viejistas*, el descuido socioeconómico, las dificultades en el acceso a la salud.

Los capítulos se deslizan en la descripción de los cuadros psicopatológicos geriátricos desde diferentes perspectivas, sin caer en la cristalización ni en la naturalización de los cuadros más frecuentes y de los más prevalentes, dando cuenta de las comorbilidades y los entrecruzamientos sintomáticos habituales en esta población en que las presentaciones psicopatológicas son heterogéneas

Esto (no) es un manual de psicogeriatría

y multicausales. Y dicha complejidad se lee con una profunda conexión con la experiencia clínica, lo que se trasunta en el decir de Hugo desde una posición del psiquiatra frente a la certidumbre-incertidumbre diagnóstica y frente al camino a seguir en los múltiples aspectos, incluyendo la prescripción y la desprescripción psicofarmacológica; posibilidad de preguntarse desde una posición no dogmática.

Aborda al paciente en su circunstancia: en su proceso de envejecimiento, en situación de aislamiento o soledad, en institucionalización.

En un campo en el que las certezas no abundan y la evidencia publicada es escasa, lo que supone muchas veces un desafío en el uno a uno, el aporte de este libro es importante: encuadra a la psicogeriatría dentro de una clínica que no es la clínica de la enfermedad, sino la clínica de la búsqueda del bienestar en todas sus acepciones.

“Envejecemos sin hacernos mayores”, manifiesta Byung-Chul Han. Hay tantas formas de envejecer como sujetos transcurriendo su propia historia; el proceso de envejecimiento será como cada uno lo vive.

Dice Graciela Zarebski: “Es paradójico, pero quienes menos soportan la idea del envejecer y la muerte son precisamente aquellos que, por una u otra razón, no están viviendo en el presente una vida plena... A la opción de ‘curar la vejez’ propongo una alternativa: ‘cuidar la vida’”.

Este libro se plantea en esa línea, la de cuidar la vida en la vejez. Por eso nos acompañará en nuestro hacer clínico cotidiano.

**Myriam Monczor**



Primera parte  
**(Generalidades)**



# Introducción

(Presentación de los problemas, desafíos y motivaciones)

*¿Considera que el anciano es una persona plena?*

Pregunta de una encuesta anónima

Este libro es el resultado de una pausa, de un deseo, de un impulso quizás, también de algunas intuiciones y experiencias clínicas; pero sobre todo, de una motivación por transmitir y compartir los pormenores, la mirada de un recorrido —que continúa— sobre una disciplina que se ocupa de atender a personas mayores: la psicogeriatría.

Nuestro recorrido será a partir de, justamente, la persona mayor. No debería sorprender ni tampoco parecernos una obviedad que un libro sobre psicogeriatría aclare que el recorrido será a partir de la *persona mayor*. En la agenda previa a la aparición del DSM-5,<sup>1</sup> se publicó que los estudios acerca de la incidencia y la prevalencia de las enfermedades mentales graves en esta población fueron —y son— escasos; que tuvieron problemas metodológicos, como el uso de definiciones y criterios diagnósticos inadecuados para las personas de edad avanzada; que de la variedad de presentaciones psicopatológicas, varias no encajan en la nomenclatura existente; y que los tratamientos (psicofarmac-

---

<sup>1</sup> Jeste DV, Blazer DG, First MB. Variaciones diagnósticas relacionadas con el envejecimiento. Necesidad de criterios diagnósticos apropiados para los pacientes psiquiátricos de edad avanzada. En: Narrow WE, First MB, Sirovatka PJ, Regier DA, editores. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico: agenda de investigación para el DSM-V. 2009. p. 265-268.

lógicos y psicológicos) necesitan ensayos clínicos que cuenten con un diseño apropiado para poder evaluar sus resultados.

En particular, la propuesta actual del DSM-5 se focaliza en el modelo de espectros y dimensiones. Situación que renueva la preocupación y el debate acerca de la patologización de la existencia normal, sumado al pretendido cambio paradigmático de identificar biomarcadores.<sup>2</sup> Las críticas que podemos hacerle a este manual clasificatorio son a partir de sus características:<sup>3</sup> *Reduccionismo biológico*; esto es, excluir a los factores que no sean orgánicos para explicar la enfermedad. *Ahistoricidad*, sería presentar a las enfermedades como hechos naturales, despojándolos de aspectos sociohistóricos-culturales. Y, por último, *asociabilidad*, lo que implicaría definir al acto médico como una intervención técnica más que social. Es decir, sin estimar las consecuencias que podría tener el hecho de diagnosticar —por ejemplo— un deterioro cognitivo a personas sanas. En este marco, el paciente adulto mayor vuelve a quedar por fuera: no se contempla su especificidad ni singularidad. Se incluyen las características particulares de cada trastorno, pero no se tiene en cuenta la complejidad que nos plantea la vejez y el envejecimiento en general. El problema quizás esté dado por tomar al manual como un libro de texto cuando en realidad solo constituye una guía.<sup>4</sup>

Por su parte, hace cuarenta años, los autores Zinberg y Kauffman decían: “Si [*la psicogeriatría*] es una especialidad, ¿dónde están quienes la practican con exclusividad? Porque son muchos los psiquiatras que atienden de forma ocasional a un paciente adulto mayor en cualquiera de sus modalidades (ambulatoria o institucional), pero son pocos los que se dedican de manera exclusiva”.<sup>5</sup> En este tiempo hubo un incremento sostenido de la población mayor a nivel mundial, y esto generó que las consultas que antes podían ser ocasionales se convirtieran en más habituales; quiera o no el profesional, se haya formado —o no— para hacerlo. En este sentido, se torna prioritario incluir en los diferentes planes de estudio, tanto de pregrado como de posgrado (residencias, concurrencias y cursos superiores de la especialidad), la enseñanza de las cuestiones inherentes al proceso de envejecer en sus variantes sana y enferma.

Por otro lado, tal vez por ser las situaciones clínicas más habituales, corremos el riesgo de reducir a la psicogeriatría a una subespecialidad nueva, que

2 Jufe GS, Mussa A, Toro-Martínez E, Rebok F. DSM-5: Luces y sombras. Vertex. 2014 Jan-Feb;25(113):10-7.

3 Stagnaro JC. Biomedicina o medicina antropológica. Vertex. 2002 Mar-May;13(47):19-26.

4 Rojtenberg SL. Depresiones y antidepresivos: de la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 15.

5 Zinberg NE, Kauffman I. Psicología normal de la vejez. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1979. p. 11-12.

podría denominarse *neurociencia clínica* o convertirse, sin más, en una rama de la *neurología*, situación que, sin duda, ya se refleja en la forma de entender el cuidado, los diagnósticos y los tratamientos de los problemas mentales en la vejez.

Asimismo, como mencionamos, la expectativa de vida se incrementó de quince a veinte años más debido a los progresos de la ciencia y de la medicina.<sup>6</sup> Sumado a una baja de la natalidad, la pirámide poblacional se invirtió: se angostó su base y se amplió el vértice. En la misma línea, la OMS reporta que —efectivamente— la población mundial está envejeciendo; en este contexto —dice— los mayores de 60 años pasarán del 11 % al 22 % en 2050; a su vez, este crecimiento será más rápido en los países de ingresos bajos y medianos, entre los cuales podríamos incluir a la Argentina. Asimismo, habrá más que nunca en el mundo personas octogenarias y nonagenarias. En este marco, las mujeres viven (vivirán) de seis a ocho años más que los hombres. Argentina, en particular, se encuentra entre los países más envejecidos de América Latina, junto con Cuba, Chile y Uruguay. Según los datos publicados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, para el año 2050, en nuestro país una de cada cinco personas tendrá 65 años y más. Este incremento de la expectativa de vida, uno de los mayores cambios de nuestro tiempo, adquiere cada vez más importancia:<sup>7</sup> nos ubica frente al desafío de un nuevo orden sociofamiliar, profesional y sanitario. Pero, como advierte Marc Augé: “La ciencia no nos hace ni más libres ni más felices, no nos ayuda a vivir mejor si sus adelantos no se traducen en producir una nueva conciencia social”<sup>8</sup>.

Por último, si existiesen nuevas formas de envejecer debido al aumento de la expectativa de vida, encuadrarlas como una *segunda adolescencia* o bajo los títulos de *tercera edad*; *viejos*; *gerontes*; *vejez*; *personas mayores*; *adultos mayores* y *ancianos* implica el riesgo de homogeneizar a este grupo poblacional, despojándolo de sus singularidades.

Planteados algunos de los problemas que le dan sentido y origen al libro, asumiremos el desafío de buscar respuestas para una práctica que día a día se nos presenta de manera compleja. En el recorrido que comienza van a confluir y articularse desde un punto de vista clínico diferentes disciplinas —humanísticas y científicas—, única manera de pensar y abordar la atención de la persona mayor, con algún tipo de sufrimiento mental. El antropólogo Richard

6 De Rosnay J, Servan-Schreiber JL, Closets F de, Simonnet D. Una vida extra: la longevidad, un privilegio individual, una bomba colectiva. Barcelona: Editorial Anagrama; 2006.

7 Rubin R, Jauregui R. Impacto del envejecimiento en la psiquiatría. Vertex. 2015;26:103-108.

8 Augé M. El antropólogo y el mundo moderno. México: Siglo XXI Editores; 2014.

Shewder lo plantea en estos términos —simples—: “Cualquier cosa es incompleta observada desde un punto de vista único. Incoherente cuando se la observa desde todos los puntos de vista, y vacía si no se la observa desde ningún punto de vista”.<sup>2</sup>

Nuestros objetivos y primeras motivaciones serán:

- Ampliar las posibilidades ante la complejidad que nos plantea y enfrenta la clínica en el transcurso de la vejez.
- Resaltar la heterogeneidad y diversidad que caracteriza a la población de las personas mayores.<sup>9</sup> Es decir, a *las vejeces* (expresión que popularizó el sociólogo suizo Lalive d'Epinay; y que en nuestro medio fue utilizada por la Dra. Haydee André para acentuar las particularidades y referirse a la imposibilidad de hablar de “La vejez” como un absoluto).
- Dudar, cuestionar, poner en tensión y reflexionar a partir de la experiencia y la práctica clínica.

---

9 Sánchez Vera P. Bases y fundamentos para una aproximación sociológica a la vejez. *Papers: Revista de Sociología*. 1992;40:99-120.

# A propósito del recorrido

*No es indispensable ser joven  
para vivir la vida y para gozar de ella,  
basta con mantener activo el deseo,  
no importa los años que se tengan*

—Leopoldo Salvarezza

El libro se estructurará de la siguiente manera. Nuestro punto de partida será ubicarnos en la psicogeriatría. Analizaremos el contexto general; es decir, las coordenadas sobre las cuales tanto los pacientes como los profesionales encargados de su asistencia transitamos y somos influenciados de igual manera por los lineamientos establecidos. Luego abordaremos lo relacionado con el envejecimiento: lo normal y lo patológico, así como los aspectos psicodinámicos que se encuentran implicados.

El recorrido continuará por describir la herramienta principal con la que contamos para evaluar, diagnosticar y tratar: la entrevista. A partir de allí, un punto que considero de suma importancia: el diagnóstico. Quiero resaltar en este punto la importancia de realizar un “diagnóstico integral”. Este contemplará tres partes: la *enfermedad* propiamente dicha, seguida por los aspectos que caracterizan a la *personalidad*, por un lado, y lo correspondiente al *contexto o entorno*, por el otro. Esto nos acerca, como veremos, a un tratamiento “exitoso” y nos aleja de un error habitual: llevar a cabo una “lucha” contra el síntoma sin contemplar, al momento de delinear un tratamiento, la especificidad del diagnóstico, como lo planteamos a partir de tener en cuenta esas “tres partes”.

Desarrollaremos luego las patologías prevalentes, que podríamos agrupar bajo las siglas DDD: depresión, demencias y *delirium* (o síndrome confusional).<sup>10</sup> Se incluirán, debido a su relación estrecha, la apatía, los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias, y un apartado fundamental: el suicidio en la vejez. Luego desarrollaremos tres situaciones que son frecuentes: ansiedad, psicosis y bipolaridad. Estas pueden relacionarse con los diagnósticos anteriores o presentarse de manera independiente.

En línea con lo que planteamos sobre la importancia del diagnóstico en tres partes, continuaremos con los aspectos vinculados a la personalidad y sus trastornos; sobre todo, el papel relevante que tienen tanto en la dinámica clínica como en los tratamientos. Luego será el turno del contexto o entorno; en particular, lo que se relaciona con la familia (acompañantes, allegados o cuidadores); cómo influyen y cuáles son sus implicancias. Asimismo, incluiremos un contexto particular: las residencias de larga estancia —los geriátricos—.

Una vez realizado el diagnóstico, seguiremos nuestro recorrido con el tratamiento. En particular nos preguntaremos: ¿Desde dónde o a partir de qué parámetros tomaremos nuestras decisiones? Por otro lado, ¿qué es lo que nos acerca a un tratamiento exitoso? Profundizaremos sobre los factores que se encuentran involucrados. Una vez concluida esta introducción, estaremos en condiciones de desarrollar los tratamientos de cada uno de los trastornos. Por último, en este marco, abordaremos la importancia de la desprescripción como parte de los tratamientos, así como aquello que deberíamos evitar: no hacer.

Para finalizar, la cuarta y última parte tendrá como objetivo integrar los diferentes temas que vimos: se centrará en cómo tendríamos que manejar las llamadas “situaciones de emergencia”. Por otro lado, agregaremos los siguientes temas: la problemática de la soledad, la sexualidad en la vejez y en las demencias, el rol del psicogeriatra en cuidados paliativos, el lugar del cuerpo y el dolor, y un texto sobre la *nueva filosofía de la vejez*.

10 Downing LJ, Caprio TV, Lyness JM. Geriatric psychiatry review: differential diagnosis and treatment of the 3 D's— delirium, dementia, and depression. *Curr Psychiatry Rep*. 2013 Jun;15(6):365.



# Ubicándonos en la psicogeriatría

(Qué hace complejo a lo complejo)

*Mientras los hombres maduran,  
las mujeres envejecen*

—Susan Sontag

## 1. El contexto. Su influencia

Si parafraseamos a Edgar Morin cuando se refiere al pensamiento complejo, podríamos pensar a la vejez como un hecho multidimensional, interactivo, con componentes aleatorios. Esto obligaría a los profesionales a desarrollar una estrategia de pensamiento que no sea reductiva ni totalizante, sino reflexiva. En este sentido, a partir de cómo pensemos la vejez y el lugar de la persona mayor en el contexto que transcurrimos, vamos a delinear nuestras intervenciones, y se ubicarán nuestras expectativas.

A riesgo de sonar ambicioso, diré que pretendo teorizar (a riesgo, también, de no ser exhaustivo). Lo considero necesario, vital para la práctica. ¿Con qué objetivo? En este caso, pensar el marco que otorga justamente a la práctica lo que llamaremos “el contexto actual”. ¿Para pensar qué? Cómo influye la representación de la vejez; cómo, en definitiva, esos lineamientos atraviesan a los pacientes y a los profesionales.

En palabras de Berger y Luckmann,<sup>11</sup> la percepción social que tenemos de la persona mayor es la sumatoria de varios elementos (socialización, objetivación e internalización), que son los encargados de construir la imagen que es el producto de la sociedad. En este punto, una pregunta —o repregunta— impor-

11 Berger PL, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1972.

tante que debería hacerse tanto aquel que se inicia en la atención psicogeriatrica como aquel que ya tiene su recorrido es: *¿Qué imagen sobre la vejez tengo?* La respuesta, con seguridad, tendrá un rol importante al momento de tomar una decisión. Una paciente de 90 años se mostró indignada en una consulta de admisión por el comentario de un médico: “Le comenté al doctor que me dolían un poco las manos. Él me miró y me dijo: ¿Y qué quiere?, como diciendo que, por mi edad, no se puede esperar otra cosa”.

Analicemos, a modo de ejemplo, dos imágenes prototípicas: en una, un hombre mayor se encuentra sentado en el banco de una plaza: sobretodo y boina, mirada contemplativa, destila tranquilidad. En otra, una mujer en la cercanía de los 80 corre en una playa con ropa deportiva. Dejemos ahora, por un instante, estas imágenes para desarrollar el marco que mencionamos. Un esbozo que sirva de estímulo para la reflexión.

Alain Badiou, filósofo, a los 79 años escribió un libro pequeño e intenso: *La vida verdadera. Un mensaje a los jóvenes*.<sup>12</sup> Ahí manifiesta de forma categórica que ya no hay valorización de la vejez. Todo lo contrario: hay un culto a la juventud; por este motivo, hay que ser y permanecer joven. Asimismo, “estar en forma” se convirtió en un imperativo del que envejece. Cabe preguntarse en este punto qué les queda a aquellos que no pueden o no quieren cumplir con ese imperativo. Por su parte, Alain Finkielkraut, también filósofo, utiliza la palabra *jovenismo* para hacer referencia a la valoración incondicional de la juventud y, al mismo tiempo, el rechazo a la vejez.

Unos años antes, un artículo invitaba a *repensar la vejez*. Cito textual (porque refleja los pormenores de una representación):

El anciano contemporáneo sufre la vejez como una zona de desprestigio, [...], nuestras sociedades tratan a la vejez como una zona residual, con la que no saben qué hacer [...]. Nuestras sociedades contemporáneas han entronizado a la producción como valor primario de la vida, y ello genera, como consecuencia, un disvalor profundo para quienes se encuentran al margen de ella. Los ancianos ya no son respetados ni apreciados por aquella autoridad, y su presencia es percibida como una carga económica y mental para quienes permanecen activos.<sup>13</sup>

12 Badiou A. La verdadera vida: un mensaje a los jóvenes. Buenos Aires: Interzona Editora; 2017.

13 Noailles EV. Repensar la ancianidad [Internet]. La Nación. Suplemento Enfoques, 19 de junio de 2019). Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/opinion/repensar-la-ancianidad-nid1382248>

En este punto, la enfermedad, la debilidad y la fragilidad asumen la identidad de la persona que envejece. Esto puede acompañarse, en muchos casos, de una demanda de atención, asistencia y cuidado innecesarios, sumado a la sensación de desvalimiento, lo que conlleva una representación social negativa de la vejez.<sup>14</sup> En fin, hablamos de *viejismo*. Este prejuicio implica rechazo, temor, desagrado, negación, marginalización, agresión: actitudes ligadas entre sí que operan para discriminar a la persona que envejece.<sup>15</sup> A propósito, la esposa de un paciente de 79 años —deprimido— comentó: “La psiquiatra dijo que ya es grande y que hay que dejarlo así”. No obstante, en este marco, la relación con el médico, como saber socialmente valorado, puede llegar a reemplazar la ausencia de otros vínculos sociales.

El comentario de una mujer de 81 años luego de una consulta de guardia por un episodio de ataque de pánico nos permite situar otro de los puntos que atraviesan en la actualidad: “Antes, los viejos de más de 70 se quedaban en la casa; ahora tenemos que ir a todos lados. No parar. Ante todo, actividad; si son más de dos, mejor”. Ese es el imperativo de la época al que se refiere Badiou. No se trata, sin más, de contradecirlo ni de estimularlo; se trata de tenerlo presente de acuerdo con la singularidad que propone el o la paciente. Las personas experimentan como enfermedades las contradicciones propias del sistema social,<sup>16</sup> porque las reglas sociales le exigen al individuo que se haga cargo de su responsabilidad e iniciativa, dice Alain Ehrenberg.<sup>17</sup> Y es en este punto donde se encuentra la imposibilidad de cumplir con las exigencias —desmedidas en muchos casos— que se proponen y que pueden generar, en consecuencia, una descompensación. Una trampa, quizás, de la llamada *vejez activa*.

En esta línea, Byung-Chul Han, con su capacidad para condensar en unas pocas líneas un pensamiento complejo, describe las coordenadas de la época en su libro *La sociedad del cansancio*,<sup>18</sup> en el que manifiesta que la sociedad disciplinar descrita en su momento por Foucault fue reemplazada por otra a la que llama *neuronal*, vinculada con el rendimiento y el incremento de la producción, donde el cansancio no tiene lugar (o no debería tenerlo). “¿Quién desea —deseará— envejecer dignamente en una cultura así, o sufrir alguna de

14 Gastrón L. Dimensiones de la representación social de la vejez. Mar del Plata (Argentina): EUDEM; 2013.

15 Salvarezza L. La vejez: una mirada gerontológica actual. Buenos Aires: Paidós; 1998.

16 Talarn A, Rigat A, Carbonell X. Los malestares psicológicos en la sociedad del bienestar. *Aloma*. 2011;29:325-340.

17 Ehrenberg A. La fatiga de ser uno mismo: depresión y sociedad. Buenos Aires: Nueva Visión; 2000.

18 Han B-Ch. La sociedad del cansancio. Barcelona: Herder; 2012.

las opciones indignas, como la vida asistida, la incontinencia y la demencia senil?” se pregunta Michael Gazzaniga en su libro *El cerebro ético*.<sup>19</sup>

Debemos reflexionar de manera activa y constante sobre nuestro lugar como profesionales, atentos a los cambios sociohistóricos y culturales que construyen realidades e impactan en “la producción de subjetividades”, en palabras del psicoanalista Hugo Lerner.<sup>20</sup> En esta línea, para terminar, volveremos a las *imágenes prototípicas* para pensar sobre lo siguiente: si como profesionales tenemos una “imagen” en la cual la persona mayor debe ser alguien activo más allá de la historia que lo precede, podemos caer en el error de indicarle —pedirle, insistirle— al hombre sentado en el banco de la plaza que realice, al menos, una o dos actividades. De la misma manera, si nuestra imagen es la de una vejez pasiva, desapegada, le recomendaremos a la mujer que se encuentra corriendo que disminuya el ejercicio físico y se acomode —o se amolde— a su edad. Repitémoslo: para asistir en psicogeriatría, debemos preguntarnos —y repreguntarnos—: ¿qué imagen sobre la vejez tengo?

Por último, las palabras con las cuales el filósofo Robert Redeker abre su libro *Bienaventurada vejez*. Estas servirán de resumen de lo que vimos y de preámbulo —también como en su libro— para los temas que siguen:

Por increíble que parezca, la vejez está en peligro. Este peligro no proviene de la naturaleza, de la muerte que pone fin a cualquier existencia y reduce a polvo cualquier vida, sino de la cultura, del complejo ideológico que domina a las sociedades occidentales. Dos líneas de fuerza determinan esta maraña ideológica: el jovenismo y el utilitarismo económico.

Una digresión que sirve de ejemplo sobre la importancia de tener presente la pregunta *¿Qué imagen sobre la vejez tengo?* Con motivo de la “cuarentena”, se publicó el 5 de abril de 2020 un artículo<sup>21</sup> con recomendaciones de actividades dirigidas a los adultos mayores. Transcribo los párrafos que me parecieron significativos:

“Pueden ver películas que veían antes, las de sus épocas, por ejemplo. En caso de que usen las redes, pueden verlas *online*, ya que hay

19 Gazzaniga M. *El cerebro ético*. Buenos Aires: Paidós; 2006.

20 Lerner H. *Más allá de las neurosis: la práctica convulsionada*. Buenos Aires: Lugar; 2019.

21 Jara F. ¿Cómo mantener la calidad de vida de los adultos mayores durante la cuarentena? [Internet] Infobae. 5 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.infobae.com/coronavirus/2020/04/05/como-mantener-la-calidad-de-vida-de-los-adultos-mayores-durante-la-cuarentena/26>

muchas subidas. O en caso de tener cable o televisión satelital, pueden ver los canales especiales, en los que las pasan las 24 horas”.

“Ordenar los cajones de recuerdos o de los cubiertos, acomodar álbumes de fotos o cualquier otra actividad pueden ser una buena opción en estos momentos para que sigan estando activos, escuchar discos, casetes o la música que les guste en el formato que tengan, pueden hasta compartir algo lúdico, como un juego de cartas, bingo o simplemente conversar sobre lo que ellos quieran hablar con sus seres queridos, no siempre del tema del coronavirus, para que no se asusten”.

“Es importante que muevan las manos y los dedos. Pueden cocinar. Si hay dos personas o más en la casa pueden, por ejemplo, hacer juntas un puré, y una pela las papas y la otra las pisa. Es una actividad simple, pero mueven las manos. Otra opción puede ser tejer o coser, además de cocinar”.

“La lectura es una de las actividades cognitivas recomendadas, al igual que las sopas de letras, crucigramas, incluso, pintar mandalas”.

## 2. Quién atiende. La interdisciplina y el lugar de la psicogeriatría

*Los problemas no se presentan como objetos,  
sino como demandas complejas y difusas*  
—Alicia Stolkiner

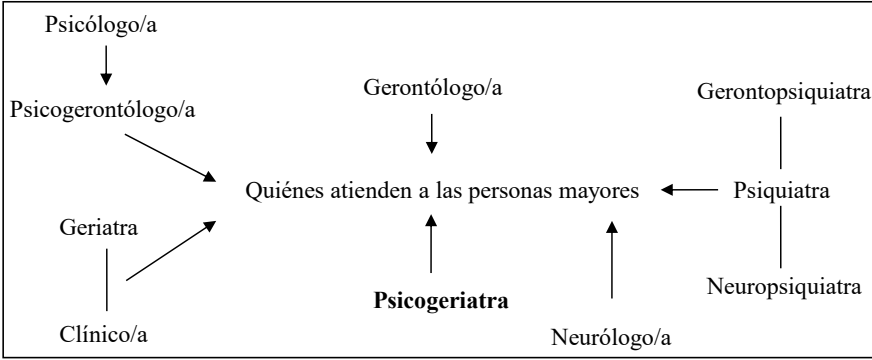
Veamos un problema habitual. A un hombre de 79 años le costaba dormir, se sentía angustiado por momentos y refería “olvidos”. Él decía que era la edad. Su esposa, cuatro años menor, con preocupación, le preguntó: “¿Qué te pasa?, nunca fuiste así”; y sus dos hijos, por su parte, pensaban que había algo que se podía hacer y le manifestaron: “¿Por qué no consultás?”. Y así fue: consultó.

Imaginemos, en este marco, que se preguntan —como paciente y familiares— a quién consultar. En el sistema no integrado de salud argentino existe, por ejemplo, tanto en su modalidad pública como privada, la figura del médico de cabecera (o en la primera consulta, admisor u orientador). Imaginemos, ahora, que el paciente es evaluado por ese profesional, y lleva a cabo una derivación. ¿A quién sería?

Más allá de la especificidad de los “títulos”, lo complejo se relaciona con la manera de pensar y analizar la clínica y, en consecuencia, tratar el problema. Di-

remos que cada especialidad profundizará sobre un aspecto; esto trae consigo el sesgo consecuente. No obstante, la mayor parte de la atención al paciente recae, en general, en psiquiatras generales y profesionales de atención primaria.<sup>22</sup>

En el siguiente cuadro ubicamos las diferentes disciplinas que atienden a los adultos mayores. Podríamos agregar, además, musicoterapia, la terapia ocupacional y kinesiología.



En este punto, no es el objetivo desarrollar cómo sería, desde cada experiencia el abordaje de la situación del paciente. Sin embargo, considero relevante destacar que, desde el lugar en que cada uno lleve a cabo su práctica, debería complementarse con los recursos del otro; ya sea para realizar su propia intervención o constituirse, llegado el caso, en un *buen derivador* para el profesional que pueda complementar su intuición clínica. De ninguna manera se debería utilizar el *expertise* propio —o la experiencia propia— para criticar al otro. ¿Por qué? Porque los diferentes abordajes son —necesariamente— complementarios, y la problemática de la vejez es —invariablemente— heterogénea y multidimensional, como veremos en el punto siguiente. Quedará para el lector la tarea de reflexionar respecto de cada uno de los lugares que, desde ya, incluye su propio lugar. Asimismo, considero que no es redundante resaltar la importancia que tiene el estudio y el entrenamiento en la atención y asistencia específica de los adultos mayores.

A propósito del trabajo interdisciplinario, la epistemóloga Denise Najmanovich (2019), nos recomienda que mantengamos una *práctica dialógica continuada* a partir de reconocer las diferencias, en este caso, de las diferentes disciplinas, especialidades y subespecialidades que se encargan de la asistencia de la persona mayor en el ámbito de la salud. “Debemos hacerlo —dice—, no

22 Blazer DG, Schultz SK. Geriatric psychiatry. *Psychiatr Clin North Am.* 2018 Mar;41(1):xiii-xv.

para integrarlas, sintetizarlas o producir una nueva totalidad más abarcadora, sino para aprender a navegar en la diversidad”. “Solo así —agrega—, al reconocer que ninguna perspectiva en particular puede ser completa, al aceptar la necesidad del vacío y la incertidumbre, podremos participar de un encuentro dialógico [de un intercambio]”.<sup>23</sup>

### **La definición**

Llegados hasta aquí, en particular, ¿cómo podríamos definir a la *psicogeriatría*? Como una respuesta por parte de la psiquiatría, a partir de una mirada multidisciplinaria a los problemas que plantea la vejez; entre otros, citaremos: depresión, ansiedad, alteraciones cognitivas, soledad y aislamiento, así como lo relacionado con la adaptación al envejecimiento y al paso del tiempo. Es justamente esa mirada multidisciplinaria la que nos invita (obliga) a acercarnos a diferentes disciplinas (filosofía, antropología, sociología, psicología) y autores (aquellos que nombramos y los que cada uno considere como *fundamentales*), con los cuales deberemos mantener un diálogo fluido, constante y necesario. En esta línea, Sadavoy<sup>24</sup> —cuyo conocimiento agradezco al doctor Enrique Rozitchner— describe un modelo integrado de la psicogeriatría. Acuerda —y yo acuerdo con él— en que es una especialidad definida por contrastes y complejidades. Resalta cinco elementos (las 5C), a los que considera claves para definirla: complejidad, cronicidad, comorbilidad, continuidad y contexto.

En primer lugar, la *complejidad* está dada por los múltiples factores que interactúan a lo largo del curso de la vida: personalidad, experiencia y eventos de la vida, problemas físicos y comorbilidades médicas. Seguidamente, la *cronicidad*; este es un punto al que nos vemos confrontados e interpelados. A esta característica, la psicogeriatría llega de dos maneras: por un lado, la persona mayor puede evidenciar problemas de larga data (clínicos y psiquiátricos); y, por otro, puede presentar enfermedades que se manifiestan en el transcurso de la vejez y que se tornan crónicas, como, por ejemplo, los trastornos cognitivos. En este sentido, la línea que separa lo agudo de lo crónico —la temporalidad de un episodio— es a menudo borrosa. Esto nos ubica ante uno de los desafíos: incluir en la práctica lo crónico como lo habitual, versus lo agudo como episodio único. Así, deberemos entrenarnos en intervenciones que tengan en cuenta esta característica.

23 Najmanovich D. Interdisciplina: riesgos y beneficios del arte dialógico. En: Complejidades del saber. Buenos Aires: Noveduc; 2019. p. 137-149.

24 Sadavoy J. An integrated model for defining the scope of psychogeriatrics: the five Cs. Int Psychogeriatr. 2009 Oct;21(5):805-812.

En consonancia con lo que vimos, haremos referencia a la *comorbilidad*, situación que es frecuente en la práctica. Encontraremos diversas patologías clínicas (infecciones urinarias, diabetes, cardiopatías, párkinson, deterioro cognitivo, ACV, hipotiroidismo, hipertiroidismo, enfermedades oncológicas, etc.), que pueden generar, por un lado, síntomas psiquiátricos, entre los que se destacan la depresión y la ansiedad, así como síntomas psicóticos en el marco de un síndrome confusional, y, por otro, condicionarán las intervenciones psicofarmacológicas. Por este motivo, debemos incluir en nuestra evaluación el impacto clínico y psicológico de una determinada enfermedad. Asimismo, es la característica donde se asienta el trabajo interdisciplinario ineludible, donde la comunicación entre profesionales es fundamental.

Una comorbilidad en particular requiere una mención especial: la presencia de *dolor crónico*. Este altera la vida cotidiana, limita la capacidad funcional e incrementa la dependencia de terceros; en general, es poco diagnosticado y subtratado, y se puede manifestar de distintas maneras, no solo como una experiencia sensorial, sino como trastornos psicológicos: depresión, ansiedad, dificultad en las relaciones interpersonales y familiares, trastornos del sueño y aislamiento;<sup>25</sup> a su vez, puede constituir un factor de riesgo suicida.<sup>26</sup> Debemos evaluar su presencia y, llegado el caso, su impacto en la entrevista con el adulto mayor.

Otra característica que propone Sadavoy es la *continuidad*. Esto es ver, analizar y diagnosticar a partir del trazo histórico-longitudinal que nos planteará el paciente. Si seguimos este razonamiento, el planteo es que el adulto mayor es la expresión de factores ambientales, psicológicos (sobre todo los rasgos de personalidad) y fisiológicos que influyeron a lo largo de su vida. Tendremos que profundizar sobre la presencia de estos, su impacto e influencia al momento de la evaluación, con el objetivo de analizar las posibilidades de adaptarse a las situaciones que surgen en su presente y por las cuales, seguramente, lo llevó a que nos consultara.

Para finalizar, la última “C” sería el *contexto*. Básicamente, no podemos pensar las características que desarrollamos hasta aquí sin ubicarlas en un marco familiar y sociohistórico determinado. Dicho de otro modo, sin saber con quién cuenta el paciente —cuál es su nivel de acompañamiento y su red social— y, por ende, con quién contamos nosotros al momento de plantear e indicar una intervención.

25 Jones MR, Ehrhardt KP, et al. Pain in the elderly. Curr Pain Headache Rep. 2016 Apr;20(4):23.

26 Fässberg MM, Cheung G, Canetto SS, et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. Aging Ment Health. 2016;20(2):166-194.



Como vimos —y veremos—, la perspectiva que plantea la psicogeriatría es amplia. Tomará en cuenta las diferentes características médicas, neuropsiquiátricas, psicológicas, históricas y el contexto que singularizan al paciente para delinear, a partir de ahí, un tratamiento que se adapte a sus requerimientos y necesidades.

### 3. El envejecimiento. Particularidades

*Nadie acepta ser viejo  
porque nadie sabe serlo*  
—Silvina Ocampo

Partimos de una premisa fundamental: el envejecimiento es un proceso natural que comprende cambios a diferentes niveles, desde biológicos y psicológicos hasta sociales y familiares, que se producen (o se van produciendo) en el transcurso de la vida. Son esos cambios los que debemos contemplar como parte de nuestra evaluación, porque son los que constituirán los límites del marco en el que transitarán nuestros tratamientos e intervenciones.

Si bien su duración es variable, ha aumentado en todo el mundo. Por primera vez en la historia, describe el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* de la OMS del 2015,<sup>27</sup> que la mayoría de las personas podrán vivir más allá de los 60 años. Aunque resulte anacrónico, es la edad de corte que se estableció para que una persona sea considerada mayor. De la misma manera, ubicarnos clínicamente desde la edad cronológica no nos permite saber de la vida ni de las necesidades particulares que tuvieron esas personas. Al contrario, corremos el riesgo de caer en generalizaciones o etiquetar de manera errónea o prejuiciosa a la persona mayor. Pero más allá de estas disquisiciones respecto de la edad, el hecho demográfico del incremento de esta población plantea —y planteará— un desafío con consecuencias a diferentes niveles: psicosocial, familiar, económico, sanitario y profesional.

Sabemos —o al menos podemos intuirlo— que no envejecemos de la misma manera: influyen sobre nosotros numerosos factores que lo condicionan, desde genéticos a circunstanciales y ambientales. Así, la *pérdida de capacidades* solo se relacionaría apenas con la edad cronológica de una persona. Por este motivo, más allá de los diferentes estereotipos o prejuicios que podemos llegar

27 World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2015. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

a tener con relación a la vejez, no existiría la persona mayor “típica”: todo dependerá, en definitiva, de lo que nos ocurra en el transcurso de la vida, donde podremos encontrar situaciones pasibles de haber sido modificadas o no y, a su vez, situaciones que se pudieron evitar y otras que no.

Muchos de los cambios relacionados con la edad pueden reflejar la influencia de factores patológicos (vasculares, metabólicos, degenerativos, etc.) o situaciones vitales (por ejemplo, viudez y jubilación), pero no constituyen una evolución inexorable de la *normalidad*. No obstante, pensándolo como un ejemplo, sabemos que la conjunción de eventos interpersonales negativos, problemas físicos y presencia de enfermedades médicas constituyen factores predictivos de depresión en la vejez.<sup>28</sup>

Asimismo, podríamos sumar a estas causas de heterogeneidad de la vejez otras hipótesis sociológicas. En este sentido, la doctora Oddone<sup>29</sup> refiere que el contexto social produce variaciones a medida que las personas envejecen, sobre todo a partir de aquellos procesos sociales que generan desigualdad, con su consecuente impacto en la salud de la persona. Entre estos se pueden enumerar la pobreza, la exclusión social, la accesibilidad con respecto a la asistencia (y de la tecnología, como se pudo apreciar en el contexto de la cuarentena), la soledad y el aislamiento, la discapacidad (alteraciones cognitivas, de la movilidad, sensoriales —hipoacusia, por ejemplo—).<sup>30</sup>

Ante la diversidad y, al mismo tiempo, ante la complejidad que se plantea desde la cronología, una alternativa para pensar a la persona mayor consiste en tener presente —en resaltar— la *funcionalidad* en el marco de la vida diaria. Hablaríamos aquí de una *edad social*, que se relaciona con lo que la sociedad espera de la persona, así como lo que esta tiene derecho a esperar de la sociedad.<sup>29</sup> Es decir, al pensar desde la edad social en vez de la cronológica, podemos establecer un vínculo de ida y vuelta entre la persona y la sociedad. Al contrario, desde la edad cronológica, tanto la persona como la sociedad *no pueden* esperar nada: todo está estipulado.

28 Mazure CM, Maciejewski PK, Jacobs SC, Bruce ML. Stressful life events interacting with cognitive/personality styles to predict late-onset major depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002 May-Jun;10(3):297-304

29 Amadasi M, et al. Condiciones de vida e integración social de las personas mayores: ¿diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna? [Internet]. 2015. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8179>.

30 Mateu Gil ML, Panisello Chavarría ML, Lasaga Heriz MA, Bonfill Accensi E. Desigualdades sociales en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*. 2007;18(1):30-33. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2007000100005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000100005)

Para finalizar, una reflexión de Iona Heath,<sup>31</sup> que podría tomarse como una recomendación fundamental:

Es hora de que prestemos más atención a las realidades del envejecimiento fisiológico normal y dejemos de tratar de corregir cada parámetro biométrico a valores de los adultos más jóvenes. Este proceso, que se está generalizando cada vez más, [puede] dar como resultado la sobremedicación de toda una generación de personas mayores, con todos los efectos adversos que implica la polifarmacia.

#### 4. Viejismo

*(Edadismo, cronocentrismo y adultocentrismo)*

*Estoy grande y enferma. No vieja*  
—Una mujer de 83 años

Un tema relevante es el *viejismo*. Como lo expresamos antes, es el prejuicio relacionado con la vejez. En nuestro ámbito fue desarrollado de manera amplia por el doctor Salvarezza en su libro *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Ahí nos encontramos con esta definición:

Una conducta social compleja y abarcativa con dimensiones históricas, culturales, sociales, psicológicas e ideológicas usada para devaluar, consciente o inconscientemente, el *status* social de las personas viejas.<sup>32</sup>

Más adelante, agrega:

El término *viejismo* define al conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de la edad.

Pensar sobre este prejuicio evitará, por ejemplo, pensar a la vejez (y a la persona mayor) como sinónimo de enfermedad, debilidad, imposibilidad y asexualidad. Asimismo, a la *queja* del paciente como algo inexorable relacionado con el paso del tiempo. En sintonía con lo anterior, también podemos encontrar la palabra *edadismo*, que hace referencia a los comportamientos

31 Heath I. Whatever happened to normal ageing? BMJ. 2013;347:f5572.

32 Salvarezza L. Psicogeriatría: teoría y clínica. Buenos Aires: Paidós; 2002. p. 17-49.

inadecuados y prejuiciosos tendientes a discriminar en función de la edad. Trataremos de profundizar sobre su importancia e implicancia en la clínica.

La primera parte de la definición de Salvarezza condensa el pensamiento que expresaremos: al momento de atender a una persona mayor, se produce un entrecruzamiento de diferentes dimensiones. En esa línea, reiteramos la importancia de contemplar las miradas que aportan estas disciplinas. Esto constituye una responsabilidad (¿una obligación?) por parte de nosotros, como profesionales, de profundizar sobre estas. La segunda parte también nos incumbe: de la lectura que hagamos de ese entrecruzamiento saldrán —o no— los prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se trasladarán a nuestra práctica asistencial e impregnarán nuestras intervenciones. Veamos como ejemplo lo que le ocurrió a una mujer de 80 años; lo expresó así: “Fui a la guardia temprano. No me había arreglado. Estaba dolorida porque la noche anterior, en una fiesta, me había caído cuando quise sentarme. Me hicieron placas y unos análisis. Luego vino una doctora. Me dijo que estaba todo bien, que yo todavía estaba lúcida y que podía decidir; pero pronto iban a decidir por mí. También me dijo que ya no tenía edad para vivir sola ni para ir a fiestas. Me angustió mucho que me dijera esas cosas sin conocerme, solo porque tengo 80 años”.

Dos conceptos se relacionan con el *viejismo*. Por un lado, tenemos el *adultocentrismo*, si bien alude a la posición de superioridad que asumen los adultos respecto de los niños y jóvenes, podríamos conceptualizarlo de la misma manera con relación a la vejez.<sup>33</sup> Por otro, se encuentra el *cronocentrismo*, donde la creencia es que el presente es mejor que cualquier otra época; el pasado se desestima. En la práctica se evidencia, por ejemplo, a partir de la expresión: “Ya está, eso ya pasó, lo importante es lo que ocurra de ahora en más”, postura que no solo anula la historia del (y al) paciente, sino que también evitará comprender aquellas ideas, costumbres, usos y prácticas que no se condicen con lo actual.

Debemos pensar en este punto que un auténtico trabajo terapéutico o simplemente una postura como profesionales frente a un paciente adulto mayor es la de transitar por esa historia singular que nos permita empatizar con el presente. En esa línea, considero que un posicionamiento útil es el de *ser contemporáneo*. Esta expresión la desarrolló el filósofo Giorgio Agamben para referirse a aquel que, ubicado en el presente al que no adhiere completamente —y por ese motivo lo interpela—, recorre el pasado para extraer de este aquello que le sirve a los fines de su tiempo. En palabras del autor:

33 Osorio P. La edad mayor como producción sociocultural. Comunicación y medios. 2010;(22):30-35. Universidad de Chile, Instituto de la Comunicación e Imagen [Internet]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5242924>

El contemporáneo no es solamente aquel que, aun percibiendo la oscuridad del presente, aferra la inamovible luz; es también aquel que, dividiendo e interpolando el tiempo, está en grado de transformarlo y de ponerlo en relación con los otros tiempos, de leer de modo inédito la historia, de “citarla” según una necesidad que no proviene en algún modo de su arbitrio, sino de una exigencia a la cual no puede no responder”.<sup>34</sup>

Analicemos, ahora, una situación frecuente; una de las caras con las que se puede presentar el viejismo. Es común escuchar y leer (en diarios —como vimos— y en revistas) el uso de las palabras *abuelo* y *abuela* al momento de referirse a los adultos mayores, más allá de tener en cuenta que no todos tienen esa condición o que, si la tienen, no les gusta ser llamados de esa manera. A propósito, un hombre de 90 años lo manifestó así: “Odio cuando alguien que no es de mi familia me llama así”. En la misma línea, la escritora Tamara Kamenszain cuenta lo siguiente: “Mi padre, que, sin embargo, era abuelo, se enojaba mucho cuando las enfermeras lo llamaban así. ¿Qué se creen? ¿Acaso son mis nietas? Solía mascullar enojado mientras su viejo cuerpo traqueteaba en camilla rumbo a alguna internación”.<sup>35</sup>

Utilizar la palabra abuelo/a revela una improbable confianza y un indudable paternalismo. Pensemos, ¿la persona mayor necesita esto? Creo que, en definitiva, requiere lo mismo que cualquiera: que se lo respete como persona y no se lo *nombre* con apelativos en apariencia “cariñosos”. Una narrativa poco inocente nos lleva, tal vez sin quererlo, a limitar su papel en la sociedad: usted es solo un apéndice familiar, nada más. ¿Acaso para dirigirnos a los jóvenes utilizamos la palabra *nieto*? Abuelo/a, en este caso, puede esconder el viejismo. Debemos evitar el *familiarismo* en la práctica y revisar de manera constante si caemos en una actitud viejista. En este punto, remarcamos lo que vimos: la importancia de contemplar la biografía y singularidad que aporta la historia del paciente.

Para finalizar, en una de sus últimas conferencias, le escuché decir a Salvarezza algo que siempre deberíamos tener presente: el viejismo es el único prejuicio en el cual el que lo lleva a cabo se está discriminando: ¡es solo una cuestión de tiempo! Una mujer de 79 años lo expresó con estas palabras: “Jóvenes... a poner las barbas en remojo, que a ustedes también les va a tocar”. Por su parte, Bioy Casares, en su novela *Diario de la guerra del cerdo*, lo refleja de manera contundente: “En esta guerra los chicos matan por odio contra el viejo que van a ser”.

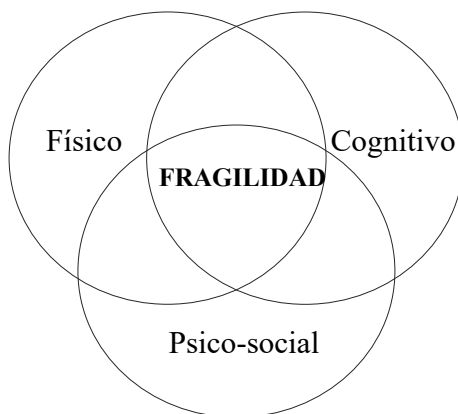
34 Agamben G. *Desnudez*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo; 2011. p. 17-29.

35 Kamenszain T. *Chicas en tiempos suspendidos*. Buenos Aires: Eterna Cadencia; 2021. p. 23.

## 5. Fragilidad

*No todos los adultos mayores son  
dependientes, no todos son frágiles  
y no todos tienen sarcopenia*  
—Julio Nemerovsky

A la palabra *fragilidad* es habitual escucharla cuando se hace referencia a una persona mayor. Desde un punto de vista coloquial, quiere decir que ese paciente *no puede o está imposibilitado de*. Sin embargo, la *fragilidad*, en el marco del envejecimiento, se relaciona con un síndrome multidimensional, que se caracteriza por una disminución de la reserva física y cognitiva que no le permite a la persona hacer frente a factores o situaciones estresantes.<sup>36</sup> Esta conceptualización es utilizada con frecuencia en geriatría —hablo del *anciano frágil*—; no obstante, la considero de utilidad para cualquier profesional que atienda (asista) a personas mayores. En particular, desde la psicogeriatría, debido a que, si bien el concepto original para la definición de *fragilidad* se basaba en el estado físico, revisiones más recientes consideran tres dominios que contribuyen a esta: físico, cognitivo y psicosocial.<sup>37</sup> Es decir, que más allá de las enfermedades clínicas o traumatológicas que puedan afectar la movilidad, deberemos contemplar la presencia de alteraciones cognitivas y situaciones como la soledad y el aislamiento. A su vez, nos “obliga” a pensar a nuestro paciente desde una mirada integral, que evalúe estos diferentes aspectos que interactúan entre sí de manera dinámica.



36 Rodríguez-Mañas L, et al. Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method-based consensus statement. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2013 Jan;68(1):62-67.

37 Calzà L, et al. Should we screen for cognitive decline and dementia? Maturitas. 2015 Sep;82(1):28-35.

## 6. Aspectos psicodinámicos del envejecimiento

¿Por qué incluimos “lo psicodinámico”? Básicamente, porque si hablamos de psicogeriatría, tenemos que hacerlo. Caso contrario, si decimos *psicogeriatría* y no contemplamos estos aspectos, estaríamos refiriéndonos a otra cosa. Si le pidiéramos a Gabbard que nos explicara —aclarara— esta diferencia, es probable que nos señale la página del manual de *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica* donde dice que:

[...] el psiquiatra descriptivo está interesado sobre todo en saber cómo un paciente es igual a y no diferente de otros pacientes con las mismas características. En contraste, los psiquiatras dinámicos abordarán a sus pacientes tratando de determinar qué es único acerca de cada uno, es decir, cómo un paciente difiere de otro paciente como resultado de su propia historia de vida. Los síntomas y comportamientos son vistos como la vía final común de experiencias subjetivas altamente personalizadas, que filtran los determinantes biológicos y ambientales de la enfermedad.<sup>38</sup>

En esta línea, el profesional que adhiera a este pensamiento —a la psicogeriatría— tendrá en cuenta los avances que se imponen desde la neurociencia, integrándolos, a su vez, con aquellos aspectos psicodinámicos vinculados con la transferencia, contratransferencia, inconsciente, resistencia, que lo acercarán al paciente y constituirán, a su vez, una fuente de información acerca de su mundo interno. Esta es una forma de pensar tanto a los pacientes adultos mayores como a nosotros mismos en la relación interpersonal con ellos. Algunos profesionales pueden mantener actitudes negativas, poco realistas sobre el envejecimiento y ver a las personas mayores como incapaces de cambiar. Incluso, desde la perspectiva de paciente, un hombre de 83 años dijo: “Los psiquiatras no pueden cambiar a las personas mayores”.

Desde un punto de vista práctico, para reflexionar sobre cuestiones que singularizan a las personas mayores, destacaremos el lugar que tienen los cambios. En una entrevista de admisión, un paciente de 84 años manifestó: “Me di cuenta de que soy humano... Nunca tuve un problema hasta ahora, que comencé con un dolorcito de columna”. Algo parecido, pero con mayor estridencia, es lo que le ocurre al personaje de la película *Un hombre solitario*, cuando el médico le informa que le encontraron una alteración en el electro-

38 Gabbard GO. *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2002. p. 5-6.

cardiograma, lo que desencadena, a partir de ese momento, una tormenta de situaciones: una crisis narcisista (la cara de Michael Douglas mientras escucha al médico es imperdible). Hablamos de un instante, un punto y aparte. En fin, de un corte que marca un antes y un después. Asistimos al inicio de un cambio, algo frecuente en la población de los adultos mayores. “La vejez como algo fulminante que una no puede reconocer”, reflexiona la personaje principal de la novela *Baño de damas*.<sup>39</sup> Un cambio que, en general, produce un malestar profundo, que altera la vida tanto de la persona como de su familia: nace un paciente. ¿Qué pasó hasta ese momento? François Jullien es un autor (filósofo) por demás interesante. Su lectura invita al asombro y obliga a una relectura. En su libro *Cinco conceptos propuestos al psicoanálisis*, escribe —en el capítulo “Una transformación silenciosa”—:<sup>40</sup>

[...] ni nos damos cuenta de que envejecemos. Porque es todo en nosotros lo que envejece y nunca se detiene, no nos percibimos envejeciendo. [...]. Y dado que es “todo” lo que se transforma, algo que nunca podremos circunscribir ni tampoco enumerar por completo, dado que es “todo” lo que envejece en nosotros, nada se separa lo suficiente, aisladamente, como para que se haga notar. Luego nos topamos un día con una fotografía, [*con un dolor, un diagnóstico o un acontecimiento vital*]: ¡Ah, cómo envejecí!, acontecimiento “sonoro”, aun si [no lo expresáramos] y lo guardáramos para nosotros mismos. Súbitamente surge la constatación.

Hablamos, en definitiva, del paso del tiempo que no se tuvo en cuenta, que pasó inadvertido hasta el *acontecimiento sonoro*. Es decir, hasta el cambio que irrumpe y cuyo malestar es lo que motiva, en muchos casos, la consulta. Ese malestar se traduce en un diagnóstico —depresión, ansiedad, psicosis—; es decir, en la manera en que el paciente se presenta a la consulta o en lo que vemos cuando concurrimos a un domicilio. En este marco, Erikson (etapa VIII del desarrollo psicológico) refiere que la vejez pone a la vida en perspectiva y se negocia entre la integridad del *yo* y la desesperación. Los eventos previsibles de envejecimiento —jubilación, relaciones con hijos adultos y nietos, duelos, migraciones, problemas físicos (como déficit sensorial o dolor)— a menudo sirven de impulso para la autorreflexión y la psicoterapia.<sup>41</sup> En esta línea, pode-

39 Rozenblum N. *Baño de damas*. Buenos Aires: Tusquets; 2020. p. 75.

40 Jullien F. *Cinco conceptos propuestos al psicoanálisis*. Buenos Aires: Cuenco del Plata; 2013.

41 Morgan AC. Practical geriatrics: psychodynamic psychotherapy with older adults. *Psychiatr Serv*. 2003 Dec;54(12):1592-1594.



mos agregar, también, la conciencia de finitud. Así lo expresa el escritor Julian Barnes en uno de los relatos del libro *La mesa limón*: “En algún momento, todos, de repente, lo sabemos. Nos desvela en la mitad de la noche, nos enfurece, nos desespera. Podemos resignarnos o empezar a correr contra el tiempo. Pero, y ya para siempre, tenemos la certeza de que somos mortales”.

Siguiendo este razonamiento referido a los *cambios* (y toma de conciencia o registro de situaciones), también se producen otros que no tienen que ver con lo que le pase a la persona en sí, sino que involucran a sus relaciones. Es para destacar que, a medida que las personas envejecen, sus vínculos con los miembros de la familia y los roles que desempeñan (o desempeñaban) dentro de su núcleo cambian de manera considerable. Uno de los más llamativos se produce en la relación con sus hijos adultos,<sup>42</sup> situación que se evidencia a partir de la presencia de un malestar en ambas partes.

En otro orden de cosas, tenemos que destacar lo que puede suceder a nivel *transferencial*. La asimetría habitual que se produce en la práctica, donde en general el paciente es mayor que el profesional que lo asiste, puede llevar al paciente a relacionarse como si uno fuera su hijo o hija. En otros casos, personas mayores frágiles pueden vernos como un rescatador o, al contrario, algunas pueden sentir que el terapeuta representa un competidor envidiado con el que ya no pueden competir, lo que puede vivirse a nivel vincular-profesional como algo degradante. Asimismo, las transferencias *erotizadas* no correspondidas también pueden ser una fuente de humillación para el paciente.<sup>41</sup> Tener presente estas y otras posibilidades de transferencia con los pacientes mayores es importante para permitir que el tratamiento progrese.

A nivel *contratransferencial*, se pueden poner en juego nuestros propios temores a envejecer o al deterioro. También puede involucrarse lo atinente al vínculo con nuestros propios padres y abuelos, generando actitudes que van desde controles excesivos hasta todo lo contrario. En este contexto contratransferencial, un aspecto a destacar es la *fantasía de rescate*; esto puede evitar que veamos las *agresiones* contenidas en las demandas (o exigencias) de ciertos pacientes que impresionan como indefensos y tienen demandas excesivas. Esto puede generar, a su vez, malestar en el equipo interdisciplinario encargado de su asistencia. Es lo que se llama *splitting*; este se pone de manifiesto en los discursos de los diferentes profesionales que parecen describir cada uno a un paciente distinto.

42 Wheelock I. Psychodynamic psychotherapy with the older adult: challenges facing the patient and the therapist. Am J Psychother. 1997 Summer;51(3):431-444.

Para terminar, un aspecto psicodinámico importante es lo que sucede con la familia. Con pacientes mayores es habitual encontrarnos con un mayor involucramiento por parte de los familiares en lo cotidiano del paciente —en su vida—. Esto genera lo que podríamos llamar *el doble paciente*. Dicho de otra manera, atender a un adulto mayor invariablemente nos llevará a tener un contacto con los integrantes de la familia. No obstante, en caso de que el paciente evidencie un deterioro cognitivo (o déficit sensorial), la participación familiar se torna fundamental.

## 7. Aspectos biológicos del envejecimiento

Partimos de la base, como vimos, de que existe una gran variabilidad entre las personas; en consecuencia, habrá una variabilidad, también, relacionada con el envejecimiento. En particular, los cambios biológicos aumentan el riesgo de morbilidad, discapacidad y muerte. No obstante, el envejecimiento produce una disminución funcional, que es universal e irreversible, cuyo desarrollo y velocidad serán variables.<sup>43</sup>

Como es la etapa en la que se produce una reducción de las funciones corporales y diversos cambios en los sistemas y órganos, destacaremos, a los efectos de nuestro objetivo, los siguientes cambios generales:<sup>44 - 45</sup>

Se produce un aumento de la grasa corporal del 14 % al 30 %, y una disminución del agua corporal total, sobre todo a nivel del compartimento intracelular; situaciones que favorecen la deshidratación, el sobrepeso y una mayor permanencia de drogas lipofílicas (como son la mayoría de los psicofármacos). Se agrega la *hipoalbuminemia*, situación que puede potenciar los efectos de los fármacos, debido a que las concentraciones séricas del fármaco libre, no unido a proteínas, pueden elevarse. También se produce una disminución de la masa muscular y de la densidad ósea. Es lo que en la práctica se traduce como una alteración de la movilidad, incremento del riesgo de caídas y fracturas. En este punto, es útil tener presente el concepto de *sarcopenia*, definida como la pérdi-

<?> Melgar Cuellar F. Características del envejecimiento: teorías, envejecimiento exitoso. En: Montenegro EP, Cuellar FM, eds. Geriatría y gerontología para el médico internista. Santa Cruz de la Sierra: La Hoguera; 2012. p. 27-33.

<?> Dziechciaż M, Filip R. Biological, psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. Ann Agric Environ Med. 2014;21(4): 835-838.

<?> Montenegro EP. Cambios anatómicos y fisiológicos durante el envejecimiento y su impacto clínico. En: Montenegro EP, Cuellar FM, eds. Geriatría y gerontología para el médico internista. Santa Cruz de la Sierra: La Hoguera; 2012. p. 37-55.

da de masa y fuerza muscular en el contexto del envejecimiento. Para su diagnóstico se tiene en cuenta la presencia del criterio 1 + (criterio 2 o criterio 3):

- (1) Baja masa muscular.
- (2) Baja fuerza muscular.
- (3) Baja funcionalidad (rendimiento físico). Podemos observar su presencia a partir de la marcha, la dificultad para sentarse e incorporarse.<sup>46 - 47</sup>

En piel —epidermis, dermis y tejido subcutáneo— disminuye la grasa, el colágeno y la elastina, los melanocitos, las células de Langerhans y los queratinocitos. Esto altera la cicatrización, la fotoprotección, la producción de vitamina D, la termorregulación y los cambios estéticos (aparición de las denominadas *manchas seniles*); asimismo, favorece reacciones de hipersensibilidad y la generación de ampollas.

A nivel cardiovascular, se produce una disminución de la *compliance* vascular arterial, lo que genera un incremento de la presión arterial (no necesariamente hipertensión); se presenta, además, disminución del flujo sanguíneo, que junto con la aterosclerosis torna más evidente el problema. Esto puede derivar en isquemias en corazón y cerebro, solo por citar los más frecuentes. Por otro lado, disminuye la sensibilidad de los barorreceptores, lo que se evidencia a partir de la hipotensión ortostática; y disminuye también la automaticidad del nódulo sinusal, lo que puede predisponer al desarrollo de arritmias.

La disminución de la elasticidad pulmonar y el aumento de la rigidez torácica pueden alterar el ritmo respiratorio y el intercambio de gases.

En el aparato digestivo, ocurre lo siguiente: la masticación, el flujo salival y el gusto están disminuidos. Lo mismo sucede con los músculos faríngeos y esofágicos. A nivel gástrico, se adelgaza la mucosa y disminuye la acidez. Por otro lado, se produce un retardo del tránsito intestinal y alteración de la absorción. Aumenta la tendencia al estreñimiento. La función hepática está disminuida (la desmetilación, la síntesis proteica y la oxidación microsomal), por lo que el metabolismo de los fármacos puede verse alterado.

La función renal disminuye, se afecta la filtración glomerular y la capacidad de concentración-dilución urinaria. En la mujer, es característica la atrofia de la mucosa uretral y vaginal, lo que genera discomfort y predispone a la apari-

46 Nemerovsky J. Sarcopenia. Rev Arg Gerontol Geriatr. 2016;Anu 2014/2016:28-33.

47 Sayer AA, Cruz-Jentoft A. Sarcopenia definition, diagnosis and treatment: consensus is growing. Age Ageing. 2022 Oct 6;51(10):afac220.

ción de infecciones; la relajación del piso pélvico puede manifestarse como cistocele, rectocele, prolapso uterino e incontinencia urinaria. En el hombre, se agranda la próstata; situación que, desde un punto de vista clínico, genera obstrucción e infección urinaria.

Para terminar, a nivel endocrinológico se destaca un desbalance hormonal: disminuyen los estrógenos y la testosterona; se elevan las hormonas hipofisarias estimulantes (LH, FSH); disminuye la absorción de la vitamina D; también aparece una disminución de la producción de tiroxina y un aumento de la hormona antidiurética.

Segunda parte  
**(La entrevista - diagnósticos,  
personalidad y contexto)**



# 1. La entrevista

## La entrevista en psicogeriatría

(ese instrumento fundamental)

*Qué raro: usted podría ser mi nieto*

—Paciente de 79 años

### Primero lo primero

¿Cómo llegamos al encuentro con el paciente?

Antes de sentarnos a hablar, enumeraré una serie de recomendaciones; son puntos que nos incumben y que, en el desarrollo de la entrevista —ese encuentro específico con la persona mayor—, se pondrán, con seguridad, en juego. En otras palabras, serán aquellos aspectos importantes que nos brindarán el marco en el que esta se desarrollará. Hablamos también de criterios, actitudes y habilidades que debería tener aquel que se dedique a la psicogeriatría.

En *primer lugar*, debería tener en cuenta:

- Los derechos humanos y la perspectiva de género.
- El uso de la tecnología —qué y cuándo— en el diagnóstico, tratamiento y comunicación con los pacientes.
- La singularidad de la persona, inserta a su vez en una comunidad.
- La práctica —activa— del trabajo interdisciplinario.
- Los recursos con los que cuenta en el medio en el que se desempeña.

Esto (no) es un manual de psicogeriatría

En *segundo lugar*, debería contar con:

- Una buena capacidad comunicacional, tanto en la expresión como en la escucha.
- Empatía al momento de la interacción con los pacientes, familiares y cuidadores, así como con los miembros del equipo interdisciplinario.
- Capacidad para tomar decisiones y asumir sus riesgos.
- Capacidad para trabajar en equipo y mantener una actitud de apertura frente al aporte de las diferentes disciplinas y personas.
- Actitud activa con respecto a su formación a partir de una práctica reflexiva.
- Capacidad para reconocer los errores propios.

En *tercer lugar*, ubicaremos las habilidades que deberíamos desarrollar a fin de identificar y resolver los conflictos éticos que se pueden presentar (como ocurre —por ejemplo— en el marco de las demencias): <sup>48</sup>

- Reconocer un dilema ético.
- Cuestionar los supuestos empíricos.
- Contemplar todos los aspectos relevantes que involucran una toma de decisión.
- Evaluar la solidez de los argumentos.
- Anticipar los posibles efectos negativos sobre la relación con el paciente o los familiares.
- A partir de aquí, desarrollaremos en profundidad la entrevista en psicogeriatría.

<sup>48</sup> Howe E. Five skills psychiatrists should have in order to provide patients with optimal ethical care. *Innov Clin Neurosci*. 2011 Mar;8(3):19-25.



# La entrevista

*Hablar “de” los viejos  
debe ser reemplazado por  
hablar “con” los viejos*  
Una anotación sin fecha

Es el instrumento clínico fundamental con el que contamos para diagnosticar, comprender y evaluar cuán necesarios serán los estudios complementarios o el pedido de una interconsulta. A su vez, sentará las bases de un *tratamiento exitoso*. Existe una definición —histórica— de la entrevista psiquiátrica.<sup>49</sup> De manera sucinta, podríamos decir que se trata de un encuentro entre dos personas: una, el experto o la experta; otra, el paciente que espera obtener una respuesta con relación a sus necesidades. Sin duda, una definición que resulta anacrónica: remeda un vínculo paternalista. No obstante, en línea con esta definición, agregaremos dos aspectos que caracterizan a las entrevistas en psicogeriatría: la *asimetría* —el entrevistador casi siempre tiene menor edad y, en consecuencia, no ha vivido o recién comienza a vivir la experiencia que implica la vejez— y la *no convivencialidad*, es decir, que como entrevistadores no compartimos las mismas experiencias desde un punto de vista temporal.<sup>50</sup>

Asimismo, en este marco, el paciente se enfrenta a un extra: el estigma que implica la condición de paciente psiquiátrico, situación que paulatinamente

49 Sullivan HS. La entrevista psiquiátrica. Buenos Aires: Psique; 1964.

50 Pisa H, Yansenson D. La entrevista. En: Finkelsztejn C, Matusevich D, eds. Psicogeriatría clínica. Buenos Aires: Delhospital; 2012. p. 54-88.

impresiona estar revirtiéndose en el contexto de los cambios culturales que implica el incremento de la expectativa de vida y el envejecimiento de la población.

Al contrario de la definición anterior, Berrios<sup>51</sup> lleva a cabo una apertura de esta y agrega elementos que resultan útiles para la entrevista en psicogeriatría. Él refiere que el estudio del “síntoma mental” solo puede ocurrir a partir de un encuentro dialógico. Este se caracteriza por ser constitutivo: en primer lugar, dos personas —paciente y profesional— establecen una conversación interesada en un momento determinado. En segundo lugar, los interlocutores buscan un contexto histórico común donde intercambian representaciones sociales y negocian quejas. Así es como se configura y le dan forma al síntoma mental. El último punto es el acuerdo intersubjetivo: surge una nueva explicación de aquello que le sucede a la persona. En fin, el diagnóstico.

En general, es conveniente dejar que el paciente se explye con relación a su motivo de consulta. No obstante, puede requerir por parte de nosotros una conducta más activa, en consonancia con el estado clínico y cognitivo de este.

Esquemáticamente:

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Entrevista<br/>(encuentro dialógico)</b> | <p><b>Constitutivo:</b> dos personas se encuentran en una conversación interesada. Establecen una unidad dialógica o intersubjetividad común.</p> <p><b>Biográfico:</b> los interlocutores buscan un contexto histórico común. Intercambian representaciones e intercambian dolencias (qué, cómo, dónde, cuándo).</p> <p><b>Resolutivo:</b> se genera un acuerdo intersubjetivo a partir del cual surge una nueva explicación de las dolencias. El <i>diagnóstico</i>.</p> |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

51 Berrios GE. Prof. Germán E. Berrios en Buenos Aires, Cambridge University. Curso y conferencias dictados en la Biblioteca Nacional, Buenos Aires, Argentina, 10-12 de mayo de 2010. Vertex. 2011;XXI-I(Supl Esp):[sin páginas].

Este ensayo de definición nos permite evitar la postura paternalista, así como eludir la asimetría y la no convivencia. Por otro lado, obliga a mantener un rol activo —de ida y vuelta— tanto de nosotros como del paciente, por lo que una entrevista concebida en estos términos es, además, desestigmatizante y, en un punto, “terapéutica”, debido al interés que involucra encararla en estos términos.

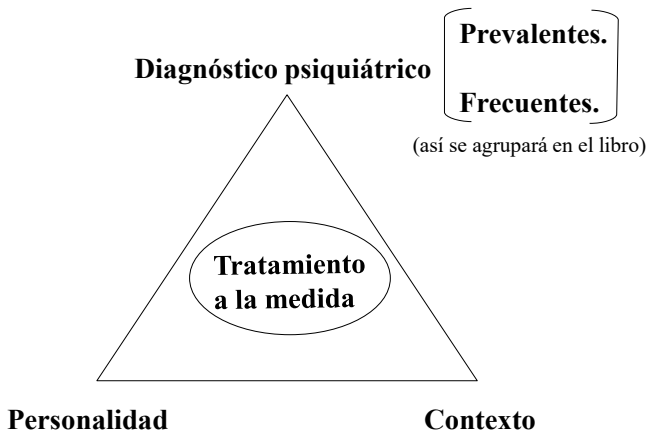
### **Objetivos y cuestiones que impactan en el encuentro dialógico**

A estas alturas, estamos empapados de algunos conceptos (que analizamos en la primera parte) que nos permiten ubicarnos frente a un adulto mayor. Sintéticamente, las 5C: complejidad, comorbilidad, cronicidad, continuidad y el contexto que nos atraviesa, las particularidades del envejecimiento, el vejeísmo y aspectos psicodinámicos. Teniendo en cuenta estos lineamientos, en el libro *Las psicosis. Sufrimiento mental y comprensión psicodinámica*,<sup>52</sup> el psiquiatra Víctor Hernández Espinosa nos aproxima y organiza respecto de lo que hacemos o deberíamos hacer a partir de la entrevista. Establece cuatro puntos:

1. Observación y descripción.
2. Elaboración psicopatológica.
3. Clasificación nosológica.
4. Comprensión psicodinámica.

Es conveniente aclarar que el transcurrir a través de estos es un ejercicio que se realiza de manera simultánea. Son el lenguaje y la escritura los que nos obligan a mantener un orden. Este ejercicio dinámico nos tiene que permitir arribar a un diagnóstico tripartito que incluirá el diagnóstico psiquiátrico; la personalidad y el contexto. Concluir de esta forma nos permitirá delinear un tratamiento acorde con la singularidad del paciente. Porque un diagnóstico erróneo, al decir de Ortega y Gasset, conduce a esfuerzos inútiles.

52 Hernández Espinosa V. Diagnóstico, explicación y comprensión psicodinámica de la psicosis. En: *Las psicosis. Sufrimiento mental y comprensión psicodinámica*. Barcelona: Paidós y Fundació Vidal i Barraquer; 2008. p. 65-126.



Para llegar a esta propuesta del diagnóstico en tres partes, profundizaremos sobre algunas cuestiones que contribuyen positivamente con la entrevista. Con respecto a la aproximación (o acercamiento) al paciente adulto mayor, sugiero que, en ese encuentro dialógico, se mantenga una *actitud respetuosa* siempre, abierta (ya nombramos antes la *flexibilidad* y *adaptabilidad*) y *de aprendizaje*: esto distiende y favorece el clima de la entrevista. También nos aleja de una postura *viejista* y evita intervenciones de nuestra parte que pueden generar malestar, lo que atenta contra el vínculo terapéutico.

¿Cuáles serían las situaciones, comentarios y actitudes que deberíamos evitar? Es importante resaltar que todo lo que ocurra desde el encuentro con el paciente forma parte del tratamiento, e incluso puede aportarnos datos relevantes respecto de la manera de vincularse del paciente. Por este motivo, recomendando evitar un “acercamiento familiar” desde el principio (el uso de la palabra *abuela/o* está prohibido). La distancia prudente es mejor: nos permitirá evaluar la actitud del paciente —incluso ciertos rasgos de la personalidad— y actuar desde esa particularidad. Por ejemplo, no podríamos manejarnos de la misma manera ante una mujer de 81 años que dice: “No sé si me vas a poder ayudar: sos muy chico”, que ante otra, de la misma edad, que se muestra agradecida por la atención.

Lo mismo ocurre con el *tuteo*: es conveniente, si nos sentimos cómodos de esa forma, preguntar si esa manera de comunicación le resulta molesta, y no asumir que “no se puede enojar por eso”. Es habitual que los pacientes mayores

nos traten de *usted*; en ese caso, no podríamos hacer lo contrario. En la práctica, prefiero iniciar siempre el vínculo con el *usted* y, llegado el caso, cambiarlo si el paciente lo solicita. Así me lo hizo saber un hombre de 82 años: “Podrías ser mi hijo, te pido, por favor, que me trates de ‘vos’”. Al contrario, puede ocurrir que un paciente nos trate de *vos*, pero ese trato, por ejemplo, podría implicar una desvalorización hacia nosotros. En ese caso, de acuerdo con lo que estimemos desde un punto de vista clínico, tal vez debamos mantener el *usted*. De nuevo: *flexibilidad y adaptabilidad*.

Continuemos. Otra tendencia que hay que evitar es la de *infantilizar*: usar diminutivos. En pocas palabras, tratar a la persona mayor como si fuera un niño o una niña. Esto puede traer aparejadas consecuencias negativas a nivel vincular, y corremos el riesgo —en línea con lo que propone Goffman—<sup>53</sup> de que, al dotar a la persona con ese atributo infantil, la reduzcamos de alguien completo y normal a una cuestionada y disminuida.

Otro punto importante tiene que ver con el acercamiento físico, situación que también puede ofrecernos datos desde un punto de vista clínico. A diferencia de lo que ocurre con pacientes jóvenes y adultos —donde esto difícilmente se cuestionaría— es algo que hay que evitar. Con los pacientes mayores nos encontramos con diferentes matices y situaciones que deberemos contemplar.

Por ejemplo, vamos a buscar a una paciente que se encuentra en la sala de espera y, al llamarla, vemos que tiene dificultad para pararse. ¿Qué puede ocurrir? Analicemos dos respuestas probables: 1) que, al intentar ayudar, la persona se ofenda debido a que no respetamos su autonomía y asumimos que lo necesitaba: “Déjeme, puedo sola”; 2) nos quedamos esperando a que, por fin, pueda pararse y entrar a la consulta; en ese caso, puede ocurrir que la persona se ofenda porque no la ayudamos y asuma de nuestra parte un trato frío y distante. ¿Qué podemos hacer? Simplemente preguntar si desea nuestra ayuda y actuar en consonancia con la respuesta. La actitud, en este caso, es de disponibilidad y contención. En otras palabras, debemos respetar la autonomía y no subestimar.

A propósito, cito el concepto de *dignidad de riesgo* de Robert Perske (1972), quien dice:

La sobreprotección puede parecer amable en la superficie, pero puede ser muy mala. Puede asfixiar emocionalmente a la gente. Expresar sus esperanzas y despojarlas de su dignidad. La sobreprotección puede impedir que la gente se convierta en lo que debería ser.

53 Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu; 1990.

Ahora bien, si en esa escena constatamos, por ejemplo, una dificultad para recibir ayuda, será dentro del encuadre del tratamiento el lugar apropiado para tratarlo.

Una situación particular es la que se refiere a la *accesibilidad*. Draper (2000)<sup>54</sup> propuso que las instituciones que asisten a adultos mayores deberían seguir un modelo que contenga las siguientes características: ser multidisciplinario, integral, integrado, accesible, disponible, receptivo y capaz de relacionarse con otros servicios.

A nivel individual, como profesionales, las características —y actitudes— serían similares y están en consonancia con lo que venimos desarrollando desde el principio del libro hasta aquí, con la idea de que siga siendo de la misma manera. No obstante, la *accesibilidad* y la *disponibilidad* son dos cuestiones que implican una actitud activa de nuestra parte. Por ejemplo, ante un paciente que no pueda concurrir al lugar de atención por una dificultad para movilizarse, deberemos ser nosotros quienes nos movilemos hasta su domicilio o donde se encuentre internado (hospital, sanatorio o institución geriátrica).

Asimismo, asistir a un domicilio puede ser una oportunidad para conocer las características del hogar que puedan constituir un riesgo. Por ejemplo: una mujer de 78 años con trastorno de la marcha tenía un escalón para ingresar al baño y una bañera sin un soporte donde agarrarse. Otro paciente, de 81 años con una enfermedad de párkinson y su marcha característica, tenía un piso de porcelanato donde claramente corría el riesgo de resbalarse. Por último, un hombre de 83 años con síntomas depresivos y dolor en miembros inferiores debía subir un piso por escalera para acceder a su habitación. El mejor lugar para llevar a cabo la entrevista en el domicilio es el que elija el o la paciente.

Por otro lado, desde un punto de vista psicoterapéutico —psicodinámico—, también tenemos que estar atentos a ciertas cuestiones o detalles que, si no reparamos en ellos, pueden impactar de manera negativa en la práctica. En ese sentido, atender a un adulto mayor puede implicar necesidades de movilidad: acceso para silla de ruedas, asientos adecuados para aquellos que tienen dificultades para sentarse y pararse de la silla, mayor intensidad de iluminación. Ante una discapacidad visual o auditiva, hay que considerar la disposición de los asientos al momento de la entrevista, esto requerirá un rol activo y, de nuevo, flexibilidad y adaptabilidad por parte de nosotros para poder adecuarnos, evitando caer —como vimos antes— en estereotipos.

Como ejemplos, podemos mencionar algunas situaciones frecuentes: cuando el paciente tiene, en particular, una discapacidad auditiva, es necesario que

54 Draper B. The effectiveness of old age psychiatry services. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000 Aug;15(8):687-703.

el entrevistador o la entrevistadora tenga que hablar despacio y en voz alta. O cuando se cansa con facilidad, una entrevista más corta puede ser útil. O, ante pacientes con problemas de memoria, llevar a cabo una revisión de su biografía mejorará el sentido de sí mismo, mientras que el interés del terapeuta en estos temas favorecerá la relación entre ambos.

Las enfermedades físicas y las quejas en ese sentido pueden ser parte de la vida de una persona mayor. Si bien la aparición de síntomas físicos en el tratamiento con pacientes más jóvenes puede verse como una resistencia y un intento de cambiar el papel del terapeuta, tal interpretación puede no ser apropiada en pacientes de edad avanzada. En este punto, es importante asegurarse de que los pacientes cuenten con una evaluación y seguimiento clínico de aquellas enfermedades o problemas que se relacionen con su estado emocional.<sup>55</sup>

### ¿Y la familia?

La entrevista con los familiares o allegados —el cuidador— del paciente constituye una parte fundamental de la entrevista. Con relación a cuál es el momento más apropiado para llevarla a cabo, existen diferentes posturas que dependerán, en definitiva, del criterio clínico del entrevistador. No obstante, a grandes rasgos, las opciones serían las siguientes: en primer lugar, en *Psicogeriatría. Teoría y clínica*,<sup>56</sup> Leopoldo Salvarezza sugiere llevar a cabo la primera entrevista solo con la familia, sin el paciente, y evaluar su inclusión en lo sucesivo. El fundamento que esgrime es que “en la enorme mayoría de los casos es la familia la que solicita la entrevista y muchas veces sin consultar o informar al viejo”. Mi postura es contraria: considero mejor realizarla desde el comienzo con el paciente y, si este está de acuerdo, con la familia (o familiar). No obstante, si no lo estuviera, se podría trabajar explícitamente en la importancia de incluir al grupo familiar o, en su defecto, a la persona que designe como *representante*.

Asimismo, puede suceder que la consulta haya sido solicitada por un familiar “para hablar sobre una determinada situación” que involucra a un adulto mayor y recibir —por ejemplo— una orientación. En ese caso, el adulto mayor no debe ser considerado *paciente*: lo será solo a partir del momento en que acceda por voluntad propia a una entrevista. Es decir, mientras tanto, debe ser considerado paciente el *familiar*. Esta postura respecto de cuándo entrevistar a

55 Leigh R, Varghese F. Psychodynamic psychotherapy with the elderly. J Psychiatr Pract. 2001 Jul;7(4):229-37.

56 Salvarezza L. Psicogeriatría. Teoría y clínica. Buenos Aires: Paidós; 2002. p. 275-303.

la familia coincide con un trabajo reciente de Varghese y Dahale (2018).<sup>57</sup> Cito textual: “Primero se debe entrevistar al paciente junto con los miembros de la familia para comprender el problema por el cual se realiza la consulta. Luego, puede ser necesario entrevistar al paciente y a sus familiares por separado para obtener información pertinente de cada uno”.

## ¿Qué evaluar?

En el mismo libro que mencionamos, Leopoldo Salvarezza refiere que, en el centro de todo trabajo clínico con la familia, está el hecho de evaluar el *ideal familiar*. Dice: “Esto nos permitirá determinar la posición que el concepto de vejez ocupa dentro de la estructura familiar, quién es el depositario actual, cuáles son las dificultades de contacto y cuáles las técnicas de evitación”. Para hacerlo, deberemos contemplar los cambios que se produjeron en la dinámica de la familia (tema que desarrollaremos específicamente al abordar más adelante el contexto).

Un punto importante para evaluar vinculado con la interrelación familiar son las expectativas, tanto las propias como las del grupo, junto con las del paciente. Para esto, sirve preguntar y preguntarnos:

- ¿Qué puedo esperar por parte del grupo familiar con relación a la enfermedad del adulto mayor? ¿Qué esperan ellos de mí?
- ¿Cuál es el lugar (rol) de la familia respecto de la enfermedad?
- ¿Cuál es el lugar del adulto mayor dentro del grupo y qué impacto puedo inferir que tendrá la enfermedad? (por ejemplo, ante la noticia de un probable deterioro cognitivo).

Dentro de la evaluación también mencionaremos algunos aspectos psicodinámicos. No es la intención agotar el tema, sino destacar algunos aspectos que resultan relevantes en la práctica y que pueden impactar en el tratamiento. Uno que podemos encontrar es un mayor involucramiento por parte de los familiares en lo cotidiano del paciente: pasan a ocuparse de todo. Esto genera lo que podríamos llamar *el doble paciente*. Dicho de otra manera, atender a un adulto mayor, en este caso, invariablemente nos llevará a tener un contacto con el o los integrantes de la familia. Asimismo, debemos contemplar que la

57 Varghese F, Dahale A. The geropsychiatric interview: assessment and diagnosis. Indian J Psychiatry. 2018 Feb;60(Suppl 3):S301-S311.



participación se tornará fundamental cuando el paciente evidencie deterioro cognitivo, déficit sensorial o físico.

En línea con la propuesta de Salvarezza, podemos dividir a las familias en un *continuum* que va desde las aglutinadas a las dispersas. Gráficamente, sería así:



Las *aglutinadas* se caracterizan por una organización narcisista: funciona como una totalidad, en la cual los roles (no las personas) se hallan en un interjuego de relaciones y compensaciones dependientes. Hay un déficit de individuación, la identidad es grupal. Por este motivo, es dificultoso reconocer de manera independiente a uno del otro. Esto se pone en evidencia, por ejemplo, al momento en que un familiar habla como si fuera el paciente, con expectativas acordes a su edad y deseo, pero que se encuentran desfasadas respecto de las del adulto mayor. Dicho de otro modo, se constata una dificultad para la elaboración de los cambios.

Al contrario, en las *dispersas* lo que predomina son las defensas frente a la fusión y a la pérdida de identidad. Son grupos que se presentan diferenciados y separados afectivamente. Son familias que hacen un culto de la autonomía. De la misma manera que a los hijos se les exigió esa autonomía desde muy chicos, estos mantienen esa postura con los adultos mayores. La postura es clara: que cada uno haga hasta donde pueda y quiera, y se haga cargo de lo suyo.

Una situación particular habitual es el conflicto que implica el *alejamiento familiar*, situación que se desarrolla de manera extensa en el trabajo *La abdicación del rey Eduardo VIII de Abrams* (2018).<sup>58</sup> Sintéticamente, podríamos decir que los padres mayores separados de los hijos adultos constituyen un desafío para los geriatras y psicogeriatras. Sobre este no se ha establecido la epidemiología, las causas ni las consecuencias clínicas del alejamiento, probablemente por la diversidad de la causas. Pero, para los padres de edad avanzada, este alejamiento de los hijos puede representar riesgos para la salud y el estado de ánimo. En ese sentido, los padres mayores son susceptibles a sentimientos dolorosos de culpa, remordimiento, vergüenza y otros inconvenientes negativos

58 Abrams RC. The Abdication of King Edward VIII: a study of estrangement between an adult son and elderly mother. Med Humanit. 2018 Mar;44(1):34-39.

en su bienestar en un momento en que también están sujetos a la vulnerabilidad relacionada con la edad. La pérdida cognitiva, por ejemplo, podría impedir la recuperación de ese alejamiento.

## **La evaluación psiquiátrica**

Expuestos los cuidados (reparos) que deberíamos tener en la entrevista con el paciente y familiares, profundizaremos ahora en la historia clínica psiquiátrica —psicogeriátrica—. Más allá del orden que sigamos, esta debería contener los puntos que siguen, los que, a su vez, podríamos considerar como puertas de entrada a la narrativa del paciente:

1. Motivo de consulta y antecedentes de la enfermedad actual.
2. Antecedentes psiquiátricos (personales y familiares) y de comorbilidades clínicas y neurológicas.
3. Historial (psico)farmacológico.
4. Dinámica e interrelación familiar.
5. Dinámica de la vida cotidiana.
6. Rasgos predominantes de la personalidad.
7. Examen neurocognitivo.

### ***1. Motivo de consulta y antecedentes de la enfermedad actual***

Antes que nada, aunque resulte obvio, hay que recabar los datos del paciente, los cuales servirán para ubicarnos demográfica y, en parte, epidemiológicamente frente a él. Es decir, al consignar el nombre (o sobrenombre), edad, ocupación (*jubilado de*, en la mayoría de los casos), estado civil, nacionalidad, convivientes, y el profesional que deriva (si fuera el caso), nos permitirá contextualizar al paciente dentro de un marco poblacional más amplio, identificar posibles factores de riesgo y causas de enfermedad (por ejemplo, que al momento de contestar sobre la edad, le pregunte al acompañante) y, por último, reflexionar sobre potenciales decisiones clínicas.

Luego consignaremos el o los síntomas que consideremos principales, ubicándolos en un contexto determinado y estableciendo su inicio —aproximado— y progresión. Es útil y recomendable incluir las palabras textuales tanto del paciente como del familiar o acompañante. Un punto clave es establecer un factor desencadenante o situación que pueda relacionarse con el síntoma que motivó la consulta. Este puede surgir de manera espontánea a partir de un registro del paciente o familiar; pero en otras oportunidades puede no re-

sultar evidente. *¿Qué hacer en esos casos?* Pensar en que existen factores más habituales en las personas mayores y focalizar en ellos. *¿Cuáles son?* Duelos, comorbilidades clínicas, enfermedad del cónyuge, déficits sensoriales, jubilación, ansiedad por la propia muerte, problemas económicos, mudanza, institucionalización, alteraciones cognitivas, problemas familiares, migraciones, soledad y aislamiento (Tabla 1). *¿Cómo abordarlos?* Desde la singularidad del paciente; es decir, cómo vive esa situación la persona. Sería un error establecer una relación directa entre su presencia y el síntoma. Dicho de otro modo, una determinada situación como los factores que mencionamos no significa necesariamente una descompensación de la persona.

**Tabla 1.** Factores de riesgo frecuentes en las personas mayores.

- 
- Duelos.
  - Comorbilidades clínicas y neurológicas.
  - Enfermedad del cónyuge.
  - Déficits sensoriales.
  - Jubilación.
    - › Ansiedad por la propia muerte.
    - › Problemas económicos.
    - › Mudanza.
    - › Institucionalización.
    - › Alteraciones cognitivas.
    - › Problemas familiares.
    - › Migraciones.
    - › Soledad y aislamiento.
- 

Otro punto clave para consignar es la percepción sobre el síntoma en el contexto de la situación o probable factor desencadenante. Podemos encontrarnos con dos escenarios:

- 1) *Sin registro de los cambios ocurridos en su cuerpo o del paso del tiempo* (“No entiendo por qué me aparecen estos dolores”, dijo un paciente de 73 años).
- 2) *Sensación de vulnerabilidad respecto de cómo lo percibe el entorno* (“Dice que está mal, pero todos los estudios le dan bien”, manifestó la hija de una paciente de 68 años).

La idea es evaluar si existe una diferencia en la percepción del *problema* entre la mirada del paciente respecto del entorno (incluidos nosotros). Es lo

que el psiquiatra Lolas Stepke describe como “desfasaje entre el *sentido* que podemos darle desde afuera y el *significado* que puede llegar a tener internamente en la persona”.<sup>59</sup> El trabajo clínico-terapéutico será armonizar o al menos aceptar —tolerar— esas diferencias. Por último, deben registrarse todas las medicaciones actuales, con el objetivo de evaluar probables o futuras interacciones.

## **2. Antecedentes psiquiátricos (personales y familiares) y de comorbilidades**

Debemos evaluar la presencia y los detalles de trastornos psiquiátricos anteriores o episodios similares al actual (inicio, frecuencia y evolución), así como los tratamientos respectivos recibidos (psicoterapéuticos, psicofarmacológicos, internaciones), haciendo hincapié tanto en los efectos favorables como en los adversos o secundarios de las medicaciones. En este punto, también es necesario consignar el factor desencadenante de dichos episodios.

Un aspecto fundamental que debemos registrar son los *antecedentes*, tanto de *ideación suicida* como de *tentativas autoagresivas* o *intentos de suicidio*. En este caso, se debe detallar método, tratamiento indicado, motivo, contexto, intervenciones que se llevaron a cabo (por ejemplo, si se le indicó internación).

Con relación a las *enfermedades médicas* comórbidas, deberemos consignarlas de manera específica, al igual que la medicación prescrita en consecuencia, con el objetivo de planificar el tratamiento actual.

Si bien lo que sigue se correspondería con una valoración clínica-geriátrica específica, considero importante contemplar un aspecto de suma utilidad en la práctica: los llamados *gigantes de la geriatría*. Al tenerlos presentes, evaluaremos o podremos inferir el grado de dependencia. Asimismo, detectarlos tempranamente nos permitirá solicitar las interconsultas correspondientes con el objetivo de corregirlos (o atenuarlos), y así reducir la discapacidad, hospitalización, institucionalización y mortalidad.

Los gigantes descritos por Bernard Isaacs (en 1965)<sup>60</sup> se pueden agrupar bajo la regla nemotécnica de las **4i**:

- **Inestabilidad**: relacionada con la marcha, el equilibrio y las caídas.
- **Incontinencia**: pérdida involuntaria de orina o heces.
- **Insuficiencia cognitiva**: pérdida de funciones cerebrales.
- **Inmovilidad**: imposibilidad o incapacidad para desplazarse sin riesgos y sin ayuda.

59 Lolas Stepke F. Las dimensiones bioéticas de la vejez. Acta Bioeth. 2001;7(1):57-70.

60 Morley JE. The New Geriatric Giants. Clin Geriatr Med. 2017 Aug;33(3):xi-xii.

Ahora bien, con los años, se agregaron “nuevos gigantes” —nuevos problemas— que también afectan a los pacientes e impactan en la clínica. Se destacan la fragilidad, la sarcopenia, la soledad y el aislamiento.<sup>61</sup>

Por último, a nivel *familiar*, es necesario buscar, como hicimos con el paciente, la presencia de trastornos psiquiátricos y el devenir de estos. Los datos deben ser recabados a partir del paciente, familiar, médico encargado del seguimiento clínico y psicoterapeuta, si estuviese en tratamiento.

### **3. Historial (psico)farmacológico**

En este punto enfatizaremos lo que dijimos respecto de la medicación: profundizar todo lo concerniente al esquema actual: fármacos, tipos y dosis. Incluir las medicaciones de venta libre, en general automedicadas. Asimismo, es importante evaluar el cumplimiento del esquema y su organización: quién las compra y quién las prepara. Lo mismo deberemos preguntar respecto de otras medicaciones recibidas previamente: cuál fue el motivo de su prescripción y el de su suspensión.

### **4. Dinámica e interrelación familiar**

A lo desarrollado sobre la entrevista familiar (que profundizaremos más adelante al abordar el contexto), agregaremos aquí la recomendación de dibujar el *genograma*. Esto nos permitirá profundizar tanto en los antecedentes clínicos y psiquiátricos como en la dinámica vincular del grupo, conflictos y grado de acompañamiento y apoyo. Básicamente, esto nos ayudará a determinar el *rol* de la familia al momento de planificar el tratamiento.

### **5. Dinámica de la vida cotidiana**

Es importante, durante la evaluación, poner en “movimiento” al paciente en lo que constituye un día habitual. Esta metáfora significa que nuestras preguntas deberán estar dirigidas a las diferentes actividades que realiza, en función de su singularidad. A su vez, para evaluar este aspecto, será necesario profundizar en los antecedentes personales vinculados con sus estudios (¿estudió?, ¿qué?), actividad laboral (¿a qué se dedicó?), relaciones sociales (¿tenía amigos/as?, ¿se juntaba?), y vínculo de pareja.

61 Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care. *Can Fam Physician*. 2020 Mar;66(3):176-182.

Recopilados estos datos, resulta útil solicitar al paciente (y al allegado, familiar o cuidador) que desarrollen *un día prototípico* de su vida, desde que se levanta hasta que se acuesta. Ahí podremos reparar en detalles relacionados con su grado autonomía y actividad, necesidad de ayuda, planificación, praxia, memoria y voluntad. Esto nos será de mucha utilidad como punto de partida para evaluar la presencia de alteraciones cognitivas, ya que su impacto principal se manifiesta, principalmente, en la vida cotidiana.

## **6. Rasgos predominantes de la personalidad**

Si bien desarrollaremos con mayor detalle el tema de la personalidad en un capítulo aparte, a los fines de la entrevista diremos que es importante contar con el aporte de familiares o allegados. Esto nos permitirá profundizar en los rasgos particulares que propone cada trastorno, a partir de la dinámica específica del paciente. Asimismo, lo que logremos consignar como características predominantes deberá contrastarse con la imagen que refiera el paciente de sí mismo. Por otro lado, conviene tener presente lo expuesto al comienzo de este capítulo respecto de la información que nos brindan los pormenores del vínculo terapéutico.

## **7. Examen neurocognitivo**

La presencia de alteraciones cognitivas puede ser un hecho habitual —y temido— del envejecimiento. De hecho, según la OMS, el riesgo de demencia aumenta con la edad, y se calcula que entre un 25 % y un 30 % de las personas de 85 años o más presenta cierto grado de deterioro cognitivo. En este contexto, es necesario —conveniente— pensar lo cognitivo como un *continuum* que va de la normalidad a la demencia. Por ejemplo, la prevalencia del deterioro cognitivo leve en personas mayores de 65 años es del 10 % al 20 %, riesgo que aumenta con la edad, así como con la presencia de depresión, polifarmacia y factores de riesgo cardiovascular no controlados.<sup>62</sup>

El instrumento fundamental para evaluar y diagnosticar las diferentes alteraciones que se pueden presentar es —y sigue siendo— la entrevista, sumado al pedido de laboratorio, test neurocognitivos o imagen cerebral (resonancia magnética nuclear, tomografía axial computada), cuya solicitud será también como consecuencia de esta.

62 Langa KM, Levine DA. The diagnosis and management of mild cognitive impairment: a clinical review. JAMA. 2014 Dec 17;312(23):2551-2561.

En el quinto punto mencionamos que la evaluación de la presencia de alteraciones cognitivas comienza al momento de solicitarle al paciente (y allegado) que relaten cómo es un día prototípico en su vida. Esto nos aproximará al estado actual para profundizar, a partir de ahí, las diferentes funciones cognitivas. En ese sentido, ¿cuándo deberíamos prestar mayor atención?<sup>63</sup> Ante lo siguiente:

1. Alteraciones de la memoria cuando se relacionan con olvidos de datos particulares que, en otro momento, hubiera sido imposible que se olvidara. (Función cognitiva: **memoria**).
2. Alteraciones del lenguaje ante la dificultad de denominar a objetos o personas. (Función cognitiva: **lenguaje**).
3. Desorientaciones, extravíos o dificultad para orientarse en situaciones habituales. (Función cognitiva: **orientación**).
4. Dificultades para identificar objetos comunes o personas conocidas. (Función cognitiva: **gnosia**).
5. Errores de planificación, por ejemplo, en el desempeño de una tarea particular. (Función cognitiva: **planificación**).
6. Cambios en la personalidad, desinhibiciones: “No era así”, “Nunca hubiese usado palabras como esas”. (Función cognitiva: **conducta**).
7. Dificultad para manejar objetos de uso frecuente: cepillo de dientes, preparación de un té o vestirse. (Función cognitiva: **praxia**).
8. Cambios en la manera de manejarse en lo cotidiano: contestaciones o acciones no pertinentes al contexto en el que se encuentran, concretización del discurso así como disminución capacidad de aprendizaje y adaptación. (Función cognitiva: **pensamiento, capacidad de juicio y abstracción**).

En este punto, ante una sospecha —o con la intención de profundizar al respecto— podemos incluir tres evaluaciones conocidas por su sensibilidad y especificidad: Mini-Mental test,<sup>64</sup> Test del reloj,<sup>65</sup> y MoCA.<sup>66</sup>

63 Falk N, Cole A, Meredith TJ. Evaluation of Suspected Dementia. Am Fam Physician. 2018 Mar 15;97(6):398-405.

64 Norris D, Clark MS, Shipley S. The Mental Status Examination. Am Fam Physician. 2016 Oct 15;94(8):635-641.

65 Park J, Jeong E, Seomun G. The clock drawing test: A systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy. J Adv Nurs. 2018 Dec;74(12):2742-2754.

66 Nasreddine ZS, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc. 2005 Apr;53(4):695-699.

Esto (no) es un manual de psicogeriatría

A modo de resumen, se presenta la siguiente tabla:

| Esquema de la evaluación psiquiátrica                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. <b>Motivo de consulta y antecedentes de la enfermedad actual.</b> Datos del paciente. Signos y síntomas prevalentes; inicio, progresión y contexto. Tratamiento (psico)farmacológico y psicoterapéutico.                                |
| 2. <b>Antecedentes psiquiátricos (personales y familiares) y de comorbilidades clínicas y neurológicas.</b> Episodios psiquiátricos, tratamientos, internaciones, tentativas suicidas o autoagresivas. Tratamientos de otras enfermedades. |
| 3. <b>Historial (psico)farmacológico.</b> Medicaciones recibidas, dosis, tiempo, respuesta y presencia de efectos adversos.                                                                                                                |
| 4. <b>Dinámica e interrelación familiar.</b> Genograma y dinámica vincular del grupo familiar.                                                                                                                                             |
| 5. <b>Dinámica de la vida cotidiana.</b> Actividades que desempeña relacionadas con la singularidad de la persona.                                                                                                                         |
| 6. <b>Rasgos predominantes de la personalidad.</b>                                                                                                                                                                                         |
| 7. <b>Examen neurocognitivo.</b> Funciones cognitivas; Mini-Mental, test del reloj y MoCA.                                                                                                                                                 |



## 2. Los diagnósticos: lo prevalente y lo frecuente

# Patologías prevalentes en psicogeriatría

*Veo que todos los cuadros pueden ser similares,  
pero no son iguales: todos tienen sus particularidades*

—Esposo de una paciente luego de su visita al geriátrico

En la novela *El sobrino de Wittgenstein*,<sup>67</sup> leemos el siguiente párrafo:

Esa llamada enfermedad mental demostró de la forma más deprimente la impotencia de los médicos y de la ciencia médica en general. Esa impotencia médica de los médicos y de su ciencia dio una y otra vez a la llamada enfermedad mental de Paul las designaciones más sensacionales, pero, como es natural, nunca la correcta, porque en su aturdimiento eran incapaces de ello, y todas esas designaciones suyas, relativas a la llamada enfermedad mental de mi amigo, resultaron ser una y otra vez equivocadas y francamente absurdas, y cada una de ellas anulaba a la otra, una y otra vez, de la forma más vergonzosa y, al mismo tiempo, más deprimente.

La impotencia que nos transmite la “crítica” de este extracto la podemos extrapolar a lo que nos puede ocurrir en la atención a las personas mayores. Recordemos lo que describimos al comienzo sobre los estudios de incidencia y prevalencia en esta población: no solo fueron escasos, sino que presentaron

67 Bernhard T. *El sobrino de Wittgenstein*. Barcelona: Anagrama; 2005. p. 12-13.

problemas metodológicos, como el uso de definiciones y criterios diagnósticos inadecuados para las personas mayores.<sup>1</sup> Esto, a su vez, hace que, ante lo diverso de las presentaciones psicopatológicas, se dificulte diagnosticar —y pensar— a partir de la nomenclatura actual.

¿La enfermedad mental en las personas mayores aumenta o disminuye con la edad? Es una pregunta central para la cual no existe una respuesta contundente: los estudios, en ese sentido, también son contradictorios.<sup>68</sup>

No obstante, desde un punto de vista clínico, podemos ensayar un podio de patologías prevalentes que, en la práctica, incluso, se pueden presentar superpuestas, por lo que identificarlas y discriminar una de otra constituye un desafío clínico. No es casual que incluya la palabra *desafío*: la intención es que, al momento de la evaluación, nuestra alarma esté —y permanezca— encendida.

Teniendo en cuenta la dificultad que comentamos, y con el objetivo de ubicarnos en el podio, diremos que la prevalencia del *delirium* es baja entre los pacientes ambulatorios (del 1 % al 2 %), pero se incrementa con la edad y llega al 14 % en mayores de 85 años, aun más entre quienes residen en instituciones geriátricas o atraviesan la situación de *fin de vida*, donde puede alcanzar entre el 60 % y el 80 %, respectivamente.<sup>69</sup> Las demencias se ubican alrededor del 14 % en pacientes mayores de 70 años, llegando al 30 % en mayores de 85.<sup>70</sup> Sin embargo, la prevalencia de esta enfermedad es un número que varía de manera constante, siempre hacia arriba. La depresión, por su parte, se presenta entre el 8 % y el 16 %<sup>71</sup>, y la ansiedad, en el 3 %.<sup>72</sup>

Dicho esto, nuestro podio quedaría configurado de esta manera:



68 Andreas S, Schulz H, Volkert J, et al. Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis\_ICF65+ study. *Br J Psychiatry*. 2017 Feb;210(2):125-131.

69 Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med*. 2006;354(11):1157-1165.

70 Plassman BL, Langa KM, Fisher GG, et al. Prevalence of dementia in the United States: the aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology*. 2007;29(1-2):125-132.

71 Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003 Mar;58(3):249-265.

72 Schoevers RA, Beekman AT, Deeg DJ, et al. Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003 Oct;18(10):994-1001.

Es necesario considerar que este no es rígido; todo lo contrario, los tres diagnósticos prevalentes interactúan, se confunden, conviven y se interrelacionan de manera dinámica con un hilo conductor: la ansiedad, que puede presentarse en mayor o menor medida.



# Depresión

(Lo que debemos buscar siempre)

*La depresión no es una parte normal  
del envejecimiento*

Anotación subrayada en una libreta

## La puerta de entrada

Con la depresión en la vejez ocurre algo paradójico: al mismo tiempo que se ubicaría en el primer lugar del podio, con mucha literatura (artículos y trabajos científicos), presentaciones en cursos, congresos y jornadas, sigue siendo un diagnóstico poco reconocido, sobre todo en atención primaria, ámbito hospitalario y residencias de larga estancia<sup>73</sup> (los geriátricos). En otras palabras, ocuparía el primer lugar junto con la ansiedad en otro podio: el de las enfermedades poco diagnosticadas. También podríamos agregar otra paradoja: si bien la depresión no forma parte del envejecimiento normal, se asocia con problemas vinculados al envejecimiento, como *las pérdidas*, la presencia de dolor y comorbilidades.

Se estima que la prevalencia de depresión en la vejez es del 13,3 %. Como vimos, este número no solo es variable (dependiendo de la metodología y definiciones utilizadas), sino que puede incrementarse de manera signifi-

73 Alexopoulos GS, Borson S, Cuthbert BN, et al. Assessment of late life depression. Biol Psychiatry. 2002 Jul 15;52(3):164-174.

cativa ante situaciones de internación y llegar, por ejemplo, al 78 % en las residencias geriátricas.<sup>74</sup>

Su presencia —subdiagnosticada— se asocia con mayor morbilidad y comorbilidad, caídas,<sup>75</sup> disminución de la calidad de vida, exacerbación o empeoramiento de las enfermedades crónicas y suicidio.<sup>76</sup> También existe una asociación importante que debemos contemplar respecto del incremento de las alteraciones cognitivas: el deterioro cognitivo leve y la demencia.<sup>77</sup> Si sumamos estas situaciones a la prevalencia, podríamos incluso considerar la depresión en el adulto mayor como un problema de salud pública.

Al contrario, identificar su presencia entre las personas mayores con enfermedades clínicas (cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares y renales, neumopatías, diabetes, cáncer) y neurológicas (párkinson y demencia) constituye no solo un problema complejo, sino también un desafío. Su dificultad radica en la confusión que pueden generar ciertos síntomas que pueden superponerse —o exacerbarse— con los de una enfermedad determinada (por ejemplo, cansancio, disminución de la voluntad, desgano), y que son atribuidos al envejecimiento o a la enfermedad propiamente dicha.

Otra situación que puede generar confusión son las presentaciones atípicas. Por último, podríamos asociar la falta del diagnóstico al *viejismo*: a partir de este prejuicio se atribuyen los síntomas depresivos a una *normalidad* del envejecimiento. Sin embargo, su diagnóstico correcto es importante, debido a que su tratamiento impacta de manera positiva en la calidad de vida y en el pronóstico de la enfermedad comórbida.<sup>78</sup> En general, tiene un buen pronóstico: hasta el 70 % de los pacientes mayores con depresión tratados a tiempo con antidepresivos se recuperan.<sup>79</sup>

74 Simning A, Simons KV. Treatment of depression in nursing home residents without significant cognitive impairment: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2017 Feb;29(2):209-226.

75 Vieira ER, Brown E, Raue P. Depression in older adults: screening and referral. *J Geriatr Phys Ther*. 2014 Jan-Mar;37(1):24-30.

76 Van Damme A, Declercq T, et al. Late-life depression: issues for the general practitioner. *Int J Gen Med*. 2018 Mar 29;11:113-120.

77 Shimada H, Park H, Makizako H, Doi T, Lee S, Suzuki T. Depressive symptoms and cognitive performance in older adults. *J Psychiatr Res*. 2014 Oct;57:149-156.

78 Mitchell PB, Harvey SB. Depression and the older medical patient: when and how to intervene. *Maturitas*. 2014 Oct;79(2):153-159.

79 Bottino CM, Barcelos-Ferreira R, Ribeiz SR. Treatment of depression in older adults. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(4):289-297.

## Presentación clínica

Una cuestión fundamental para tener en cuenta es que la depresión en el transcurso de la vejez se manifiesta a partir de *diferentes caras*.<sup>80</sup> Esto reviste de complejidad a la evaluación: no vamos a tener los criterios presentados de manera lineal ni unificada como propone el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) para los adultos. No obstante, la presentación a partir de dichos criterios debe ser tenida en cuenta porque constituye una de las formas. En ese sentido, los criterios de diagnóstico para la depresión mayor en el DSM-5 requieren la presencia de tristeza o anhedonia junto con cinco o más síntomas adicionales (pérdida de peso clínicamente significativa, hipo- o hiperorexia, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotriz, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, culpa, disminución de la concentración, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida). Todo durante un período de dos semanas.<sup>81</sup>

La presentación en el adulto mayor puede ir desde un paciente que manifieste sentirse *muy triste y deprimido* y angustiarse, incluso, al momento de relatarlo, hasta otro que *no entiende qué es lo que le sucede*. En el medio, podríamos mencionar a aquel que dice *estar de buen ánimo, pero no tener ganas de nada*, o ese otro que refiere: “Hago todas las cosas sintiéndome mal”. También están aquellos que concurren a una admisión para iniciar un tratamiento luego de haberse realizado todos los estudios que se le indicaron y cuyos resultados se encontraron dentro de parámetros normales; ante esa situación, podemos escuchar: “Salió todo bien; pero sigo mal”.

En los pacientes adultos mayores es habitual la presentación a partir de síntomas somáticos, como malestares inespecíficos o dolores, por ejemplo, más que los relacionados con lo afectivo. Aún más: pueden no reconocer el ánimo deprimido, la hipobulia ni la anhedonia. Podríamos hipotetizar que la base de esta negación podría asentarse en el *estigma* que representaría el hecho de convertirse en un paciente psiquiátrico. Una *etiqueta* que puede generar malestar en los adultos mayores y cuyo impacto debemos tener en cuenta en la evaluación.

No obstante, más allá de esta hipótesis, surge en este punto el concepto clínico de la *depresión sin tristeza*.<sup>82</sup> Un concepto de mucho valor y útil en la práctica. En este contexto *sin tristeza*, los síntomas con los que se puede manifestar la depresión son fatiga, pérdida de peso, dolor, múltiples síntomas médicos

80 Heok KE, et al. The many faces of geriatric depression. *Curr Opin Psychiatry*. 2008 Nov;21(6):540-545.

81 Taylor WD. Clinical practice. Depression in the elderly. *N Engl J Med*. 2014 Sep 18;371(12):1228-1236.

82 Sachdev PS, Mohan A, Taylor L, Jeste DV. DSM-5 and mental disorders in older individuals: an overview. *Harv Rev Psychiatry*. 2015 Sep-Oct;23(5):320-328.

inespecíficos (quejas somáticas), déficit de memoria, aislamiento, negativa a la ingesta, automedicación (por ejemplo, benzodiacepinas), descuido personal y abuso de alcohol.<sup>83</sup> En fin, la forma de presentarse es —o puede ser— distinta a la de otras edades; así como los factores de riesgo y protectores que veremos más adelante. Por otro lado, es para destacar que es frecuente que los pacientes no asocien estos síntomas de presentación con un estado depresivo. Incluso, no reconocer esta asociación cuando la manifestamos desde nuestro lugar:

—¿Piensa que estos síntomas podrían relacionarse con una depresión?

—No.

Otra manera de presentarse es a partir de una alteración del sueño acompañada de la presencia de irritabilidad. Asimismo, el enlentecimiento psicomotor, la pérdida de interés en la vida y la desesperanza relacionada con el futuro pueden ser formas de presentación que se constatan con mayor frecuencia en la vejez que en adultos de mediana edad.<sup>84</sup> También podríamos agregar las quejas de problemas de memoria y concentración como una situación habitual entre los adultos mayores deprimidos.<sup>85</sup> Es lo que dio lugar al concepto de *pseudodemencia depresiva*, una expresión frecuente de escuchar. Sin embargo, la presencia de síntomas depresivos y cognitivos representaría una mezcla de ambas situaciones clínicas, en lugar de una enfermedad “disfrazada” de otra.<sup>86</sup>

Una forma de presentación particular es la *presencia de síntomas psicóticos*: delirios o alucinaciones cuya temática es diversa, desde la culpa o ruina hasta la enfermedad (delirios psicósomáticos). Hablamos, en ese caso, de una *depresión psicótica* —o con síntomas psicóticos—. En este contexto, puede o no haber sintomatología afectiva. A este diagnóstico podríamos agregar otro síndrome: la *catatonia*. Esta implica inmovilidad o actividad motora excesiva, negativismo extremo, peculiaridades del movimiento voluntario (rigidez, flexibilidad cética), ecolalia o ecopraxia. Este tipo de presentación es más común entre los pacientes hospitalizados o institucionalizados, y puede presentarse entre el 20 % y el 45 %.<sup>87</sup>

83 Kok RM, et al. Management of depression in older adults: a review. JAMA. 2017 May 23;317(20):2114-2122.

84 Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. Annu Rev Clin Psychol. 2009;5:363-389.

85 Butters MA, Whyte EM, Nebes RD, et al. The nature and determinants of neuropsychological functioning in late-life depression. Arch Gen Psychiatry. 2004 Jun;61(6):587-595.

86 Casey DA. Depression in older adults: a treatable medical condition. Prim Care. 2017 Sep;44(3):499-510.

87 Kennedy G. Advances in the treatment of late-life psychotic depression. Prim Psychiatry. 2004 Jul;15(7):27-29.



La prevalencia de la *distimia* es del 2 %, aproximadamente, en la población mayor. Esta se utiliza para describir un síndrome depresivo de gravedad leve a moderada de, al menos, dos años de duración, que no cumple con los criterios para el trastorno depresivo mayor. Este diagnóstico —como pasa con los diagnósticos en psiquiatría— pasó a llamarse en el DSM-5 *trastorno depresivo persistente*, que incluye depresión mayor crónica como la distimia.<sup>88</sup> Considero importante tenerlo presente (a pesar de ser poco reconocido y diagnosticado), debido a que constituye una forma de presentación habitual en la práctica más allá de su supuesta baja prevalencia. Entre sus causas se citan factores psicosociales (soledad, aislamiento y duelo) y mecanismos neurobiológicos a partir de enfermedades cerebrovasculares y procesos neurodegenerativos.

La tabla que sigue a continuación tiene el objetivo de caracterizar y resumir los síntomas con los cuales se presenta habitualmente la depresión en los adultos mayores:

| Síntomas          | Nos encontramos con...                                                                             |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Afectivos</i>  | Tristeza, fatiga, desesperanza, ansiedad, irritabilidad, ideas de muerte.                          |
| <i>Somáticos</i>  | Dolor. Síntomas que se superponen a una enfermedad clínica o medicación. Delirios psicósomáticos.  |
| <i>Cognitivos</i> | Disminución de la atención, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas. |

Adaptado de Glover J, et al.<sup>89</sup>

## La depresión vascular

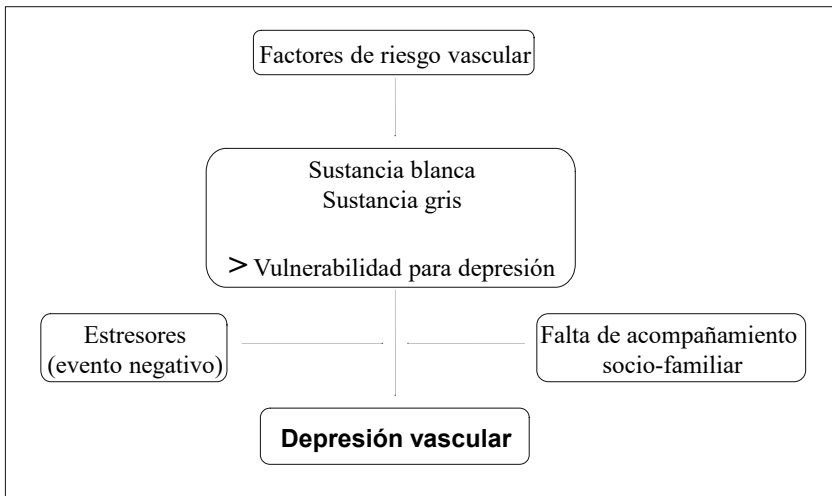
Es una forma de presentación especial:<sup>90</sup> considerada un subtipo de depresión en la vejez. Se caracteriza por una presentación clínica distinta, asociada a alteraciones cerebrovasculares: hiperintensidades de la sustancia blanca que se evidencian en la resonancia magnética, así como lagunas subcorticales, microinfartos y microsangrados. También se pueden presentar cambios o atrofia a nivel frontal y temporal (hipocampal) de la sustancia gris. A partir de esta

88 Devanand DP. Dysthymic disorder in the elderly population. *Int Psychogeriatr*. 2014 Jan;26(1):39-48.

89 Glover J, et al. Assessment of the person with late-life depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2013 Dec;36(4):545-560.

90 Taylor WD, Schultz SK, et al. Perspectives on the management of vascular depression. *Am J Psychiatry*. 2018 Dec 1;175(12):1169-1175.

*organicidad* se define la depresión vascular, porque es justamente debido a la presencia de estas alteraciones la predisposición —la mayor vulnerabilidad— que tiene el adulto mayor de tener este tipo de depresión. No obstante, la relación no sería directa: deberíamos sumar la presencia de factores de riesgo y la ausencia de factores protectores para que, en consecuencia, el paciente evidencie depresión. Su presentación clínica se caracteriza por enlentecimiento psicomotriz, falta de iniciativa, apatía, anergia y alteraciones cognitivas, en ausencia de antecedentes familiares de depresión, pero con evidencia clínica o de laboratorio de enfermedad vascular o factores de riesgo (hipertensión, obesidad, hipercolesterolemia, resistencia a la insulina y diabetes *mellitus*).<sup>91</sup> Gráficamente, podríamos representarla de la siguiente manera:



Adaptado de Aizenstein HJ, et al.

Llegados a este punto, nos resta preguntarnos si la *depresión* que presenta el/la paciente es *severa*. Para ello, debemos considerar la gravedad de los síntomas depresivos; evaluación que nos servirá, a su vez, para estimar el riesgo suicida.<sup>92</sup>

¿Qué síntomas le otorgan severidad al cuadro depresivo?

91 Aizenstein HJ, Baskys A, Boldrini M, Butters MA, et al. Vascular depression consensus report - a critical update. BMC Med. 2016 Nov 3;14(1):161.

92 Alexopoulos GS, Bruce ML, Hull J, Kakuma T. Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. Arch Gen Psychiatry. 1999 Oct;56(10):1048-1053.

Destacaremos los siguientes:

- Ideas de muerte, autoagresivas o de suicidio.
- Episodio autoagresivo.
- Ideas de culpa o desesperanza.
- Síntomas psicóticos: delirios, alucinaciones.
- Conductas desorganizadas.
- Síntomas atípicos vinculados a una probable bipolaridad: hipersomnia, anergia, enlentecimiento psicomotriz, hiperfagia, poca reactividad a estímulos, síntomas psicóticos, ansiedad y agitación, irritabilidad y hostilidad marcadas. Hay que tener presente que la *depresión bipolar* se caracteriza por una edad de inicio más temprana que la de la *depresión unipolar*; menor duración, comienzo brusco y mayor recurrencia.<sup>93</sup>

### En la evaluación, ¿qué?

A partir de lo que vimos en el capítulo “La entrevista”, deberemos, en el marco del encuentro dialógico, procurar un vínculo que nos permita evaluar la presencia de los síntomas que caracterizan a la depresión en los adultos mayores, así como profundizar en temas más sensibles, como la ideación suicida, disfunción sexual, conflictos familiares, maltratos o abuso. Es importante recordar que, ante déficits sensoriales auditivos o visuales, deberemos adaptar la entrevista a estas situaciones. De la misma manera, abordaremos a los familiares o cuidadores/acompañantes. También, a partir de la entrevista, decidiremos la conveniencia y pertinencia de solicitar estudios de laboratorio y neuroimágenes, con los que descartaremos, por ejemplo, comorbilidades clínicas o neurológicas que pueden contribuir o ser la causa de los síntomas depresivos.

El envejecimiento puede presentarse con una reducción de actividades y la aparición de pensamientos negativos relacionados con la vida y el futuro. Como es de suponer, habrá personas más propensas de acuerdo con los eventos estresantes que haya vivido. Esto puede ser, como ya lo enunciamos, el motivo por el cual pueden no reconocerse los primeros síntomas y ser atribuidos incorrectamente al proceso de envejecimiento. También, en este contexto, las manifestaciones somáticas se traducirán en pedidos de estudios innecesarios. Dicho de otro modo, la preocupación por diagnosticar problemas clínicos posterga el diagnóstico de depresión.

93 Monczor M. El trastorno bipolar en la vejez. Vertex. 2010 Jul-Aug;21(92):275-283.

Sin embargo, al problema del subdiagnóstico podríamos agregar, a partir de la misma base, otro problema: el del *sobrediagnóstico*. Por ejemplo, en presencia de afecciones como el cáncer, que pueden causar fatiga y pérdida de peso. Así, atribuir excesivamente estos síntomas a la enfermedad física, incluso cuando hay otros síntomas del estado de ánimo, representa un diagnóstico insuficiente.

*Una pregunta clave:* ¿Es el primer episodio depresivo? Es decir, ¿la depresión se presentó en otros momentos de la vida o es la primera vez? Distinguir esta cuestión nos permitirá contemplar diferencias respecto de la etiología y el pronóstico.

La *depresión de inicio tardío*, definida como aquella que se produce después de los 60 años, suele presentar alteraciones neurológicas (ACV, párkinson), déficits en las pruebas neuropsicológicas y cambios a nivel de las neuroimágenes. Asimismo, evidencia un riesgo mayor de evolucionar a demencia.<sup>94</sup> Esta observación abona la hipótesis de que la enfermedad vascular puede contribuir a la depresión en los adultos mayores.<sup>95</sup>

Al contrario, las personas con *depresión de inicio temprano* son más propensas que aquellas con depresión de inicio tardío a tener antecedentes familiares de depresión. También evidencian una mayor prevalencia de trastornos de la personalidad o rasgos como el neuroticismo,<sup>96</sup> el cual se refiere a un nivel crónico de ajuste emocional deficiente, inestabilidad y una tendencia a experimentar estados emocionales desagradables.

Un situación particular se produce en el contexto de las *enfermedades neurológicas*: la depresión se presenta de manera diferente. Por ejemplo, después de un accidente cerebrovascular, especialmente con daño en el hemisferio derecho, es menos probable que se evidencie disforia; al contrario, se caracteriza más por la presencia de síntomas vegetativos (alteraciones del sueño y del apetito, síntomas gastrointestinales, sudoración).<sup>97</sup> La depresión asociada con la enfermedad de Parkinson es una forma más leve de depresión y se acompaña,

94 Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, John V, Loewenstein D. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis. Arch Gen Psychiatry. 2006 May;63(5):530-538.

95 Taylor WD, Aizenstein HJ, Alexopoulos GS. The vascular depression hypothesis: mechanisms linking vascular disease with depression. Mol Psychiatry. 2013 Aug;18(8):963-974.

96 Aziz R, et al. What are the causes of late-life depression? Psychiatr Clin North Am. 2013 Dec;36(4):497-516.

97 Paradiso S, Vaidya J, Tranel D, Kosier T, Robinson RG. Nondysphoric depression following stroke. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2008;20(1):52-61.

también, de menor frecuencia de disforia y anhedonia que la depresión en adultos mayores sin enfermedad neurológica.<sup>98</sup>

En el caso de la demencia, si bien la depresión no parece ser la causa, probablemente constituya un factor de riesgo (o síntoma prodrómico), al igual que la demencia es un factor de riesgo para la depresión.<sup>99</sup> Por este motivo, el vínculo entre ambos cuadros es estrecho, lo que podría explicar la dificultad para llevar a cabo el diagnóstico. A esto se suman los déficits en la expresión verbal y la posible confusión que generan los síntomas cognitivos.

Ubicados ante este desafío, deberemos poner el acento en los *signos* que nos permitan inferir un diagnóstico de depresión en el contexto de una demencia. En la tabla que sigue, enumeraremos los que aparecen con mayor frecuencia en la práctica:

---

#### Signos de depresión en la demencia

---

- El signo de *omega* melancólico en el entrecejo.
  - *Facie doliente*.
  - Apariencia triste.
  - Episodios de agitación.
  - Retardo psicomotor.
  - Hiporexia.
  - Variación del humor.
  - Llanto inapropiado.
  - Incremento de la demanda de atención.
  - Discurso depresivo.
  - Autoagresiones.
- 

Adaptado de Gutzmann H, Qazi A.<sup>100</sup>

Debemos evaluar también los factores de riesgo y factores protectores. Dentro de los factores asociados con la depresión se encuentran los genéticos, las enfermedades clínicas y neurológicas, así como factores de riesgo psicosociales. Por las características inherentes a cada situación, nos encontramos frente a una diversidad. ¿Cómo debemos posicionarnos frente a esta? Cuando habla-

98 Marsh L, McDonald WM, Cummings J, Ravina B, NINDS/NIMH Work Group on Depression and Parkinson's Disease. Provisional diagnostic criteria for depression in Parkinson's disease: report of an NINDS/NIMH Work Group. *Mov Disord.* 2006 Jan;21(2):148-158.

99 Rubin R. Exploring the relationship between depression and dementia. *JAMA.* 2018 Sep 11;320(10):961-962.

100 Gutzmann H, Qazi A. Depression associated with dementia. *Z Gerontol Geriatr.* 2015 Jun;48(4):305-311.

mos de *factores de riesgo*, aludimos a una situación o conjunto de situaciones que predisponen o pueden constituir un desencadenante para el desarrollo de una depresión. Pero, como dijimos, ningún factor de riesgo por sí solo es la causa de la depresión: se necesita una vulnerabilidad o predisposición respecto de las situaciones que enumeraremos. En esa línea surge la pregunta: ¿por qué la presencia de un factor de riesgo en una persona constituye un desencadenante y, en otra, no produce nada o incluso lo contrario? La entrevista será la que nos dará la respuesta al dotar de sentido a la situación desde la singularidad del paciente; en otras palabras, qué significado se le atribuye.

Los factores que, en general, se asocian a la depresión en las personas mayores son ser del sexo femenino, ser soltero/a, bajo nivel socioeconómico (pobreza), presencia de enfermedad crónica, soledad y aislamiento, historia individual o familiar de depresión.<sup>101</sup> A estos se agregan otros más específicos, vinculados con la pérdida o los cambios: dolor, soledad, adquisición de nuevas responsabilidades, deterioro cognitivo, pobre soporte social, abuso de alcohol, bajo nivel educacional.<sup>102</sup> También recordaremos los que enumeramos antes: duelo, enfermedad del cónyuge, personalidad narcisista, déficit sensorial, jubilación, ansiedad o angustia por la propia muerte, mudanza, institucionalización, problemas familiares, migraciones.<sup>50</sup>

Como existen unos, existen los otros: hablamos de los *factores protectores*. Como su nombre lo indica, son aquellas situaciones cuya presencia constituye una protección o, al menos, atenúa los efectos de la depresión y favorece de manera positiva el tratamiento.

De una revisión surgieron tres grupos: (a) los recursos: salud, función cognitiva, nivel socioeconómico; (b) las experiencias de vida, que le permiten afrontar de mejor manera las dificultades; (c) actividades que requieren un compromiso social, trabajo voluntario, religión y espiritualidad.<sup>103</sup> Estos dos últimos factores en particular le permiten al adulto mayor experimentar la vida como algo significativo, a pesar de las pérdidas. La religión, por su parte, estimula la conexión social, la contención y el apoyo relacionado con la participación en actividades.<sup>104</sup> A estos grupos, podríamos agregar otro —(d)— que incluiría al entorno y apoyo familiar, así como la actividad física.<sup>102</sup>

101 Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *J Affect Disord.* 2008;106(1-2):29-44.

102 Park M, Unützer J. Geriatric depression in primary care. *Psychiatr Clin North Am.* 2011 Jun;34(2):469-487.

103 Hendrie HC, Albert MS, Butters MA, Gao S, Knopman DS, et al. The NIH cognitive and emotional health project: report of the Critical Evaluation Study Committee. *Alzheimers Dement.* 2006 Jan;2(1):12-32.

104 Lucchetti A, Barcelos-Ferreira R, Blazer DG, Moreira-Almeida A. Spirituality in geriatric psychiatry. *Curr Opin Psychiatry.* 2018 Jul;31(4):373-377.

Por último, la necesidad y pertinencia de una evaluación clínica o neurológica, el pedido de laboratorio, una neuroimagen o un test neurocognitivo serán una de las conclusiones a las que arribaremos a partir de la entrevista. Como analizamos, la presencia de una o varias comorbilidades es una situación frecuente en los adultos mayores; por este motivo, es importante considerar probables intercorrelaciones que contribuyan a los síntomas depresivos.

En ese sentido, el pedido de un análisis de laboratorio es útil, pero a menudo no concluyente, porque no hay una prueba específica o biomarcador disponible en la actualidad. No obstante, entre las recomendaciones se encuentra la solicitud de un hemograma, con el objetivo de detectar la presencia de una anemia; examen de glucemia, para evaluar problemas metabólicos y diabetes; perfil tiroideo, debido a que el hipotiroidismo puede simular síntomas depresivos; hepatograma, que puede evidenciar un consumo de alcohol; ionograma, fundamental si contemplamos iniciar con un esquema antidepressivo —algunos, como los IRSS, se asocian con hiponatremia y síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIHAD)—; niveles de vitamina B12 y ácido fólico: la deficiencia de vitamina B12 aumenta con la edad, y tanto los bajos niveles de esta como del ácido fólico pueden contribuir a la depresión.

La neuroimagen, por su parte, puede ser útil en algunos casos, en particular ante la sospecha de enfermedad cerebrovascular, deterioro cognitivo y demencia. En la misma línea, podríamos incluir los test neurocognitivos.





# La evaluación del riesgo suicida

(Siempre)

*El viejo directamente se suicida,  
no anda con vueltas*

—Comentario de un docente

## El problema

Hablar de *suicidio* en las personas mayores es hablar de tres situaciones: la ideación suicida, la tentativa suicida y los suicidios consumados.<sup>105</sup> Hablar de suicidio en las personas mayores es necesario (fundamental): constituye el primer paso para tener una actitud preventiva.

Según la OMS (2014), el número de personas que mueren por suicidio es más alto en personas de 70 años o más, tanto en hombres como en mujeres, en casi todas las regiones del mundo. Es decir, es más frecuente en personas mayores que en jóvenes: de doscientos intentos de suicidio se produce una muerte en adolescentes y adultos jóvenes; en contraste con la muerte que se produce cada dos a cuatro intentos en personas mayores.<sup>106</sup> De manera más impactante, se produce una muerte por suicidio cada hora y media en esta población.<sup>107</sup>

Los motivos de esta estadística no son claros; se alude a la soledad como un factor que contribuye, debido a que, llegado el caso, no hubo nadie que detectara cómo se encontraba la persona; también se menciona la *fragilidad* como

105 Shah J, et al. Frailty and suicidality in older adults: a mini-review and synthesis. *Gerontology*. 2022;68(6):571-577.

106 Conwell Y. Suicide later in life. *Am J Prev Med*. 2014 Nov;47(2 Suppl 3):S244-S250.

107 Carlson WL, Ong TD. Suicide in later life: failed treatment or rational choice? *Clin Geriatr Med*. 2014 Aug;30(3):553-576.

aquello que favorecería la letalidad: la persona no se encuentra en condiciones de soportar el impacto de una conducta agresiva.<sup>108</sup>

El comportamiento suicida es complejo. Constituye un problema de salud pública sobre el que tenemos que trabajar en la prevención. Para lograrlo, es prioritario tomar plena conciencia de las implicancias —emocionales, sociales, familiares y profesionales— del suicidio en la vejez, para contemplar, a partir de ahí, intervenciones ligadas a la detección de pacientes con riesgo suicida.

A continuación, algunas definiciones con las cuales es importante estar familiarizados al momento de llevar a cabo la evaluación:

|                        |                                                                                                                                                                          |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Suicidalidad</b>    | Se relaciona con los pensamientos, acciones y actividades de las personas que buscan quitarse la vida.                                                                   |
| <b>Suicidio</b>        | Es el acto que realiza una persona para causar su propia muerte de manera intencional.                                                                                   |
| <b>Intento suicida</b> | Son las acciones no fatales o los preparativos cuyo objetivo fue causar la muerte. A su vez, el acto suicida pudo haber sido abandonado, interrumpido o haber fracasado. |
| <b>Parasuicidio</b>    | Son conductas autolesivas no habituales que constituyen una amenaza a la vida de la persona, pero que se realiza sin la intención de matarse.                            |

La diferencia y lo principal para tener en cuenta en la evaluación es la *intencionalidad*.

Adaptado de Jans T, et al.<sup>109</sup>

108 Brooks SE, et al. Suicide in the elderly: a multidisciplinary approach to prevention. Clin Geriatr Med. 2019 Feb;35(1):133-145.

109 Jans T, Vloet TD, Taneli Y, Warnke A. Suicidio y conducta autolesiva. En: Rey JM, ed. Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP. Irarrázaval M, Martín A, eds. Prieto-Tagle F, Vidal M, trads. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines; 2017.

# La evaluación

## (¿Cuándo?)

*Mi intención es comprender  
por qué las personas se destruyen*

—Rainer W. Fassbinder

Nuestro punto de partida al momento de abordar este capítulo será lo que analizamos en el correspondiente a “La entrevista”. Es decir, a la evaluación del riesgo suicida debemos verla como una continuidad, una progresión —necesaria— de lo que vimos; pero dada la relevancia del tema junto con la relación estrecha que tiene con la depresión<sup>110</sup>, lo ubicamos luego de ese capítulo. A propósito, Reynolds (2019) afirma: “El suicidio en la vejez es una de las consecuencias más trágicas de la depresión”.<sup>111</sup> Podríamos incluir, además, de la de ansiedad, de la psicosis y de los trastornos de la personalidad.<sup>112</sup> En fin, hablamos de una *consecuencia trágica* de la práctica profesional que impacta, a su vez, en diferentes niveles: familiar, social, sanitario.

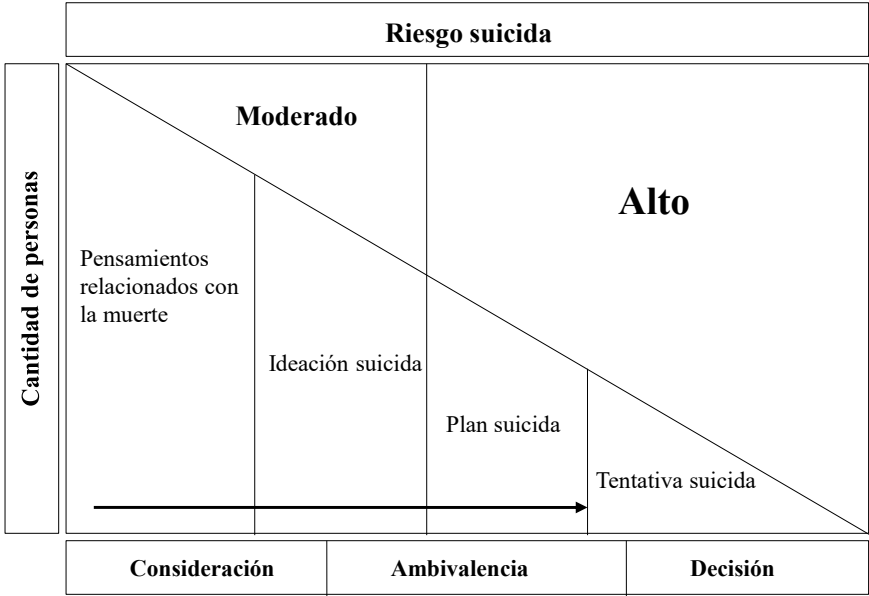
110 Minayo MC, Cavalcante FG. Suicide in elderly people: a literature review. Rev Saude Publica. 2010 Aug;44(4):750-757.

111 Reynolds CF 3rd, Lenze E, Mulsant BH. Assessment and treatment of major depression in older adults. Handb Clin Neurol. 2019;167:429-435.

112 Voshaar RC, van der Veen DC, Kapur N, Hunt I, Williams A, Pachana NA. Suicide in patients suffering from late-life anxiety disorders; a comparison with younger patients. Int Psychogeriatr. 2015;27(7):1197-1205.

En la entrevista, como vimos, estimulamos la generación de un *vínculo terapéutico*, a partir del cual deberíamos haber obtenido las respuestas necesarias para llegar, por un lado, al diagnóstico —depresión, en este caso— y, por otro, habernos situado en un momento clave: la *evaluación del riesgo suicida* (ver gráfico). Esta es una evaluación que, desde un punto de vista clínico, se diferencia de otras situaciones por una cuestión fundamental: es algo que no puede esperar. Debe hacerse, salvo excepciones puntuales, durante el transcurso de la *primera entrevista*.

¿Por qué? En primer lugar, como mencionamos, el suicidio en la vejez es el doble de frecuente que en la población general. Es decir, que a medida que aumenta la edad, aumenta la tasa de suicidio. A su vez, se reducen los intentos y aumenta su letalidad.<sup>73</sup> Por cada doscientos intentos en jóvenes se produce un suicidio; en el caso de los mayores, esto ocurre cada tres intentos.



Adaptado de Jans T, et al.<sup>109</sup>

En segundo lugar, un dato significativo es que muchas personas mayores que se suicidaron habían asistido a una consulta médica unos días antes de cometer una tentativa o consumir el suicidio.

Dicho esto, resaltaremos dos mitos —es decir, *dos no*— en torno a este tema:

1. *No suponer, preguntar.* Es decir, no debemos atribuirle al paciente un riesgo menor *a priori* si tenemos en cuenta lo que expusimos unas líneas arriba.
2. *No hay evidencia de que preguntar al respecto “despierte” o “genere” ideas de suicidio en los pacientes.*<sup>113</sup>

### **Prevenir – prevención (sobre todo)**

Es importante aclarar una confusión habitual: como profesionales, no *evitamos* el suicidio; nuestra función, nuestra responsabilidad es que, tomando como base nuestro conocimiento, llevemos a cabo una evaluación específica cuyo objetivo principal sea prevenir. Ahora bien, el punto de partida será justamente ese objetivo, cuyo cumplimiento podría acercarnos, tal vez, a la posibilidad de evitarlo.

Lo que sigue son aquellas cuestiones relacionadas con la evaluación, que nos permitirán ubicarnos en línea con lo que propusimos. Pondremos el acento en identificar:

1. Una narrativa particular vinculada al suicidio; es decir, ese tono, esas palabras que nos “alerten” sobre un riesgo potencial.
2. Los factores de riesgo y protectores. Aquellos *generales* que vimos al abordar el tema de la entrevista, a los que sumaremos los *específicos* vinculados a la temática del suicidio.
3. Los pacientes de riesgo. En definitiva, nuestro objetivo principal.

### **Para prevenir es importante identificar los factores de riesgo y protectores**

Con la mente puesta en nuestro objetivo —la prevención— iniciaremos nuestro recorrido con una propuesta: analizar lo que sigue. Pretendo así introducirnos en una narrativa propia vinculada con el suicidio: el tono y las palabras suelen ser particulares.

André Gorz, filósofo, comienza *Carta a D. Historia de un amor*<sup>114</sup> con un párrafo contundente:

Acabas de cumplir ochenta y dos años. Has encogido seis centímetros, no pesas más de cuarenta y cinco kilos y sigues siendo bella, elegante y deseable. Hace cincuenta y ocho años que vivimos juntos y te amo más que nunca. De

113 Conwell Y, Thompson C. Suicidal behavior in elders. *Psychiatr Clin North Am.* 2008 Jun;31(2):333-356.

114 Gorz A. *Carta a D: historia de un amor.* Barcelona: Paidós; 2008.

nuevo siento en mi pecho un vacío devorador que solo colma el calor de tu cuerpo abrazado al mío.

Como un pequeño ejercicio clínico, podemos inferir en estas pocas líneas los factores de riesgo que se encontrarían implicados en una probable depresión. Luego de relatar los pormenores de la historia de ambos, agrega:

No quiero asistir a tu incineración; no quiero recibir un frasco con tus cenizas. [...]. A ninguno de los dos nos gustaría sobrevivir a la muerte del otro.

Nos encontramos frente a un discurso —una narrativa, insistimos— del que se desprende no solo un tono depresivo, sino también un factor de riesgo característico: la enfermedad o pérdida del cónyuge,<sup>115</sup> a partir del cual debemos pensar, sí o sí, en un riesgo suicida, más allá de que el paciente manifieste o no de manera concreta ideas autoagresivas o de suicidio.

Dicho de otro modo, ante adultos mayores que han enviudado, que se encuentran atravesando un duelo o que están socialmente aislados, se debería encender nuestra señal de alerta en el transcurso de la entrevista.<sup>116</sup>

Seguimos con una escucha atenta, en este punto, focalizada en dotar de sentido a los *factores de riesgo*, es decir, en aquello que le ocurre a una persona y puede generar una descompensación —una ideación suicida—. Lo repetimos: la depresión (y el trastorno bipolar) se relacionan con el suicidio. En la misma línea, el abuso de alcohol constituye un factor importante, por lo que se debe preguntar siempre. Agregamos aquí la importancia de contemplar si el paciente presenta enfermedades físicas, dolor,<sup>117</sup> un duelo, soledad o aislamiento, problemas económicos, pérdida de independencia (o autonomía) y el antecedente familiar de tentativas o de suicidio.<sup>118</sup>

Por otro lado, constatar *deficiencias funcionales* implica también evaluar la autonomía, ya que aquellas impactan en la vida cotidiana. Dentro de las situaciones habituales se encuentran las caídas, incontinencia, disminución de la movilidad, déficits visuales y auditivos, así como las alteraciones cognitivas.<sup>107</sup>

La presencia de rasgos de *personalidad* caracterizados por rigidez cognitiva, como sucede, por ejemplo, en el marco de personas narcisistas y obsesivas, se

115 Koo YW, Kolves K, De Leo D. Suicide in older adults: differences between the young-old, middle-old, and oldest old. *Int Psychogeriatr*. 2017;29(8):1297-1306.

116 Conejero I, et al. Suicide in older adults: current perspectives. *Clin Interv Aging*. 2018;13:691-699.

117 Gaillardou D, Matusevich D. Dolor crónico y tentativa de suicidio en la vejez a través de una narración de caso. *Vertex*. 2014 May-Jun;25(115):231-234.

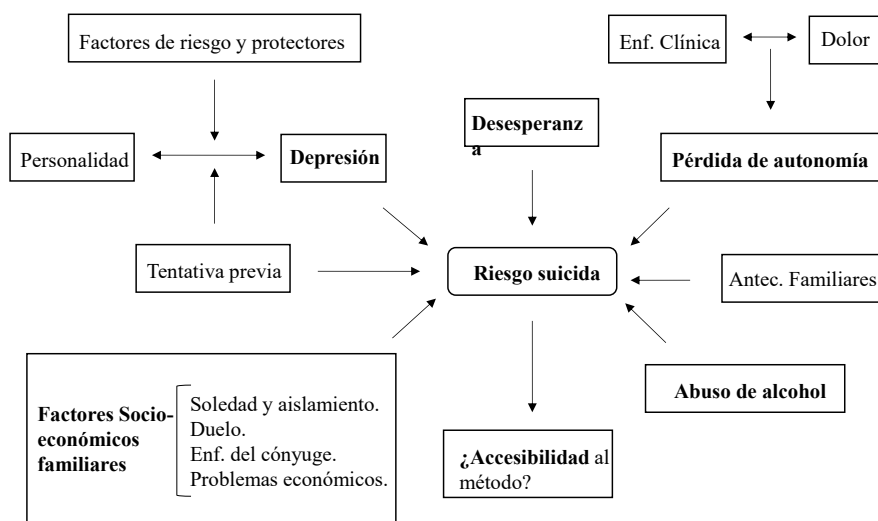
118 Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009 Apr 18;373(9672):1372-1381.

vincula con la capacidad de los adultos mayores para hacer frente a los desafíos que plantea el envejecimiento. Esta situación constituye un factor de riesgo.

El *suicidio narcisista* merece una mención especial: desde un punto psicológico, constituiría una *victoria sobre la muerte* a partir de la creencia —o preferencia— que tiene la persona de “matarse para no verse morir”.<sup>119</sup> Dicho de otro modo, es una persona que preferirá el suicidio antes de ser la espectadora del *derrumbe* que implicarían los pormenores que puede acarrear el paso del tiempo. En ese sentido, un hombre de 78 años dijo: “¿Para qué vivir muchos años?, ¿para morir en un geriátrico y que me pongan pañales?”; otro de 68 años manifestó: “No soportaría no poder dar una clase en la universidad... ¿Para qué quiero ser viejo en una sociedad que me excluye?”.

Por último, dos puntos específicos relacionados con el suicidio que debemos evaluar son el antecedente de una tentativa previa,<sup>120</sup> junto con la presencia de ideas de desesperanza.<sup>121</sup>

Podemos resumir lo que vimos con la ayuda del gráfico que veremos a continuación. Este constituye una *foto* de los factores que, de manera directa o indirecta, se interrelacionan, y que deberíamos tener en cuenta al momento de evaluar el riesgo suicida. Dicho de otra manera, podemos considerar a los factores (o situaciones) como *puertas* que nos obligarán a profundizar respecto del potencial de riesgo suicida.



119 Matusevich D, Perez Barrero SA. Suicidio en la vejez. Buenos Aires: Polemos; 2009. p. 68-70.

120 Draper BM. Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. *Maturitas*. 2014 Oct;79(2):179-183.

121 DeMers S, et al. Psychiatric care of the older adult: an overview for primary care. *Med Clin North Am*. 2014 Sep;98(5):1145-1168.

## Detectamos al paciente de riesgo, ¿qué hacemos?

Llegados a este punto, si el paciente *presenta ideas autoagresivas o de suicidio* es necesario profundizar respecto de su gravedad (es decir, el grado de riesgo de llevarlas a cabo), evaluando la posibilidad —accesibilidad— e inminencia.

Desde un punto de vista semiológico, las preguntas que siguen pueden servir de guía:<sup>122</sup>

- ¿Desde cuándo lo piensa?
- ¿Qué método pensó?
- ¿Tiene accesibilidad a este?
- ¿Piensa que podría llegar a hacerlo?
- ¿Qué lo/la detiene?
- ¿Qué debería suceder para llevarlo a cabo?
- ¿Tiene esperanza?

Identificar a los *pacientes de alto riesgo* es un paso importante en la prevención del suicidio. Sin embargo, no es una tarea sencilla. En parte, debido a que a los pacientes les resulta más fácil, por ejemplo, informar síntomas físicos en lugar de síntomas depresivos,<sup>123</sup> y aún más difícil expresar ideas autoagresivas o suicidas. A lo complejo que resulta la evaluación, podemos agregar otra complejidad: la evaluación en el paciente con demencia. En este marco, la presencia de *impulsividad* es un punto para tener en cuenta.<sup>108</sup> Si detectamos un riesgo suicida, debemos profundizar en la *accesibilidad* a un método letal (como armas de fuego, por ejemplo).<sup>124</sup>

## ¿Qué hacer?

En cualquier caso, ante un paciente con riesgo suicida deberemos procurar que este se encuentre en un ambiente de cuidado y contención. En ese sentido, la *internación psiquiátrica* constituye una alternativa pertinente. Dicho de otro modo, nuestra evaluación tendrá que responder, llegado el caso, a por qué no debería internarse. Mientras tanto, es recomendable que el paciente per-

122 Szulik J, Pisa H. Depresión en el anciano. En: PROCAM. Programa de actualización en cuidados del adulto mayor. Buenos Aires: Panamericana; 2015. p. 9-35.

123 Grossberg GT, Beck D, Zaidi SNY. Rapid depression assessment in geriatric patients. Clin Geriatr Med. 2017 Aug;33(3):383-391.

124 Lum HD, Flaten HK, Betz ME. Gun access and safety practices among older adults. Curr Gerontol Geriatr Res. 2016;2016:1-5.



manezca acompañado de forma permanente. En ese contexto, es importante que el acompañante mantenga una actitud de alarma y evite juzgar o brindar consejos relacionados con lo que el paciente debería hacer, así como mensajes esperanzadores respecto del futuro.

La intervención es multifactorial: debe contemplar el tratamiento psiquiátrico, psicológico y apoyo social. Es importante mantener una comunicación clara y un diálogo continuo sobre las señales de alerta tanto con el paciente como con los allegados.

## Escalas

A los fines, como complemento de la evaluación o como parte de la entrevista que realizamos tanto para la depresión como para el riesgo suicida, se puede utilizar la *escala de desesperanza de Beck* y la *escala de depresión geriátrica*.<sup>125</sup> Por otro lado, ante una tentativa, la *escala de letalidad de Beck* puede resultar de utilidad

---

### Recordatorio:

La entrevista es la herramienta principal con la que contamos para identificar el riesgo suicida, así como los factores de riesgo y protectores. Debemos tener esto presente ante señales de desesperanza y dolor.

---

125 Yi S-W. Depressive symptoms on the geriatric depression scale and suicide deaths in older middle-aged men: a prospective cohort study. J Prev Med Public Health. 2016 May;49(3):176-182.



# Apatía o síndrome apático

(Un diagnóstico diferencial que confunde)

*En la casa de Juan vive Pedro*  
—Frase dicha en un pase de guardia

## Introducción

Desarrollaremos un tema que, en un punto, es dejado de lado en psicogeriatría. Hablamos de la *apatía*, un cuadro, un síntoma, un constructo o un síndrome que subyace en las patologías prevalentes. Es, tal vez, el motivo por el cual se vincula de manera muy estrecha la neuropsiquiatría con la psicogeriatría. Considero relevante su inclusión debido a que constituye algo frecuente de ver en la práctica; sin embargo, por desconocimiento, no es tratado o es mal tratado, debido a que no se tuvo en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales.

El término *apatía*, que deriva del griego *pathos*, hace referencia a la pasión y es empleado para describir diferentes situaciones, como la pérdida de interés, de emoción, aplanamiento afectivo o incluso pérdida de energía. Se puede observar en diversos trastornos neuropsiquiátricos.<sup>126</sup> Los términos que se relacionan o que podrían considerarse sinónimos incluyen la *abulia* (que quizás refleje a la apatía más severa), estados amotivacionales, síntomas negativos (frecuentemente referidos en la esquizofrenia).<sup>127</sup>

126 Marin RS. Apathy: a neuropsychiatric syndrome. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1991; 3:243-254.

127 Marin RS. Differential diagnosis and classification of apathy. Am J Psychiatry. 1990; 147:22-30.

Marin la define principalmente como una *pérdida de la motivación* y la distingue como *síntoma* (en los trastornos del humor, síndromes confusionales o deterioro cognitivo) y como *síndrome*, secundario a alteraciones del ánimo, conductuales o de la cognición. Incluso lo propuso como un criterio para ser incluido en el DSM.<sup>128</sup> Por el contrario, Stuss y cols.<sup>129</sup> manifiestan que tanto la definición como la evaluación de la motivación son problemáticas, y sugiere que la apatía debe ser definida como *la ausencia de respuesta a un estímulo determinado*, que se evidencia por una falta de acción por parte de la persona. También propone que pudiera representar un estado diferente, que dependería de un determinado sustrato neural que involucra o no una respuesta conductual. Sin embargo, ambos coinciden en que, en la práctica, el paciente con apatía pierde la iniciativa y el manejo de sus actividades habituales; los familiares (que son los que en general realizan la consulta) manifiestan que la persona evidencia una *pérdida* con relación a las actividades de la vida diaria y de su cuidado personal; asimismo, se presentan emocionalmente ausentes o desconectados.

Otra dificultad que se plantea, más allá de la definición, está constituida por la diversidad de instrumentos de evaluación que son utilizados.<sup>130</sup> Las más comunes incluyen *la escala de evaluación de la apatía*, el NPI (NeuroPsychiatric Inventory), la versión abreviada de la escala de evaluación de la apatía (denominada *escala de la apatía*) y un número de instrumentos utilizados, en un principio, en la esquizofrenia.<sup>131</sup> La NPI (ver tabla), que es la más utilizada, tiene la ventaja de evaluar otros aspectos que se alteran en los trastornos neuropsiquiátricos, sin embargo, no está claro cuál es el punto de corte apropiado para definir la presencia o no de un síndrome apático (es decir, cuándo puede ser considerado relevante desde un punto de vista clínico), debido a que no existe un consenso de cuál sería el *gold standard*.<sup>132</sup>

Por último, la apatía se asocia con pobres resultados tanto en lo que respecta al tratamiento como al pronóstico; puede cronificarse e incrementa el riesgo de estrés del cuidador. Aparece frecuentemente en pacientes con Alzheimer (tanto en estadios tempranos como intermedios); la prevalencia se registra

128 Marin RS. Apathy: concept, syndrome, neural mechanisms, and treatment. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 1996; 1(4):304-314.

129 Stuss DT, van Reekum R, Murphy KJ. Differentiation of states and causes of apathy. En: Borod JC, ed. *The neuropsychology of emotion*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 340-363.

130 van Reekum R, et al. Apathy: why care? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2005 Winter;17(1):7-19.

131 Marin RS, Biedrzycki RC, Firinciogullari S. Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale. *Psychiatry Res*. 1991 Sep;38(2):143-162.

132 Cummings JL, et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994 Dec;44(12):2308-2314.

entre el 37 % y el 86,4 %.<sup>133</sup> En pacientes sin demencia diagnosticados con depresión, accidentes cerebrovasculares o párkinson,<sup>134</sup> la prevalencia en estos casos oscila entre el 40 % y el 60 %.<sup>135</sup> La causalidad no está clara, se plantea que podría ser multifactorial. No obstante, se encuentran implicadas las regiones del cíngulo anterior y la temporoparietal.<sup>136</sup>

Identificar la apatía constituye un desafío, sobre todo en la población de los adultos mayores que presenta problemas clínicos, depresión o alteraciones cognitivas.<sup>137</sup>

---

**Tabla. NPI. Ítems para la evaluación de la apatía.**

---

**Preguntas de screening**

---

¿El paciente tiene pérdida de interés?

---

¿Tiene pérdida de interés para algunas cosas o pérdida de motivación para iniciar nuevas actividades?

---

¿Presenta dificultad para entablar una conversación o realizar alguna tarea?

---

¿El paciente está indiferente?

---

**Si alguna de las preguntas enunciadas es afirmativa, realizar las siguientes:**

---

¿El paciente parece menos espontáneo o activo?

---

¿Es poco probable que el paciente inicie una conversación?

---

¿Tiene menos afecto o pérdida de emoción en comparación con lo usual para él?

---

133 Starkstein SE, Petracca G, Chmerinski E, et al. Syndromic validity of apathy in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*. 2001 May;158(5):872-877.

134 Landes AM, et al. Apathy in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*. 2001 Dec;49(12):1700-1707.

135 Marin RS, Firinciogullari S, Biedrzycki RC. Group differences in the relationship between apathy and depression. *J Nerv Ment Dis*. 1994 Apr;182(4):235-239.

136 Migneco O, et al. Perfusion brain SPECT and statistical parametric mapping analysis indicate that apathy is a cingulate syndrome: a study in Alzheimer's disease and nondemented patients. *Neuroimage*. 2001 May;13(6 Pt 1):896-902.

137 Orr WB. Apathy in the older adult: why you should care. *Geriatrics*. 2004 Jul;59(7):34-36.

---

¿Contribuye menos en las tareas del hogar?

---

¿Muestra menos interés en las actividades y planes de otros?

---

¿Perdió el interés en las amistades y miembros de la familia?

---

¿Tiene menos entusiasmo en sus intereses habituales?

---

¿Presenta menos interés en relación con cosas nuevas?

---

Adaptado de Landes AM, et al.

## Diagnóstico diferencial con depresión

La depresión es el trastorno que con mayor frecuencia se confunde con la apatía. Tanto la nomenclatura utilizada en los diagnósticos (DSM-5) como los diferentes instrumentos utilizados para depresión como, por ejemplo, la *escala de Hamilton*, incluyen a la apatía como un aspecto más de la depresión, pero, como mencionamos anteriormente, esta podría ser un constructo clínico particular que requiere una aproximación y un tratamiento particular. Así lo demuestra el trabajo de Levy y cols.<sup>138</sup> en el que compararon a ciento cincuenta y cuatro (154) pacientes, treinta (30) con enfermedad de Alzheimer, veintiocho (28) con demencia frontotemporal, cuarenta (40) con enfermedad de Parkinson, treinta y cuatro (34) con enfermedad de Huntington y veintidós (22) con parálisis supranuclear progresiva, utilizando como instrumento diagnóstico el NPI. Comprobaron que la apatía no se correlacionaba con la depresión, variando, a su vez, en los diferentes diagnósticos.

Estudios posteriores avalaron que la apatía en ausencia de depresión es una situación frecuente en diferentes trastornos neuropsiquiátricos, más que la asociación entre ambos.<sup>139</sup> En este contexto, hacer el diagnóstico diferencial entre ambos síndromes constituye un desafío para los profesionales que trabajan con pacientes que padecen de algún trastorno neuropsiquiátrico debido a que, por un lado, existe una gran comorbilidad entre ambos y, por otro, a la superposición de la sintomatología de los dos cuadros.

138 Levy ML, et al. Apathy is not depression. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1998 Summer;10(3):314-319.

139 Starkstein SE, Ingram L, Garau ML, Mizrahi R. On the overlap between apathy and depression in dementia. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2005 Aug;76(8):1070-1074.

Starkstein (2008)<sup>140</sup> propuso los siguientes criterios clínicos para definirla como un constructo diagnóstico diferente:

**Tabla 2.** Criterios diagnósticos para apatía

|                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A.</b> Pérdida de motivación por parte del paciente en relación con un nivel previo o estándar de funcionamiento para una cultura y edad determinada, referida por la persona o por otro. |
| <b>B.</b> Presencia de un síntoma o más de cada dominio al menos durante cuatro semanas y la mayor parte del día.                                                                            |
| <i>Disminución de la conducta dirigida hacia un objetivo.</i>                                                                                                                                |
| 1. Pérdida del esfuerzo o de energía para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.                                                                                                   |
| 2. Dependencia del estímulo de otros para organizar las actividades de la vida diaria.                                                                                                       |
| <i>Disminución de la cognición dirigida hacia un objetivo.</i>                                                                                                                               |
| 3. Pérdida del interés en aprender o experimentar nuevas cosas.                                                                                                                              |
| 4. Pérdida de la preocupación vinculada a problemas personales.                                                                                                                              |
| <i>Disminución concomitante de la conducta dirigida hacia un objetivo.</i>                                                                                                                   |
| 5. Aplanamiento afectivo.                                                                                                                                                                    |
| 6. Falta de respuesta emocional ante eventos positivos o negativos.                                                                                                                          |
| <b>C.</b> Los síntomas producen una alteración clínicamente significativa en el funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas.                                                         |
| <b>D.</b> Los síntomas no son debido a una alteración de los niveles de conciencia o efectos de una sustancia.                                                                               |

La depresión, sobre todo, comparte algunas características (como, por ejemplo, la pérdida de iniciativa y el aislamiento), pero puede distinguirse de la apatía básicamente por la *disforia* (representada por la tristeza, la culpa y la desesperanza) que no se encuentra en los pacientes apáticos, quienes presentan pérdida de interés y de motivación en el contexto de una indiferencia emocional.<sup>138</sup>

140 Starkstein SE, Leentjens AF. The nosological position of apathy in clinical practice. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2008 Jan;79(6):636-641.

Una de las dificultades que se presenta al diferenciar ambos cuadros es el lugar que ocupa la *anhedonia*, que es uno de los criterios utilizados para definir la apatía. La relación nosológica entre ambas va a depender de cómo se encuentre conceptualizada dentro de la apatía: 1) si esta es considerada un estado que se caracteriza por una ausencia emocional, la anhedonia debería ser considerada uno de los síntomas principales; 2) por otro lado, si la apatía es considerada un estado donde predomina una disminución de la motivación, la anhedonia no es necesaria como criterio diagnóstico.<sup>140</sup>

A modo de resumen se presenta, en la tabla que sigue, la sintomatología característica de cada síndrome, así como los síntomas que se superponen.<sup>141</sup>

---

**Síntomas de apatía y depresión**

---

**Apatía**

---

- Pérdida de motivación e iniciación.
- Falta de persistencia.
- Indiferencia emocional o disminución de la reactividad emocional.
- Disminución del compromiso a nivel social.

---

**Depresión**

---

- Disforia.
  - Desesperanza.
  - Culpa, autorreproche.
  - Ideación suicida.
  - Alteraciones del sueño.
  - Pérdida del apetito.
- 

141 Boyle PA, Mallory PF. Treating apathy in Alzheimer’s disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2004;17(1-2):91-99.



---

### Síntomas que se superponen

---

Pérdida de interés en eventos o actividades.

Anergia.

Retardo psicomotor.

Fatiga.

Falta de introspección.

---

### Importancia del diagnóstico

La apatía es un síndrome frecuente y relevante desde un punto de vista clínico: tiene una alta prevalencia y está implicado en aspectos como la funcionalidad, los cuidadores, el pronóstico, el tratamiento y sus resultados. En ese sentido, estudios que emplearon la *Apathy Evaluation Scale* establecieron una asociación entre la apatía y la disminución de los niveles funcionales. En pacientes con enfermedad de Alzheimer, con o sin depresión comórbida, se encontró una disminución de la funcionalidad en términos de las actividades de la vida diaria.<sup>133</sup>

De la misma manera, pacientes internados por *stroke* con apatía y depresión tuvieron un empeoramiento funcional mayor que los pacientes que se encontraban apáticos únicamente.<sup>142</sup> En otro trabajo sobre pacientes internados para rehabilitación (con diagnóstico de *stroke* y fractura de cadera), la presencia de apatía en la admisión fue un factor importante para predecir el alta y la funcionalidad posterior del paciente. También aparece asociado con el estrés del cuidador, sobre todo en las demencias de Alzheimer y vascular.<sup>143</sup>

Por otro lado, se ubica a la apatía como un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer en pacientes que presentan un deterioro cognitivo leve, por lo que sugiere que estos deberían tener un seguimiento

142 Starkstein SE, Fedoroff JP, et al. Apathy following cerebrovascular lesions. *Stroke*. 1993 Nov;24(11):1625-1630.

143 Resnick B, Zimmerman SI, Magaziner J, et al. Use of the Apathy Evaluation Scale as a measure of motivation in elderly people. *Rehabil Nurs*. 1998 Jul-Aug;23(4):141-147.

cuidadoso y un tratamiento correcto.<sup>144</sup> Asimismo, se la asocia con una pobre respuesta a los tratamientos, motivado, por ejemplo, a la escasa participación de los pacientes en actividades de rehabilitación.<sup>130</sup>

En definitiva, la apatía no solo presenta una alta prevalencia, sino que constituye una comorbilidad que estaría asociada con una disminución de la funcionalidad, estrés del cuidador, pobres resultados de los tratamientos, cronicidad y empeoramiento del pronóstico de la enfermedad.

## En la consulta

A partir del impacto que tiene la apatía en la clínica, la pregunta que surge sería: ¿cómo podemos identificarla en nuestra práctica? Más allá de los síntomas que mencionamos, ¿cuáles son los elementos que nos permitirían sospechar su presencia? En el capítulo de “La entrevista” sugerimos *poner en movimiento al paciente*. Vamos a tomar como punto de partida esa recomendación y focalizarla en la apatía. Para llevar a cabo una acción determinada son necesarios varios pasos: procesamiento de los determinantes internos y externos que influyen en la intención de un acto determinado, elaboración de un plan de acción, iniciación, ejecución y respuestas de retroalimentación. Es decir, para hacer algo necesitamos que se pongan en marcha una serie de pasos sucesivos. La apatía podría surgir de una disfunción en cualquiera de estos pasos. De esta manera, es probable que la fisiopatología no constituya una entidad simple, sino múltiple, dependiendo de qué proceso específico o macrofunción resulte interrumpido durante la realización de una acción dirigida hacia un objetivo determinado.<sup>145</sup>

Siguiendo estos lineamientos, se dividió a la apatía en tres subtipos (o grupos): *emocional*, *cognitivo* y *conductual*, de acuerdo con el mecanismo que se encontraría afectado. Esta división se basó en la observación clínica de pacientes con lesiones cerebrales que presentaban lesiones en la corteza prefrontal y ganglios basales. A su vez, cada subtipo puede adjudicarse a lesiones de diferentes áreas del circuito mencionado. El *emocional-afectivo* correspondería a la corteza prefrontal orbito medial y probablemente en conexión con el estriado ventral. El *cognitivo* se relacionaría con la corteza prefrontal lateral (y el núcleo

144 Starkstein SE, Jorge R, Mizrahi R, Robinson RG. A prospective longitudinal study of apathy in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006 Jan;77(1):8-11.

145 Levy R, Dubois B. Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex–basal ganglia circuits. *Cereb Cortex*. 2006 Jun;16(7):916-928.

caudado dorsal). Por último, el *conductual (o de autoactivación)* estaría vinculado a lesiones en los ganglios basales.

Profundicemos en cada uno.

La *apatía debida a la interrupción del procesamiento afectivo-emocional* se vincula con la reducción de las conductas dirigidas hacia un objetivo, debido a una imposibilidad para asociar las señales afectivas y emocionales, no solo con los comportamientos que se encuentran en curso, sino también con los futuros. La emoción y el afecto son necesarios para decodificar el contexto donde se da el comportamiento y para proveer, por otro lado, una valoración motivacional. Puede evaluarse mediante las siguientes preguntas: ¿hay algo que le interese?, ¿tiene conocimiento sobre su situación?, ¿tiene interés en aprender cosas nuevas?<sup>142</sup>

Como dijimos, este subtipo se asocia a lesiones en la región orbitomedial, que a su vez constituye uno de los mayores signos de las demencias frontotemporales y se encuentra presente en el 90 % de los pacientes en estadios tempranos.<sup>146</sup> También se puede observar que a los pacientes afectados les lleva horas completar alguna acción que, generalmente, les llevaría unos minutos, o les es imposible tomar una decisión o llevar a cabo un plan de acción determinado.

En síntesis, este tipo de apatía, que resulta de lesiones en la región orbitomedial de la corteza prefrontal, se debe a una disminución del impacto emocional y afectivo dirigido hacia un comportamiento determinado.

La *apatía vinculada con la interrupción de los procesos cognitivos* se refiere a la reducción de las acciones voluntarias dirigidas hacia un objetivo determinado. Esto se debería a alteraciones en las funciones cognitivas que son necesarias para elaborar un plan de acción: la planificación, la *working memory* y la generación o búsqueda de nuevas estrategias. La lesión que se asocia con este tipo de apatía está vinculada a la región dorsolateral de la corteza prefrontal, que se encuentra representada por las áreas de Brodmann 9, 46 (dorsolateral), 12, 44, 45, 47 (ventrolateral) y la 10 (lateral). Estas son esenciales para entender la red neural encargada de las funciones ejecutivas y sirve como punto de partida para diferentes aproximaciones experimentales que incluyen a la neuropsicología y estudios por imágenes.<sup>129</sup>

Este tipo de apatía se relaciona con la interrupción de los procesos cognitivos que se denomina *inercia cognitiva*, el cual se refiere a un síndrome caracterizado por alteraciones ejecutivas vinculado, sobre todo, a dificultades en la elaboración de nuevos patrones de conducta. En la práctica, podríamos

146 Rosen HJ, et al. Utility of clinical criteria in differentiating frontotemporal lobar degeneration (FTLD) from AD. *Neurology*. 2002 May 28;58(10):1608-1615.

evaluarlo a partir de solicitarle al paciente que repita, por ejemplo, una serie creciente de letras o dígitos en el orden inverso al que son presentadas.

Por último, se encuentra la *apatía vinculada con un déficit conductual (de la autoactivación)*. Esta forma se relaciona con problemas en la activación del pensamiento o en la iniciación de una secuencia motora necesaria para completar un comportamiento o acción determinada. Pacientes que presentan este déficit de autoactivación evidencian la forma más severa de apatía. Por otro lado, se puede revertir mediante una estimulación externa en ausencia de un estado de ánimo depresivo. Se puede evaluar mediante preguntas como las siguientes: ¿alguien tiene que decirle qué hacer?, ¿necesita que alguien lo estimule para comenzar un ejercicio o acción?

Desde un punto de vista clínico, los pacientes afectados tienden a permanecer quietos en un mismo lugar o posición durante largos períodos durante el día, sin hablar y sin tener una iniciativa espontánea; cuando son cuestionados al respecto, podrían expresar que sienten “la cabeza vacía”. Esto, a su vez, puede verse reflejado en el gran cambio que se produce en cuanto a las actividades de la vida diaria. El afecto se encuentra aplanado, con anhedonia y una respuesta emocional pobre ante una determinada situación. Sin embargo, como característica importante, existe la posibilidad de que este síndrome revierta temporalmente mediante una estimulación externa.

Por otro lado, mientras el paciente se encuentra apático, puede observarse la presencia de movimientos estereotipados, comportamientos y pensamientos pseudocompulsivos; esto puede deberse, en general, a una lesión específica en los ganglios basales; en la mayoría de los casos, una afectación bilateral de la porción interna del globo pálido. También se describió un cuadro de características similares ante la presencia de lesión localizada en: pálido-estriatal bilateral, núcleo caudado unilateral, región dorso-medial del tálamo y sustancia blanca frontal profunda.<sup>147</sup>

Las disquisiciones que realizamos vinculadas con la clasificación deberían alertarnos sobre la presencia de un síndrome apático, ya sea solo o en el marco de un trastorno cognitivo o depresivo. El *diagnóstico*, por su parte, debería hacerse luego de una evaluación neuropsiquiátrica que incluya también una valoración del ambiente biosocial. Es importante tener en cuenta la gran variabilidad que puede existir al evaluar las metas, intereses, emociones y actividades de una persona, que a su vez dependen, entre otros, de la experiencia, la educación, la edad y factores culturales<sup>140</sup> a lo largo del curso de la vida.

147 Kirsch-Darrow L, et al. Dissociating apathy and depression in Parkinson's disease. *Neurology*. 2006 Jul 11;67(1):33-38.

## Tratamiento

En la depresión, la angustia del paciente constituye uno de los motivos principales para iniciar un tratamiento; en la apatía, ese motivo no está tan claro. Para definirlo, es recomendable, en primer lugar, que evaluemos las características del entorno en lo que concierne a las expectativas del cuidador, la personalidad premórbida del paciente y el contexto en el que vive. Por ejemplo, es probable que los miembros de una familia se angustien en mayor medida al constatar que una persona que supo ser activa cambió: se volvió apática. Otra situación distinta es la que podría ocurrir en una residencia geriátrica, donde resultaría “más fácil” tolerar la apatía debido a que, en general, este tipo de pacientes no son demandantes. En este marco, los siguientes lineamientos pueden ser de utilidad para decidir sobre el inicio de un tratamiento de la apatía:

1. Impacto importante en la funcionalidad de la persona.
2. Expectativa de una mejora en la calidad de vida.
3. Expectativas del entorno (formal o familiar) cuando se presenta angustia o estrés del cuidador.

Como vimos, la apatía es un trastorno complejo que se relaciona con la disfunción de circuitos y sistemas de neurotransmisores específicos. En ese sentido, a partir del circuito que se encuentre dañado, se debería considerar el tratamiento farmacológico. La mejora de la función colinérgica podría ser una de ellas. En ese punto, los *inhibidores de la acetilcolinesterasa* (que discriminaremos en el tratamiento de las demencias) podrían resultar útiles en el tratamiento de la apatía en pacientes que presentan demencia; sin embargo, los resultados no son del todo satisfactorios.<sup>148</sup>

El bupropión se distingue de los otros antidepresivos por tener un efecto relativamente selectivo sobre la inhibición de la recaptación de dopamina en las terminales neuronales. Teóricamente, actuaría incrementando la concentración intrasináptica de dopamina. Se puede hipotetizar que este psicofármaco podría resultar eficaz en el tratamiento del síndrome apático, mediado por la potenciación de la vía dopaminérgica.<sup>149</sup> En la misma línea, se podría ubicar al modafinilo que, por sus escasas interacciones, podría constituir una alternativa válida al momento de incluir otro fármaco en el esquema de pacientes

148 Mizrahi R, Starkstein SE. Epidemiology and management of apathy in patients with Alzheimer's disease. *Drugs Aging*. 2007;24(6):549-556.

149 Corcoran C, Wong ML, O'Keane V. Bupropion in the management of apathy. *J Psychopharmacol*. 2004 Mar;18(1):133-135.

que se encuentran polimedificados. Sin embargo, es necesario contemplar que el mecanismo de acción no es del todo claro, faltan estudios en pacientes con demencia y los resultados no fueron convincentes.<sup>150</sup>

En la actualidad, una línea de investigación en el tratamiento de la apatía en la enfermedad de Alzheimer es el uso del metilfenidato. Sus resultados son alentadores: mostraron eficacia, mejoría cognitiva y pocos efectos adversos.<sup>151</sup> No obstante, por lo menos en Argentina, de momento no se utilizaría con ese fin. También hay ensayos con amantadina, selegilina.

Un pilar importante del tratamiento son las intervenciones no farmacológicas (o psicosociales). Dentro de estas se incluyen las terapias de multiestimulación, actividades recreativas, terapia ocupacional, musicoterapia, cocina, métodos Montessori, zooterapia, actividad física.<sup>152</sup> Ninguna por sí sola cuenta con una evidencia firme. De todas formas, podríamos inferir que mientras se adapte a las características individuales del paciente, se pueden esperar resultados. Por último, incluiremos la sugerencia de psicoterapia y psicoeducación para los familiares o cuidadores. Es frecuente que expresen su desconcierto frente a los cambios significativos en el comportamiento que se producen en el paciente apático, lo que puede resultar perturbador.

150 Padala PR, Burke WJ, Bhatia SC. Modafinil therapy for apathy in an elderly patient. *Ann Pharmacother.* 2007 Feb;41(2):346-349.

151 Rosenberg PB, et al. Safety and efficacy of methylphenidate for apathy in Alzheimer's disease: a randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry.* 2013 Aug;74(8):810-816.

152 Brodaty H, Burns K. Nonpharmacological management of apathy in dementia: a systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2012 Jul;20(7):549-564.

# Las demencias

(Mejor: la persona con demencia)

*El olvido está lleno de memoria*

—Mario Benedetti

## Una introducción

Entendemos por *demencias* a un conjunto de enfermedades cuyo origen siempre se ubica en el mismo lugar: el cerebro. Se caracterizan por la presencia de alteraciones cognitivas (de acuerdo con el tipo, tendremos mayor o menor afectación de la memoria, lenguaje, praxia, orientación, cálculo, gnosis), así como afectación del pensamiento, comportamiento y control de las emociones, que impacta a nivel particular (en la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria) y sociofamiliar. En la evaluación deberemos constatar que estos síntomas y signos se alejen de lo que era habitual —lo normal— en la persona.

Si bien el diagnóstico es esencialmente clínico, existen estudios complementarios específicos que se solicitan —o deberían solicitarse— para apoyar y confirmar el diagnóstico. Por otra parte, son de utilidad para mensurar el grado de compromiso cerebral y su consecuente impacto a nivel funcional. En general, lo que se solicita es una imagen cerebral: resonancia magnética nuclear (RMN), tomografía axial computada (TAC) y SPECT, junto con una evaluación neurocognitiva, luego de descartar —como veremos más adelante— comorbilidades que pueden simular, asemejarse o presentarse con síntomas similares.

Esta especificidad tanto del órgano afectado como de los estudios que se solicitan tal vez constituya la causa a partir de la cual se corre el riesgo de abordar (y pensar y tratar) esta patología desde una visión reduccionista, sin contemplar la necesidad del paciente a partir de su singularidad con el objetivo de mantener, el tiempo que sea posible, su independencia y autonomía.

Analicemos dos situaciones que, alejadas de la medicina, nos permiten ubicarnos en la complejidad que plantea esta enfermedad. *La separación* es una película —muy recomendable, por cierto— del 2011. Se desarrolla en torno a un paciente con Alzheimer. Su comienzo es memorable. Una pareja se encuentra ante un juez; deben fundamentar los motivos por los cuales desean separarse. Ella quiere viajar. Él se niega: tiene que cuidar a su padre enfermo. La esposa no entiende por qué se preocupa tanto si el padre ya no se acuerda de quién es él ni quién es el hijo. Ante esto, el marido/hijo responde: “Pero yo sí sé quién es él”.

Pero vayamos más allá, existen otros aspectos que se pondrán en juego en la persona con una demencia y que son fundamentales al momento de pensar la enfermedad desde una perspectiva psicogeriátrica. Veamos el siguiente ejemplo: un artículo publicado en el 2009.<sup>153</sup> No lo escribió alguien especializado en la materia ni mucho menos un científico o un médico, sino el escritor Juan José Millás. El protagonista fue el señor Pasqual Maragall, alcalde de los Juegos Olímpicos de 1992 y presidente del nuevo Estatuto de Autonomía de Cataluña. Nació en 1941 y, en una rueda de prensa en octubre de 2007, anunció públicamente que padecía Alzheimer. En la misma conferencia, dijo: “Hicimos los Juegos Olímpicos y refrendar el estatuto. Ahora iremos por el Alzheimer”. A combatir la enfermedad se dedica, justamente, la Fundación Pasqual Maragall. Escribe Juan José Millás que el exalcalde —en ese momento— se mantenía muy activo; siempre acompañado de una agenda que consultaba de forma permanente.

El escritor manifestó su primer desconcierto cuando, luego de una conversación extensa, no lograba vislumbrar las consecuencias de la enfermedad y ponía el énfasis en sus juicios previos respecto de lo que se iba a encontrar. Ante su insistencia, Maragall le refirió: “Una cosa he descubierto: la actividad es buena. Crear nuevos proyectos, moverse. Cuando tú estás diagnosticado de algo, ¿qué hace la gente? Etiquetarlo, clasificarlo. Este es un demente, este es un tipo sin memoria, etc. [...]. Esa manía clasificatoria hace que se pierda una de las cosas claves del pensamiento: la interacción”. Por último, el entrevistado se preguntó: “¿Son todos los enfermos de Alzheimer iguales? ¿No pretendemos,

153 Millás J. Un sueño en la cabeza. En: Millás J, comp. *Vidas al límite*. Barcelona: Seix Barral; 2012. p. 54-73.



en un punto, al encontrar tal o cual mecanismo fisiopatológico, reducir la enfermedad a una alteración de una proteína determinada?”.

Más adelante relató lo que Maragall denominó *trucos anti-Alzheimer*, como fue el hecho de comprar (usado) el mismo celular que sabía utilizar antes de que enfermara, dejar una determinada prenda siempre en el mismo lugar, usar activamente la agenda, la misma radio y el mismo auto, y continuar en su casa (de siempre). ¿Acaso estos “trucos” no deberían constituir, quizá, la base del tratamiento en la actualidad? Con relación a este punto, Pasqual agregó: “Si a una persona con problemas de memoria y de identidad la sacas de su entorno y la metes en un almacén de enfermos, la estás acabando de matar”. Por su parte, Millás escribió: “Todos vemos lo que esperamos ver, de modo que si uno busca en otro el Alzheimer, encontrará el Alzheimer (pero solo Alzheimer)”. En ese sentido, Pasqual Maragall dijo: “[...] yo tengo sensaciones de inmaterialidad, pero si le pregunto a mi médico no sabe nada de eso, ni le interesa. Con la especialización se avanza, pero se produce una pérdida”.

Estamos ubicados frente a un hipotético paciente, una eventual familia y una dinámica singular que debemos tener siempre en cuenta. Ese es el punto de partida de la psicogeriatría respecto de este tema: *más allá de las demencias, la persona con demencia*. Como un ejercicio clínico, basta con preguntarnos cómo deberíamos “tratar” a una persona con las características que podemos vislumbrar de Pasqual Maragall a partir del relato de Millás. De la misma manera, la problemática de la familia que comentamos antes. Asimismo, pensar las demencias desde un punto de vista psicogeriátrico implica ir más allá de los límites que impone la disciplina en sí misma (y de cualquier otra): cualquier abordaje de la enfermedad puede resultar —o resultará— insuficiente en un punto de su evolución.

Requerirá, de acuerdo con el momento, un seguimiento clínico, neurológico, psiquiátrico, de enfermería; así como psicoterapia, fonoaudiología y nutrición; también de actividades que constituyen una parte esencial del tratamiento, como la estimulación neurocognitiva, terapia ocupacional, musicoterapia, kinesiología, hasta intervenciones lúdico-recreativas y *mindfulness*. Por último, la necesidad de asistencia y acompañamiento por parte de cuidadores. Este panorama obliga a tener una mirada integral del problema; tal vez como en ninguna otra enfermedad podremos constatar la interacción de las 5C que vimos: complejidad, comorbilidad, cronicidad, continuidad y contexto. Desde esa mirada, desarrollemos, ahora, los aspectos teóricos que conciernen a esta enfermedad.

## La situación

*Winter is coming*  
—Games of Thrones

Nos encontramos con datos difíciles de asimilar. Pero es necesario conocerlos para tomar conciencia de la magnitud del problema y del desafío que enfrentamos: el cuidado de las personas con deterioro cognitivo. A nivel mundial, más de cincuenta millones de personas presentan demencia.<sup>154</sup> Asimismo, se estima que sesenta y seis millones de personas se verán afectadas en 2030. Estamos frente a una pandemia debida al envejecimiento de la población y al vínculo que existe entre la edad (como factor de riesgo) y la incidencia de las principales causas de demencia: Alzheimer, por cuerpos de Lewy y el deterioro cognitivo vascular.<sup>155</sup>

¿A quiénes puede afectar esta situación con mayor frecuencia? Hablamos de los factores de riesgo. En primer lugar, ubicaremos a la edad. La enfermedad de Alzheimer, por ejemplo, afecta del 5 % al 10 % de las personas mayores de 65 años y al 50 % de las mayores de 85 años. En segundo lugar, mencionaremos los factores de riesgo *no modificables*: sexo femenino y factores genéticos como el gen de la apolipoproteína E (APOE). A continuación, aquellos que consideramos *modificables*: hipertensión, diabetes,<sup>156</sup> tabaquismo, consumo de alcohol, hipercolesterolemia, soledad y aislamiento.

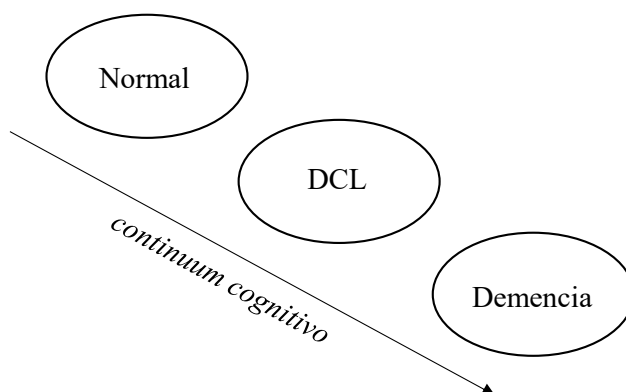
## Punto de partida

La bibliografía relacionada con esta patología es extensa, una muestra, tal vez, de la complejidad que implica los pormenores de su diagnóstico, tratamiento, seguimiento e intervenciones en los diferentes momentos de su evolución. Organizar la diversidad de las propuestas para redactar un texto *original* constituye un desafío en sí mismo. Atento a eso, estableceremos nuestro recorrido a partir de un *continuum* cognitivo que va desde la *normalidad* hasta la *demencia*, pasando por el *deterioro cognitivo leve* (DCL). Esto nos permitirá, por un lado, establecer un punto de partida respecto de la evolución de la enfermedad y, por otro, organizar nuestras intervenciones a la medida del paciente. Lo graficaremos de la siguiente manera:

154 Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, et al. Dementia care during COVID-19. *Lancet*. 2020 Apr 11;395(10231):1190-1191.

155 Fox NC, Petersen RC. The G8 dementia research summit—a starter for eight? *Lancet*. 2013 Dec 14;382(9912):1968-1969.

156 Arvanitakis Z, et al. Diagnosis and management of dementia: review. *JAMA*. 2019 Oct 22;322(16):1589-1599.



Adaptado de Calzà L, et al.<sup>157</sup>

---

### **Aclaración importante:**

Este *continuum* cognitivo no constituye ni se refiere a una evolución lineal e inexorable que ocurre con la edad: solo es una manera de organizar los diferentes momentos en que se pueden llegar a presentar.

---

### **A. Cuando pasan algunas cosas: lo normal**

Desde un punto de vista clínico, no podemos establecer la “normalidad” como una situación en la que no sucede nada: tenemos que pensar que si se generó una consulta, es porque algo salió de los parámetros subjetivos del paciente. Es habitual escuchar: “Me estoy olvidando las cosas y me da miedo tener algo más grave”. En este punto, antes de tranquilizar o alarmar, conviene pensar y profundizar en algunas cuestiones vinculadas con esta “normalidad”.

En primer lugar, *el envejecimiento* es un proceso biológico normal caracterizado por una disminución de varias funciones fisiológicas que se traducen en un deterioro tanto físico como cognitivo.<sup>158</sup> Mencionaremos la disminución de la masa muscular; el adelgazamiento de las paredes arteriales, junto a un aumento de los depósitos de grasa; la reducción de la capacidad pulmonar; los cambios en la pigmentación de la piel y la aparición de las arrugas a partir de una disminución del contenido de elastina y colágeno; lo mismo ocurre a nivel

157 Calzà L, et al. Should we screen for cognitive decline and dementia? *Maturitas*. 2015 Sep;82(1):28-35.

158 Juan SMA, Adlard PA. Ageing and cognition. *Subcell Biochem*. 2019;91:107-122.

óseo, donde disminuye la densidad (más en mujeres); por último, incluimos la disminución —o pérdida, en muchos casos— de la visión y audición.

En segundo lugar, este proceso de envejecimiento normal se caracteriza por su *variabilidad individual*, situación que dependerá de diferentes factores: la dieta y el estilo de vida, procesos inflamatorios, genética, presencia de comorbilidades, condiciones socioeconómicas, entre otros.

En tercer lugar, en este contexto, el envejecimiento constituye el mayor factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer (EA) y Parkinson. En este punto, resaltaremos lo siguiente: durante el envejecimiento, ciertos dominios cognitivos específicos disminuyen; entre estos se encuentran el razonamiento, el lenguaje, la memoria y la velocidad de procesamiento. De la misma manera, el olvido se observa con frecuencia en el proceso de envejecimiento normal; sin embargo, también puede constituir una manifestación temprana de un síndrome demencial. Estos datos pueden generar confusión y preocupación tanto en los pacientes (que consultan porque se *olvidan*) como en los profesionales, en los cuales se puede traducir en intervenciones farmacológicas apresuradas o solicitud de batería de estudios innecesarias, alejadas del contexto, que no hacen otra cosa que generar malestar y angustia.

¿Qué debemos hacer? Antes que nada, hay que recordar que *el diagnóstico es clínico*. En ese sentido, nuestras intuiciones y apreciaciones deberán tener como punto de partida la entrevista —el encuentro dialógico—. En este marco, tenemos que ubicarnos en la *normalidad* relacionada con el/la paciente en cuestión; sobre todo, su nivel de instrucción o nivel académico, así como su dinámica cotidiana habitual.

En el transcurso de la entrevista, es importante reparar en la movilidad, así como en la manera en la que se expresa, actúa y el lenguaje que utiliza; el grado de fluidez verbal (dificultad para encontrar los términos; errores en la construcción de las oraciones y el vocabulario); por último, lo relacionado con el comportamiento y la forma de interactuar.<sup>159</sup> Es útil, en este punto, solicitarle al paciente una *breve narración de su vida*; por otro lado, es importante la entrevista con el familiar o allegado para contrastar y constatar los datos que obtuvimos de la entrevista. A partir de aquí, podremos evidenciar lo expuesto y lo relacionado con los dominios, como veremos a continuación. Definiremos, además, un *perfil de riesgo* a partir de contemplar la presencia o ausencia de ciertas características:

159 Castagnola G, Manes F. Diagnóstico diferencial de las demencias en la práctica clínica. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat. 2008;54(4):236-249.

| Factores de riesgo no modificables                                             | Factores de riesgo modificables                                                                                                                          | Factores protectores                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Edad avanzada<br>Factores genéticos (Apo E4)<br>Antecedentes familiares<br>ACV | Enf. cardiovascular<br>Hipertensión arterial<br>Hipercolesterolemia<br>Obesidad<br>Diabetes<br>Tabaquismo<br>Depresión/ansiedad<br>Fibrilación auricular | Nivel educativo alto<br>Actividad física<br>Antihipertensivos<br>Estatinas<br>Dieta mediterránea<br>Anticoagulación |

Adaptado de Hachinski V.<sup>160</sup>

A partir de aquí, podemos profundizar, como dijimos, respecto de los *dominios cognitivos* (como pasó a denominarse desde el DSM-5), con preguntas específicas que nos permitirán orientarnos en ese sentido. Se agrupan en la siguiente tabla:

| Dominios cognitivos   | Preguntas                                                                                                                                                       |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aprendizaje y memoria | Dificultad para recordar eventos recientes e importantes para el paciente.<br>Repeticiones.<br>Requerir recordatorios frecuentes para llevar a cabo las tareas. |
| Lenguaje              | Dificultad para encontrar palabras.<br>Errores gramaticales no frecuentes para el paciente.<br>Mutismo.                                                         |
| Funciones ejecutivas  | Dificultad para organizar o planificar tareas.<br>Dificultad para tomar decisiones.                                                                             |
| Atención              | Distracciones no habituales.<br>Dificultad para realizar cálculos.<br>Dificultad o errores en las tareas habituales.                                            |
| Percepción            | Dificultad para ubicarse en el entorno familiar.                                                                                                                |
| Social                | Cambios en la personalidad.<br>Discurso no habitual.<br>Decisiones sin tener en cuenta las consecuencias.                                                       |

Adaptado de Yoon PS, et al.<sup>161</sup>

160 Hachinski V. Dementia: new vistas and opportunities. Neurol Sci. 2019 Apr;40(4):763-767.

161 Yoon PS, et al. Approach to the forgetful patient. Singapore Med J. 2018 Mar;59(3):121-125.

En particular, *el olvido* puede constituir parte de la normalidad del envejecimiento; en ese caso, estamos frente a un olvido *benigno*, donde la persona olvida parte de la situación y no la situación completa. También es característico que el recuerdo pueda ser evocado a partir de una ayuda o recordado de manera espontánea después de un tiempo.<sup>162</sup> No obstante, cuando se presenta junto con la alteración de los dominios cognitivos que mencionamos, puede constituir un síntoma asociado a diferentes causas, entre las que se incluyen el deterioro cognitivo leve, las demencias, la depresión —llamada (o mal llamada) *pseudodemencia*—, otras enfermedades psiquiátricas (como los trastornos de ansiedad o psicosis) y *delirium*. Por este motivo, es fundamental su disquisición semiológica para considerar recién, a partir de esta, la causa probable de un tipo de demencia u otro trastorno cognitivo.

Ahora bien, si nuestra hipótesis nos ubica frente a un *olvido patológico*, el paso siguiente es *descartar causas reversibles*. En el contexto de un síndrome confusional, por ejemplo, la duración tiende a ser corta (semanas o meses) desde el inicio, que en general suele ser agudo. Más adelante desarrollaremos en profundidad los pormenores de este síndrome. También debemos discriminar la presencia de enfermedades psiquiátricas o abuso de alcohol y psicofármacos (en especial, benzodicepinas).<sup>163</sup>

Por otro lado, como causa de olvidos o deterioro cognitivo reversible se encuentran los efectos adversos de medicaciones y las comorbilidades clínicas. Entre las primeras, sobre todo aquellas con propiedades anticolinérgicas —las cuales deberían evitarse siempre que sea posible—, destacaremos: ciproheptadina (antihistamínico); amitriptilina y clomipramina (antidepresivos tricíclicos); clozapina, tioridazina y olanzapina (antipsicóticos); oxibutinina, tolterodina (utilizados en la incontinencia urinaria); cimetidina (antiácido).<sup>164</sup> También debemos incluir otras medicaciones que pueden generar alteraciones cognitivas, como, por ejemplo, ansiolíticos (benzodicepinas), miorrelajantes y opioides.<sup>165</sup>

Con relación a las segundas, hay comorbilidades que se asocian con mayor frecuencia: anemia, hipotiroidismo; hiper o hipocalcemia; déficit de vitamina B12 y ácido fólico; sífilis y VIH. Por este motivo, deberíamos solicitar un análisis que incluya: hemograma, perfil tiroideo, calcemia, vitamina B12

162 Bagnati PM, et al. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Buenos Aires: Polemos; 2003. p. 47-61.

163 Aarsland D, et al. Psychiatric issues in cognitive impairment. *Mov Disord*. 2014 Apr 15;29(5):651-662.

164 Fisher TJ, et al. Dementia: a complex disease with multiple etiologies and multiple treatments. *Int J Psychiatry Med*. 2016;51(2):171-181.

165 Morley JE. Anticholinergic medications and cognition. *J Am Med Dir Assoc*. 2011;12(8):543.e1.

y ácido fólico, VDRL y *screening* para VIH. Por último, ante la sospecha de ACV (accidente cerebrovascular), hemorragia intracraneal (por ejemplo, ante una caída en pacientes anticoagulados), presencia tumoral, hidrocefalia normotensiva o síndrome de Hakim-Adams (caracterizado por trastornos en la marcha, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo), solicitar de acuerdo con el criterio clínico —o, como sucede en muchos casos, de acuerdo con las posibilidades— una tomografía axial computada o resonancia magnética nuclear del cerebro,<sup>166</sup> así como la interconsulta con neurología.

En la tabla que sigue resumimos lo expuesto:

---

**Tener presente, dentro del plan de medicación del paciente, aquellos medicamentos con un efecto anticolinérgico.**

---

Solicitar un análisis de acuerdo con lo que se considere relevante desde un punto de vista clínico. Es habitual incluir: hemograma, perfil tiroideo, calcemia, vitamina B12 y ácido fólico, VDRL y *screening* para VIH.

Solicitar una imagen cerebral ante la sospecha del antecedente de un ACV, hemorragia intracerebral o sospecha del síndrome de Hakim-Adams.  
Consulta con neurología.

---

Llegados a este punto, si consideramos que el olvido se debe a una causa reversible como la depresión, el *delirium*, el alcohol o los ansiolíticos, el tratamiento inicial es tratar *esa causa*. No es recomendable comenzar en ese contexto con medicaciones específicas como donepecilo o memantina. Luego de dicho tratamiento o ante un estabilidad del paciente, es conveniente reevaluar lo cognitivo para decidir la conducta. Tanto en el momento anterior como en este, como mencionamos en el capítulo correspondiente a “La entrevista”, se pueden utilizar como test de *screening* el Mini-Mental Test, test del Reloj y MoCA. Ambos nos brindarán una aproximación y nos orientarán si estamos frente a una alteración cognitiva que se enmarca en un deterioro cognitivo leve o de una demencia. Sin embargo, es habitual solicitar directamente una evaluación neurocognitiva. Considero que es una posibilidad válida, pero debemos ser cuidadosos respecto del paciente, ya que pedirlo cuando la persona no lo requiere puede constituir una situación de estrés innecesaria.

166 Day GS. Reversible dementias. Continuum (Minneap Minn). 2019 Feb;25(1):234-253.

## B. Deterioro cognitivo leve

*(ya no es lo mismo)*

El *deterioro cognitivo leve* (DCL) es un constructo clínico que asumió el estatus de entidad nosográfica a fines del siglo pasado. Se lo utiliza para definir *un estado intermedio de la función cognitiva entre los cambios observados en el envejecimiento y aquellos que cumplen con criterios para una demencia*.<sup>167</sup> Su detección constituye un desafío, al mismo tiempo que una oportunidad.

La prevalencia de DCL en adultos mayores de 60 años se ubica entre el 6,7 % y el 25,2 %. Esta variación se debe a la definición que se utilice. En un principio, se definía principalmente desde la alteración de la memoria; luego, la definición se amplió, y pasó a contemplar el deterioro en dominios no amnésicos con o sin déficit de memoria. Su frecuencia aumenta con la edad y el bajo nivel educativo. Es más habitual en hombres. La tasa anual de progresión a demencia es aproximadamente del 5 % al 17 %.<sup>168</sup> Si bien puede no ocurrir, dicho riesgo es del 7,5 % luego del primer año; 15 % a partir del segundo, y del 20 % en el tercero.<sup>169</sup>

### **El diagnóstico**

Los criterios para diagnosticar un DCL son:<sup>170</sup>

- Preocupación con respecto a un cambio en la cognición.
- Alteración cognitiva en uno o más dominios.
- Actividad diaria normal.
- Ausencia de demencia.

La entrevista tanto al paciente como a sus allegados —acompañantes o familiares— constituye la herramienta clínica fundamental para hacer el diagnóstico. A esto podemos agregar —aquí sí— la evaluación neurocognitiva. No obstante, con el objetivo de ser más precisos respecto de la etiología y de las intervenciones que pueden derivarse, el gráfico que sigue nos orienta, al mismo tiempo que nos permite analizar de mejor manera el diagnóstico probable.

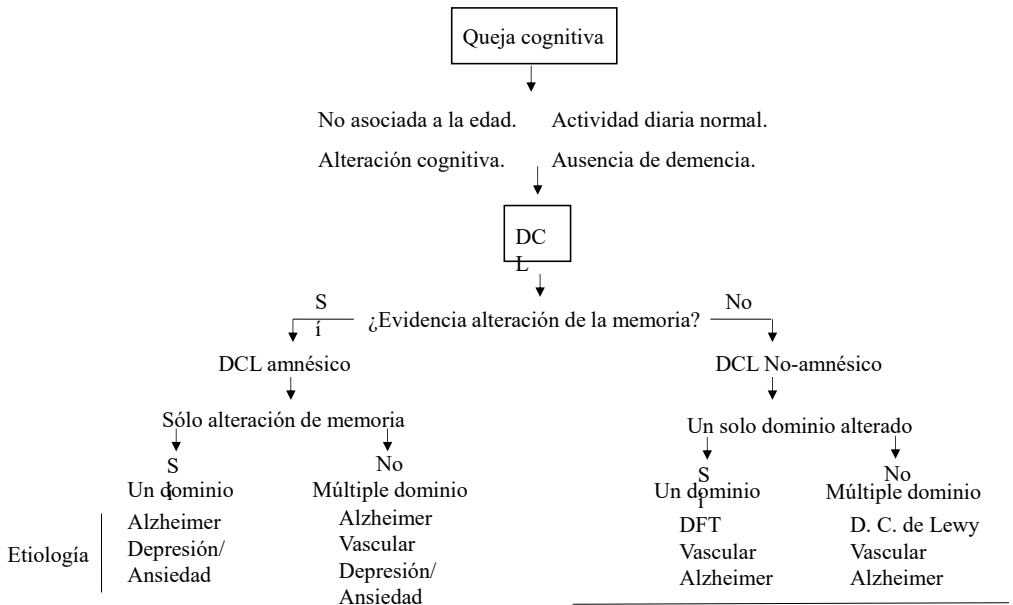
167 Petersen RC. Clinical practice. Mild cognitive impairment. N Engl J Med. 2011 Jun 9;364(23):2227-2234.

168 Cheng YW, Chen TF, Chiu MJ. From mild cognitive impairment to subjective cognitive decline: conceptual and methodological evolution. Neuropsychiatr Dis Treat. 2017;13:491-498.

169 Tangalos EG, Petersen RC. Mild cognitive impairment in geriatrics. Clin Geriatr Med. 2018 Nov;34(4):563-589.

170 Jongsiriyanong S, et al. Mild cognitive impairment in clinical practice: a review article. Am J Alzheimers Dis Other Dement. 2018 Dec;33(8):500-507.





Adaptado de Petersen RC<sup>171</sup>

### ¿Por qué es importante su diagnóstico?

Porque el deterioro cognitivo leve puede progresar a demencia. En ese punto radica la importancia de diagnosticarlo de manera precoz, lo que permitirá, a su vez, considerar las intervenciones que puedan resultar pertinentes. Dentro de estas se encuentran:

- Farmacológicas. Se sugería —y lamentablemente se sigue haciendo— iniciar con donepecilo, pero el hecho es que no hay un tratamiento farmacológico para el espectro que constituye el DCL. Se realizaron numerosos ensayos de control aleatorizado que no demostraron eficacia para retrasar la progresión a demencia.<sup>172</sup> Lo farmacológico, en este punto, estaría ligado al control de factores de riesgo vascular.
- Suplementos de venta libre: vitamina E, ácido fólico, omega-3, ginkgo biloba. En todos los casos, la evidencia es limitada e inconsistente.<sup>173</sup>

171 Petersen RC. Mild cognitive impairment. Continuum (Minneapolis, Minn). 2016 Apr;22(2, Dementia):404-418.

172 Petersen RC, et al. Vitamin E and donepezil for the treatment of mild cognitive impairment. N Engl J Med. 2005 Jun 9;352(23):2379-2388.

173 Butler M, Nelson VA, et al. Over-the-counter supplement interventions to prevent cognitive decline, mild cognitive impairment, and clinical Alzheimer-type dementia: a systematic review. Ann Intern Med. 2018;168(1):52-62.

- Actividad física. Sobre todo, la actividad aeróbica.<sup>174</sup>
- Estimulación cognitiva.<sup>175</sup> Es esencial —siempre— la estimulación física y cognitiva.

Desde una perspectiva psicogeriátrica, esta etapa representa una oportunidad no solo para profundizar en los aspectos que conciernen a la presencia de este diagnóstico. Como vimos, desde una mirada amplia, significa contemplar causas secundarias. Asimismo, es recomendable establecer una *foto* del estado cognitivo del paciente, desde donde estamos partiendo. Su importancia radica en que, ante una eventual reevaluación neurocognitiva (en general, luego de un año), podremos comparar con el paciente no solo una eventual progresión, sino también el efecto de nuestras intervenciones.

Por otro lado, es fundamental ser claros y precisos tanto con el paciente como con los allegados respecto de la situación actual, para destacar la importancia de realizar cambios en el estilo de vida. Básicamente, hablamos de cambios saludables. Hay que evitar indicaciones estereotipadas que se alejen de las posibilidades de la persona (debido a dificultades físicas, distancia o características de personalidad), ya que tornan difícil su implementación y cumplimiento. Esto puede ocurrir, por ejemplo, cuando la sugerencia —pertinente, sin duda— fue la de asistir a un taller de estimulación cognitiva.

Debemos partir siempre de la singularidad del paciente para delinear las intervenciones tendientes a cumplir con el objetivo que nos planteamos. Para ello, es fundamental el armado de un vínculo de confianza —con el paciente y su familia— desde donde se indiquen e inicien las intervenciones ligadas a los cambios saludables. Podemos encontrarnos (como ocurre en general) con *resistencias*; por este motivo, es necesario mantener una actitud terapéutica o iniciar directamente una psicoterapia que complemente el tratamiento.

En esta línea, conviene mencionar —o tener presentes— temas que pueden ocasionar inconvenientes, como, por ejemplo: conducir, manejo de dinero, pago de impuestos, situación laboral, necesidad de eventuales cuidados o acompañamiento.<sup>176</sup> En esta etapa, si bien no constituyen una urgencia, son temas importantes que pueden generar, por un lado, conflictos en el entorno,

174 Brasure M, et al. Physical activity interventions in preventing cognitive decline and Alzheimer-type dementia: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2018 Jan 2;168(1):30-38.

175 Fink HA, Jutkowitz E, McCarten JR, et al. Pharmacologic interventions to prevent cognitive decline, mild cognitive impairment, and clinical Alzheimer-type dementia: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2018 Jan 2;168(1):39-51.

176 Sanford AM. Mild cognitive impairment. *Clin Geriatr Med.* 2017 Aug;33(3):325-337.

y por otro, depresión o ansiedad, lo que agrava la sintomatología y dificulta el cumplimiento de las indicaciones.

### C. La persona tiene demencia

Pensar y diagnosticar una demencia era un problema si, para hacerlo, tomábamos como referencia los lineamientos que brindaba el DSM-IV. Este ponía el acento en la presencia de alteraciones cognitivas que involucraban solo a la corteza cerebral. Hablábamos de las **4A**: *afasia, agnosia, apraxia y amnesia*. Esto dejaba por fuera a las demencias subcorticales y dificultaba el diagnóstico de las frontotemporales.

Esto se modificó —y mejoró— en el DSM-5. Este manual define a las demencias como *trastornos cognitivos mayores*, los cuales se basan en la alteración de dominios cognitivos definidos (atención, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidades motoras, reconocimiento). Definidos los dominios, se diagnostican los trastornos neurocognitivos, sus niveles y subtipos.<sup>177</sup>

Hay que tener en cuenta que estas alteraciones deben representar, a su vez, una disminución respecto de un nivel previo de función cognitiva conocido o estimado. Es decir, debe constatarse una declinación de la función intelectual que impacte en las actividades de la vida diaria: comer, bañarse, vestirse, usar el baño, así como la posibilidad de sentarse, pararse y movilizarse.

De acuerdo con el momento evolutivo, es una enfermedad que puede ser diagnosticada y tratada en atención primaria o clínica médica, o bien en especialidades como geriatría, neurología y psiquiatría. Puede presentarse a partir de una variedad de síntomas, que van desde los cognitivos hasta los psicológicos y conductuales.

En este sentido, de acuerdo con la forma de presentación o según cómo evolucione, su tratamiento puede *estar a cargo* de una u otra especialidad. Sin embargo, es importante resaltar la importancia y necesidad de la interacción de todas estas especialidades. En este punto, en todos los casos, más allá del enfoque habitual con el que se evalúa el probable diagnóstico de demencia (que incluye la historia clínica, el examen clínico y cognitivo, pruebas de laboratorio e imagen cerebral), debemos reconocer aquellos signos y síntomas que sugieren una causa reversible<sup>166</sup> (hematoma subdural, por ejemplo, ante el antecedente de una caída), con el objetivo de llevar a cabo estudios adicionales

177 Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington (VA): Asociación Americana de Psiquiatría; 2013. p. 319.

que se requieran para garantizar el acceso rápido a tratamientos que pueden revertir el deterioro y optimizar los resultados a largo plazo.

¿Cómo identificar a estos pacientes?

Se debe pensar su presencia ante las siguientes situaciones:

- Inicio agudo o disminución rápida e inexplicable de la funcionalidad.
- Edad menor a la esperada para el inicio de los síntomas.
- Fluctuación importante del sensorio.
- Hallazgos inexplicables o imprevistos en el examen neurológico.
- Desempeño en pruebas neurocognitivas incongruente con la historia clínica.

### **Las demencias y sus causas (*clasificaciones*)**

Existen diferentes clasificaciones de las demencias; por ejemplo, aquella que las divide en *corticales* (como la enfermedad de Alzheimer) y *subcorticales* (como las causadas por cuerpos de Lewy); o en *reversibles* (las que tienen como causa una situación clínica determinada —depresión, deficiencia de vitamina B12, hipotiroidismo—, como vimos anteriormente) e *irreversibles*, que podríamos denominar también propiamente dichas. En ese sentido, las causas más frecuentes podemos clasificarlas en dos grupos de acuerdo con la edad de comienzo.<sup>159</sup> Contemplar las diferentes alternativas nos acerca al diagnóstico.

En personas *mayores de 65 años*:

- Enfermedad de Alzheimer.
- Demencia vascular.
- Demencia por cuerpos de Lewy.
- En personas *menores de 65 años*:
- Enfermedad de Alzheimer (de causa genética).
- Demencia vascular.
- Demencia frontotemporal (o enfermedad de Pick).
- Enfermedad de Huntington.
- Demencia precoz debido a otras enfermedades.

Para algunos autores, la demencia mixta sería la forma más habitual: se presenta en el 46 % de las personas con enfermedad de Alzheimer: consiste en la presencia de neurodegeneración y enfermedad cerebrovascular.<sup>156</sup>

Con respecto a la clasificación que divide a las demencias en *corticales* y *subcorticales*, resulta útil tenerla presente en la práctica tanto para el diagnóstico como al momento de pensar una intervención farmacológica, sobre todo

aquella que incluye el inicio de un antipsicótico. A los fines, se comparan las características de ambas en el siguiente cuadro:

| <b>Función \ Patrón</b> | <b>Cortical</b>                    | <b>Subcortical</b>           |
|-------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| Lenguaje                | Afásico                            | Normal                       |
| Habla                   | Normal                             | Hipofónico, disártrico       |
| Memoria                 | Amnesia                            | Olvido                       |
| Cognición               | Déficit de archivo                 | Déficit de recuperación      |
| Visuoespacial           | Anormal (acalculia)                | Anormal (lenta)              |
| Humor                   | Anormal (indiferente, deshinibido) | Anormal (apático, deprimido) |
| Sistema Motor           | Normal                             | Anormal                      |

Whitehouse P<sup>178</sup>

**Cada demencia: una particularidad**

*El efecto que produce el todo  
precede a la discriminación de los detalles*  
—Isabelle Stengers

Desde un punto de vista clínico y práctico, ¿tiene sentido profundizar sobre las características específicas de cada una? La respuesta es *sí*. ¿Por qué? Porque nos permitirá delinear un plan de tratamiento, establecer e informar —al paciente, familiar o allegado— los pormenores de la evolución; transmitir pautas de alarma acordes y pertinentes; hacer uso de los psicofármacos de manera racional y resaltar la importancia de las intervenciones psicosociales (también llamadas *no farmacológicas*).

No obstante, aunque la presentación clínica y el curso longitudinal de cada una varía, el pronóstico a largo plazo, podríamos decir, es uniforme respecto

178 Whitehouse PJ. The concept of subcortical and cortical dementia: another look. *Ann Neurol*. 1986 Jan;19(1):1-6.

de los déficits cognitivos, la discapacidad y el deterioro funcional progresivo que generan.

A los fines, nos centraremos en aquellos aspectos clínicos que impactan y se relacionan con la práctica. Se trata de una aproximación. Quedarán por fuera los pormenores —interesantes, por cierto— vinculados con las especificidades propias de la investigación.

## Enfermedad de Alzheimer

Es la causa más frecuente de demencia: constituye entre el 50 % y el 70 % de los casos.<sup>179</sup> Se asocia con la acumulación de placas seniles y ovillos neurofibrilares en el cerebro. Se caracteriza por un deterioro cognitivo progresivo lento, que impacta en la dinámica funcional de la persona. El inicio —o forma de presentación— es insidioso: se manifiesta con pérdida de memoria episódica, lo que se traduce —en lo cotidiano— en repeticiones (o perseveraciones) de preguntas, comentarios o en la dificultad para recordar nombres de objetos, personas o detalles de situaciones compartidas o actuales.<sup>180</sup> También se puede constatar una desorientación temporoespacial. En la práctica, los relatos se vinculan con situaciones en las que la persona se pierde, por ejemplo, o necesita acompañamiento y supervisión para realizar alguna actividad o actividades de la vida diaria.

Por otra parte, pueden evidenciarse dificultades para expresarse o encontrar la palabra que se quiere decir (es lo que llamamos *afasia*). En este marco, podemos encontrar confusiones y fluctuación de la cognición: “Es increíble, pero hay momentos en los que está muy lúcida. Depende de los días”, manifestaba la hija de una paciente de 83 años. Dependiendo del momento evolutivo, tendremos conductas disruptivas (golpear la mesa, repetir palabras o sonidos de maneras constante), alteraciones ejecutivas (apraxia) y déficit atencional a medida que la enfermedad avanza.

Los cambios funcionales se manifiestan a partir de una dificultad para planificar una cita, los pasos para cocinar un plato determinado (en ese sentido, una *prueba* sencilla es solicitar que la persona relate todos los pasos que se requieren para hacer un té), usar el teléfono celular, encender un electrodoméstico o conducir. En este contexto, es habitual escuchar a familiares y allegados contar cómo han tenido que organizarse y estar más atentos ante diferentes situaciones cotidianas, tanto en el hogar como en el trabajo.

179 Knopman DS, Boeve BF, Petersen RC. Essentials of the proper diagnoses of mild cognitive impairment, dementia, and major subtypes of dementia. *Mayo Clin Proc.* 2003 Oct;78(10):1290-1308.

180 Soria Lopez JA, González HM, Léger GC. Alzheimer's disease. *Handb Clin Neurol.* 2019;167:231-255.

Desde el punto de vista neuropsiquiátrico, encontramos alteraciones del sueño, inquietud o agitación psicomotriz, depresión, ansiedad y, en estadios más avanzados, alucinaciones y delirios paranoides.

Por último, es importante resaltar que —como señalamos anteriormente— tanto medicamentos como las comorbilidades clínicas contribuyen a agravar los síntomas cognitivos neuropsiquiátricos, así como la funcionalidad de la persona.

## Demencia vascular

Se caracteriza por su heterogeneidad, por lo que no se puede establecer un patrón específico de síntomas. Es decir, el perfil dependerá del lugar en el que se ubique la lesión cerebrovascular. Esta categoría se puede utilizar en aquellos casos en los que el flujo sanguíneo reducido o bloqueado causa un daño tal que conduce a un trastorno cognitivo.<sup>181</sup> Esta reducción o bloqueo se genera a partir de un accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico. En este contexto, se pueden incluir la enfermedad isquémica de vasos pequeños (conocida históricamente como *enfermedad de Binswanger*).

En este tipo de demencias, es frecuente observar un compromiso vascular de la sustancia blanca periventricular (lo que se denomina *leucoaraiosis*).<sup>182</sup> Representan entre el 15 % y el 35 % de los deterioros cognitivos, por lo que ocupan el segundo lugar en frecuencia.<sup>183</sup>

Como ocurre con la enfermedad de Alzheimer, un factor de riesgo importante es la edad. Sin embargo, existen otros factores que podrían considerarse específicos. Entre ellos se incluyen: hipertensión arterial, enfermedad cardíaca (coronariopatía, fibrilación auricular, infarto de miocardio), hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad, falta de movimiento (o ejercicio) y diabetes *mellitus*. Todas son situaciones clínicas sobre las que es necesario mantener un control y seguimiento adecuados.

Los déficits cognitivos pueden presentarse de manera abrupta después de un evento cerebrovascular o manifestarse de forma insidiosa, sin signos neurológicos evidentes. En este contexto, puede evidenciarse una velocidad de procesamiento más lenta, disartria o cambios sutiles en el habla, dificultad de memoria,

181 Gorelick PB, Scuteri A, Black SE, et al. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011;42(9):2672-2713.

182 Nelson NW. Differential diagnosis of Alzheimer's dementia and vascular dementia. *Dis Mon*. 2007 Mar;53(3):148-151.

183 O'Brien JT, Erkinjuntti T, Reisberg B, et al. Vascular cognitive impairment. *Lancet Neurol*. 2003;2(2):89-98.

enlentecimiento psicomotor o apatía. Asimismo, la enfermedad isquémica de los vasos pequeños puede provocar incontinencia urinaria, parkinsonismo predominante en las extremidades inferiores y deterioro funcional significativo.<sup>184</sup>

## Demencia por cuerpos de Lewy

Comenzaremos por una disquisición terminológica. Bajo el paraguas de las denominadas *demencias por cuerpos de Lewy* se incluyen los siguientes diagnósticos: la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia por enfermedad de Parkinson. La primera ocurre antes o al mismo tiempo que el parkinsonismo o dentro del primer año del inicio de los síntomas motores. Sin embargo, no todos los pacientes lo desarrollan. La segunda, la demencia por enfermedad de Parkinson, comienza luego de un año o más desde el diagnóstico.<sup>185</sup> Este riesgo aumenta —cuando no— con la duración de la enfermedad, y alcanza el 50 % a los diez años del diagnóstico.<sup>186</sup>

La demencia por cuerpos de Lewy parece estar subdiagnosticada; de ahí la importancia de tenerla presente como un diagnóstico diferencial en pacientes con alteraciones cognitivas. No obstante, su prevalencia ronda el 23 %.<sup>187</sup> El sello de la enfermedad es la presencia de inclusiones neuronales de  $\alpha$ -sinucleína (cuerpos de Lewy), acompañadas de pérdida neuronal.

Desde un punto de vista clínico, hay cuatro características que son centrales para su diagnóstico: parkinsonismo (rigidez, temblor), alucinaciones —sobre todo visuales—, fluctuaciones del sensorio<sup>188</sup> y la presencia de una hiperreactividad a los antipsicóticos (fundamentalmente haloperidol y risperidona).

## Demencia frontotemporal (o enfermedad de Pick)

En realidad, debemos pensarlas como *demencias frontotemporales*, debido a que constituyen un grupo de enfermedades neurodegenerativas que se caracterizan por una degeneración a nivel de los lóbulos frontal y temporal. Son frecuentes en la mediana edad: constituye la principal causa de demencia de inicio

184 Gale SA, et al. Dementia. Am J Med. 2018 Oct;131(10):1161-1169.

185 Walker Z, Possin KL, Boeve BF, Aarsland D. Lewybody dementias. Lancet. 2015 Oct 24;386(10004):1683-1697.

186 Williams-Gray CH, Mason SL, Evans JR, et al. The CamPaIGN study of Parkinson's disease: 10-year outlook in an incident population-based cohort. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2013;84(11):1258-1264.

187 Vann Jones SA, O'Brien JT. The prevalence and incidence of dementia with Lewy bodies: a systematic review of population and clinical studies. Psychol Med. 2014;44(4):673-683.

188 Fujishiro H, Ferman TJ, Boeve BF, et al. Validation of the neuropathologic criteria of the third consortium for dementia with Lewy bodies for prospectively diagnosed cases. J Neuropathol Exp Neurol. 2008;67(7):649-656.



en personas jóvenes y su efecto puede ser devastador a nivel social, laboral<sup>189</sup> y familiar. Desde el punto de vista fisiopatológico, se evidencia una pérdida progresiva de neuronas, sobre todo fusiformes, en los lóbulos frontal y temporal.<sup>190</sup>

En ese contexto, desde un punto de vista clínico, los síndromes más comunes pueden discriminarse en dos subtipos: el que afecta la *conducta* y el que afecta el *lenguaje* (conocida como *afasia primaria progresiva*, *síndrome cortico-basal* o *parálisis supranuclear progresiva*).<sup>184</sup>

Las principales características de la variante conductual son: cambios en la *personalidad* (falta de empatía, perseveraciones, hiperoralidad); cambios en el *comportamiento*, puede presentarse con desinhibiciones y compulsiones o, en otros casos, con apatía, abulia y anhedonia; y por último, alteraciones del *juicio* (pensamiento rígido).<sup>191</sup> Por su parte, aquellos que presentan la variante del lenguaje evidenciarán problemas para articular las palabras, así como errores de sintaxis, pérdida del significado de las palabras, déficit en la búsqueda de una palabra o lagunas en la conversación.<sup>192</sup>

| Resumen de las características más importantes de cada una:                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| E. Alzheimer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | D. Vascular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | D. Fronto-temporal                                                                                                                                                                                                                                   | Por cuerpos de Lewy                                                                                                                                                                                     |
| <p>Enfermedad lenta, progresiva, de comienzo insidioso.</p> <p>El diagnóstico se corresponde con las <b>4 A</b>: Amnesia, Agnosia, Apraxia, Afasia.</p> <p>Progresa lentamente y en forma gradual se asocia con trastornos conductuales, depresión, agitación y apatía.</p> <p>Tardíamente: mioclonías, convulsiones, acinesia, y por último mutismo.</p> | <p>Se asocia con una patología vascular tromboembólica, hemorrágica o isquémica.</p> <p>La forma de evolución consiste en un deterioro escalonado, a intervalos, relacionado con episodios cerebrovasculares.</p> <p>La clínica dependerá del área afectada: cortical y/o subcortical. Multiinfarto, isquemia difusa en la sustancia blanca e infartos lacunares múltiples en la enfermedad de Binswanger.</p> | <p>Afecta a pacientes más jóvenes. Se caracteriza por un comienzo lento e insidioso.</p> <p>Se relaciona con trast. conductuales (lenguaje procaz, desinhibiciones); cambios en la personalidad y conducta social.</p> <p>Trast. de la atención.</p> | <p>Los signos característicos son: trastornos cognitivos fluctuantes, alucinaciones recurrentes (visuales y auditivas); parkinsonismo y/o sensibilidad extrema a neurolépticos clásicos y atípicos.</p> |

189 Sivasathiseelan H, et al. Frontotemporal dementia: a clinical review. Semin Neurol. 2019 Apr;39(2):251-263.

190 Sleegers K, Cruts M, Van Broeckhoven C. Molecular pathways of frontotemporal lobar degeneration. Annu Rev Neurosci. 2010;33:71-88.

191 Mendez MF, Lauterbach EC, Sampson SM, et al. An evidence-based review of the psychopathology of frontotemporal dementia: a report of the ANPA Committee on Research. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2008;20(2):130-149.

192 Mesulam M. Primary progressive aphasia: a dementia of the language network. Dement Neuropsychol. 2013;7(1):2-9.



# Síntomas psicológicos y conductuales en las demencias

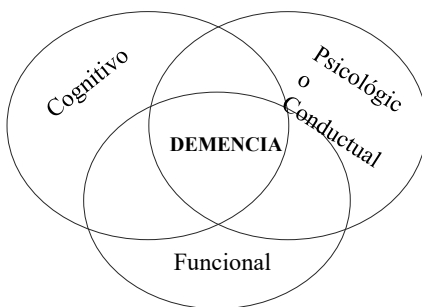
## (El BPSD)

*El abordaje para pensar la demencia e intervenir en una situación clínica es centrarnos en la persona, en la relación con ella y no en la enfermedad, en el deterioro*

—Bonifacio y Jaskilevich

### Ubiquemos el problema

Una definición de demencia remite a la interacción de tres áreas: cognitiva y psicológica-conductual, que afectan la funcionalidad de la persona, como dijimos, respecto de un estado anterior conocido o estimado. Gráficamente, sería de esta manera:



Hasta aquí nos centramos en aquello que concierne a la evolución de la demencia. Desarrollamos el *continuum* de la normalidad a la patología y, llegados a ese punto, lo que englobaría de manera *didáctica* —porque los síntomas se pueden superponer— a la afección del área cognitiva de las demencias. A partir de aquí, profundizaremos sobre lo que concierne al área psicológica y conductual.

A esta afección, desde un punto de vista coloquial-psiquiátrico, podríamos referirnos como *aquel conjunto de síntomas a partir de los cuales, en general, se solicitará una consulta psiquiátrica*. Hablamos de los *síntomas conductuales y psicológicos de las demencias* (en inglés BPSD: *Behavioral and Psychological symptoms of dementia*). Estos se definen como *aquellos signos y síntomas que afectan la percepción, el contenido del pensamiento, el ánimo y la conducta en los pacientes con demencia*.<sup>193</sup>

Son frecuentes: afectan al 90 % en algún momento de la evolución de la enfermedad.<sup>194</sup> Este conjunto de signos y síntomas puede conducir a la prescripción (y abuso) de psicofármacos, y suele ser una de las principales causas de institucionalización. Algunas instituciones *se niegan* a recibir a personas que presenten estos síntomas o a que continúen internadas, debido a que ciertas conductas pueden resultar disruptivas para el entorno. Constituyen, en muchos casos, situaciones de difícil manejo, que ponen en jaque la estabilidad del equipo tratante.<sup>195</sup>

La presencia de estos síntomas impacta tanto en la persona con demencia como en los cuidadores y allegados: ambos pueden experimentar angustia, disminución de la calidad de vida, mayor deterioro funcional, hospitalizaciones frecuentes, mayor riesgo de abuso y negligencia e incremento de la mortalidad. También están asociados con una alta carga económica:<sup>196</sup> requieren, en general, un acompañamiento y cuidado las veinticuatro horas.

Entre los síntomas más habituales se encuentran los siguientes: apatía, depresión, ansiedad, psicosis, agitación, agresión (física y verbal), trastornos del sueño, vagabundeo (*wandering*), comportamientos sexualmente inapropiados.<sup>197</sup>

193 Szulik J. Síntomas comportamentales y psicológicos de las demencias. Nuevas líneas de investigación. Vertex Rev Argent Psiquiatr. 2001;12:107-118.

194 Bessey LJ, Walaszek A. Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Curr Psychiatry Rep. 2019 Jul 1;21(8):66.

195 Mune L, Pisa H. Aproximación psicosocial de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias en las instituciones geriátricas. Vertex. 2015 Mar-Apr;26(120):115-119.

196 Beeri MS, et al. The cost of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in community-dwelling Alzheimer's disease patients. Int J Geriatr Psychiatry. 2002;17(5):403-408.

197 Kales HC, et al. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. BMJ. 2015;350:h369.

| Síntomas psicológicos y conductuales                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Psicológicos                                                                                 | Conductuales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Delirios.<br>Alucinaciones.<br>Falsos reconocimientos.<br>Ansiedad.<br>Depresión.<br>Apatía. | Vagabundeo ( <i>Wandering</i> ).<br>Agitación (actividad motora o vocal inapropiada que no se debe a un síndrome confusional o necesidad del paciente; pueden ser agresivas o no agresivas).<br>Reacciones catastróficas (reacciones emocionales o físicas excesivas y repentinas, bajo la forma de agresión física, verbal o explosiones de ira). <sup>193</sup><br>Quejas/acusaciones.<br>Desinhibición.<br>Negativismo. |

Adaptado de Gerlach<sup>198</sup>

Evaluación

*Agitación no significa demencia.  
Demencia no significa agitación*

Existe una tendencia al momento de evaluar y de intervenir frente a la presencia de estos síntomas: simplificar y reducir el manejo a una indicación farmacológica; lo que deriva en otro problema: la prescripción por parte de todo el arco médico de medicación antipsicótica, dentro de la cual, la quetiapina ocupa —en la actualidad— el lugar más destacado. Diremos que no existe tal “bala de plata”; lo que existe es lo posible, y lo posible es llevar a cabo una evaluación integral que contemple tres puntos importantes, a partir de los cuales podremos pensar —no está de más repetirlo— en una intervención a la medida del paciente.

1) Para iniciar la semiología de este conjunto de síntomas deberemos tener en cuenta las características de la personalidad premórbida para, a partir de ahí, profundizar y particularizar sobre estos con las siguientes preguntas:

198 Gerlach LB, Kales HC. Managing behavioral and psychological symptoms of dementia. Psychiatr Clin North Am. 2018 Mar;41(1):127-139.

---

**Tipo.** ¿Qué es lo que hace?

**Patrón/Frecuencia.** ¿Cuánto se repite?

**Observador.** ¿Quién es el que relata?

**Disruptivo.** ¿Sí o no?

---

Con relación al tipo, nos referimos a *qué es lo que hace* el paciente para particularizar y nombrar el síntoma sobre el cual intervendríamos. Por otro lado, si la persona presenta un síntoma o un episodio de agresividad, por ejemplo, en una oportunidad o varias veces, pero en diferentes días no consecutivos (o cada semana o mes), es probable que no requiera de una intervención farmacológica. Por este motivo, es necesario estar al tanto respecto de cómo se presenta y con qué frecuencia.

Una figura central es quién nos cuenta: el observador. En este punto, no debemos recibir ni mucho menos hacernos eco del discurso sin preguntarnos cómo se encuentra ese cuidador: ¿está deprimido, ansioso, sobrepasado? ¿Impresiona de esa manera o lo manifiesta? ¿Es buena la comunicación? ¿Cuáles son las expectativas? Por último, ¿lo que presenta el o la paciente genera problemas (de relación con los otros por citar el más frecuente), disconformidad en el ámbito en el que se encuentra? En otras palabras, ¿qué tan disruptivo es lo que presenta?

2) Tener en cuenta que estos síntomas pueden presentarse en pacientes con demencia sin que, necesariamente, se deban al síndrome demencial. En otras palabras, las demencias constituyen un factor que predispone a la generación de estos (debido a un incremento de la vulnerabilidad y la fragilidad), y no necesariamente su causa directa. Esta situación nos obliga a pensar desde ese punto de partida.

En ese marco, entre las causas más frecuentes se destacan las enfermedades infecciosas (urinarias y respiratorias se encuentran entre las más comunes), descompensaciones clínicas (como, por ejemplo, hiponatremia), y efectos secundarios de fármacos. Son las primeras preguntas que debemos hacernos ante conductas inapropiadas o no habituales que irrumpen de forma aguda. Una vez que las descartamos a partir de una evaluación clínica exhaustiva, podemos inferir —o pensar— que los síntomas pueden formar parte de la evolución del cuadro demencial.

3) En la misma línea, Cohen-Mansfield define al síndrome BPSD como “actividad inapropiada verbal o motora que no es juzgada por un observador externo como un resultado evidente de necesidades o de confusión del paciente”.<sup>199</sup> Es decir, que la reacción del paciente es desmedida, exagerada o inadecuada (para esa persona) y no tiene un desencadenante que la justifique.

199 Churchill M, Safaoui J, McCabe B, Baun M. Using a therapy dog to alleviate the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1999 Apr;37(4):16-22.

En ese sentido, la autora organiza las causas de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias a partir de los siguientes modelos teóricos:<sup>200</sup>

**Modelo de necesidades insatisfechas.** Hablamos, por ejemplo, de la presencia de frío, calor, hambre, molestia o dolor ante una posición incómoda. En pacientes con deterioro cognitivo avanzado y dificultad para expresarse, estas situaciones pueden traducirse en la práctica por perseveraciones, preguntas repetidas e incesantes, quejidos, gritos, agresividad. Lo mismo puede producirse en un ambiente con poca estimulación o falta de rutinas cotidianas de actividades. Una escena —lamentablemente habitual— que podríamos evocar es el comedor de una institución geriátrica, en el cual el único estímulo es una televisión ubicada en altura con el mismo canal de noticias durante el transcurso del día.

**Modelo conductual de aprendizaje.** Se refiere a la presencia de una conducta “inapropiada” —agresividad/agitación física o verbal, quejas, desinhibiciones, negativismo— que se refuerza a partir de la obtención de un resultado por parte del paciente, como sería el hecho de recibir —a partir de esa conducta— la asistencia del médico, del cuidador, de enfermería o incluso una visita o mayor presencia familiar.

**Modelo de vulnerabilidad ambiental.** Los pacientes con demencia son sensibles y propensos a descompensarse ante cualquier cambio: del ambiente (habitación, lugar en el comedor, compañero de mesa), de la persona que lo asiste, del profesional, de un horario, de una actividad. En fin, de cualquier cambio en su rutina habitual.

Si atravesamos los “filtros” de estos modelos sin poder particularizar un motivo que justifique los síntomas, podríamos, en línea con lo propuesto por Cohen-Mansfield, atribuirlos a la evolución de la demencia.

Una vez establecidos el tipo, la frecuencia y la magnitud de la disrupción que genera el síntoma, así como los probables desencadenantes desde la mirada que nos facilita uno u otro modelo —relacionándolo con la singularidad del paciente—, tendremos los elementos necesarios para delinear nuestra intervención, cuyos pormenores profundizaremos en el apartado correspondiente a los tratamientos.

200 Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviours in dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001 Fall;9(4):361-381.





# Aspectos bioéticos de la(s) demencia(s)

(El ejercicio de pensar)

## La reflexión ética: una introducción

La práctica de la psicogeriatría relacionada con las demencias implica un aspecto ineludible: los desafíos bioéticos —los dilemas— que se presentan en las diversas presentaciones y evolución de esta enfermedad. La *bioética* es, justamente, el campo que se crea ante lo dilemático; como sucede, por ejemplo, al momento de decidir frente a una determinada situación clínica. Cuando lo dilemático se presenta, las respuestas posibles pueden ser varias y ninguna tiene una prioridad sobre las otras.<sup>201</sup>

El doctor Fantin lo explica así: “Lo que produce un dilema ético, no es la *otredad*, pues esto es lo que se manifiesta como síntoma, sino la dificultad de hallar una *mismidad*, un efecto de Verdad, una posición en la cual puedan prestar fidelidad los sujetos intervinientes”.<sup>202</sup> Es decir, si nuestra indicación genera el efecto de Verdad, no surgiría el dilema. Para esto debe existir conocimiento y acuerdo de todos los que intervienen: paciente, profesional, familiares e instancias reguladoras (sanitarias, judiciales).

201 Fridman P. Los principios de la bioética en salud mental y psicoanálisis. En: Fantin JC, Fridman P, eds. *Bioética, salud mental y psicoanálisis*. Buenos Aires: Polemos; 2009. p. 33-34.

202 Fantin JC. Función de la ética en el campo de la medicina y salud mental. En: Fantin JC, Fridman P, eds. *Bioética, salud mental y psicoanálisis*. Buenos Aires: Polemos; 2009. p. 26.

Pero ¿qué sucede si esto no se produce? El mismo autor agrega: “...tanto porque se ha llegado a un límite de sus posibilidades, como cuando algún tipo de daño es inevitable, o cuando el paciente no está dispuesto a pagar el precio de la intervención aun a riesgo de su vida, o porque en la consideración de lo que es su vida incluye aspectos que no se ajustan solo a su vida biológica, o porque la situación toca cuestiones sociales o judiciales conflictivas, entonces es pensable [...] una instancia de *reflexión ética*. En otras palabras, una instancia donde se pongan en juego diversas posiciones a fin de hacer surgir, mediante la discusión dialógica, alguna recomendación que pueda forjar tal efecto de Verdad”.

Todas las decisiones que tomamos en la práctica cotidiana pueden contener un conflicto ético.<sup>203</sup> En este punto, como profesionales que asistimos a personas con deterioro cognitivo, debemos reconocer la existencia del conflicto.<sup>204</sup> Ese reconocimiento constituye el punto de partida para llegar a resolverlo de manera óptima.

Analicemos qué puede ocurrir en las diferentes etapas por las que atraviesa un deterioro cognitivo: inicial, intermedio y avanzado.

## Estadio inicial

En primer lugar, es importante realizar el diagnóstico temprano de demencia. Esto, en un punto, permitiría optimizar el cuidado y el manejo clínico del paciente.<sup>205</sup> Debemos focalizarnos en aquellos que presentan cambios sutiles en sus funciones cognitivas y diferenciar la patología potencial del *envejecimiento normal*. En esta etapa, incluimos al *deterioro cognitivo leve*, ese constructo que, como vimos, se utiliza para describir a personas que no tienen demencia, pero presentan alteraciones cognitivas por debajo de la media normal.<sup>206</sup>

Que una persona piense que puede convertirse en *dependiente* a partir de la evolución de una enfermedad como la demencia puede tener efectos impensados: ruptura matrimonial, depresión, suicidio, estigma social.<sup>207</sup> Por ese motivo,

203 Demarco JP, Ford PJ. Balancing in ethical deliberation: superior to specification and casuistry. J Med Philos. 2006;31(5):483-497.

204 Strous RD. Ethical considerations in clinical training, care and research in psychopharmacology. Int J Neuropsychopharmacol. 2010;13(1):1-12.

205 Maestre GE. Assessing dementia in resource-poor regions. Curr Neurol Neurosci Rep. 2012;12(5):511-519.

206 Whitehouse PJ. Ethical issues in dementia. Dialogues Clin Neurosci. 2000 Jun;2(2):162-167.

207 Cheng ST, Lam LC, Chan LC, et al. The effects of exposure to scenarios about dementia on stigma and attitudes toward dementia care in a Chinese community. Int Psychogeriatr. 2011;23(9):1433-1441.

no es solo el diagnóstico temprano lo que garantizaría un mejor tratamiento, sino el trato que llevemos a cabo del probable diagnóstico. Es decir, el manejo de la información impacta en el paciente.

Como sugiere el doctor Paco Maglio,<sup>208</sup> debería hacerse de manera culturizada, escalonada y contextualizada, para evitar que el mensaje sea traducido de manera errónea por el paciente y su familiar.<sup>209</sup> Del mismo modo, debería evaluarse el impacto que podría tener en el paciente, con el objetivo de determinar en conjunto el momento adecuado.<sup>210</sup>

Por último, en esta etapa es importante nombrar —referirnos a, problematizar— un aspecto que, de momento, se encuentra alejado de los debates habituales: las decisiones y medidas anticipadas ante la posibilidad de desarrollar una demencia.<sup>211</sup>

## Estadio intermedio

Para abordar las cuestiones éticas se requiere algo fundamental: la toma de conciencia por parte de los miembros del equipo de salud de que la dinámica de una enfermedad como la demencia nos enfrentará a dilemas.<sup>212</sup> Por ejemplo, pacientes con un deterioro cognitivo importante pueden tener disminuida su capacidad para dar su consentimiento informado.<sup>213</sup> Para esto no existen protocolos ni políticas claras.<sup>214</sup> Esto se traduce en un gris de incertidumbre que se traslada a la clínica de todos los días.

Hay dos conceptos éticos que es clave tener en cuenta al momento de estimar una respuesta: me refiero a la *autonomía* y la *autenticidad*. Con relación al primero, una decisión autónoma se define como un acto de autodetermina-

208 Maglio P. ¿Cómo dar bien las malas noticias? El arte de comunicar. En: Maglio P, ed. La dignidad del otro: puentes entre la biología y la biografía. Buenos Aires: Ed. Libros del Zorzal; 2008. p. 73-78.

209 Post SG, Whitehouse PJ. Fairhill Guidelines on ethics of the care of people with Alzheimer's disease: a clinical summary. J Am Geriatr Soc. 1995;43:1423-1429.

210 Carpenter B, Dave J. Disclosing a dementia diagnosis: a review of opinion and practice, and a proposed research agenda. Gerontologist. 2004;44(2):149-158.

211 Kim S, Karlawish J, Kim H, et al. Preservation of the capacity to appoint a proxy decision maker: implications for dementia research. Arch Gen Psychiatry. 2011; 68:214-220.

212 Strech D, et al. The full spectrum of ethical issues in dementia care: systematic qualitative review. Br J Psychiatry. 2013 Jun;202:400-406.

213 Okonkwo OC, et al. Medical decision-making capacity in patients with mild cognitive impairment. Neurology. 2007; 69:1528-1535.

214 Kim SY. The ethics of informed consent in Alzheimer disease research. Nat Rev Neurol. 2011 May 24;7(7):410-414.

ción ejercido por una persona competente.<sup>215</sup> En una investigación, por ejemplo, quien no puede dar su consentimiento queda excluido.

Si seguimos en esta línea, ¿un paciente con enfermedad de Alzheimer puede dar su consentimiento informado?, ¿es confiable y válido el estudio de las capacidades?, ¿es posible ampliar el concepto de autonomía a partir de directivas anticipadas? Con respecto al término *autenticidad*, este se refiere a la congruencia entre los valores de una persona (creencias, compromisos, relaciones) y una decisión.<sup>216</sup> A diferencia de una decisión autónoma, que solo puede ser hecha por el paciente, una decisión puede ser *auténtica* incluso cuando la lleva a cabo un sustituto (subrogante), porque la autenticidad no requiere capacidad intacta para la libre determinación, solo que la decisión se ajuste a los valores del individuo. Esto nos introduce en una temática —por demás compleja— sobre la que será necesario trazar un camino que, sin perder de vista los avances en otras culturas, se adapte a nuestra idiosincrasia.

En la clínica, en muchas ocasiones se ponen en jaque los principios de autonomía y autenticidad. Por ejemplo: a un paciente con deterioro cognitivo moderado, más allá de su negativa, se le realizan estudios complementarios, recibe una medicación o es internado/a.

Smebye *et al.*<sup>217</sup> sugieren tener en cuenta las capacidades cognitivas que se conservan, con el objetivo de optimizar el potencial para la toma de decisiones en las personas con demencia. “Esto —dicen— contribuye a mantener la identidad, el bienestar, la calidad de vida, la dignidad, la integridad y la personalidad. Excluir a las personas de participar en las decisiones puede generar depresión, frustración y enojo.”<sup>218</sup> Desde un punto de vista clínico, deberemos contemplar a las personas que, a pesar de la presencia del deterioro cognitivo, manifiestan voluntad de implicarse en las decisiones y tendrían la capacidad de hacerlo.<sup>219</sup>

215 Sulmasy DP, Snyder L. Substituted interests and best judgments: an integrated model of surrogate decision making. JAMA. 2010; 304:1946-1947.

216 Brudney D. Choosing for another: beyond autonomy and best interests. Hastings Cent Rep. 2009; 39:31-37.

217 Smebye KL, Kirkevold M, Engedal K. How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? A multi-case study. BMC Health Serv Res. 2012 Aug 7;12:241.

218 Sabat SR. Capacity for decision making in Alzheimer's disease: selfhood, positioning and semiotic people. Aust N Z J Psychiatry. 2005;39(12):1030-1035.

219 Bamford C, Bruce E. Defining the outcomes of community care: the perspectives of older people with dementia and their carers. Ageing Soc. 2000;20(5):543-570.

### ***Manejo del dinero***

Es una situación que, en general, se resuelve apelando al sentido común: no estamos ni nos preparamos desde un punto de vista profesional para brindar una respuesta ante la demanda de los familiares o allegados.

Ante una enfermedad respondemos con indicaciones; ante una situación problemática llevamos a cabo intervenciones; ambas —las indicaciones e intervenciones— constituyen el tratamiento. Podemos manifestar que *no tenemos nada que ver* con el problema del manejo del dinero porque es algo que se encuentra por fuera de nuestras incumbencias. Sin embargo, queramos o no, seremos convocados para brindar una respuesta. Por este motivo, reflexionar, pensar y profundizar sobre los pormenores de esta situación es algo que redundará en un beneficio para el paciente y su entorno.

La capacidad para el manejo del dinero en el marco de los deterioros cognitivos tiene tres aristas: clínicas, legales y éticas.<sup>220</sup>

*Clínicas.* El manejo del dinero es una capacidad mediada cognitivamente; por este motivo, la presencia de una enfermedad neuropsiquiátrica constituye una situación de vulnerabilidad para el paciente. Por otro lado, las dudas que se pueden plantear frente a esto pueden constituir la puerta de entrada a un tratamiento.<sup>221</sup>

*Legales.* Incluiría no solo el manejo específico, sino también lo vinculado a contratos, garantías, donaciones y testamentos.

*Éticas.* En este punto entra en juego el concepto de *autonomía*. Es decir, se relaciona con la posibilidad de que una persona pueda o no manejarse de manera independiente.

### ***¿Qué podemos hacer?***

- 1) Problematicar la situación con el paciente y su entorno sobre la necesidad de una planificación financiera anticipada.
- 2) Reconocer los signos de un posible deterioro de la capacidad para el manejo del dinero.
- 3) Solicitar un test neurocognitivo con el objetivo de evaluar el grado de compromiso de las diferentes funciones cognitivas.
- 4) Contemplar una consulta legal.

220 Marson DC. Clinical and ethical aspects of financial capacity in dementia: a commentary. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013 Apr;21(4):392-394.

221 Widera E, et al. Finances in the older patient with cognitive impairment: he didn't want me to take over. *JAMA*. 2011;305(7):698-706.

No contamos con respuestas contundentes, tampoco con instrumentos confiables que puedan mensurar dicha capacidad. De todas formas, tomar un rol activo en este sentido se hace prioritario ante las consecuencias económicas, legales, psicológicas que esta situación puede acarrear al paciente, su entorno y a nosotros como profesionales.

## Estadio avanzado

En esta etapa, debido al grado de compromiso cognitivo y conductual, existe una incapacidad para tomar decisiones.<sup>222</sup> En este contexto surgen nuevos problemas éticos, entre los cuales mencionaremos el uso de las sujeciones físicas y químicas con objetivo de “tranquilizar”, “evitar” las caídas y las agresiones.<sup>223</sup> *A priori*, diremos que deben evitarse, debido a que su uso tiene efectos negativos sobre la salud de los pacientes. Mencionaremos los relacionados con la inmovilidad prolongada: úlceras por presión, pérdida de masa ósea, sarcopenia, infecciones, hiporexia, deshidratación, estreñimiento, incontinencia. También puede generar confusión y agitación. Y desde un punto de vista psicológico, humillación, miedo, retraimiento y trastornos emocionales. A esto se suman el riesgo de asfixia, muerte súbita, lesiones por golpes y caídas. En definitiva, el uso de sujeciones causa más daño que beneficio, atenta contra el principio de autonomía e incrementa la morbilidad y mortalidad.<sup>224</sup>

## Una reflexión (ética) sobre el manejo de los síntomas conductuales

Como desarrollaremos más adelante, una parte fundamental del tratamiento lo constituyen las intervenciones no farmacológicas (o psicosociales). A propósito de estas, es frecuente escuchar que, para llevarlas a cabo, el profesional debería tener una postura ecléctica. Pero ¿hasta qué punto lo ecléctico no termina en una postura utilitarista que permite echar mano a *cualquier cosa* con el objetivo de calmar al paciente? Un *utilitarista* es aquel cuyo pensamiento se asienta sobre la base de que “el fin justifica los medios”. El utilitarismo, como corriente dentro de la ética, fue desarrollado por Jeremy Bentham y John

222 Reisberg B, Monteiro I, Torossian C, et al. The BEHAVE-AD assessment system: a perspective, a commentary on new findings, and a historical review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2014;38(1-2):89-146.

223 Scheepmans K, et al. Restraint use in home care: a qualitative study from a nursing perspective. *BMC Geriatr*. 2014 Feb 5;14:17.

224 Laurin D, et al. Physical restraint use among nursing home residents: a comparison of two data collection methods. *BMC Nurs*. 2004 Oct 15;3(1):5.

Stuart Mill.<sup>225</sup> Postulan que el resultado de una acción determina si esa acción es moralmente correcta o no. Es correcta cuando las consecuencias globales fueron buenas. Desde una perspectiva integral, afectarían no solo al paciente, sino también a su familia, al personal y a otras personas si nos referimos, por ejemplo, al ámbito de una institución geriátrica. Por ejemplo, ante un paciente que desea comunicarse con un familiar, se le dice que el teléfono se encuentra ocupado y, por ese motivo, se le solicita que retorne más tarde. Esta situación tranquiliza a la persona unos minutos; pero la escena vuelve a repetirse.

### ***¿Cómo deberíamos juzgar la consecuencia de esta intervención?***

Un utilitarista diría que debemos juzgar la acción de forma individual, de acuerdo con las consecuencias que se derivan de ella. Esto sería un utilitarista del *acto*. Dicho de otra manera, sería el que se plantea de forma individual cada caso. En contraste, se encontrarían los utilitaristas de las *normas*, aquellos que siguen un conjunto de reglas o principios que, en general, tienen los mejores resultados. En otras palabras, son quienes se guían por los protocolos. En esta línea, Kant, en su teoría sobre la moral, estaba convencido de que deberíamos seguir normas sin preocuparnos por las consecuencias de las acciones. Para Kant, el acto es correcto o no. Es conocido el ejemplo en el que manifiesta que mentir siempre es incorrecto, más allá de que el fin que se persiga sea *bueno*. En ese sentido, sostenía que a la persona nunca debe tratársela como un medio para lograr un determinado fin.

En el ejemplo que expusimos, sin duda se actuó desde una postura utilitarista del acto. Pero si quisiéramos llevar a cabo un contraste con una línea normativa, ¿cuál sería la “norma” que se debería haber seguido? La respuesta es que no existen *normas* para casos complejos (y, tal vez, para ninguno). Considero que es difícil que pueda lograrse un consenso al respecto, por la sencilla razón de que la demencia como enfermedad se presenta de manera muy diversa, donde lo típico es lo atípico de su forma de presentación.

Si reflexionamos a partir de esta complejidad, sería conveniente que todo profesional que se desempeñe en una residencia geriátrica mantenga —al menos por ahora— la postura ecléctica de un utilitarista del acto. Y si un kantiano nos increpara sobre la *mentira* del teléfono ocupado, podríamos decirle que tal vez, pero que esa acción tuvo un buen resultado para la paciente.

Por último, ¿debemos brindar tratamientos de soporte vital a pacientes con pérdida permanente de capacidades cognitivas? Con esta pregunta titu-

225 Sartin C. Si el fin no justifica los medios ¿entonces qué? En: Irwin W, Jacoby H, eds. La filosofía de House. Todos mienten. México: Selector; 2009. p. 175-184.

lan su trabajo y nos interpelan los autores Golan y Marcus.<sup>226</sup> Plantean sus dudas en cuanto a la ética de sostener la vida de los pacientes que han perdido sus capacidades cognitivas y la conciencia, así como la obligación moral de hacerlo. El problema es que los principales hechos relacionados con las experiencias y el bienestar de estos pacientes y sus deseos son desconocidos. De ahí que los cuatro principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia no se pueden aplicar en estos casos. Estos autores incluyen a la solidaridad como otro valor moral al que se podría recurrir en caso de estar frente a este dilema.

Para finalizar, los trastornos neurocognitivos constituyen el escenario para este nuevo campo de estudio de la bioética, en el que confluyen varias situaciones: el envejecimiento de la sociedad, la creciente incidencia y prevalencia de los trastornos cognitivos, los derechos de los pacientes, la institucionalización, la desinstitucionalización, los conflictos familiares, el consentimiento informado y el buen uso del medicamento. En este sentido, los problemas de capacidad impregnan nuestra práctica profesional: juicios para obtener un certificado, capacidad para dar un consentimiento, participación en un protocolo, confección de un testamento, manejo de un automóvil o la propia economía.

Para resolver estos problemas, los familiares, médicos de distintas especialidades, así como profesionales de otras disciplinas como el derecho, requieren de la opinión de un psiquiatra con el objetivo de *ver hasta dónde* la persona es autónoma. Así, el psiquiatra, sin querer, debe asumir un rol para el cual no está preparado, lo que lo hace pasible de exponerse a una situación que no es de su incumbencia y para la cual, a su vez, se necesita de profesionales de diferentes disciplinas.<sup>227</sup> Por este motivo, conocer y reflexionar sobre estos temas dejó de ser una elección para convertirse en una obligación.

Como vimos, las situaciones se definen por una multiplicidad de matices y diversos grados de complejidad. Por este motivo, debemos centrarnos más en los detalles de cada caso y menos en los elementos concretos que plantea la forma actual de diagnosticar. En definitiva, estamos frente a situaciones problemáticas *nuevas*, para las cuales existen respuestas que distan de ser categóricas, y de una formación que relaciona la práctica clínica solo con la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento.

226 Golan OG, Marcus EL. Should we provide life-sustaining treatments to patients with permanent loss of cognitive capacities? *Rambam Maimonides Med J*. 2012 Jul 31;3(3):e0018.

227 Moyer J, et al. Assessment of capacity in an aging society. *Am Psychol*. 2013 Apr;68(3):158-171.



Con el objetivo de producir un cambio en ese sentido, el trabajo de Howe (2011),<sup>48</sup> se focaliza en las *habilidades* que deberían tener los psiquiatras a fin de identificar y resolver los conflictos éticos de manera óptima. Estas habilidades —dice— son: reconocer un dilema ético, cuestionar supuestos empíricos, tener en cuenta todos los aspectos relevantes que involucran una toma de decisión, la evaluación de la solidez de los argumentos y la anticipación de posibles efectos negativos sobre la relación con el paciente.



# Síndrome confusional

(“No estaba así”)

*Cuando una congestión pulmonar lo estaba arrasando  
y la inventiva fiebre le falseó la cara del día,  
congregó los archivos de su memoria  
para fraguar su sueño*

—Jorge Luis Borges (de Isidoro Acevedo)

## Presentación

*Caso uno:*

—Está mal. Grita, no duerme, habla incoherencias.

—¿Desde cuándo está así?

—Desde ayer.

*Caso dos:*

—No se levanta de la cama, casi no habla. Pero hay momentos en los que se conecta.

—¿Desde cuándo está así?

—Empezó hace tres días, pero ahora está peor.

Lo anterior podría ser un llamado telefónico o un pedido de interconsulta. Ambos casos reflejan una situación: la presencia de un conjunto de síntomas que irrumpieron de manera aguda. Sin embargo, es habitual escuchar que, en ese contexto, se diagnosticó una demencia o una depresión, lo que genera en el entorno una angustia innecesaria, sumado a una eventual internación psiquiátrica, también innecesaria. Son situaciones que nos permiten inferir, además,

que el síndrome confusional fue (y es) subdiagnosticado. En consecuencia, se retrasa el diagnóstico de la enfermedad clínica que subyace como causa.

El *síndrome confusional agudo* o *delirium* —o confusional, como se lo nombra coloquialmente— se define por la presencia de una alteración en la atención y la conciencia, que se acompaña de una pérdida aguda —en horas o días— de la cognición, que no puede explicarse a partir de un trastorno neurocognitivo preexistente o en evolución, como la demencia.<sup>228</sup> Se caracteriza por tener un curso fluctuante.

Es una situación frecuente en personas mayores: 10-17 % en la emergencia; 16-40 % en hospitalizados y hasta un 80 % en las unidades de terapia intensiva.<sup>229</sup> Se asocia con un incremento de la morbilidad y mortalidad, deterioro cognitivo y funcional, internaciones prolongadas, rehospitalizaciones y derivaciones a instituciones geriátricas.<sup>230</sup> Por lo que no contemplar su diagnóstico, relativizarlo o llevar a cabo una evaluación inadecuada impacta de manera negativa en el paciente: afecta su evolución y pronóstico.

## Evaluación

Sabemos que al momento de evaluar una situación clínica debemos pensarla de manera integral. Sin embargo, a diferencia de otras —demencia, depresión—, en las cuales contamos con tiempo para realizar los estudios complementarios que consideremos necesarios, en el marco de un síndrome confusional no tenemos esa posibilidad: es una emergencia, por lo que requiere de una evaluación por guardia. Si bien todo se piensa al mismo tiempo, ubicaremos esta sugerencia como la *primera indicación* que debemos considerar si el paciente no contara con un referente clínico-geriátrico a quien podamos plantearle nuestra inquietud.

Dicho de otra manera, sería así: ante un paciente que inició de forma aguda con déficits atencionales, alteración del nivel de conciencia (hiperalerta, somnoliento, estuporoso, comatoso), cambios de comportamiento, y estos tienen un carácter fluctuante (“se prende y se apaga”), hay que descartar rápidamente

228 Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013. p. 326-333.

229 Lee S, et al. Succinct approach to delirium in the emergency department. *Curr Emerg Hosp Med Rep*. 2021;9(2):11-18.

230 Kennedy M, et al. Delirium risk prediction, healthcare use and mortality of elderly adults in the emergency department. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(3):462-469.

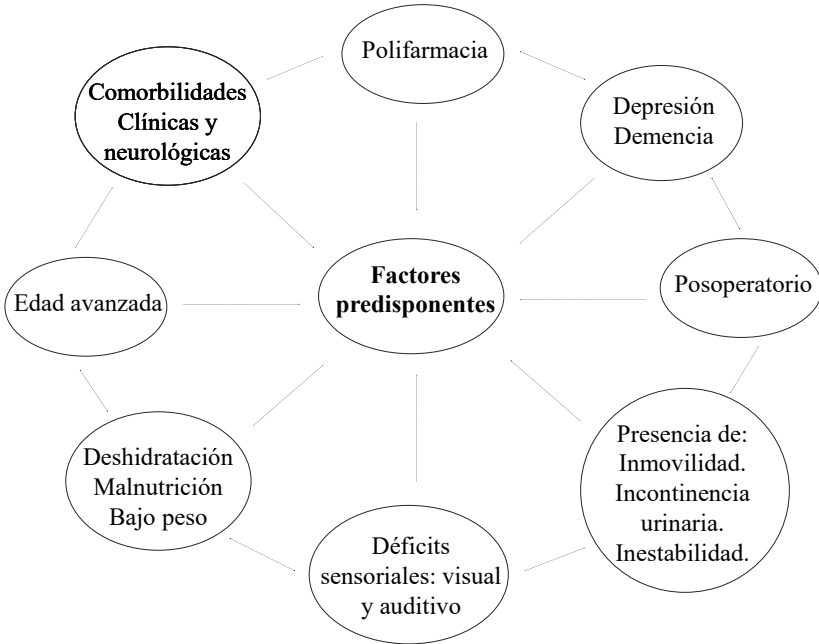
etiologías graves como hipoxia, hipoglucemia, accidente cerebrovascular o infarto agudo de miocardio. Lo repito: es el *primer paso*. En las personas mayores, la presencia de un síndrome confusional puede ser la única manifestación de una enfermedad grave.

El *segundo paso* será profundizar a partir de una historia clínica y examen físico-clínico pertinente y exhaustivo para descartar otras etiologías: cualquier enfermedad médica puede precipitar un confusional. Entre las etiologías más frecuentes se encuentran: infecciones (urinarias y respiratorias), accidente cerebrovascular isquémico, alteraciones electrolíticas (hiponatremia), medicamentos (sedantes, ansiolíticos, corticosteroides, antihistamínicos, anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, relajantes musculares y opioides), y consumo de alcohol o benzodiacepinas (¿abstinencia?). Se deberá preguntar por cambios recientes: ambientales, farmacológicos, alimentarios, etc.

En uno de los capítulos iniciales nos referimos al concepto de *fragilidad*, dijimos que era un síndrome multidimensional que se caracterizaba por una disminución de la reserva física y cognitiva, que no le permite a la persona hacer frente a factores estresantes. Ubicaremos este concepto como la *tercera cuestión* para tener en cuenta.

Llevado a la práctica, nos permitirá discriminar, tal vez, una obviedad: no es lo mismo una persona de 86 años con un deterioro cognitivo avanzado y dos comorbilidades clínicas que la predisponen a que una infección leve le genere un síndrome confusional, que otra de 74 años, con hipertensión arterial y una vida activa. Es probable que, en ese caso, la causa tenga que ser de mayor gravedad como para causar un *delirium*. Ampliaremos en el gráfico que sigue lo relacionado con los factores de riesgo o predisponentes.

El *cuarto paso* es la entrevista con un allegado; el objetivo, más allá de evaluar la presencia de cambios recientes en la dinámica habitual del paciente, será establecer cuál era el estado basal del paciente previo al inicio del síndrome confusional: su grado de autonomía, actividad diaria, movilidad, alimentación, manejo del esquema de medicación. Este examen físico brindará la oportunidad de evaluar la presencia de traumatismos, lesiones accidentales o autoinfligidas, signos indirectos que reflejan, a su vez, el cuidado que se le brinda al paciente o el que, llegado el caso, requeriría.



Adaptado de Lee S, et al.

Por último, nuestro *quinto paso* será, una vez que se detectó la presencia de un síndrome confusional, establecer la etiología que subyace. Contamos con la evaluación de laboratorio e imágenes que se solicitarán a partir de la historia y el examen físico.

## Diagnóstico

El diagnóstico es clínico y llegamos a este a partir de pensar los pasos (o cuestiones) que describimos. Podemos agregar a nuestra entrevista una herramienta sencilla y práctica, que cuenta con una especificidad del 93 % y una sensibilidad del 86 %. Hablamos de la escala CAM (*Confusion Assessment Method*),<sup>231</sup> desarrollada por Inouye en 1990.<sup>232</sup> Contempla los siguientes criterios:

231 Wong CL, Holroyd-Leduc J, Simel DL, Straus SE. Does this patient have delirium?: value of bedside instruments. JAMA. 2010;304(7):779-786.

232 Inouye SK, et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990 Dec 15;113(12):941-948.

- 1) Inicio agudo y curso fluctuante.
- 2) Alteración de la atención.
- 3) Pensamiento desorganizado.
- 4) Alteración del nivel de conciencia.

|                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Escala CAM</b> ( <i>Confusion Assessment Method</i> )                                                                                                                    |
| <b>1. Comienzo agudo y curso fluctuante.</b><br>¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente? <b>Sí/No</b> (Si la respuesta es No, no continuar)          |
| <b>2. Falta de atención.</b><br>¿El paciente se distrae con facilidad y/o tiene dificultad para seguir una conversación? <b>Sí/No</b> (Si la respuesta es No, no continuar) |
| <b>3. Pensamiento desorganizado.</b><br>¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas que le rodean? <b>Sí/No</b>                   |
| <b>4. Alteración del nivel de conciencia.</b><br>¿Está alterado el nivel de conciencia? <b>Sí/No</b>                                                                        |
| <i>Para el diagnóstico de delirium son necesarios los primeros criterios y por los menos uno de los dos últimos.</i>                                                        |

Adaptado de Wong CL

## Subtipos clínicos

**Hipoactivo:** se podría definir, también, como el subtipo paradójico: es la forma más frecuente de presentación y, al mismo tiempo, está subdiagnosticado. Es habitual que el paciente se presente hipoactivo, letárgico y apático, con latencia en la respuesta. Los diagnósticos diferenciales con los cuales puede confundirse son la depresión y la demencia.

**Hiperactivo:** es, en general, el que motiva con mayor frecuencia la consulta psiquiátrica. Se presenta con agitación o excitación psicomotriz, desorientación, delirios y alucinaciones (sobre todo visuales). Es una causa muy frecuente de caídas y complicaciones para el paciente; una situación de difícil manejo que requiere un abordaje integral.

**Mixto:** combina síntomas de ambas formas.<sup>233</sup>

233 Saxena S, Lawley D. Delirium in the elderly: a clinical review. Postgrad Med J. 2009 Aug;85 (1006):405-413.

## Diagnóstico diferencial

La presencia de un *delirium* en el marco de una demencia se relaciona con resultados adversos; entre ellos, se destacan el agravamiento del deterioro cognitivo y funcional, reinternaciones, institucionalización e incremento de la mortalidad. El síndrome confusional suele ser el primer signo de un cambio en el estado clínico en las personas mayores con demencia. Puede ser el signo que nos indica, por ejemplo, que el paciente presenta una infección urinaria o que el cambio de medicación reciente generó un efecto adverso.<sup>234</sup>

Sin embargo, el diagnóstico de *delirium* en el contexto de una demencia constituye un desafío, porque puede confundirse con la fluctuación de la función cognitiva o con los síntomas psicológicos y conductuales que son habituales en estos pacientes. Por ese motivo, puede ser subdiagnosticado y, en consecuencia, subtratada la causa clínica subyacente, lo que puede generar, a su vez, un uso (y abuso) innecesario de medicación psicofarmacológica, con las consecuencias negativas que acarrea: sedación excesiva, inmovilidad, incremento del riesgo de caídas, alteración en la alimentación e hidratación, que no hacen otra cosa más que agravar el cuadro.

Las demencias, sobre todo las corticales (Alzheimer y frontotemporal), presentan, como vimos, alteraciones cognitivas; no obstante, el paciente conservará un nivel de conciencia “alerta”. Asimismo, debemos tener presente que el inicio de la demencia es insidioso, contrario a lo que sucede en el síndrome confusional, que es agudo.

Una paciente de 81 años fue operada por una fractura de cadera y fue dada de alta. En el marco de una internación domiciliaria debía iniciar con sesiones de kinesiología, pero no pudo: no colaboraba. Uno de los profesionales le sugirió al familiar una consulta psiquiátrica, porque consideraba que, como ocurre con muchos pacientes, la internación y la operación le habían generado un trastorno depresivo. Este es, justamente, otro de los diagnósticos que deberemos contemplar. En el caso de la paciente, podría confundirse con síndrome confusional de tipo hipoactivo, caracterizado por inhibición o enlentecimiento psicomotriz. En este caso, evaluar la fluctuación del nivel de conciencia en el transcurso del día no estaría presente en la depresión.

234 Morandi A, et al. Tools to detect delirium superimposed on dementia: a systematic review. J Am Geriatr Soc. 2012 Nov;60(11):2005-2013.



## Prevención

Es necesario mantener una postura clínica que incluya la prevención como parte de nuestras intervenciones. En ese sentido, es importante identificar los factores de riesgo o predisponentes que expusimos, así como evitar las sujeciones físicas. Estas no solo pueden generar o agravar los síntomas del *delirium*, sino también traer aparejadas consecuencias a nivel físico y emocional.

Como medidas ambientales y de cuidado, debemos asegurar la hidratación, alimentación, higiene y referencias visuales que sirvan de orientación temporoespacial: almanaque, fotos familiares, objetos conocidos, reloj, luz encendida durante la noche, cama baja. También es importante, en lo posible, que el paciente permanezca acompañado.

Debemos estar atentos a evitar o reducir la polifarmacia. En ese punto, la recomendación desde la perspectiva de la *prevención cuaternaria* —aquella que nos interroga sobre nuestras intervenciones—<sup>235</sup> es preguntarnos por la necesidad de continuar con tal o cual medicación. Desde un punto de vista psiquiátrico, es esencial evaluar la pertinencia de un incremento de dosis o el inicio de un psicofármaco considerando los aspectos farmacocinéticos y farmacodinámicos del estado clínico del paciente. Lamentablemente, es habitual encontrar esquemas con tres antipsicóticos; dosis altas de uno (como, por ejemplo, 400-500 mg de quetiapina); dos benzodiacepinas junto con un inductor del sueño, etc. Por último, el trato con el paciente constituye un punto importante para mantener una actitud preventiva. Para ello, deberemos tener presente las siguientes sugerencias:

- Evitar un lenguaje imperativo o provocador.
- Establecer contacto visual y verbal.
- Ser conciso y utilizar un lenguaje simple.
- Escuchar atentamente lo que dice el paciente.
- Identificar los deseos y sentimientos del paciente.
- Establecer límites claros.

Para terminar, a modo de resumen, nuestra evaluación integral tendrá como objetivo diagnosticar la presencia de un síndrome confusional, llevar a cabo la derivación para evaluar la causa clínica que lo motivó y realizar el tratamiento correspondiente. Al mismo tiempo, mientras dicho tratamiento cumple con su plazo, contemplaremos las medidas de cuidado ambiental acor-

235 Pisa H, Agrest M. Prevención cuaternaria en salud mental. Vertex. 2015 Sep-Oct;26(123):340-342.

Esto (no) es un manual de psicogeriatría

des al paciente, junto con la evaluación de la necesidad y pertinencia del inicio de un esquema psicofarmacológico.

La intervención psiquiátrica —psicogeriátrica— acompaña la evolución clínica. No constituye un tratamiento específico, que sería tratar la causa del síndrome confusional.

# Patologías frecuentes en psicogeriatría

*Que ocurre, se hace o se repite a menudo,  
con unos intervalos más o menos cercanos*

—Definición de ‘frecuente’

¿Dónde ubicar aquellas situaciones clínicas que nos generan dudas en la práctica? Fue la pregunta que derivó en los tres capítulos que siguen a continuación. Recordemos el gráfico que ilustraba las palabras previas de las patologías prevalentes: un podio atravesado por dos flechas en direcciones contrarias. Esas flechas, ahora, representarían lo frecuente: *psicosis y ansiedad*. Al *trastorno bipolar*, por su parte, podríamos ubicarlo como una entidad independiente o, como veremos, formando parte de las psicosis.

La mayoría de los trabajos establece un contraste entre lo que ocurre en las personas mayores y lo que sucede en los jóvenes. Este contraste es habitual al abordar el tema de la psicosis y los trastornos bipolares, y nos muestra la tendencia adultocentrista de la clínica. Por otro lado, en línea con este contraste, quiero puntualizar sobre algo que suele verse con frecuencia en la práctica y que no se refleja en los artículos; al contrario de lo que ocurre con los pacientes jóvenes, en los mayores se recurre de manera apresurada a los antipsicóticos. Dicho de otro modo, en los jóvenes se presta atención al diagnóstico para indicar el psicofármaco. Esto es lo que no sucede al momento de indicarlo en

una persona mayor, donde se prescribe frente a un síntoma que está lejos de configurar un cuadro; por ejemplo, ante una alucinación. En muchos casos, ni siquiera eso: se indica ante un síntoma ansioso o depresivo, incluso ante una dificultad relacionada con el sueño. Si fuera una fórmula —de esas que abundan en la práctica— podríamos escribirla así:

$$D * A + (LD/CD) = \frac{\text{Antipsicótico}}{\text{Diagnóstico}}$$

D: delirios; A: alucinaciones; LD: lenguaje desorganizado; CD: conductas desorganizadas

En línea con el planteo de fórmulas, otra situación frecuente es esta: frente a un llamado, por ejemplo, en el que un acompañante o familiar nos comunica que el paciente presenta una determinada conducta, deriva en un incremento de la dosis del antipsicótico (en general, de quetiapina). En este caso, la fórmula podría traducirse así:

$$xC^2 / A = \uparrow \text{Quetiapina}$$

C: conducta; A:acompañante

Ambas situaciones —fórmulas— dejan en evidencia las dificultades con las que nos enfrentamos: situaciones atípicas, menos puras, cuadros diversos y menos diferenciados que en los más jóvenes, lo que puede generar intervenciones apresuradas, alejadas de un diagnóstico y no exentas de riesgos. En el caso de las psicosis, por ejemplo, se utilizan antipsicóticos ante pacientes con una desconexión de la realidad (más allá de la causa) o con un deterioro de su funcionamiento. Con la ansiedad ocurre otro tanto: ante la expresión de un nerviosismo, de un malestar vinculado a una situación puntual (una mala noticia, por ejemplo), se opta por indicar una benzodiacepina (ansiolítico).

Psicosis y ansiedad son dos situaciones clínicas que, si no se piensan desde una mirada integral que contemple lo *longitudinal* —es decir, la evolución en el tiempo— y lo *transversal* —relacionado con los signos y síntomas que se

presentan en el aquí y ahora—, nos alejarán de la posibilidad de discriminar el origen de ambos cuadros. Incluso más: puede llevarnos a realizar una intervención farmacológica destinada al síntoma, sin tener en cuenta el diagnóstico particular, lo que, por un lado, puede cronificar el cuadro, generar expectativas no pertinentes —desde nuestro lugar y, por ende, a nivel del paciente y de la familia— relacionadas con la evolución y respuesta del tratamiento; usar dosis inadecuadas —altas— de antipsicóticos, con el consecuente riesgo de efectos adversos; y, por otro, generar un aumento del estrés del cuidador, institucionalización, negligencia y abuso, y un aumento del número de consultas.

Con relación al trastorno bipolar en la vejez, se demostró que las estrategias que son exitosas en adultos más jóvenes no pueden extrapolarse a los pacientes mayores.<sup>236</sup> Debemos tener en cuenta la comorbilidad clínica y neuropsiquiátrica, el estado cognitivo, así como aspectos vinculados al funcionamiento psicosocial. Estas situaciones definirán (o limitarán) las opciones terapéuticas.

236 Warner JP. Old age psychiatry in the modern age. *Br J Psychiatry*. 2015;207(5):375-376.



# Psicosis

(Una situación habitual)

*Estamos frente a un episodio que se inició en la vejez;  
o se produjo en una persona con “historia de psicosis”*

Apunte: Primera pregunta que es necesario hacer(se)

## Introducción

La frase que indica que estamos frente a un problema clínico —complejo— es la siguiente: hay una mayor incidencia de síntomas psicóticos en pacientes de edad avanzada en contraste con los adultos más jóvenes.<sup>237</sup> La prevalencia oscila entre <5 % en la comunidad y entre el 10 % y el 63 % en las instituciones.<sup>238</sup> Esta mayor incidencia se atribuye al envejecimiento.<sup>239</sup> En particular, el incremento de la vulnerabilidad se debería al deterioro de las áreas corticales (frontal y temporal): atrofia o agrandamiento ventricular; y a los cambios neuroquímicos (disminución o modificación de neurotransmisores y neuropéptidos). A esto se sumarían otras causas, entre las cuales se destacan la comorbilidad con enfermedades clínicas, la soledad y el aislamiento, los déficits sensoriales (auditivos y visuales), las alteraciones cognitivas y la polifarmacia. Asimismo, podríamos

237 Larco JB, Jeste DV. Geriatric psychosis. *Psychiatr Q.* 1997;68:247-260.

238 Mintzer J, et al. Psychosis in elderly patients: classification and pharmacotherapy. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2003;16:199-206.

239 van Os J, et al. Increasing age is a risk factor for psychosis in the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1995 Jul;30(4):161-164.

Esto (no) es un manual de psicogeriatría

agregar a esta lista de factores de riesgo la predisposición genética, características de las personalidades premórbidas (de tipo paranoide, esquizoide o esquizotípica) y el género femenino. Por otra parte, los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos relacionados con la edad pueden afectar la respuesta del psicofármaco y aumentar el riesgo de *delirium*.<sup>240</sup>

---

### Factores de riesgo de psicosis en la vejez

---

Déficits sensoriales.

Aislamiento social.

Deterioro cognitivo.

Comorbilidades clínicas.

Polifarmacia.

Cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos relacionados con la edad.

Comorbilidades psiquiátricas.

Cambios degenerativos a nivel cerebral.

Cambios neuroquímicos asociados con el envejecimiento.

---

Adaptado de Brunelle S, et al.<sup>240</sup>

El DSM-5 define la psicosis por la presencia de delirios, alucinaciones, pensamiento y lenguaje desorganizado, comportamiento motor anormal o desorganizado (incluye catatonia), y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, aislamiento).<sup>241</sup>

Lo heterogéneo de las causas que expusimos nos ubica —y nos recuerda— que estamos frente a la *complejidad* a la que nos referimos en los primeros capítulos. En este caso, es la complejidad que implica llevar a cabo el diagnóstico de psicosis en el transcurso de la vejez. También, como parte de la psicosis, es frecuente que se asocie la agitación y la agresividad que se pueden presentar en algunos pacientes; esta situación motiva, a su vez, la consulta psiquiátrica. En otras palabras, constituyen su puerta de entrada.

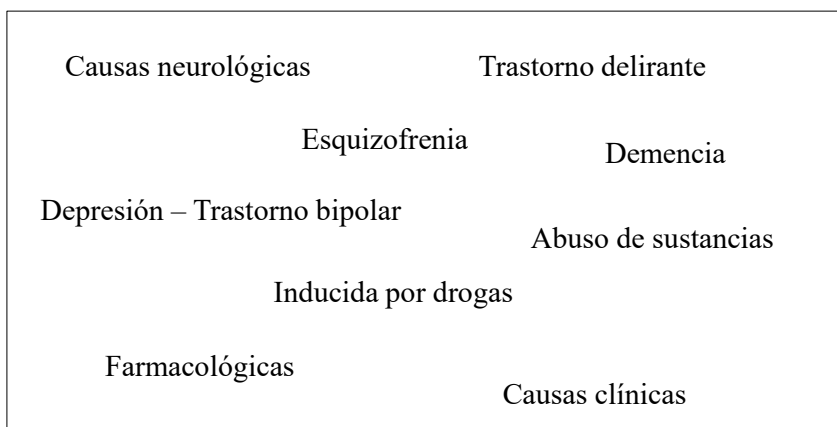
Una psicosis sin tratamiento o con un mal tratamiento afecta la calidad de vida de la persona, incrementa el estrés del cuidador, con las potenciales situaciones de abuso o negligencia; asimismo, incrementa la probabilidad de internaciones o institucionalización.

240 Pearlson G, Rabins P. The late-onset psychoses: possible risk factors. *Psychiatr Clin North Am.* 1988;11:15-32.

241 Colijn MA, et al. Psychosis in later life: a review and update. *Harv Rev Psychiatry.* 2015 Sep-Oct;23(5):354-367.



Como en todos los temas que vimos hasta acá, la entrevista es la herramienta principal con la que contamos para arribar y profundizar respecto del diagnóstico. En este caso, la presencia de psicosis puede ponernos en la pista de una demencia, una causa secundaria —clínica o farmacológica— o una causa psiquiátrica primaria.<sup>242</sup> En virtud de esto, Targum (1999)<sup>243</sup> propuso pensar la psicosis en la vejez, desde un punto clínico, como un “espectro” que incluye diferentes causas, desde neuropsiquiátricas a clínicas y farmacológicas. Gráficamente, podríamos plantearlo así, sin una linealidad:



Adaptado de Targum

## La evaluación

*(o el intento de encontrar el origen)*

Una tendencia frente a una situación compleja —como sería la psicosis en la vejez— es simplificarla. Esto, en la práctica, se traduce en la indicación de una medicación antipsicótica ante un síntoma característico de psicosis (delirio, alucinación, conducta desorganizada, agresividad), sin pensar, como vimos, en las causas que pueden subyacer. Incluso más: se indica o se incrementa la dosis de la medicación a partir del comentario de un acompañante o allegado que incluya en su discurso una referencia a un síntoma similar. Los síntomas psicóticos en la vejez plantean desafíos diagnósticos y terapéuticos. Por consi-

242 Belbeze J, Gallarda T. Very late onset psychotic symptoms: psychosis or dementia? A phenomenological approach. A systematic review. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2020 Mar 1;18(1):77-87.

243 Targum SD, Abbott JL. Psychoses in the elderly: a spectrum of disorders. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(Suppl 8):4-10.

guiente, un enfoque biopsicosocial —o una mirada integral— es fundamental al momento de pensar la evaluación.<sup>244</sup>

Las personas mayores que presentan síntomas psicóticos requieren intervenciones sociales, conductuales y ambientales, que son necesarias tanto para su seguridad y orientación como para el tratamiento. A estas intervenciones se podrá agregar, de acuerdo con la respuesta a estas, la indicación de un psicofármaco. Pero, dada la probabilidad de que los pacientes presenten trastornos médicos comórbidos y medicamentos concomitantes, la mera presencia de delirios o alucinaciones no siempre es una indicación para medicamentos adicionales. Sin embargo, algunos pacientes pueden necesitar una intervención farmacológica para controlar la alteración del comportamiento que, a menudo, resulta de los síntomas psicóticos, hasta tanto se lleve a cabo —o mientras se realiza— una evaluación minuciosa de las probables condiciones médicas subyacentes o de los medicamentos presentes en el esquema. Ahora bien, si la causa fue detectada, la medicación, en este caso, puede constituir un aporte —no un tratamiento en sí mismo— hasta que el paciente se estabilice.

Para determinar o confirmar la causa, así como descartar etiologías adicionales, es necesaria una *evaluación integral* que incluya aspectos psiquiátricos, neurológicos y clínicos.<sup>245</sup>

Una *historia psiquiátrica* en profundidad nos permitiría descubrir, por ejemplo, un episodio o episodios anteriores de psicosis o depresión que pueden haber predispuesto a un paciente a presentar síntomas psicóticos. Sin embargo, los trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia o la depresión pueden coexistir con causas orgánicas o tóxicas de psicosis. Todas estas posibilidades deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial.

Targum (1999) refuerza el hecho de descartar una causa subyacente de los síntomas antes de iniciar o indicar un tratamiento o intervención psicofarmacológica. Al respecto, citaremos algunas situaciones como ejemplos. Las alucinaciones de tipo somáticas y las visuales suelen ser más habituales en pacientes de edad avanzada que en pacientes jóvenes, en particular cuando la psicosis es secundaria —pongamos el caso— a una afección neurológica, como ocurre en la enfermedad de Parkinson; tanto por la patología en sí misma como por la medicación utilizada para tratarla.

También es importante tener presente que las alucinaciones *visuales* deben diferenciarse de las *ilusiones* debido a una visión deficiente. Algo similar

244 Lake JT, et al. Diagnosis and treatment of psychotic symptoms in elderly patients. *Drugs Aging*. 1997 Sep;11(3):170-177.

245 Kyomen HH, Whitfield TH. Psychosis in the elderly. *Am J Psychiatry*. 2009 Feb;166(2):146-150.

ocurre con las *auditivas*; estas deben distinguirse de fenómenos que pueden producir un soplo carotídeo o la presencia de acúfenos. De la misma manera, ciertas situaciones que pueden interpretarse como *delirios* se tienen que discriminar de percepciones erróneas que se producen a causa de déficits sensoriales o deterioro cognitivo.

---

### **Síndrome de Charles Bonnet**

Es una condición asociada con la ceguera. Se caracteriza por la presencia de alucinaciones visuales, "niebla densa y deslumbrante", aumento de la sensibilidad a la luz natural o artificial. Las alucinaciones son *egodistónicas*, a diferencia de lo que ocurre con aquellas que se deben a un trastorno mental.<sup>246</sup>

---

### **La pregunta necesaria**

La psicosis es un problema habitual no solo de la práctica psiquiátrica, sino también de la clínica y de la geriatría. En fin, de aquellos que tratan a personas mayores. Por tal razón, debemos estar preparados para reconocer estos síntomas e identificar los aspectos médicos, farmacológicos y psicosociales que pueden subyacer. Una vez que se descartaron o se trataron dichas situaciones, se pueden controlar los trastornos psiquiátricos preexistentes o de aparición tardía. Con relación a esto, ubicaremos la pregunta necesaria: *¿es la primera vez que presenta síntomas psicóticos?*

Es decir, si el paciente presentó durante su adolescencia o adultez estos síntomas, o si aparecieron por primera vez en la vejez. Desde un punto de vista clínico, podemos resaltar algunas características que nos permitirían pensar en una *psicosis de inicio* en la juventud. Los jóvenes con trastornos psicóticos crónicos envejecen, por supuesto; sin embargo, la expectativa de vida en estos casos disminuye, motivo por el cual la estadística no sería significativa. Ahora bien, los síntomas psicóticos preexistentes pueden continuar o incrementarse en la vejez a expensas de una enfermedad clínica o neurológica. Por otro lado, las personas con psicosis de inicio en la juventud que envejecen, en general, requieren —o pueden requerir— dosis más altas de antipsicóticos que aquellas con psicosis de inicio tardío; a su vez, tienen una mayor probabilidad de desarrollar discinesia tardía como efecto adverso.<sup>247</sup>

246 Nieman E. Charles Bonnet syndrome. Pract Neurol. 2018;0:1-2.

247 Thorpe L, et al. Clinical case discussion: the elderly patient with psychosis. Can J Psychiatry. 1998;43(Suppl 1):105-145.

Pero volvamos sobre nuestros pasos. Mencionamos la importancia de llevar a cabo una *historia psiquiátrica* en profundidad con el objetivo de descubrir un episodio o episodios anteriores de psicosis o depresión, que pueden haber predisposto a un paciente a presentar el cuadro que evidencia en la actualidad. En particular, cuando “historizamos” en el contexto de síntomas psicóticos, es importante que profundicemos con otra mirada los diferentes momentos del curso de la vida del paciente. Por ejemplo, si nos entrevistamos con los hijos, es conveniente ubicarlos en momentos particulares —adolescencia, por citar uno— y preguntar sobre el comportamiento que tuvo el o la paciente: cuando salían, ¿cuál era la actitud?, ¿había ansiedad, desconfianza? Asimismo, si pudiéramos entrevistarnos con un familiar contemporáneo, podremos preguntar por la presencia de síntomas específicos entre los 15 y los 30 años. Sabemos que son edades en las cuales se produce el “quiebre” (o brote) psicótico. Es decir, si en esos momentos se presentaron cambios de actitudes que puedan hacernos *resignificar* determinados aspectos a la luz de los síntomas que se nos presentan en la actualidad. Cito aquellas que considero importantes para profundizar en la entrevista:

- Tendencia al aislamiento.
- Abandono o dificultades a nivel escolar.
- Problemas laborales.
- Descuido de la imagen o de la higiene.
- Presencia de conductas desorganizadas.
- Cambios en los hábitos (religión, esoterismo, paranormalidad, médium).
- Ansiedad ante situaciones que no eran habituales.
- Alteraciones del sueño.
- Apatía y anhedonia.

Es decir, nuestro trabajo es realizar una *relectura* de aquellos comportamientos que pueden ser subjetivados como psicosis. Comparto aquí, con el objetivo de clarificar lo expuesto, el recuerdo de una situación clínica. Una paciente de 82 años se encontraba institucionalizada. El motivo de consulta era que tenía conductas agresivas —la puerta de entrada— hacia otras residentes. La conducta consistía en estirar la pierna cuando alguien pasaba cerca: situación que no le generaba culpa ni vergüenza; al contrario, le generaba asombro, como si lo que se le relataba correspondiera a otra persona. El estado cognitivo impresionaba conservado. De la entrevista con su hija surgieron antecedentes de conductas agresivas, bizarras, perseverantes: “Me acuerdo de que mis compañeras de la escuela decían que mi mamá era rara”.

## Las psicosis tardías

*Nunca vi una psicosis que no termine siendo una demencia*

Comentario de un colega en un congreso

*No estoy de acuerdo*

Respuesta, a propósito, de una colega

Al plantear el tema de la psicosis en la vejez, nos enfrentamos a la siguiente cuestión: los pacientes mayores (de 65 años o más) a menudo son excluidos de los estudios, al igual que aquellos con psicosis afectivas, orgánicas o medicamentosas. Esta situación se atribuye —una vez más— al *viejismo*. Como dijimos, los síntomas psicóticos se pueden ver en personas mayores con depresión, delirio o demencia, así como en psicosis similares a la esquizofrenia después de los 60 años. La confusión diagnóstica y las controversias sobre los términos *parafrenia tardía*, *psicosis de inicio tardío* y *esquizofrenia de inicio tardío* han generado problemas relacionados con la investigación, ya sea para establecer los límites de edad o por las diferentes opiniones en cuanto a la heterogeneidad del trastorno: hay superposición entre la esquizofrenia y los trastornos delirantes.<sup>248</sup>

Con el objetivo de zanjar esas diferencias y estimular la realización de estudios, un consenso internacional en el 2000 estableció que había evidencia suficiente para reconocer dos clasificaciones de enfermedades: *esquizofrenia de inicio tardío* (inicio después de los 40 años) y *psicosis similar a la esquizofrenia de inicio muy tardío* (inicio después de los 60 años).<sup>249</sup> A pesar de esta propuesta, las psicosis de inicio tardío continúan siendo un dilema tanto por el diagnóstico como por el tratamiento. No existen signos patognomónicos fiables para distinguir la psicosis primaria de la secundaria. La psicosis primaria es un diagnóstico de exclusión y, en ese sentido, una parte de nuestro trabajo será descartar causas secundarias. Aproximadamente el 60 % de los pacientes mayores con psicosis tienen una psicosis secundaria.<sup>250</sup>

Analizaremos, ahora, las características epidemiológicas y clínicas asociadas con la psicosis en la vejez.

248 Mitford E, et al. Ageism in first episode psychosis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010 Nov;25(11):1112-1118.

249 Howard R, et al. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. *Am J Psychiatry*. 2000 Feb;157(2):172-178.

250 Reinhardt MM, Cohen CI. Late-life psychosis: diagnosis and treatment. *Curr Psychiatry Rep*. 2015 Feb;17(2):1.

## Esquizofrenia

Se estima que la prevalencia de la esquizofrenia es del 0,3 % para las personas mayores de 65 años. Ocurre en personas sin antecedentes de esquizofrenia u otros diagnósticos psiquiátricos.<sup>251</sup> Los síntomas que se presentan con mayor frecuencia son las alucinaciones visuales, olfativas y táctiles. Cuando hay alucinaciones auditivas, tienden a ser de naturaleza acusatoria o involucran comentarios de una tercera persona. También son habituales los delirios persecutorios. Por último, la presentación general, así como la intensidad de los síntomas, sería de poca severidad.<sup>252</sup>

## Trastorno delirante

El trastorno delirante, según el DSM-5, se define por la presencia de un delirio durante el transcurso de un mes. A su vez, el paciente no debe cumplir con criterios de esquizofrenia ni de un trastorno afectivo (depresivo o maníaco), ni deberse a sustancias, medicamentos o condición médica. La prevalencia estimada es del 0,18 % y el promedio de edad de comienzo es de 49 años.<sup>253</sup>

## Depresión con síntomas psicóticos

La depresión con síntomas psicóticos es una *depresión grave*. En este marco, la psicosis es congruente con el estado de ánimo. Más allá de los síntomas característicos, se presenta con ansiedad psíquica importante, síntomas hipocondríacos y mayor frecuencia de delirios de tipo somático. La prevalencia es del 0,35 %.<sup>254</sup>

## Psicosis y demencia

Ante síntomas psicóticos de inicio muy tardío, en el trabajo de Belbeze (2020)<sup>242</sup> se pregunta: ¿psicosis o demencia? De momento, la psicosis de inicio en la vejez sería diferente de la de inicio temprano; lo mismo ocurriría con las demencias. Pero, dada la frecuencia de síntomas psicóticos como parte de la evolución de las demencias, desarrollaremos esta relación.

251 Onwuameze OE, et al. An initial study of modifiable and non-modifiable factors for late-life psychosis. *Int J Psychiatry Med.* 2011;42(4):437-451.

252 Vahia IV, et al. Is late-onset schizophrenia a subtype of schizophrenia? *Acta Psychiatr Scand.* 2010;122:414-426.

253 Gonzalez-Rodriguez A, et al. Delusional disorder: no gender differences in age at onset, suicidal ideation, or suicidal behavior. *Rev Bras Psiquiatr.* 2014;36:119-124.

254 Gournellis R, et al. Clinical correlates of age of onset in psychotic depression. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011;52:94-98.

La psicosis forma parte de los signos y síntomas psicológicos y conductuales de la demencia. La mitad de estos pacientes experimentará síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones, lo que a su vez los predispone a presentar episodios de agitación. Recordemos que se presenta en el 90 % de los casos como parte de la evolución de la enfermedad. Por *agitación* nos referimos a una alteración del comportamiento caracterizada por una actividad verbal o motora inapropiada que no se explica por necesidades aparentes o confusión. Esto plantea grandes dificultades en el cuidado diario, con la consecuente sobrecarga del cuidador.<sup>255</sup> Por su parte, la prevalencia de psicosis en el deterioro cognitivo leve se ubica en el 14 % y constituiría un factor de riesgo para la evolución hacia una demencia.<sup>256</sup>

Según Jeste y Finkel (2000), la psicosis en las demencias constituye un síndrome distinto que difiere significativamente de otros trastornos psicóticos.<sup>257</sup> Es importante contemplar esta diferencia al momento de implementar un tratamiento. Pero ¿cuáles son esas diferencias? Las ideas delirantes, por ejemplo, se presentan en las personas con demencias en un rango del 12 % al 76 %; la variabilidad se debe al tipo de demencia, al estadio en que se encuentra y a las distintas definiciones que se utilizan.<sup>258</sup> A menudo no son típicas ni sistematizadas, sino breves, variables y recurrentes, e involucran temas como el robo, el abandono, la infidelidad y el engaño. Por su parte, las alucinaciones visuales o auditivas tienden a ser episódicas.<sup>259</sup> En esta línea, un grupo de *ideas delirantes* frecuente de ver en la práctica son los históricos *delirios de Reisberg*,<sup>260</sup> los cuales se asocian al deterioro cognitivo; son los siguientes:

- Me roban.
- Mi casa no es mi casa.
- Mi cónyuge (o cuidador) es un impostor.
- Me van a abandonar.
- Mi cónyuge me es infiel.

255 Kindermann SS, et al. Pharmacological treatment of psychosis and agitation in elderly patients with dementia: four decades of experience. *Drugs Aging*. 2002;19(4):257-276.

256 Van der Musselle S, et al. Psychosis associated behavioral and psychological signs and symptoms in mild cognitive impairment and Alzheimer's dementia. *Aging Ment Health*. 2015;19(9):818-828.

257 Jeste DV, Finkel SI. Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias: diagnostic criteria for a distinct syndrome. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2000;8:29-34.

258 Cipriani G, et al. Understanding delusion in dementia: a review. *Geriatr Gerontol Int*. 2014;14(1):32-39.

259 Schneider LS. Pharmacologic management of psychosis in dementia. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60: 54-60.

260 Reisberg B, et al. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry*. 1987 May;48(Suppl):9-15.

- Las ideas delirantes en la persona con demencia pueden deberse a tres causas: al daño cerebral producido por la enfermedad; como respuesta al contexto en el que se encuentra (una institución, por ejemplo); o una causa secundaria (clínica, neurológica, psiquiátrica, farmacológica o adicciones).<sup>261</sup> Cito algunos ejemplos:
- “Disculpe, doctor, pero lo nuestro no puede ser: es una locura. Yo no quiero destruir su matrimonio”. Persona de 91 años.
- “No quiero hablar... Las cosas a la larga se van a saber. Las injusticias caen por su propio peso”. Persona de 76 años.
- “Todo el tiempo hablan de mí... Les molestó, al parecer, que me trajera la chata de mi casa”. Persona de 84 años.
- “Voy a cerrar la puerta porque acá te escuchan y te graban... En el *hall* de entrada hacen sentar a los familiares para ver qué dicen y así saber por dónde atacar”. Persona de 87 años.
- “Los de arriba me mandan electricidad. Me acortan los músculos y eso me produce un dolor lumbar”. Persona de 68 años.

Estos ejemplos deben remitirnos a las preguntas: ¿cuál es la causa?, ¿tiene una explicación? La respuesta es importante: tiene implicaciones en el tratamiento. En algunos casos se requerirá indicar una medicación antipsicótica; en otros, podría ser útil aplicar intervenciones no farmacológicas —psicosociales— centradas en el paciente (cambios ambientales, maniobras distractoras, estimulación de la participación social). En la misma línea, Cohen-Mansfield (2017) propone repensar la psicosis en las demencias a partir de lo que expusimos.<sup>262</sup>

## El síndrome de Diógenes

Para finalizar, mencionaremos de manera sucinta este cuadro particular caracterizado por un abandono físico muy evidente que se produce, en general, en las personas mayores. Es habitual que se lo relacione, desde un punto de vista psiquiátrico, con la presencia de un trastorno psicótico. Sin embargo, este puede estar o no presente. Solo en la mitad de los casos aparece como causa

261 Cohen-Mansfield J, et al. The meanings of delusions in dementia: a preliminary study. *Psychiatry Res.* 2011;189(1):97-104.

262 Cohen-Mansfield J, et al. Rethinking psychosis in dementia: an analysis of antecedents and explanations. *Am J Alzheimers Dis Other Dement.* 2017 Aug;32(5):265-271.



un deterioro cognitivo (demencia) o una enfermedad psiquiátrica (trastornos afectivos, obsesivo compulsivos, esquizofrenia o abuso de alcohol).

Su forma de presentación habitual es a partir del aislamiento y abandono de la higiene personal y del hogar, sin manifestar, por ello, vergüenza o preocupación. Puede existir acumulación de objetos y de basura con el consecuente olor nauseabundo. Se propone como hipótesis que la condición para presentar este cuadro sea la interacción entre una personalidad vulnerable y trastornos sociales o médicos (neuropsiquiátricos).<sup>263</sup>

263 Benchimol JA. Síndrome de Diógenes: ¿nueva enfermedad de causa orgánica o generada por la sociedad moderna? Rev Argent Psiquiatr. 2010;21:269-274.



# El trastorno bipolar

(El cuadro inesperado –o menos pensado–)

## Introducción

Sabemos que la población de personas mayores crece. En otras palabras, asistimos a un envejecimiento de la vejez. Este crecimiento, a su vez, se traduce en un aumento del número de consultas relacionadas con problemas psiquiátricos. Razón por la cual es —y será— necesario capacitarse. A estas alturas, sabemos también que los trastornos psiquiátricos en las personas mayores difieren en su manera de presentarse, su intensidad, evolución y tratamiento (medicamentos que se utilizan, la respuesta esperada y los potenciales efectos adversos que pueden presentarse) respecto de lo que sucede en los adultos más jóvenes.

Este contraste entre ambas poblaciones se refleja en la cantidad de estudios que se publican. Esto llevó a que: (1) se extrapolen los datos obtenidos en estudios de pacientes más jóvenes; (2) se extraigan resultados de estudios que incluyeron algunos pacientes de edad avanzada; y (3) se recopile información de estudios pequeños no controlados que involucraron a pacientes mayores.<sup>264</sup> En ese sentido, apuntan Sajatovic y Chen (2011),<sup>265</sup> que la fenomenología del trastorno bipolar en este grupo no ha sido bien estudiada y que el diagnóstico basado en la presentación clínica es difícil debido a las comorbilidades.

264 Eastham JH, et al. Assessment and treatment of bipolar disorder in the elderly. *Drugs Aging*. 1998 Mar;12(3):205-224.

265 Sajatovic M, Chen P. Geriatric bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2011;34:319-333.

Diagnosticar, entonces, un trastorno bipolar en personas mayores es complejo. Por un lado, la incidencia de estos en la vejez puede subestimarse; por otro, tanto el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) evidencian una aplicabilidad limitada en esta población. Esta problemática se acrecienta si sumamos a las personas que residen en instituciones geriátricas.<sup>266</sup> A su vez, el tratamiento de los pacientes bipolares mayores puede ser más complejo que el de los pacientes más jóvenes, dada la mayor prevalencia de comorbilidades médicas y la sensibilidad a los efectos adversos.<sup>267</sup>

La prevalencia del trastorno bipolar disminuye con la edad; no obstante, se estima que afectaría al 0,5-1 % de las personas mayores<sup>268</sup> que representan el 6 % de los pacientes ambulatorios, el 8-10 % de los ingresos hospitalarios geriátricos y el 17 % en las salas de emergencias.<sup>269</sup>

## Cómo se define el trastorno bipolar en la vejez

Antes de responder esta pregunta, deberemos plantearnos otra: *¿cuándo se inició?*

La respuesta es un aspecto clínico fundamental para tener en cuenta: nos orientará, por ejemplo, sobre la presencia de una eventual comorbilidad o efecto adverso de una medicación. Asimismo, nos permitirá estimar las expectativas relacionadas con la evolución, que no solo tendremos que saber manejar, sino también informar a los allegados.

Una vez que nos respondimos la pregunta sobre cuándo se inició, podremos definir —dividir— el trastorno bipolar en la vejez en cuatro grupos:<sup>270</sup>

**1. Trastorno bipolar de inicio temprano.** Serán aquellos cuya enfermedad se inició en la adolescencia o adultez. Dicho de otro modo, es un trastorno bipolar viejo en un viejo. En este caso, estaremos frente a los pormenores de la cronicidad del trastorno. Así, podremos registrar tanto antecedentes de episodios hipomaniacos, maníacos, depresivos y mixtos en diferentes edades como historia familiar

266 Brooks JO 3rd, Hoblyn JC. Secondary mania in older adults. *Am J Psychiatry*. 2005;162(11):2033–2038.

267 Sajatovic M, et al. A report on older-age bipolar disorder from the International Society for Bipolar Disorders Task Force. *Bipolar Disord*. 2015;17(7):689–704.

268 Hirschfeld RM, et al. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(1):53–59.

269 Depp CA, Jeste DV. Bipolar disorder in older adults: a critical review. *Bipolar Disord*. 2004;6(5):343–367.

270 Ljubic N, et al. Treatment of bipolar disorders in older adults: a review. *Ann Gen Psychiatry*. 2021 Sep 21;20(1):45.

de bipolaridad, ausencia de enfermedad neurológica asociada y respuesta a los estabilizadores del ánimo. El DSM-5 los divide en trastorno bipolar I y II.

**2. Trastorno bipolar tardío.** Aparecería después de los 50 años. Sin embargo, podrían haber ocurrido episodios depresivos o hipomaniacos que no se registraron como tales en el transcurso de la vida, lo que puede dificultar el diagnóstico. También deberemos contemplar las características de personalidad (narcisista, por ejemplo) y temperamentales (hipertímico, distímico o mixto) que pueden confundirnos.

**3. Trastorno bipolar tardío con un curso pseudounipolar temprano.** Son aquellos que presentaron un episodio maníaco, hipomaniaco o mixto por primera vez después de los 50 años, con episodios depresivos que se produjeron antes de esa edad. Esto es lo que se consideraría lo *pseudounipolar*.

**4. Manía secundaria.** Se produce como resultado de una enfermedad somática (accidente cerebrovascular, tumores), medicamentos (antidepresivos, L-Dopa, amantadina, tiroxina) o, por último, pueden constituir un efecto secundario de un medicamento (como ocurre, por ejemplo, durante el tratamiento con corticoides). Todas estas causas conducen al desarrollo de un síndrome maníaco.

## Cómo se presentan

En líneas generales, la clínica del trastorno bipolar en las personas mayores es heterogénea.<sup>93</sup> Esta heterogeneidad reflejaría las influencias que tendrían las vulnerabilidades genéticas, en combinación con la interacción de factores físicos y psicosociales a lo largo de la vida. El curso de la enfermedad sería a predominio depresivo y, con mayor frecuencia, pueden aparecer rasgos melancólicos, mientras que los pacientes más jóvenes se caracterizarían por presentar una depresión atípica.<sup>271</sup> Por su parte, los episodios maníacos serían de menor severidad, y se asocian con la presencia de confusiones y alteraciones cognitivas.

271 Nivoli AM, et al. Bipolar disorder in the elderly: a cohort study comparing older and younger patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2014 Nov;130(5):364-373.

En particular, la presentación clínica de los trastornos bipolares en la vejez se caracteriza por:<sup>272</sup>

- Menor severidad e intensidad de los síntomas.
- En general, se presentan con enojo e irritabilidad.
- Discurso repetitivo (perseverante).
- Menor fuga de ideas.
- La euforia, por lo general, no es contagiosa.
- Los delirios paranoides no congruentes con el estado de ánimo son mucho más frecuentes.

Por último, ante un cuadro que se presentó con un episodio de características maníacas, será necesario profundizar sobre la presentación de las *manías*: estas, en algunos pacientes, pueden constituir solo la punta del *iceberg* de un cuadro mayor. En este punto, Shulman (1999)<sup>273</sup> ordenó los síndromes maníacos en la vejez en tres grupos:

- 1) Comienzo en la edad media de la vida de episodios depresivos y que, luego de una latencia de varios años, aparece un primer episodio maníaco.
- 2) Un grupo variado de pacientes bipolares que continúan con un ciclado en edades avanzadas.
- 3) Manía de comienzo tardío en asociación con un grupo heterogéneo de trastornos del sistema nervioso central. Podemos incluir en este grupo los síndromes desinhibitorios que son siempre de origen neurológico.<sup>274</sup>

## La manía de inicio tardío

Una mujer de 79 años sin antecedentes psiquiátricos comenzó con un cuadro caracterizado por desinhibición, expansividad, conductas desorganizadas, jocosidad e ideación delirante de tipo persecutorio, de contenido megalómano, mal sistematizada. El DSM-5 define la manía como “un período definido de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable junto con un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía”. En este caso, podríamos considerar y diagnosticar que la paciente mencionada

272 Young R. Bipolar mood disorders in the elderly. *Psychiatr Clin North Am.* 1997;20:121-136.

273 Shulman K, Herrmann N. The nature and management of mania in old age. *Psychiatr Clin North Am.* 1999;22:649-665.

274 Sweet R. Case of craniopharyngioma in late life. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1990;2:464-465.

presenta un episodio maníaco. Sin embargo, en una persona mayor, debemos ir más allá: en la manía de inicio tardío son frecuentes —como dijimos— las comorbilidades somáticas.<sup>275</sup> Por lo cual, es fundamental una evaluación clínica que descarte causas probables de *manía secundaria*. Por otro lado, la manía puede debutar en pacientes con antecedentes de depresión; por este motivo, deberemos profundizar en ese sentido.

En el cuadro que sigue se resumen las primeras intervenciones que deberíamos llevar a cabo para aproximarnos al diagnóstico correcto.

| Evaluación ante una manía tardía |                                                                                                                 |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Antecedentes</b>              | Clínicos y psiquiátricos (personales y familiares).<br>Medicamentos utilizados.<br>Consumo de alcohol y drogas. |
| <b>Examen</b>                    | Clínico y neurológico (que incluya test neurocognitivo, RMN de cerebro, EEG).                                   |
| <b>Laboratorio</b>               | Que incluya tiroides; dosaje de vitamina B12 y ácido fólico; VIH.                                               |

Adaptado de Dols A<sup>276</sup>

Podríamos decir, entonces, que la paciente mencionada presentó un cuadro de manía secundaria, a partir de la manera en la que se presentó, sumado a la ausencia de antecedentes de episodios depresivos. Con una imagen cerebral, eso sí, que evidenciaba signos de atrofia a nivel de los lóbulos frontotemporales.

## Manía secundaria

Esta manía constituye una condición caracterizada por la presencia de síntomas maníacos como resultado de una enfermedad médica subyacente, que podría desarrollarse en personas sin antecedentes de trastorno del estado de ánimo o evidencia de *delirium*. Si bien puede ocurrir a cualquier edad, es más común en pacientes mayores debido a la mayor prevalencia de condiciones médicas y al uso de medicamentos que tienen un potencial de producirla (como, por ejemplo, los corticoides). Entre las causas que se asociaron con

275 Lala SV, Sajatovic M. Medical and psychiatric comorbidities among elderly individuals with bipolar disorder: a literature review. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2012;25(1):20–25.

276 Dols A, Beekman A. Older age bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2018 Mar;41(1):95-110.

síntomas maníacos destacan los accidentes cerebrovasculares, los tumores cerebrales primarios o metastásicos y las lesiones traumáticas.<sup>277</sup> Por otro lado, se presentan como causas la epilepsia del lóbulo temporal, encefalitis, meningitis, encefalopatía por el virus de la inmunodeficiencia humana y la sífilis terciaria. Además, la tirotoxicosis, la enfermedad de Cushing y la deficiencia de vitamina B12 y niacina pueden producir síntomas similares a los de la manía.<sup>266</sup>

Desde un punto de vista clínico, diferenciar entre desinhibición frontal y manía bipolar constituye un desafío, debido a que los síntomas se superponen. La manía bipolar se caracteriza por un estado de ánimo elevado, una menor necesidad de dormir y la presencia de antecedentes familiares de trastornos afectivos.

Volviendo a la paciente, se descartaron las causas secundarias que se mencionaron. Entonces, continuamos.

## **Manía como síntoma de demencia**

Volvemos sobre una diferencia importante: el trastorno bipolar de inicio tardío se asocia, en general, con una enfermedad cerebral orgánica; en cambio, el trastorno bipolar de inicio temprano se asocia con antecedentes familiares de trastornos afectivos.<sup>278</sup> En ese sentido, la manía puede constituir un síntoma de la enfermedad de Alzheimer o de una demencia vascular. Asimismo, la desinhibición es también uno de los síntomas centrales de la variante conductual de la demencia frontotemporal.<sup>279</sup>

Habría una relación entre la demencia frontotemporal y la bipolaridad en aquellos pacientes que presentan síntomas maníacos como una primera manifestación.<sup>280</sup> Por ese motivo, es conveniente contemplar esa posibilidad y solicitar los estudios complementarios que se consideren pertinentes en estos casos y realizar la interconsulta con neurología.

277 Van Gerpen MW, Johnson JE, Winstead DK. Mania in the geriatric patient population: a review of the literature. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1999;7(3):188-202.

278 Kessing LV. Diagnostic subtypes of bipolar disorder in older versus younger adults. *Bipolar Disord*. 2006;8:56-64.

279 Rascovsky K, Hodges JR, Knopman D, et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*. 2011; 134(Pt 9):2456-77.

280 Kerstein AH, Schroeder RW, Baade LE, et al. Frontotemporal dementia mimicking bipolar disorder. *J Psychiatr Pract*. 2013;19(6):498-500.



## Evaluación (qué hacer)

Adelantamos en “La manía de inicio tardío” las primeras intervenciones que deberíamos tener en cuenta para aproximarnos al diagnóstico. En esa misma línea, diremos que, ante un paciente que presente síntomas de manía, depresión o estados mixtos, se requerirá un examen y una evaluación diagnóstica que incluya identificar una condición médica potencialmente tratable que pudiera contribuir con la presencia de síntomas maníacos/depresivos, así como establecer la línea de base a partir de la cual podamos estimar la respuesta al tratamiento y los eventuales efectos adversos.

La evaluación debe incluir la búsqueda de antecedentes familiares y la caracterización minuciosa de los episodios previos. En este punto, es importante la repregunta durante la entrevista o en las sucesivas, así como pormenorizar situaciones que el paciente no haya considerado como episodios de tristeza o hipomanía. Es útil, en ese sentido, la pregunta sobre la percepción que podrían haber tenido las personas allegadas; por ejemplo, preguntar si en algún momento alguien le manifestó si le pasaba algo porque no lo veían bien o lo veían acelerado. De la misma manera, puede ser de utilidad resignificar malestares de terceros en situaciones pasadas. Recuerdo el comentario de un paciente de 77 años que refería el antecedente de discusiones frecuentes en circunstancias particulares: “La verdad, eran momentos en los cuales me sentía muy bien, con ganas, como si de golpe todo lo que me molestaba hubiera dejado de molestarme. Reconozco que tomaba un poco de más. Eso enojaba a mi esposa”.

Por otro lado, debemos realizar un examen clínico y neurológico, así como profundizar de acuerdo con los eventuales hallazgos que pudieran surgir tanto del examen como de las pruebas de laboratorio y neuroimágenes.

También es importante evaluar el *grado de funcionalidad* de la persona, debido a que aquellas que presentan un trastorno bipolar pueden evidenciar alteraciones a nivel psicosocial, a expensas del déficit cognitivo —disminución de la velocidad de procesamiento, memoria, atención y funciones ejecutivas— que se generaría por la enfermedad y que podría agravarse por los psicofármacos utilizados para el tratamiento. Esto impactará en la autonomía, la vida diaria, las relaciones interpersonales y el manejo de la economía.<sup>281</sup>

Para terminar, contemplaremos la presencia de comorbilidades psiquiátricas, como los trastornos de ansiedad, abuso de sustancias (fundamentalmente

281 Comes M, et al. Functional impairment in older adults with bipolar disorder. J Nerv Ment Dis. 2017 Jun;205(6):443-447.

el alcohol) y trastornos de la personalidad, cuya presencia se asocia a una mayor severidad, incremento del riesgo suicida y mala evolución.<sup>282</sup>

Asimismo, hay que tener en cuenta las enfermedades clínicas que puede presentar el paciente, como hipertensión arterial, diabetes, dislipemias, hipo o hipertiroidismo, enfermedades respiratorias (que requieran, por ejemplo, tratamiento con corticoides); por un lado, para estimular el seguimiento clínico de las enfermedades (la interdisciplina) y, por otro, debido a que estas pueden generar, por las medicaciones que se utilizan para su tratamiento, interacciones farmacológicas o alterar el metabolismo de los fármacos o psicofármacos, o bien, que los psicofármacos alteren el metabolismo (por ejemplo, a partir del incremento de peso).

282 Krishnan KR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med.* 2005;67(1):1-8.

# Ansiedad

(El síntoma –o el trastorno– que acompaña)

## Una anécdota

Calculo que habré tenido 11 años cuando mi papá —psiquiatra también— me regaló, para que jugara, dos clavos que se encontraban unidos. El juego consistía en separarlos. El detalle era que en la cabeza de uno de los clavos se leía la palabra *depresión*; en la otra, *ansiedad*. Él me comentó: “Lo que pasa es que es difícil separar una de la otra”. Esto es —fue— así; pero con esfuerzo y perseverancia, sobre todo, logré separar los clavos. Es lo que vamos a hacer desde un punto de vista clínico y “didáctico” desde aquí, con el objetivo de profundizar respecto de este síntoma que puede constituirse en un trastorno específico.

## Introducción

Si llevamos a cabo una lectura del paso del tiempo a partir de la perspectiva del curso de la vida que mencionamos en los capítulos iniciales, veremos que algunas personas, a medida que envejecen, pueden experimentar soledad y aislamiento, tener problemas crónicos de salud, dificultades económicas, déficits sensoriales, angustia por la propia muerte a partir del fallecimiento de alguien cercano, solo por nombrar las más frecuentes.

Hablamos de situaciones que antes englobamos como factores de riesgo; en este caso, como factores de riesgo de generar ansiedad. Con relación a esto, los criterios utilizados en el DSM-5 resultan insuficientes para detectar y diagnos-

ticar síndromes de ansiedad clínicamente significativos en las personas mayores.<sup>283</sup> Lo que nos ubica —una vez más— frente a la dificultad que implica la práctica de la psicogeriatría respecto de la evaluación, el diagnóstico y, en consecuencia, el tratamiento.

La ansiedad es un síntoma prevalente. Se estima que en las personas mayores llega al 20 %. Por su parte, los trastornos de ansiedad oscilan entre el 5,5 % y el 10 % en Europa, siendo estos últimos menos habituales en la población mayor que en los adultos jóvenes.<sup>284</sup> Este síntoma puede presentarse solo —como parte de un trastorno de ansiedad—, o puede acompañar a otros trastornos psiquiátricos, como la depresión o las demencias.

La ansiedad tiene un impacto negativo en la persona: se asocia, a partir del malestar que genera, con una mala calidad de vida. Esto deriva, por un lado, en una sobrecarga del cuidador y del sistema sanitario a partir del aumento de consultas; y, por otro, incrementa el riesgo de mortalidad. Asimismo, puede constituir la manera de presentarse de un abuso o dependencia de alcohol u otras sustancias.<sup>285</sup> Esto reviste de importancia al tema de la ansiedad en la vejez.

Sin embargo, en la práctica —como dijimos— existen dificultades en la evaluación para distinguir la causa de la ansiedad. Enumeraremos las más frecuentes: (1) se considera que es apropiada y constituye una reacción esperable y pertinente en el contexto de un evento particular de la vida (como aquellos que mencionamos al comienzo); (2) existe una superposición con síntomas físicos (palpitaciones, disnea, mareos, náuseas, dolor precordial, incremento de la presión arterial, fallas atencionales), por lo que se asume la presencia de una enfermedad clínica; (3) se piensa a la ansiedad como un efecto adverso de una medicación (bloqueadores de canales de calcio, alfa y betabloqueantes, digoxina, broncodilatadores, corticoides, teofilina, antihistamínicos).<sup>286</sup>

En fin, detallamos situaciones que se traducen en demoras para realizar el diagnóstico; en subdiagnóstico; en desestimaciones y relativizaciones (más

283 Bryant C, et al. Anxiety disorders in older adults: looking to DSM-5 and beyond. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013 Sep;21(9):872-876.

284 Alwahabi F. Anxiety symptoms and generalized anxiety disorder in the elderly: a review. *Harv Rev Psychiatry*. 2003 Jul-Aug;11(4):180-193.

285 Koychev I, et al. Anxiety in older adults often goes undiagnosed. *Practitioner*. 2016 Jan;260(1789):17-20, 2-3.

286 Bryant C, Jackson H, Ames D. The prevalence of anxiety in older adults: methodological issues and a review of the literature. *J Affect Disord*. 2008 Aug;109(3):233-250.

aún si el paciente presenta dificultades para expresarse) que no hacen otra cosa que cronificar el cuadro o evolucionar a un trastorno de ansiedad.<sup>287</sup>

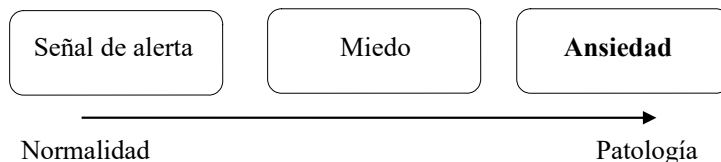
## La evaluación

Un buen ejercicio clínico es preguntarnos o tomar como punto de partida la *normalidad*. Entiéndase —siempre— la normalidad desde la singularidad del paciente que evaluamos. Si bien en la introducción mencionamos la ansiedad, lo hicimos tal vez desde su vertiente patológica. Es decir, ubicando la ansiedad como algo que debe preocuparnos, alertarnos u orientarnos para, por ejemplo, profundizar respecto de la presencia de una depresión o un trastorno específico. En este caso, iniciaremos nuestra evaluación a partir de lo *normal* para ese paciente en particular.

Analizaremos la *normalidad* a partir de dos preguntas:

- 1) ¿La ansiedad que presenta es una reacción normal?
- 2) ¿La ansiedad que presenta es habitual?, ¿constituye un rasgo de su personalidad?

1) La responderemos a partir de discriminar los términos relacionados. Si seguimos el gradiente que va desde la *normalidad* a la *patología*, la ansiedad constituiría una *señal de alerta* cuya función o utilidad es advertirnos de un peligro. Esto nos permitirá poner en marcha acciones o medidas para afrontarlo y preservarnos.<sup>288</sup> Luego aparece el *miedo*; este se refiere a la ansiedad que aparece frente a algo conocido, que viene de afuera y es posible definirlo. Por último, la *ansiedad* propiamente dicha es desconocida y se pone de manifiesto a partir de una sensación interna que es vaga y, en general, difícil de definir.<sup>289</sup> Lo podríamos graficar así:



287 Lenze EJ, Wetherell JL. Anxiety disorders: new developments in old age. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011 Apr;19(4):301-304.

288 Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2000. p. 657-705.

289 Lauderdale SA, Sheikh JI. Anxiety disorders in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2003 Nov;19(4):721-741.

2) La respuesta la obtendremos a partir de profundizar lo relacionado con la ansiedad, si esta constituye una manera habitual de reaccionar frente a una situación determinada, por ejemplo. Contemplar esta *reacción* como parte de la *normalidad* de la persona evitará la indicación de tratamientos innecesarios; en otras palabras, evitaremos “psiquiatrizar”, esto es, asumir como psiquiátrico algo que no lo es. También nos permitirá discriminar la *normalidad* de una exacerbación del rasgo *ansioso*.

Vamos a suponer que concluimos que la ansiedad que presenta el paciente va más allá de su normalidad. Es decir, la consideramos potencialmente *patológica*, sobre todo porque impacta y altera su vida cotidiana, por lo que deberíamos hacernos preguntas relacionadas con la rutina habitual; en otras palabras, poner en movimiento al paciente a partir de preguntas que permitan inferir su actividad y, de esta forma, el grado de autonomía, seguridad, confianza, exposición y actitud ante situaciones potencialmente ansiogénicas.

Las siguientes preguntas pueden servir como orientación:

- ¿Sale solo/a?
- ¿Sale con frecuencia?
- ¿Realiza trámites, compras?
- ¿Usa medios de transporte público?
- ¿Maneja dinero, tarjetas, billeteras virtuales?
- ¿Utiliza ascensores?
- ¿Usa el celular?
- ¿Maneja su propio vehículo?
- ¿Mantiene el orden en la casa o en su trabajo?
- ¿Tiene personal a cargo?, ¿cuál es su relación?
- ¿Delega tareas?
- ¿Cómo es su relación con la limpieza e higiene?

Las respuestas a estas preguntas nos permitirán delinear un perfil del paciente respecto de lo que hacía y ahora no puede; como así también nos aclararán el objetivo que podríamos esperar con nuestro tratamiento: me refiero a la recuperación de una función. Por último, nos permitirán *armonizar* nuestras expectativas con relación a lo que espera el paciente y lo pretendido por nosotros.

El paciente puede presentarse en la consulta y manifestar de forma directa que se siente ansioso; sin embargo, puede ocurrir que la presentación sea imprecisa. Por ejemplo, puede manifestar: “No sé qué hago acá, me trajeron”, o utilizar palabras como miedo, preocupación, nerviosismo, angustia, temor;

al mismo tiempo, con dificultad para poder vincular lo que le sucede con una causa. Esto puede tener su raíz o explicarse a partir de una actitud prejuiciosa del propio paciente a ser *catalogado* como un enfermo psiquiátrico. En este punto, una manera alternativa de poder expresar o procesar su malestar — desde una lectura psicológica— es a través del cuerpo. Así surgen las “quejas” somáticas o *somatizaciones*. Cito algunas expresiones habituales:

- “Me pasa que me duele el pecho y nunca me encontraron nada”.
- “Se me cierra el estómago”.
- “Hay momentos en los que me agito”.
- “Estaba tranquila y la cabeza comenzó a darme vueltas”.
- “Me cuesta relajarme y dormir, no sé por qué”.
- “Cuando empiezo a temblar, se me sube la presión”.
- “Sentía que me saltaba el corazón”.
- “Me pasa algo raro; como que me empiezo a sentir mal sin motivo”.

Todo remite a una potencial situación clínica que es (o será) necesario descartar. Esto puede demorar el diagnóstico y generar enojo y desconfianza debido a la devolución habitual que se realiza en estos casos: “No tiene nada”. No obstante, se llevan a cabo estudios a fin de descartar una causa específica. Debemos discriminar la situación clínica de la psiquiátrica, así como la relación que puede existir entre ambas. Una paciente de 77 años lo expresó así: “Cuando me dijeron que tenía diabetes empecé con todo esto [un cuadro compatible con un síndrome ansioso]”. En ese punto, es conocido que la ansiedad y la depresión se encuentren en pacientes con diabetes, pero es poco lo que se conoce acerca de cómo los síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes con diabetes se influyen mutuamente a lo largo del tiempo.<sup>290</sup> En este contexto, es importante tener presente enfermedades o situaciones clínicas que pueden generar o “simular” síntomas ansiosos y confundirnos; otro tanto ocurre con ciertas medicaciones (es lo que se denomina *ansiedad inducida por medicamentos*) y sustancias relacionadas con hábitos o adicciones que pueden generar síntomas de forma directa o a partir de una abstinencia.

290 Liu X, et al. Anxiety and depression in diabetes care: longitudinal associations with health-related quality of life. Sci Rep. 2020 May 20;10(1):8307.

En la tabla que sigue ordenamos las causas potenciales:

| Causas clínicas y farmacológicas de ansiedad                                                                                                                                                                |                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Clínicas                                                                                                                                                                                                    | Farmacológicas                                                                                          |
| Dolor. <sup>291</sup><br>Insuficiencia cardíaca, arritmias, hipertensión arterial.<br>EPOC, asma.<br>Hiper/Hipotiroidismo, hipoglucemia.<br>Anemia.<br>Demencia, temblor esencial, enfermedad de Parkinson. | Opiáceo.<br>Broncodilatadores.<br>AINES.<br>Hormonas tiroideas.                                         |
|                                                                                                                                                                                                             | Consumo o abstinencia                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                             | Alcohol.<br>Cafeína.<br>Marihuana.<br>Tabaco.<br>Ansiolítico o inductor del sueño (síndrome paradójal). |

Ahora vamos a suponer que se descartó una causa clínica compatible con los síntomas que presentaba el paciente. Podemos decir, entonces, que tiene ansiedad; pero continúa sin poder relacionar lo que le sucede con un desencadenante particular. En esa instancia seremos nosotros los encargados de vincular la ansiedad con un probable estresor.

¿De dónde “sacamos” un estresor si el paciente no refiere ninguno? Para eso, vamos a recordar lo que vimos en capítulos anteriores: *los factores de riesgo*. Debemos recordar también con relación a estos que, si el paciente presenta uno o más factores de riesgo, no implicará de manera lineal que, por ese motivo, tenga ansiedad. Por un lado, nos servirá para formular una hipótesis y acordar con el paciente su probable vinculación, como vimos en el capítulo de “La entrevista” cuando planteamos los pormenores del *encuentro dialógico*. Por otro lado, nos permitirá ajustar un perfil de riesgo y vulnerabilidad, así como plantear intervenciones terapéuticas y psicofarmacológicas de acuerdo con la especificidad de la situación, lo que reduce el impacto y mejora el pronóstico.<sup>292</sup> En la siguiente tabla ubicaremos —recordaremos— aquellos factores de riesgo que pueden relacionarse con la presencia de ansiedad:

291 Gerrits MM, et al. Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. J Psychosom Res. 2015 Jan;78(1):64-70.

292 Franco-Fernández J, et al. Trastornos de ansiedad en el anciano. *Psicogeriatría*. 2009;1:37-47.



---

### Factores de riesgo de ansiedad

---

|                                                                                                    |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Sexo femenino.                                                                                     | Nacimientos, fallecimientos, aniversarios.    |
| Bajo nivel educativo.                                                                              | Enfermedades crónicas.                        |
| Ser soltero o separado.                                                                            | Déficit sensorial, alteraciones de la marcha. |
| Antecedentes personales o familiares de trastornos de ansiedad o exposición a un hecho traumático. | Enfermedad del cónyuge.                       |
| Soledad y aislamiento.                                                                             | Duelo.                                        |
|                                                                                                    | Mudanza.                                      |
|                                                                                                    | Institucionalización.                         |
|                                                                                                    | Problemas económicos.                         |
|                                                                                                    | Alteraciones cognitivas.                      |
|                                                                                                    | Jubilación.                                   |

---

### Un resumen

Llegados hasta aquí, considero útil el planteo de un resumen, con el objetivo de organizar y aclarar lo expuesto. Así, ante un paciente de cuyo relato se desprenda la presencia de *ansiedad*, analizaremos, en *primer lugar*, si esta se condice respecto del desencadenante que refiere como causa o el que nosotros suponemos (a partir de relacionarlo con los factores de riesgo). Es decir, ¿lo que le sucede —siente— altera su vida diaria? En otras palabras, lo que le ocurre es normal o estamos frente a una ansiedad patológica. En el primer caso, los momentos de ansiedad serán poco frecuentes y la causa, conocida. Son de poca duración y la intensidad de estos es tal que no interfiere en la rutina. Por último, la reacción de la persona *no sorprende*: es similar a la de otras oportunidades.

Al contrario, la *ansiedad patológica* se caracterizará por episodios que se producen con mayor frecuencia. La causa podrá establecerse o no. La duración y la intensidad con la que se presentan impactan e interfieren con la dinámica cotidiana. Y la reacción, en este caso, *sorprende*: se la percibe como desproporcionada, *fuera de control*.

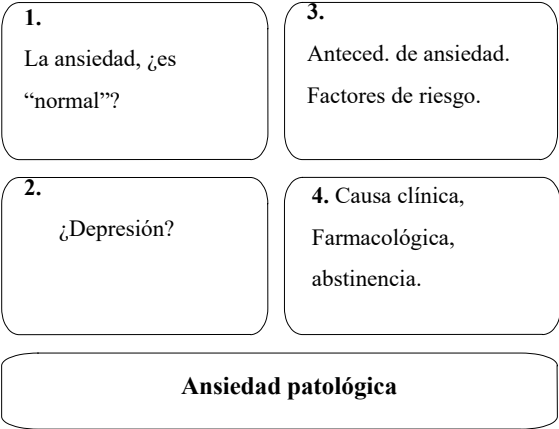
En *segundo* lugar, evaluaremos la presencia de síntomas depresivos. Como preguntas de *screening* podemos utilizar:

- ¿Cómo se encuentra de ánimo?
- ¿Se siente triste?
- ¿Su voluntad es la misma?
- ¿Perdió el interés por cosas que antes eran importantes?

En *tercer* lugar, evaluaremos la presencia de antecedentes personales o familiares de ansiedad.

En *cuarto* lugar, pensaremos si es necesario descartar una causa clínica o farmacológica de los síntomas ansiosos, a partir de solicitar los estudios complementarios o una interconsulta que consideremos. O, también, si constituyen un síndrome de abstinencia.

Por último, una aclaración: el orden establecido no es lineal: dependerá del criterio clínico. Gráficamente, podríamos plantearlo así:



## Sobre las escalas

No existe una escala específica para evaluar la ansiedad en el anciano. Asimismo, el uso de estas es controvertido. Entre las más utilizadas se encuentran la HAM-A (Escala de Hamilton para Ansiedad). Se desarrolló en 1959, y una de las críticas más frecuentes que recibe —lo mismo que la HAM-D, para la depresión— es la importancia que le asigna a los síntomas somáticos.<sup>293</sup>

## La ansiedad en la demencia

La ansiedad en pacientes con demencia es una interrelación compleja, y solo de manera reciente comienza a estudiarse y a tomar relevancia.<sup>294</sup> Su presencia reduce la calidad de vida de las personas con demencia y aumenta la probabilidad de institucionalización o genera sobrecarga del sistema de cui-

293 Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol. 1959;32:50-55.

294 Stewart R. Anxiety and dementia: cause or effect? Acta Psychiatr Scand. 2019 Jan;139(1):3-5.

dados. Debido a la superposición de los síntomas con enfermedades médicas, efectos secundarios de medicamentos y otros trastornos psiquiátricos como la depresión, la ansiedad —como vimos—, puede ser difícil de discriminar con precisión en la vejez, más aún si se presenta en el marco de una demencia, donde impacta en las actividades de la vida diaria. Esto se acrecienta si agregamos los efectos secundarios de las medicaciones, que pueden reducir aún más la funcionalidad.<sup>295</sup>

Dentro de las demencias, la presentación de la ansiedad variará de acuerdo con el estadio de la enfermedad. Así, en el *inicial*, se vinculará con la percepción subjetiva del déficit cognitivo y el malestar que genera el consecuente deseo de sobreponerse. A medida que avanza, en los estadios *intermedios* se manifestará una dificultad para modular la respuesta ante circunstancias que son percibidas como adversas. Por último, en los estadios *avanzados*, incluiremos a la ansiedad como parte del conjunto de síntomas que engloban los problemas psicológicos y conductuales de las demencias.<sup>296</sup>

|                    | Causa                                                      |
|--------------------|------------------------------------------------------------|
| Estadio inicial    | Percepción del déficit cognitivo.                          |
| Estadio intermedio | Dificultad para modular la respuesta frente a un estresor. |
| Estadio avanzado   | BPSD                                                       |

Una forma de presentación en el estadio *avanzado* es el denominado *síndrome de Godot* (Reisberg). Este se refiere a una ansiedad que se relaciona con los eventos que vendrán y que se manifiesta por preguntas insistentes sobre lo que está por suceder y sobre qué tiene que hacer, situación que redund

295 Brown Wilson C, et al. Nonpharmacological interventions for anxiety and dementia in nursing homes: a systematic review. *Gerontologist*. 2019 Nov 16;59(6):e731-e742.

296 Mintzer JE, Brawman-Mintzer O, Mirski DF, Barkin K. Anxiety in the behavioral and psychological symptoms of dementia. *Int Psychogeriatr*. 2000;12(Suppl 1):139-142.

en un agotamiento del cuidador.<sup>193</sup> En la misma línea, encontramos el temor a quedarse o permanecer solo, lo que deriva en el seguimiento continuo del cuidador, inclusive de un ambiente a otro de la casa. El marido de una paciente lo describía así: “Me encierro en el baño y ella no para de mover el picaporte”. También puede observarse temor ante un cambio ambiental (de la habitación al comedor, por ejemplo) o de posición al momento de la asistencia.

Otros signos de ansiedad que pueden presentarse en este estadio son los siguientes: agitación; inquietud psicomotriz; pérdida de apetito; insomnio de mantenimiento y de finalización; labilidad afectiva; demanda excesiva de atención; conducta vocal disruptiva (gritos, quejidos); agresividad verbal y física.

## Ansiedad y caídas

*Ptofobia* es el miedo a caerse.<sup>297</sup> Las personas mayores, conscientes de las lesiones y fracturas que puede acarrear una caída —ya sea por haberse caído o por el miedo que le generó la noticia del accidente de alguien conocido—, adoptan una actitud de aislamiento y negativa a salir.<sup>298</sup> Esta restricción del movimiento, este sedentarismo autoimpuesto, puede generar o acelerar el deterioro físico.<sup>299</sup> La ansiedad puede incrementar el riesgo de caídas y, del mismo modo, puede ser el motivo por el cual quien se cayó demore su recuperación.<sup>300</sup>

También es necesario aclarar, de acuerdo con lo que desarrollamos, que puede constituir una ansiedad normal secundaria —un miedo— debido a un hecho puntual: la caída. La evaluación y el tiempo, en este caso, serán nuestros aliados.

## La ansiedad y sus trastornos

Una vez que constatamos, a partir de nuestra evaluación, que el paciente presenta una ansiedad patológica, el paso siguiente consiste en intentar correlacionarla con un trastorno de ansiedad específico. Dicho de otro modo, si la *ansiedad* es el nombre de lo que le pasa al paciente, *el trastorno de ansiedad* será el apellido.

297 Gai J, et al. Ptofobia – o medo de cair em pessoas idosas. *Acta Med Port.* 2009;22(1):83-88.

298 Lach HW, Parsons JL. Impact of fear of falling in long-term care: an integrative review. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(8):573-577.

299 Kabanchik A. Los trastornos de ansiedad en el adulto mayor. En: Zieher A, et al., eds. *Tratado de psicofarmacología. Vol VII: Adultos mayores, una población vulnerable.* Buenos Aires: Sciens; 2013. p. 119-133.

300 Holloway KL, et al. Anxiety disorders and falls among older adults. *J Affect Disord.* 2016 Jun 21;205:20-27.

Los trastornos de ansiedad son un grupo heterogéneo de perturbaciones emocionales que comparten un síntoma principal: la angustia.<sup>301</sup> En la bibliografía se utiliza de manera indistinta *angustia* y *ansiedad* para hacer referencia a lo mismo. En este caso, utilizo *angustia*, debido a la connotación negativa de malestar a la que se vincula.

En el transcurso de la vejez, la prevalencia de los trastornos de ansiedad es variable; se encuentra entre el 1,2 % y el 15 % en la comunidad; cifra que asciende al 28 % en el ámbito de una internación. Esta variabilidad es probable que responda a diferencias metodológicas, discrepancias en los procedimientos de muestreo, diferencias en las herramientas de evaluación, como así también a las diferencias culturales.

Por otro lado, se piensa que la prevalencia de los trastornos de ansiedad disminuye en la vejez, a excepción del trastorno de ansiedad generalizada, que mantiene tasas de prevalencia similares en jóvenes y personas mayores. Sin embargo, también se considera que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la vejez se encuentra subestimada debido a los desafíos que implica evaluar y diagnosticar la ansiedad en las personas mayores.<sup>302</sup> Más allá de estas disquisiciones, lo cierto es que los trastornos de ansiedad en la vejez se asocian a una morbilidad significativa: disminuyen la calidad de vida,<sup>303</sup> aumentan el gasto en los sistemas de salud y disminuyen o alteran la funcionalidad.<sup>304</sup>

Desde un punto de vista psiquiátrico, los trastornos de ansiedad se pueden manifestar a través de cambios —signos y síntomas— en diferentes esferas:<sup>305</sup>

- **Esfera cognitiva:** pensamientos persistentes que se imponen, miedo a fallar y vergüenza.
- **Estado fisiológico:** palpitaciones, disnea, sudoración, contracturas, náuseas, mareos y diarrea.
- **Comportamiento:** onicofagia (morderse las uñas), morderse los labios, inquietud psicomotriz.
- **Emocionales:** angustia, miedo, aprehensión, labilidad e irritabilidad.

301 Wikinski S, Jufe G. El tratamiento farmacológico en psiquiatría: indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional. Buenos Aires: Panamericana; 2004. p. 193-216.

302 Andreescu C, Lee S. Anxiety disorders in the elderly. *Adv Exp Med Biol.* 2020;1191:561-576.

303 Saraçlı Ö, et al. The relationship between quality of life and cognitive functions, anxiety and depression among hospitalized elderly patients. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2015 Aug 31;13(2):194-200.

304 Miloyan B, Pachana NA. Clinical significance of individual GAD symptoms in later life. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2015 Sep 16.

305 Cía AH. La ansiedad y sus trastornos: manual diagnóstico y terapéutico. Buenos Aires: Polemos; 2007. p. 31-72.

Esto (no) es un manual de psicogeriatría

Pero también a partir de una crisis. Es lo que se denomina *crisis de angustia*, la cual está constituida por cuatro o más de los siguientes síntomas:

- Palpitaciones.
- Sudoración.
- Temblores o sacudidas.
- Sensación de ahogo.
- Opresión o malestar torácico.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Inestabilidad, mareo o desmayo.
- Desrealización o despersonalización.
- Miedo a perder el control o a “volverse loco”.
- Miedo a morir.
- Parestesias.
- Escalofríos o sofocos.
- Preocupación por futuras crisis.
- Conductas evitativas.

La presentación de la crisis debemos incluirla dentro de un trastorno específico. Cada uno tendrá características y potenciales desencadenantes distintos. A continuación, describiremos justamente eso.

## Los trastornos

Pensar en un trastorno de ansiedad es pensar en un tratamiento. Veremos las características relevantes de cada uno con ese objetivo.

### Trastorno de ansiedad por separación

Este diagnóstico apareció en el DSM-5 (última edición del manual clasificatorio de los trastornos mentales).<sup>306</sup> Se define como “miedo o ansiedad excesiva e inapropiada ante una separación de aquellas personas por las que siente apego”. La preocupación es por la posible pérdida (por enfermedad o fallecimiento) de una persona importante o a quedarse sin ella. En este contexto, pueden aparecer síntomas físicos (cefalea, náuseas, vómitos) o pesadillas. Puede durar hasta seis meses en el adulto mayor.

306 American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2014.

Si bien no existe bibliografía al respecto, podemos inferir que la frecuencia en las personas mayores probablemente sea alta, debido a que las situaciones que se describen como desencadenantes son comunes en esta población. En las instituciones geriátricas es común que, luego de la visita de un familiar, el residente presente síntomas ansiosos. Un ejemplo de una potencial utilidad —y por ese motivo lo incluí—: permite nombrar a una situación frecuente y, cuando eso ocurre, se piensan estrategias de intervención.

## Trastorno de pánico

Se caracteriza por una sensación repentina de miedo intenso. Es lo que denominamos *ataque de pánico*. Este sucede sin ningún desencadenante específico y alcanza su máxima expresión en minutos. Durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas que enunciarnos al describir la crisis de angustia. Afectaría al 0,5-1 %.<sup>307</sup> Se puede producir en el marco de cualquier trastorno de ansiedad, así como de otros trastornos mentales (depresión, estrés postraumático).

Ahora bien, hablamos de *trastorno de pánico* si, junto con el ataque de pánico, se completa la tríada: una *ansiedad anticipatoria* (temor a tener otros ataques) y las *conductas evitativas* (actitud de evitar situaciones que potencialmente podrían desencadenar una nueva crisis), lo cual deriva en una tendencia al aislamiento.<sup>308</sup>

## Agorafobia

Otro cambio que se produjo con el DSM-5 fue el de separar este síntoma del trastorno de pánico y codificarlo como una entidad particular que se define como una intensa ansiedad relacionada con dos (o más) de las siguientes situaciones, a las cuales la persona les teme o las evita debido a la idea de que escapar podría ser difícil o no dispondría de la ayuda si aparecen síntomas *panicosos*, como podría ocurrirle a una persona mayor con miedo a caerse:

307 Hohls JK, et al. Longitudinal association between panic disorder and health care costs in older adults. *Depress Anxiety*. 2019 Dec;36(12):1135-1142.

308 Flint AJ, et al. Diagnosis and management of panic disorder in older patients. *Drugs Aging*. 2003;20(12):881-891.

1. Uso de un medio de transporte.
2. Estar en espacios abiertos.
3. Estar en lugares cerrados.
4. Estar en medio de una multitud.
5. Estar fuera de casa solo.

La agorafobia se presentó con una prevalencia del 11 %. A diferencia de poblaciones más jóvenes, los casos de inicio tardío no son más comunes en las mujeres y no se asocian con ataques de pánico, lo que sugiere un subtipo que sería más característico de la vejez. La depresión y las alteraciones cognitivas serían factores de riesgo para la agorafobia de inicio tardío.<sup>309</sup>

## Trastorno de ansiedad generalizada

Como toda prevalencia relacionada con la ansiedad, las cifras son dispares. No obstante, se estima que este trastorno, durante el transcurso de toda la vida, se presenta en alrededor del 8,7 %; sobre todo en el sexo femenino.<sup>310</sup> En particular, es el trastorno de ansiedad más común en las personas mayores, con tasas de prevalencia que se ubican entre el 2,4 % y el 6,3 %. Por otro lado, la comorbilidad con la depresión llega hasta el 60 %.<sup>311</sup> Se caracteriza por una sensación de preocupación y ansiedad “excesiva” por uno o varios temas casi todos los días durante al menos seis meses.<sup>312</sup>

Dicho de otro modo, podríamos describirlo como un *estado de ansiedad constante* (en general, sin los síntomas físicos de un ataque de pánico) que puede exacerbarse ante la presencia de cualquier estresor, ya sea propio o ajeno. Es habitual la referencia al tema de la seguridad: “Las cosas que pasan le quitan a uno las ganas de salir”, comentó una mujer de 81 años. En el contexto de este estado de ansiedad constante, pueden presentarse los siguientes síntomas:

309 Ritchie K, et al. Late-onset agoraphobia: general population incidence and evidence for a clinical subtype. *Am J Psychiatry*. 2013 Jul;170(7):790-798.

310 Watterson RA, Williams JV, Lavorato DH, Patten SB. Descriptive epidemiology of generalized anxiety disorder in Canada. *Can J Psychiatry*. 2016 Apr 15.

311 Hall J, et al. Efficacy of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016 Nov;24(11):1063-1073.

312 Davidson JR, Feltner DE, Dugar A. Management of generalized anxiety disorder in primary care: identifying the challenges and unmet needs. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010;12(2).



- Alteraciones del sueño.
- Irritabilidad.
- Ansiedad - Tensión.
- Preocupación excesiva - Inquietud.
- Disminución de la concentración.

### Trastorno obsesivo-compulsivo

Es un trastorno que fue estudiado en otros grupos de población. La prevalencia a lo largo de la vida oscila entre el 1,5 % y el 3,5 %, cifra que disminuye con la edad: se ubica entre el 0 % y el 0,8 % en personas mayores de 60 años.<sup>313</sup>

Las *obsesiones* son pensamientos o imágenes recurrentes, persistentes, intrusivas, no deseadas y perturbadoras que irrumpen de manera intempestiva, causando ansiedad o malestar importante. Ante esta situación, la persona intenta “sacarse de encima” o *suprimir* estos pensamientos, sin lograrlo. En los pacientes mayores son habituales aquellos pensamientos relacionados con el cuerpo, la religión y la escrupulosidad moral. Esta imposibilidad puede desembocar o desencadenar, a su vez, en una *compulsión*, definida como *un comportamiento ritual* (ordenar cosas, chequear, lavarse las manos, persignarse, hacer listas mentales, contar, repetir frases, etc.) con el objetivo de “hacer desaparecer o controlar” el pensamiento perturbador que lo generó. Tanto las obsesiones como las compulsiones ocupan mucho tiempo durante el día. Un paciente de 74 años decía: “Pensaba que si no me bañaba, algo malo le iba a pasar a mi hija”. Si este trastorno se presenta por primera vez en el transcurso de la vejez, se debe descartar una causa orgánica (neurológica).

### Trastorno por estrés postraumático

Se caracteriza por la tríada: repeticiones de recuerdos vívidos atemorizantes (*flashback*); evitación; hipervigilancia. Son frecuentes las pesadillas. Una situación que podría ser más frecuente en el anciano es la reexperimentación, que se pone en evidencia a partir de recuerdos frecuentes, no intencionales e intrusivos del evento traumático.

Estos recuerdos, a su vez, pueden ser desencadenados por situaciones o estímulos que reflejan aspectos de la situación traumática. O también puede

313 Jazi AN, Asghar-Ali AA. Obsessive-compulsive disorder in older adults: a comprehensive literature review. J Psychiatr Pract. 2020 May;26(3):175-184.

ocurrir, incluso, en ausencia de estímulos externos. Asimismo, los recuerdos pueden ser pobres en detalles y limitarse a la repetición de un aspecto específico del trauma.<sup>314 - 315</sup>

---

Estar atentos a las situaciones de *reexperimentación*.

---

## Fobias específicas

Se definen como *un temor extremo a situaciones que, en general, no representan un peligro real*. Si bien está descrito que este tipo de temores disminuye su prevalencia con la edad, su evolución es fluctuante y, en la mayoría de los casos, representa una exacerbación de temores crónicos.<sup>316</sup>

En el anciano, la *claustrofobia* (miedo a los espacios cerrados) es una fobia que se destaca del resto en la vejez, debido a que puede desalentar la realización de determinados estudios, como una resonancia magnética nuclear o incluso consultas, cuando para acceder a estas se requiere el uso de un ascensor, por ejemplo.

314 Anastasides N, Beck KD, Pang KC, Servatius RJ, Gilbertson MW, Orr SP, Myers CE. Increased generalization of learned associations is related to re-experiencing symptoms in veterans with symptoms of post-traumatic stress. *Stress*. 2015;18(4):484-9.

315 Glaesmer H, et al. Traumatic experiences and post-traumatic stress disorder among elderly Germans: results of a representative population-based survey. *Int Psychogeriatr*. 2010 Jun;22(4):661-70.

316 Sigström R, Skoog I, Karlsson B, Nilsson J, Östling S. Nine-year follow-up of specific phobia in a population sample of older people. *Depress Anxiety*. 2016 Apr;33(4):339-346.

### 3. La personalidad

# El trastorno de la personalidad

(El síntoma –o el trastorno– que acompaña)

*Yo soy así, siempre fui así*

Respuesta de un paciente  
ante el reclamo de su esposa

## Introducción

Después de haber realizado el diagnóstico psiquiátrico del paciente, nuestro diagnóstico —si solo tuviéramos en cuenta ese aspecto— sería no solo incompleto, sino también insuficiente, si no consideramos las características de la personalidad y del contexto (como veremos más adelante) para delinear e indicar nuestro tratamiento e intervenciones.

La personalidad —forma de ser de una persona— se configura a partir de la presencia de rasgos o características que predominan. Cuando ese conjunto de características es más o menos estables y la persona es y le hace ser como es en relación con sus pensamientos, sentimientos y comportamientos, hablamos, en este caso, de una *personalidad normal*. Al contrario, hablamos de un trastorno de la personalidad cuando dichos rasgos se traducen en problemas para las personas en las áreas social, laboral y familiar. En este punto, no cuentan con la flexibilidad para modificar su dinámica; es decir, la manera de manejarse, sumado a una dificultad —imposibilidad— de adaptarse al contexto en el que se encuentra. Dicho de otro modo, por ser como es —por su forma de ser—, se le *complica la vida*.

El profesional que trabaje con personas mayores, con seguridad, se encontrará en el transcurso de su práctica con pacientes que presenten un trastorno de la personalidad. La naturaleza de su psicopatología se traduce, por ejemplo, en la presencia de conflictos entre los miembros de la familia, con los cuidadores o acompañantes, así como en alteraciones en la dinámica de una residencia geriátrica.

La presencia de esta complicación —el trastorno de la personalidad—, según diferentes metaanálisis, se presenta en el 50 % de los pacientes con alguna enfermedad mental.<sup>317</sup> Esta presencia genera estrés en el cuidador, falta de respuesta al tratamiento, impacto en la funcionalidad —en su vida cotidiana— e incremento del riesgo suicida. Hablamos, en general, de un paciente difícil, resistente al tratamiento. En la vejez, la prevalencia se ubicaría en alrededor del 10 %, <sup>318</sup> porcentaje que se incrementa en el contexto de una internación o institucionalización. No obstante, debemos tener en cuenta que existe una ausencia de criterios específicos en función de la edad.

Tanto el estudio como la comprensión de los trastornos de la personalidad en las personas mayores son recientes. Existía la idea de que estos mejoraban con el envejecimiento. Sin embargo, desde un punto de vista clínico, suele verse una exacerbación de los rasgos que marcaron la personalidad. En este sentido, ante la pregunta: “¿Siempre fue así?”, la respuesta habitual es: “Sí, pero ahora está mucho peor”. Esta situación se presenta, por ejemplo, en el marco de un trastorno depresivo.

Asimismo, la depresión puede aparecer frente a la exacerbación de los rasgos de la personalidad. Es decir, la presencia de un trastorno de la personalidad en la vejez puede deberse a la evolución de este a lo largo del curso de la vida o reaparecer frente a un evento particular (para esto es útil recordar los factores de riesgo que desarrollamos en el capítulo “La entrevista”). Citaremos, para contextualizar, los siguientes: diagnóstico de una enfermedad, jubilación, duelo, enfermedad del cónyuge, alteraciones cognitivas, mudanza. En otras palabras, todo aquello que constituya un cambio en la dinámica habitual de la persona.

Lo expuesto nos ubica frente a la complejidad que implica el diagnóstico de los trastornos de la personalidad en la vejez: esto presupone una edad temprana de inicio. En este punto, es difícil obtener una historia precisa y objetiva que abarque 40 o 50 años hacia atrás. Además, puede haber déficit de memoria en

317 Beckwith H, Moran PF, Reilly J. Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personal Ment Health*. 2014;8:91-101.

318 Stevenson J, et al. The effect of age on prevalence, type and diagnosis of personality disorder in psychiatric inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25(12):1257-1264.

algunos pacientes con la consiguiente dificultad para recordar o situar ciertos comportamientos característicos que complican la realización de una historia que permita un diagnóstico fiable.

En otros casos, se vislumbra una necesidad de mostrar (por parte de los familiares o desde el propio paciente) un funcionamiento previo de mayor adaptación social.<sup>319</sup> Por último, a la complejidad mencionada, debemos agregar —retomar— el prejuicio hacia la vejez, el viejismo —o edadismo—, que puede constituir un sesgo que dificulta el diagnóstico de trastorno de la personalidad en la vejez a partir de normalizar o naturalizar situaciones como el hecho de asumir que las personas mayores gastan poco dinero, no tienen relaciones sexuales, son dependientes e inactivas y normalmente evidencian un estado de ánimo depresivo.<sup>320</sup>

Para finalizar, es fundamental que los profesionales que asistan a personas mayores tengan en cuenta la personalidad y sus trastornos, además de los trastornos mentales comórbidos. El trastorno de la personalidad afecta el bienestar mental y puede eclipsar, incluso, el impacto de aquellos trastornos comórbidos: afectan el tratamiento, la evolución y el pronóstico de estos.

---

La personalidad normal se define como flexible y adaptable, mientras que la personalidad patológica (o trastorno de la personalidad) se define como rígida, inadaptable, caracterizada por un estilo de vida, unas actitudes y unos comportamientos considerados patológicos y causantes de angustia y sufrimiento psicológicos.

---

## Evaluación y evolución

En la práctica, existe una tendencia a no atribuir ni diagnosticar un trastorno de la personalidad a pacientes con enfermedades psiquiátricas o clínicas, más allá de que pueda existir una asociación clínica estrecha. Es decir, se lo ubica en un lugar secundario o, incluso, inexistente. Hasta el manual DSM-IV-TR, el diagnóstico de la personalidad se ubicaba en el llamado eje II, dentro del llamado diagnóstico multiaxial, que contemplaba cinco ejes. Esto cambió a partir del DSM-5: se dejaron de utilizar los ejes; actualmente, se cita el diag-

319 Agronin ME, Maletta G. Personality disorders in late life. Understanding and overcoming the gap in research. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2000 Winter;8(1):4-18.

320 Amad A, et al. Personnalité normale et pathologique au cours du vieillissement: diagnostic, évolution et prise en charge. *L'Encéphale*. 2013;39:374-382.

nóstico principal en primer lugar y el resto por orden de necesidad de atención o tratamiento.<sup>321</sup>

Más allá de estas disquisiciones, que en general carecen de una utilidad práctica, lo que vemos en la clínica diaria son comportamientos y discursos; en fin, una narrativa a partir de la cual podremos inferir rasgos de una personalidad que, en algunos casos, configuran el diagnóstico de un trastorno de la personalidad. Es interesante cómo, en su artículo clásico, Kroessler (1990)<sup>322</sup> se refiere a los comportamientos: “Los comportamientos son la ventana de la personalidad”. Es justamente en eso en lo que deberemos focalizar (observar): no solo la dinámica del comportamiento habitual, sino también cómo es —o cómo fue— ese comportamiento ante situaciones determinadas como, por ejemplo, una enfermedad, una declinación a nivel físico, un fallecimiento, un cambio a nivel familiar (migración de un nieto, casamiento, nacimiento, mudanza). En otras palabras, frente a cambios, debemos reflexionar y preguntarnos si hubo flexibilidad y adaptabilidad ante esas situaciones.

En la misma línea, será importante evaluar el impacto del envejecimiento en la personalidad. De manera más específica: el efecto de envejecer —del paso del tiempo— en la persona. El escritor Martin Amis, por ejemplo, lo describía así: “Envejecer es una experiencia aterradora”. Solo con contemplar esta frase podríamos inferir un tipo de personalidad. Asimismo, puede ocurrir que se asuma que, ante un determinado discurso (como la frase de Amis) o comportamiento, el paciente —en realidad— se encuentra deprimido. Una pregunta que puede resultar útil en este punto es: ¿cómo fue cumplir determinada edad (sobre todo frente al cambio de década)?, o ¿cómo se lleva con el paso del tiempo?

Profundicemos. Hay expresiones propias de un trastorno de la personalidad que pueden simular o asemejarse a algo propio de una depresión. Podemos mencionar el negativismo, la insatisfacción, la manipulación, el incumplimiento de las indicaciones o una sensación de malestar constante. Desde un punto de vista clínico, deberemos diferenciar entre rasgos propios de la personalidad o de un estado depresivo. Sobre todo, ante una respuesta inadecuada a un tratamiento habitual. La esposa de un paciente lo expresaba así: “Le entregué mi vida, ahora con 83 siento que la estoy perdiendo por culpa de él. Pero a él nunca le alcanza; incluso me pregunta: ‘¿Y vos qué me das?’”

321 American Psychiatric Association. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington: APA; 2014.

322 Kroessler D. Personality disorder in the elderly. *Hosp Community Psychiatry*. 1990 Dec;41(12):1325-9.

## Sobre la evolución de los trastornos de la personalidad

En líneas generales, los trastornos de la personalidad (TP) en la vejez pueden mantenerse iguales (es decir, no modificarse con el paso del tiempo); atenuarse o remitir; haberse atenuado en la adultez y recaer en la vejez; presentarse de otra manera (impulsivos antes, depresivos en la actualidad); constituirse como el diagnóstico principal; incrementar el riesgo suicida.

Para analizar los motivos de los diferentes tipos de evolución deberemos contemplar las transiciones y acontecimientos. Ambos se refieren a cambios que se suceden en el transcurrir de la vida —en el curso de la vida—. Es decir, la historia de la persona. Las transiciones se vinculan a cambios graduales —esperables— de posición, como la jubilación, por ejemplo. Los acontecimientos, por su parte, se relacionan con cambios bruscos y pueden constituir con sus matices verdaderas bifurcaciones —o puntos de inflexión— que reorientan la trayectoria del curso de la vida.<sup>323</sup>

Estos hechos significativos colaboran para definir a una persona como *una* entre *varias*. Es decir, son los hechos que nos singularizan. Se clasifican en dos dimensiones:<sup>324</sup>

1. **Acontecimientos significativos biográfico-biológico-familiares:** son hechos en los cuales se involucra el cuerpo y se relaciona con nuestro organismo biológico, por ejemplo: enfermedades, accidentes, etc. Pero también incluye una alteración que pueda haber sufrido uno de los padres, hijos o persona significativa, lo que obliga a modificar estructuralmente la vida.
2. **Acontecimientos significativos sociohistóricos:** son eventos importantes por su magnitud y daño. Es lo que sucede ante catástrofes ambientales, crisis sanitarias —como la pandemia que atravesamos— y conflictos sociales o bélicos.

Ahora bien, no es la experiencia en sí misma, sino su articulación biográfica y el sentido específico que esta adquiere en la vida de la persona y en la dinámica cotidiana lo que se debe analizar para entender la importancia que brinda la perspectiva del curso de la vida para pensar, en este caso, la evolución

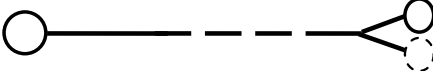
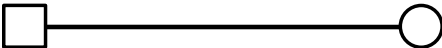
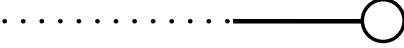
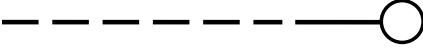
323 L. Lalive d'Epinay C, et al. El curso de la vida: la emergencia de un paradigma interdisciplinario. En: Yuni JA, compilador. *La vejez en el curso de la vida*. Córdoba: Encuentro Grupo Editor; 2011. p. 11-30.

324 Mariluz G. El curso de la vida. Una mirada desde la filosofía fenomenológica y la sociología del envejecimiento. En: *X Jornadas de Sociología*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; 2013.

Esto (no) es un manual de psicogeriatría

de los trastornos de la personalidad en la vejez. En otras palabras, qué le pasó, sobre todo, en la mediana edad.

Gráficamente, podríamos representarlo de la siguiente manera:<sup>319</sup>

| Tipos de Evolución                                                       | Diagnóstico original                                                              | Curso de la vida | Diagnóstico en la vejez |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------|
| El TP es el mismo                                                        |  |                  |                         |
| El TP se atenúa o remite                                                 |  |                  |                         |
| El TP remite en la mediana edad y reaparece en la vejez igual o distinto |  |                  |                         |
| El TP reaparece en la vejez de manera diferente                          |  |                  |                         |
| Un trastorno psiquiátrico primero y TP en la vejez                       |  |                  |                         |
| Una personalidad disfuncional que se diagnóstica TP en la vejez          |  |                  |                         |
| El TP de inicio tardío                                                   |  |                  |                         |

Adaptado de Agronin

Evaluar la evolución de los diferentes trastornos de la personalidad puede ser de utilidad, no solo para tener en cuenta su dinámica en lo que respecta a la clínica y tratamiento, sino también para identificar síntomas habituales que pueden presentarse.

### Clúster A

Son los que, de manera general, se los califica como *raros* o *psicóticos*. Incluyen al paranoide, esquizoide y esquizotípico. En la vejez, se caracterizarían por presentarse con tendencia al aislamiento social, sin padecer la soledad, con ideas delirantes (sobre todo de perjuicio o persecución).

### Clúster B

Se los denomina “inestables”, “emocionales”, “manipuladores” o “sensibles”. En este grupo se encuentran los narcisistas, *borderline*, histriónicos y antisos-



ciales. Dentro de sus características habituales en la vejez se destaca la presencia de síntomas depresivos y dificultades a nivel social, en particular con las relaciones interpersonales.

Dentro de este grupo me interesa destacar el denominado *trastorno narcisista de la personalidad*. Lo particularizo debido a que constituye algo habitual de ver en la práctica y su abordaje es difícil. Más adelante, en la misma línea, desarrollaremos el que denomino *El paciente intratable en tratamiento*. Lo que sigue es una introducción —una base— desde una perspectiva psicodinámica: esta nos permitirá comprender los pormenores de este trastorno.

Según Kernberg,<sup>325</sup> la personalidad narcisista experimenta, a través de los años, un deterioro de su mundo de relaciones objetales internalizadas, como la desvalorización inconsciente tanto de su propio pasado como el de los otros (para no sentir envidia de sí mismo ni de los demás). No experimentan gratificación de los recuerdos de experiencias pasadas propias ni ajenas. Esto lleva a la persona a retraerse a nivel social y a una sensación interna de vacío.

Los problemas psicosociales más devastadores en la vejez pueden con frecuencia relacionarse no solo con los eventos estresores inmediatos, sino con trastornos de personalidad que se hacen evidentes al caerse los apoyos externos de la vida (fallecimiento del cónyuge, jubilación del trabajo que era parte de su identidad). El diagnóstico apropiado de esta dinámica propia de la patología narcisista puede ayudarnos y ayudar al paciente a adaptarse a la vejez.

Leopoldo Salvarezza, por su parte, desarrolla en su libro *Psicogeriatría* un capítulo extenso sobre el concepto de narcisismo en la vejez. Refiere que el sujeto que envejece enfrenta —o tiene que afrontar— una serie de cambios en diferentes áreas. En cuanto al cuerpo, comienza a disminuir la visión, la audición y el rendimiento físico (que incluye el sexual). Desde un punto de vista cognitivo, puede evidenciar una pérdida de la memoria reciente (olvido de nombres o de fechas importantes). Como consecuencia, se ve afectado socialmente.<sup>326</sup>

En nuestra cultura, como vimos, la persona mayor puede ser ubicada en un lugar de debilidad. En este marco, siente que empieza a perder los espacios que antes le pertenecían, se distancia de las generaciones más jóvenes; es decir, el mundo le devuelve otra imagen de sí mismo y su autoestima decrece. “En el colectivo me empezaron a dar el asiento”, se quejaba una paciente de 78 años. Se produce aquí lo que el autor llama *interioridad*, que es el aumento de la relación con el mundo interno, producido por el conflicto generado por el proceso del envejecimiento, que es un fenómeno universal. Si esta interioridad se

325 Kernberg O. Trastornos graves de la personalidad. México: El Manual Moderno, 1996. p. 60-68.

326 Salvarezza L. Psicogeriatría teoría y clínica. Buenos Aires: Paidós, 2002. p. 145-177.

incrementa, surge otro concepto, el de *reminiscencia*, que es el acto de pensar las experiencias pasadas y relatarlas. A partir de aquí podemos pensar que, de acuerdo con los modelos de identificación y los mecanismos de defensa que se utilicen, tendremos la normalidad y la patología.

En este punto, podemos tener por un lado la *integridad* y, por el otro, la *desesperación*. Según Erikson —refiere Salvarezza—, la desesperación refleja el sentimiento (la sensación) de que el tiempo es demasiado corto como para intentar otro tipo de vida o para probar diferentes alternativas que lleven a la integridad. Cuando esta no se logra, el paciente se encuentra susceptible a desajustes frente a diversas situaciones, que pueden manifestarse con una mayor interioridad, pero que, en este caso, adquieren características dolorosas, a partir de lo cual emerge otro concepto: la *nostalgia*, que es la tristeza melancólica que se produce por el recuerdo de una pérdida. La severidad que esta alcance estará determinada por la personalidad previa en la que se asiente.

En los individuos en los cuales el ideal está constituido sobre la base de una perfección narcisista, se producirán conductas diversas tendientes a restaurar el equilibrio perdido. En primer lugar, definiremos la personalidad narcisista como aquella en la que la preocupación central pasa por la valoración que tiene de sí mismo y ante los demás. Esta valoración es el eje principal de sus conductas.

Ahora bien, puede pasar que el ideal de sí mismo que se han formado a lo largo de su vida no se cumpla y que, al mismo tiempo, no les sea posible alcanzarlo; también que el éxito del otro se vea como un fracaso propio o, incluso, que piensen que los otros les fallaron. Enfrentado a estas situaciones, la persona puede caer en un estado que se denomina *colapso* —o *quiebre*— *narcisista*. Veamos un ejemplo desde la literatura. La novela de Philip Roth, *La humillación*, comienza así:<sup>327</sup>

Había perdido su magia. El impulso estaba agotado. Jamás había fracasado en el teatro, todo cuanto emprendiera tuvo fuerza y éxito, y entonces sucedió lo terrible: no podía actuar. Salir a escena era un sufrimiento. En vez de tener la certeza de que estaría espléndido, sabía que iba a fracasar. Le ocurrió tres veces seguidas, y la última vez nadie estaba interesado, nadie acudió. No podía llegar al público. Su talento estaba muerto.

Este colapso o quiebre produce en la persona un estado de angustia importante, con la consecuente utilización de medidas defensivas para evitar ese

327 Roth P. *La humillación*. Buenos Aires: Mondadori; 2010. p. 9.

quiebre. Dichas defensas pueden ser generales (represión, idealización, negación) o específicas, que son las que intentan que la persona retorne, aunque sea de manera imaginaria, a un ideal. Estas medidas pueden traducirse en la clínica con un aislamiento o, todo lo contrario, con conductas sobrecompensatorias de acción, con las que trata de demostrarse y de demostrar a los demás que aún puede, que se encuentra en vigencia; comienza, entonces, a sobrecargarse de trabajo, de actividades deportivas o sexuales, entre otras. La búsqueda de satisfacción y recompensas se convierte en su prioridad. También pueden darse situaciones de abuso de alcohol, psicofármacos y aumento del riesgo suicida. El equilibrio alcanzado aquí, desde ya, es transitorio. En este contexto, el estado emocional es tan precario que, si finalmente se produce ese colapso narcisista, puede derivar en una depresión profunda.

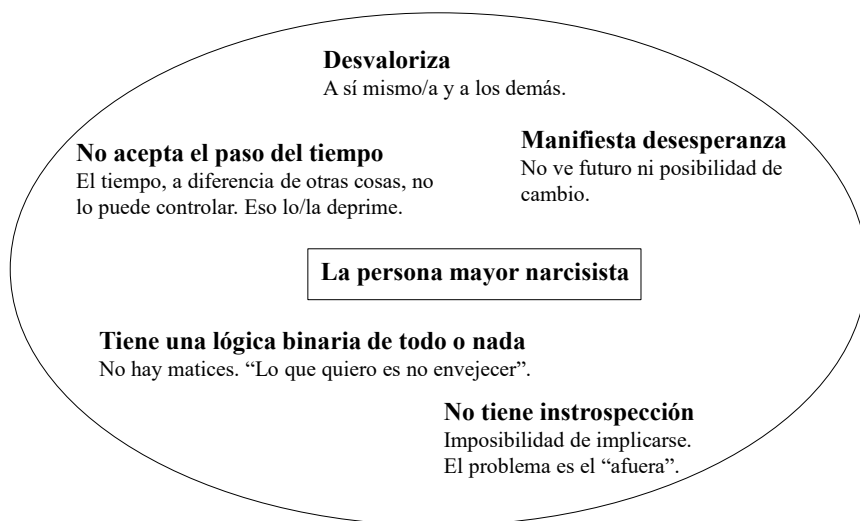
Gottschalk<sup>328</sup> refiere que el narcisismo recibió un mayor interés por parte del psicoanálisis a partir de los escritos de Kohut y Kernberg. Este describe el desarrollo del narcisismo desde el nacimiento hasta los 5 años, de los 5 a los 10, de los 11 a los 20, de los 21 a los 50 y de los 50 a los 80. Sobre esta última etapa refiere que el desarrollo trae obstáculos a los que el *self* tiene que hacer frente:

- a) Responsabilidad de ser el soporte económico.
- b) Soporte de parientes.
- c) Aparición de enfermedades.
- d) Aparición de la idea de la propia muerte.

Este autor postula que la persona en esta etapa de la vida —la cual inclusive puede verse agravada por la aparición de enfermedades crónicas, deterioro cognitivo—, podría dar vía libre a defensas de grandiosidad u omnipotencia, que podrían derivar en acciones o actitudes de esa índole tendientes a lograr esa homeostasis perdida.

Llegados a este punto, resumiremos los lineamientos planteados sobre el trastorno narcisista de la personalidad en un gráfico. Este pretende transmitir las características básicas que constituyen y caracterizan a este trastorno. Tenerlo presente nos permitirá evaluar o considerar un eventual riesgo suicida. También nos servirá de base para explicar al entorno la dinámica —la narrativa— propia del paciente y trabajar respecto del pronóstico y las expectativas.

328 Gottschalk L. Narcissism: its normal evolution and development and the treatment of its disorders. *Am J Psychother.* 1988 Jan;42(1):4-27.



Con relación al *trastorno límite de la personalidad*, habría una disminución de la impulsividad con la edad.<sup>329</sup> En ese sentido, el estudio de Zanarini (2007)<sup>330</sup> demostró que existiría una disminución de los comportamientos impulsivos (autolesiones, intentos de suicidio). Sin embargo, persistiría la alteración del ánimo (en particular, la labilidad emocional y la disforia), así como de los síntomas vinculados a las relaciones interpersonales (miedo al abandono, intolerancia a la soledad). Aunque esto último sería controvertido: algunos estudios muestran una tendencia a la mejoría.<sup>331</sup>

## Clúster C

Son los *ansiosos*. Este grupo integrado por las personalidades evitativas, dependientes y obsesivo-compulsivas parecería ser los más frecuentes en la vejez.

Las personas evitativas en la vejez suelen ser solteras, sin hijos, con tendencia al aislamiento. Como forma de presentación son frecuentes los trastornos depresivos. Por su parte, los dependientes se caracterizan por manifestarse con depresión o ansiedad. Los de características obsesivas son los que se mantie-

329 Stevenson J, et al. Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2003;160(1):165-166.

330 Zanarini MC, et al. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):929-935.

331 Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2001;42(6):482-487.

nen más estables a lo largo de la vida, conservan la rigidez del pensamiento, la tendencia a controlar, la dificultad de desprenderse de objetos (con tendencia, en algunos casos, a la acumulación), el perfeccionismo y la incapacidad para delegar.

A continuación, se resumen los tipos de trastornos de la personalidad y la manera en la que se podrían presentar —evolucionar— en la vejez:

| Clúster  | Denominación                                            | T. de la personalidad                             | Evolución en la vejez                                                                  |
|----------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A</b> | Raros<br>Psicóticos                                     | Paranoide<br>Esquizoide<br>Esquizotípico          | Estabilidad<br>Delirios<br>Aislamiento<br>Depresión                                    |
| <b>B</b> | Inestables<br>Emocionales<br>Manipuladores<br>Sensibles | Límite<br>Narcisista<br>Histriónico<br>Antisocial | Disminución de la impulsividad<br>Dificultades interpersonales y sociales<br>Depresión |
| <b>C</b> | Ansiosos                                                | Evitativo<br>Dependiente<br>Obsesivo-compulsivo   | Estabilidad<br>Aislamiento<br>Depresión                                                |

Adaptado de Amad A, et al.



# El intratable en tratamiento

El comienzo de la última novela de Tolstói, *La Resurrección*, transmite de manera magistral, a partir de la cadencia particular que le imprime al texto, una sensación de que todo va a seguir igual más allá de lo que hagamos; algo así como una resignación. Dice:

En vano los hombres, amontonados por cientos de miles sobre un pequeño espacio de terreno, esterilizaron la tierra que los sustentaba, la cubrieron de piedra a fin de que nada pudiera germinar; en vano arrancaron hasta la última brizna de hierba; en vano saturaron el aire de carbono y petróleo; en vano arrasaron los árboles y exterminaron a los pájaros y a las bestias. Todo en vano; la primavera es siempre la primavera.

En un ejercicio asociativo, podríamos tomar este párrafo como un ejemplo de lo que ocurre con determinados pacientes y enumerar con la misma cadencia las diferentes intervenciones que llevamos a cabo, para concluir que todo lo que hicimos fue en vano: nada tuvo, al menos, una respuesta; nada cambió.

Si bien otras ramas de la medicina o disciplinas específicas podrían acotar su trabajo a partir del uso de habilidades y conocimientos específicos, esto sería al menos difícil en el ámbito psicogeriátrico: nosotros, aparte de las habilidades y conocimientos, vamos a poner en juego nuestra propia personalidad, lo que constituye un desafío que tendremos que enfrentar en la práctica. Esta situación se ubica al extremo frente a este tipo de paciente que comenzamos a

esbozar: aquel cuyo tratamiento, seguimiento y abordaje resultará dificultoso debido, principalmente, a las características de su personalidad.

El paciente al que nos referimos recibió históricamente diferentes calificativos negativos. Entre otros, en la literatura<sup>332</sup> se puede encontrar “desagradables, necesitados, trastos, nocivos, odiosos, difíciles,<sup>333</sup> inclasificables, resistentes, abrasivos y, quizás, el más actual (y local), caño”. En primer lugar, esto nos obliga a hacernos una pregunta: ¿cuáles son los factores que estarían implicados para que un paciente reciba uno de esos alias? Más allá del adjetivo, lo cierto es que podríamos afirmar que este tipo de pacientes existe. Como causas se esgrimen factores que involucran al paciente, al profesional y al sistema de salud.

Con relación al *paciente*, se incluyen trastornos psiquiátricos y de la personalidad. Respecto de aquellos que nos involucran como *profesionales*, podemos mencionar el exceso de trabajo, la falta de comunicación, la poca experiencia y la incomodidad ante la incertidumbre que generan estos pacientes. Por último, a nivel del *sistema sanitario* nos encontramos con las presiones de productividad, los problemas económicos y las fuentes de información externas que cuestionan la autoridad del profesional.<sup>334</sup> En este contexto, tal vez inventamos etiquetas que, si bien pueden ser descriptivas, no constituyen de ninguna manera un diagnóstico; terminan por reflejar sentimientos contratransferenciales de debilidad, inutilidad, así como de rechazo o incompetencia.

En este punto, Stern (1984)<sup>335</sup> manifiesta lo siguiente: “Creo que no existen los pacientes intratables, sino que existen terapeutas que no pueden tratar a ciertos pacientes. Considero que [nuestra] responsabilidad es obtener la supervisión y el entrenamiento necesario. Caso contrario, [deberíamos] llevar a cabo la derivación oportuna a un profesional que cuente con las habilidades necesarias”.

Entonces, avancemos, y la mejor manera de hacerlo es a partir de una pregunta: ¿cuáles son los factores que conducen a la resistencia al tratamiento —y los convierten en pacientes difíciles— en el espectro de las enfermedades psiquiátricas? Ensayaremos una respuesta a partir de los lineamientos que propusieron los autores Dewan y Pies (2003).<sup>336</sup> A los cinco puntos que sugieren evaluar agregaremos un sexto relacionado con la población mayor:

332 Lipsitt DR. The challenge of the “difficult patient” (déjà vu all over again—only more so). *Gen Hosp Psychiatry*. 1997 Sep;19(5):313-314.

333 Merino I, et al. El manejo de pacientes difíciles: ¿qué ocurre cuando paciente y terapeuta no se entienden? *Cuad Med Psicosom*. 2016;(118): 15-24.

334 Haas LJ, et al. Management of the difficult patient. *Am Fam Physician*. 2005 Nov 15;72(10):2063-2068.

335 Stern M. *Psychotherapy and the abrasive patient*. New York: Psychology Press; 1984. p. 49.

336 Dewan M, Pies R. *Tratamiento de los pacientes resistentes en psiquiatría*. Barcelona: Ars Médica; 2003.



1. Clasificación de la respuesta. Expectativas.
2. Factores diagnósticos.
3. Factores relacionados con la medicación.
4. Factores relacionados con el cumplimiento.
5. Uso inapropiado de las terapias psicosociales.
6. Comorbilidades clínicas.

### **1. Clasificación de la respuesta. Expectativas.**

Mencionamos en el capítulo relacionado con la entrevista que una de las cosas a evaluar era si existía una diferencia con relación al “problema” entre la mirada del paciente y la del entorno en el que estábamos incluidos nosotros, con el objetivo de detectar, en palabras del psiquiatra Lolas Stepke,<sup>59</sup> ese desfase entre el *sentido* que podemos darle desde afuera y el *significado* que puede llegar a tener internamente en la persona. En esa misma línea, deberemos preguntar y repreguntar con relación a la expectativa que tiene el paciente respecto de la que podemos llegar a tener desde nuestro lugar. El objetivo que perseguiríamos sería armonizar esas expectativas.

### **2. Factores diagnósticos**

Nuestro tratamiento, indicaciones e intervenciones se basan en un diagnóstico. Ante la falta de respuesta, es de buena práctica considerar otras posibilidades. No me refiero necesariamente a otro diagnóstico, sino a una comorbilidad psiquiátrica que dificulte o constituya una barrera. Por ejemplo, dejar de lado o considerar como síntomas menores un cuadro de ansiedad en el contexto de un trastorno depresivo.

### **3. Factores relacionados con la medicación**

En primer lugar, cabe la pregunta sobre si la indicación de un esquema determinado fue el correcto. Esto vendría de la mano del punto anterior. En segundo lugar, nuestros interrogantes deberían relacionarse con la resistencia del paciente a recibir medicación. En ese sentido, una mujer de 81 años manifestaba: “Si me duele la cabeza, llego al límite de lo intolerable para recién tomar un paracetamol. Si lo puedo evitar, lo evito”. En tercer lugar, siempre deberemos evaluar las potenciales interacciones con otros medicamentos.

#### **4. Factores relacionados con el cumplimiento**

Básico. ¿Las indicaciones que prescribimos se cumplieron en su totalidad o de manera parcial? Un hombre de 76 años lo relató así: “Tomé medio comprimido de lo que me indicó, pero no lo quise subir, no sé por qué. Sin embargo, lo seguí tomando: la caja me duraba dos meses. De todas formas, no sentí ninguna diferencia a como estaba antes de tomarla”.

#### **5. Uso inapropiado de las terapias psicosociales**

Con relación a los diferentes abordajes terapéuticos, no solo son importantes los qué y los cómo, sino también el cuándo. Es decir, la terapia, un taller de estimulación cognitiva, una terapia ocupacional, un hospital de día pueden ser indicaciones pertinentes siempre que tengamos en cuenta la singularidad de la persona. Una mujer de 79 años, ante la sugerencia de asistir a talleres, dijo: “No me interesa juntarme con viejos”. En este marco, muchas veces esperar constituye una ganancia de tiempo.

#### **6. Comorbilidades clínicas**

Lo desarrollamos en los capítulos iniciales. No obstante, ante una falta de respuesta o respuestas pocos habituales, erráticas, siempre la reevaluación clínica o neurológica se impone como una intervención e indicación necesaria.

Por último, tal vez como una simplificación, el psiquiatra Cassem (1998)<sup>337</sup> refiere que el paciente difícil es equivalente a un paciente con un trastorno de la personalidad.

#### ***Sugerencias para el abordaje del paciente difícil***

Más allá de las disquisiciones que desarrollamos hasta aquí, tenemos la tarea de atender y asistir a ese paciente que tiene un “carácter difícil”, como se lo describe de manera habitual.

#### ***Qué deberíamos hacer:***

Conocer de manera pormenorizada cuál o cuáles fueron los factores o estresores que desencadenaron la descompensación del paciente. Esto nos per-

337 Cassem NH. Massachusetts General Hospital: manual de psiquiatría en hospitales generales. Barcelona: Elsevier; 1998.

mitirá, por un lado, tener un conocimiento cabal de lo ocurrido para poder, llegado el caso, intervenir; y, por otro, puede ser de utilidad para prevenir futuras descompensaciones.

### ***Qué NO deberíamos hacer:***

*No deberíamos despojar al paciente de defensas necesarias.* Por ejemplo, ante un paciente con tendencia a “controlar” que ingresa en una institución, no sería pertinente decirle: “Bueno, a partir de ahora ya no tiene que preocuparse por eso”. Debemos tener presente que un síntoma (un rasgo) no se quita por decreto.

*No hiperestimular el deseo del paciente de cercanía.* Podemos (y debemos) tener disponibilidad, estar a disposición. Pero en lo posible hacer uso, en términos psicológicos, del “encuadre”; en pocas palabras nos referimos a los límites en el que transcurrirá el tratamiento. La disponibilidad sin límite es una propuesta irreal.

*No hiperestimular la ira del paciente.* La ira es una emoción que puede generar miedo. Es una situación particular que requerirá, de parte nuestra, no tomar partido ni juzgar en lo inmediato. Por otro lado, deberemos ser conscientes de nuestras propias reacciones: recordemos que la relación es asimétrica; ser cuidadosos con las palabras que utilizamos (evitar un tono acusatorio) y con el lenguaje o postura corporal. Llegado el caso, habrá otra oportunidad para analizar, más tranquilos, lo sucedido.

*No confrontar con la exigencia narcisista.* Que una persona de características narcisistas diga “no puedo” es una oportunidad para contener lo que puede llegar a constituir una situación de mucha angustia. Sería contraproducente manifestar frases del estilo: “Una persona como usted no puede decir eso”. “Usted nunca dijo algo así”. “Usted puede”. “Siempre pudo, ahora también va a poder”.

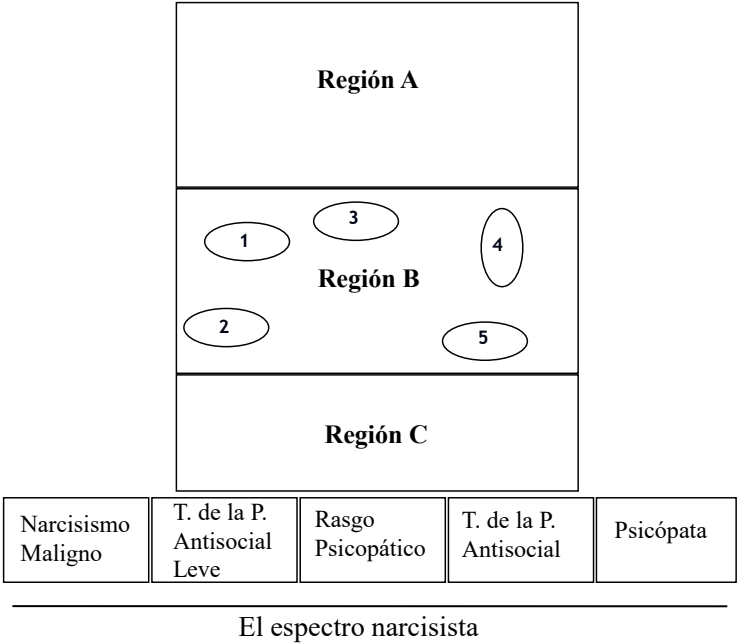
### ***Otro aporte***

El libro *Personality-disordered Patients: Treatable and Untreatable* se publicó en 2006.<sup>338</sup> Su autor, Michael Stone, discrimina diferentes situaciones desde un punto de vista práctico que pueden resultar de utilidad al momento de pensar intervenciones o posibilidades. En primer lugar, establece lo que sería, en líneas generales, el paciente “tratable”. Así, refiere que la *tratabilidad* es

338 Stone M. *Personality-disordered patients: treatable and untreatable*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2006.

una combinación de cualidades, entre las que se encuentran la capacidad del paciente de responder a las demandas de la psicoterapia, con una adecuada motivación, capacidad de reflexión y habilidad para desarrollar una alianza terapéutica. Lo que conduce a que, en meses o a lo sumo años, el paciente mejore aspectos de su personalidad (la traducción es propia). A estos pacientes los ubicaría en la Región A, en el gráfico que encontraremos más adelante.

Con relación a los *intratables*, separa las Regiones B y C. La B se correspondería con un *área gris*, en la cual encuentra una alternativa de mejora a partir de situaciones que se relacionarían con aspectos vinculares a nivel profesional, institucional o social. Por último, los incluidos en la Región C serían *los insalvables*; aquellos que ubica en el *espectro narcisista*.



Adaptado de Stone M.

Si bien en nuestra práctica debemos mantener una postura ética, frente a estos pacientes en particular esto se hace más evidente. En ese sentido, Alain Badiou (2000) escribió:

El enemigo [...] es la idea del loco definitivo, del incurable, (...). La posición ética no renunciará jamás a buscar en esta situación una

posibilidad hasta entonces inadvertida. Aunque esa posibilidad sea ínfima. Lo ético es movilizar (...) todos los medios intelectuales y técnicos posibles. Solo hay ética si el [equipo interdisciplinario], día tras día confrontado a las apariencias de lo imposible, no deja de ser un creador de posibilidades.<sup>339</sup>

Posibilidades son las que Michael Stone transmite, en cierto modo, cuando describe la Región B, el área gris. Refiere lo siguiente respecto de cada una:

**Área 1:** mejoraron con un terapeuta y anduvieron mal con otros.

**Área 2:** responden bien a una modalidad en particular y no a otra.

**Área 3:** pacientes que mejoran con un terapeuta con experiencia (tal vez por la posibilidad de poner en juego varias técnicas).

**Área 4:** anduvieron mal con los métodos convencionales, pero mejoraron con los no convencionales (que, en general, no se tienen en cuenta).

**Área 5:** son aquellos que fallaron con una docena de terapeutas, pero finalmente hicieron un clic con uno en particular y mejoraron.

## A modo de cierre

Desarrollamos los trastornos de la personalidad en la vejez. Ubicamos su diagnóstico como una de las patas fundamentales del diagnóstico integral que incluye tres partes: el psiquiátrico, la personalidad y, como veremos, el entorno o contexto.

Tener en cuenta los aspectos relacionados con la personalidad nos conducirá a un *éxito* en el tratamiento, no concebido desde el resultado, sino a partir de posibilidades con las que contaremos desde la singularidad del paciente, atentos tanto a las expectativas de este como a las propias. En este punto, profundizamos, en particular, sobre los trastornos narcisistas. Delineamos sus características principales, que le imprimen al paciente una dinámica particular que impacta a nivel del vínculo terapéutico.

En una segunda parte, abordamos la temática relacionada con los pacientes *resistentes o difíciles*, cuáles son sus rasgos y cómo podemos abordar este tipo de situaciones. Son pacientes que nos interpelan y nos cuestionan. Sin embargo, como sugiere Groves (1978),<sup>340</sup> para un [profesional del equipo interdisciplinario] atender pacientes difíciles constituye un buen comienzo.

339 Badiou A. Reflexiones sobre nuestro tiempo. Buenos Aires: Ediciones del Cífrado; 2000.

340 Groves JE. Taking care of the hateful patient. N Engl J Med. 1978;298:883-887.



## 4. El contexto/entorno

# El contexto sociohistórico de la vejez

(Sumado a lo que vimos al comienzo)

Simone de Beauvoir escribió en su libro clásico que la vejez como destino biológico es una realidad transhistórica [a pesar de que] ese destino es vivido de manera variable según el contexto social.<sup>341</sup> Sobre el contexto actual, desarrollamos en los capítulos iniciales algunos puntos relacionados con la vejez en la actualidad. Se la ubica en un lugar de desvalimiento, al mismo tiempo que se encuentra en tensión con el imperativo de la época: el mantenerse joven; lo que algunos autores denominan *jovenismo*. En esa línea, en el marco del envejecimiento poblacional, los llamados *viejenials*<sup>342</sup> tienen entre 55 y 75 años y son personas que sufrieron en la mitad de sus vidas el cambio paradigmático que significó el viraje hacia lo digital; se presentan como *activos y consumidores*, con una mayor demanda de servicios. ¿Hablamos de una nueva forma de envejecer?

Al mismo tiempo, convivimos con personas mayores que se encontrarían en la vereda opuesta. En su libro *Historia social de la vejez*,<sup>343</sup> Víctor Alba lo expresa así:

Si el viejo no puede seguir gastando según su costumbre y si dispone de más tiempo libre del que está habituado, ¿qué puede hacer? La

341 de Beauvoir S. La vejez. Buenos Aires: Sudamericana; 1970.

342 López Letón S, (15 de diciembre de 2019). 'Viejenials': el gran negocio de disfrutar la vejez. Disponible en: [https://elpais.com/economia/2019/12/13/actualidad/1576232831\\_768222.html](https://elpais.com/economia/2019/12/13/actualidad/1576232831_768222.html)

343 Alba V. Historia social de la vejez. Barcelona: Laertes; 1992.

respuesta es evidente: gozar de la vida que le queda en la medida en que no haya que pagar por ese goce. Pero el viejo no es una persona “nueva” en el momento en el que se retira. Es la misma persona que durante decenios trabajó sin saber gozar de la vida. ¿Cómo, de repente, sabría disfrutar de su existencia? Nada le ha preparado para ello. De súbito, al retirarse, se encuentra con que su “valor” supremo, el ser productor, lo ha abandonado, lo mismo que su “goce” supremo, el consumir.

No nos educan para envejecer; así como muchos profesionales no se educan para atender a personas mayores. Debemos considerar estas cuestiones con el objetivo de articularlas: ocurren en un determinado contexto social y político que las influencia y pueden determinar nuestro particular modo de pensar, abordar e intervenir frente a una problemática como es el caso de la vejez. Expusimos dos situaciones que se encuentran en tensión; dos situaciones que tendrán, en mayor o menor medida, un impacto en nuestra clínica práctica.

### Algunos aspectos históricos de la vejez en la Argentina

La información con la que contamos es escasa. En este punto, Hernán Otero, autor del libro *Historia de la vejez en Argentina*,<sup>344</sup> aborda el período que va de 1850 —momento en el que aparecen las primeras estadísticas y se constituye el Estado— a 1950, cuando se generalizan las jubilaciones. Refiere que el estudio histórico implica: los *viejos*, cuya situación en cada período resulta elusiva; la *vejez*, en tanto etapa vital; el *envejecimiento*, como fenómeno demográfico. Asimismo, manifiesta que existen problemas para *historizar* la vejez, entre los que destaca los siguientes:

- 1) Escasez de fuentes específicas e invisibilidad de las personas mayores (asimiladas a los adultos).
- 2) La realidad biológica respecto de la mortalidad, recién cambió —en Argentina— a fines del siglo XIX y comienzos del XX.
- 3) La tendencia a la reflexión filosófica, psicológica y moral sobre el envejecer.
- 4) La carencia de una *épica narrativa* del viejo como actor colectivo (“Salieron de los manuales”).
- 5) Falta de *ritos de pasaje* que definan con claridad el momento de inicio de la vejez. Hay quiebres por enfermedad, viudez, jubilación.

344 Otero H. *Historia de la vejez en Argentina (1850-1950)*. Buenos Aires: Prohistoria ediciones; 2020.



- 6) La mayoría de las teorías proviene de la literatura gerontológica (focalizadas en el proceso del envejecimiento).
- 7) La heterogeneidad y diversidad inherente a la vejez.
- 8) Historia a partir de *modelos de análisis* de corte patológico, asociados a marginalidad, pobreza, enfermedad, abandono, aislamiento.

### **Cuestiones históricas para destacar (para entender mejor la actualidad)**

En 1926 se concreta la apertura del asilo para mujeres pobres vergonzantes Isabel Balestra Espíndola, que actualmente continúa en funcionamiento. En 1943, a partir de la sanción de la ley 5015, se declara la universalización de las jubilaciones; situación que introdujo cambios profundos en el ciclo de la vida y en la percepción de la vejez. La categoría de jubilado pasó a ser supletoria de la de vejez.

Es un aspecto —la jubilación— que aborda la socióloga Sol Minondo en su libro *Envejecer protegidos: ¿una utopía?*,<sup>345</sup> donde desarrolla el acceso a la protección social, las dificultades de financiamiento del modelo contributivo actual y la inequidad del sistema.

En 1948 se declaran los Derechos de la Ancianidad (decálogo) y el asilo pasa a llamarse *hogar*. Este constituye un quiebre a nivel histórico, según el historiador Hernán Otero, uno de los hitos de la historia de la vejez. Los otros dos que considera relevantes son el desembarco de la teoría del envejecimiento en 1940, *Una nueva Argentina*, de Alejandro Bunge y la creación de la SAGG (Sociedad Argentina de Geriátrica y Gerontología) en 1951.

A estos hitos históricos podemos sumar la siguiente cronología —un aporte de la doctora Alicia Kabanchik—:

- Entre 1956 y 1960 se inicia la psicogeriatría en nuestro país de la mano del doctor Mario Strejilevich. En 1970, la OMS lo convoca como uno de los ocho expertos mundiales en el tema, y en 1985 la OPS lo invita a Washington.
- En 1970, el doctor Leopoldo Salvarezza crea el Equipo de Psicogeriatría y Psicoprofilaxis de la vejez en el Centro de Salud Mental N.º 1 (CABA), que funcionará hasta 1976. .
- En 1971, un 13 de mayo, se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, conocido como PAMI.

345 Minondo S. *Envejecer protegidos, ¿una utopía?* Buenos Aires: Eduvin; 2018.

Esto (no) es un manual de psicogeriatría

- En 1989, el 25 de abril, se funda A.L.M.A. (Asociación Lucha contra el Mal de Alzheimer y Alteraciones semejantes de la República Argentina). Un año después de que se fundara la Alzheimer's Association.
- En 1996, la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud declara: "La psiquiatría geriátrica es una rama de la psiquiatría y forma parte de la provisión de atención multidisciplinar a la salud mental del anciano. La especialidad es denominada a veces psiquiatría geriátrica, psiquiatría de la vejez o psicogeriatría".

### **Para finalizar**

A partir de lo expuesto en relación con el marco sociohistórico de la vejez y con ciertos aspectos vinculados a las personas mayores en el curso de la historia argentina, considero pertinente agregar las palabras de Víctor Alba cuando dice: "Todo esto configura el tipo de sociedad en la cual han de vivir los viejos que nacieron y se formaron en circunstancias muy distintas de las actuales. Una sociedad en la cual, además, los no viejos están creando una situación que determinará, a su vez, la condición de su vejez".

Veremos a continuación dos contextos o entornos importantes en la práctica: la familia y las instituciones geriátricas.

# Familia y cuidadores

(El otro paciente)

*¿Puedo pasar con ella/él?*

Pregunta frecuente

## Introducción

Hablar de *familia* y su relación con la vejez nos remite de inmediato a diferentes imágenes y estereotipos vinculados, probablemente, con nuestra propia historia; situación que puede darnos una falsa seguridad clínica. Sin embargo, este es un tema que presenta diferentes aristas, lo que se refleja en la cantidad de disciplinas que se ocuparon, desde la sociología y antropología, pasando por la historia, la psicología, hasta el psicoanálisis y el trabajo social. En particular, desde la psicogeriatría, no contamos con un desarrollo extenso. Ante esta situación, desarrollaremos diferentes puntos, cuyo objetivo general será delinear, desde una perspectiva clínica, un entramado que nos permita, en la práctica, contemplar a la familia como una parte fundamental del tratamiento del paciente adulto mayor. Asimismo, entre los objetivos específicos mencionaremos los pormenores de la definición, el contexto actual y su dinámica, así como el rol de la familia como acompañante y su impacto e incidencia en la práctica.

## 1. La definición

Para comenzar, tomaremos como ejemplo una dinámica prototípica de etapas del ciclo de vida familiar:<sup>346</sup>

- Inicio con el matrimonio.
- Maternidad/paternidad.
- Hijos en edad escolar.
- Adolescencia.
- Partida de los hijos.
- El nido vacío.
- El inicio de la vejez.
- La jubilación.
- Atención/cuidado de padres envejecidos.
- Nuevos roles familiares.

Pero la familia es una realidad compleja. Desde un punto de vista jurídico,<sup>347</sup> hasta hace poco tiempo la familia estaba integrada por el padre, la madre y los hijos, inclusive los abuelos y tíos, que formaban parte de un concepto de *gran familia*. También, a lo largo de la historia, encontramos aquella integrada por un solo progenitor con sus hijos y la existencia de familias ensambladas, donde nos encontramos con madrastras y padrastros. En este marco, una manera de clasificar las *nuevas formas de familia* podría ser:

- Familia monoparental, formada por una persona sola con sus hijos.
- Familia ensamblada, integrada por el soltero, viudo o divorciado con hijos, que contrae un nuevo matrimonio, el cual establece parentesco con el nuevo cónyuge.
- Matrimonio de personas de un mismo sexo.

¿Cómo define el Código Civil a la familia? *Conjunto de personas físicas unidas por un parentesco*. ¿Y qué se entiende por *parentesco*? Jurídicamente, aquel originado por:

346 Placeres Hernández JF, et al. La familia y el adulto mayor. Policlínico Universitario Nelson Fernández, Limonar. 2011. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v33n4/spu10411.pdf>

347 Universidad de La Punta. La familia: concepto y estructura. Disponible en: [http://contenidosdigitales.ulp.edu.ar/exe/derecho/la\\_familia\\_concepto\\_y\\_estructura.html](http://contenidosdigitales.ulp.edu.ar/exe/derecho/la_familia_concepto_y_estructura.html)

- Lazos de sangre.
- Afinidad (derivados del matrimonio), son los consanguíneos del cónyuge (suegros, cuñados).
- Adopción.

Lo expuesto nos sirve para comenzar a ubicarnos con relación a una definición. Pero, como ocurre en general, lo jurídico se aleja de la clínica: es meramente descriptivo. La familia, como *organización social básica*, es un espacio complejo y contradictorio producto de un contexto sociohistórico, político-económico y cultural.

¿Qué papel tiene respecto de las personas mayores? Una respuesta probable sería que constituye uno de los recursos más importantes: es la encargada de prestar atención a aquellos que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía. Sin embargo, la familia no es un lugar que puede ser naturalizado como bueno en sí mismo ni se pueden naturalizar sus funciones, debido a que puede ser lo contrario, como lo que ocurre, por ejemplo, en situaciones de abandono o institucionalizaciones en las cuales no se tiene en cuenta la subjetividad.<sup>348</sup> Leopoldo Salvarezza (2002), por su parte, sostuvo que la familia es el grupo microsocial donde transcurren los intercambios afectivos personales de las personas que envejecen.<sup>349</sup>

## 2. Ubicándonos en el contexto actual

La *verticalización de las familias* es uno de los fenómenos que se produjeron a consecuencia de los cambios asociados al envejecimiento de la población. Esto es, la sucesión de cuatro o cinco generaciones vivas que contienen cada vez más personas mayores (abuelos, bisabuelos, tatarabuelos) y menos jóvenes (debido a la disminución de la natalidad). Esto conlleva un impacto entre los vínculos generacionales que se traduce —y se traducirá— cada vez con mayor frecuencia en adultos mayores viviendo en soledad sin apoyo familiar; acompañamiento que necesariamente recaerá en redes de contención externa.

En línea con lo anterior, Amadasi *et al.* (2015), en su trabajo *Condiciones de vida e integración social de las personas mayores: ¿diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna?*,<sup>29</sup> refiere que el proceso de envejecimiento poblacional se caracteriza por tres dinámicas específicas:

348 Landriel E. Adultos mayores y familia: algunos aspectos de la intervención del trabajo social. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-031.pdf>

349 Salvarezza, L. (2002) Psicogeriatría: teoría y clínica. Buenos Aires: Paidós. p. 275-303

- 1) La feminización de la vejez, producida por la mayor mortalidad masculina.
- 2) El aumento de personas mayores de 75 años.
- 3) Personas mayores que viven solas. Soledad que se debería —según refiere— a reclamo de autonomía de las personas mayores, viudez, separación en edad avanzada, factores económicos, disponibilidad de vivienda, grado de autonomía psicofísica. Situaciones que se tradujeron en un aumento de hogares unipersonales de personas mayores y de matrimonios mayores viviendo solos.

Podríamos agregar otros cambios demográficos y sociales que redujeron el número de familiares disponibles (¿o dispuestos?) para el cuidado de las personas mayores:

- El aumento de la expectativa de vida generó fenómenos poco habituales, como por ejemplo la institucionalización de una mujer de 92 años junto con su hijo de 73, debido a que este presentaba deterioro cognitivo.
- Ante la disminución de la tasa de natalidad, hay una edad mediana que debe hacerse cargo tanto de sus hijos como de sus padres.
- Por las migraciones, existen mayores probabilidades de estar separados por motivos geográficos.
- Mayor número de mujeres en actividad laboral. En este punto, equilibrar el trabajo y la vida familiar se convirtió en un desafío por momentos desalentador. Se produce así un vacío en torno al cuidado. Casi una encrucijada. O como lo denomina Russel Hochschild, “el punto muerto de una revolución de género”.<sup>350</sup>
- Mayor número de personas mayores con afecciones crónicas.<sup>24</sup>
- En esta línea, viene a colación el planteo de Alfredo Carballada (2001),<sup>351</sup> quien expresa que, producto de las transformaciones del contexto,

[...] la familia se encuentra atravesada por una serie de nuevas cuestiones de orden social, económico, político e histórico, por una realidad no homogénea en relación con la comprensión y explicación de mundos, intereses, proyectos, etc., de cada uno de sus integrantes. La crisis del modelo de familia “moderna” justificada y organizada con base en la supremacía patriarcal, sufre una serie de modificaciones

350 Hochschild AR. La mercantilización de la vida íntima: apuntes de la casa y el trabajo. Buenos Aires: Katz; 2008. p. 309-322.

351 Ludi MC, et al. Envejecimiento y vejez: procesos de envejecimiento y configuraciones familiares en el actual contexto. Disponible en: <http://www.pcient.uner.edu.ar/Scdyt/article/view/408/622>

producto de la crisis socioeconómica y de la asunción de nuevos papeles por parte de la mujer y los niños en la sociedad... Al interior de la familia se reproduce hoy la crisis societal en términos de sus expresiones sintomáticas: conflictos graves, situaciones de violencia, desmembramiento de vínculos, situaciones de abandono, maltrato.

En este marco de reconfiguración familiar, veremos que su presencia es clave en el abordaje de la problemática de las personas mayores.

### 3. Cuestiones clínicas

Sabemos que la entrevista en psicogeriatría es la herramienta fundamental con la que contamos para llevar a cabo el diagnóstico y, posteriormente, delinear las intervenciones que se consideren y que constituirán, en definitiva, el tratamiento indicado.

El diagnóstico siempre deberíamos plantearlo en tres partes:

- 1) El diagnóstico psiquiátrico.
- 2) La personalidad.
- 3) El contexto/entorno.

Ahora bien, ¿cómo evaluamos el *contexto* (la familia)? Comenzaremos por analizar los dos grupos que se encuentran incluidos en el mencionado trabajo de Amadasi (2015): *los que viven solos y aquellos que se encuentran acompañados*. Resulta interesante resaltar que se presenta en ambos casos, en mayor o menor medida, un déficit a nivel afectivo (no contar con alguien que le demuestre afecto); instrumental (no contar con ayuda para las tareas cotidianas/domésticas) y de apoyo (no contar con alguien que le aconseje o le brinde información sobre temas personales). Sin embargo, en las personas que se encuentran acompañadas, estos déficits se presentan con menos frecuencia. Esto nos permite, desde un punto de vista clínico, inferir que debemos contemplar siempre la posibilidad de un déficit, más allá de la presencia del acompañamiento.

Leopoldo Salvarezza, en *Ser viejo en el siglo XXI*,<sup>352</sup> manifestó en 2005: “Volverse viejo en el mundo moderno está caracterizado por una mayor cantidad (incremento en la expectativa de vida) y una menor calidad (devaluación social y discriminación), lo cual configura una pérdida del estatus de los ‘viejos’

352 Salvarezza L. (La Nación, 14 de noviembre de 2005). Ser viejo en el siglo XXI. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/opinion/ser-viejo-en-el-siglo-xxi-nid756144/>

dentro de la familia; por lo que se reduce su lugar dentro de ella y sus deseos y necesidades son tomadas en cuenta cada vez menos”.

El mismo autor, en *Psicogeriatría. Teoría y clínica*, refiere que en el centro de todo trabajo clínico con la familia está el hecho de evaluar el ideal familiar. Dice: “Esto nos permitirá determinar la posición que el concepto de vejez ocupa dentro de la estructura familiar, quién es el depositario actual, cuáles son las dificultades de contacto y cuáles las técnicas de evitación. Para hacerlo, deberemos contemplar lo visto hasta aquí, teniendo en cuenta los cambios que se produjeron en la dinámica familiar”. Además, como dijimos, nuestro instrumento principal es la entrevista. Y es en esta, precisamente, donde desarrollamos los diferentes puntos relacionados con la evaluación.

#### **4. El rol de la familia frente a las enfermedades prevalentes**

Llegado a este punto, luego de ubicarnos tanto en el contexto actual como en los aspectos clínicos, nos focalizaremos en el rol que tiene la familia en las patologías prevalentes en psicogeriatría y en las instituciones geriátricas (como un contexto particular).

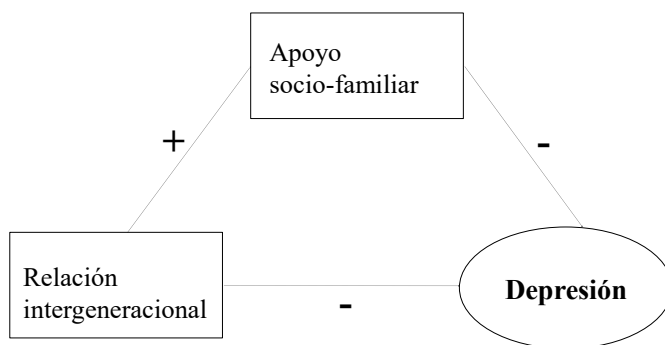
##### **A. Depresión**

El envejecimiento de la población se acompaña de una serie de desafíos; entre ellos, la *depresión* constituye un problema de salud pública que afecta la salud mental de las personas mayores.<sup>353</sup> Según la OMS, el número de pacientes con depresión aumentó en un 18,4 % entre 2005 y 2015, y los pacientes de edad avanzada sufren una de las mayores incidencias de trastornos depresivos. En ese sentido, se observó que una mala relación intergeneracional influyó directamente en la depresión de las personas mayores. Al contrario, una buena relación intergeneracional puede prevenirla y aliviarla.<sup>354</sup> Por lo tanto, esta relación resulta esencial. De la misma manera, se demostró que el apoyo sociofamiliar podría reducir el nivel de depresión en las personas mayores. Gráficamente sería así:

353 Li C, Jiang S, Zhang X. Intergenerational relationship, family social support, and depression among Chinese elderly: A structural equation modeling analysis. *J Affect Disord.* 2019 Apr 1;248:73–80.

354 World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017.





Adaptado de Li

Cuanto más grande sea la red familiar, mayores serán las oportunidades para que los adultos mayores se comuniquen e interactúen con los miembros de la familia, lo que ayudaría a reducir la sensación de soledad de estos. Recibir más apoyo emocional puede hacer que las personas mayores se sientan más cercanas a los miembros de su familia, lo que en consecuencia aumenta el nivel de apoyo social percibido y alivia la depresión.<sup>355</sup> Para evaluar la red de apoyo con la que cuenta la persona, pueden ser útiles las siguientes preguntas:

- ¿Cuántos son en la familia y con qué frecuencia se encuentran?
- ¿Cuenta con un allegado al que pueda expresarle cosas privadas?
- En lo cotidiano, ¿dónde se refleja la ayuda recibida?

---

Una *digresión* relacionada con la cultura:

La *piedad filial* es una manifestación importante del confucianismo que obliga a los niños a respetar, cuidar y venerar a sus padres.<sup>356</sup> Y esta virtud se demuestra con el apoyo financiero, el cuidado de la vida y el consuelo espiritual que brindan los niños a las personas mayores.

---

## B. Demencias

En esta misma línea, también habría una implicancia con los deterioros cognitivos. La conclusión del trabajo de Fung (2019)<sup>357</sup> remarca la importan-

355 Jacobson NC, Lord KA, Newman MG. Perceived emotional social support in bereaved spouses mediates the relationship between anxiety and depression. *J Affect Disord.* 2017;221:83-91.

356 Chen J. China's pension mode: traditional culture, family boundaries and intergenerational relations. *J Xi'an Jiaotong Univ Soc Sci Ed.* 2010;30(6):44-50.

357 Fung AWT, Lee ATC, Cheng ST, Lam LCW. Loneliness interacts with family relationship in relation to cognitive function in Chinese older adults. *Int Psychogeriatr.* 2019 Apr;31(4):467-475.

cia: “Una mala relación entre los miembros de la familia podría incrementar en los adultos mayores que viven solos el riesgo de deterioro cognitivo. Esto podría tener un impacto en el diseño de la intervención psicosocial para aquellos que son vulnerables a la soledad como una manera de prevenir las deficiencias neurocognitivas”.

Sabemos que las demencias se caracterizan por cambios cognitivos y de comportamiento asociados con el deterioro funcional y la dependencia de las actividades de la vida diaria. La enfermedad plantea un desafío para pacientes, familiares y cuidadores.<sup>358</sup> Asimismo, el crecimiento de la población de adultos mayores está acompañado por un aumento en el número de personas con demencia que requieren asistencia o supervisión para actividades de la vida diaria y tareas de autocuidado. En consecuencia, también aumenta el número de familiares que atienden —o asisten— a pacientes con esta enfermedad.

Cuidar a un pariente con demencia es un proceso multifactorial complejo asociado con la carga —sobrecarga— de los cuidadores familiares. Esta va a depender del estado de salud del cuidador, la presencia de morbilidades físicas, la vida social y los ingresos, y no solo de los síntomas de demencia del paciente.

Por lo tanto, el cuidado puede traer aparejado una serie de consecuencias negativas para la salud mental del cuidador: trastornos del estado de ánimo, ansiedad, angustia, síntomas somáticos y abuso de psicofármacos. En este contexto, las intervenciones psicoeducativas contribuyen de manera significativa a mejorar el bienestar de los cuidadores, proporcionando un componente educativo que cubre el diagnóstico, el curso y la progresión de la enfermedad.<sup>359</sup>

Un estudio en atención primaria de Aufill (2019) reportó que, entre los pacientes sin diagnóstico, la familia detectó las alteraciones cognitivas antes que los médicos, lo que sugiere que la incorporación de las perspectivas familiares podría ser útil para la detección precoz del deterioro cognitivo no solo en la atención primaria.<sup>360</sup>

358 Duarte ESR, Silveira LVA, Cítero VA, Jacinto AF. Common mental disorder among family carers of demented older people in Brazil. *Dement Neuropsychol*. 2018 Oct-Dec;12(4):402-407.

359 Lopes LO, Cachioni M. Psychoeducational intervention for carers of older people with dementia: a systematic review. *J Bras Psiquiatr*. 2012;61:252-261.

360 Aufill J, Amjad H, Roter DL, Wolff JL. Discussion of memory during primary care visits of older adults with cognitive impairment and accompanying family. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019 Nov;34(11):1605-1612.

Con relación a los *síntomas psicológicos y conductuales*: como dijimos, cuidar a un miembro de la familia con demencia puede ser muy estresante, y pone a los cuidadores en riesgo de problemas de salud mental y física. En particular, los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia son habituales y representan un factor de riesgo para el bienestar de ambos: de quien requiere el cuidado y del cuidador. En este contexto, la importancia de la familia es relevante. El estudio de Polenick (2018)<sup>361</sup> demuestra que los cuidadores familiares perciben una variedad de causas que pueden generar estos síntomas: una enfermedad, condiciones de salud comórbidas, reacciones psicológicas, consecuencias sociales adversas y cambios ambientales. Por este motivo, la comunicación, la educación y la escucha son de suma importancia al momento de delinear un tratamiento.

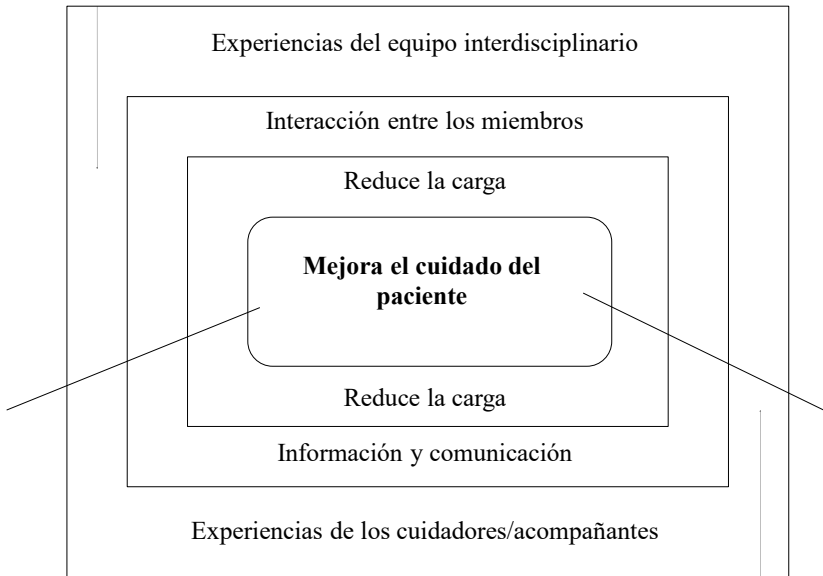
### **C. Síndrome confusional - *delirium*:**

El *delirium* es un evento estresante no solo para los pacientes, sino también para cuidadores familiares y no familiares (entre los que incluimos a enfermeras/os y acompañantes). Tener en cuenta y registrar la experiencia, observaciones y aportes de los cuidadores respecto del síndrome confusional puede ayudar a su detección temprana, así como favorecer una buena evolución y llevar a cabo una asistencia específica. Por este motivo, la educación de los portadores de cómo puede evolucionar un *delirium* constituye una intervención que tiene como objetivo reducir la carga que implica su atención.<sup>362</sup>

El esquema que sigue muestra la interacción entre los dos tipos de cuidado (familiar y no familiar) que, en general, confluyen en el transcurso del tratamiento, por lo que es necesario contemplarlos para lograr que, en lo posible, interactúen de manera equilibrada.

361 Polenick CA, et al. "The filter is kind of broken": family caregivers' attributions about behavioral and psychological symptoms of dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018 May;26(5):548-556.

362 Mossello E, Lucchini F, Tesi F, Rasero L. Family and healthcare staff's perception of delirium. *Eur Geriatr Med*. 2020 Feb;11(1):95-103.



Adaptado de Mossello, et al.

#### D. En las instituciones geriátricas:

Las tres patologías más prevalentes en psicogeriatría que desarrollamos también tienen un lugar destacado en las residencias de larga estancia, así que podemos inferir su importancia y extrapolar lo que vimos en ese ámbito. No obstante, resaltaremos el lugar fundamental que tiene la participación familiar en la dinámica de la institución, la cual constituye un factor que tiene el potencial de mejorar la calidad de vida de los residentes.<sup>363</sup> Por ejemplo, se ponen en evidencia al momento de episodios de angustia o inquietud psicomotriz, en los que el acompañamiento *uno a uno* por parte de los familiares resulta una intervención psicosocial que permite la estabilidad del paciente. Otro momento que podríamos resaltar es el momento de las ingestas.

Teniendo en cuenta el rol de las familias, las instituciones deberían fomentar la comunicación entre el personal y los familiares del paciente, a partir de ayudar a los cónyuges y otros miembros a cumplir su función de cuidado deseada, así como discutir las motivaciones de la familia para brindar atención necesaria durante las visitas.

363 Roberts AR, Ishler KJ. Family involvement in the nursing home and perceived resident quality of life. *Gerontologist*. 2018 Nov 3;58(6):1033-1043.

**Algunas conclusiones:**

1. El estereotipo de familia cambió.
2. El envejecimiento de la población trajo aparejados cambios en la dinámica vincular.
3. Es necesario, una vez realizado el diagnóstico psiquiátrico y de personalidad, incluir al contexto/familia.
4. Debemos evaluar el lugar que tiene el grupo con relación al paciente.
5. El rol de la familia en el tratamiento es fundamental.



# La institución geriátrica

(Como generadora de síntomas)

*Lo que la mano hace, la mente lo recuerda*

—María Montessori

Analizaremos un contexto singular: la residencia, la institución geriátrica. Nuestros objetivos serán: 1) problematizar, desde una perspectiva clínica, la práctica del profesional que brinda la asistencia; 2) reflexionar sobre cómo la institución —ese contexto—, por sus propias características, puede ser generadora de síntomas; 3) postular la necesidad de una mirada integradora; 4) ubicar, desde una perspectiva psicogeriátrica, una interpretación de situaciones y no solo la ejecución de intervenciones; 4) repensar el lugar del psicofármaco; 5) revalorizar la escucha y las intervenciones psicosociales.

## **Presentación del problema**

Desde la década del setenta se produjo en Argentina una masificación de las residencias geriátricas, fenómeno que se reflejó en el incremento de los adultos mayores que residen en esas instituciones. En Argentina —en cifras de 2015— vivían 86.441 personas; el 70,3 % se correspondía a mujeres. El 90 % compartía el dormitorio. Y el 65 % no presentaba ningún tipo de déficit

cognitivo o físico.<sup>364</sup> Este ámbito, convertido en la nueva vivienda, es el lugar donde se desplegarán las dinámicas de lo cotidiano. Se evidenciarán, a su vez, las consecuencias de la *institucionalización* debido a los cambios que se producen en la rutina de la persona. Una mujer de 82 años fue contundente en este sentido: “La única verdad es que esta no es mi casa, entonces está todo mal”.

A las residencias geriátricas se las puede incluir dentro de las denominadas *instituciones totales* descritas por el sociólogo Goffman.<sup>365</sup> En este sentido, diremos que la persona migra de un lugar que conocía a otro con características propias.<sup>366</sup> con horarios estipulados para dormir y despertar, así como para las comidas, para recibir visitas, para los controles médicos. Estos lineamientos que tendrían como objetivo cuidar, proteger o incluso mejorar la calidad de vida pueden vulnerar la autonomía y alterar la privacidad de la persona: las habitaciones, en general, no cuentan con llave; se prohíben las salidas sin acompañamientos; hay cambios en aquellas situaciones cotidianas que se definen como *íntimas*: baño, detalles de decoración, objetos de uso personal. Es decir, se pasa del trato propio e individual que tenía en su hogar a uno común e igualitario para todos los residentes. Un hombre de 84 años lo expresó así: “Miro alrededor y lo único que veo son personas enfermas, perdidas. El tema es que después me quieren tratar igual, entonces me enoja”.

Estos cambios en el diario vivir de la persona, debido a las características propias de este tipo de instituciones, pueden traducirse en *síntomas conductuales* que, tal vez, no sean otra cosa que la expresión de un malestar; pero cuya lectura desde la psiquiatría puede generar la consecuente *psiquiatrización*; es decir, definir como psiquiátrico un problema que no lo es,<sup>367</sup> situación que puede desembocar en un uso indebido de psicofármacos.<sup>368</sup> La medicina [la psiquiatría y la psicogeriatría], con su enfoque en la patología orgánica individual y sus intervenciones específicas, se convirtió en una fuerza poderosa y

364 Butinof M, Guri AK, Rodríguez G, et al. Adultos mayores en establecimientos geriátricos en la provincia de Córdoba: ¿objeto de cuidado o sujetos de derecho? Rev Argent Psiquiatr. 2015;26:125-131.

365 Goffman E. Internados. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.

366 Barenys MP. Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos. Rev Esp Investig Sociol. 1993;64:155-174.

367 Rose N. Beyond medicalisation. Lancet. 2007 Feb 24;369(9562):700-702.

368 Natella G. La creciente medicalización contemporánea: prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental. En: Cannellotto A, Luchtenberg E, coords. *Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades*. San Martín: UNSAM Edita; 2010. p. 17-52.



omnipresente en la definición y el tratamiento de los problemas de la vejez. Es lo que se denominó la *biomedicalización de la vejez*.<sup>369</sup>

La evaluación psiquiátrica tradicional corre el riesgo de perderse, de equivocarse frente a la complejidad del paciente geriátrico institucionalizado. Esto se debe a la tendencia a priorizar y ubicar en el centro a la enfermedad en lugar de hacerlo en y a partir de la persona. Esta visión requiere de una valoración integral; es decir, que tenga en cuenta el entrecruzamiento de diferentes variables, como son los aspectos psicosociales, ambientales, económicos y clínicos.<sup>7</sup>

### Algunas respuestas

¿Por qué es necesario analizar a la institución geriátrica como generadora de síntomas? Porque es un lugar habitual en el que se requiere de una atención psiquiátrica y por la complejidad que conlleva la práctica asistencial. Porque es un sector de la población que se encuentra invisibilizado: solo existen datos recientes (a partir del censo 2010). Porque es un área sobre la cual las nosologías actuales no pueden dar cuenta de aquel enfermo que reside en una institución. Porque es un ámbito en el que confluyen diferentes disciplinas y especialidades que, con sus parámetros teóricos, asisten a la persona mayor.

Por último, porque su indicación constituye un *factor de riesgo* para el desarrollo o descompensación devenida en enfermedad psiquiátrica (depresión, ansiedad, alteraciones del comportamiento). Cabe aclarar (y remarcar) que mencionar un factor de riesgo no es equivalente a enfermedad.<sup>370</sup>

La Real Academia Española define al geriátrico como *hospital o clínica donde se trata a ancianos enfermos*. Esto nos ubica frente a una primera dificultad, la de pensar —asociar— a la institución geriátrica con la enfermedad.

El envejecimiento es un proceso que se relaciona con cambios biopsicológicos. Estos son interpretados por una cultura que le otorga un significado, en un contexto particular y dinámico. Nuestro marco de estudio, en este caso, será la *residencia geriátrica*, donde la percepción social sobre la vejez suele estar ligada al deterioro y a la dependencia, esté o no presente la enfermedad. En este sentido, la mirada desde las diferentes especialidades y disciplinas pone el acento en el deterioro y la disminución de las capacidades (físicas e intelectuales). Esto ubica a la persona mayor en un lugar de cuidado, donde prevalece el modelo asistencial regido por las coordenadas que le brinda el *paradigma*

369 Estes CL, Binney EA. The biomedicalization of aging: dangers and dilemmas. *Gerontologist*. 1989 Oct;29(5):587-596.

370 Levín SA. Suicidio, palabra maldita (muerte, palabra prohibida). *Vertex*. 2014 May-Jun;25(115):225-230.

*biomédico*,<sup>371</sup> caracterizado por la importancia que se les otorga a las clasificaciones, a los modelos de enfermedad causal y, a través de la medicina basada en la evidencia, la concepción del cuidado como una serie de intervenciones separadas, que se analizan y miden independientemente de su contexto. Como consecuencia, se focaliza en el cuidado, la asistencia y el tratamiento de la enfermedad como tal.

Dicho de otra manera, si explicamos, por ejemplo, una conducta determinada, desde los lineamientos que propone este paradigma, justificamos el uso de un psicofármaco como una intervención necesaria, si no la única, situación que encuentra en las instituciones geriátricas un lugar propicio para su desarrollo que, en ocasiones, puede llegar a traspasar los límites y constituir un abuso.

Sabemos, como lo dijimos al comienzo del libro, que: 1) los estudios acerca de la incidencia y la prevalencia de las enfermedades mentales graves en la población que engloba a los adultos mayores son escasos; 2) que aquellos que se llevaron a cabo tuvieron problemas metodológicos, como el uso de definiciones y criterios diagnósticos inadecuados para las personas de edad avanzada; 3) que de la variedad de presentaciones psicopatológicas, varias no encajan en la nomenclatura existente; 4) que los tratamientos (psicofarmacológicos y psicológicos) necesitan ensayos clínicos que cuenten con un diseño apropiado para poder evaluar sus resultados.<sup>1</sup> Estas condiciones abonan un terreno en el cual la persona mayor queda expuesta a explicaciones de lo que le sucede a partir de haber sido institucionalizada, lo que puede desembocar en diagnósticos psiquiátricos o interpretaciones erróneas. En este punto se hace evidente la necesidad de desarrollar criterios específicos —a partir de trabajos de investigación que contemplen nuestra idiosincrasia— que incluyan al adulto mayor.

Llegados a este punto, analizaremos algunos aspectos inherentes a las residencias geriátricas que, sumados a la lectura anterior, las convierten en “generadoras de síntomas”. En primer lugar, tomamos posición: hablamos —como dijimos— de una *institución total*, definida por Goffman como “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente”. Si bien la definición podría ser pasible de discusión en torno a si se adapta para analizar las residencias geriátricas, diremos que, en la medida en que toda la vida de una persona transcurre dentro de una institución, esta puede calificarse de *total*.

371 Bracken P, Thomas P. Postpsychiatry: a new direction for mental health. BMJ. 2001 Mar 24;322(7288):724-727.

La institucionalización constituye un cambio de vida tanto para la persona mayor como para sus allegados. Es un espacio donde, por sus características propias, se despoja a la persona de lo que era su rol cotidiano: pasa a ser un par; a tener un trato igualitario, ajeno a su subjetividad. Hay una norma a seguir que incluye actividades a las que es necesario no solo asistir, sino también participar con el objetivo de ser incluido en la institución. Asimismo, el ingreso a una residencia desencadena una serie de miedos que no son otra cosa que la ratificación de un miedo previo: el ciclo de la vida se cierra en la residencia.

Si seguimos la línea propuesta por Goffman, diremos que la internación trae aparejada una reorganización del *yo* que, paradójicamente, en lugar de ordenar, desordena. La persona acaba siendo lo que la institución pide que sea (en caso de poder adaptarse). Dicho de otro modo, la institución fomenta y favorece en los adultos mayores una actitud sumisa y pasiva. Es aquí donde nuestro trabajo como psiquiatras debe ser el de analizar lo que le sucede a la persona desde su subjetividad, en contacto e incluida en un marco institucional con las características mencionadas. Por ejemplo, cómo sería el hecho de diferenciar la pérdida de control de la que es estimulada por la institución de la que es secundaria a una enfermedad.<sup>372</sup>

Expusimos un mapa rudimentario, incompleto, hasta quizás un prejuicio sobre una problemática a todas luces cada vez más frecuente. Analizarlo tuvo como objetivo constituir un punto de partida para estudios específicos que focalicen esta temática.

Para terminar, se nos plantean desafíos marcados por el incremento sostenido de la expectativa de vida. En este sentido, las residencias geriátricas son un reflejo de la sociedad que la ha alumbrado; ello implica que abordar su análisis es ahondar en el significado sociológico de la vejez en nuestra sociedad.

## Conclusiones y recomendaciones

La *psiquiatrización* que se puede llevar a cabo de las conductas que presentan aquellas personas —enfermas o no— que residen en instituciones geriátricas, con la consecuente indicación de un psicofármaco, es una situación habitual que conviene prevenir. Esto requiere una lectura más amplia y crítica de la singularidad que plantea caso por caso, teniendo en cuenta las características de la institución total, que genera en la vida de la persona un verdadero quiebre en su biografía. Interpretar estas situaciones redunda en un beneficio tanto para los pacientes como para la especialidad.

372 Barenys MP. Las residencias de ancianos y su significado sociológico. Papers. 1992;40:121-135.

Aún en casos de deterioro avanzado, el punto de partida tiene que ser la *alianza terapéutica*, ya que implica la construcción de un vínculo que comprometa los valores y prioridades del paciente en su búsqueda de dar un significado a lo que le ocurre. En ese sentido, es crucial respetar la diversidad en el trabajo en salud mental, tanto en la teoría como en la práctica.

Debemos revalorizar la *aproximación psicosocial* —esa amplia gama de intervenciones que se diseñan y utilizan a partir del paciente para aliviar la carga y el estrés que ocurre por el manejo de la persona con demencia—<sup>373</sup> como necesaria y fundamental antes del uso del psicofármaco. Hay una subjetividad de la cual debemos extraer nuestras conclusiones, más allá de la apreciación fenomenológica.

373 Health Quality Ontario. Caregiver- and patient-directed interventions for dementia: an evidence-based analysis. Ont Health Technol Assess Ser. 2008;8(4):1-98.

Tercera parte  
**(El y los tratamientos)**



# Toma de decisiones en psicogeriatría

(La pregunta: qué hacemos)

*¿Qué hago? ¿Qué le doy?*

—Pregunta de un residente

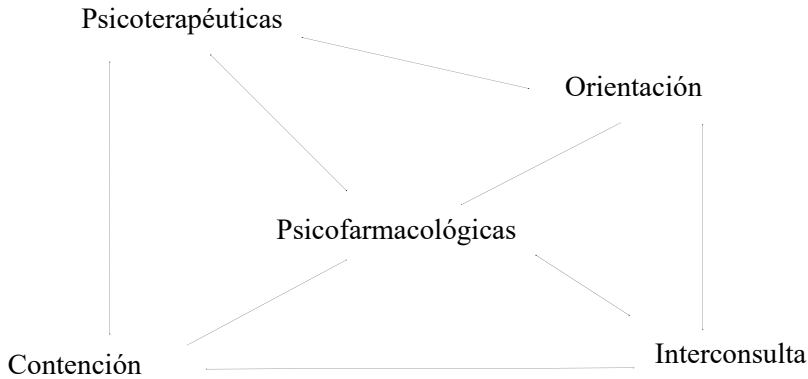
## Para empezar

Una vez que realizamos el diagnóstico que contempló, una vez más, las tres partes que mencionamos: lo psiquiátrico, la personalidad y el contexto/entorno, debemos tomar una decisión sobre cómo seguimos o qué vamos a hacer (me refiero a nuestras indicaciones). Estas, al igual que la vejez, se caracterizan por lo diverso. En general, contamos con las intervenciones psicoterapéuticas y de contención; la orientación sobre lo que sería conveniente: acompañamiento, actividades de estimulación cognitiva, física y recreativas, kinesiología, pedido de interconsulta (clínica, neurológica) y, por último, la indicación de un tratamiento psicofarmacológico. Si bien separamos las diferentes intervenciones, estas pueden darse de manera simultánea. El gráfico que sigue a continuación constituye, al mismo tiempo, una imagen de cómo se vería probablemente nuestro pensamiento.

Con solo pensar un instante, seguramente podríamos evocar innumerables situaciones clínicas frente a las cuales tuvimos que tomar una decisión respecto de un paciente. No es mi objetivo realizar, en un principio, un análisis minucioso sobre temas puntuales: eso vendrá luego, cuando analicemos el tratamiento de los diferentes diagnósticos. Solo a modo de ejemplo, enumeraré algunas viñetas clínicas que tienen como finalidad servir de punto de partida

para lo que pretendemos reflexionar: la toma de decisiones en psicogeriatría. Esto constituye el cimiento sobre el cual apoyaremos el comienzo de nuestro tratamiento.

## Intervenciones



### Ejemplos clínicos

Una mujer de 89 años concurre al consultorio derivada por su médico geriatra.

—Me cambió la medicación y quiere ver si usted está de acuerdo —me dice, al mismo tiempo que ubica sobre el escritorio la cajita de la nueva y de la vieja medicación.

Agrega—: Esta tomaba antes, el Humorap (citalopram) y la mitad de este, ahora, el Comenter (mirtazapina), y también tres de estos, Rivotril 0,5 mg (clonazepam).

—¿Por qué el cambio? —pregunté.

—Estaba con angustia —contestó.

—¿Qué pasó?

—Yo toda la vida me manejé sola la plata, y mis hijos, de la noche a la mañana, me dijeron que era peligroso que yo tuviera dinero y se llevaron lo que tenía. Ahora debo pedirles a ellos.

—Está bien el cambio de medicación —concluyó.

Otra mujer, de 67 años, se encontraba medicada con 40 mg de fluoxetina debido a la angustia que, según ella, le producía el hecho de tener que cuidar a su marido con enfermedad de Alzheimer y a la escasa ayuda que recibía



por parte de sus hijos: “Me mandaron para ver si tengo que cambiar o agregar más medicación”.

Consulta el hijo de un hombre de 78 años: “Hace diez días mi papá quedó viudo. Todos sabíamos que podía pasar de un momento a otro, pero él se empecinaba en cuidar a mamá en casa. Ahora queremos, junto a mis dos hermanos, asesorarnos sobre el tema de los geriátricos. Él ya está medicado.

Por último, un paciente de 72 años concurre acompañado por su hija, refiere que presenta olvidos, y una RMN de cerebro informa cambios involutivos. Las actividades de la vida diaria se encuentran conservadas. La medicación que recibe es donepecilo, 10 mg por día: “¿Tiene que continuar con la medicación?”, preguntó la hija.

Lo que sigue a estos ejemplos es un silencio, una pausa en la que analizaremos qué vamos a hacer. Un hacer que incluirá nuestras indicaciones. Ahora bien, ¿por qué decidimos un fármaco en particular?; ¿por qué sugerimos una psicoterapia o una actividad terapéutica? O dicho de otra manera, ¿en qué nos basamos para tomar nuestras decisiones?

## **La cuestión: decidir**

### *(El contexto)*

La toma de decisiones es el proceso mediante el cual se realiza una elección entre alternativas o formas para resolver un problema actual o potencial.<sup>374</sup> En nuestro caso, en el ámbito de la psicogeriatría, todo el tiempo tomamos decisiones. Pero en ese proceso, ¿cuáles son los factores que influyen para llevar a cabo una determinada intervención y no otra?

La buena praxis en psiquiatría —dice Bracken *et al.* (2012)<sup>375</sup>— implica necesariamente un compromiso con la parte no técnica: los significados, valores y relaciones. Los significados serían las interpretaciones que hacemos de nuestras experiencias personales, culturales o religiosas. Los valores, por su parte, se refieren a los principios y creencias que consideramos importantes. Estos pueden influir en la forma en que percibimos y respondemos con relación a nuestras experiencias. Por último, las relaciones son las interacciones, los vínculos que tenemos con otros.

Surgen, en este punto, dos problemas. El primero: la psiquiatría está dominada por un paradigma científico o tecnológico que considera a estos elemen-

374 Hellriegel D, Slocum JW. Administración. 7.ª ed. Ciudad de México: Internacional Thomson Editores; 2009.

375 Bracken P, et al. Psychiatry beyond the current paradigm. Br J Psychiatry. 2012 Dec;201(6):430-434.

tos como secundarios. Una muestra de esto es la relevancia que se les otorga a las clasificaciones, a los modelos de enfermedad causales y, a través de la medicina basada en la evidencia, la concepción del cuidado como una serie de intervenciones separadas, que se analizan y se miden independientemente de su contexto. El segundo problema sería una pregunta: ¿existe una forma de trabajar que priorice los significados, los valores y las relaciones?

En *Apuntes para una reflexión sobre la perspectiva bioética en psiquiatría*,<sup>376</sup> el doctor Juan Carlos Stagnaro refiere que las teorías de los trastornos mentales se multiplicaron y atraviesan una crisis del paradigma psiquiátrico. La psicogeriatría, como la rama más nueva de la psiquiatría, no se encontraría por fuera de esta crisis. Sabemos que esta se desarrolló de manera paulatina durante el siglo XX (y en Argentina desde 1970),<sup>377</sup> y adquirió en la actualidad una mayor relevancia a partir del impulso que significó, desde un punto de vista psicosocial, el incremento de la población mayor, lo que trajo aparejado, a su vez, un aumento de las patologías mentales en este grupo. Es innegable que la investigación científica y la tecnología contemporánea penetraron en la cultura en todos sus aspectos, lo que instaló una fe científicista.<sup>378</sup> La ciencia omnipresente y omnipotente se presenta como el paradigma del saber. Esto ocasionó en el campo de la medicina una corriente reduccionista biomédica y, a su vez, hegemónica, situación que se traduce en el empobrecimiento de la perspectiva humanística.

Esta realidad contemporánea genera contradicciones, por lo que, al tomar una decisión en este contexto, se puede caer en el reduccionismo que impera, con el consecuente sesgo epistemológico que proveyó esa manera de pensar. ¿Acaso no es eso lo que transmiten por momentos las viñetas clínicas que se enunciaron al comienzo? Aquí aparece una contradicción, porque, ante una respuesta afirmativa a la pregunta anterior, surge que la psiquiatría, *la más humanista de las especialidades médicas*, se aleja (o alejaría) del modelo biomédico; modelo que, por momentos, se torna inalcanzable, dado que existe una dimensión intersubjetiva en el diagnóstico que no es reproducible en la investigación.

Trabajamos en la incertidumbre. Sé que esta afirmación puede sonar categórica, pero solo basta tener en cuenta que adolecemos de certezas respecto al pronóstico evolutivo de varias enfermedades mentales, ¿cuál es, al final, la tasa de *conversión* más cercana a demencia de un deterioro cognitivo leve o de una

376 Fantin JC, Fridman P. Bioética, salud mental y psicoanálisis. Buenos Aires: Polemos; 2009.

377 Salvarezza L. Psicogeriatría: teoría y clínica. Buenos Aires: Paidós; 2002.

378 Peteiro Cartelle J. La ciencia y la dominación autoritaria del sujeto. Intercanvis. 2014;(32):93-104.

depresión de inicio en la vejez? Tampoco tenemos criterios nosológicos estrictos y protocolos de tratamientos, como enunciamos al comienzo del libro.

Hasta aquí planteamos, de manera concisa, aspectos inherentes al contexto en el que realizamos o transcurre nuestra práctica. Vuelvo, entonces, a la toma de decisiones. Los elementos que constituyen la estructura de una decisión son los objetivos de quién decide y las restricciones para conseguirlos, las alternativas posibles y potenciales, las consecuencias de cada alternativa, el contexto y las preferencias del que toma la decisión.

Aquí se podría alegar la importancia clínica que podríamos atribuirles a los manuales DSM y CIE-10: mejorar la comunicación (a través de un lenguaje único) y brindar la información clínica necesaria para la toma de decisiones. Incluso, como se encuentra establecido en la introducción del DSM-IV-TR, “lo más importante es que sea una guía útil para la práctica clínica”.<sup>379</sup> Con este criterio, la cuota de las dudas quedaría saldada respecto de un problema clínico y la toma de una decisión vinculada con el tratamiento. Pero, como sabemos, para el que se dedica a la psicogeriatría, el uso del manual estadístico (al menos por ahora) no llega a constituirse como una guía.

---

A propósito, una digresión del libro *La tiranía de la elección* (Renata Salecl):

Hoy también la medicina glorifica las ideas de elección y autosuperación; en vez de pensarse como la autoridad que determina el mejor tratamiento para sus pacientes, el médico se vuelve muchas veces el que ofrece las opciones que el paciente habrá de considerar, mientras que la decisión y la aceptación (o el rechazo) de dar su consentimiento informado quedan en el paciente. A menudo esto implica tomar decisiones complejas y de consecuencias vitales; si no se cuenta con el conocimiento especializado y una asistencia minuciosa de un doctor, la noción de consentimiento informado es más bien una farsa, un mero recurso para evadir responsabilidades y eventuales juicios. Y, en el fondo, ¿acaso las personas realmente quieren elegir el tratamiento cuando saben que están muy mal de salud?<sup>380</sup>

---

## Aquello que no vemos

Gregory Bateson acuñó el término *metálogo* para definir un recurso interpretativo, una forma de búsqueda particular que le permitiera hallar los diferentes caminos de comprensión hacia aquellas cosas que no se le presentaban claras. Es, en pocas palabras, una conversación sobre un tema problemático.<sup>381</sup>

379 First MB, Pincus HA, Levine JB, Williams JBW, Üstün B, Peele R. Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*. 2004;161:946-954.

380 Salecl R. *La tiranía de la elección*. Buenos Aires: Godot; 2021. p. 69.

381 Favaloro R, Obiols G, Presas M, Burucúa A, Piscitelli A. *Recuperando lo invisible: conversaciones sobre cultura*. Buenos Aires: Centro Editor de la Fundación Favaloro; 1997.

Comenzaremos nuestro diálogo con las palabras de Ferdinand de Saussure, cuando dice que “lejos de preceder el objeto al punto de vista, se diría que es el punto de vista el que crea el objeto”.<sup>382</sup> Veamos un punto de vista: el del razonamiento médico para llevar a cabo un diagnóstico. Desde un primer momento, con solo recabar algunos datos del paciente, creamos hipótesis diagnósticas. En la práctica diaria, a medida que se obtienen nuevas evidencias, las hipótesis se confirman o descartan en un proceso continuo en el que los conocimientos y la experiencia personal juegan un papel importante. En general, “sobrevive” un número limitado de diagnósticos, no más de tres para un médico experimentado. Frente a eso, tomamos decisiones:

- 1) No hacer nada;
- 2) obtener más información a partir de estudios complementarios;
- 3) tratar directamente sin obtener información adicional.<sup>383</sup>

¿Cuáles son los motivos por los que decidimos hacer una cosa u otra? La *heurística* (del griego: hallar, inventar. Del latín: *conocimiento*) es aquella regla sencilla y eficaz para orientar la toma de decisiones y para explicar, en un plano práctico, cómo las personas llegan a un juicio o solucionan un problema. En general, una heurística opera cuando un problema es complejo o el problema trae información incompleta. La heurística funciona en la mayoría de las circunstancias; sin embargo, también puede conducir a errores sistemáticos en la toma de decisiones o en el desarrollo de un juicio. Una solución heurística comienza en general a partir de un razonamiento por analogía. Un ejemplo de esto es el uso de un estereotipo: cuando se juzga a un individuo basándose en la descripción de ciertas características del grupo al cual pertenece. Esto puede llevarnos a un error: la persona es poco representativa de un determinado estereotipo.

Los principios heurísticos son:

- 1) **Representatividad:** es el proceso por el cual un evento se estima en función de cuánto se parecen las características del paciente a las de la población que representa.
- 2) **Disponibilidad:** es el proceso por el cual un evento se juzga por la facilidad con la que este se recuerda.

382 Saussure F de. Curso de lingüística general. Buenos Aires: Losada; 1994.

383 Rubinstein A, Terrasa S, Durante E, Rubinstein E, Carrete P. Medicina familiar y práctica ambulatoria. Buenos Aires: Panamericana, 2001.

- 3) **Anclado y ajuste:** es el proceso por el cual el médico establece una probabilidad, que luego “ajusta”, según las características del paciente. Esta síntesis mental es útil para el manejo de la información, pero puede llevarnos al error de suponer que un paciente tiene o no un determinado cuadro clínico. Podríamos citar como ejemplo una situación habitual: a una persona mayor que atraviesa un síndrome confusional se le diagnostica demencia.

Llegado a este punto, retomo la premisa de Saussure y afirmo: nuestro punto de vista es el que crea el objeto. Pensemos, la paciente a la que se le rotó el antidepresivo, ¿estaba deprimida? En relación con la esposa de aquel hombre con Alzheimer, ¿hacemos otro cambio de medicación?, y respecto del paciente con olvidos, ¿continúo con la medicación?; por último, ¿asesoro a ese hijo sobre el tema de los geriátricos?

El ensayista español Jesús González Requena<sup>384</sup> nos invita a reivindicar lo invisible; opina que tanto el racionalismo tecnológico como la expansión audiovisual del mercado pugnan por reducir el universo humano a lo visible. En los ejemplos mencionados, podríamos afirmar que se actuó a partir de lo visible, algo similar a lo que ocurre en cualquier transacción: para un determinado problema, una solución. Esto es un síntoma que invoca una necesidad imperiosa: reivindicar la dimensión de lo invisible, en fin, de lo trascendente y lo simbólico. Para el autor, la magnitud de lo humano solo puede existir fuera de lo que el *mercado* profesa. Reflexionemos un instante: ¿cuánto tiene que ver el mercado en nuestras decisiones?, cuando digo *mercado*, me refiero en este caso al contexto en el que llevamos a cabo nuestra práctica, ¿hasta qué punto nuestras intervenciones solo se dirigen sobre aquello que es visible, que creemos pasible de cambiar en detrimento de lo *invisible*: la subjetividad?

El paciente y los familiares esperan una respuesta, si es posible, vestida de solución, ¿acaso uno de los males de nuestra época? Del otro lado estamos nosotros, con nuestras teorías, con la mucha o poca experiencia, con el sentido común, con las ganas y el ímpetu, listos para decir *cuál* es la respuesta y desde *dónde*.

Cito el artículo de Gregorio Klimovsky<sup>385</sup> *Las elecciones responsables frente a las supersticiones académicas*, con el objetivo de ordenar un pensamiento que nos acerque a una respuesta. Aquí, el autor refiere que el problema de la medicina es que ante un síntoma, un síndrome o una enfermedad, el médi-

384 González Requena J. Sitio web personal [Internet]. Disponible en: <https://gonzalezrequena.com/>

385 Klimovsky G. Las elecciones responsables frente a las supersticiones académicas. En: Conversaciones sobre ética y salud. Buenos Aires: Centro Editor de la Fundación Favaloro; 1996.

co tiene que elegir un curso de acción y, según cómo lo lleve a cabo, tendrá efectos positivos o negativos. Esto nos ubica frente a una responsabilidad desde el punto de vista ético: hablamos de elecciones que pueden involucrar grandes cambios, verdaderos puntos de inflexión, como sería el hecho de institucionalizar a una persona o indicar un medicamento frente a una determinada situación.

Para Klimovsky, existen tres factores de conocimiento y filosóficos al momento de tomar una decisión: la lógica, el conocimiento y la ética. En primer lugar, uno se propone un objetivo frente a una decisión. El paso inicial, aquí, consiste en preguntarnos si, desde un *punto de vista lógico*, hay o no contradicciones, a partir de las deducciones y creencias que están involucradas en ese objetivo. Si las hubiere, el objetivo se torna inaplicable.

Podemos hipotetizar sobre cuál fue el razonamiento en el caso de la paciente a la que se le rotó la medicación (de citalopram a mirtazapina) y la mujer que cuidaba de su marido con Alzheimer, medicada con fluoxetina. Fue: tratar el síntoma, la queja; en fin, lo *visible*, en palabras de González Requena, en detrimento de la comprensión psicodinámica (lo invisible) de las situaciones. Ahora bien, al reflexionar sobre esto, ¿cambiaríamos la manera de actuar?, ¿el razonamiento se tornaría contradictorio y, por ende, impracticable? Considero este primer paso como algo que debe aprender a dominar quien tiene la responsabilidad de tomar una decisión.

En segundo lugar, si las posibles elecciones no fueron rechazadas por la lógica, es decir, si tenemos una elección *no* contradictoria, nos queda por delante un espectro de posibilidades para escoger. Es aquí donde entra en juego el segundo factor: el *conocimiento*. Porque si no existe un marco de conocimiento científico adecuado que nos indique lo que es fácticamente posible de llevar a cabo, la decisión pasa a ser algo hecho casi al “boleo”, una especie de apuesta azarosa que puede terminar mal. ¿De dónde proviene parte del conocimiento que utilizamos en la práctica psicogeriatrica? Para responder a esta pregunta, me avocaré, a partir de ahora, a lo que concierne a la evidencia.

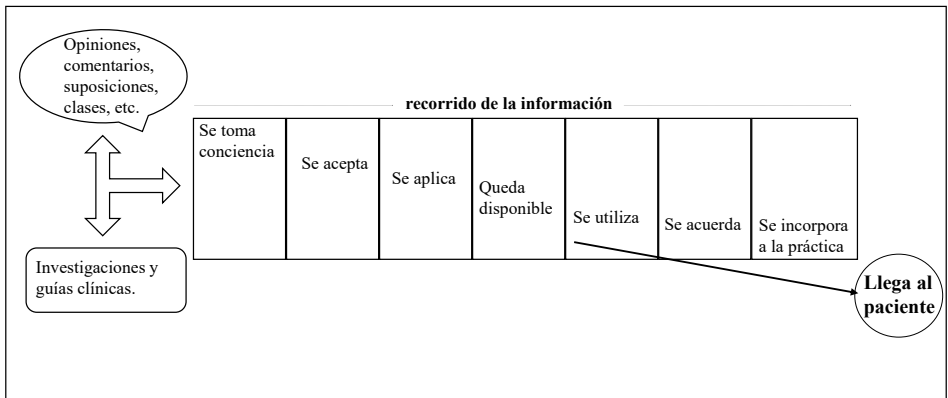
Comienzo por las *guías de práctica clínica* (también llamadas *consensos*).<sup>386</sup> son documentos emitidos, en general, por sociedades científicas, y tratan sobre el manejo de una patología en particular. Consisten en una revisión de un tema por un comité de expertos que evalúan la evidencia disponible, así como la calidad de esta respecto de la epidemiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de una determinada entidad nosológica. Luego se

386 Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, et al. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. JAMA. 2009;301(8):831-841.

emite una serie de recomendaciones sobre el diagnóstico y el tratamiento de cada entidad estudiada.

A su vez, cada recomendación tiene por una parte un grado de fortaleza de acuerdo con la indicación (clasificándolas en indicaciones clase I, IIa, IIb o III) y, por otra, un sostén bibliográfico sobre la base de la mejor evidencia disponible (que se clasifica en A, B o C). Estas guías o consensos son dinámicos y se actualizan cada cuatro o seis años, de acuerdo con la información nueva que exista sobre el tema. Estas guías constituyen una herramienta que es utilizada con frecuencia al momento de tomar una decisión, algo que en parte nos produce cierto efecto tranquilizador: la guía lo dice, la evidencia me protege.

Pero es justo ahí donde aparece otro problema: la inmensa cantidad de información que existe. Cada año se indexan en Medline cerca de 560.000 artículos nuevos, y en la Central Cochrane se agregan alrededor de 20.000 nuevos *trials* randomizados. Del mismo modo, existen 1500 trabajos y 55 *trials* nuevos por día. Ante esta marea de información —¿conocimiento?—, Glasziou (2005) resalta lo siguiente: “Esa información no es sinónimo de un cambio inmediato en nuestra práctica profesional. Esta llevará un tiempo en llegar al paciente: tiene que atravesar un recorrido”. Es lo que el autor llamó *la tubería de las investigaciones*.<sup>387</sup>



Adaptado de Glasziou

387 Glasziou P. The paths from research to improved health outcomes. Evid Based Med. 2005;10:4-7.

## Para finalizar

Termino mi pretendido *metálogo* con las siguientes palabras. Considero que, además de medir y contar, debemos comprender, historiar y describir. Además de saber cuántas veces cuánto, tenemos que responder a los *por qué, qué o cómo*. Sabemos que hay hechos y datos, pero hay que saber interpretar esos hechos y datos.

Sabemos que no son pocos los pacientes que se benefician con la atención psiquiátrica: mejoran con la medicación y las distintas modalidades de psicoterapia. Pero ¿cómo se producen esas mejorías? No vamos a discutir la evidencia de una u otra intervención: existen evidencias para ambas; están las que las ponderan y las que no. Lo que nos interesa resaltar es algo conocido, pero en un punto olvidado. Y es que la alianza terapéutica<sup>375</sup> es importante para conseguir resultados, ya que implica la construcción de un vínculo que compromete los valores y prioridades del paciente en su búsqueda de dar un significado a lo que le ocurre. Las personas se recuperan de las enfermedades mentales graves de muchos modos, y es crucial respetar la diversidad en el trabajo en salud mental, tanto en la teoría como en la práctica.

Debemos acomodar, en el conjunto de nuestros saberes, el pensamiento del momento histórico que nos toca, para hacer lo que nos recomienda Desviat, que es reivindicar con fuerza la utopía: la ciencia al servicio de lo humano.

Por último, la clínica de la enfermedad mental de las personas mayores no puede quedar reducida a una práctica, a una guía o a un manual consensuado. Es necesario comprenderla desde sus múltiples determinaciones: histórica, social, biológica, psicológica, etc. Si nuestro pensamiento tiende a ser plural, la medicina basada en la evidencia tiene cosas que puede decirnos, e incluso brindarnos alguna respuesta, pero sabiendo sus limitaciones: los sesgos y la incertidumbre de tener que verificar sus resultados.

A partir de lo expuesto, tomamos la decisión de medicar al paciente, pero ¿qué debemos tener en cuenta para hacerlo? De eso se trata el capítulo que sigue.



# El tratamiento psicofarmacológico exitoso

(0, al menos, qué tener en cuenta para que lo sea)

## Introducción

Nuestra evaluación, nuestro diagnóstico psiquiátrico, nuestro diagnóstico de personalidad y contexto; en fin, nuestro diagnóstico integral de la situación nos llevó a pensar que el o la paciente se podría beneficiar con un esquema psicofarmacológico. En este punto, contamos con tres intervenciones:

1. Incrementar la dosis;
2. Rotar el psicofármaco;
3. Potenciar a partir del agregado de otra medicación.

Si parafraseamos las palabras que citamos de Klimovsky, podríamos decir que el problema de la [psicogeriatría] es que, ante un síntoma, un síndrome o una enfermedad, el psiquiatra tiene que elegir un curso de acción y, según cómo lo lleve a cabo, tendrá efectos positivos, negativos o indistintos. Tanto en la primera consulta como en la de seguimiento, ante un paciente que no responde, hablamos de “fracaso” terapéutico. Fracaso que atribuimos, en general, a una *mala* elección del medicamento, en la mayoría de los casos, sin pensar ni reflexionar al respecto.

Entonces, la intervención que llevamos a cabo es modificar y modificar el esquema de medicación, lo que, a su vez, redundará en la aparición de efectos adversos y desconfianza. A propósito, el doctor Eduardo Leiderman dice: “No hay buenos o malos psicofármacos, sino, en todo caso, buenos o malos profesionales que los aplican. Si uno los aplica bien, el psicofármaco es un componente muy importante en el tratamiento del paciente psiquiátrico”.

Pero ¿en qué consiste aplicarlos bien? La finalidad de este capítulo es eminentemente clínica: pretende profundizar, rescatar, revalorizar y reflexionar sobre aquellos aspectos fundamentales que son dejados de lado al momento de instaurar o modificar un plan de medicación, y que pueden ser, en muchos casos, lo que nos acerque o posibilite un tratamiento exitoso.

### La cuestión: dar o hacer

Una pregunta habitual frente al efecto, bueno o malo, de un psicofármaco es: ¿qué le diste? De manera categórica, sugiero evitar esa pregunta y cambiarla por ¿qué hiciste?: es más abarcativa, no solo incluye a la primera, sino que también hace referencia a otro tipo de intervenciones que podríamos haber realizado (indicar el inicio de psicoterapia, actividades recreativas, kinesiología, mayor acompañamiento), así como haber contemplado las singularidades de la persona mayor. Por otro lado, podríamos incluir otros factores subjetivos que favorecen la alianza terapéutica; destacaremos la comunicación y la disponibilidad por parte del profesional tanto con el paciente como con los allegados.

Partimos de la base de que la persona mayor presenta una vulnerabilidad que podríamos denominar *fisiológica* y esperable debido a los siguientes factores:<sup>388</sup>

- Cambios fisiológicos asociados a la edad.
- Cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos.
- Presencia de comorbilidades.
- Malnutrición – sarcopenia.
- Falta de adherencia al esquema de medicación.
- Fragilidad: definida como un síndrome multifactorial en el que las personas tienen una resistencia menor a factores de estrés externos como

388 Delgado Silveira E, et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOP-START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(2):89-96.

infecciones y reacciones adversas a medicamentos. Situación que ocurre en el 10 % de los mayores de 65 años.<sup>389</sup>

- (Des)hidratación: en los pacientes que, por su estado, no pueden mantener una hidratación adecuada, seguir tomando ciertos medicamentos puede aumentar el riesgo. Evaluar suspensiones momentáneas.<sup>390</sup>
- Poliespecialidades: policonsultas que pueden traducirse en una diversidad de indicaciones.
- Polimedicación: los daños causados por los medicamentos provocan el 11 % de los ingresos hospitalarios imprevistos; el 70 % de estos pacientes son mayores. Asimismo, denominamos *polimedicación problemática* a la prescripción múltiple de forma inadecuada o cuando no se obtiene el beneficio previsto.<sup>391</sup>

Se considera inadecuada cuando se presenta:

- El uso de un tratamiento que carezca de evidencia.
- El riesgo de daño supera los beneficios del tratamiento.
- Interacciones medicamentosas que provoquen efectos secundarios no deseados.
- Una cantidad de comprimidos que dificulte el cumplimiento terapéutico.
- Prescripción para tratar los efectos secundarios de medicamentos prescritos.

Estos factores constituyen, a su vez, alertas que debemos tener en cuenta al momento de prescribir o desprescribir una medicación. Incluiremos, además, el siguiente gráfico que resume algunas de las cuestiones clínicas inherentes a las personas mayores.

389 Wyrko Z. Frailty at the front door. Clin Med (Lond). 2015;15(4):377-381.

390 Quek HW, et al. Deprescribing considerations for older people in general practice. Aust J Gen Pract. 2023 Apr;52(4):173-180.

391 National Health Service (UK). Polypharmacy in older people: a guide for healthcare professionals. London: NHS; 2023.

| La persona mayor tiene:                   |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------|
| Capacidad metabólica reducida             | Predisposición a efectos adversos |
| Mayor sensibilidad a los efectos adversos | Predisposición a interacciones    |

Adaptado de Sajatovic M<sup>392</sup>

**Lo racional: pensar más allá del psicofármaco**

Si hablamos de psicofármacos, *lo racional* consiste en que el paciente reciba la medicación apropiada de acuerdo con su necesidad clínica, su estado clínico, en las dosis adecuadas y según sus requerimientos individuales (las singularidades que tornan vulnerable a la persona mayor), por un periodo determinado de tiempo y, en lo posible, al menor costo. *Lo racional* será también el uso de la reflexión puesta al servicio del tratamiento, con el objetivo de contemplar todo aquello que, en definitiva, nos pueda acercar a un tratamiento exitoso.

De manera esquemática, seguiremos y extrapolaremos la lógica del *Modelo ABC* propuesto por Ellis en 1955 (que se utiliza en el ámbito de la terapia cognitivo-conductual). En nuestro caso, A se correspondería con nuestra búsqueda —intención— de un efecto determinado; C, sería la consecuencia, es decir, el efecto positivo, negativo o indistinto del psicofármaco. Pero este no se produce ni debemos esperarlo de manera lineal: va a depender de lo que sería B, los factores específicos e inespecíficos.

Dentro de los primeros se encontrarían los aspectos *técnicos*: farmacocinesis y farmacodinamia. Son cuestiones que, como profesionales, tenemos la responsabilidad de conocer. Mencionaremos, a tal fin, los siguientes aspectos:

A nivel *farmacocinético*, una proporción significativa de las reacciones adversas (70 % al 80 %) se relacionan con la concentración. Muchos fármacos antidepresivos (paroxetina, venlafaxina) y antipsicóticos (risperidona) son hidroxilados por la isozima CYP2D6; por este motivo, tendremos que estar aten-

392 Sajatovic M. Treatment of bipolar disorder in older adults. Int J Geriatr Psychiatry. 2002;17(9):865-873.

tos a las potenciales interacciones que pueden ocurrir con medicamentos que también inhiban ese citocromo. Por su parte, la inhibición del CYP2C9 por la fluvoxamina y la fluoxetina, por ejemplo, disminuirá la eliminación de la warfarina. El metabolismo de fármacos como sertralina, mirtazapina y alprazolam, que utilizan el CYP3A4, puede verse afectado por la edad. Pacientes de edad avanzada con función renal o hepática disminuida pueden desarrollar efectos secundarios extrapiramidales debido a la acumulación de 9-OH-risperidona.

Es frecuente que a las personas mayores se les prescriban medicamentos antiinflamatorios no esteroides e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, los que potencialmente reducen la eliminación del litio. Por último, medicamentos con efectos anticolinérgicos (tramadol, por ejemplo) pueden producir sequedad de boca, taquicardia, visión borrosa, retención urinaria y estreñimiento, lo que afecta notablemente la calidad de vida de los pacientes. De la misma manera, pueden generar manifestaciones cognitivas que irán de leves (confusión, deterioro de la memoria a corto plazo) a más graves (*delirium*).

Desde un punto de vista *farmacodinámico*, los adultos mayores son más susceptibles a efectos secundarios con concentraciones más bajas del fármaco que los adultos jóvenes. Asimismo, la obesidad, la mala nutrición y los niveles elevados de triglicéridos pueden aumentar el riesgo de eventos cardiovasculares con el uso crónico de antipsicóticos. La bradicardia puede intensificarse con el uso de ISRS. También puede generarse por el uso de los mismos medicamentos (a los cuales podríamos sumar venlafaxina), una secreción inadecuada de hormona antidiurética que ocasiona, a su vez, hasta en el 12 % de los pacientes, algún grado de hiponatremia; esta podría ocurrir en un rango de 3 a 120 días después del inicio del tratamiento. También se pueden exacerbar los temblores en pacientes con temblores esenciales. Los cambios neuronales con el envejecimiento (disminución de dopamina o acetilcolina) pueden provocar una mayor sensibilidad a los antagonistas D2 y a los agentes antimuscarínicos. Por otro lado, los medicamentos con propiedades noradrenérgicas pueden provocar sequedad de boca y retención urinaria en hombres de edad avanzada, así como taquicardia y agravamiento de la hipertensión y los temblores.<sup>393</sup>

Entre los segundos (los inespecíficos), aquellos que no dependen del efecto farmacológico y pueden modificar la respuesta terapéutica, se encuentran los aspectos *no técnicos*: la personalidad, el contexto, las expectativas del paciente y del psiquiatra acerca del efecto del psicofármaco, así como las expectativas familiares y socioculturales; el prospecto, el precio, la transferencia y la contra-

393 Pollock B, Forsyth C, Bies R. The critical role of clinical pharmacology in geriatric psychopharmacology. Clin Pharmacol Ther. 2009 Jan;85(1):89-93.

transferencia.<sup>394</sup> Y podríamos agregar los propios del contexto en el que llevamos a cabo nuestra práctica.

Si no tenemos en cuenta la personalidad ni al entorno del paciente, el diagnóstico —lo repetimos— está incompleto, y no podemos ni pensar en un tratamiento. Hecha esta aclaración, analicemos lo que concierne a la expectativa, entendida, según la Real Academia Española, como *la posibilidad razonable de que algo suceda*. Según el paradigma actual, solo vamos a contemplar una alternativa: que la intervención farmacológica tenga éxito. “Dar en la tecla”, frase con la cual el paciente alude de manera elogiosa a la indicación del médico, se convirtió en un imperativo que no acepta otro resultado que no sea el positivo. En pocas palabras, “si no damos en la tecla”, no deberemos pensar solo en el próximo psicofármaco, porque, como vimos, esto constituye solo un aspecto dentro de otras variables que complejizan nuestro accionar.

Por otro lado, parafrasear los términos psicoanalíticos de transferencia y contratransferencia desde una perspectiva psicofarmacológica puede ser de utilidad para referirnos, desde la mirada del profesional, a la afinidad que este puede tener por un determinado medicamento en detrimento de otro, sin tener en cuenta el probable beneficio que tendría para el paciente. En ambos casos, no existiría otra explicación más allá de un gusto personal del médico. Como ejemplo, podemos citar el caso de pacientes que se encuentran medicados con bromazepam desde hace varios años y son rotados a clonazepam luego de la sencilla explicación de que “es más nuevo”.

Por último, otro factor inespecífico común e importante es la lectura del prospecto que acompaña al medicamento y la búsqueda de más información en internet. En general, no es habitual que el médico se explaye con respecto al contenido de este, tal vez por considerar que la prescripción viene acompañada de una confianza implícita por parte del paciente que asegura un cumplimiento tácito de la indicación. Sobra decir que no es así —o ya no es así—: en la actualidad, tenemos que contemplar que los pacientes se encuentran más informados o mal informados, por lo que es necesario estar prevenidos y no considerar que una explicación “está de más”.

Lo expuesto, podríamos esquematizarlo así:

394 Moizeszowicz J. Psicofarmacología psicodinámica IV: estrategias terapéuticas y psiconeurobiológicas. Buenos Aires: Paidós; 1998.

| A      | B                                                                                                   | C                                  |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| EFECTO | Factores <b>Específicos</b><br>(técnicos)                                                           | positivo<br>negativo<br>indistinto |
|        | Factores <b>Inespecíficos</b><br>(no-técnicos)                                                      |                                    |
|        | Personalidad   Contexto   Expectativas<br>Precio<br>Prospecto            Tranf.-Contratransferencia |                                    |

Adaptado de Moizeszowicz

## La historia clínica

En el contexto que acabamos de desarrollar, la historia clínica y la entrevista como su herramienta principal deberán perseguir —necesariamente— otros objetivos más allá de recabar aspectos específicos. El principal sería la constitución de una alianza terapéutica,<sup>395</sup> algo conocido, pero en un punto olvidado o desestimado. Este vínculo que se construye con el paciente es primordial para conseguir resultados, en tanto implica la construcción de un vínculo que comprometa los valores y las prioridades del paciente en su búsqueda de dar un significado a lo que le ocurre.

Atento a estas premisas, preguntaremos, a los fines psicofarmacológicos, lo siguiente: motivo de consulta o de la derivación; medicación actual; qué medicamentos toma y cuál fue el motivo de las prescripciones anteriores (algún comentario acerca de estos); afecciones clínicas; necesidad de estimulantes como café o tabaco; contexto social; soporte familiar; esquema y seguimiento de la prescripción actual; antecedente familiar de respuesta a psicofármacos.

## Algunos hábitos psicofarmacológicos

Sumaremos a lo expuesto hasta aquí una serie de siete hábitos<sup>395</sup> útiles —necesarios— en la práctica psicogeriatrica.

395 Stahl SM. The 7 habits of highly effective psychopharmacologists. J Clin Psychiatry. 2000 Jul;61(7):464-465.

1. **Empezar con el final en mente.** Esto implica que, desde el inicio del tratamiento, contemplemos una posible finalización. Una paciente de 81 años refirió que desde hacía 20 años tomaba citalopram.
2. **Sinergia para potenciar.** Cuando  $1+1=10$ . En este punto, más allá de incrementar la dosis o cambiar la medicación, puede ser pertinente llevar a cabo una sinergia a partir de utilizar psicofármacos cuyos mecanismos de acción puedan ser complementarios.
3. **Mantenerse actualizado.** Más que un hábito, constituye una responsabilidad profesional.
4. **Diferenciar entre intolerancia y resistencia al tratamiento.** Es primordial discriminar, desde un punto de vista técnico, ambas situaciones. Para esto se requiere, en primer lugar, un conocimiento y, en segundo, otro hábito: la comunicación, a partir de la cual se pueda explicar la diferencia al paciente, al mismo tiempo que se construye una alianza terapéutica.
5. **Sinergia para evitar un efecto adverso.** Cuando  $1+1=0$ . A diferencia de lo expuesto en el punto 2, aquí el objetivo sería evitar que un incremento produzca o aumente la posibilidad de generar un efecto adverso.
6. **Ser proactivo.** En el sentido de evaluar y reevaluar de manera constante no solo la presencia de efectos adversos, sino también la pertinencia de disminuir o suspender una medicación.
7. **Entender y hacerse entender.** Básicamente, ser claros respecto de nuestras expectativas, de lo que puede corresponder al tratamiento y de lo que no.

## Repensar el tratamiento psicofarmacológico

Para terminar, podríamos concluir que un tratamiento psicofarmacológico exitoso deberá contemplar una serie de variables que transcurren por fuera del pensamiento que nos propone el paradigma actual, que son invisibilizadas por los “aspectos técnicos”. Me refiero a aquellos elementos no técnicos que van a permitir un acercamiento a la persona que sufre aquella condición o estado que llamamos *trastorno o enfermedad*.

Sabemos que, en la actualidad, factores relacionados con el contexto (interacción social, actividad física) y los mecanismos placebo (expectativas, relación médico-paciente) contribuyen a la eficacia de las intervenciones farmacológicas mediante cambios neuroplásticos que interactúan, a su vez, con las modificaciones neurobiológicas y neuroplásticas que generan los efectos de los psicofármacos.<sup>396</sup>

396 Rief W, et al. Rethinking psychopharmacotherapy: the role of treatment context and brain plasticity in antidepressant and antipsychotic interventions. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016 Jan;60:51-64.



# Últimas palabras previas

(Son importantes)

Lo que sigue merece una aclaración: los conceptos vertidos hasta aquí relacionados con la toma de decisiones en psicogeriatría, así como los aspectos más específicos que engloban al tratamiento psicofarmacológico, tienen que —o deberían— ser extrapolados a cualquiera de los tratamientos que veremos a continuación. Fue el lenguaje el que nos impuso un orden que, en general, no se asemeja a lo que sucede en la práctica clínica, donde todo se nos presenta al mismo tiempo.

Los tratamientos psicofarmacológicos se organizarán con una intencionalidad didáctica de la siguiente manera: en *primer lugar*, desarrollaremos lo correspondiente al terreno *afectivo*. Aquí incluiremos a la depresión, a la ansiedad y al trastorno bipolar. Este último sugiero pensarlo como una transición al tratamiento que ubicaremos en *segundo lugar*: el correspondiente a las psicosis, donde abordaremos los trastornos psicóticos, la demencia y el *delirium*. Por último, en *tercer lugar*, nos encontraremos con los trastornos de la personalidad.

Ahora bien, sabemos que un tratamiento no se limita al abordaje farmacológico: puede, en ocasiones, constituir una parte fundamental y, en otros casos, ser —solo— el complemento de una instancia psicoterapéutica. Por otro lado, en un tratamiento que incluya a ambos abordajes, tendremos que contemplar la posibilidad de enriquecerlo a partir de incluir alternativas que dependerán de la clínica propuesta por una situación determinada.

Así, tendremos casos en los cuales nuestro tratamiento tendrá como objetivo que el paciente asista a kinesiología debido a que requiere algún tipo de rehabilitación específica o una estimulación de la marcha; en otros, será importante la concurrencia a un hospital de día para ampliar su red social; o, en algunos casos, lo pertinente será que el paciente se incluya en un taller de estimulación cognitiva debido a que su preocupación pasa por ahí; así como habrá otros en los cuales asistir a un taller (o a actividades) forme parte de la agenda del paciente como una intervención antisoledad y aislamiento; por último, tendremos a aquellos en los cuales es prioritario contar, como parte del tratamiento, con el acompañamiento parcial o permanente. En este punto, quiero reafirmar la inclusión del acompañamiento como una parte fundamental del tratamiento integral del paciente. Es decir, no tenemos el esquema de medicación y psicoterapia por un lado y el acompañamiento por otro, sino que debe ser parte del todo. Cabría preguntarnos en qué momento se disoció el acompañamiento del tratamiento. Estará en nosotros, desde cada uno de los roles, mantener integradas las diferentes alternativas o instancias de tratamiento que implica el abordaje del paciente adulto mayor.

**Pensar (siempre) el tratamiento de manera integral a partir de la persona.**

# Tratamiento de la depresión

(y de la ansiedad)

La depresión en las personas mayores es tratable. El tratamiento psicofarmacológico es uno de los pilares; sin embargo, el tratamiento integrado con una psicoterapia es lo recomendable. Ahora bien, dentro de las psicoterapias es frecuente encontrar en las publicaciones que la terapia cognitivo-conductual es la más sugerida —estudiada—.<sup>397</sup> Diría, en este punto, que es la más nombrada, a expensas de la escasez de trabajos sobre psicoterapia interpersonal o psicodinámica breve en los adultos mayores.<sup>398</sup> Sin embargo, como adelantamos al comienzo del libro, se necesitan no solo más investigaciones para evaluar los efectos de las intervenciones psicológicas, sino también un mayor esfuerzo por hacerlas más disponibles y generalizadas.<sup>100</sup> Pero, más allá de la especificidad de los abordajes de las diferentes propuestas, debemos tener presente que el terapeuta debe considerar la particularidad de la vejez. Es decir, que el terapeuta sea el específico.

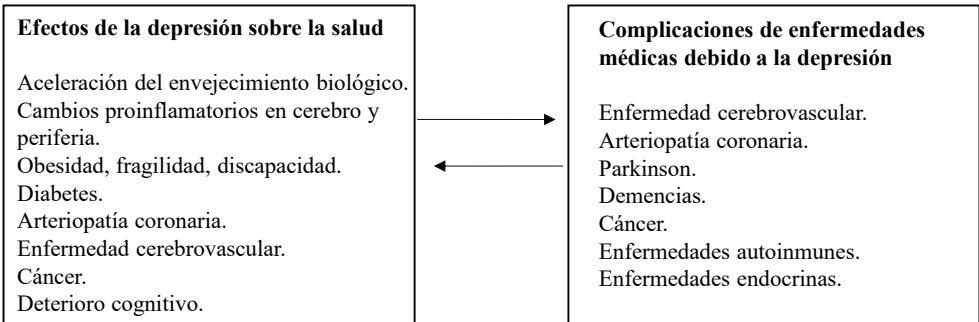
397 Jonsson U, Bertilsson G, Allard P, et al. Psychological treatment of depression in people aged 65 years and over: a systematic review of efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PLoS One*. 2016 Aug 18;11(8):e0160859.

398 Payman V. Psychotherapeutic treatments in late life. *Curr Opin Psychiatry*. 2011 Nov;24(6):484-488.

## Siempre incluir la psicoterapia

Con relación al tratamiento psicofarmacológico, los antidepresivos son efectivos en comparación con el placebo.<sup>399</sup> En la práctica, eso es evidente. Sin embargo, es frecuente que se utilicen de manera inadecuada; es lo que ocurre, por ejemplo, cuando se utilizan dosis menores a las terapéuticas.<sup>400</sup>

Al momento de plantearnos el inicio de un esquema antidepresivo, hay que tener presente lo que desarrollamos: una de las características de los pacientes mayores es la presencia de comorbilidades, situación que, por un lado, puede generar síntomas depresivos (o depresión) y, por otro, ser un condicionante al momento de seleccionar un antidepresivo, debido, por ejemplo, a las interacciones farmacológicas que pueden presentarse. En este punto, Alexopoulos (2019)<sup>401</sup> establece con la depresión un vínculo de ida y vuelta. Lo grafica así (*modificado*):



El autor refiere que la vejez puede constituir un factor de riesgo para el curso de la depresión, a partir de la variedad de factores que se encuentran implicados. En ese sentido, nuestro trabajo clínico será establecer —al decir de Paco Maglio— puentes entre la biología y la biografía.<sup>402</sup> En ese contexto, analizaremos las opciones de tratamiento.

Para la elección del antidepresivo, a modo de guía,<sup>403</sup> es útil preguntarse por:

399 Beyer JL, et al. Advances in pharmacotherapy of late-life depression. *Curr Psychiatry Rep*. 2018 Apr 7;20(5):34.

400 Barry LC, Abou JJ, Simen AA, Gill TM. Under-treatment of depression in older persons. *J Affect Disord*. 2012;136(3):789-796.

401 Alexopoulos GS. Mechanisms and treatment of late-life depression. *Transl Psychiatry*. 2019 Aug 5;9(1):188.

402 Maglio P. La dignidad del otro: puentes entre la biología y la biografía. Buenos Aires: Libros del Zorzal. 2008.

403 Alexopoulos GS. Pharmacotherapy for late-life depression. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(1):e04.

- La respuesta previa a otros tratamientos.
- Como dijimos, las afecciones concurrentes (como, por ejemplo, evitar antidepresivos con efectos anticolinérgicos en hombres con hipertrofia prostática benigna, o el uso de otros específicos frente a la presencia de dolor).
- El tipo de depresión (unipolar, bipolar, vascular, con síntomas psicóticos).
- Evidencia de otros síntomas psiquiátricos (ansiedad).
- Medicaciones concomitantes.

Asimismo, deberemos contemplar los efectos adversos potenciales de acuerdo con el perfil farmacodinámico de cada antidepresivo (recordemos, como concepto, que la *farmacodinamia* es aquello que el fármaco genera en el cuerpo). No obstante, en general se reportan los siguientes síntomas: náuseas, constipación o diarrea, mareos, dolor de cabeza, insomnio o somnolencia y disfunción sexual.<sup>404</sup>

Por otro lado, una vez que iniciamos un tratamiento antidepresivo hay que evaluar tres efectos adversos potenciales importantes:

- Aumento del riesgo de caídas.<sup>405</sup>
- Hiponatremia.<sup>406</sup>
- Prolongación del segmento QT (sobre todo con citalopram y escitalopram).<sup>407</sup>

Para el *primero*, en el caso de un paciente con riesgo, es conveniente realizar una evaluación kinesiológica previa al inicio del esquema. Con respecto al *segundo*, es útil contar con un ionograma al comenzar y controlar al mes de iniciado el tratamiento. Por último, con relación al *tercero*, es importante solicitar un ECG o evaluación cardiológica.

Otro punto importante para considerar al momento de la elección del antidepresivo (y, en definitiva, de cualquier otro psicofármaco) es la cuestión *farmacocinética* de la persona mayor; es decir, cómo el cuerpo afecta o influye en

404 Frank C. Pharmacologic treatment of depression in the elderly. Can Fam Physician. 2014 Feb;60(2):121-126.

405 Sterke CS, Ziere G, et al. Dose-response relationship between selective serotonin reuptake inhibitors and injurious falls: a study in nursing home residents with dementia. Br J Clin Pharmacol. 2012;73(5):812-820.

406 Pisa H, Del Cerro E. Hiponatremia: vejez y antidepresivos. Vertex. 2019 Ene-Feb;30(143):64-69.

407 Chastang A, et al. Impact of hospital pharmacist interventions on the combination of citalopram or escitalopram with other QT-prolonging drugs. Int J Clin Pharm. 2019 Feb;41(1):42-48.

el psicofármaco. Debido a los cambios que se producen con el envejecimiento en la función hepática, renal y gastrointestinal, los parámetros farmacocinéticos de los medicamentos se pueden alterar en las personas mayores. Esto tiene una implicancia práctica: afecta la forma en que deben administrarse estos medicamentos.

En particular, la eficiencia del metabolismo de los psicofármacos disminuye con la edad, lo que conlleva una vida media de eliminación prolongada, un *clearance* reducido y niveles plasmáticos elevados. Por estos motivos, en comparación con pacientes más jóvenes, los pacientes mayores pueden presentar un mayor riesgo de efectos secundarios no deseados.<sup>408</sup> En definitiva, la elección de un antidepresivo la haremos a partir de factores específicos del paciente y específicos del psicofármaco.

Recomendación: empezar con dosis bajas e incrementar la dosis lentamente.

## Las opciones

¿Cuáles son las alternativas con las que contamos? Sin duda, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) —sertralina, citalopram, escitalopram, paroxetina, fluoxetina y fluvoxamina— son los antidepresivos de elección para pacientes mayores, debido a su mayor seguridad y tolerabilidad frente a los antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminoxidasa que se utilizaban con anterioridad (aunque se siguen utilizando).

Esto no quiere decir que estén exentos de presentar efectos adversos importantes. Si bien cada uno presenta un perfil diferente, dado por sus características farmacodinámicas, los efectos adversos que se observan en general son náuseas, diarrea y aumento de peso; mayor riesgo de fracturas óseas a partir de caídas; disfunción sexual; hiponatremia (especialmente en mujeres con bajo índice de masa corporal o que usan diuréticos tiazídicos); y un mayor riesgo de hemorragia gastrointestinal, debido a que disminuyen la agregación plaquetaria (especialmente en pacientes que usan medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, clopidogrel, corticoides, aspirina o warfarina).<sup>409</sup> Lo que sigue es una descripción de cada uno:

408 Bottino CMC. The challenge of treating depression in the elderly. *Int Clin Psychopharmacol*. 2003;18(Suppl 1):S39-S45.

409 Lorman WJ. Pharmacology update: the selective serotonin reuptake inhibitors. *J Addict Nurs*. 2018 Oct-Dec;29(4):260-261.

| <b>Antidepresivo</b> | <b>Dosis inicial</b> | <b>Dosis promedio</b> | <b>Comentarios del consultorio</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------|----------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sertralina           | 25 mg                | 50-150 mg             | Controlar ionograma. Ante sedación, contemplar la toma en la noche.                                                                                                                                                                                                                            |
| Citalopram           | 10 mg                | 10-30 mg              | Controlar ionograma. Solicitar un ECG por riesgo de prolongación del segmento QT.                                                                                                                                                                                                              |
| Escitalopram         | 5 mg                 | 10-20 mg              | <i>Idem.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Paroxetina           | 5-10 mg              | 20-30 mg              | Tener presente los efectos anticolinérgicos, la sedación y el aumento de peso.                                                                                                                                                                                                                 |
| Fluvoxamina          | 25-50 mg             | 50 mg                 | Debido a la sedación que genera es conveniente indicarlo a la noche. Aumento de peso.                                                                                                                                                                                                          |
| Fluoxetina           | 5-10 mg              | 20 mg                 | En general, <i>no es recomendable</i> su indicación en las personas mayores debido a su vida media prolongada y la interacción con medicaciones indicadas para tratar, por ejemplo, la hipertensión arterial (enalapril, losartán). Pueden generar efectos adversos extrapiramidales y apatía. |

La interrupción brusca de altas dosis del ISRS puede causar un síndrome de discontinuación, el cual consiste en la aparición de síntomas somáticos como mareos, letargo, náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, fiebre, sudoración, escalofríos, malestar, insomnio, sueños vívidos, mialgia y parestesias; y síntomas psicológicos como ansiedad, agitación, llanto, irritabilidad y pensamiento lento. Para evitarlos, es conveniente reducir de manera gradual. Como regla general, 25 % de la dosis por semana. La excepción es la fluoxetina, debido a su vida media prolongada. Si bien es recomendable reducir la dosis de la misma forma, podría hacerse más rápido.<sup>410</sup>

410 van Geffen EC, Hugtenburg JG, et al. Discontinuation symptoms in users of selective serotonin reuptake inhibitors in clinical practice: tapering versus abrupt discontinuation. *Eur J Clin Pharmacol.* 2005 Jun;61(4):303-307.

Si nos ubicáramos a partir de extremos, los antidepresivos tricíclicos (ATC) se ubicarían en el extremo opuesto a los ISRS. En nuestro medio contamos con dos moléculas: amitriptilina y clomipramina. Ambas no son recomendables en los adultos mayores debido a los efectos adversos anticolinérgicos que presentan, entre los que se destacan: taquicardia, boca seca, sedación, estreñimiento, confusiones y alteraciones del gusto. No obstante, atentos a estos, pueden ser de utilidad en algunos casos.<sup>411</sup>

| Antidepresivo | Dosis inicial | Dosis promedio | Comentarios del consultorio                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------|---------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Amitriptilina | 12,5 - 25mg   | 50-75 mg       | Los efectos anticolinérgicos pueden inducir taquicardia sinusal y los efectos de bloqueo adrenérgico $\alpha$ pueden inducir hipotensión ortostática. En este marco, es conveniente solicitar un ECG y consulta cardiológica. Además, puede producir sedación, constipación, visión borrosa, retención urinaria y confusiones. |
| Clomipramina  | 12,5 - 25mg   | 50-75 mg       | <i>Idem.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

En el medio de estos dos extremos, ubicaremos a las siguientes: venlafaxina, desvenlafaxina, vortioxetina, duloxetine, bupropión, mirtazapina y vilazodona. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN; duloxetine, venlafaxina y desvenlafaxina), denominados por este motivo *duales*, son una alternativa a los ISRS para adultos mayores deprimidos cuando estos no son efectivos o están contraindicados. Los IRSN (junto con la amitriptilina) no solo son efectivos contra el trastorno depresivo mayor, sino que también son efectivos como coadyuvantes —sobre todo— en el tratamiento de dolor neuropático periférico y migrañas.<sup>81</sup>

Este grupo comparte una particularidad. Por un lado, desde la práctica, son muy utilizados; por otro, los estudios en adultos mayores son pocos. Con desvenlafaxina no hay estudios randomizados; no obstante, en un artículo que agrupó una serie de nueve estudios relacionados concluye que la respuesta, en comparación con placebo, fue significativa.<sup>399</sup> Algo similar ocurre con la

411 Kok RM, Nolen WA, Heeren TJ. Efficacy of treatment in older depressed patients: a systematic review and meta-analysis of double-blind randomized controlled trials with antidepressants. *J Affect Disord.* 2012;141(2-3):103-115.



vortioxetina: esta molécula se caracteriza por poseer un mecanismo de acción multimodal. Inhibe la liberación de GABA, el principal neurotransmisor inhibitorio del organismo, a través de la estimulación de los receptores 5HT1A, y esto provocaría, de manera secundaria, la liberación de dopamina, noradrenalina, histamina y acetilcolina en el córtex prefrontal. Este mecanismo de acción convierte a este antidepresivo en una alternativa para tener en cuenta en los pacientes mayores.<sup>412</sup>

Sobre el *bupropión*, existen pocos ensayos controlados que evalúen su efectividad en la población mayor; sin embargo, como sucede habitualmente, se utiliza con frecuencia. Tiene un mecanismo de acción particular que lo diferencia de los demás: inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina y dopamina. El bupropión puede ser el antidepresivo más apropiado para adultos mayores en riesgo de hiponatremia inducida por antidepresivos.<sup>413</sup>

La *mirtazapina*, por su parte, actúa antagonizando los receptores de serotonina, sobre todo los subtipos 5-HT2 y 5-HT3; asimismo, es un antagonista potente de los receptores alfa2-adrenérgicos presinápticos, lo que aumenta la neurotransmisión adrenérgica. También es un potente antihistamínico (H1), lo que se evidencia clínicamente a partir de la sedación que genera cuando se prescribe en dosis bajas (7,5-15 mg); sin embargo, a medida que aumenta la dosis (30-45 mg), los efectos noradrenérgicos se vuelven más prominentes, situación que puede contrarrestar los efectos antihistamínicos (sedación). Constituye una opción ante la presencia de insomnio o hiporexia en los adultos mayores.<sup>414</sup>

Sobre la *vilazodona*, tanto los estudios como la experiencia en la práctica son escasos, por lo cual no constituyen, de momento, una alternativa recomendada.<sup>415</sup>

La Sociedad Americana de Geriátrica ubica tanto a los ISRS como a los IRSN como alternativas para el tratamiento de la depresión (y ansiedad). Sin embargo, recomienda utilizarlos con precaución debido al potencial que presentan de exacerbar o causar hiponatremia, como resultado del síndrome de

412 Salagre E, Grande I, et al. Vortioxetina: una nueva alternativa en el trastorno depresivo mayor. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2018;11(1):48-59.

413 Viramontes TS, Truong H, Linnebur SA. Antidepressant-induced hyponatremia in older adults. *Consult Pharm.* 2016 Mar;31(3):139-150.

414 Schatzberg AF, Kremer C, et al. Double-blind, randomized comparison of mirtazapine and paroxetine in elderly depressed patients. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2002;10(5):541-550.

415 Patel K, et al. Pharmacotherapy of major depression in late life: what is the role of new agents? *Expert Opin Pharmacother.* 2017 Apr;18(6):599-609.

secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIHAD).<sup>416</sup> Asimismo, agrego otra recomendación: evitar en lo posible el uso de benzodiacepinas frente a síntomas que se presentan con frecuencia, como la ansiedad y los trastornos del sueño, ya que aumentan el riesgo de caída y pueden generar abuso y progresar a dependencia.

| Antidepresivo  | Dosis inicial | Dosis promedio | Comentarios del consultorio                                                                                                                                                                                                      |
|----------------|---------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Venlafaxina    | 25-37,5 mg    | 75-150 mg      | Controlar presión arterial. Solicitar ionograma.                                                                                                                                                                                 |
| Desvenlafaxina | 25-50 mg      | 50-100 mg      | <i>Idem.</i>                                                                                                                                                                                                                     |
| Vortioxetina   | 5 mg          | 10-20 mg       | Al inicio pueden presentarse náuseas, hiporexia y pesadillas. No se constata disfunción sexual.                                                                                                                                  |
| Duloxetina     | 30 mg         | 60 mg          | Es habitual la presencia de náuseas, boca seca, somnolencia y dolor de cabeza.                                                                                                                                                   |
| Bupropión      | 37,5 mg       | 75-300 mg      | Puede presentarse dolor de cabeza, mareos, temblor. Es una alternativa ante el antecedente o riesgo de hiponatremia.                                                                                                             |
| Mirtazapina    | 7,5-15 mg     | 30 mg          | Contemplar la sedación, aumento de peso y el incremento del apetito. <sup>417</sup> También constituye una alternativa ante el antecedente de hiponatremia. Por último, es habitual la presencia de pesadillas luego del inicio. |

416 Sobieraj DM, Martinez BK, Hernandez AV, et al. Adverse effects of pharmacologic treatments of major depression in older adults. J Am Geriatr Soc. 2019 Aug;67(8):1571-1581.

417 Fox CB, Treadway AK, Blaszczyk AT, Sleeper RB. Megestrol acetate and mirtazapine for the treatment of unplanned weight loss in the elderly. Pharmacotherapy. 2009;29(4):383-397.

La *trazodona* merece una mención especial debido a que se utiliza con frecuencia en los pacientes mayores. Es un antagonista de 5-HT<sub>2</sub>, que ha estado disponible durante décadas, pero debido a sus propiedades sedantes, rara vez se prescribe para tratar la depresión. Los psiquiatras que atienden a personas mayores han encontrado que es eficaz en el tratamiento del sueño, la ansiedad y la agitación asociadas con la demencia. Para pacientes en entornos de atención a largo plazo, ha suplantado a las benzodiacepinas. Además de las propiedades antagonistas del receptor 5-HT<sub>2</sub>, la trazodona también es un antagonista del receptor adrenérgico  $\alpha$ , lo que hace que la hipotensión ortostática sea un posible efecto secundario. No presenta efectos anticolinérgicos.<sup>418</sup>

### La depresión resistente

Analicemos un desafío. Puede suceder que el paciente, luego de un tiempo y una dosis adecuada del antidepresivo, *no responda* al tratamiento. Hablamos, en ese punto, de una *depresión resistente*. En general, se denomina así a pacientes que no evidencian, al menos, una reducción del 50 % de los síntomas.<sup>419</sup> Cabe preguntarse, más allá de este tecnicismo al que se apela de manera habitual, qué es lo que hace resistente a la depresión. Antes de pensar en un cambio de antidepresivo (que, desde ya, es una posibilidad), es conveniente interrogarnos sobre la presencia de los siguientes puntos o factores que conducen a la resistencia del tratamiento:

- **Las expectativas** respecto del tratamiento: propias, del paciente y de la familia.
- **Diagnóstico.** ¿Es el correcto? ¿Es necesario una evaluación neurológica, por ejemplo?
- **Medicación.** ¿Puede generar síntomas como parte de sus efectos? ¿Es producto de una interacción medicamentosa?
- **Cumplimiento.** ¿El tratamiento se está cumpliendo según el esquema indicado?
- **Terapias** o intervenciones psicosociales. ¿Se están usando de manera apropiada?
- **Comorbilidades.** ¿Clínicas o neurológicas? ¿Trastorno de la personalidad?

418 Sommer BR, Fenn H, et al. Safety of antidepressants in the elderly. *Expert Opin Drug Saf.* 2003 Jul;2(4):367-383.

419 Carvalho AF, Machado JR, Cavalcante JL. Augmentation strategies for treatment-resistant depression. *Curr Opin Psychiatry.* 2009;22(1):7-12.

Una vez que pasamos por este filtro de preguntas, puede ocurrir que incrementemos la dosis del antidepresivo como parte de una intervención habitual. Ante esto, puede suceder que:<sup>79</sup>

1. Los síntomas entren en remisión.
2. Aparezcan efectos secundarios que impidan un aumento mayor de las dosis.
3. Se alcance la dosis máxima.

Si se produce lo indicado en los puntos 2 y 3, ¿qué opciones tenemos desde un punto de vista psicofarmacológico? Como siempre, serán tres: *incrementar* la dosis, *rotar* por una alternativa o *potenciar* a partir de la inclusión de otro psicofármaco. Todas encierran un riesgo: la presencia de efectos adversos. En este sentido, hay que resaltar que la terapia combinada requiere un cuidado adicional en los adultos mayores debido a —como dijimos— las características de su metabolismo y el uso frecuente y simultáneo de otros medicamentos, lo que puede incrementar el riesgo de efectos secundarios y la disminución de los efectos del medicamento (del antidepresivo o del fármaco clínico) debido a las interacciones.

Sin embargo, desde un punto de vista psicofarmacológico, también puede constituir, en el marco de una estrategia de potenciación, la posibilidad de disminuir los efectos secundarios a expensas de utilizar dosis menores de dos medicamentos. La pregunta que surge es *¿qué ejemplos hay?* Para ensayar una respuesta, partimos de una base caracterizada por la escasez de estudios y por una práctica en la cual se ensayan los esquemas más diversos. Desde ya, las combinaciones que se pueden (o deben) utilizar dependerán de las características clínicas del paciente; situación que, en fin, direccionará nuestro criterio. Citaremos aquellas que presentan al menos una evidencia y un uso habitual en la clínica.<sup>420</sup>

Se destacan:

- Mirtazapina con un ISRS (Por ejemplo, escitalopram).
- Mirtazapina con un IRSN (Por ejemplo, desvenlafaxina).
- Bupropión con un ISRS<sup>421</sup> (Por ejemplo, sertralina).

420 Mulsant BH, et al. A systematic approach to pharmacotherapy for geriatric major depression. Clin Geriatr Med. 2014 Aug;30(3):517-534.

421 Bauer M, et al. Efficacy of an algorithm-guided treatment compared with treatment as usual: a randomized, controlled study of inpatients with depression. J Clin Psychopharmacol. 2009;29(4):327-333.

Otra intervención habitual es agregar al esquema un antipsicótico<sup>422</sup> como parte de un tratamiento combinado o estrategia de potenciación (o ante la presencia de agitación o síntomas psicóticos). Los más utilizados son quetiapina y aripiprazol<sup>399</sup> en dosis bajas.

También se citan la olanzapina y brexpiprazol. Uno u otro dependerá del perfil clínico de la depresión del paciente. Por ejemplo, si lo que se destaca es el insomnio o la ansiedad, la quetiapina podría ser una opción. En otro caso, si lo prominente es la falta de apetito, la olanzapina sería una alternativa válida. Por último, si lo que refiere el paciente es una falta de iniciativa, las posibilidades serían aripiprazol (1 ml de la presentación en solución) y brexpiprazol (0,5-1 mg).

## En las demencias

La evidencia que respalda el uso de antidepresivos para tratar la depresión en la demencia es variada y los datos son difíciles de interpretar debido, en general, a los tamaños de muestra pequeños. En este marco, es frecuente la recomendación de limitar su uso.<sup>423</sup> Sin embargo, en la práctica, los antidepresivos se utilizan, sobre todo los ISRS, que constituyen el tratamiento de primera línea, siempre apelando a la mejor tolerancia que tienen respecto de los otros. Las alternativas que se utilizan —también con frecuencia— son venlafaxina, mirtazapina y bupropión.

El tratamiento de la depresión en pacientes con demencia puede ser un desafío. La evidencia reciente sugiere que existe una menor eficacia de los antidepresivos en pacientes con demencia.<sup>424</sup> En este punto, un capítulo aparte es el uso de estos para el tratamiento de los síntomas conductuales, temática que abordaremos más adelante.

Por otro lado, los inhibidores de la colinesterasa deben considerarse en el tratamiento de los síntomas depresivos como la apatía y la disminución de la iniciativa, ya que los antidepresivos pueden no ser útiles para estos síntomas.<sup>425</sup>

422 MacQueen GM, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 6. Special populations: youth, women, and the elderly. *Can J Psychiatry*. 2016 Sep;61(9):588-603.

423 Ford AH, et al. Management of depression in patients with dementia: is pharmacological treatment justified? *Drugs Aging*. 2017 Feb;34(2):89-95.

424 Nelson JC, Devenand DP. A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled antidepressant studies in people with depression and dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(4):577-585.

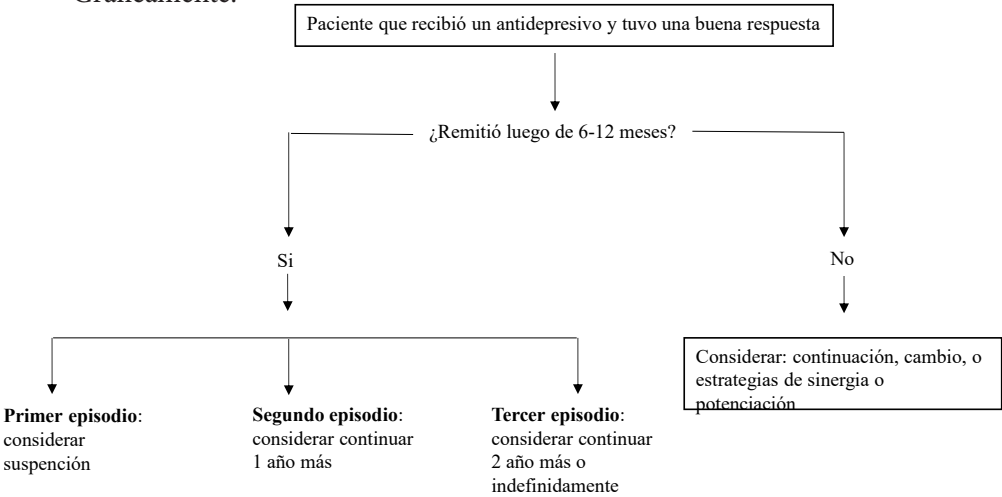
425 Berman K, Brodaty H, Withall A, Seeher K. Pharmacologic treatment of apathy in dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;20(2):104-122.

Una mención aparte merece la *enfermedad de Parkinson*. En ese contexto, la depresión conduce a una mala calidad de vida, deterioro cognitivo, limitaciones funcionales, carga del cuidador, menor adherencia al tratamiento y mortalidad. Por lo tanto, el tratamiento de la depresión comórbida representa un objetivo importante.<sup>426</sup> Pero, como ocurre en general, la evidencia es escasa respecto del manejo farmacológico de la depresión en la enfermedad de Parkinson. Entre los antidepresivos incluidos en un algoritmo inicial se encuentran: mirtazapina, sertralina, citalopram/escitalopram, venlafaxina/desvenlafaxina, duloxetina, bupropión y vortioxetina.<sup>427</sup>

En ambas situaciones, debemos pensar siempre *más allá* del tratamiento psicofarmacológico e incluir la *psicoterapia* como un pilar de nuestras intervenciones, así como los aportes fundamentales de disciplinas como la *musicoterapia* y la *terapia ocupacional*.

Lograda la respuesta o remisión, *¿hasta cuándo mantener el tratamiento?* La recomendación es que el tratamiento psicofarmacológico se prolongue de 6 a 12 meses ante el primer episodio de depresión, aunque la etapa de mantenimiento podría prolongarse hasta 2 años.<sup>428</sup>

Gráficamente:



Adaptado de Kok RM, et al.<sup>83</sup>

426 Rocha FL, Murad MG, et al. Antidepressants for depression in Parkinson's disease: systematic review and meta-analysis. J Psychopharmacol 2013;27:417-423.

427 Goodarzi Z, Ismail Z. A practical approach to detection and treatment of depression in Parkinson disease and dementia. Neurol Clin Pract. 2017 Apr;7(2):128-140.

428 Reynolds CF, Dew MA, Pollock BG, et al. Maintenance treatment of major depression in old age. N Engl J Med. 2006;354:1130-1138.

Para terminar, hay situaciones particulares relacionadas con la depresión que pueden requerir, como parte del tratamiento, una indicación puntual: *la internación*. De acuerdo con la severidad con la que evaluemos, esas situaciones serían:

- Depresión con síntomas psicóticos (ideas delirantes de ruina, somáticas, persecutorias).
- Descompensación en el marco de un trastorno bipolar.
- Depresión con pensamientos o intenciones suicidas.
- Depresión con abuso de sustancias (alcohol o benzodicepinas como los más frecuentes).
- Depresión con ideas de desesperanza.

Llegados a este punto, agregaremos un aspecto fundamental del tratamiento de la depresión en los adultos mayores: el trabajo con *la familia*. A los fines de este capítulo, diremos que es necesario aportar al entorno conocimientos básicos sobre la enfermedad con el objetivo de armonizar las expectativas del paciente, de su familia y las propias. Estos conocimientos incluirán las opciones de tratamiento disponibles, el tiempo de respuesta (latencia), los efectos secundarios de los medicamentos, la necesidad e importancia de la adherencia al tratamiento, el curso y progreso de la enfermedad, y cómo impactan los estresores que hayamos detectado. Asimismo, debemos plantear las pautas de alarma relacionadas con el riesgo de recaída (identificación de los primeros signos). Por último, se debe abordar el estigma asociado con la depresión. Por otro lado, si resultara pertinente, se debe estimular cambios en el estilo de vida.<sup>429</sup>

429 Avasthi A, et al. Clinical practice guidelines for management of depression in elderly. Indian J Psychiatry. 2018 Feb;60(Suppl 3):S341-S362.





# Tratamiento de la ansiedad

Como estudiamos, la ansiedad se encuentra relacionada con la depresión. Puede ser un síntoma que forme parte del cuadro depresivo o constituir la puerta de entrada para profundizar sobre la presencia de síntomas afectivos. Su relación es tan estrecha que la medicación que se utiliza es similar. Dicho esto, en particular sobre la ansiedad, partimos de la siguiente base: los trabajos sobre los tratamientos psicofarmacológicos en las personas mayores son limitados y consisten principalmente en ensayos clínicos pequeños.

No obstante, se constata un creciente interés respecto del tratamiento de la ansiedad y sus trastornos en esta población.<sup>430</sup> Es lo que se percibe también en la práctica: el síntoma “ansiedad” o el trastorno aparece cada vez con mayor frecuencia. Como vimos, la presencia de ansiedad se vincula con el aumento de la morbilidad y mortalidad (a nivel cardiovascular y deterioro cognitivo, por ejemplo). Hoy, la necesidad de tratamiento se evalúa en función de la gravedad y la duración de los síntomas, así como de la afectación de la calidad de vida, la presencia de depresión comórbida o deterioro cognitivo y el uso concomitante de otros medicamentos.<sup>431</sup> Por otro lado, en la actualidad se considera el grado de preocupación basal que presenta la per-

430 Beaudreau SA, Pachana NA. New directions in alleviating anxiety in older adults: applications, modifications, and innovations. *Clin Gerontol.* 2017 May-Jun;40(3):139-140.

431 Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2014;28(5):403-439.

sona para predecir el resultado del tratamiento en los trastornos de ansiedad tardíos.<sup>432</sup>

Como ocurre con el tratamiento de la depresión, los ISRS (sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram) y los IRSN, inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (venlafaxina, duloxetina y desvenlafaxina) son —o siguen siendo— los medicamentos de primera línea para el tratamiento a corto y largo plazo. Los antidepresivos *tricíclicos* demostraron ser eficaces, pero su uso en las personas mayores debería limitarse a casos resistentes a otras opciones terapéuticas debido a su perfil de efectos secundarios. Los trabajos sobre la *mirtazapina* son limitados, pero constituyen una alternativa válida en el marco de la presencia de alteraciones del sueño y del apetito.

Las *benzodiacepinas*, por su parte, potencian la acción inhibitoria del ácido gamma-aminobutírico (GABA) en la neurotransmisión neuronal. Siguen siendo el tratamiento farmacológico más utilizado para la ansiedad en la población mayor. No obstante, su recomendación es utilizarlas solo si se justifica y por un breve período de tiempo (dos a cuatro semanas) y en la menor dosis posible. ¿Por qué? Porque se asocian con efectos adversos: deterioro en las actividades de la vida diaria, caídas y fracturas de cadera (debido a la alteración de la marcha que pueden producir), alteraciones cognitivas, sedación, dependencia, hospitalización e incluso el incremento de la morbilidad y mortalidad, sobre todo cuando son utilizadas de manera prolongada.<sup>433</sup>

Es necesario remarcar que es de utilidad práctica diferenciarlas de acuerdo con su potencia (equivalencia) y la vida media. Por ejemplo, las benzodiazepinas de vida media corta y alta potencia, como el alprazolam, están más relacionadas con la posibilidad de generar dependencia y síntomas de discontinuación que aquellas de vida media larga y baja potencia. Sin embargo, también debemos tener el recaudo de evitar, en lo posible, el uso de diazepam, dada su vida media prolongada, su efecto miorrelajante y su liposolubilidad, lo que genera una acumulación que incrementa los efectos adversos.

432 Kyriacou T, Hodges J, Gould RL. Predictors and moderators of treatment outcome in late-life anxiety: A systematic review. *J Affect Disord.* 2023 Oct 15;339:454-470.

433 Pisa H. Discontinuación de las benzodiacepinas. En: PROCAM. Programa de actualización en cuidados del adulto mayor. Buenos Aires: Panamericana; 2015. p. 33-53.

| <b>Benzodiacepina</b> | <b>Dosis equivalente (mg)</b> | <b>Vida media (h)</b> |
|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Clonazepam            | 0,25                          | 18-50                 |
| Alprazolam            | 0,5                           | 6-12                  |
| Lorazepam             | 1                             | 11-30                 |
| Bromazepam            | 3                             | 10-20                 |
| Diazepam              | 5                             | 20-100                |

Adaptado de Jufe<sup>434</sup>

Una alternativa a las benzodiacepinas es la *pregabalina*, la cual mostró eficacia y tolerabilidad. En un trabajo en el que se la comparó con sertralina, mostró un inicio de acción más rápido e igual eficacia. Las reacciones adversas fueron de corta duración y dependientes de la dosis. En síntesis, constituye un ansiolítico atípico, eficaz y, en general, bien tolerado, sobre todo para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada.<sup>435</sup>

Una mención aparte merece el uso de *antipsicóticos*. En un punto, se utilizan por demás frente a malestares diversos. Un ejemplo de esto lo constituiría la quetiapina; sin embargo, se encuentra descripto su uso. Demostraron eficacia y tolerabilidad tanto en monoterapia como en tratamientos complementarios junto a un antidepresivo.<sup>436</sup> Sobre la utilidad de risperidona u olanzapina no existen trabajos contundentes, pero su uso, llegado el caso, dependerá de la clínica que evidencie el paciente. Siempre en dosis bajas.

#### **Actividad física:**

Existe una correlación entre los niveles de actividad física y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en las personas mayores.<sup>437</sup>

Por este motivo, una recomendación fundamental es incluir como parte de nuestras indicaciones/ intervenciones que el paciente realice una actividad física.

434 Jufe G. Psicofarmacología práctica. Buenos Aires: Polemos, 2017. P. 250-252

435 Cvjetkovic-Bosnjak M, et al. Pregabalin versus sertraline in generalized anxiety disorder: an open-label study. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2015;19(11):2120-2124.

436 Kreys TJ, Phan SV. A literature review of quetiapine for generalized anxiety disorder. Pharmacotherapy. 2015;35(2):175-188.

437 de Oliveira LDSSCB, et al. The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. Trends Psychiatry Psychother. 2019 Jan-Mar;41(1):36-42.

## Los trastornos

### Ansiedad generalizada

Este trastorno mental —frecuente— se caracteriza por una preocupación y un estado de tensión permanente y constante. Tiene una gran comorbilidad con enfermedades clínicas o mentales y causa una angustia considerable.

El tratamiento, de acuerdo con su gravedad o nivel de condicionamiento, puede ser tratado solo con psicoterapia. En caso de requerir un esquema psicofarmacológico, como veremos con los otros trastornos, en primer lugar, contaremos con el grupo de los ISRS (paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram) y, dentro de los IRSN, inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (venlafaxina). También, como una opción, incluiremos a la pregabalina (en una dosis de 25 a 150 mg/día).<sup>438</sup>

### Trastorno de pánico

La presentación de los episodios de pánico en la vejez es similar a los de la población adulta joven, aunque puede presentarse con una menor cantidad de síntomas o con una intensidad menor.<sup>308</sup> El objetivo del tratamiento será evitar o atenuar los ataques de pánico, aliviar la ansiedad anticipatoria, así como prevenir las recaídas y la recurrencia de los síntomas, lo que redundará en una mejora en el nivel de funcionamiento del paciente. Para ello, contamos con el abordaje psicoterapéutico que, en general, como dijimos, según la mayoría de los trabajos, sugiere una terapia cognitivo-conductual. Pero en ese sentido —como dijimos también—, más que lo teórico, considero importante que el profesional contemple desde su experticia la singularidad de la persona mayor.

El otro recurso con que contamos es el tratamiento psicofarmacológico. En este punto, tendríamos, en primer lugar, al grupo de los ISRS (paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram), y dentro de los IRSN, inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (venlafaxina). Las benzodiacepinas podrían ser de utilidad durante el tiempo de latencia. En particular, la opción de clonazepam 0,25 mg sublingual podría ser útil en la modalidad “rescate” (hasta dos o tres veces por día). Esta indicación tiene un doble objetivo: por un lado, el efecto inherente del fármaco y, por otro, “devolverle” el control al paciente, es decir, que este sienta que *puede hacer frente* al síntoma, teniendo en cuenta que este tipo de cuadros se caracterizan por lo impredecible.

438 Balsamo M, et al. Assessment of anxiety in older adults: a review of self-report measures. Clin Interv Aging. 2018 Apr 6;13:573-593.

### ***Trastorno obsesivo-compulsivo***

El principio psicofarmacológico general es el mismo que para todos los trastornos: la titulación lenta. Pero en estos pacientes *obsesivos* —o desde un punto de vista psicodinámico, con una *estructura obsesiva*—, en los que se vislumbra un malestar a expensas de una percepción de una *pérdida de control*, esta estrategia cobra especial relevancia. Un ejemplo típico de ello es lo que ocurre ante la imposibilidad de *controlar el paso del tiempo* o *la aparición de una enfermedad* propia o de alguien cercano. Ante estas situaciones, se produce una exacerbación de los síntomas que, en general, han acompañado a la persona a lo largo de su vida. Por este motivo, la titulación lenta adquiere en estos pacientes una relevancia particular.

Hablamos de un paciente a quien, en general, le resultará difícil aceptar un psicofármaco. Ante esta posibilidad, comenzar con la cuarta parte de la dosis inicial de un antidepresivo constituiría una intervención útil, sumado a una actitud activa de parte nuestra de “reafirmar” la importancia de alcanzar una dosis terapéutica y de mantener la continuidad del esquema.

Dicho esto, la primera línea son los ISRS. Dentro de este grupo, la fluvoxamina (cuya dosis es de 50-100 mg) adquiere una relevancia particular. Un trabajo específico (aunque con una muestra pequeña) examinó a un grupo de personas mayores. Luego de doce semanas de tratamiento, ocho de los doce evidenciaron una reducción del 50 % de los síntomas.<sup>439</sup> La *clomipramina* puede ser una opción siempre que tengamos en cuenta los efectos anticolinérgicos que potencialmente pudieran afectar a un paciente determinado.

Ante la dificultad clínica y terapéutica —verdaderos desafíos— que representan estos pacientes, se publicaron diferentes reportes de casos en los que se utilizaron diferentes esquemas alternativos (de potenciación). Por ejemplo, mirtazapina con bupropión en el caso de una mujer de 60 años que realizaba compras compulsivas; clomipramina con lamotrigina y un agente glutamatérgico (memantina) en una mujer de 59 años con TOC resistente al tratamiento. También es habitual la combinación de un ISRS con un antipsicótico atípico, por ejemplo, risperidona en bajas dosis por ejemplo.<sup>313</sup> En este punto, conviene tener en cuenta la interacción con paroxetina y fluoxetina.

439 Wylie M, et al. Fluvoxamine pharmacotherapy of anxiety disorders in later life: preliminary open-trial data. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2000;13:43-48.

## **Estrés postraumático**

La exposición a acontecimientos traumáticos puede producirse a lo largo de toda la vida. Ahora bien, en general las personas responden a un trauma con cierto nivel de angustia psicológica; pero, en la mayoría de los casos, recuperan su estado basal en un plazo de tres meses. No obstante, un grupo mantiene los síntomas cognitivos, conductuales y de ansiedad que persisten. Hablamos en ese caso de un trastorno de estrés postraumático (TEPT), que podrá resolverse o hacerse crónico.

Los síntomas característicos —recordemos— son intrusión de recuerdos angustiosos y recurrentes, pesadillas, *flashbacks*, conductas evitativas, ánimo depresivo asociado al suceso traumático como única causa conocida. Lo “traumático” se relaciona con la exposición directa a una situación específica o a una presenciada por otros (familiar o alguien cercano, por ejemplo). Ahora bien, sabemos que no está claro por qué algunas personas desarrollan TEPT y otras no. Es probable que la naturaleza y la gravedad del trauma influyan en el desarrollo y la evolución de este.

El TEPT se trata con medicación, psicoterapia o ambas. Los antidepresivos, como los ISRS y los IRSN, son los más utilizados para tratar los síntomas traumáticos. Las dosis y los recaudos son aquellos que consignamos.

Una referencia que puede ser de utilidad para ciertos casos particulares sería el uso de prazosina en dosis bajas (1-2 mg). Es un antagonista  $\alpha_1$  que se prescribe a menudo para la hipertensión y la hipertrofia prostática benigna. Más allá de estas indicaciones, sería eficaz contra las pesadillas. Dada su especificidad, es recomendable la consulta clínico-geriátrica oportuna tanto para su indicación como para el seguimiento.<sup>440</sup> Por último, el uso de los antipsicóticos y benzodicepinas tendría una utilidad limitada.

## **Fobias específicas**

El escitalopram y la paroxetina mostraron eficacia frente a las fobias específicas.<sup>441</sup>

440 Jakel RJ. Posttraumatic stress disorder in the elderly. *Psychiatr Clin North Am.* 2018 Mar;41(1):165-175.

441 Pary R, et al. Anxiety disorders in older patients. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2019 Jan 31;21(1):18nr02335.

# Tratamiento del trastorno bipolar

En líneas generales, el tratamiento de los pacientes bipolares es complejo, dada la diversidad de su presentación y los diferentes matices relacionados con la respuesta a los esquemas psicofarmacológicos que se utilizan. En los pacientes mayores, a diferencia de lo que sucede con los más jóvenes, debemos contemplar otros factores que incrementan la complejidad: una mayor prevalencia de comorbilidades médicas, sensibilidad a los efectos adversos relacionados con el tratamiento y desafíos psicosociales (la soledad, por ejemplo).<sup>442</sup>

Desde un punto de vista clínico, y con el objetivo específico de pensar el tratamiento, es recomendable —como en la mayoría de las situaciones—, al momento de atender a una persona mayor, ubicarnos respecto del diagnóstico de manera longitudinal, es decir, tener en cuenta la *película*, cómo fue la presentación de los síntomas a lo largo de la vida, y no solo la *foto* que sería la perspectiva transversal. Una clasificación que ya vimos, pero que es útil recordar a los fines del tratamiento, es la siguiente:<sup>270</sup>

- 1) **Bipolaridad de comienzo temprano:** serían aquellos pacientes con una historia de trastorno bipolar.
- 2) **Bipolaridad de inicio tardío:** incluye a los pacientes en los cuales el trastorno bipolar se manifiesta por primera vez después de los 50 años.

442 Sajatovic M, et al. A report on older-age bipolar disorder from the International Society for Bipolar Disorders Task Force. *Bipolar Disord.* 2015;17(7):689-704.

También a aquellos que presentaron episodios depresivos previos a los 50 años y se interpretaron como episodios *unipolares*, y desarrollan un episodio maníaco, hipomaníaco o mixto a partir de esa edad.

- 3) **Manías secundarias:** son aquellas que se producen como resultado de una enfermedad somática o de una medicación (por ejemplo, corticoides). Es decir, serían pacientes sin historia de bipolaridad. Por otro lado, sería lo que deberíamos descartar ante una presentación de inicio tardío.

Antes de pensar qué medicación utilizaremos, es importante recordar los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos que se relacionan con la edad. Mencionaremos, entre otros: el nivel de la unión a proteínas, el metabolismo (disminución de la albúmina total) y la actividad enzimática reducida (como ocurre, por ejemplo, con la actividad del citocromo CYP3A4, la principal vía metabólica de sertralina y citalopram).<sup>443</sup> Tener en cuenta lo anterior requerirá una adaptación de las dosis.

Siempre hay que tener presente las potenciales comorbilidades clínicas, cognitivas, la polifarmacia y los problemas de esta etapa de la vida (duelos, pérdidas, situación laboral y social).

Llegados a este punto, analizaremos las medicaciones que se utilizan con frecuencia, teniendo en cuenta que la evidencia específica vinculada al tratamiento en el transcurso de la vejez es escasa: la mayoría parte de extrapolar los esquemas utilizados en la población adulta joven.

En primer lugar, tenemos el *litio*. Este constituye un tratamiento eficaz para los episodios maníacos y depresivos, la prevención de las potenciales recaídas, la potenciación frente a un episodio depresivo resistente y la disminución del riesgo suicida en pacientes con un trastorno afectivo.<sup>276</sup> Teniendo en cuenta los factores farmacodinámicos y farmacocinéticos que cambian con la edad, y en este marco, el mayor riesgo de efectos secundarios e interacciones que potencialmente puede implicar, sería recomendable para las *manías* que se ubicarían dentro de la clasificación que vimos: las de comienzo temprano e inicio tardío más que para las secundarias.<sup>444</sup>

Con relación a las dosis, es importante contemplar que el volumen de distribución es mayor en la vejez, pero el *clearance* renal está reducido. Por este motivo, la eliminación se calcula que sería dos veces más prolongada que en un adulto joven, por lo que se requerirían dosis inferiores, un tercio a la mitad,

443 Lotrich FE, Pollock BG. Aging and clinical pharmacology: implications for antidepressants. J Clin Pharmacol. 2005;45(10):1106-1122.

444 McDonald WM, Nemeroff CB. The diagnosis and treatment of mania in the elderly. Bull Menninger Clin. 1996;60(2):174-196.



y aumentos graduales. Asimismo, se deben mantener controles estrictos del nivel sérico (dependerá del estado clínico; pero como recomendación sería mantener una frecuencia mensual) y estar atentos a eventuales interacciones como, por ejemplo, con diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida), inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA, enalapril, captopril, lisinopril) y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE, ibuprofeno, naproxeno, diclofenac), los cuales aumentan los niveles séricos.

Atentos a lo que expusimos, por seguridad, es conveniente mantener los valores séricos entre 0,4 y 0,6 mmol/l.<sup>445</sup> No obstante, la necesidad de niveles más altos dependerá de la necesidad clínica y de la posibilidad —clínica también— de poder hacerlo. Por último, no sería recomendable utilizar el litio en el contexto de una enfermedad de Parkinson.<sup>446</sup>

Siempre: solicitar ECG y consulta cardiológica; análisis de laboratorio que incluya hemograma, ionograma, función renal, perfil tiroideo y litemia.

El control cardiológico debe realizarse de acuerdo con los tiempos que considere el especialista; respecto del laboratorio, cada uno o dos meses, teniendo en cuenta el requerimiento clínico del paciente.

Continuaremos con los *valproicos* (valproato de magnesio; divalproato de sodio). A diferencia del litio, estos fármacos son bien tolerados. Como efectos adversos, pueden ocasionar fatiga, molestias gastrointestinales, temblores y alteraciones de la marcha, así como una reducción del número de plaquetas.<sup>447</sup> Si bien para el tratamiento de la manía en la edad adulta habría que llegar a una concentración sérica superior a 90 mg/ml, no está claro en la actualidad cuál debería ser el nivel frente a una manía en la vejez. Tampoco están claros los valores de mantenimiento.<sup>448</sup>

Por otro lado, es una medicación que requiere de controles de laboratorio, con el objetivo de constatar un compromiso hepático (aumento de las enzimas) o disminución del número de plaquetas. Es recomendable solicitar lo siguiente: hemograma, hepatograma, recuento de plaquetas y valproato sérico. En general, el nivel en el contexto de los pacientes que se encuentran

445 Volkman C, et al. Lithium treatment over the lifespan in bipolar disorders. *Front Psychiatry*. 2020 May 7;11:377.

446 Christl J, et al. Lithium therapy in old age: recommendations from a Delphi survey. *Pharmacopsychiatry*. 2023;56:188-196.

447 Nanau RM, Neuman MG. Adverse drug reactions induced by valproic acid. *Clin Biochem*. 2013;46(15):1323-1338.

448 Grunze H, et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorder: update 2012 on the long-term treatment. *World J Biol Psychiatry*. 2013;14(3):154-219.

atravesando su vejez se utilizarían niveles séricos menores, atentos más a la clínica que a un valor determinado. Traigo a colación una escena frecuente en la práctica: por ejemplo, ante un esquema de 750-1000 mg/día, que luego de dos o tres semanas el paciente no evidencie respuesta, ¿incrementaría la dosis? Particularmente, lo evitaría. En ese caso, ¿qué opciones tenemos? Avancemos.

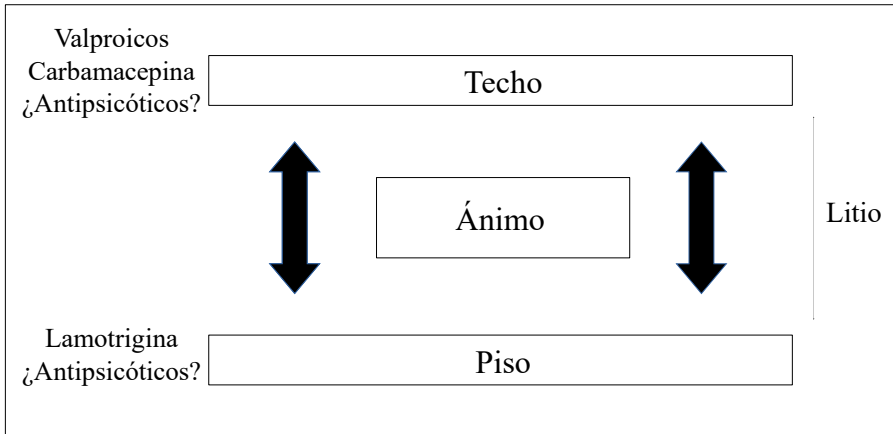
La *carbamazepina* se utilizaba con frecuencia a fines del siglo pasado y comienzos del actual, incluso ante síntomas conductuales en las demencias. En la actualidad, su uso es menor debido a su efecto inductor a nivel hepático, sobre todo a nivel del citocromo 2D6 (utilizado frecuentemente por antipsicóticos, antidepresivos y anticonvulsivantes), con las consecuentes interacciones. Puede presentar también efectos neurotóxicos (visión borrosa, imágenes diplópicas, nistagmo, confusión, agitación). Asimismo, pueden producirse cambios en el hemograma (agranulocitosis, anemia aplásica), alergias, hiponatremia o retención urinaria con más frecuencia que con otros anticonvulsivantes.<sup>449</sup>

Para terminar con los anticonvulsivantes como estabilizadores del ánimo, profundizaremos sobre la *lamotrigina*. Esta presenta, en general, una buena tolerabilidad y perfil de seguridad. Si los anteriores, respecto del ánimo, constituirían un techo hacia el centro —la eutimia—, la lamotrigina sería el piso, con un efecto antidepresivo. El recaudo que deberíamos contemplar es la posibilidad de reacciones alérgicas a nivel dermatológico, cuyo efecto adverso más grave es el síndrome de Stevens-Johnson, una reacción cutánea grave y poco frecuente que puede afectar la piel y mucosas. Se caracteriza por un sarpullido doloroso con ampollas, por lo que la titulación de la dosis requiere que sea lenta.<sup>450</sup> Es recomendable iniciar con 12,5-25 mg por día e incrementar la misma dosis luego de diez días hasta llegar a la dosis deseada; lo habitual es 50 a 200 mg/día. Asimismo, es necesario reducir la dosis en caso de disfunción hepática o renal.

El gráfico que sigue es un resumen del lugar —el rol— que tendrían cada uno de los estabilizadores en el contexto de un tratamiento.

449 Cates M, Powers R. Concomitant rash and blood dyscrasias in geriatric psychiatry patients treated with carbamazepine. *Ann Pharmacother.* 1998;32(9):884-887.

450 Robillard M, Conn DK. Lamotrigine use in geriatric patients with bipolar depression. *Can J Psychiatry.* 2002;47(8):767-770.



Los *antipsicóticos* en combinación con benzodiacepinas son una práctica habitual como parte del tratamiento de primera línea en la manía aguda. Sin embargo, su uso en una persona mayor es controvertido debido a los potenciales efectos adversos. Con relación a los de primera generación (haloperidol), es conocido el riesgo potencial de efectos secundarios extrapiramidales como temblor, rigidez y parkinsonismos, especialmente en la vejez.

En cuanto a los antipsicóticos de segunda generación, han demostrado ser útiles debido a sus efectos antidepresivos y estabilizadores del estado de ánimo.<sup>451</sup> Para la manía aguda, diferentes ensayos avalan el uso de quetiapina, aripiprazol, clozapina, olanzapina y risperidona.<sup>452</sup> En general, evidencian un efecto sobre la inquietud motora, ansiedad, irritabilidad o agitación. Pero pueden generar efectos sedativos importantes, así como problemas metabólicos (aumento de peso y dislipidemias) y, aunque no son habituales, se pueden presentar efectos extrapiramidales como acatisia (sobre todo con risperidona).

Dentro de este grupo, podríamos agregar la lurasidona, sobre todo en la fase depresiva;<sup>453</sup> sin embargo, los resultados en la práctica no son concluyentes. Es, de momento, una alternativa. En la misma línea, podríamos incluir

451 Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2010 on the treatment of acute bipolar depression. *World J Biol Psychiatry*. 2010;11(2):81-109.

452 Chen P, Dols A, Rej S, Sajatovic M. Update on the epidemiology, diagnosis, and treatment of mania in older-age bipolar disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(8):46.

453 McIntyre RS, et al. Lurasidone in the treatment of bipolar depression with mixed (subsyndromal hypomanic) features: post hoc analysis of a randomized placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2015;76:398-405.

la cariprazina en dosis de 1,5 mg y al brexpiprazol de 1 mg.<sup>454</sup> Por otro lado, los antipsicóticos de baja potencia, como la levomepromazina, no serían recomendables para pacientes de edad avanzada por su efecto anticolinérgico.

¿Los *antidepresivos* se usan? O, mejor dicho, ¿se pueden usar? Son preguntas que una y otra vez surgen en la práctica frente a las dificultades que plantea el tratamiento del trastorno bipolar en la vejez. En este punto están quienes dicen que son útiles, pero que pueden aumentar el riesgo de manía y ciclados rápidos a largo plazo en pacientes con trastorno bipolar I.<sup>455</sup> Del otro lado, quienes refieren que una respuesta a los antidepresivos podría predecir un beneficio a largo plazo sin un mayor riesgo de manía. También están los que manifiestan que las probabilidades de una recurrencia maniaca disminuirían con la edad.<sup>456</sup> Dicho esto, la decisión de iniciar, continuar o suspender un antidepresivo tras un episodio es una decisión individual. En general, la recomendación es el uso de estabilizadores del estado del ánimo solos o junto con un antipsicótico de segunda generación antes de utilizar antidepresivos. Y nunca un antidepresivo solo: siempre junto a un estabilizador.

**Resumen de las medicaciones utilizadas para el tratamiento**

| Medicación                                  | Manía | Depresión | Episodios mixtos | Mantenimiento |
|---------------------------------------------|-------|-----------|------------------|---------------|
| Litio                                       | +     | +         | +                | +             |
| Valproico(s)                                | +     | -         | +                | +             |
| Lamotrigina                                 | -     | +         | -                | +             |
| Antipsicóticos                              | +     | +         | +/-              | +             |
| Antidepresivos                              | +     | +/-       | -                | +/-           |
| Psicoterapia / intervenciones psicosociales | -     | +         | +                | +             |

Adaptado de Ljubic N, et al.

454 Vasudev A, et al. A review of the pharmacological and clinical profile of newer atypical antipsychotics as treatments for bipolar disorder: considerations for use in older patients. *Drugs Aging*. 2018 Oct;35(10):887-895.

455 Pacchiarotti I, et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on antidepressant use in bipolar disorders. *Am J Psychiatry*. 2013;170(11):1249-1262.

456 Coryell W, et al. Age transitions in the course of bipolar I disorder. *Psychol Med*. 2009;39(8):1247-1252.

# Tratamiento de la psicosis

La presencia de síntomas psicóticos requerirá incluir un antipsicótico. Una obviedad. Sin embargo, para que esa indicación se constituya en un tratamiento, será necesario contemplar en la persona mayor —a diferencia de lo que sucede en los adultos jóvenes— que los delirios y alucinaciones se pueden presentar en el contexto de enfermedades clínicas o neurológicas comórbidas, polifarmacia, abuso de sustancias y cambios cognitivos. Esto no solo aumenta la vulnerabilidad a la psicosis, sino que también puede complicar el tratamiento de los síntomas. Es decir, al mismo tiempo que indicamos una medicación antipsicótica, tendremos que contemplar diferentes situaciones que deberían ser tratadas —abordadas— y que, a su vez, moldearán las expectativas propias y las del entorno, así como el pronóstico.

¿Qué consideraciones hay que tener en cuenta al momento de pensar el tratamiento? En *primer lugar*, lo que expusimos con relación a la presencia de una situación que pueda generar los síntomas, agravarlos o condicionar nuestras posibilidades de intervención; por ejemplo, en la enfermedad de Parkinson, los agentes dopaminérgicos pueden causar síntomas psicóticos, mientras que los agentes que bloquean la dopamina empeoran la movilidad y el temblor.<sup>457</sup>

En *segundo lugar*, hay que considerar el perfil de los efectos adversos de los diferentes antipsicóticos: las personas mayores son especialmente sensibles

457 Masand P. Clinical effectiveness of atypical antipsychotics in elderly patients with psychosis. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2004;14(Suppl 5):S461-S469.

a los potenciales efectos secundarios. Con relación a los *antipsicóticos típicos* (haloperidol, trifluoperazina, levomepromazina, clotiapina), son conocidos los efectos adversos extrapiramidales que incluyen a los parkinsonismos (bradicinesia, temblor, hiponimia, rigidez, y dentro de estos el signo de la “rueda dentada”), la distonía (espasmos musculares que pueden ser dolorosos), y la acatisia (que se manifiesta con una sensación de tensión interna, ansiedad y un impulso compulsivo —o necesidad— de mover el cuerpo, que se evidencia por paseos e inquietud motriz constante).

Otro efecto adverso eventual de estos fármacos es la discinesia tardía, que consiste en un trastorno del movimiento de aparición tardía que puede continuar incluso después de suspender el fármaco y se caracteriza por movimientos involuntarios, repetitivos y sin propósito. La dosificación del haloperidol, llegado el caso, es preferible hacerla a partir de la presentación en gotas, donde 1 equivale a 0,1 mg. La dosis que se utiliza va de 0,2 mg a 1,5 mg (es decir, de 2 a 15 gotas por día, que se pueden distribuir en una, dos o tres tomas).

La risperidona, si bien se encuentra incluida dentro del grupo de los antipsicóticos atípicos, podría generar estos síntomas, a diferencia de la quetiapina, olanzapina, aripiprazol y clozapina, que tendrían una incidencia baja respecto de estos efectos adversos. No obstante, todos comparten un efecto adverso importante: el aumento de peso con el consecuente impacto metabólico (con excepción del aripiprazol).<sup>458</sup> En general, se utilizan para el tratamiento de los síntomas psicóticos y el control de los trastornos del comportamiento, la agresividad y la agitación asociados con la demencia. Veremos a continuación algunas consideraciones prácticas de los más utilizados:

La *clozapina* tiene un efecto anticolinérgico potente y sedativo que debe ser tenido en cuenta. El factor más limitante en el uso de clozapina en ancianos puede ser el riesgo de inducir agranulocitosis, por lo que se requieren controles sanguíneos obligatorios cuya frecuencia sea semanal durante las primeras 18 semanas y mensual una vez cumplido ese período.<sup>459</sup> La dosis que se utilizaría es de 25 a 100 mg/día.

458 Broadway J, Mintzer J. The many faces of psychosis in the elderly. *Curr Opin Psychiatry*. 2007 Nov;20(6):551-558.

459 Pitner JK, et al. Efficacy and adverse effects of clozapine in four elderly psychotic patients. *J Clin Psychiatry*. 1995;56(5):180-185.

La *risperidona*, como vimos, puede presentar efectos adversos extrapiramidales, así como incrementar los niveles de prolactina. La dosis recomendada es de 0,25 mg hasta 1,5 mg/día en el marco de una demencia, y de hasta 2 a 3 mg en el caso de una psicosis primaria.<sup>460</sup>

El tratamiento con *olanzapina* se puede asociar con efectos anticolinérgicos (sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria o taquicardia sinusal) e incremento del apetito y del peso,<sup>461</sup> un efecto adverso que puede resultar de utilidad en ciertos pacientes que presentan inapetencia o muy perjudicial en casos de obesidad, diabetes e hipercolesterolemia. La dosis habitual es de 2,5 a 7,5 mg/día.

La *quetiapina* no evidencia efectos anticolinérgicos. Sus principales efectos secundarios son la somnolencia, mareos, hipotensión postural, aumento de peso.<sup>462</sup>

Una sugerencia importante es evitar la presentación XR. Como vimos, el paciente mayor presenta cambios a nivel farmacocinético que lo convierten en “fisiológicamente XR”: tanto su metabolismo como la excreción se encuentran prolongados. La dosis utilizada oscila entre 25 y 150 mg/día.

El *aripiprazol* se ha asociado con efectos secundarios como estreñimiento, dolor de cabeza, inquietud y erupción cutánea.<sup>463</sup> La dosis recomendada es de 0,5 mg (0,5 ml a partir de utilizar la presentación solución) a 5 mg.

La *pimavanserina* es un antipsicótico atípico relativamente nuevo y el primero aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento de la psicosis en la enfermedad de Parkinson y demencia por cuerpos de Lewy. Constituye una nueva clase de antipsicóticos que actúa como agonista inverso y antagonista del receptor de serotonina 5-HT<sub>2A</sub>, y carece de los efectos bloqueantes del receptor de dopamina de otros antipsicóticos.<sup>464</sup> La dosis que se utiliza es un comprimido de 34 mg/día.

Por otro lado, las interacciones de los antipsicóticos con otros medicamentos difieren para cada uno, pero en general involucran a las isoenzimas del citocromo P450, CYP2D6, CYP3A4 y CYP1A2. Los fármacos que son potentes

460 Brown CS, et al. Atypical antipsychotics: part II. Adverse effects, drug interactions, and costs. *Ann Pharmacother*. 1999;33:210-217.

461 Khouzam HR, Emes R. Late life psychosis: assessment and general treatment strategies. *Compr Ther*. 2007 Fall;33(3):127-143.

462 McManus DQ, et al. Quetiapine, a novel antipsychotic: experience in elderly patients with psychotic disorders. Seroquel Trial 48 Study Group. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(5):292-298.

463 Gill T, et al. A mnemonic for monitoring the prescribing of atypical antipsychotics. *Geriatrics*. 2004; 59(8):41-42.

464 Horn S, et al. Pimavanserin versus quetiapine for the treatment of psychosis in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. *Parkinsonism Relat Disord*. 2019 Dec;69:119-124.

inductores enzimáticos (carbamazepina) pueden reducir los niveles plasmáticos de los antipsicóticos, lo que generaría una disminución del efecto antipsicótico. Al contrario, los inhibidores enzimáticos (ciprofloxacina, eritromicina, fluoxetina, paroxetina) pueden aumentar los niveles de los antipsicóticos, lo que provocaría una mayor posibilidad de que se generen efectos adversos.<sup>465</sup>

Por último, tanto antes de iniciar el tratamiento con antipsicóticos como en el marco del seguimiento del paciente, deben controlarse las funciones hepática, renal y cardíaca, así como monitorear la presencia de efectos adversos para disminuir la morbilidad asociada a estos.

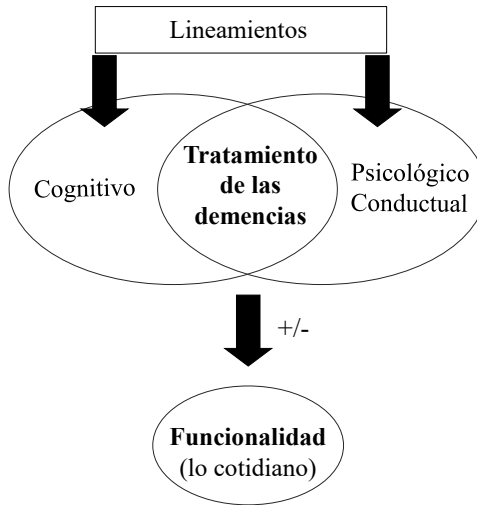
465 Seeman P. Atypical antipsychotics: mechanism of action. *Can J Psychiatry*. 2002;47(1):27-38.



# Tratamiento de las demencias

Cuando definimos las demencias, hablamos de la interacción de tres áreas: cognitiva, psicológica-conductual y funcional. En otras palabras, si las dos primeras se encuentran alteradas, se afecta la funcionalidad y cotidianidad de la persona (con relación a un estado anterior conocido o estimado). Otro punto para tener en cuenta es la diversidad en la forma de presentación, que dependerá del tipo de demencia, así como de las características particulares de la persona (la personalidad). En este sentido, desde la psicogeriatría resultará útil dividir el tratamiento teniendo presente esas dos áreas, que constituirían, a su vez, dos lineamientos que ordenarán nuestro tratamiento e intervenciones contemplando la singularidad de la persona. Si bien los desarrollaremos por separado, se entrecruzan o se entrecruzarán en algún momento de la evolución.

¿Qué buscamos? Por un lado, podríamos decir, como una expectativa de máxima, enlentecer la evolución, así como mantener, recuperar o disminuir/atenuar la pérdida de funcionalidad. En fin, nuestro tratamiento tendrá como objetivo la búsqueda de un resultado más o menos positivo en la funcionalidad. Gráficamente, podríamos representarlo de la siguiente manera:



¿De qué dependerá que el resultado sea positivo? En particular, en el contexto de las demencias, es necesario tener en cuenta las siguientes particularidades al momento de pensar el tratamiento: el tipo de demencia (a grandes rasgos, si es cortical o subcortical), el tiempo de evolución y los síntomas que predominan. Del mismo modo, la presencia de comorbilidades que podrían impactar tanto en la clínica como en la evolución, así como las características (farmacodinámicas y farmacocinéticas) de la medicación que recibe. En ese sentido, siempre que sea posible, se deben evitar aquellos con potencial de efectos secundarios a nivel cognitivo, como son los que se presentan con propiedades anticolinérgicas: antidepresivos tricíclicos (amitriptilina); antipsicóticos (clozapina, olanzapina).

### Lineamiento cognitivo

En general, es un área que es abordada desde la neurología. Sin embargo, como los caminos se cruzan de manera constante, la psicogeriatría podría involucrarse en varios momentos; por ejemplo: un paciente al que atendemos desde hace varios años comienza con alteraciones cognitivas; otro puede ser aquel que fue tratado inicialmente por problemas de memoria y con el tiempo presentó sintomatología depresiva que requirió la consulta psiquiátrica; así, tanto en el tratamiento como en el seguimiento deberemos contemplar el esquema que se le indicó. Por último, tenemos al paciente con sintomatología conductual que viene tratado desde hace cinco años o más con medicaciones para la memoria.

En la etapa de deterioro cognitivo leve o estadios iniciales (pero podríamos decir durante el curso general de la enfermedad) hay un acuerdo con relación a la necesidad de combinar intervenciones, entre las que se encuentran el tratamiento y control de los factores de riesgo vascular (hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes), la dieta y la actividad física, con aquellas que podrían mejorar la función cognitiva, dentro de las cuales incluiremos: la estimulación social y cognitiva, y el tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos comórbidos, como la depresión o la ansiedad.<sup>466</sup>

Con relación a los medicamentos que podríamos utilizar en los casos leves (iniciales) a moderados tenemos a los *anticolinesterásicos*. Específicamente, los inhibidores de la acetilcolinesterasa podrían producir un efecto beneficioso en los pacientes con enfermedad de Alzheimer, basado en la idea de que las regiones límbicas y paralímbicas que se encuentran asociadas al procesamiento de la emoción presentan un déficit colinérgico; por lo que, a partir de la restauración de dicho déficit, se evidenciaría una mejoría en el procesamiento emocional, así como también en el comportamiento subyacente.<sup>148</sup> También se utilizan en el deterioro cognitivo vascular y, en aquellos pacientes con enfermedad de cuerpos de Lewy y demencia por enfermedad de Parkinson, evidencian respuesta a los inhibidores de la colinesterasa. Sin embargo, pueden empeorar el comportamiento en las demencias frontotemporales.<sup>467</sup>

Se inicia con la dosis mínima; por ejemplo, con donepecilo serían 5 mg, y se puede progresar al mes a 10 mg al mediodía, luego del almuerzo (más allá de que la indicación del prospecto sugiera una toma nocturna; lo que ocurre es que es habitual la presencia de una bradicardia sinusal, fisiológica durante el sueño). Es importante, antes de iniciar el esquema con un anticolinesterásico, solicitar un ECG a partir de una consulta cardiológica, debido a la bradicardia o síncope que pueden producir, con el consecuente riesgo de caída.

En la siguiente tabla se describen las características principales de los anticolinesterásicos:<sup>468</sup>

466 Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 2017;390(10113):2673-2734.

467 O'Brien JT, Burns A; BAP Dementia Consensus Group. Clinical practice with anti-dementia drugs: a revised (second) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2011;25(8):997-1019.

468 Loñ L. Farmacología de la enfermedad de Alzheimer y de la demencia vascular. En: Zieher LM, et al. *Psicofarmacología clínica y sus bases neurocientíficas*. 3.ª ed. Buenos Aires: Ed. FEFYM (Fundación de Estudios Farmacológicos y de Medicamentos); 2003:441-443.

| Inhibidor de AChE | Acción sobre la AChE                       | Bd Oral | Unión Prot. | Metab.                            | T½ (hs) | Dosis inicial | Dosis Manten. |
|-------------------|--------------------------------------------|---------|-------------|-----------------------------------|---------|---------------|---------------|
| Donepecilo        | Inhibidor reversible                       | 100 %   | 96 %        | CYP 2D6<br>3A4                    | 70      | 2.5 mg        | 5-10          |
| Rivastigmina*     | Inhibidor pseudo-reversible                | 40 %    | 40 %        | Hidrólisis<br>Mediada<br>por AchE | 1-2     | 1,5-3 mg      | 6-12          |
| Galantamina       | Inhibidor reversible y agonista nicotínico | 88 %    | 17 %        | CYP 3A4<br>2D6                    | 7       | 4 mg          | 16-24         |

\*Actúa sobre la Butirilcolinesterasa (BuChE)

En segundo lugar, el otro medicamento con el que contamos es la *memantina*, para casos moderados a severos (avanzados). Actúa por inhibición no competitiva del glutamato en los receptores NMDA, lo que generaría un efecto neuroprotector al prevenir la sobreactivación patológica de ese receptor. No se ha demostrado que sea beneficioso en la enfermedad de Alzheimer leve. Se absorbe por vía oral y la biodisponibilidad absoluta es del 100 %. Presenta una unión a proteínas baja del 45 %. Se metaboliza en hígado y se elimina por vía renal. La dosis habitual es de 10 a 20 mg/día.<sup>469</sup> Se comienza por 5 mg y se progresa semanalmente a partir de la misma dosis. Existe una presentación XR.

En la práctica, es frecuente combinar memantina y un inhibidor de la colinesterasa en los casos de enfermedad de Alzheimer moderada a severa, aunque no existe buena evidencia que demuestre un beneficio adicional.<sup>470</sup>

¿Existen otros medicamentos o suplementos que se puedan utilizar? Ensayos controlados de vitamina B, ácidos grasos omega-3 y vitamina E no mostraron ningún efecto beneficioso sobre la cognición.<sup>164</sup> Lo mismo sucede con suplementos como el ginkgo biloba y el magnesio.

469 Stagnaro JC, Bednarz M, eds. Diccionario de psicofarmacología y drogas coadyuvantes de la clínica psiquiátrica. 5.ª ed. Buenos Aires: Ed. Polemos; 2005:158-160.

470 Howard R, et al. Nursing home placement in the donepezil and memantine in moderate to severe Alzheimer's disease (DOMINO-AD) trial: secondary and post-hoc analyses. Lancet Neurol. 2015;14(12):1171-1181.

---

**Efectos adversos habituales y potenciales** <sup>471</sup>


---

| <b>Anticolinesterásicos</b> | <b>Memantina</b> |
|-----------------------------|------------------|
| Pérdida de apetito          |                  |
| Náuseas y vómitos           |                  |
| Fatiga                      |                  |
| Insomnio                    | Mareo            |
| Mareo                       | Dolor de cabeza  |
| Diarrea                     | Fatiga           |
| Dolor de cabeza             | Constipación     |
| Síncope                     |                  |
| Bradicardia                 |                  |
| Caída                       |                  |

---

Por último, ¿qué más podemos hacer en esta etapa? *Evitar, reducir o suspender el uso de benzodiazepinas* debido al impacto que evidenciaron a nivel cognitivo; sobre todo en lo que respecta a memoria, atención y funciones ejecutivas.<sup>472</sup>

### **Lineamiento psicológico/conductual**

En este punto hablamos de los “síntomas conductuales y psicológicos de las demencias” (en inglés, BPSD: *Behavioral and Psychological symptoms of dementia*), definidos como aquellos signos y síntomas que afectan la percepción, el contenido del pensamiento, el ánimo y la conducta en los pacientes con demencia.<sup>193</sup> Recordemos, además, que se presentarán en el 90 % de los casos en algún momento de su evolución.<sup>473</sup>

Como dijimos, este conjunto de signos y síntomas conduce a la prescripción (y abuso) de psicofármacos, y suele ser una de las principales causas de institucionalización.<sup>474</sup>

471 Raina P, Santaguida P, Ismaila A, et al. Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 2008;148:379-397.

472 Billioti de Gage S, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ.* 2014; 349:g5205.

473 Ballard C, Corbett A, Chitramohan R, Aarsland D. Management of agitation and aggression associated with Alzheimer's disease: controversies and possible solutions. *Curr Opin Psychiatry.* 2009;22:532-540.

474 Steele C, Rovner B, Chase G, Folstein M. Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry.* 1990;147:1049-1051.

## ¿Qué hacer? Las intervenciones y la aproximación psicosocial

Debido a la naturaleza compleja y desafiante que nos plantean las demencias, y dentro de esta, los síntomas psicológicos y conductuales, el tratamiento y manejo de los pacientes deben ir más allá del abordaje farmacológico. Abordaremos aquí lo relacionado con un tema fundamental al momento de decidir qué hacer frente a las situaciones que incluyen los síntomas que vimos.

En primer lugar, citaremos una serie de *intervenciones generales*.<sup>195</sup> Estas deben ser adaptadas al entorno en el cual se encuentre el paciente.

### Intervenciones ambientales:

- 1) **Físicas:** luces tenues, paredes pintadas con colores suaves, ambientes no sobrecargados, evitar cambios (de habitación, de mesa, de asistentes, cuidadores, profesionales), timbres y teléfonos con volumen atenuado, camas bajas, promover la exposición de luces brillantes (luz solar), evitar la sujeción física.
- 2) **Temporales:** realizar actividades diarias de forma rutinaria; mantener horarios fijos de comida, sueño y despertar.
- 3) **Intervenciones sobre déficits sensoriales:** es importante mantener el cuidado y control oftalmológico y auditivo (tapón de cera, uso de audífono).
- 4) **Intervenciones conductuales:** en este punto, de acuerdo con la situación, se trata de adaptar la conducta del paciente al ambiente o el ambiente a la conducta del paciente.

En segundo lugar, con el objetivo de abordar la situación de un paciente en particular, luego de haber contemplado las intervenciones generales, podemos profundizar a partir de la perspectiva que nos brinda la *aproximación psicosocial*, porque individualizar las medidas para cada paciente es una tarea que se impone. Está constituida por una amplia gama de intervenciones que se diseñan interdisciplinariamente a partir de los aportes que brindan los diferentes integrantes del equipo: el personal de enfermería, acompañante, psicólogo, asistente social y médico. Porque no hay nadie que desde su saber pueda dar cuenta de todos los aspectos que reviste la complejidad de la demencia que presenten estos síntomas, y se utilizan desde la singularidad del paciente para aliviar la carga y el estrés que genera el manejo de la persona con demencia.<sup>475</sup>

475 Health Quality Ontario. Caregiver- and patient-directed interventions for dementia: an evidence-based analysis. Ont Health Technol Assess Ser. 2008;8(4):1-98.

En este punto, el uso de intervenciones psicosociales puede proporcionar al personal un sentido de control de la situación y reducir las expectativas poco realistas de los resultados inmediatos.<sup>476</sup> Son una parte esencial del tratamiento. Deben utilizarse siempre, dejando la prescripción del psicofármaco para aquellas situaciones en las cuales estas medidas resultaron insuficientes.<sup>477</sup>

Es fundamental no reaccionar de manera desmedida ni utilizar un tono imperativo o de reto. Al contrario, se debe mantener una actitud calma y evitar la confrontación.

No existe una intervención determinada para un síntoma en particular. Existen, como vimos, intervenciones generales y particulares desde la perspectiva psicosocial. Surge el interrogante, aquí, respecto de cómo y desde dónde diseñarlas. Para esto, será necesario realizar un trabajo biográfico. Para cumplir con este objetivo, la entrevista es la herramienta necesaria y fundamental con la que contamos. Es necesario escuchar la percepción y el relato en primera persona sobre lo que le sucede.<sup>478</sup>

Asimismo, tomaremos conocimiento en la entrevista con sus allegados (familiar, acompañante, personal de una institución) sobre el lugar que ocupaba la persona mayor en el núcleo familiar, comunitario e institucional; también lo referido a la historia social, sus gustos, ocupación, hijos, percepción del apoyo social y estado afectivo-emocional. Conocer estos aspectos nos permitirá comprender a la persona en su singularidad y anticipar probables situaciones que podrían constituir desencadenantes.

Si existiera una disminución de la capacidad para comunicarse, la observación se torna esencial para traducir el lenguaje no verbal (postura, expresión facial, movimientos, rigidez, gemidos, suspiros, frente arrugada, semblante, gestos, cambios de hábitos). El trabajo, en fin, será comprender cuál es la razón que se oculta detrás de una determinada conducta, en línea con lo que propuso —hace tiempo— Naomi Feil.<sup>479</sup>

La perspectiva de la aproximación psicosocial nos desafía, como miembros del equipo de salud, a desarrollar intervenciones nuevas y creativas acordes al paciente y en consonancia con el entorno. Estas resultan una parte esencial del tratamiento y deben utilizarse siempre, dejando la prescripción

476 Omelan C. Approach to managing behavioural disturbances in dementia. *Can Fam Physician*. 2006 Feb;52:191-199.

477 Mintzer J, Mirski DF, Hoernig KS. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a practicing psychiatrist's viewpoint. *Dialogues Clin Neurosci*. 2000 Jun;2(2):139-55.

478 Ericsson I, Kjellström S, Hellström I. Creating relationships with persons with moderate to severe dementia. *Dementia (London)* 2013 Jan;12(1):63-79.

479 Feil N. Validation therapy. *Geriatr Nurs*. 1992 May-Jun;13(3):129-133.

del psicofármaco para aquellas situaciones en las cuales estas medidas resulten insuficientes.

En este tipo de enfoque resulta útil, también, desde la perspectiva del *cuidador*: le permitirá identificar las posibles causas precipitantes de la sintomatología, a partir de lo cual podrá direccionar sus esfuerzos, teniendo en cuenta la aproximación psicosocial, para modificar o evitar que se desencadenen los síntomas.

## Los psicofármacos

Llegamos a esta instancia debido a que lo anterior no tuvo respuesta o fue parcial, a pesar de haber llevado a cabo un buen manejo de la agitación; es decir, se tuvo en cuenta la singularidad de la persona y se reparó en los probables y potenciales desencadenantes (por ejemplo, un cambio ambiental). Se descartó una causa clínica (*delirium*), incluyendo la presencia de dolor y efectos adversos de las medicaciones.

Ahora bien, si decidimos incluir como parte del tratamiento una intervención psicofarmacológica, deberemos tener en cuenta el esquema actual para evaluar posibles interacciones, así como la presencia de comorbilidades que pueden condicionar la elección del psicofármaco. Es decir, debemos considerar los riesgos asociados con el uso de medicamentos para el BPSD y que, por otro lado, no existen medicaciones específicas aprobadas para los síntomas psicológicos y conductuales: tenemos que elegir de acuerdo con aquello que nos indique la clínica. En línea con lo que expusimos, analizaremos cada grupo psicofarmacológico.

## Antidepresivos

Una de las hipótesis que intentan explicar la causa de la agitación, sobre todo en la enfermedad de Alzheimer, es la que atribuye al efecto neurodegenerativo de la enfermedad la alteración del sistema monoaminérgico del cerebro, en particular, las vías ascendentes serotoninérgicas. En este sentido, se demostró una correlación entre los síntomas de agitación y la disminución de la actividad metabólica temporal derecha, corteza frontal derecha y cingulada bilateral.<sup>480</sup> Situación que nos habilita a pensar que, a partir de medicaciones

480 Melrose RJ, Ettenhofer ML, Harwood D, et al. Cerebral metabolism, cognition, and functional abilities in Alzheimer disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2011;24(3):127-134.



que actúen de forma específica en esta vía, podrían obtenerse beneficios en el tratamiento de la agitación, en contraste con los antipsicóticos que actúan, sobre todo, a nivel dopaminérgico. También podríamos incluir a pacientes a los cuales no se les diagnosticó una depresión, debido a la dificultad que plantea su diagnóstico en el marco de un deterioro cognitivo severo.

Un ejemplo son los trabajos que sugieren al citalopram como una alternativa válida ante los casos de agitación en pacientes con demencia. Ambos refieren que los pacientes no tenían depresión y que la dosis efectiva fue a partir de los 10 mg. Sin embargo, señalan que, a partir de los 30 mg, se evidenciaron alteraciones cognitivas y prolongación del segmento QTc en el ECG.<sup>481</sup>

Por su parte, dos trabajos de revisión afirman de manera categórica que los antidepressivos son una alternativa efectiva para los síntomas de agitación en los pacientes con demencia, al mismo tiempo que son bien tolerados. Sobre todo, ponderan la sertralina y el citalopram. Pero son cuidadosos con la recomendación, debido a que no hay pruebas suficientes sobre su seguridad a largo plazo.<sup>482-483</sup> En la misma línea, podríamos incluir la fluvoxamina, un IRSS que se utiliza poco en nuestro medio. Sin embargo, un trabajo lo ubica como una alternativa para el manejo de los síntomas conductuales y psicológicos en las demencias (en dosis de 75 a 150 mg). Su debilidad radica en que es un reporte de tres casos.<sup>484</sup> Por otro lado, llama la atención la poca literatura relacionada con el uso de escitalopram. Sin embargo, se remarca que todos los IRSS pueden producir acatisia, síntoma que, en general, es poco reconocido y atribuido a este grupo farmacológico.<sup>485</sup>

Dentro del mismo grupo, los IRSS, cito un artículo que escribí junto a dos colegas. En este nos focalizamos en el uso de paroxetina que, en nuestro trabajo, fue el antidepressivo que más se indicó en una dosis de 10 a 20 mg. En general, fue bien tolerado. Sin embargo, consideramos que, por sus características farmacodinámicas, hay que prestar atención a las posibles interacciones

481 Kotbi N, et al. Citalopram in agitated and delusional demented patients who failed treatment with antipsychotic agents. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2014 Apr 1;26(2):E62.

482 Henry G, et al. Efficacy and tolerability of antidepressants in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a literature review of evidence. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2011 May;26(3):169-83.

483 Bui Q. Antidepressants for agitation and psychosis in patients with dementia. *Am Fam Physician*. 2012 Jan 1;85(1):20-22.

484 Kurita M, et al. Effects of fluvoxamine on behavioral and psychological symptoms of dementia in Alzheimer's disease: a report of three cases. *Fukushima J Med Sci*. 2006 Dec;52(2):143-8.

485 Basu B, et al. A case of akathisia induced by escitalopram: case report and review of literature. *Curr Drug Saf*. 2014 Mar;9(1):56-59.

que puede tener con, por ejemplo, los anticolinesterásicos y las medicaciones antihipertensivas.<sup>486</sup>

Una revisión ubica a la trazodona 50 mg como eficaz y bien tolerada para el manejo de los trastornos del sueño en pacientes con demencia.<sup>487</sup> Otro refiere que el mismo medicamento en una dosis de 150 a 300 mg puede ser útil para reducir la agitación en pacientes con demencia frontotemporal.<sup>488</sup> En la misma línea, la mirtazapina —que se utiliza con frecuencia— en dosis de 7,5 a 15 mg podría ser la indicación en aquellos pacientes que presenten alteración del sueño o hiporexia. Sin embargo, considero oportuno mencionar efectos adversos que se reportaron. En primer lugar, se observó la presencia de delirios, alucinaciones, agitación psicomotriz y alteraciones del sensorio en los pacientes que presentaban depresión en el contexto de una enfermedad cerebral subclínica. La hipótesis más fuerte es que se debería al aumento central de norepinefrina en un cerebro vulnerable.<sup>489</sup>

**Recordatorio:** los antidepresivos pueden causar hiponatremia. Por este motivo, es recomendable realizar controles de ionograma a las dos o tres semanas de haber comenzado el tratamiento o ante el aumento de la dosis.

## Antipsicóticos

Estas medicaciones se usan. Se usan mucho; por momentos, demasiado, a pesar de que los antipsicóticos tendrían una eficacia modesta en el tratamiento de la psicosis, la agitación y la agresión; a pesar, también, de su perfil de potenciales efectos adversos que podrían presentar, incluido el riesgo de muerte. A pesar de todo esto, en la práctica clínica se muestran eficaces y se usan con frecuencia. Por este motivo, se publicaron algunas pautas relacionadas con su uso en pacientes con demencia. En general, se reservarían para aquellos casos en los cuales los síntomas psicóticos sean de gravedad o peligrosos (agresiones físicas hacia terceros, condicionamiento de la conducta a partir de los delirios y alucinaciones que dificulten su asistencia o afecten la dinámica del lugar en el que se encuentra); también se recomienda reducir o suspender de manera

486 Szulik J, Tassara M, Pisa H. Uso de antidepresivos en pacientes institucionalizados con demencia y agitación: reporte de casos. *Vertex*. 2017 Mar;28(132):136-140.

487 McCleery J, Cohen DA, Sharpley AL. Pharmacotherapies for sleep disturbances in dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(11):CD009178.

488 Nardell M, et al. Pharmacological treatments for frontotemporal dementias: a systematic review of randomized controlled trials. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2014;29(2):123-132.

489 Bailer U, et al. Occurrence of mirtazapine-induced delirium in organic brain disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2000 Jul;15(4):239-243.

gradual la dosis después de cuatro semanas si no se ha obtenido una respuesta, y luego de tres o cuatro meses en pacientes que evidenciaron una mejoría; en otras palabras, evitar su uso crónico.<sup>194</sup>

Recientemente, se agregó el *brexpiprazol* a las alternativas que desarrollamos en el tratamiento de las psicosis. Es un antipsicótico atípico que actúa sobre los sistemas neurotransmisores noradrenérgicos ( $\alpha 1B$  y  $\alpha 2C$ ), serotoninérgicos (agonista parcial de 5-HT<sub>1A</sub> y antagonista de 5-HT<sub>2A</sub>) y dopaminérgicos (D<sub>2</sub>), implicados en la neuroquímica de la agitación en la enfermedad de Alzheimer. Fue eficaz, seguro y bien tolerado en este contexto en una dosis de 1 a 3 mg/día.<sup>490</sup>

Siempre se debe tener presente el perfil farmacodinámico del antipsicótico que consideramos utilizar, así como los rangos de dosis que vimos en el capítulo de tratamiento de las psicosis.

## **Benzodiacepinas (y drogas Z)**

En general, tanto las benzodiacepinas como las llamadas drogas Z (que incluyen los inductores del sueño, zolpidem, zopiclona y eszopiclona) deberían evitarse, salvo en circunstancias que pudieran resultar útiles, como ocurre, por ejemplo, para potenciar a un antipsicótico y evitar así el incremento de la dosis de este o frente a situaciones puntuales, como en casos de agitación o agresión, donde se podría utilizar como rescate el lorazepam en dosis de 1 mg.<sup>491</sup> El mismo concepto cabría para los inductores del sueño: menor dosis, el menor tiempo posible.

## **A modo de conclusión**

Desde una perspectiva psicogeriátrica, deberemos tener en cuenta tanto los signos y síntomas de déficit cognitivo como los conductuales y psicológicos de las demencias, contemplando, a su vez, la diversidad en la forma de presentarse de acuerdo con el subtipo de demencia. Solo así podremos atender de manera óptima al paciente y apoyar a sus cuidadores. La aproximación psicosocial constituye la principal estrategia utilizada para abordar las diver-

490 Grossberg GT, et al. Efficacy and safety of brexpiprazole for the treatment of agitation in Alzheimer's dementia: two 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020 Apr;28(4):383-400.

491 Davies SJ, et al. Sequential drug treatment algorithm for agitation and aggression in Alzheimer's and mixed dementia. *J Psychopharmacol*. 2018;32(5):509-523.

Esto (no) es un manual de psicogeriatría

sas presentaciones; sin embargo, en determinadas situaciones, como vimos, se puede requerir la inclusión de un esquema psicofarmacológico, que puede ser útil siempre y cuando analicemos el riesgo-beneficio. El abordaje es (o debería ser), en general, multifacético, interdisciplinario e individualizado, atento a la singularidad del paciente.

# Tratamiento del síndrome confusional

Es útil recordar que el manejo inicial de un síndrome confusional incluye —principalmente— una evaluación médica exhaustiva para detectar y tratar las causas reversibles del *delirium*. Esto engloba la historia clínica, examen físico y pruebas de laboratorio (o imágenes) acordes a la singularidad del caso, para descartar, por ejemplo, la presencia de infecciones, trastornos metabólicos o electrolíticos. Es útil recordar, también, que el síndrome confusional es subdiagnosticado y que su diagnóstico oportuno permitirá llevar a cabo intervenciones no farmacológicas y la implementación de estrategias de prevención en grupos de riesgo.

En este marco, organizaremos el tratamiento —el manejo— del síndrome confusional en cuatro ejes:

1. Identificar y tratar de manera apropiada la causa.
2. Tratamiento no farmacológico.
  - ▷ Crear un ambiente familiar.
  - ▷ Protección del paciente.
3. Tratamiento farmacológico.
4. Cuidado familiar.

## 1. Identificar y tratar la causa

El tratamiento del síndrome confusional es tratar la causa que lo produjo. A partir de esta premisa, lo que sigue es lo que podemos hacer mientras se busca —se diagnostica— o se resuelve la causa.

## 2. Tratamiento no farmacológico

**Crear un ambiente familiar.** Para esto es necesario moderar los estímulos ambientales. En ese sentido, es recomendable colocar objetos que permitan una orientación: calendario, reloj, fotos familiares. Asimismo, es importante disminuir los estímulos sonoros, mantener una rutina diaria y una temperatura ambiente agradable e iluminada, evitar cambios de personas en períodos cortos de tiempo. También es importante que el personal que asiste al paciente lo oriente en tiempo y espacio, mediante un lenguaje claro y concreto; evite entrar en contradicciones y controle la hidratación.<sup>492</sup>

**Protección del paciente.** Sobre todo, en las formas hiperactivas, los pacientes pueden ser agresivos y deambular, situación que aumenta el riesgo de accidentes y caídas. Por este motivo, es importante que el paciente permanezca acompañado. Esa compañía puede ser suficiente —incluso fundamental— para prevenir la inquietud o agitación.<sup>233</sup>

## 3. Consideraciones farmacológicas

Llegado el caso en que las medidas anteriores no den una respuesta, se puede llevar a cabo una intervención psicofarmacológica. En este punto resaltamos que esto no constituye un tratamiento, sino que tiene como objetivo atenuar algunos síntomas, como por ejemplo la agitación en el contexto de un síndrome confusional hiperactivo, mientras se busca y se resuelve la causa clínica o farmacológica que lo produce, o recibe en ese momento el tratamiento correspondiente, como sería el caso de un suero o sonda, o presenta una alteración del sueño que podría prolongar la resolución.<sup>493</sup>

El *haloperidol* es la droga que más se utiliza. Se deben manejar dosis bajas, de 0,2 a 0,5 mg. Hasta una dosis máxima de 2 mg/día, distribuidas en tres, a lo sumo cuatro tomas. Para administración específica y cuidada, es preferible utilizar la presentación en gotas, donde una gota equivale a 0,1 mg.

492 Meagher JM. Delirium: optimizing management. BMJ. 2001;322:144-150.

493 Rieck KM, et al. Delirium in hospitalized older adults. Hosp Pract (1995). 2020 Mar;48(Suppl 1):3-16.

La *risperidona* es muy utilizada dentro de los antipsicóticos atípicos. La dosis oscila entre 0,25 y 1,5 mg/día. Se debe tener en cuenta que, a pesar de encontrarse en este grupo, esta droga puede ocasionar síntomas similares a los del haloperidol.

La *quetiapina*, ante el riesgo de los efectos adversos extrapiramidales de las medicaciones anteriores, puede ser una opción. Las dosis que se utilizarían podrían ser de 12,5 a 100 mg/día.

Por último, con relación a *olanzapina*, si bien está descrito su uso, no sería recomendable debido al efecto anticolinérgico. No obstante, lo incluimos en la tabla que resume las características de cada uno:

| Antipsicótico      | Dosis inicial | Extrapiramidal  | Sedación | Hipotensión ortostática | Anticolinérgicos |
|--------------------|---------------|-----------------|----------|-------------------------|------------------|
| <b>Haloperidol</b> | 0,2 - 0,5 mg  | Moderado - alto | Bajo     | Bajo                    | Bajo             |
| <b>Risperidona</b> | 0,25 - 0,5 mg | Bajo - moderado | Bajo     | Moderado -alto          | Bajo             |
| <b>Quetiapina</b>  | 12,5 - 25 mg  | Muy bajo        | Moderado | Alto                    | Bajo - moderado  |
| <b>Olanzapina</b>  | 2,5 - 5 mg    | Bajo            | Moderado | Moderado                | Moderado         |

Adaptado de Rieck KM, et al.

De las *benzodiacepinas*, el *lorazepam* constituye la droga de elección. Es útil en combinación con el haloperidol en casos de excitación psicomotriz; también frente a abstinencia de alcohol o benzodiacepinas.<sup>494</sup> Se debe tener en cuenta que puede empeorar la cognición. La dosis que se utiliza es de 0,5 a 1 mg cada seis u ocho horas.

#### 4. Cuidado familiar

Teniendo en cuenta que la evolución de estos cuadros puede ser errática de acuerdo con cómo se presente y evolucione el cuadro clínico de base, incluso, una vez resuelto esto, puede mantenerse la sintomatología del síndrome confusional. Debemos ser claros sobre el lugar y los potenciales efectos adversos que puede tener el eventual tratamiento psicofarmacológico que se haya instaurado.

494 Marcantonio ER. Delirium in hospitalized older adults. N Engl J Med. 2017 Oct 12;377(15):1456-1466.





# Tratamiento de los trastornos de la personalidad

La comorbilidad de los trastornos de la personalidad –su presencia–, como vimos, constituye algo así como la música de fondo que condicionará la evolución y respuesta del cuadro que buscamos tratar. Es lo que mostró una revisión que resalta la falta de respuesta al tratamiento de los trastornos del estado de ánimo.<sup>495</sup> Sin embargo, los trastornos de la personalidad no cuentan con la atención que deberían, como sucede en otras edades.

Hay escasa evidencia que aborde de manera específica las intervenciones psicofarmacológicas en los trastornos de la personalidad en la vejez. No obstante, se sugiere que dichas intervenciones pueden constituir una indicación válida para tratar los síntomas asociados con la disfunción de la personalidad, entre los cuales mencionaremos el alivio sintomático de las distorsiones cognitivas con el uso de antipsicóticos en bajas dosis, de los síntomas depresivos y ansiosos con antidepresivos (y eventualmente con ansiolíticos), de la impulsividad con estabilizadores del estado de ánimo.<sup>496</sup> Las dosis y los recaudos que deberíamos tener frente a la elección de un psicofármaco determinado serían los mismos que desarrollamos en los capítulos anteriores.

495 Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T, Mulder R, Kool S, Dekker J, et al. Influence of personality on the outcome of treatment in depression: systematic review and meta-analysis. *J Pers Disord.* 2014;28:577-593.

496 Morse JQ, et al. Personality disorders in late life. *Curr Psychiatry Rep.* 2000 Feb;2(1):24-31.

Por otro lado, nuestras intervenciones deberían abarcar estrategias que se dirijan a las características específicas de la disfunción de la personalidad. De esta manera, el esquema psicofarmacológico debería estar en sintonía con las estrategias psicoterapéuticas y viceversa. Las intervenciones, en general, deben estar dirigidas a los problemas que predominan. Es decir, el objetivo no es librar al paciente de su trastorno de la personalidad, sino atenuar su condicionamiento; para esto es necesario que seamos asertivos para intentar mitigar el impacto de conductas desadaptativas, como por ejemplo una tendencia al aislamiento o el afrontamiento de situaciones de manera ansiosa.

Nuestro trabajo clínico será identificar y jerarquizar aquellas características *disfuncionales* a partir de la gravedad o el grado en el que interfieren y dificultan al paciente en su cotidianidad con el objetivo de centrar las intervenciones, como ocurriría, por ejemplo, frente a conductas autoagresivas o relacionadas con el suicidio. Sin duda, estas tendrían (o deberían tener) prioridad con relación a otras situaciones.

Con el objetivo de organizar nuestras eventuales estrategias, analizaremos en líneas generales las características de cada uno de los clústeres a partir de los cuales se clasifican los trastornos de la personalidad. Contemplar esas características nos permitirá centrarnos en las *disfuncionalidades* de manera específica.

## Clúster A

En este grupo predominarán las conductas asociadas con la desconfianza o cierto rechazo al vínculo interpersonal. En general, son pacientes que no acuden a la consulta por *motus proprio*, sino a partir de la insistencia de un allegado. A su vez, si la persona mayor presentara una disminución de las capacidades visuales, auditivas o cognitivas, podría exacerbarse la desconfianza y generar una creencia de que el *otro* (incluidos nosotros) habla de ellos y constituyen —constituimos— así una amenaza. Por ese motivo, también, presentarnos con demasiada calidez o muestras de cariño puede resultar contraproducente para el establecimiento de una alianza terapéutica. Esta siempre debe estar marcada por el ritmo que imponga el paciente.

## Clúster B

En palabras de Gunderson, a este grupo lo define *una estable inestabilidad* que se traduce a nivel del comportamiento (en general impulsivo) y del manejo de las emociones. El comportamiento antisocial se puede manifestar a

partir de conductas agresivas; el límite con actitudes promiscuas, autolesiones e impulsividad. En este contexto, deberemos procurar, desde un punto de vista terapéutico, que el paciente actúe en contra de los impulsos emocionales, aumente la conciencia sobre las consecuencias de sus conductas impulsivas y mejore las habilidades de relaciones interpersonales. Estas estrategias de regulación emocional también pueden resultar útiles para los pacientes histriónicos y narcisistas.

En este punto, aquellos adultos mayores que presentan un sentido exagerado de importancia personal (rasgos narcisistas) pueden ser vistos por los demás como insensibles, groseros, exigentes y egoístas, lo que resiente sus vínculos cercanos, incluida su familia. Las intervenciones, aquí, deberán centrarse en validar su deseo de ser visto como importante mientras se intenta mejorar su capacidad de ser conscientes del impacto que su comportamiento tiene en otras personas.

## Clúster C

En este grupo lo que sobresale es la ansiedad. El paciente evitativo tendrá una sensibilidad extrema a la opinión de los demás, lo que puede generar una inhibición social, sentimientos de insuficiencia y una hipersensibilidad a la evaluación negativa. A diferencia de lo que ocurriría con los del Clúster A, donde *el otro no le interesa o puede resultarle amenazante*, aquí el paciente *quiere, pero no puede o le cuesta relacionarse y sufre por eso*. Este patrón a menudo se mantiene a lo largo de la vida y la psicoterapia probablemente debería incluir intervenciones tendientes a mejorar las habilidades sociales; por ejemplo, a partir de poner el foco en patrones de pensamiento distorsionados, así como la exposición gradual a señales asociadas con miedos injustificados. Por su parte, los pacientes dependientes presentarán una gran dificultad para tomar decisiones, una excesiva necesidad de ser atendidos que los lleva a comportamientos sumisos y miedo a la separación de los demás. Las personas mayores dependientes pueden demandar a sus hijos adultos para que los cuiden.

En este punto, nuestras intervenciones deberán centrarse en aumentar la capacidad para notar y discriminar sus necesidades; así como mejorar el afrontamiento al miedo que puede generarle la independencia o ante una toma de decisión. Por último, en aquellos que predominen las características obsesivo-compulsivas se destacará la preocupación por el orden, el perfeccionismo, las rumiaciones, el pensamiento catastrófico y la necesidad de “control”, que puede verse afectada ante una situación de cambio como puede ser una enfermedad, un fallecimiento, una mudanza o un cambio sorpresivo (o no tanto)

en la rutina. Aquí, la estrategia terapéutica intentará generar una mayor flexibilidad y apertura a expensas de afrontar los cambios e incluir una mayor conciencia de las improbables consecuencias negativas que se asociarían.

Para terminar, diremos que el abordaje psicoterapéutico en las personas mayores con un trastorno de la personalidad debe orientarse hacia el alivio de los síntomas y la adaptación a la realidad y no hacia la reorganización de la personalidad.<sup>497</sup> En otras palabras, es importante ajustar nuestras expectativas de tratamiento en función del cuadro que se nos presenta, como podría ser un caso de un trastorno depresivo.

Para esto, nuestra actitud terapéutica será necesariamente dinámica y por momentos de apoyo; es decir, concreta, activa, estructurada y de ritmo lento: reconoce las limitaciones de los pacientes. En otras situaciones deberá contemplar una comprensión psicodinámica de las necesidades conscientes e inconscientes que incluirán aspectos transferenciales y contratransferenciales de los pacientes para ayudarles a aumentar su tolerancia realista a las dificultades que se presentan y explorar medios para mejorar.

497 De Leo D, Scocco P, Meneghel G. Pharmacological and psychotherapeutic treatment of personality disorders in the elderly. *Int Psychogeriatr*. 1999 Jun;11(2):191-206.

# Cuando la indicación es desprescribir

(Parte fundamental del tratamiento)

## El problema

Hasta aquí analizamos, desarrollamos y profundizamos en aquello que tenemos que pensar para llevar a cabo una prescripción adecuada. Sin duda, de una importancia insoslayable; sin embargo, este conocimiento puede constituir un sesgo. Me refiero al hecho en el cual, frente a una situación clínica, solo pensemos en qué más podemos indicar, como si fuera ese el único camino con el que contamos. Pero es necesario remarcar que, como parte de la práctica psicogeriatrica, deberíamos contemplar que desprescribir constituye una indicación fundamental. Es decir, nuestro hacer también pasa por aquello sobre lo que deberíamos evitar, disminuir o quitar.

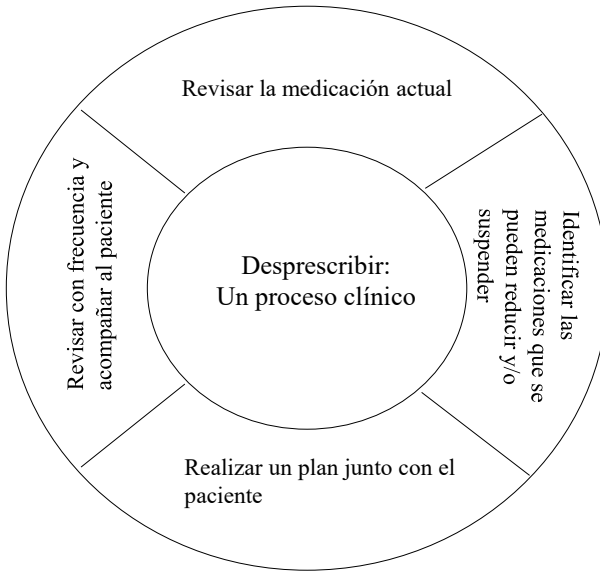
A la prescripción podríamos clasificarla —como vimos— en adecuada, pero también en inadecuada. Esta tiene una prevalencia e incidencia desconocidas y constituye un problema de salud pública. Puede adoptar tres formas:<sup>498</sup>

1. **Sobreprescripción**, como es el uso abusivo de psicofármacos en pacientes con demencia.
2. **Subprescripción**, como ocurre en el 40 % de los pacientes con depresión.

498 Fialova D, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. JAMA. 2005;293:1348-1358.

3. **Prescripción equivocada:** puede haber errores en la elección de la droga o las dosis, la duración del tratamiento, la duplicación de drogas y el seguimiento de la indicación, que puede prolongarse innecesariamente.

En un artículo sobre las consecuencias clínicas de la polifarmacia en la vejez se define a la desprescripción como “un proceso planificado y supervisado de reducción de la dosis o suspensión de un medicamento que podría estar causando daño o que ya no sería beneficioso. La desprescripción es parte de una buena prescripción: retroceder cuando las dosis son demasiado altas o suspender los medicamentos que ya no se necesitan”.<sup>499</sup> Gráficamente, los elementos que constituyen el proceso de desprescribir los podríamos representar de la siguiente manera:



Adaptado de <https://www.hdrxservices.com/did-you-know-deprescribing/>

### ¿Por qué es importante la desprescripción?

Porque reducir o evitar la polifarmacia disminuye la posibilidad de interacciones medicamentosas, los efectos adversos, las caídas, los costos de atención

499 Maher RL, et al. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf.* 2014;13(1):57-65.

médica; asimismo, mejora el pronóstico, la adherencia y la satisfacción del paciente.<sup>500</sup> Por ejemplo, la desprescripción de anticolinérgicos, benzodiazepinas y antipsicóticos inapropiados en la población de edad avanzada es clave para reducir riesgos.<sup>501</sup>

Para tener presente la importancia de esta indicación, recordaremos el concepto de *prevención cuaternaria*: esta evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva hacia el paciente. Involucra a todos los agentes de salud. Se ocupa de proteger a las personas de ser consideradas pacientes sin serlo, y a los pacientes, de nuestras acciones sin necesidad.<sup>502</sup> En particular, hablar de prevención cuaternaria en salud mental es hablar de nuestras intervenciones (desde las psicoterapéuticas hasta las psicofarmacológicas); es ponerlas en duda, en tensión, cuestionarlas.<sup>503</sup> A partir de las sugerencias que nos plantea este tipo de prevención, avanzaremos.

### **“Lo escucho, usted es mi doctor”**

Así se titula el artículo. Se refiere a que los pacientes están en gran medida abiertos a reducir la medicación, pero esperan la opinión de su médico.<sup>504</sup> Ese es el punto de partida para problematizar, justamente, el problema. En otras palabras, debemos, junto con el paciente, establecerlo como tal. Este trabajo —si recordamos las sugerencias que mencionamos de Stahl— tendría que empezar desde el día en que realizamos la indicación, a partir de establecer un tiempo estimado y el potencial de efectos adversos. Luego haremos lo propio en las sucesivas consultas de seguimiento. Quitar a los pacientes los medicamentos que no necesitan<sup>505</sup> requiere como primer paso considerarlo desde un punto de vista clínico como un problema; el segundo sería establecer el cómo y el cuándo hacerlo. Para esto, analizaremos las particularidades de cada grupo de medicación.

500 HealthDirect Pharmacy Services 3 de enero de 2022. Did You Know? Deprescribing. Disponible en: <https://www.hdrxservices.com/did-you-know-deprescribing/>

501 Hefner G, et al. Potentially inappropriate medication in older psychiatric patients. *Eur J Clin Pharmacol*. 2021 Mar;77(3):331-339.

502 Noble M. Prevención cuaternaria: un intento de evitar los excesos de la medicina. *Vertex*. 2015 Sep-Oct;26(123):343-349.

503 Ortiz Lobo A. El arte de hacer el mínimo daño en Salud Mental. *Vertex*. 2015 Sep-Oct;26(123):350-357.

504 Frankowski N, et al. “You tell me, you are the doctor”: patients on long-term psychiatric residences about their medication. *Tijdschr Psychiatr*. 2019;61(8):527-535.

505 Cosgrove L, et al. Why psychiatry needs an honest dose of gentle medicine. *Front Psychiatry*. 2023 Apr 21;14:1167910.

## Antidemenciales

En sintonía con los lineamientos que propone la perspectiva de la prevención cuaternaria, el doctor Burgueño refiere que los excesos en las personas con demencia suelen ser más de manejo o relacionados con el tratamiento que los vinculados con los procedimientos diagnósticos.<sup>506</sup>

Los fármacos aprobados con los que contamos para el tratamiento de las demencias son los siguientes: para los casos leves a moderados, los inhibidores de colinesterasa (donepecilo, rivastigmina y galantamina); y para aquellos casos moderados a avanzados, tenemos al antagonista del receptor NMDA (memantina). Los anticolinesterásicos contribuyen a prevenir la degradación de la acetilcolina en las hendiduras sinápticas. La memantina bloquea la actividad excitadora del neurotransmisor glutamato. No curan: retrasarían la progresión y aliviarían los síntomas.<sup>507</sup>

En alrededor de un tercio de los pacientes, los efectos adversos superarían a los probables beneficios.<sup>508</sup> Entre los efectos secundarios de los anticolinesterásicos se destacan los siguientes:<sup>509</sup>

- Gastrointestinales: náuseas, vómitos, anorexia, gastritis.
- Cardiovasculares: riesgo de bradicardia (que conduce a hospitalización, síncope, colocación de marcapasos y fractura de cadera); prolongación del intervalo QT.
- Otros: síndrome de Pisa.

Por otro lado, existe incertidumbre con respecto a la eficacia a largo plazo de los fármacos antidemenciales; la mayoría de los ensayos controlados aleatorios no tienen más de seis meses de duración.<sup>510</sup> Un trabajo citado con frecuencia es el de Petersen y colaboradores; en este concluyen que el tratamiento con donepecilo se asoció con una menor tasa de progresión de la enfermedad

506 Burgueño Torijano A. Prevención cuaternaria en demencias: excesos asistenciales en personas con demencia. *Neurama Rev Electron Psicol Gerontol*. 2015 Jun;2(1):46-64.

507 Wong CW. Pharmacotherapy for dementia: a practical approach to the use of cholinesterase inhibitors and memantine. *Drugs Aging*. 2016;33(11):849-860.

508 Mauyqil T, Camicioli R. Systematic review and meta-analysis of combination therapy with cholinesterase inhibitors and memantine in Alzheimer's disease and other dementias. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra*. 2012;2:546-572.

509 Birks JS. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(1):CD005593.

510 Lanctôt KL, Rajaram RD, Herrmann N. Therapy for Alzheimer's disease: how effective are current treatments? *Ther Adv Neurol Disord*. 2009;2(3):163-180.



de Alzheimer durante los primeros doce meses de tratamiento, pero no hubo diferencia después de tres años entre los pacientes tratados con donepecilo y aquellos que recibieron placebo.<sup>172</sup> En ese sentido, el doctor Zhier nos brinda la siguiente explicación:

Una de las limitaciones de este grupo de fármacos es que no pueden mantener la eficacia durante el tratamiento a largo plazo, debido a que para ejercer su acción farmacológica necesitan de la presencia de terminales colinérgicos indemnes capaces de liberar, recaptar y metabolizar el neurotransmisor. Justamente estas neuronas se van degenerando en forma progresiva a medida que avanza la enfermedad.

### **¿Cuándo plantear la desprescripción?**

Nos encontramos frente a un sesgo que involucra al pensamiento médico. Este, en general, sobreestima los beneficios y subestima los daños. Esto puede ser particularmente relevante en el ámbito de la psicogeriatría. Al avanzar y pensar al respecto, nos enfrentamos con otra dificultad —otro sesgo—: la falta de pautas de desprescripción basadas en evidencia, situación que podría constituir una barrera que impide optimizar el uso de medicamentos en las personas mayores.<sup>511</sup> A pesar de esta limitación, la interrupción del esquema puede reducir el riesgo de eventos adversos, minimizar la polifarmacia y el costo de atención. Sin embargo, podrían generarse complicaciones por la interrupción del tratamiento. Asimismo, como vimos, se pueden prescribir en todas las etapas de la enfermedad de Alzheimer, pero la interrupción solo se debe hacer si hay problemas con la tolerabilidad o si el beneficio clínico ya no es evidente.<sup>512</sup>

Llegados a este punto, deberíamos discontinuar el esquema de tratamiento con los anticolinesterásicos o memantina cuando:<sup>513</sup>

- El/la paciente/cuidador decide interrumpir (después de haber sido informado sobre los riesgos y beneficios del tratamiento).
- El/la paciente se niega a tomar el medicamento.

511 Scott IA, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med.* 2015;175:827-834.

512 Herrmann N, et al. A randomized placebo-controlled discontinuation study of cholinesterase inhibitors in institutionalized patients with moderate to severe Alzheimer's disease. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(2):142-147.

513 Parsons C. Withdrawal of antidementia drugs in older people: who, when and how? *Drugs Aging.* 2016;33:545-556.

Esto (no) es un manual de psicogeriatría

- Hay problemas con el cumplimiento que no se pueden resolver.
- El deterioro cognitivo, funcional o conductual del paciente empeora con el tratamiento.
- Existan efectos secundarios intolerables.
- Las comorbilidades hacen que el tratamiento sea arriesgado o inútil (por ejemplo, enfermedad terminal).
- No exista un beneficio clínicamente significativo de continuar el tratamiento.
- La demencia ha progresado a un deterioro grave.
- Existan interacciones de riesgo con otros medicamentos.

### Qué tenemos que controlar

| Tiempo de reducción e interrupción | Síntomas                                                                                     | Qué hacer                              | Posible causa                                                                                                               |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>&lt;1 semana</b>                | Agitación, agresión, alucinaciones o disminución de la conciencia.                           | Reiniciar la dosis anterior.           | Evento adverso debido a la discontinuación.                                                                                 |
| <b>2 a 6 semanas</b>               | Empeoramiento de la función o aparición de síntomas cognitivos, conductuales o psicológicos. | Reiniciar la dosis anterior/controlar. | Reaparición de síntomas que estaban siendo tratados con inhibidor de colinesterasa / memantina.                             |
| <b>6 semanas a 3 meses</b>         | Empeoramiento de la función o aparición de síntomas cognitivos, conductuales o psicológicos. | Controlar.                             | Progresión de la demencia o reaparición de síntomas que estaban siendo tratados con inhibidor de colinesterasa / memantina. |
| <b>&gt; 3 meses</b>                | Algún síntoma.                                                                               | Controlar.                             | Progresión de la demencia.                                                                                                  |

Reeve E, et al.<sup>514</sup>

514 Reeve E, et al. Deprescribing cholinesterase inhibitors and memantine in dementia: guideline summary. Med J Aust. 2019 Mar;210(4):174-179.

Para finalizar, diremos que la evidencia sobre la interrupción de los medicamentos antidemenciales es limitada. En este punto, la decisión de suspender la medicación debe ser a partir de contemplar caso por caso; esto implica considerar los riesgos de suspensión frente a los efectos secundarios y el costo. Por último, si decidimos desprescribir, lo recomendable será reducir la dosis lentamente y controlar al paciente para detectar signos de agravamiento cognitivo, funcional o conductual.

## Antipsicóticos

Al mencionar el rol de este grupo de psicofármacos en los diferentes trastornos, nos referimos a los efectos adversos que potencialmente pueden presentar y sobre los que debemos prestar una atención particular. En esa línea, recordaremos que los antipsicóticos se utilizan con frecuencia para controlar los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD). Por este motivo, nos focalizaremos en este punto, debido a que en las psicosis crónicas (esquizofrenia, trastorno bipolar, retraso mental) el criterio es diferente; en general se utilizan o acompañan de manera continua a la patología crónica.

En el contexto de las demencias, pueden causar inconvenientes diversos: síntomas extrapiramidales, alteraciones de la marcha, caídas, somnolencia, edema, aumento de peso, diabetes y dislipemia. Teniendo en cuenta que el riesgo de daño es mayor con el uso prolongado y en las personas mayores, la desprescripción (reducción de la dosis o interrupción) en pacientes que los tomaban para controlar el SCPD no demostró resultados negativos. En este sentido, es necesario remarcar —recordar— que los pacientes con trastornos del comportamiento relacionados con la demencia tienen necesidades complejas y que ningún medicamento debe recetarse a la ligera: no sustituye una atención más integral del paciente.<sup>515</sup> Es lo que enfatiza el trabajo de Brodaty *et al.* cuando concluyen que la reducción sostenida en el uso regular de antipsicóticos es factible sin que genere un aumento de SCPD.<sup>516</sup>

515 Ralph SJ, Espinet AJ. Use of antipsychotics and benzodiazepines for dementia: time for action? What will be required before global deprescribing? *Dementia* (London). 2019 Aug;18(6):2322-2339.

516 Brodaty H, et al. Antipsychotic deprescription for older adults in long-term care: the HALT study. *J Am Med Dir Assoc.* 2018 Jul;19(7):592-600.e7.

## ¿Qué y cómo hacemos?

En primer lugar, ubicaremos la importancia del control y seguimiento. El artículo de Gao *et al.* sugiere no exceder la dosis diaria de 50 mg de quetiapina, 1,75 mg de olanzapina y 0,5 mg de risperidona cuando se usan para alteraciones del comportamiento, además de reevaluar los beneficios y riesgos para cada paciente con regularidad.<sup>517</sup> Más allá de la referencia a las dosis, que siempre pueden ser motivo de controversia y discusión, considero pertinente resaltar lo vinculado a la reevaluación.

En segundo lugar, con relación a la desprescripción de los antipsicóticos, mencionaremos una recomendación general para tener en cuenta:<sup>518</sup>

**1. Para pacientes con SCPD tratados durante al menos tres meses** (con síntomas estabilizados o sin respuesta frente a una intervención adecuada respecto de la dosis y tiempo), la recomendación es la siguiente: disminuir o suspender el o los antipsicóticos lentamente en colaboración con el paciente o los cuidadores. Por ejemplo, reducir la dosis del 25 % al 50 % cada una o dos semanas.

**2. Para pacientes con insomnio primario de cualquier duración o insomnio secundario** en el que se controlan las comorbilidades subyacentes, la sugerencia es suspender los antipsicóticos; no sería necesario reducir gradualmente.

Una **sugerencia**: permanecer en estado de pregunta. Frente al uso de antipsicóticos, siempre es de buena práctica preguntarse respecto de la pertinencia de continuar con el esquema. La reducción o suspensión constituye siempre un beneficio para el paciente.

## Benzodiacepinas

Este grupo de psicofármacos se utiliza, sobre todo, como ansiolítico, hipnótico, miorrelajante y para la deshabitación alcohólica. Su mecanismo de acción se lleva a cabo a partir de potenciar la acción inhibitoria del ácido gamma-aminobutírico (GABA) en la neurotransmisión. Son efectivas durante períodos cortos de tiempo (dos a cuatro semanas). Por este motivo, es recomendable, llegado el caso, utilizarlas solo si se justifica el menor tiempo y la menor dosis posible, debido a que su uso inadecuado puede asociarse con efectos

517 Gao RL, et al. Discontinuation of antipsychotics treatment for elderly patients within a specialized behavioural unit: a retrospective review. *Int J Clin Pharm.* 2021 Feb;43(1):212-219.

518 Bjerre LM, et al. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician.* 2018 Jan;64(1):17-27.

adversos: deterioro en las actividades de la vida diaria, caídas —con la consecuente fractura de cadera—, alteraciones cognitivas, sedación, dependencia, hospitalización e incluso el incremento de la morbilidad, sobre todo cuando se utilizan de manera prolongada.<sup>519</sup>

La desprescripción demostró beneficios: mejora aspectos cognitivos y psicomotores.<sup>520</sup> No obstante, es frecuente encontrar resistencia, dificultades o relativizaciones por parte de médicos y pacientes para reducir las dosis o interrumpirlas. Esto podría deberse al desconocimiento, la falta de aceptación o la minimización de la problemática. En la práctica, se traduce en que un gran porcentaje de médicos no tiene la desprescripción dentro de sus prioridades ni tampoco cree necesario disminuir o discontinuar el uso de benzodiazepinas. Podríamos agregar una causa inherente al sistema de salud: los tiempos cada vez más limitados de las consultas, que impiden abordar el uso crónico de estos psicofármacos. Los pacientes, a su vez, pueden llegar a omitir que utilizan estas por temor a que su discontinuación les genere, por ejemplo, una alteración del sueño.<sup>521</sup> Asimismo, existen pacientes que fueron medicados con benzodiazepinas frente a una situación particular de su biografía sin haber presentado un diagnóstico psiquiátrico específico. En definitiva, partimos de la base de un consumo que se normalizó y, en consecuencia, se cronificó —se hizo costumbre—.

Atentos a lo que expusimos, nuestro rol será el de motivar su discontinuación a partir de problematizar el consumo de las benzodiazepinas; para esto, deberemos ser claros con relación a los potenciales inconvenientes que puede aparejar el uso indefinido de estas.

## ¿Cómo?

Desprescribir este grupo de medicaciones es complejo. Llegados a este punto, considero plantearlo como un desafío conjunto entre el paciente y el profesional. Para esto, como dijimos, la información clara y pertinente sobre los riesgos constituye el punto de partida. Una vez que se estableció la alianza, buscaremos apalancarnos para llegar al objetivo en diferentes variables y factores, entre los que destacaremos el grado de interacción social, la realización

519 Soumerai SB, et al. Lack of relationship between long-term use of benzodiazepines and escalation to high dosages. *Psychiatr Serv.* 2003 Jul;54(7):1006-1011.

520 Billioti de Gage S, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ.* 2012 Sep 27;345:e6231.

521 Alvarenga JM, et al. Chronic use of benzodiazepines among older adults. *Rev Saude Publica.* 2014 Dec;48(6):866-872.

de actividad física, la calidad del acompañamiento y contención con el que cuenta, así como las expectativas, creencias y predisposición para llevarlo a cabo. A esto podríamos agregar, desde un punto de vista clínico, la presencia de comorbilidades como la depresión.

Para iniciar el proceso de discontinuación, es útil establecer el día de comienzo. Luego podemos indicar tres maneras de hacerlo:<sup>522</sup>

1. A partir de la benzodiacepina que el paciente se encuentre tomando. La recomendación es disminuir la dosis entre un 10 % y un 25 % del total diario en intervalos de dos a tres semanas, de acuerdo con el grado de dependencia que estimemos.
2. Disminuir la dosis entre un 10 % y un 25 % por semana, y la dosis mínima resultante mantenerla de dos a tres semanas antes de suspenderla.
3. Realizar la suspensión con la misma benzodiacepina o sustituyéndola por una dosis equivalente de diazepam, que tiene una vida media larga, y sugerir una de las dos alternativas que vimos.
4. Otra opción que podríamos mencionar es la utilización de pregabalina (en dosis de 25 a 100 mg), a partir de un esquema que incluya ambas medicaciones y que facilite de esa forma la suspensión gradual de la benzodiacepina.<sup>523</sup>

*Lo que deberemos evitar, en lo posible, es la suspensión abrupta.* Siempre será preferible una manera lenta y sostenida. Otras intervenciones que no tendríamos que hacer son cambiar una benzodiacepina por un inductor del sueño (como zolpidem o eszopiclona) o rotarla por melatonina. Este proceso puede llevar de uno a tres meses. En el transcurso del tiempo, es conveniente estimular al paciente y remarcar la importancia de haber reducido la dosis: es un objetivo en sí mismo. Es necesario realizar seguimientos, cuya frecuencia debe ser pautada.

Ahora bien, en este camino que trazamos pueden ocurrir las siguientes situaciones.<sup>524</sup>

522 Vicens C, Fiol F, et al. Withdrawal from long-term benzodiazepine use: randomised trial in family practice. *Br J Gen Pract.* 2006 Dec;56(533):958-963.

523 Bramness JG, et al. Does Pregabalin (Lyrica(®)) help patients reduce their use of benzodiazepines? A comparison with gabapentin using the Norwegian Prescription Database. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 2010 Nov;107(5):883-6.

524 Curran HV, et al. Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. *Psychol Med.* 2003 Oct;33(7):1223-1237.

- **Recaída:** se caracteriza por la aparición de la sintomatología inicial por las que se prescribió la benzodiacepina.
- **Rebote:** consiste en la aparición de los síntomas iniciales; pero, a diferencia del anterior, estos aparecen entre el primer y tercer día de la suspensión. Son de mayor intensidad pero transitorios.
- **Abstinencia:** constituye un conjunto de síntomas que son opuestos a los efectos terapéuticos de las benzodiacepinas (insomnio, palpitaciones, ansiedad, temblores, sudoración). Su intensidad es variable: dependerá de la dosis y el tiempo de consumo. Para el manejo, puede ser necesario restablecer una dosis menor o la misma que tomaba. Sin embargo, los síntomas disminuirían con el transcurso de los días y cesarían a las semanas. De nuevo, en esta instancia, es fundamental el seguimiento y acompañamiento.

## Antidepresivos

Son psicofármacos utilizados con frecuencia. A nivel ambulatorio, se estima en un 10 %, cifra que se incrementa a más de un 30 % en las instituciones geriátricas.<sup>525</sup> La indicación no solo parte de un especialista en psiquiatría, sino también de médicos clínicos, geriatras y generalistas. Podríamos establecer que la prescripción de estos se hizo a partir de responder las siguientes preguntas: ¿el tratamiento con un antidepresivo beneficiará al paciente? ¿El medicamento elegido es el correcto? ¿Cuánto tiempo deberá tomarlo? Sucede que, en muchos casos, la última pregunta, sobre todo, queda sin responder, y el o la paciente continúa de manera crónica un tratamiento que debería haber concluido.<sup>526</sup> Recordemos, en este punto, la sugerencia de Stahl que citamos en un capítulo anterior, donde sugiere que deberíamos iniciar un tratamiento estipulando un período en el cual sería pertinente finalizarlo.

Sabemos que el uso de antidepresivos, como todos los medicamentos, conlleva beneficios y riesgos potenciales que tenemos que contemplar. Destacaremos, en mayor o menor medida de acuerdo con el antidepresivo, la hiponatremia

525 Karkare SU, et al. Prevalence and predictors of antidepressant prescribing in nursing home residents in the United States. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2011 Apr;9(2):109-119.

526 O'Neill A, et al. Long-term antidepressant use in a cohort of older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2021 Aug;36(8):1241-1251.

mia, hipertensión arterial, mareos, hipotensión ortostática, aumento de peso, efectos anticolinérgicos (sequedad bucal, constipación, confusión y sedación); por último, resaltaremos el incremento del riesgo de caídas.<sup>527</sup>

Tanto la literatura como las guías relacionadas con la reducción gradual de los antidepresivos son escasas. La recomendación principal, lo mismo que en otros grupos, es realizarlo de manera lenta y gradual,<sup>528</sup> debido a que la suspensión no se encuentra exenta de efectos adversos. Por ejemplo, la de los IRSS se puede manifestar con mareos, aturdimiento, vértigo, parestesia, ansiedad, diarrea, fatiga, inestabilidad de la marcha, dolor de cabeza, alteración del sueño, irritabilidad, náuseas o vómitos, temblor.<sup>529</sup>

## ¿Cómo?

La pregunta que se repite. A partir de un proceso individualizado, atento a la singularidad del paciente. En ese sentido, una pregunta previa y clave para responder de manera conjunta entre el paciente y el profesional es ¿cuándo?; en otras palabras, ¿a partir de qué momento? Ese acuerdo es crucial. Dependerá, entre otras variables, de la adherencia y la confianza de llevar a cabo la desprescripción. Una paciente lo expresó así: “Tengo mucho miedo de suspender el antidepresivo y volver a sentirme como me sentí: realmente la pasé muy mal”. Ante una escena de estas características, conviene mostrarle al paciente, si así fuera, que los estresores o desencadenantes del cuadro depresivo o ansioso ya no se encuentran o hubo un cambio, terapia mediante, respecto de la manera en la que afronta situaciones similares.

Dicho esto, se puede plantear, en primer lugar —o siempre— una reducción de la dosis. En general, si establecemos que la dosis habitual en las personas mayores es la mínima terapéutica, por ejemplo: escitalopram 10 mg, sertralina 50 mg, venlafaxina 75 mg, la recomendación sería disminuir la dosis a la mitad.

527 Page AT, et al. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2016 Sep;82(3):583-623.

528 van Poelgeest EP, et al. Depression, antidepressants and fall risk: therapeutic dilemmas – a clinical review. *Eur Geriatr Med*. 2021 Jun;12(3):585-596.

529 Romdhani A, et al. Discontinuation of antidepressants in older adults: a literature review. *Ther Clin Risk Manag*. 2023 Mar 28;19:291-299.



## ¿Hasta cuándo?

Hasta el próximo acuerdo, que podrá ser una nueva reducción en la medida en que se pueda (es decir, en la medida en que el comprimido lo permita) o la suspensión. Ese período no debería ser menor a los 10 a 15 días.

Es importante hacer una valoración personalizada, prescribir antidepressivos con precaución y desprescribirlos cuando los riesgos (potenciales) superen a los beneficios (potenciales).<sup>530</sup>

## Estabilizadores

En cada uno de los grupos farmacológicos que desarrollamos debemos tener presente los cambios metabólicos que ocurren en la persona mayor, que la predisponen, a su vez, a los efectos adversos. Sin embargo, contemplar estos cambios al momento de pensar tanto la prescripción como la desprescripción de estabilizadores del ánimo, sumado a la presencia (o no) de alteraciones cognitivas, resulta de suma importancia, sobre todo porque no existe una información específica respecto de cómo y cuándo desprescribir estas medicaciones.

**Sobre el litio.** El volumen de distribución es mayor en la vejez, pero el *clearance* renal se reduce. La eliminación, en este caso, se prolonga al doble, por lo que se requerirá una dosis más baja al inicio y como plan de continuación, así como un aumento lento de la dosis. No obstante, los potenciales efectos neurotóxicos (alteración del sensorio, temblor, ataxia), si bien suelen depender de la dosis, pueden aparecer independientemente del nivel de esta.<sup>531</sup> Dentro de las interacciones sobre las que tenemos que mantener una alerta especial se encuentran los AINEs, los diuréticos tiazídicos y los IECA, medicamentos habituales en las personas mayores.

Como parte de una actitud preventiva, lo recomendable sería mantener niveles séricos de litio —la litemia— entre 0,4 y 0,6 mmol/l.

Con respecto a la desprescripción, mencionaremos situaciones particulares. Por ejemplo, un paciente que, luego de una caída, presenta *dolor* y, como parte de un tratamiento traumatológico, requiere la indicación de medicación analgésica (diclofenac, por ejemplo). En este punto, tendremos que contemplar el tiempo requerido. Si fueran solo unas pocas dosis, teniendo en cuenta

530 Lee EA, et al. An approach to deprescribe antidepressants for depression in older adults: consensus, multidisciplinary practice recommendations. *Perm J*. 2023 Jun 15;27(2):1-8.

531 Sproule BA, Hardy BG, Shulman KI. Differential pharmacokinetics of lithium in elderly patients. *Drugs Aging*. 2000;16(3):165-177.

la eliminación lenta del litio, la habitual dosis baja que se maneja, así como un bajo nivel sérico, podremos pensar en suspender de manera momentánea y reiniciar una vez que haya concluido el tratamiento traumatológico. Otro motivo puede ser el agravamiento del cuadro clínico-neurológico del paciente; esto es, la presencia de temblores, alteraciones cognitivas, problemas metabólicos (de una diabetes, por ejemplo), que requieran de una suspensión del medicamento.

Por último, podríamos citar el caso de una paciente de 89 años cuyo último episodio maníaco fue a sus 55 años y, a su edad actual, presenta dificultades en su movilidad que la obligan a permanecer en la cama o silla de ruedas. Es decir, ante un tiempo prolongado de eutimia, cabe preguntarse por el sentido de continuar con el esquema. En este punto, nos enfrentamos a un vacío de información, debido que casos como el citado recién comienzan a agrandar las estadísticas.

**Los valproicos (divalproato de sodio y valproato de magnesio)** son medicamentos que, en general, tienen una buena tolerabilidad. No se metabolizan por el sistema del citocromo C, sino por glucuronidación y  $\beta$ -oxidación. Por este motivo, para su dosificación en las personas mayores, se debería tener en cuenta no solo la mayor proporción de ácido valproico libre (sin unión a proteínas), sino también la vida media de eliminación más larga. Dentro de los efectos adversos se destacan la fatiga, molestias gastrointestinales, temblores, alteraciones de la marcha y reducción del número de plaquetas.

Por otro lado, no existen datos concluyentes vinculados con la dosis de mantenimiento en pacientes con trastorno bipolar en la vejez. En este contexto, la desprescripción debería considerarse en aquellos casos en los cuales se presenten efectos adversos que obliguen a su suspensión (por ejemplo, una disminución importante de las plaquetas), o efectos que puedan exacerbar un síntoma particular del paciente (temblores, inestabilidad de la marcha). Por último, se debe tener en cuenta la edad avanzada con un período prolongado de estabilidad.

**Lamotrigina.** La posibilidad de reacciones dermatológicas requiere una dosis inicial baja y una titulación lenta para llegar a la dosis diaria total. Asimismo, será necesaria una reducción de la dosis diaria en casos de disfunción hepática o renal.<sup>532</sup> Son justamente estas situaciones las que podrían ser los motivos para desprescribir o reducir la dosis.

532 Hirsch LJ, et al. Correlating lamotrigine serum concentrations with tolerability in patients with epilepsy. *Neurology*. 2004;63(6):1022-1026.

**Carbamazepina.** La inducción del CYP 2D6 conduce a interacciones frecuentes: aproximadamente el 25 % de los medicamentos se metabolizan a través de este citocromo, entre los que se incluyen antipsicóticos, antidepresivos y anticonvulsivantes.

Dentro de los efectos adversos se destacan los siguientes: visión borrosa, diplopía, nistagmo, confusión y agitación (frecuentes en dosis altas); a nivel sanguíneo, agranulocitosis y anemia aplásica; y otros como alergias, hiponatremia o retención urinaria, que pueden ocurrir con mayor frecuencia que con otros estabilizadores del estado de ánimo en las personas mayores.<sup>270</sup>

Tanto las potenciales interacciones como los efectos adversos serán los que nos indiquen que debemos reducir, suspender o cambiar el esquema.



# Qué no hacer en psicogeriatría

(0, por lo menos, qué evitar)

En línea con el concepto de prevención cuaternaria que vimos en el capítulo anterior — aquel que involucra a todo el equipo de salud y se relaciona con las consecuencias que pueden tener sus indicaciones o intervenciones—, plantearemos, a modo de continuación y, en cierto punto, como un resumen, una manera particular de hacer: focalizaremos en aquello que deberíamos evitar o, directamente, no hacer en psicogeriatría.

La gama de situaciones es amplia: comprenden algunas que se vinculan con los esquemas psicofarmacológicos y otras que se relacionan con situaciones habituales, como por ejemplo la soledad o las sujeciones físicas. Presentaremos un breve resumen en el que consignaremos el problema y la probable solución (para un desarrollo más extenso, sugiero volver a la lectura, según corresponda, del capítulo específico). A continuación, desarrollaremos los siguientes (convencido de que no serán los únicos):

## **1. No utilizar antipsicóticos como la primera opción para el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias (SPCD)**

**El problema.** Sabemos que los SPCD se presentarán en el 90 % de los casos en algún momento de su evolución. Estos pueden conducir a una prescripción (y abuso) de psicofármacos y suelen ser una de las principales causas de institucionalización. Pueden ser situaciones de difícil manejo que ponen en jaque

la estabilidad del equipo tratante, lo que puede ocasionar conductas negligentes y de violencia por parte del personal u otros residentes.<sup>473</sup>

**La solución.** La aproximación psicosocial está constituida por una amplia gama de intervenciones que se diseñan y utilizan a partir del paciente para aliviar la carga y el estrés que genera el manejo de la persona con demencia.<sup>533</sup> El uso de estas puede proporcionar al personal un sentido de control de la situación y reducir las expectativas poco realistas de los resultados inmediatos.<sup>476</sup> Constituyen una parte esencial del tratamiento. Deben utilizarse siempre, dejando la prescripción del psicofármaco para aquellas situaciones en las cuales estas medidas resultaran insuficientes.<sup>195</sup>

## **2. No utilizar benzodiacepinas como primera elección para el insomnio, agitación o delirio**

**El problema.** Son medicaciones que incrementan el riesgo de accidentes, caídas y la consecuente fractura de cadera. Asimismo, se relacionan con alteraciones cognitivas. Son muy utilizadas en los trastornos de ansiedad, síntomas de abstinencia de alcohol o TAG (trastorno de ansiedad generalizada) que no responde a otras terapias. Se deben seleccionar los casos, y en caso de utilizarlas, debería ser en la menor dosis y el menor tiempo posible.<sup>534</sup>

**La solución.** En lo posible, evitarlas. Si no, reducirlas con el objetivo final de suspenderlas.

## **3. No medicar el olvido**

**El problema.** El diagnóstico de deterioro cognitivo leve sería mayor, un 15 %, si tomamos como parámetro el DSM-5 versus el 10 % si utilizamos los criterios de Petersen.<sup>535</sup>

**La solución.** Contemplar, desde un punto de vista clínico-semiológico, la presencia del olvido benigno. Este se caracteriza por una queja inicial del propio paciente, sumado a la dificultad para recordar algunos datos en particular, como una fecha, un lugar o un nombre; sin embargo, conservan el recuerdo de

533 Health Quality Ontario. Caregiver- and patient-directed interventions for dementia: an evidence-based analysis. Ont Health Technol Assess Ser. 2008;8(4):1-98.

534 Benítez CI, et al. Use of benzodiazepines and selective serotonin reuptake inhibitors in middle-aged and older adults with anxiety disorders: a longitudinal and prospective study. Am J Geriatr Psychiatry. 2008 Jan;16(1):5-13.

535 Marcos G, et al. Conversion to dementia in mild cognitive impairment diagnosed with DSM-5 criteria and with Petersen's criteria. Acta Psychiatr Scand. 2016 May;133(5):378-385.

la experiencia que tuvieron. Asimismo, aquellos datos que no son recordados se evocan en otro momento o se utilizan rodeos.

Al contrario, el olvido patológico, aquel que debería generarnos preocupación, se destaca por un pedido de consulta por parte de los familiares debido a que el paciente no percibe la magnitud del déficit. En este caso, no recuerdan datos importantes; hay una imposibilidad de evocar un recuerdo particular: este se olvida por completo. Ante esto, el paciente puede minimizarlo: “Son cosas que pasan”.

#### 4. No utilizar la sujeción física

**El problema.** El uso de las sujeciones puede llegar hasta un 68 % en las instituciones geriátricas.<sup>536</sup> Es una realidad —un problema— que, lamentablemente, se encuentra naturalizada, más allá de que se asocien con resultados adversos: tienen un impacto negativo a nivel físico y emocional en la persona. El o los pretextos que se utilizan para justificar su uso son evitar una caída (y sus consecuencias), la agresión hacia terceros o la falta de cooperación con el cuidador. Sin embargo, hay poca evidencia que apoye la eficacia de la sujeción física.<sup>537</sup> Por otro lado, las personas que son sometidas a sujeciones físicas presentan algún grado de deterioro cognitivo.<sup>506</sup>

**La solución.** En primer lugar, es importante establecerlo, justamente, como un problema. Es el paso necesario para generar un cambio de actitud que permita la búsqueda de alternativas. En segundo lugar, la búsqueda de soluciones involucra a todo el equipo de salud. Es un trabajo interdisciplinario.

#### 5. No prescribir dos o más antipsicóticos simultáneamente

**El problema.** Es una situación que puede llegar al 50 % de los pacientes hospitalizados o institucionalizados, a pesar de que la evidencia respecto de la eficacia y seguridad es limitada; sumado al riesgo de interacciones medicamentosas, lo que predispone a la aparición de efectos adversos.<sup>538</sup>

**La solución.** Como siempre, contemplar caso por caso: desde ya, esta recomendación no constituye una contraindicación absoluta. Se debe tener en

536 Feng Z, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Oct;24(10):1110-1118.

537 Mott S, et al. Physical and chemical restraints in acute care: their potential impact on rehabilitation of older people. *Int J Nurs Pract*. 2005 Jun;11(3):95-101.

538 Gareri P, et al. Use of atypical antipsychotics in the elderly: a clinical review. *Clin Interv Aging*. 2014; 9: 1363-1373.

Esto (no) es un manual de psicogeriatría

cuenta la evaluación y el seguimiento del paciente con el objetivo de desprescribir en el momento que el cuadro lo permita.

## **6. Los NO que tenemos que recordar**

No olvidar la importancia de la sexualidad en la vejez y en las demencias.

- No medicar la soledad.
- No asociar la vejez con enfermedad.
- No estigmatizar.



Cuarta parte  
**(Emergencias y otros temas)**



# La emergencia en psicogeriatría

(Siempre presente, siempre latente)

*Es raro indicarle internación  
psiquiátrica a alguien de 85 años*  
Comentario de una colega

## Introducción

Para atender personas mayores, hay que contar con disponibilidad; mejor dicho, con una actitud de disponibilidad porque, como veremos, las situaciones que se presentan son habituales. Sin embargo, como ocurre con otros temas, sobre las emergencias y urgencias en psicogeriatría son necesarias investigaciones específicas que permitan mejoras en la evaluación y atención de las personas mayores con problemas psiquiátricos.<sup>539</sup> Es probable que esta falta se deba a la creencia de que los pacientes mayores de 65 años que realizan una consulta por guardia se deban más a situaciones clínicas que de comportamiento. Solo el 5 % de las visitas se deberían a problemas psiquiátricos.<sup>540</sup> Pero como vimos en capítulos anteriores, el entrecruzamiento de ambos cuadros es habitual. En ese sentido, las etiologías pueden ser múltiples, lo que dificulta el diagnóstico. Ante esto, cabe preguntarse si ese porcentaje que concurre a la guardia es el que finalmente llega. Porque, a

539 Lai L, Bota RG. Emergency department wait times for geriatric psychiatric patients. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2018 Sep 20;20(5):18m02306.

540 Tueth MJ. Diagnosing psychiatric disorders in the elderly. *Am J Emerg Med.* 1994;12:364-369.

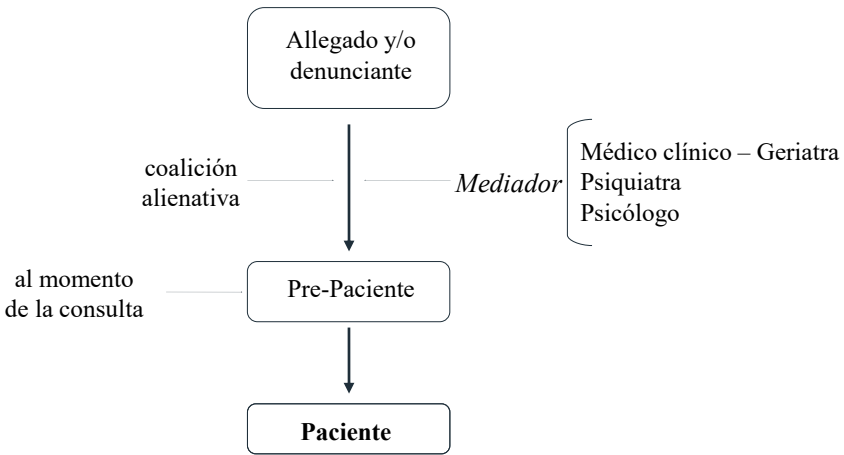
diferencia de un cuadro clínico debido, por ejemplo, a una dificultad respiratoria, fiebre o incremento de la presión arterial en el que se realiza el traslado correspondiente o la internación, con los síntomas psiquiátricos es frecuente que se lleve a cabo una intervención farmacológica, en general sedativa, a partir de la cual el paciente permanece en su domicilio o retorna a este sin que se haya realizado un diagnóstico, con la consecuente demora y empeoramiento del cuadro. Se asume, quizás, que los síntomas se deben a un deterioro cognitivo relativizado o negado por la familia.

Sabemos que la diferencia principal entre una *emergencia* y una *urgencia* se centra en el riesgo de muerte. Mientras que en la primera situación se requiere la intervención inmediata con el objetivo de salvar la vida del paciente (como podría ser una tentativa de suicidio), en la segunda situación una persona puede esperar un tiempo determinado. Más allá de las disquisiciones, como dijimos al principio del libro, asistiremos a una persona mayor en una situación de emergencia, queramos o no, por el hecho de que la frecuencia de las consultas y la prevalencia de esta población va en aumento.

Nuestro objetivo será organizar la evaluación psicogeriátrica en situaciones de emergencia o urgencia para identificar y diagnosticar de manera adecuada y poder, así, generar las condiciones apropiadas para el inicio o continuidad de un tratamiento. Constituye, por otro lado, un capítulo integrador que estimula —obliga— a una relectura de los capítulos específicos (o, al menos, tenerlos presentes).

## **Ante la emergencia: domicilio o guardia**

Más allá del síntoma o situación que motivó la consulta, me interesa puntualizar, en primer lugar, la dinámica en la cual se desarrollará —probablemente— la entrevista. Dicho de otro modo, pretendo focalizar en la interrelación que se generaría entre los actores involucrados. Esto tiene como objetivo resaltar la especificidad de la evaluación y de la entrevista en la emergencia. De manera esquemática, a partir del marco teórico que propone el sociólogo Goffman en *La carrera moral del paciente mental*,<sup>385</sup> podríamos representarla así:



En palabras de Goffman, el paciente, al momento de la consulta, sería un *prepaciente*, con el que se genera una *coalición alienativa*; es decir, una alianza que se forma entre dos grupos con intereses diferentes en un entorno específico —institucional, por ejemplo—. Esta se basa en un objetivo común que beneficiaría a ambos grupos, a pesar de que sus perspectivas y valores generales puedan ser diferentes. Un grupo está constituido por las personas cercanas al prepaciente (familiar, cuidador, acompañante); y, el otro, por los profesionales —mediadores— que llevaríamos a cabo la evaluación. Con relación al primer grupo, Goffman le asigna un *rol* de allegado o denunciante. El *allegado* sería la persona en la cual el paciente confía. La que lo *defiende* de una probable amenaza. Por su parte, el *denunciante* es el responsable de que el paciente haya concurrido a la consulta de guardia a partir de lo que considera como motivo; es decir, los síntomas.

La dinámica que se sucede en la consulta, en general, es la siguiente: en esa *coalición alienativa* que constituye la consulta, el mediador propone al prepaciente que relate los motivos por los cuales concurrió o fue llevado a la consulta. En este contexto, a su vez, el allegado también estimula al prepaciente a que cuente lo que le ocurre frente al profesional. Ahora bien, de acuerdo con el relato, el allegado puede convertirse en *denunciante*, ya sea delante del prepaciente o al solicitar hablar en privado.

En palabras de Germán Berrios (que citamos en el capítulo “La entrevista”), lo resolutivo estará dado por la conclusión a la que arribemos desde nuestro rol principal como mediadores, luego de haber escuchado y analizado las dife-

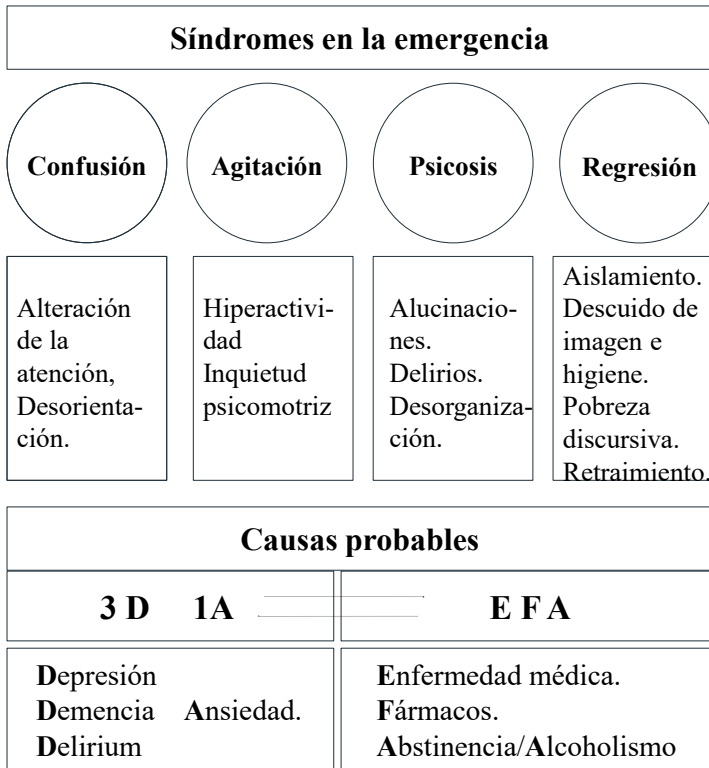
rentes narrativas del prepaciente y del allegado o denunciante. Esto se traducirá en una intervención dirigida, ahora, hacia un paciente.

¿Qué puede implicar el ingreso a una guardia o un tratamiento/intervención de emergencia? Puede constituir un verdadero punto de inflexión, por ejemplo, la indicación de una internación psiquiátrica, lo que, a su vez, deriva en una toma de conciencia por parte del familiar de la situación del paciente. También puede ocurrir que se indique un acompañamiento permanente a alguien que, hasta ese momento, había vivido solo junto al inicio de un esquema psicofarmacológico, situación que puede ser el inicio de un camino que derivará en una institucionalización. En palabras de Goffman, estas personas pasan a la categoría de *paciente mental*; hablamos de una persona a la que se le alteró su destino social.

Por último, ante la emergencia, debemos recordar por qué las personas mayores son particularmente vulnerables. Entre los factores mencionaremos — recordaremos— aquellos relacionados con la salud, como son la presencia de enfermedades crónicas (las comorbilidades), el deterioro cognitivo y la fragilidad. Y factores vinculados al contexto: duelos, inactividad, vejeismo, exclusión social, soledad y aislamiento.

## Síndromes. Cómo se presenta

El gráfico que analizaremos a continuación es un resumen de lo que encontraremos con frecuencia en una situación de urgencia, así como sus causas probables.<sup>540</sup> Su gravedad nos llevará al *gradiente de las intervenciones* con las que contamos en ese ámbito: desde la indicación de una internación hasta la sugerencia de una interconsulta ambulatoria, pasando por la recomendación de un acompañamiento permanente junto al inicio de un esquema psicofarmacológico.



Como podemos inferir, cada uno de los diagnósticos, así como el potencial tratamiento, constituyen un desafío clínico debido a las comorbilidades médicas que pueden asociarse junto a la polifarmacia y los problemas psicosociales subyacentes que pudieran existir. Por ese motivo, en todos los casos será necesario contemplar la *consulta clínica* con el objetivo de descartar comorbilidad. Así lo expresó el hijo de una mujer de 91 años: “Entiendo que en las personas mayores hay que buscar la sombra que se encuentra detrás de lo que le pasa”.

Es así: los pacientes de edad avanzada con problemas psiquiátricos es habitual que presenten problemas clínicos —enfermedades— que podrían, a su vez, ser la causa de los síntomas psiquiátricos. Además, algunos medicamentos utilizados para tratar esas enfermedades pueden causar síntomas psiquiátricos; asimismo, los medicamentos psicotrópicos también pueden generar efectos secundarios que simulen problemas clínicos o neurológicos. Por ese motivo, cuando asistimos a pacientes adultos mayores con alteraciones del comportamiento (depresión, agitación, agresividad y psicosis), se deberían descartar

infecciones, trastornos electrolíticos (hiponatremia) y endocrinológicos, así como contemplar la prescripción de medicamentos que podrían ser el origen de las alteraciones que presenta el paciente.<sup>541</sup>

Por último, mencionaremos dos situaciones particulares con relación a las causas; la primera se referirá a los síntomas de *ansiedad* que pueden *acompañar* a las enfermedades médicas o ser una manifestación de un estresor psicosocial (pérdida de un ser querido, por ejemplo). La presencia de la *ansiedad* en el contexto de la emergencia se vuelve cada vez más habitual en los adultos mayores; constituye una puerta de entrada que puede alertarnos de una situación más compleja, como, por ejemplo, la presencia de una depresión. El trastorno de ansiedad más común en la vejez es el trastorno de ansiedad generalizada, con una prevalencia del 5 % al 10 %. El tratamiento agudo suele consistir en el uso de benzodicepinas de acción corta. Estas deben usarse con precaución en pacientes de edad avanzada y el tratamiento a largo plazo puede consistir en un antidepresivo serotoninérgico.<sup>542</sup>

La segunda mención estará relacionada con el *consumo de alcohol*, una situación que con frecuencia se oculta, niega o minimiza. Este se puede presentar con una signosintomatología física característica: caídas, malnutrición, incontinencia, diarrea y alteraciones de la funcionalidad hepática. Asimismo, desde un punto de vista psiquiátrico, puede manifestarse con descuido de sí mismo, confusión, labilidad afectiva, depresión y alteraciones cognitivas.<sup>543</sup>

## Maltrato. Abuso y negligencia

En el marco de una evaluación en la emergencia, se debe sospechar de una situación de abuso o negligencia ante un paciente con lesiones en diferentes estadios evolutivos o cuando las lesiones no tienen una explicación lógica; también cuando se encuentra mal higienizado, malnutrido, descuidado clínicamente o con signos de sedación. Son situaciones que pueden representar un abuso físico o psicológico. Hablamos de *abuso* cuando un acto u omisión da como resultado un daño o probable amenaza a la salud o bienestar de la persona mayor.<sup>544</sup>

541 Tueth MJ, Zuberi P. Life-threatening psychiatric emergencies in the elderly: overview. J Geriatr Psychiatry Neurol. 1999 Summer;12(2):60-6.

542 Grossberg GT. Geriatric psychiatry an emerging specialty. Mo Med. 2010 Nov-Dec;107(6):401-5.

543 Pisa H. Emergencias en psicogeriatría. En: Finkelsztejn C, Matusevich D, eds. Psicogeriatría clínica. Buenos Aires: Delhospital; 2012. p. 323-337.

544 Borja B, et al. Psychiatric emergencies in the geriatric population. Clin Geriatr Med. 2007. May;23(2):391-400, vii.



La presencia de deterioro cognitivo constituye, por un lado, un factor de riesgo para situaciones de abuso (junto con la edad avanzada y la dependencia); y, por otro, un obstáculo para recabar los datos necesarios vinculados con la situación de abuso.

Reconocer una situación de maltrato es el primer paso; actuar en consecuencia, el segundo, a partir de llevar a cabo la denuncia correspondiente o dando aviso al servicio social.

### **El paciente violento (agresivo)**

Los pacientes agresivos o agitados suelen presentar una enfermedad médica o psiquiátrica. En personas con deterioro cognitivo, la prevalencia de agresión y agitación puede llegar al 50 %, tanto en instituciones como a nivel ambulatorio. Las causas más comunes de situaciones de violencia (agresión o agitación) se deben a *delirium*, demencia y psicosis.<sup>545</sup>

La agresividad se clasifica en *verbal* y *física*. La primera incluye gritos, insultos y lenguaje procaz. La segunda, en cambio, patadas, empujones, golpes y arañazos. Es importante distinguir las intenciones de los pacientes agresivos, es decir, los signos inminentes de violencia. Algunos pueden atacar de manera directa en el marco de una creencia delirante, mientras que los pacientes confundidos a menudo son agresivos al azar, sin una intención específica. Sin embargo, cualquier tipo de agresión puede convertirse rápidamente en un comportamiento peligroso.

Preguntas que permiten orientarnos respecto de un diagnóstico:<sup>546</sup>

- ¿Existe una ideación delirante?
- ¿Existe un cambio reciente en las condiciones de vida (mudanza, nuevo tratamiento, malas noticias)?
- ¿Existen trastornos sensoriales, neurológicos o psiquiátricos (hipoacusia, disminución de la visión, alucinaciones, epilepsia, depresión, ansiedad, insomnio)?
- ¿Existe el antecedente de daño cerebral?
- ¿Existen dificultades con la comunicación y las interacciones dentro del entorno del paciente (conflictos familiares, aislamiento social, situaciones de abuso o maltrato)?
- ¿Cuál era la personalidad del paciente?

545 Lake JT, Grossberg GT. Management of psychosis, agitation, and other behavioral problems in Alzheimer's disease. *Psychiatr Ann.* 1996; 26:274-279.

546 Azuar C, Levy R. Behavioral disorders: The 'blind spot' of neurology and psychiatry. *Rev Neurol (Paris).* 2018 Apr;174(4):182-189.

**Pautas de manejo.** Manejar los comportamientos agresivos requiere determinar las razones de su aparición, seguido de intentos por atenuarlos o hacerlos desaparecer, dadas las consecuencias potencialmente graves que pueden generar en los pacientes y en las personas que los rodean. La primera medida es controlar la conducta agresiva utilizando los medios menos restrictivos, sobre todo apelando a intervenciones psicosociales como maniobras de distracción. La seguridad del paciente y del personal es de suma importancia. Si la atención del personal no fuera efectiva, se debe ubicar al paciente en un lugar seguro y tranquilo, con estímulos sensoriales mínimos.

Se debe evitar la sujeción física, ya que puede empeorar la agitación. En caso de ser necesario, ante la emergencia podrían utilizarse agentes farmacológicos que han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la agresividad; entre ellos, se incluye el uso de haloperidol (0,5 a 2,5 mg) junto con lorazepam (0,5 a 2 mg). Ambos vienen en presentación oral e inyectable. También se encuentra descrito el uso de quetiapina y risperidona en bajas dosis.<sup>547</sup>

## Suicidio

Dada la importancia del tema, ampliaremos lo desarrollado cuando tratamos la depresión. Las personas mayores se encuentran entre los grupos epidemiológicos de mayor riesgo de suicidio. Asimismo, los suicidios son más letales en comparación con la población más joven y suelen presentar menos señales de advertencia.<sup>548</sup> Entre los factores de riesgo que más se relacionan se encuentran los siguientes: ser soltero, vivir solo, bajo nivel educativo, fallecimiento del cónyuge, antecedentes de tratamiento psiquiátrico o tentativa previa.<sup>549</sup> Desde un punto de vista clínico, podemos mencionar la depresión, el consumo de alcohol, la psicosis, los trastornos de la personalidad y comorbilidades médicas (por ejemplo, el dolor). También incluiremos la pérdida de autonomía y los problemas económicos. Por otro lado, existen comportamientos

547 Kennedy M, Fung K, Fahimi J, Castillo EM. The agitated older adult in the emergency department: a narrative review of common causes and management strategies. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2020 Jun 11;1(5):812-823.

548 Salib E, Tadros G. Elderly suicide: an analysis of coroner's inquests into two hundred cases in Cheshire 1989-2001. *Med Sci Law*. 2005;45(1):71-80.

549 Wiktorsson S, et al. Attempted suicide in the elderly: characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18(1):57-67.

que pueden ser señales de advertencia o precursores del riesgo suicida. Estos incluyen negligencia en el cuidado personal, anorexia intencional, finalización de un testamento, distribución de pertenencias personales a amigos, familiares u organizaciones benéficas, renuncia a puestos de responsabilidad, despedidas y acceso a armas. En cuanto al método elegido, se encuentra el ahorcamiento y uso de armas de fuego en hombres y sobreingesta de medicamentos en mujeres.<sup>550</sup>

Al momento de la evaluación, debemos tener en cuenta que las personas mayores no comunican sus pensamientos suicidas a menos que se les pregunte directamente. Por este motivo, la evaluación del riesgo suicida debe formar parte de una evaluación psiquiátrica en el contexto de la emergencia. En ese sentido, deberemos identificar los factores de riesgo o cambios en el comportamiento, con el objetivo de generar una alerta que nos obligue a profundizar el análisis. Dado que el valor predictivo de estos factores a nivel individual sigue siendo pobre, la determinación del riesgo de suicidio en cada caso es una cuestión de criterio clínico. Así, en aquellos pacientes que consideremos que tienen un alto riesgo de suicidio, la indicación pertinente será la internación psiquiátrica. En cambio, cuando las ideas suicidas son vagas, no tienen ni intención ni un plan determinado y el paciente cuenta con un apoyo social o familiar y no tiene acceso fácil a un método, podrían ser tratados de cerca de manera ambulatoria.

Es fundamental evaluar la presencia de un plan suicida y la accesibilidad al método para llevarlo a cabo, los antecedentes personales y familiares de conducta suicida, el nivel de apoyo social disponible, los trastornos médicos y psiquiátricos concurrentes, así como las señales de advertencia o cambios en el comportamiento.<sup>551</sup>

Detectar y abordar los factores que subyacen al suicidio sigue siendo la principal modalidad de tratamiento. Asimismo, dada la frecuente comorbilidad, es importante el tratamiento de los trastornos psiquiátricos mediante la farmacoterapia específica (antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, antipsicóticos) y psicoterapia.<sup>552</sup>

550 Harwood DM, et al. Suicide in older people: mode of death, demographic factors, and medical contact before death. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15(8):736-743.

551 Montross L, et al. Preventing late-life suicide: 6 steps to detect the warning signs. *Current Psychiatry*. 2003;2(8):15-26.

552 Aftab A, et al. Behavioral Emergencies: Special Considerations in the Geriatric Psychiatric Patient. *Psychiatr Clin North Am*. 2017 Sep;40(3):449-462.

## **A modo de cierre**

Hay un aumento constante en el número de pacientes adultos mayores que concurren a un servicio de emergencias. Esta nueva dinámica exige que llevemos a cabo un diagnóstico correcto junto con intervenciones adecuadas tanto para el paciente como para su familia. Ahora bien, realizar ese diagnóstico constituye un desafío debido a las comorbilidades asociadas, la polifarmacia y los problemas psicosociales que subyacen. La complejidad es mayor si contemplamos la evaluación del riesgo suicida.

Para terminar, la instancia de la emergencia puede constituir una oportunidad para reencaminar una situación de crisis por la que atraviesa el paciente. Sin embargo, también puede ser la puerta de entrada a una internación psiquiátrica o a la derivación a una institución geriátrica, lo que podría alterar el destino social de la persona.

# La soledad: el nuevo gigante

## Introducción

En 1965, Bernard Isaacs denominó *gigantes de la geriatría* a cuatro situaciones clínicas que se popularizaron bajo la regla nemotécnica de las **4I**: inmovilidad, inestabilidad, incontinencia, insuficiencia cognitiva. Estas, sin duda, mantienen una actualidad insoslayable en la práctica. Sin embargo, con el transcurso de los años hubo una evolución de la ciencia —que se tradujo, entre otros aspectos, en un aumento de la expectativa de vida— y han surgido nuevos desafíos. En este marco, según Morley (2017),<sup>60</sup> aparecieron los *gigantes modernos*, entre los cuales se incluyen la sarcopenia y la fragilidad. En la misma línea, proponemos incluir entre estos gigantes modernos la soledad y el aislamiento en la vejez. ¿Por qué? Porque la soledad constituye un problema multifactorial —social, familiar, económico, político— que impacta negativamente en la salud de la persona mayor y, en consecuencia, en el sistema de salud.

Su prevalencia en la comunidad se ubica entre el 20 % y el 40 % de las personas mayores, porcentaje que dependerá de la metodología y de la definición que se consideren.<sup>553</sup> En este punto, el instrumento más utilizado es la escala de soledad de UCLA (University of California at Los Angeles), creada por Russell

553 Gené-Badia J, Comice P, Belchín A, Erdozain MA, Cáliz L, Torres S, et al. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Aten Primaria*. 2019;51(1):1-9.

*et al.* en 1980. Esta escala consta de tres dimensiones: percepción subjetiva de soledad, apoyo familiar y apoyo social, con dos factores: la intimidad con otros y la sociabilidad. Existe una validación reciente al español.<sup>554</sup>

Por otro lado, no difiere entre hombres y mujeres, salvo en los mayores de 85 años, y afecta en mayor medida a mujeres.<sup>555</sup> Puede definirse como un sentimiento subjetivo de ausencia de una red social. El aislamiento social, como concepto relacionado, se refiere a la falta objetiva de interacciones con otras personas. Ambos conceptos —soledad y aislamiento— se vinculan y se asocian a una mayor morbilidad y mortalidad: causan, incrementan o empeoran enfermedades mentales, como la depresión; neurológicas, como el deterioro cognitivo; y cardiovasculares, como la hipertensión arterial. Asimismo, la manera en la que se percibe una persona con una enfermedad crónica (respiratoria, cardiovascular, oncológica u osteoarticular) empeora a medida que aumenta su soledad.<sup>556</sup> En otras palabras, la soledad incrementa los niveles de fragilidad clínica y se asocia, además, con reinternaciones.<sup>557</sup> Vivir solo/a se vincula también con un mayor riesgo de mortalidad debido al incremento del consumo de alcohol.<sup>558</sup>

## Los inconvenientes

**Más vejez.** A la soledad de las personas mayores se la podría considerar como un *nuevo* problema. En las últimas décadas, se ha observado un aumento sostenido de la población de adultos mayores, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. Actualmente, hay 868 millones de personas mayores de 60 años en el mundo (aproximadamente el 12 % de la población mundial). Para 2050, ese porcentaje aumentará hasta un 21 % y serán casi dos mil millones de personas. Ese año, alrededor de ocho de cada diez personas mayores vivirán en las regiones menos desarrolladas.<sup>7</sup>

El aumento constante de la longevidad constituye uno de los mayores cambios y desafíos de nuestro tiempo. Si el mundo no se adapta a las nuevas ten-

554 Velarde-Mayol C, et al. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Semergen*. 2016 Apr;42(3):177-83.

555 Beutel ME, et al. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*. 2017 Mar 20;17(1):97.

556 Özkan Tuncay F, Fertelli T, Mollaoğlu M. Effects of loneliness on illness perception in persons with a chronic disease. *J Clin Nurs*. 2018 Apr;27(7-8):e1494-e1500.

557 Gale CR, Westbury L, Cooper C. Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing*. 2018 May 1;47(3):392-397.

558 Herttua K, Mäkelä P, Martikainen P. Living alone and alcohol-related mortality: a population-based cohort study from Finland. *PLoS Med*. 2011 Sep;8(9):e1001094.

dencias demográficas, será difícil lograr un futuro sostenible y seguro, en el que las personas de todas las edades puedan llevar una vida plena.<sup>559</sup> Es decir, más personas que nunca vivirán solas y envejecerán solas. Este cambio demográfico repercutirá en la organización social, familiar, económica y sanitaria. Enfrentamos un desafío, un nuevo orden social que plantea una amenaza a la calidad de vida de nuestra sociedad. Abordar las necesidades de estas poblaciones mayores de manera sostenible y equitativa será un pilar fundamental del desarrollo socioeconómico en el siglo XXI.<sup>560</sup>

**La definición.** La soledad entraña una paradoja: lo sencillo que resulta asociarla con aislamiento, retiro, abandono, incomunicación, separación, desamparo, destierro, melancolía, nostalgia, añoranza, tristeza, depresión, hace complejo su significado. Por este motivo, desde una mirada psicogerontológica se prefiere hablar de la soledad como *un constructo*.<sup>561</sup> Un constructo que deberá hacer frente al desafío de definir qué se entiende por soledad.

En este sentido, Rico (2004) refiere que, al momento de investigarla, se utilizan diferentes definiciones que traen aparejados tres inconvenientes relacionados con la falta de comparabilidad, falta de fiabilidad y ausencia de una delimitación taxonómica clara. Atentos a esta complejidad, haremos un repaso breve sobre las diferentes maneras de referirse a la soledad y los puntos de tensión que se exponen en trabajos recientes.

La soledad se define como una experiencia desagradable o un sentimiento asociado a la ausencia de relaciones cercanas. Tiene dos dimensiones: *social* y *emocional*. La primera se refiere a un déficit en las relaciones y el apoyo social; la segunda, a la falta de cercanía o intimidad con el otro.<sup>562</sup> En otras palabras, habría que distinguir entre dos situaciones: *sentirse solo* y *estar solo*. La soledad es descrita como un sentimiento o una emoción interna dolorosa; estar solo, por su parte, implica carecer de compañía.<sup>563</sup> Otra definición de soledad hace

559 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Día Internacional de las Personas de Edad [Internet]. 1 de octubre de 2014. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/articulos/dia-internacional-de-las-personas-de-edad-1>

560 Pot AM, Briggs AM, Beard JR. The Sustainable Development Agenda Needs to Include Long-term Care. *J Am Med Dir Assoc*. 2018 Sep;19(9):725-727.

561 Rico MA. La soledad en las personas mayores. En: Yuste Rosell N, Rubio Herrera R, Rico MA, eds. *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2004. p. 213-231.

562 Ausín B, Muñoz M, Castellanos MA, González M. Loneliness, sociodemographic and mental health variables in Spanish adults over 65 years old. *Span J Psychol*. 2017 Oct 11;20:E46.

563 Cardona Jiménez JL, Arango Osorio L, Rodríguez Montoya LM. El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina UPB*. 2013;32:9-19.

alusión a una discrepancia que existiría entre las relaciones sociales deseadas versus las reales.<sup>564</sup>

**Las estadísticas.** Existen diferentes trabajos que plantean estadísticas diversas e identifican el alcance del problema, aunque estos se focalizan, sobre todo, en la comunidad. Tampoco existen demasiadas investigaciones que permitan comprender qué intervenciones pueden ser las más adecuadas para revertir el deterioro que produce el aislamiento social y la soledad.<sup>565</sup> Asimismo, si pretendemos profundizar sobre la intervención a partir de la cual una persona pasa a vivir en una residencia de larga estancia —geriátrico—, se constata que existen pocos trabajos que hayan desarrollado la problemática de la soledad en instituciones geriátricas.<sup>566</sup>

**Factores de riesgo.** ¿Por qué las personas mayores son particularmente vulnerables? Para responder a esta pregunta mencionaremos que es un grupo poblacional que se encuentra afectado por situaciones que se presentan con mayor frecuencia en la vejez; entre estos destacaremos, a nivel del ámbito de la salud, por un lado, la presencia de enfermedades crónicas y deterioro cognitivo; por otro lado, ubicaremos a nivel del contexto duelos, inactividad, escasa participación, vejestismo (el prejuicio vinculado con la vejez que implica rechazo, temor, desagrado, negación, marginalización, agresión) y la exclusión social (como, por ejemplo, aquellas personas que se encuentran en instituciones geriátricas). Asimismo, incluiremos en la **tabla 1** los factores predisponentes o predictores de la soledad en la vejez.<sup>567</sup>

Con el objetivo de organizar esta complejidad —este problema—, las autoras Cohen-Mansfield y Eisner (2019)<sup>568</sup> contemplan tres tipos de factores que contribuyen a la soledad:

564 Domènech-Abella J, Mundó J, Lara E, Moneta MV, Haro JM, Olaya B. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017 Apr;52(4):381-390.

565 Dickens AP, et al. An evaluation of the effectiveness of a community mentoring service for socially isolated older people: a controlled trial. *BMC Public Health*. 2011 Apr 8;11:218.

566 Pitkälä KH. Loneliness in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc*. 2016 Aug 1;17(8):680-681.

567 Savikko N, Routasalo P, Tilvis R, Strandberg T, Pitkälä K. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Arch Gerontol Geriatr*. 2005 Nov-Dec;41(3):223-233.

568 Cohen-Mansfield J, Eisner R. The meanings of loneliness for older persons. *Aging Ment Health*. 2020 Apr;24(4):564-574.



- 1) Circunstancias ambientales (falta de oportunidades para conocer gente; dificultades económicas).
- 2) Problemas de salud física (movilidad y otras limitaciones).
- 3) Atributos psicológicos (habilidades sociales insuficientes, dependencia excesiva de un cónyuge —ahora fallecido— y dificultades para mantener contacto social).

En este contexto, la soledad es un fenómeno que deberá adquirir una mayor preponderancia a nivel de las políticas públicas relacionadas con la vejez y el envejecimiento: constituye una etapa de la vida caracterizada por pérdidas sociales, físicas y cognitivas.

**Tabla 1.** Factores predisponentes y predictores

|                                          |                            |
|------------------------------------------|----------------------------|
| Edad avanzada.                           | Enfermedades.              |
| Vivir solo o en un hogar residencial.    | Fallecimiento del cónyuge. |
| Viudez.                                  | Falta de amigos.           |
| Bajo nivel de educación.                 | Cambios de la vida social  |
| Bajos ingresos.                          | (mudanza).                 |
| Mal estado de salud.                     |                            |
| Mal estado funcional.                    |                            |
| Déficits sensoriales (visión, audición). |                            |

Adaptado de Savikko, et al.

### En el sistema de salud

¿Con qué se relaciona la presencia de soledad en las personas mayores? ¿Cuál es su impacto? Produce una disminución de la calidad de vida y constituye un problema de salud pública: se vincula con la salud y el bienestar de las personas mayores (y, dentro de este grupo, los de 80 años en adelante serían los más vulnerables). Desde un punto de vista clínico y psicopatológico, la soledad también es un factor de riesgo para el desarrollo de dolor y depresión. También puede impactar de forma negativa en la salud a partir del agravamiento del deterioro cognitivo, la calidad de vida, la presencia de suicidios y la disminución de la movilidad.<sup>569</sup>

569 Zhao M, Gao J, Li M, Wang K. Relationship between loneliness and frailty among older adults in nursing homes: the mediating role of activity engagement. *Am Med Dir Assoc.* 2019 Jun;20(6):759-764.

En un extenso trabajo sobre un programa de cuidados domiciliarios, Arias (2009)<sup>570</sup> refiere que, dentro de las características de los destinatarios de la prestación, se destacaban tres situaciones: la soledad, los problemas de salud y la falta de apoyo social. En la mayoría de los casos —agrega—, por múltiples motivos, no tenían posibilidades de salir de sus casas. En consecuencia, no poseían ningún tipo de actividad.

Lo expuesto hasta aquí se traduce —o se puede llegar a traducir— en nuestra práctica como una consulta. Analicemos una situación hipotética (y frecuente). Un paciente de 79 años, en el marco de una entrevista de admisión para iniciar un tratamiento, expresa lo siguiente: “No estoy deprimido, estoy solo”.

¿Qué nos transmite? Que no presenta una enfermedad (depresión), sino que se encuentra frente a una situación: la soledad; sin embargo, esto ocurre —lo expresa— en un ámbito hospitalario. En ese sentido, sería un error “psiquiatrizar”; esto es, interpretar como psiquiátrico algo que no lo es, pero que, al mismo tiempo, se produce en el marco de una consulta. Nos encontramos frente a un problema que involucra la soledad: constituye una situación (no una enfermedad) que impacta o termina impactando en el sistema de salud.

Podríamos agregar, como plantea Gastrón (2013),<sup>14</sup> que una de las representaciones sociales de la vejez es aquella en la cual la enfermedad asume la identidad de la persona. Frente a esta representación negativa, el que envejece tenderá a significar su cuerpo como enfermo, débil o frágil, lo que se puede traducir en una demanda de atención, asistencia y cuidado, en la cual la relación con el médico, como un saber socialmente valorado, reemplaza a otros vínculos sociales. Es lo que podemos observar, por ejemplo, en los pacientes policonsultadores.

En este punto, ¿cuál sería, entonces, el lugar del sistema de salud? Su lugar constituye, al mismo tiempo, un problema y un posible punto de partida para abordarlo. Una consulta con el sistema de atención médica puede representar, tal vez, la única oportunidad para identificar a los individuos que están aislados o solos. Pero es imprescindible enfatizar que el sistema de salud —por sí solo— no puede resolver los problemas o consecuencias del aislamiento y la soledad.<sup>571</sup>

570 Arias C. Los cuidados domiciliarios en situaciones de pobreza y dependencia en la vejez: la experiencia argentina. En: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis? Santiago de Chile: CEPAL; 2009. p. 29-71. Disponible en: [https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/W263\\_Envejecimiento\\_y\\_cuidados.pdf](https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/W263_Envejecimiento_y_cuidados.pdf)

571 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Social isolation and loneliness in older adults: opportunities for the health care system. Washington (DC): The National Academies Press; 2020.

A nivel mundial, las personas mayores asisten con mayor frecuencia a los sistemas de atención médica —en parte por lo que señalamos— en comparación con las poblaciones más jóvenes. En ese punto, dichos sistemas pueden cumplir un rol fundamental en la identificación de personas solas o aisladas que se presenten con o sin enfermedades crónicas. A su vez, se podría, a partir de involucrar al sistema de atención, generar y desarrollar intervenciones adecuadas tanto a nivel público como privado. En ese sentido, una primera intervención sería incluir en los planes de estudio y ámbitos laborales la formación y capacitación relacionada con el aislamiento y la soledad.<sup>572</sup>

Por otro lado, una estrategia importante la constituiría el trabajo conjunto entre el sistema de salud (público o privado) y los diferentes actores que se vinculan con el acompañamiento y el cuidado de las personas mayores; como, por ejemplo, los centros de jubilados, y considerarlos como parte del tratamiento. Así dejaríamos de ver por separado la cura del cuidado.

Sin embargo, ningún indicador clínico sirve como marcador de la presencia o riesgo de aislamiento o soledad. Debido a la escasez de literatura sobre intervenciones efectivas, es prematuro concluir que la detección formal de ambas situaciones podría reducir las tasas de prevalencia o las consecuencias negativas para la salud. Se han propuesto diversas intervenciones para abordar esta problemática, pero no existe suficiente evidencia para identificar las intervenciones más efectivas.

### **¿Qué podemos hacer? Lo macro y lo micro**

Desde un punto de vista macro (o general), uno de los mayores desafíos que deberá enfrentar una política pública dirigida a las personas mayores consistirá en resolver la provisión del cuidado.<sup>573</sup> Surgen, en ese sentido, dos interrogantes: en primer lugar, si esa provisión de cuidado, tanto a nivel de la comunidad como de las instituciones geriátricas, sería lo necesario o la indicación para evitar o paliar la soledad y las consecuencias que se derivan de esta. Y, en segundo lugar, si las políticas sociales actúan como transformadoras del rol social del adulto mayor; es decir, aumentando sus oportunidades, participación y capacidades.

572 Wu B. Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. *Glob Health Res Policy*. 2020 Jun 5:5:27.

573 Oddone MJ, Pochintesta PA. Actitudes de los adultos mayores de la ciudad de Buenos Aires ante las políticas y los programas para la vejez. *Perspectivas en Psicología*. 2017;14(1):105-114.

A propósito, Oddone y Pochintesta (2017) refieren que las políticas públicas vinculadas con la vejez se agrupan a partir de tres ejes:

- a) Sistema de seguridad social, que comprende los ingresos (jubilaciones y pensiones) y la salud (pública, privada y de obras sociales);
- b) Programas asistenciales, que incluyen apoyo alimentario y subsidios;
- c) Programas sociopreventivos, referidos a diferentes actividades (talleres, clases de gimnasia o yoga, etc.).

El trabajo concluye que existe una falta de conocimiento importante sobre las prestaciones de estos planes, lo que deriva en una escasa utilización de ellos. Esta conclusión, llevada a la problemática de la soledad, nos obliga a preguntarnos cuál o cuáles serían las intervenciones más apropiadas para hacerle frente. Se puede inferir, más allá de su importancia indiscutible, que la solución no estaría solo en la creación de una política o plan determinado; tampoco en una mejora en la difusión.

A esta visión agregaremos una perspectiva micro; en otras palabras, lo que podríamos hacer nosotros desde nuestra práctica. En primer lugar, existe un problema para identificar a los pacientes solitarios, quizás por no tener presente a la soledad como un problema. Partimos de la base de que la persona envejece diferencialmente, por lo que logra el mayor grado de diferenciabilidad en virtud de los años y los roles cumplidos.<sup>324</sup> Hablamos de *singularidad*. Y es esa singularidad la que, en definitiva, habría que contemplar al momento de pensar las intervenciones ligadas a la problemática de la soledad. Necesitaremos capacitar, planificar las altas, trabajar de manera interdisciplinaria. Solo así podremos prevenir, identificar, reducir, articular y eliminar los aspectos negativos de la soledad y el aislamiento.

Por otro lado, considero importante agregar aspectos que pueden servir y orientar una semiología destinada a profundizar sobre la soledad. Destacaremos los siguientes puntos:

**1. La teoría del apego.** Es la teoría que hace referencia al vínculo temprano cuya influencia se plasmará en la manera en que la persona se relacionará a lo largo de su vida, convirtiéndolos, de acuerdo con cómo fueron sus vínculos, en factores de protección para la salud mental o, al contrario, en un factor de vulnerabilidad. Si fueron positivos, funcionarán como una fuente de reaseguro, mayor autoestima y capacidad de afrontar situaciones de crisis en edades tardías.

De la misma manera que el enfoque de la teoría del apego enriquece la comprensión de los vínculos tempranos y aporta información clave para la elabo-

ración de planes de prevención primaria y promoción de la salud en edades tempranas, puede resultar de utilidad su aporte en etapas tardías: permitiría generar conductas, intervenciones e incluso políticas de prevención o abordaje de la problemática de la soledad y aislamiento de las personas mayores, a partir de contemplar la importancia que tiene la generación de relaciones y vínculos, tanto con personas como con actividades e instituciones en todo el curso de la vida.<sup>574</sup>

**2. La red de apoyo social y reciprocidad mutua** constituye un concepto central: se vincula con las relaciones familiares y no familiares que brindan sostén.<sup>575</sup> En este marco, Pochintesta (2019),<sup>576</sup> de manera más específica, se refiere al *apoyo social percibido*. Divide cuatro tipos:

1. El apoyo afectivo, relacionado con las expresiones de afecto y cariño que implican contacto físico.
2. El apoyo emocional, alude a la posibilidad de contar con personas de confianza a quienes acudir en caso de un problema.
3. El apoyo material e instrumental, implica concretamente contar con asistencia/ayuda y acompañamiento frente a situaciones particulares. Lo instrumental, por su parte, se refiere al apoyo económico.
4. El apoyo de las relaciones sociales de ocio y distracción, constituye un apoyo en el marco de actividades recreativas.

Por otro lado, un aspecto poco estudiado que merece una mención es el lugar que ocupa en las personas mayores el hecho de tener una mascota y su relación con la soledad. A propósito, Hui Gan *et al.* (2020)<sup>577</sup> refieren que contar con una sería beneficioso para las personas mayores que viven en la comunidad: les brinda compañía, genera un sentido, un propósito y significado; asimismo, reduce la soledad y aumenta la socialización. Estos beneficios incrementan la resiliencia y la salud mental.

574 Zan F. Importancia del apego en el desarrollo del psiquismo. *Vertex*. 2004 Jun-Aug;15(56):121-129.

575 Polizzi L, Arias CJ. La red de apoyo social en la vejez. Diferencias y similitudes entre varones y mujeres. En: Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2010.

576 Pochintesta P. Vida cotidiana, apoyo social y experiencia de soledad en personas mayores del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Iluminuras*. 2019;20(49):172-194.

577 Hui Gan GZ, Hill AM, Yeung P, Kerse N, Bramley D. Pet ownership and its influence on mental health in older adults. *Aging Ment Health*. 2020 Oct;24(10):1605-1612.

**3. Estrategia de supervivencia.** Qué hace la persona para hacer frente a la soledad o aislamiento. Es lo que se llama *estrategia de supervivencia*; por ejemplo, mantener *estrategias de contacto y actividades a diferentes niveles*: familiar y sociocomunitario. En ese sentido, es importante resaltar la percepción por parte de la persona sobre sentirse útil para otro, y tener (y mantener) una apertura a la experiencia. Esto se encuentra en línea con lo que propone Oddone (2013)<sup>578</sup> cuando refiere que, gracias a las actividades sociales que se desempeñen en la vejez, es posible suplantar, por ejemplo, las pérdidas de la dinámica social ligada al trabajo y elaborar, así, los duelos por las pérdidas que se producen en el curso de la vida.

**4. La personalidad.** ¿Cuál es su rol?, ¿es un factor para tener en cuenta? Sobre todo, es importante contemplar la relación que existe entre el narcisismo como un rasgo de la personalidad que puede manifestarse de manera negativa, como ocurre, por ejemplo, en una persona con dificultad para vincularse con otros. De la amplia gama de autores, Kernberg (2001)<sup>579</sup> distingue entre un narcisismo normal y uno patológico. Describe a la persona narcisista como aquella que presenta una actitud de autosuficiencia, sin conciencia ni registro de la existencia de los demás ni de los sentimientos —de enojo, por ejemplo— que puede generar. Estas características —dice Kernberg— le sirven para protegerse del sentimiento de desvalorización y de la incapacidad de reconocer a un otro diferente.

Al contrario, podría evidenciarse de una manera positiva, como sucede con la resiliencia: una cualidad que favorece la adaptación individual en las personas mayores para hacer frente, en este caso, a la soledad, así como a los avatares propios del envejecimiento.<sup>580</sup>

Por último, es importante destacar (para tener en cuenta) que no es la actividad social la que genera satisfacción por sí sola, sino el sentido que la persona le otorga.

**5. El curso de la vida.** Un punto prioritario es el aporte que brinda el paradigma del curso de la vida. Este enfoque ubica al desarrollo humano como un fenómeno multidimensional biopsicosocial, que engloba las diferentes esferas —familia, trabajo, educación, salud— en las cuales transcurre y se desarrolla la existencia.<sup>323</sup>

578 Oddone MJ. Antecedentes teóricos del envejecimiento activo. Informes Envejecimiento en Red. 2013;(4). Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/odonne-antecedentes-1.pdf>

579 Kernberg O. Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Barcelona: Paidós; 2001.

580 Zarebski G. El futuro se construye hoy. Bs. As.: Editorial Paidós; 2011.

A los fines del trabajo, resulta útil pensar desde esa perspectiva la problemática de la soledad; en palabras específicas, a partir de qué transiciones — cambios graduales— o acontecimientos —cambios bruscos que se constituyen en puntos de inflexión—. Nuestra tarea será articularlos biográficamente, lo que permitirá singularizar a la persona y entender los motivos por los cuales esta se siente sola.

## Para terminar

Existe un problema: la soledad de las personas mayores. Existen impactos y consecuencias en diferentes áreas (salud, economía y a nivel sociofamiliar) que convierten a este tema en un problema nuevo. Existen políticas públicas dirigidas a esta población; pero, en particular, el *abordaje* de la soledad como tal es una incógnita. Existe un instrumento —la escala UCLA— sin una validación a nivel nacional para medirla. Existe una población mayor en la comunidad y otra institucionalizada.

Llegados a este punto, prevenir, mejorar o abordar la problemática de la soledad en las personas mayores debería convertirse en prioritario: requiere del trabajo y compromiso de diferentes actores políticos, económicos, sociales y de salud.

Para ello, como expusimos, desde nuestro lugar es importante asumirlo como una situación —un problema— que impacta en la clínica. De esta manera, el sistema de salud podría constituir un punto de partida para llevar a cabo intervenciones a la medida, acordes a la singularidad del paciente.

Podríamos clasificar las intervenciones en directas e indirectas. Entre las primeras, tendríamos las sugerencias que tiendan a ampliar la red de apoyo social, teniendo en cuenta los diferentes puntos que marcamos y que singularizan a la persona. Entre las segundas, las indirectas, podríamos incluir, a modo de ejemplo, indicar a un paciente hipoacúsico el uso de audífonos, a partir de los cuales le resultaría más sencilla la interacción social.

Freedman y Nicolle (2020)<sup>61</sup> son categóricas al ubicar a la soledad como el “nuevo tabaquismo” y a las intervenciones dirigidas como “las nuevas estatinas”. Sin embargo, abordar la soledad y el aislamiento social no es tan sencillo como recetar un medicamento. Si tenemos en cuenta, como dijimos, que no existe una intervención específica, es fundamental un abordaje centrado en el paciente, atento a sus particularidades, así como la coordinación y el trabajo interdisciplinario entre los profesionales y las diferentes áreas del sistema de salud.





# Sexualidad en la vejez

(y en las demencias)

*Los viejos están dispuestos a hablar sobre su sexualidad,  
Nosotros, ¿estamos dispuestos a escuchar?*

—Comentario en una jornada

## **Antes que nada... el problema**

- 1) ¿Nos preguntamos por la sexualidad de las personas mayores?
- 2) ¿Preguntamos al paciente sobre su sexualidad?
- 3) ¿Intervenimos/decimos/hablamos/comentamos?

Si nuestras respuestas fueran negativas, es probable que, desde nuestro lugar como profesionales de la salud, formemos parte de la sociedad que considera este tema como un tabú; incluso más, como algo que no puede ser o que directamente no existe. Sin embargo, está cada vez más claro que el deseo de cercanía y contacto sexual puede durar toda la vida.<sup>581</sup>

La Organización Mundial de la Salud refiere que:

La sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos,

581 Rheaume C, Mitty E, et al. Sexuality and intimacy in older adults. *Geriatr Nurs*. 2008 Sep-Oct;29(5):342-349.

fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Más allá de la amplitud y la pluralidad de la definición, las construcciones sociales han perpetuado las nociones edadistas de que la sexualidad se abandona al envejecer, a partir de estereotipos que ubican a las personas mayores como asexuadas. Los modelos biomédicos relacionados con la actividad sexual se centraron en la disfuncionalidad basada en la patología. Además, la mayoría de los estudios han sido de naturaleza cualitativa y se enfocaron en adultos mayores heterosexuales, con estudios limitados respecto del grupo LGTBIQ+. <sup>582</sup> Como parte de la sociedad, nos influyen —o influyeron— muchos conceptos erróneos, estereotipos y mitos sobre el sexo en la vejez. Asimismo, en nuestra formación como profesionales de la salud, este tema no recibe una atención acorde con su importancia, situación que se agrava aún más en ámbitos como las residencias de larga estancia y demencias. <sup>583</sup>

Como vimos en la definición, la sexualidad es un constructo multifacético que abarca la actividad sexual, el comportamiento, la funcionalidad, las actitudes y motivaciones. Los estudios (y la práctica clínica) demuestran que las personas mayores continúan siendo sexualmente activas y que dicha actividad sexual e intimidad están relacionadas, a su vez, con mejores relaciones interpersonales, salud física, mental y calidad de vida. <sup>584</sup> Un hombre de 82 años manifestó: “Le pido que, si piensa indicarme algo, no me traiga problemas a nivel sexual”.

¿Qué factores influyen en las personas mayores?:

- Conducta sexual anterior.
- Placer en relaciones pasadas.
- Independencia funcional.
- Estado de salud propio y de la pareja. La depresión, afecciones médicas como la diabetes y factores iatrogénicos son predictores de disfunción

582 DeLamater J, Koepsel E. Relationships and sexual expression in later life: a biopsychosocial perspective. *Sex Relatsh Ther.* 2015;30(1):37-59.

583 Wallace M. Sexuality and aging in long-term care. *Ann Long-Term Care.* 2003;11:53-59.

584 Lindau ST, Gavrilova N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population-based cross-sectional surveys of ageing. *BMJ.* 2010;340:c810.

sexual a través de mecanismos directos (vasculares) o indirectos (dolor, discapacidad física y mala percepción de salud).<sup>585</sup>

- Actitud hacia actividades sexuales alternativas.
- Adaptación a los cambios fisiológicos.
- Impacto frente a las actitudes de la sociedad: viejismo, estereotipos y estigma. Hombres y mujeres mayores que se encuentran en pareja tendrían una mayor actividad sexual, con más frecuencia que quienes no tienen pareja.<sup>586</sup>

En un estudio transversal de 297 adultos de 65 a 75 años, más del 60 % experimentó al menos una dificultad sexual, pero solo el 25 % informó angustia relacionada con esa dificultad.<sup>587</sup>

## Cambios, cambios

Las etapas de una respuesta sexual son las siguientes: deseo, excitación, meseta, orgasmo y período de resolución/refractario. Estos componentes fisiológicos y psicológicos no son lineales y pueden verse influenciados por cambios que se producen con la edad, tanto en hombres como en mujeres. La menopausia en las mujeres se asocia con cambios significativos; la disminución de los niveles de estrógeno —por ejemplo— conduce a la atrofia vaginal, reducción de la lubricación y disminución del deseo y la sensibilidad de las zonas erógenas. Esto puede generar la necesidad de un tiempo mayor para lograr la excitación sexual, así como malestar durante las relaciones sexuales y una disminución de la intensidad del orgasmo.<sup>588</sup>

Por su parte, en los hombres, la disminución lenta de los niveles de testosterona se asocia con una disminución de la libido y de la función sexual. También se prolonga el tiempo para lograr la excitación sexual y el orgasmo. Las erecciones requieren más estimulación física para lograrse y su frecuencia y durabilidad se reducen. Por último, el volumen de eyaculación durante el orgasmo se reduce y el período refractario se alarga.<sup>589</sup>

585 DeLamater J. Sexual expression in later life: a review and synthesis. *J Sex Res.* 2012;49(2-3):125-41.

586 Schwartz P, et al. Sexuality in aging. *APA Handb Sex Psychol.* 2014;1:523-551.

587 Santos-Iglesias P, et al. Sexual well-being of older men and women. *Can J Hum Sex.* 2016;25(2):86-98.

588 Agronin ME, Westheimer RK. Sexuality and sexual disorders in late life. En: Agronin ME, Maletta GJ, editores. *Principles and practice of geriatric psychiatry.* 2.ª ed. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 523-546.

589 Haider A, Saad F, et al. Progressive improvement of T-scores in men with osteoporosis and subnormal serum testosterone levels upon treatment with testosterone over six years. *Int J Endocrinol.*

Desde una perspectiva psicológica, se incluyen conocimientos y actitudes sobre la sexualidad, la importancia de la actividad sexual y los determinantes culturales.<sup>590</sup>

Son los cambios que se producen, son aspectos que debemos contemplar, nada más. No deben ser pretextos que limiten a las personas y, mucho menos, a los miembros del equipo de salud para problematizar el tema en busca de narrativas y soluciones adecuadas.

## Una mirada distinta e inclusiva

Pasamos de un enfoque médico centrado en los cambios fisiológicos relacionados con la edad que pueden afectar la actividad sexual —es decir, un paradigma de disfuncionalidad— a uno cuya mirada contempla aspectos biopsicosociales e interpersonales involucrados en el bienestar sexual.<sup>591</sup> Por otro lado, la actividad sexual de las personas mayores va más allá del “coito-centrismo” (la genitalidad) que predomina en los adultos: no solo contempla lo genital, sino también el tocar, besar y abrazar forman parte de la sexualidad.

Si preguntar sobre la sexualidad en general constituye un sesgo, preguntar sobre la orientación sexual o identidad de género lo es aún más. Como resultado, la información sobre los adultos mayores LGTBQ+ y su expresión sexual en la vejez es limitada. No obstante, más allá de esta situación, en Argentina este grupo experimentó, según Iacub y colaboradores, transformaciones considerables respecto de las políticas y leyes sociales (matrimonio entre personas del mismo sexo e identidad de género), así como en los medios de comunicación y la opinión pública. Estos cambios socioculturales habrían impactado de manera positiva, aunque surgen dudas sobre la profundidad y autenticidad de dichos cambios, y por ese motivo mantienen cierta cautela con relación a revelar su identidad.<sup>592</sup> Por lo tanto, es imperioso mantener un enfoque integral e inclusivo, centrado en la persona, que contemple estas singularidades.<sup>593</sup>

590 Hinchliff S, Tetley J, Lee D, Nazroo J. Older adults' experiences of sexual difficulties: qualitative findings from the English Longitudinal Study on Ageing (ELSA). *J Sex Res.* 2017;55:1-12.

591 Gledhill S, Schweitzer RD. Sexual desire, erectile dysfunction and the biomedicalization of sex in older heterosexual men. *J Adv Nurs.* 2014;70(4):894-903.

592 Iacub R, Arias CJ, Mansinho M, Winzeler M, Vázquez Jofré R. Sociocultural changes and the construction of identity in lesbian and gay elderly people in Argentina. *Int J Aging Hum Dev.* 2019 Jun;88(4):341-357.

593 Karris MY, Lau M, Blumenthal J. Preventive and Sexual Health in LGBTQ+ Older Adults. *Clin Geriatr Med.* 2024 May;40(2):223-237.

En la misma línea, otro grupo que podríamos incluir es el de aquellas personas que presentan un deterioro cognitivo. La presencia de este puede afectar la frecuencia y la satisfacción de la actividad sexual. Menos del 25 % de las personas casadas con deterioro cognitivo leve a moderado mantienen dicha actividad.<sup>594</sup> Hasta el 70 % de los cuidadores de personas con posible o probable enfermedad de Alzheimer informan indiferencia hacia la actividad sexual de sus parejas.<sup>595</sup> La corteza prefrontal participa en varios aspectos del funcionamiento sexual, incluida la función ejecutiva, el pensamiento abstracto, el juicio, el sentido de uno mismo y de los demás; de la misma manera, la memoria y los factores emocionales también son parte integral del comportamiento sexual.

Como profesionales, debemos considerar la diversidad sexual y de género en la vejez, así como la sexualidad en el contexto de los deterioros cognitivos y residencias de larga estancia. Conocer y reconocer las barreras potenciales que atenten contra una expresión sexual saludable puede mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.<sup>596</sup>

## **Sexualidad en las demencias**<sup>597</sup>

Reacciones que van desde risas, enojos, conductas evitativas, negaciones y hasta indignaciones son habituales de observar tanto a nivel profesional como familiar cuando se presenta una situación relacionada con la sexualidad en la persona con demencia. Sin embargo, es una situación que atraviesa todas las etapas. Las reacciones que se producen las podríamos vincular con el desconocimiento y la presencia de prejuicios. Es lo que se vislumbra en algunas publicaciones, como por ejemplo aquella que ubican la sexualidad en el marco de las demencias de la siguiente manera: “La sexualidad es una necesidad humana que se expresa en la intimidad, pero las personas con demencia pueden no saber cómo satisfacer adecuadamente sus necesidades de cercanía e intimidad debido a su deterioro cognitivo”.<sup>598</sup> Si tomáramos de manera literal estas palabras, podrían conducirnos a errores, sesgos e intervenciones alejadas de

594 Ballard CG, et al. Sexual relationships in married dementia sufferers. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997;12(4):447-451.

595 Derousené C, et al. Sexual behavior changes in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 1996;10(2):86-92.

596 Srinivasan S, et al. Sexuality and the older adult. *Curr Psychiatry Rep*. 2019 Sep 14;21(10):97.

597 Szulik J, Pisa H. Autonomía y cambios cognitivos en las personas mayores. En: Roqué M, et al. *Derechos humanos de las personas mayores: actualización de contenidos en gerontogeriatría para equipos de salud*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: INSSJP; SAGG; 2023.

598 Cipriani G, et al. Sexual disinhibition and dementia. *Psychogeriatrics*. 2016 Mar;16(2):145-53.

la realidad de la persona. Asimismo, podría llevarnos a *psiquiatrizar*; es decir, catalogar la situación como psiquiátrica cuando no lo es. Dicho de otro modo, asumir que la persona, por su deterioro cognitivo, no puede manejarse de manera adecuada e intervenir en consecuencia.

El deterioro cognitivo puede constituir un estigma que arrasa con la identidad de la persona. En otras palabras, la persona pasa a ser mirada e interpretada a partir de lo que le pasa; esto impacta a nivel clínico, social, familiar y sanitario.<sup>599</sup> La demencia, en particular, es una situación plagada de actitudes negativas que nos *obliga* a una reflexión ética que nos permita hacer frente a las malas interpretaciones, malentendidos e intervenciones alejadas de la singularidad de la persona.

Citaremos dos problemas que se presentan habitualmente en las personas con deterioro cognitivo: la capacidad para consentir la actividad sexual frente a la presencia de deseo y las *conductas sexuales inapropiadas*.<sup>596</sup> Con relación a la *capacidad*, la postura ética que podríamos considerar más apropiada sería, dada la diversidad de las situaciones, una actitud ecléctica a partir de la cual debería analizarse cada caso: en la observación quedan de manifiesto las particularidades de la situación, así como las eventuales alternativas para aproximarnos a una solución.<sup>600</sup>

Respecto de las *conductas inapropiadas*, que se observarían en el 7 al 25 % de los casos,<sup>601</sup> surge la siguiente pregunta: ¿quién define lo inapropiado? En un primer momento, deberemos evaluar si constituyen un *síntoma* de descompensación en el marco del deterioro cognitivo. En caso afirmativo, pensar en las dos modalidades de abordaje: intervenciones psicosociales y, eventualmente, si estas no tuvieran resultado, un apoyo psicofarmacológico.<sup>602</sup>

En un segundo momento, Iacub (2015)<sup>603</sup> nos invita a “romper con el código académico acerca de lo apropiado o inapropiado en el erotismo de las personas con demencias”. En ese sentido, ubica al erotismo “como el procesamiento cultural del sexo cuya función es determinar la legitimidad de ciertas variantes del deseo, en determinadas situaciones y personas, en condiciones que son dinámicas en el tiempo y las culturas”. Por último, agrega que “el ero-

599 Pisa H, Matusevich D. Deterioro cognitivo: la identidad de los olvidados. Vertex. 2013 Mar-Apr;24(108):104-113.

600 Eherenfeld M, et al. Ethical dilemmas concerning sexuality of elderly patients suffering from dementia. Int J Nurs Pract. 1997;3(4):255-259.

601 Black B, et al. Inappropriate sexual behaviors in dementia. J Geriatr Psychiatry Neurol. 2005;18(3):155-62.

602 Benbow SM, Beeston D. Sexuality, aging, and dementia. Int Psychogeriatr. 2012 Jul;24(7):1026-1033.

603 Iacub R. Erotismo de las personas mayores con demencias en las residencias para adultos mayores. Vertex. 2015;26(120):120-124.

tismo en las personas con demencias parece contradecir ciertos parámetros de normalización o de lo que se considera ‘propio’ en el ámbito de la moral actual. Por esta razón —hipotetiza— la psiquiatría calificó estos cambios como conductas sexuales inapropiadas”.

Para finalizar, la sexualidad es un concepto complejo y multidimensional. En la práctica, es importante individualizar la problemática (el caso a caso) y delinear las intervenciones, si se requieren, a partir de la singularidad. Mientras tanto, es recomendable mantener una actitud ecléctica: evaluar, descartar, pensar, discutir, intercambiar, educar y capacitarnos. Caso contrario, puede ocurrirnos aquello que refiere el escritor Rachid Benzine en su libro *Así hablaba mi madre*:

Mamá, este pasaje siempre te pareció tan poético. Creo que te conmovía por la evocación de los mármoles blancos. Me niego a pensar que yo era un ingenuo y sigo creyendo que la dimensión erótica del texto nunca te había rozado. Y menos que menos excitado. Mi madre es púdica, reservada, casta. Santa. Adepta de la longevidad lóbrega que Balzac opone en *La piel de zapa* al deseo que consumió a Raphaël. La edad avanzada de mi madre da prueba de ello. Punto final. No voy a abordar más este tema. Circulen. No hay nada que ver por acá.

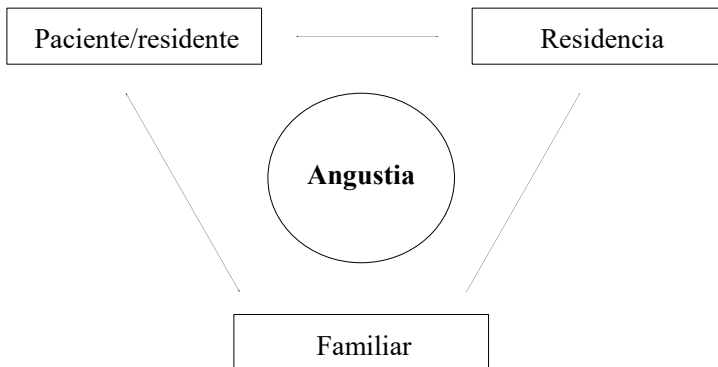
## En las residencias de larga estancia

*(sí, en los geriátricos)*

- Recuerdo a las enfermeras que, entre el espanto y las risas, me pidieron que viera a una mujer de 92 años que no paraba de frotarse los pechos mientras invitaba a quien se acercaba a tener sexo.
- Recuerdo cuando me pidieron que hablara con un hombre de 84 años que quería ver pornografía.
- Recuerdo el revuelo cuando a una pareja que se conoció en la institución se le asignó una habitación “libre” para que pudiera “tener intimidad”.
- Recuerdo la pregunta “¿qué hacemos?” cuando una mujer besaba en la boca a su compañera de mesa.

Una encuesta de 2016 encontró que más de la mitad de las personas que viven en residencias de larga estadia participan en actividades sexuales.<sup>604</sup> Sin embargo, otros autores reportaron que las personas encuestadas (personal de tres instituciones geriátricas) manifestaron tener una actitud que calificaron de “neutral” respecto de la sexualidad en las personas mayores.<sup>605</sup> Esta situación obliga a abordar y educar sobre el tema. Este afecta no solo a la persona con demencia, sino también a su familia y a la institución, llegado el caso.

Si ubicamos la sexualidad en el contexto de las instituciones geriátricas como una problemática, diremos que, para abordarla, debemos tener en cuenta que en ella se encuentran involucrados tres actores: el paciente, la residencia (que incluye a los integrantes del equipo de salud) y los familiares, a quienes los une no solo el *problema*, sino también la *angustia* que se genera en cada uno. Gráficamente, podríamos representarlo de la siguiente manera:



Con relación a los residentes/pacientes, mencionamos diferentes factores involucrados en la sexualidad de las personas mayores, entre las que podríamos incluir aspectos relacionados con la historia particular de la persona, los determinantes sociohistóricos que moldearon a su generación y lo inherente a la falta de educación y conocimiento, que podrían traducirse en limitaciones e inhibiciones.

Por parte de la residencia, encontramos la falta de privacidad que tienen aquellas personas que desean mantener su actividad sexual. En general, las

604 Lester PE, et al. Sex in the nursing homes: a survey of nursing home policies governing resident sexual activity. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(1):71-74.

605 Di Napoli EA, et al. Staff knowledge and perceptions of sexuality and dementia of older adults in nursing homes. J Aging Health. 2013 Oct;25(7):1087-1105.



instituciones carecen de instalaciones diseñadas para momentos íntimos en los cuales no ocurran las interrupciones que se producen como parte de la rutina diaria. No obstante, si tal habitación existiera, los residentes podrían sentirse inhibidos tanto por el personal como por otros residentes cercanos. En la misma línea, otra limitación podría estar dada por el hecho de que la información (médica y general) sobre un residente circula entre los diferentes miembros del equipo de salud (e incluso entre quienes forman parte de otras áreas). El miedo a convertirse en un tema de conversación puede constituir un elemento disuasorio.<sup>581</sup>

Un punto importante para tener en cuenta en la dinámica diaria: no debemos asumir que a una persona le gusta o quiere que la toquen. El contacto *afectivo* no relacionado con una tarea o un objetivo particular, como acariciar la mejilla o agarrar la mano, puede considerarse agresivo, erótico, reconfortante o presuntuoso, según el origen cultural de la persona y la relación con quien lo realiza. El contacto será aceptable y adecuado en situaciones específicas, cuando no exceda lo que la persona considere mientras se sienta respetada.<sup>606</sup>

Por último, con respecto a la familia, incluiremos ciertas actitudes de los hijos, como la negación y la oposición hacia la vida sexual de sus padres, que puede ser un obstáculo para la expresión de esta.

Partimos de la base de que la sexualidad es una necesidad humana. Una falta de conocimiento en ese sentido, así como actitudes negativas, conscientes o no, que podamos tener sobre el tema, puede representar una barrera. El antídoto, en este punto, es la educación y la capacitación, que nos ayudarán a modificar actitudes negativas y, al mismo tiempo, a tener una apertura que le permita a la persona mayor expresar sus necesidades sin condicionamientos y, a nosotros, plantear intervenciones de acuerdo con el caso en particular. Para esto, es importante que en la evaluación de ingreso se incluyan los pormenores de la historia sexual (sobre todo si mantiene su actividad y, si es así, cómo se expresa o lleva a cabo).<sup>607</sup> Las familias también podrían beneficiarse de la educación o el asesoramiento, teniendo en cuenta, sin embargo, que los derechos de privacidad de los residentes son primordiales.

606 Mattiasson AC, Hember M. Intimacy-meeting needs and respecting privacy in the care of elderly people: what is a good moral attitude on the part of the nurse/carer? *Nurs Ethics*. 1998;5(6):527-534.

607 Kamel HK, Hajjar RR. Sexuality in the nursing home, part 2: managing abnormal behavior—legal and ethical issues. *J Am Med Dir Assoc*. 2003;4:203-206.



# El cuerpo

(y el dolor)

*La vejez es una flor que tarda mucho tiempo en abrirse,  
es un sentimiento que viene de afuera  
y que a veces da raíces precoces y otras tardías*

—David Le Breton

## La carta

Iniciaremos el recorrido con un mail, un pedido de interconsulta. Es una de las puertas de entrada por las que un paciente nos llegará para ser evaluado. El objetivo es que constituya el primer paso y, al mismo, tiempo refleje la complejidad y el desafío que vamos a abordar.

Estimado:

*La paciente que te derivo es compleja en varios sentidos. Yo la conozco hace bastante y la derivé varias veces, pero esta es la primera vez que acepta. Tiene 79 años.*

*A la señora lo que más la aqueja en estos tiempos es el DOLOR. Dolor de todo, todo el tiempo. La vio traumatología, yo (médico clínico-geriatra), y especialistas en dolor.*

*Por lo que me comenta, tiene un extraño síndrome descrito claramente en la bibliografía, en el que aparentemente TODO lo que uno le dé le hace mal, llamado “síndrome de hipersensibilidad múltiple” (desconozco lo que es); naturalmente, no tiene nada orgánico específico*

*relacionado con el dolor. De cualquier modo, te comento que ya pasamos por duloxetine, amitriptilina y pregabalina. Todos, sin éxito.*

*No sé si es neurótica, pero me parece que puede tener algo un poco más profundo, quizás relacionado con la personalidad. Ella convive con el dolor físico y creo que moral. Tiene una relación especial con el dolor. También tiene en su haber un accidente importante, pero está muy bien de eso. También tiene como una relación un tanto extraña con su cuerpo.*

*Por todo lo dicho, considero que no es conveniente darle ningún fármaco al principio; o sea, hay que “bancarla” con la palabra. No te digo que hagas de psicólogo, tal vez en forma conjunta.*

*Estoy seguro de que necesita ayuda, el tema es si estás dispuesto a hacer algo, aunque sea transitoriamente, no farmacológico, algo psicodinámico, aguzando la cabeza.*

El psicoanalista Pedro Boschan cita a Joyce McDougall cuando dijo: “Ver pacientes derivados por un clínico por sus síntomas genera una visión muy distinta a que si el mismo paciente viene a psicoanalizarse y sus síntomas son un emergente más de una demanda de ayuda. Con los primeros se tiende más a ‘medicalizar’ la situación terapéutica; se los ve más ‘alexitémicos’ que los que llegan a analizarse”. El mismo autor agrega que es importante tener en cuenta que el contacto con la enfermedad conlleva el riesgo de una *medicalización*; la idea de que se debe buscar una *etiología*, una causa que conduzca, a su vez, a una solución.<sup>608</sup>

Desde un punto de vista psicogeriátrico lo *médico* será una variable que, con seguridad, se encontrará presente, a diferencia de lo que puede ocurrir con los adultos jóvenes. En ese marco, veremos al cuerpo desde dos instancias: la primera, como revelador que le muestra al paciente (y nos muestra) que se produjo un cambio, lo que puede derivar en diferentes síntomas; o el cuerpo como un “campo de batalla” en el que se procesarán las emociones. Hablamos, en definitiva, de un paciente particular, que requerirá de una lectura y abordaje también particulares. Es un paciente que, como lo explicita la carta, necesita ayuda. Y, en ese caso, es lo que recibió hasta el pedido de la interconsulta, siendo esta una intervención más en la que se sugiere “aguzar la cabeza”. ¿Qué cosas deberemos tener en cuenta para hacerlo?

608 Boschan, P. Encrucijadas teórico-clínicas en psicósomática. Aperturas psicoanalíticas [Internet] 1999;(1). Disponible en: <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0001079>

# El cuerpo y la vejez

*Como mi aspecto es de alguien mayor,  
la gente me quiere ayudar*

—Mujer de 91 años

En la práctica, los cambios que se producen en el cuerpo que envejece impactan en la clínica. Esto es indudable. Pero ¿por qué es importante?, ¿por qué impactan?, ¿por qué, como psiquiatras que atendemos adultos mayores, necesitamos saber al respecto?

El título del libro de Massimo Recalcati *Ya no es como antes. Elogio del perdón en la vida amorosa* nos permite resaltar dos cuestiones que vienen a cuento con el tema. En primer lugar, la parte que dice “Ya no es como antes”; es justamente donde vamos a poner uno de los acentos, cuando se constata “algo” en el cuerpo que genera esa sensación de bisagra biográfica. En segundo lugar, haré mención del poema de Paul Leloir que cita el autor: *El duro deseo de durar*; ¿por qué? Porque se vincula con un aspecto que deberemos contemplar (o que ya contemplamos) en la clínica, que no es otra cosa que el aumento de la expectativa de vida y su impacto psicosocial, económico y a nivel de la salud pública.

El cuerpo es el lugar donde se desarrollan y confluyen numerosos problemas de la vejez. Dolor y alteraciones funcionales de diversa índole son ejemplos habituales que generan descompensaciones psiquiátricas: ansiedad, depresión, “quiebre narcisista”, entre las más frecuentes. En ese sentido, ¿qué vínculo tiene la representación social? A propósito, la licenciada Suaya dice.<sup>609</sup>

609 Suaya D. El cuerpo de la vejez desde una perspectiva de género. Aproximaciones desde la vejez de Simone de Beauvoir. Cad Cedes. 2015;35(97):617-627.

La vejez descubre un cuerpo que no es mero objeto, superficie donde acontece la decadencia biológica y cognitiva, sino un cuerpo vivido que, al transformarse en un cuerpo viejo, metamorfosea también el mundo que lo rodea y solicita. Así, por ejemplo, las actividades cotidianas como subir una escalera o levantar una valija dejan de ser acciones pueriles para convertirse en verdaderos obstáculos. De igual modo las relaciones con los otros se modifican. En primer lugar, en cuanto progresivamente el viejo/a deja de estar rodeado por sus pares. La pérdida de estos va seguida del establecimiento de nuevas relaciones sociales. Otras generaciones toman a su cargo las decisiones sobre su vida, su cuerpo y su futuro. Pero más centralmente en cuanto es la mirada del otro la que resulta fundamental en la constitución social y subjetiva del viejo/a.

## Y se convirtió en paciente. La revelación

Como dijimos en otro capítulo, hablamos de un instante, un punto y aparte. Asistimos al inicio de un cambio. Un cambio que, en general, produce un malestar profundo y que altera toda la vida. La persona, ahora, es un paciente.

¿Qué pasó hasta ese momento? Simone de Beauvoir aclara “[...] la vejez se presenta con más claridad a los otros que al sujeto mismo [...]. El individuo que envejece no lo nota [...]”. El viejo es siempre otro. Solo podemos verla en otros, aunque ellos tengan nuestra edad.<sup>341</sup> Por su parte, como vimos, François Jullien en *Cinco conceptos propuestos al psicoanálisis*, escribe —en el capítulo “Una transformación silenciosa”—:

[...] ni nos damos cuenta de que envejecemos. Porque es todo en nosotros lo que envejece y nunca se detiene, nos percibimos envejeciendo. “Todo”, es decir, no solamente el pelo que encanece, sino también el brillo de la mirada y el timbre de la voz y el color del rostro y el grano de la piel... y el porte y el gesto y el andar... Todo: nunca terminamos de decir ese “todo”. Y dado que es “todo” lo que se transforma, algo que nunca podremos circunscribir ni tampoco enumerar por completo, dado que es “todo” lo que envejece en nosotros, nada se separa lo suficiente, aisladamente, como para que se haga notar. Luego nos topamos un día con una fotografía, [con un dolor, un diagnóstico, una caída o un acontecimiento vital]: Ah, ¡cómo envejecí!, acontecimiento “sonoro”, aun si [no lo expresáramos] y lo guardáramos para nosotros mismos. Súbitamente surge la constatación.

Nos referimos, en definitiva, al paso del tiempo que no se tuvo en cuenta, que pasó inadvertido hasta el acontecimiento sonoro; en otras palabras, lo que genera la necesidad de una consulta y tratamiento. En ese sentido, en una entrevista a la escritora Sylvia Iparraguirre se puede leer: “[...] cuando sobrevino lo inesperado. Fue abrupto como una náusea”. Y justamente, en la novela de Sartre *La náusea*, el protagonista dice: “Quise levantar un papel que había en el suelo y no pude”. Más adelante, agrega: “Ya no soy libre, ya no puedo hacer lo que quiero”.

Un paciente de 81 años, aquejado de una enfermedad de Parkinson, fue claro. En una consulta dijo: “Con la cabeza me subo a un colectivo, salto en la parada y llego a paso rápido. El problema es cuando le mando esa orden al cuerpo y este no me responde”. El paciente, en su relato, hace referencia a tres constataciones: la enfermedad, la limitación corporal y la conciencia del paso del tiempo. Dos problemáticas fundamentales en el proceso de envejecimiento que se presentarán en la clínica —en la consulta— con diferentes matices e intensidades. A propósito, la doctora Catullo Goldfarb dice:<sup>610</sup>

Cuerpo y tiempo se entrecruzan en el devenir del envejecimiento, y de las formas de ese entrecruzamiento nacerán múltiples vejeces. Pero no podemos dejar de considerar que esta articulación ocurre en un determinado contexto social y político que la influencia y determina nuestro particular modo de abordaje.

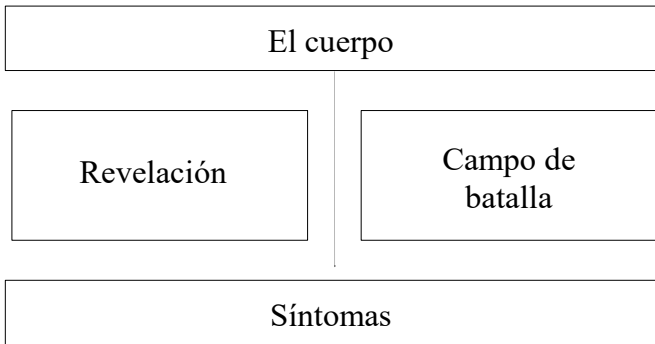
La misma autora ubica a la vejez como un periodo de pérdidas de objetos significativos y de lugares de reconocimiento. En ese contexto, se produciría una falla de la función reguladora del ideal yo; en otras palabras, de la imagen que se presentaba —que lo representaba— como ideal. Esta situación deviene en una confrontación entre ese *ideal* y lo *real*; es decir, la realidad que le transmite, ahora, el cuerpo: imposibilitado para hacer (o seguir haciendo) lo que hacía. Es un verdadero punto de inflexión a partir del cual, crisis narcisista mediante, surge una constelación de síntomas que pueden ir desde la ansiedad, pasando por la depresión y las ideas de suicidio, hasta la psicosis.

### **El cuerpo como mediador entre la psiquis y el mundo**

Desde un punto de vista clínico, el cuerpo se puede presentar, como vimos hasta aquí, como un revelador del paso del tiempo (de que las cosas ya no son

610 Catullo Goldfarb, D. *Cuerpo, tiempo y envejecimiento*. San Pablo: Editora Casa do Psicólogo; 1998.

como antes), o como un “campo de batalla” en el que se manifiestan y procesan las emociones. Gráficamente, podríamos representarlo así:



Para concluir con lo que concierne a la *revelación*, transcribo un párrafo del libro *Antropología del cuerpo y modernidad*, de David Le Breton.<sup>611</sup> Su prosa poética constituye una imagen y una idea contundente de lo que deberemos traducir en nuestra práctica cuando esos *cambios* aparecen; cuando esos cambios generan síntomas.

Dice:

El envejecimiento es un proceso insensible, infinitamente lento, que escapa a la conciencia porque no produce ningún contraste; el hombre pasa, suavemente de un día al otro, de una semana a la otra, de un año al otro, son los acontecimientos de la vida cotidiana los que dividen el paso del día y no la conciencia del tiempo. Con una lentitud que escapa al entendimiento, el tiempo se agrega al rostro, penetra en los tejidos, debilita los músculos, disminuye la energía, pero sin traumatismos, sin ruptura brutal. Durante mucho tiempo los ancianos son los otros.

En definitiva, la imagen del cuerpo que la persona tiene es una construcción propia que se vincula con su historia. Una historia que deberemos tener presente desde el comienzo y durante el transcurso de un tratamiento: la elaboración de los cambios corporales resulta indispensable para la generación de proyectos acordes a las posibilidades. ¿Por qué? Porque en el transcurso de la vejez se descubre un cuerpo que, al transformarse, modifica el mundo que lo rodea y demanda.

611 Le Breton D. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión; 2002.



En este punto, las palabras de un paciente de 88 años son contundentes: “Mis hijas me invitan a almorzar, me gusta eso; pero para mí es una complicación: requiere una logística que de solo pensarla me cansa”. Otro: “Yo siempre fui deportista, y ahora no poder y verme así me deprime”. Asimismo, actividades cotidianas que eran habituales dejan de serlo y pasan a convertirse en obstáculos. A propósito, una mujer de 84 años dijo: “Ahora ya no puedo tomarme un colectivo, tengo que ir en taxi y eso me cuesta solventarlo económicamente”. Esto genera que los vínculos con otros se modifiquen; “Ya no nos juntamos, cada uno tiene un problema distinto”, manifestó una mujer de 87 años. En este contexto de cambios, los hijos y nietos —por ejemplo— pasan a tomar las decisiones, entre las que se destacan las económicas y las vinculadas con los cuidados y acompañamientos. “Siento que la vida ya no me pertenece”, dijo un hombre de 83 años.

Por otro lado, existe un significado cultural muy distinto con relación al envejecimiento del hombre y la mujer. Es lo que explicitó Susan Sontag en su clásico artículo de 1972 “The double standard of aging” al decir que “Mientras los hombres maduran, las mujeres envejecen”.

## **El cuerpo como campo de batalla**

### **Lo psicosomático**

Para Piera Aulagnier, el cuerpo se hace visible, se manifiesta a través de innumerables señales [...]. Emoción y sufrimiento somático son los mensajeros por excelencia del psiquismo para sus manifestaciones en el plano somático.

El abordaje del paciente psicosomático implica pensar —y dialogar con— los diferentes lineamientos teóricos; más allá de lo estrictamente psiquiátrico, sin duda el aporte del psicoanálisis es el más importante. La diversidad de las teorías refleja la complejidad del problema: lo psicosomático es una verdadera encrucijada en la que se plantea la duda de si es posible dar cuenta con una única teoría.<sup>608</sup>

Un hombre de 79 años concurre a la consulta con su esposa. Dice: “Hasta los 70 años estuve bien. Pero a partir de ahí comenzó la debacle: primero me operaron de los riñones. Y después de un cáncer de estómago. Hoy me siento muy bien, salvo por un problema urinario que me quedó”. Su esposa manifestó: “Lo vemos muy metido para adentro”. No obstante, no se constataron síntomas depresivos, ansiosos ni psicóticos.

A partir de esta viñeta clínica, vienen a cuento las palabras de diferentes autores que describen con precisión las características de este tipo de pacientes. Según Karen Horney, son de difícil abordaje psicoanalítico por su falta de conciencia emocional, escasez de experiencias internas, incapacidad de soñar, pensamiento concreto y estilo de vida de cara al exterior.

Por su parte, Jürgen Ruesch refiere que presentan una conducta social hiperadaptada y la tendencia a canalizar las tensiones por vía de fenómenos somáticos. Paul-Claude Racamier hace la siguiente distinción: “Para el histerico el cuerpo es un instrumento, para el psicósomático es una víctima; el primero habla con su carne, el segundo sufre en la carne”. Joyce McDougall los nombra de una manera particular. Dice: “Les llamé ‘normópatas’ y observé al mismo tiempo que manifestaban todas las características de lo que Winnicott llamó ‘falso *self*’. Me parecía que este falso *self* debía servir, como indica Winnicott, para proteger al verdadero *self* que de otro modo no hubiera quizá sobrevivido”. Por último, Jorge Ulnik refiere que “El paciente psicósomático, para procesar sus estados afectivos, intentará recuperar su identidad, su contacto con el mundo y su equilibrio psíquico, tratando a los afectos como si fueran palabras, produciendo como resultado una desorganización de su funcionamiento corporal. Asimismo, en muchos pacientes, la identidad y, a veces, la inserción social se reconquista a través de una enfermedad somática”.<sup>612</sup> Hablamos de pacientes con características particulares, a quienes podríamos referirnos estructuralmente como pacientes psicósomáticos.

Una palabra, un concepto que se relaciona es el de *alexitimia*. Este término significa etimológicamente *sin palabras para los sentimientos*. Se utiliza para englobar la constelación de factores cognitivo-afectivos propios del estilo comunicativo de los pacientes psicósomáticos en la consulta. Se caracteriza por la dificultad para identificar y describir sentimientos y para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales relacionadas con las emociones.

Existe un debate sobre si la alexitimia representa una modalidad defensiva necesaria para afrontar las situaciones de conflicto o es el resultado de un déficit estructural interno.

¿Qué ocurre con el DSM-5? Bajo el título de **Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados** se presenta el siguiente desmembramiento:

612 Otero, J; Rodado, J. El enfoque psicoanalítico de la patología psicósomática. Aperturas psicoanalíticas [Internet] 2004;(16). Disponible en: <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000282>

- Trastorno de síntomas somáticos.
- Trastorno de ansiedad por enfermedad.
- Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales).
- Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas.
- Trastorno facticio.
- No especificados.

Se encuentra ausente lo psicosomático como tal. Por este motivo, la bibliografía no se encuentra actualizada; no obstante, podríamos remarcar algunos puntos que siguen teniendo vigencia. En primer lugar, un artículo de 1967 titulado “Hipocondría y trastornos psicosomáticos que enmascaran la depresión”<sup>613</sup> postula que la depresión puede estar enmascarada por síntomas y signos hipocondríacos o psicosomáticos. Un ejemplo que podríamos citar es el del paciente *policonsultador*. En segundo lugar, la importancia del soporte social. Su ausencia se traduce en una mayor presencia de síntomas somáticos.<sup>614</sup> Sin duda, dos aspectos a contemplar al momento de la evaluación y el abordaje.

Más allá de la manera de nombrar a este tipo de paciente, nos referimos a una situación que nos remite a un desafío clínico. A partir de una atención centrada en el paciente —es decir, una asistencia que contempla las necesidades individuales de la persona (factores psicosociales, vulnerabilidad individual, curso de la enfermedad)— estableceremos una alianza terapéutica.

La efectividad del tratamiento, de nuestras intervenciones —dice Pedro Boschan— está más relacionada con la experiencia y la capacidad analítica del terapeuta, la participación del paciente y los efectos del contexto que con la teoría a la cual se adscribe el miembro del equipo de salud encargado de la asistencia. En este sentido, es importante tener en cuenta la variable personal del clínico —la personalidad—, así como las teorías que elige y cómo las utiliza. Dicho de otro modo, en la flexibilidad y capacidad de adaptación que tenga al momento de abordar a este tipo de pacientes.

## Lo hipocondríaco

La hipocondría es una preocupación excesiva por tener una enfermedad grave. El DSM-IV lo definía como un trastorno somatomorfo que afecta apro-

613 Lesse S. Hypochondriasis and psychosomatic disorders masking depression. *Am J Psychother.* 1967 Jul;21(3):607-620.

614 Ho SC, Donnan SP, Sham A. Psychosomatic symptoms, social support and self worth among the elderly in Hong Kong. *J Epidemiol Community Health.* 1988 Dec;42(4):377-382.

ximadamente al 3 % de la población. Este trastorno tiene un elevado costo a nivel sanitario debido a los recursos que se utilizan (interconsultas y estudios complementarios). La depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, la ansiedad generalizada y el trastorno de somatización son frecuentes en las personas mayores y son las afecciones que acompañan a la hipocondría. Los cuidados de apoyo y la psicoterapia son tan necesarios como los antidepresivos y antipsicóticos para ayudar a los pacientes.<sup>615</sup>

La *preocupación excesiva* por una enfermedad o por tener una enfermedad puede ser “la puerta de entrada” de lo psiquiátrico en la atención primaria. Es común entre las personas mayores y tiene correlaciones similares con los más jóvenes.<sup>616</sup> En estos casos, es habitual la solicitud de una interconsulta con psiquiatría (psicogeriatría). Sin embargo, es frecuente la negativa a aceptar la derivación y, llegado el caso, la inasistencia. Pero, o tal vez debido a eso, la consulta con la especialidad puede romper el ciclo de las *evaluaciones médicas continuas*. Retomar la historia puede llevar al paciente a una nueva formulación del problema y ayudar a devolverle un sentido a la situación. Por otro lado, las intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas pueden contribuir a la mejoría.<sup>617</sup> En ese punto, los pacientes con hipocondría tienen una respuesta más favorable a las intervenciones psicológicas que los pacientes con otros trastornos somatomorfos (trastornos por somatización y trastorno por dolor).<sup>618</sup>

Por otra parte, de la misma manera que con el paciente psicósomático, el contexto juega un rol importante. Se postula que en las personas mayores la soledad genera una respuesta desadaptativa que se traduce en una intolerancia a la incertidumbre y síntomas ansiosos,<sup>619</sup> lo que puede generar, a su vez, una *producción* de síntomas físicos que “obligan” a la solicitud de múltiples estudios y pedidos de interconsultas. Tal vez, podríamos interpretarlo como un mecanismo a partir del cual el paciente se siente menos solo. Una paciente dijo mostrándome un papel: “Mire, mire todos los turnos que tengo por delante”. En la misma línea, *la angustia por la propia muerte* puede ocurrir en cualquier

615 Thomas P, Hazif-Thomas C, Pareaud M. Hypochondriasis and somatisation in elderly. Rev Prat. 2008 Nov 30;58(18):1977-1981.

616 Sheehan B, et al. Somatization among older primary care attenders. Psychol Med. 2003 Jul;33(5):867-877.

617 House A. Hypochondriasis and related disorders. Assessment and management of patients referred for a psychiatric opinion. Gen Hosp Psychiatry. 1989 May;11(3):156-165.

618 Bailer J, et al. Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. Anxiety Estrés Coping. 2016;29(2):219-239.

619 Barnett MD, et al. A loneliness model of hypochondriasis among older adults: the mediating role of intolerance of uncertainty and anxious symptoms. Arch Gerontol Geriatr. 2019 Jul-Aug;83:86-90.

momento. Esta toma de conciencia torna vulnerable a la persona. Este tipo particular de ansiedad tiene una asociación con la hipocondría.<sup>620</sup>

Una mejor comprensión de estos cuadros puede generar un ahorro a nivel económico y de tiempo, así como evitar evaluaciones innecesarias por un lado y aliviar la frustración tanto del paciente como del profesional por otro y, por último, permitir la detección y el tratamiento de una patología significativa no descubierta.

620 Aan de Stegge BM, et al. Death anxiety and its association with hypochondriasis and medically unexplained symptoms: a systematic review. *J Psychosom Res.* 2018 Dec;115:58-65.



# El dolor

(Un influencer en la consulta)

## Introducción

La IASP (*International Association for the Study of Pain*), define al dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión tisular, presente o potencial o descrita en términos de esta”. Es siempre subjetivo; es decir, va más allá de la mera transmisión de impulsos sensoriales. Por lo tanto, puede ser una experiencia emocional asociada con una lesión inexistente. En palabras de Sternbach: el dolor es todo aquello que el enfermo dice que lo es. Aquello que describe y no lo que los demás piensan que debería ser.<sup>621</sup>

Se divide en dolor agudo y crónico.<sup>622</sup> Respecto del primero, se debe en general a causas específicas, como, por ejemplo: traumas, quemaduras, infartos e inflamaciones y son, a su vez, muestras de un proceso patológico subyacente; es decir, presentan una función biológica, una alarma que promueve la consulta. Puede constituir, además, una urgencia que podría poner en peligro la vida y, por lo tanto, requiere de una atención inmediata y especializada. En el caso del dolor crónico o persistente (si tiene más de tres meses de duración), las causas son variables y con frecuencia es difícil de calmar. Su abordaje es multidisciplinario. Y a diferencia del anterior, no tendría una utilidad biológica.

621 Sternbach RA. Clinical aspects of pain. *Pain*. 1989;18:254-261.

622 Lozano Cardoso A. Dolor y fármacos en la vejez. *Rev Fac Med UNAM*. 2009;52(4):161-164.

El dolor crónico es una afección frecuente entre las personas mayores. Sin embargo, es poco diagnosticado y subtratado. Este se asocia con una discapacidad significativa: reduce la movilidad, altera la vida cotidiana, se asocia con depresión y ansiedad; y puede alterar las relaciones familiares y sociales debido al incremento de la dependencia y un mayor requerimiento de asistencia.<sup>623</sup>

Su reconocimiento debería ser una habilidad esencial de todos aquellos que se ocupan de la atención del adulto mayor. Se puede manifestar de distintas maneras, no solo como una experiencia sensorial, sino también a través de trastornos psicopatológicos como depresión, ansiedad; dificultad en las relaciones interpersonales; trastornos del sueño y aislamiento.<sup>624</sup> También podríamos agregar la asociación con trastornos somatomorfos, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad.<sup>625</sup> Asimismo, es importante resaltar la asociación que existiría entre el dolor y el suicidio.<sup>116</sup> Desde un punto de vista cognitivo se vincula al dolor crónico con alteraciones de la memoria: como efecto de la medicación analgésica, como un síntoma más de la depresión, como parte de un problema general de procesamiento de la información o como consecuencia de una falla atencional.<sup>626</sup> Por último, la presencia de dolor crónico incrementaría la concurrencia a los servicios de salud mental.<sup>627</sup>

¿Cuál sería nuestro rol con respecto al dolor? Para responder a esta pregunta desarrollaremos el tema desde dos perspectivas: 1) la evaluación del dolor dentro de la entrevista; 2) a partir de la interconsulta.

## Evaluación de la presencia de dolor

Analicemos dos situaciones clínicas en el contexto de la primera consulta.

- 1) Una paciente de 80 años refiere depresión. “Me tiene mal –dice– la migración de mi hijo a España, “Tengo miedo de no volver a verlos”, aclara. Durante la entrevista manifiesta tener dolores en ciertos momentos del día.

623 Schwan J, et al. Chronic pain management in the elderly. *Anesthesiol Clin*. 2019 Sep;37(3):547-560.

624 Royal College of Physicians, British Geriatrics Society, British Pain Society. The assessment of pain in older people: national guidelines. Concise guidance to good practice series, No 8. London: RCP; 2007.

625 Dersh J, et al. Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosom Med*. 2002;64:773-786.

626 Esteve MR, et al. Alteraciones de la memoria en pacientes con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2001;8:119-127.

627 Brennan Braden J, et al. Mental health service use by older adults: the role of chronic pain. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008 Feb;16(2):156-167.



- 2) Un paciente de 85 años concurre junto con su hija. La misma refiere que [el paciente] “se pone agresivo” con el personal de la institución en la que reside al ser asistido a la mañana. El paciente, por su parte, evidencia afasia al ser consultado.

¿Qué debemos tener en cuenta? Que el dolor crónico es un fenómeno biopsicosocial, en el cual los factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan dinámicamente entre ellos.<sup>625</sup> A su vez, los cambios: fisiológicos, psicológicos y ambientales que se producen con la edad, contribuyen a exacerbar las consecuencias que genera el dolor persistente. *Pain homeostenosis*, se utiliza para describir la disminución de la habilidad por parte del organismo, para responder con efectividad al estrés que produce el dolor crónico. Esto incluye: la disminución de la cognición y de la densidad de receptores opioides; alteraciones farmacocinéticas y farmacodinámicas; la comorbilidad médica; el aislamiento, la soledad, la depresión y el empeoramiento de las actividades de la vida diaria.<sup>628</sup> Considerar estos factores, y el concepto de *Pain homeostenosis*, puede resultar de utilidad para determinar el lugar que podríamos tener dentro de un eventual tratamiento.

¿Existe un vínculo entre el dolor y la enfermedad mental? Desde un punto de vista biológico, el dolor y la enfermedad psiquiátrica pueden superponerse y confundirse entre sí, debido a que comparten los mismos sistemas neuroquímicos; como ocurre, por ejemplo, con los trastornos depresivos, en los cuales, los neurotransmisores implicados son los mismos que para el dolor: serotonina y noradrenalina modulan el sistema analgésico endógeno, junto con la sustancia P. De ahí, que los antidepresivos que inhiben la recaptación de dichos neurotransmisores sean utilizados (en bajas dosis) como coadyuvantes del tratamiento.<sup>629</sup> Esta superposición ubica a la psicogeriatría ante un desafío: evaluar la presencia de dolor frente a un paciente con trastorno psiquiátrico y buscar un trastorno psiquiátrico comórbido ante un paciente con dolor, debido a la repercusión negativa que tendría si no se tratase de manera correcta cada situación. Es decir que, desde una perspectiva psicopatológica, no tratar, por ejemplo, la ansiedad o la depresión, puede *perpetuar* la presencia del dolor o su agravamiento.

Más allá de las comorbilidades que nombramos relacionadas con la depresión y ansiedad, merece una mención especial la asociación que existiría entre

628 Karp JF, et al. Advances in understanding the mechanisms and management of persistent pain in older adults. *Br J Anaesth*. 2008;101:111-120.

629 Sami Walid M, Zaytseva N. Pain in nursing home residents and correlation with neuropsychiatric disorders. *Pain Physician*. 2009;12:877-880.

el dolor crónico y el suicidio.<sup>630</sup> Asimismo, se encontró que un 30 % de pacientes que solicitaron tratamiento por un dolor crónico habían presentado una ideación suicida reciente.<sup>631</sup> De manera similar, el 37 % de pacientes que recibían tratamiento con opioides indicados por un médico de atención primaria informaron que habían presentado una ideación suicida, y el 20 % reportó un intento.<sup>632</sup> Vinculado con lo anterior, debemos tener en cuenta la personalidad, sobre todo, las de características narcisistas. Considerar esto nos permitirá evaluar la capacidad de *apertura* hacia cosas nuevas que tenga el paciente, así como la tolerancia a los cambios y la capacidad de adaptación.

El dolor crónico, como dijimos, es subdiagnosticado. Pero esto se acrecienta aún más cuando el paciente presenta una comorbilidad con una enfermedad psiquiátrica o un deterioro cognitivo, como es el caso de las demencias.<sup>633</sup> Llevar a cabo una evaluación en este contexto constituye una situación compleja y habitual en nuestra práctica, debido a que estos pacientes expresan el dolor de diferentes maneras, lo cual es inadvertido por los cuidadores, familiares y profesionales no preparados.<sup>634</sup> Es común, por ejemplo, que la agresividad, el negativismo, la agitación, y la irritabilidad constituyan expresiones de dolor, pero que sean atribuidas al deterioro cognitivo. Si a esto le sumamos los psicofármacos que en general se utilizan para tratar esos comportamientos, se puede enmascarar aún más el dolor y obstaculizar la evaluación y el tratamiento correcto.<sup>635</sup>

¿Qué y cómo debemos evaluar la presencia de dolor? En primer lugar, teniendo en cuenta que este es una experiencia multidimensional integrada por:

- A) una dimensión sensorial, que se refiere a la intensidad, la localización y las características del dolor;
- B) una dimensión afectiva, que se vincula con el componente emocional y con cómo es percibido el dolor;
- C) y el impacto, que se relaciona con los efectos del dolor sobre las funciones y actividades de la persona.<sup>624</sup>

630 Tang N, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med.* 2006;36(5):575-586.

631 Edwards RR, et al. Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain.* 2006;126(1-3):272-279.

632 Saffier K, et al. Addiction Severity Index in a chronic pain sample receiving opioid therapy. *J Subst Abuse Treat.* 2007;33(3):303-311.

633 Stolee P, et al. Pain assessment in a geriatric psychiatry program. *Pain Res Manag.* 2007;12(4):273-280.

634 Feldt KS, et al. Examining pain in aggressive cognitively impaired older adults. *J Gerontol Nurs.* 1998;24(11):14-22.

635 Kovach CR, et al. Assessment and treatment of discomfort for people with late-stage dementia. *J Pain Symptom Manage.* 1999;18(6):412-419.

Todo esto aunado a las repercusiones a nivel psicopatológico, cognitivo y social-familiar.

Teniendo cuenta lo anterior, evaluamos los componentes psiquiátricos del dolor. Estos se exponen, a modo de resumen, en el cuadro que sigue.<sup>636</sup> En este caso, la evaluación es a través de preguntas directas al paciente y eventualmente al familiar o acompañante.

---

### **Evaluación psiquiátrica del dolor: componentes**

---

#### **A. Historia del dolor (semiología)**

---

Inicio, localización, irradiación, características, duración, factores desencadenantes, factores que lo calman.

---

#### **B. Clarificar los componentes psiquiátricos**

---

1. ¿Qué rol juega el dolor en la vida del paciente?
  2. ¿Es útil para el paciente? Si es así, ¿cómo?
  3. ¿Afecta a otras personas?
  4. ¿Es un dolor que puede influir en la conducta de otra persona?
  5. El dolor, ¿qué le permite o qué le evita a la persona?
  6. El paciente, ¿está enojado? Si es así, ¿con quién?, ¿cómo expresa el enojo?
  7. ¿Se victimiza?
  8. ¿Se asocia con depresión y/o ansiedad?
- 

#### **C. Trastornos psiquiátricos comórbidos**

---

Depresión, ansiedad, Abuso o dependencia de sustancias, trastornos del sueño, disfunción sexual, *delirium*.

---

#### **D. Historia de abuso de drogas o alcohol**

---

Antecedentes de abuso/adicción de sustancia.  
Abuso/adicción durante el tratamiento.

---

636 Leo RJ, et al. Incorporating Pain Management Training Into the Psychiatry Residency Curriculum. *Acad Psychiatry*. 2003; 27(1):1-11.

---

**E. Evaluación de las funciones adaptativas**

---

Impacto funcional y de las actividades de la vida diaria.

---

**F. Evaluación de las limitaciones y del impacto social**

---

Impacto en la pareja, familia y relaciones en general. Consecuencias económicas y laborales.  
Costo del tratamiento.

---

**G. Evaluación de aspectos legales. Discapacidad**

---

**H. Evaluar estado cognitivo**

---

Pero ¿qué ocurre cuando el paciente presentas dificultades para comunicarse? Debemos tener en cuenta los signos asociados al dolor. Si bien podría aplicarse también a lo anterior, en el caso de un paciente con un deterioro cognitivo severo, toman una mayor relevancia. Son los siguientes:<sup>624</sup>

---

**Signos asociados con el dolor**

---

| Tipo                      | Descripción                                                                                                                                         |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cambios autonómicos       | Palidez, sudoración, taquipnea, alteración de los patrones de respiración, taquicardia, hipertensión.                                               |
| Expresión facial          | Hacer muecas, ceño fruncido, parpadeo rápido, cejas hacia arriba, frente hacia abajo, párpados apretados, arrugas en la nariz, labio fruncido, etc. |
| Movimientos corporales    | Alteraciones de la marcha, inquietud motora, aumento del tono muscular.<br><i>Guarding</i> , * <i>Bracing</i> **                                    |
| Verbalización             | Suspiros, gruñidos, gemidos, gritos, heteroagresividad verbal.                                                                                      |
| Interacción interpersonal | Agresión, aislamiento, resistencia.                                                                                                                 |
| Estado mental             | Confusión, llanto, irritabilidad.                                                                                                                   |

---

\* *Guarding*: movimiento que se interrumpe al cambiar de posición.  
\*\* *Bracing*: posición fija, en la que una extremidad completamente extendida mantiene y apoya el peso durante al menos tres segundos.

---

## Evaluación del dolor a partir de una interconsulta

Las frases que derivan en la interconsulta son, a grandes rasgos, las siguientes: “No tiene nada... es psiquiátrico”, “No le puede doler como dice que le duele”. Son situaciones en las cuales, con seguridad, el dolor se evaluó e, incluso, recibe un tratamiento. Podemos inferir que el profesional, teniendo en cuenta el aspecto subjetivo de la definición de dolor, pretende ir más allá del simple proceso sensorial y se abre a la posibilidad de nuevos discursos que se acerquen a la experiencia subjetiva de la persona que lo padece. Sin embargo, paradójicamente, este aspecto subjetivo que se pretendería evaluar posee, en realidad, una connotación negativa, debido a que dificulta el tratamiento objetivo.

¿Cuál sería nuestro rol y cuál podría ser nuestro aporte? Son dos interrogantes que derivan en otra pregunta: ¿desde dónde daríamos nuestra respuesta? Aquí estamos ante un problema: las limitaciones de la psiquiatría/psicogeriatría respecto del dolor. En el DSM-IV TR, encontramos que existe un lugar para el dolor. Está incluido con el nombre de *trastorno por dolor* dentro de los trastornos somatomorfos. Habla de un dolor disfuncional, que altera la vida del individuo en sus dimensiones individual y social; un dolor con alta intervención de factores psicológicos (lo psicológico sigue siendo externo al dolor, pero lo puede provocar o mantener; no se habla de dolor psicológico); es dolor real (es el dolor “sin intención de doler”, el dolor no buscado, el dolor que irrumpe, el dolor encontrado); y, por último, los factores psicológicos no tienen que ver con otro tipo de psicopatologías (entre las que es fundamental descartar que no se trata de un trastorno ficticio o un trastorno por simulación).

Se identifican tres tipos de trastornos causados por dolor: somatomorfo, somatización y facticio.<sup>637</sup> Es curioso, pero a medida que aquello que se denomina *factor psicológico* va cediendo protagonismo a la enfermedad médica, la necesidad de una explicación decrece. Se pone en evidencia lo físico frente a la duda que acompaña lo psicológico. Así, mientras el diagnóstico médico se basa en una búsqueda geográfica del dolor, el diagnóstico psicológico/psiquiátrico (cuando existe) tiene, como uno de sus puntos clave, discernir entre la verdad y la mentira. Más allá de lo físico, el dolor es puesto en duda.

Por su parte, el DSM-5 recibe la siguiente crítica: el trastorno de síntomas somáticos *sobrepsicologiza* a las personas con dolor crónico; tiene baja sensibilidad y especificidad y contribuye a diagnósticos erróneos, así como a estigmas innecesarios. El trastorno de adaptación seguiría siendo el diagnóstico más

637 American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: Breviario: Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson; 2003.

apropiado, preciso y aceptable para las personas que están demasiado preocupadas por su dolor.<sup>638</sup>

Ante estas limitaciones, ¿cómo podemos contribuir a la comprensión del dolor? Recordemos: estamos frente a un paciente cuyo cuerpo ha dejado de serle *invisible*, hay algo que le resulta extraño, que le modifica su conducta, que le hizo decrecer su interés, que lo aisló. Trataré de avanzar en el intento de comprender. Tomo el aporte que hace David Le Breton en su libro *Antropología del dolor*.<sup>639</sup> El autor censura el organicismo dualista de nuestra tradición occidental, que reduce el dolor a una mera sensación relativa a la maquinaria del cuerpo. Es decir, le da relevancia a lo que nos interesa, lo subjetivo. Dice:

[el dolor] es un hecho personal, encerrado en el concreto e irrepetible interior del hombre y el sufrimiento, una experiencia incommunicable. [...] Para comprobar la intensidad del dolor de otro sería necesario convertirse en ese otro. [...] Los que sufren son y experimentan lo mismo: la necesidad de conceder un sentido a esa situación, la necesidad del apoyo y comprensión de los que aún se mantienen sanos y felices.

En la misma línea el ensayista Santiago Kovadloff, en el *Enigma del sufrimiento*,<sup>640</sup> aporta lo siguiente:

El intruso [el dolor] no desaloja al único [el paciente]; cohabita con él. Lo desplaza, pero no lo excluye de la escena. Acota, pero no anula su protagonismo. Lo fuerza a compartir.

Considero que esto contribuye a mostrarnos un lugar posible frente a ese paciente con dolor, el de comprenderlo y de comprender que una de las posibilidades puede llegar a ser la convivencia con el dolor y no su exclusión, en la que el solo intento lleva, en ocasiones, a una polimedicación del paciente o al *encarnizamiento* terapéutico a partir de la realización de múltiples *bloqueos* sin resultados evidentes.

¿Para qué puede servir el dolor? Se pregunta Le Breton, pregunta que, quizás, deberíamos hacernos con frecuencia. Escribe:

638 Katz J, et al. Chronic pain, psychopathology, and DSM-5 somatic symptom disorder. *Can J Psychiatry*. 2015 Apr;60(4):160-167.

639 Le Breton D. *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral; 1999.

640 Kovadloff S. *El enigma del sufrimiento*. Buenos Aires: Emecé Editores; 2008

[el dolor] supone un camino de ‘acceso al ser’, un modo de ‘instalarse físicamente en el mundo’. [...] Para satisfacer en parte la defensa de sí mismo: evita exponer a la persona a una situación que le sería aún más amarga. [...] Para mantener su lugar en el seno de un sistema relacional donde el dolor es la moneda de cambio.

Quizás, ante esta situación, una de las maneras que tendríamos para paliar el dolor es a partir de atribuirle un sentido. Para ello, “es imprescindible poder nombrarlo”, nos dice Le Breton. Darle un significado. Pero este depende en cada caso de la existencia individual de quien lo padece y de los arquetipos de la cultura a la cual pertenece.

Desde un punto de vista psicodinámico, la frase: “No tiene nada, es psiquiátrico” nos obliga a llevar a cabo la siguiente disquisición entre el dolor psíquico, en primer lugar, que no es corporal y nos remite a una ruptura, a un estado que se dio como consecuencia de la ruptura de un vínculo. En segundo lugar, se encuentra el dolor psicógeno, que puede ser un motivo de consulta; en este caso, estamos frente a un dolor corporal, cuyo origen orgánico no es identificable. Estaría ligado a un conflicto interior, pasado, antiguo, que termina por expresarse a través de un dolor en el cuerpo.<sup>641</sup>

El mismo autor —Nasio J. D.— sugiere que, cuando se trata de un dolor somático, hay que distinguir dos aspectos fundamentales: la sensación dolorosa, por un lado, y la emoción, por el otro. Del primero deberemos tener en cuenta los mecanismos neurofisiológicos y neuroquímicos. En cuanto a la emoción, lo importante estaría dado por reconocer la manera de vivir el dolor.

Tomo este último punto para nombrar el aporte desde una perspectiva psiquiátrica; en particular, lo relacionado con el uso de los antidepresivos. ¿Cuándo son analgésicos y cuándo antidepresivos?<sup>642</sup> Hay que hacer una distinción entre el *componente emocional*, que es la manera en que el individuo vive lo que le ocurre y en la que influye su personalidad, y el *componente afectivo*, que se presenta con depresión o ansiedad.

El antidepresivo, en el contexto de un dolor crónico, puede ser utilizado como coadyuvante analgésico cuando se asocia a analgésicos habituales: opiáceos o AINEs. En estos casos, pueden facilitar la analgesia por una sinergia de potenciación de mecanismos farmacológicos. Esto es válido para los antidepresivos que inhiban la recaptación de serotonina y noradrenalina (por

641 Nasio JD. El dolor físico. Barcelona: Gedisa; 2007.

642 Micó JA, Elorza J. Antidepresivos: ¿cuándo son analgésicos y cuándo antidepresivos? Rev Soc Esp Dolor. 2004;11:57-58.

ejemplo, venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina y amitriptilina). Respecto de la acción analgésica, presentarían las siguientes particularidades:<sup>643</sup>

- 1) El efecto analgésico aparecería antes que el antidepresivo;
- 2) tienen una acción analgésica tanto si el paciente tiene o no depresión;
- 3) para el efecto analgésico se necesitan dosis menores, por ejemplo, venlafaxina 25-37,5 mg, duloxetina 30 mg, amitriptilina 10-25 mg. Ahora bien, si el paciente presentase un trastorno depresivo asociado a dolor, las dosis serán las antidepresivas habituales.

## A modo de cierre

El dolor debería ser abordado como un problema multidimensional que requiere, en consecuencia, un enfoque desde diferentes perspectivas. La mirada que planteamos desde la psicogeriatría fue solo eso: una mirada. De todas formas, existe un entrecruzamiento. Desde el modelo biomédico, el dolor es concebido como el resultado de una señal electroquímica enviada a través de fibras nerviosas desde el tejido dañado al cerebro. Desde la salud pública, diremos que el dolor es un síntoma frecuente en la persona mayor e impacta en la salud mental: puede causar o agravar un trastorno psiquiátrico. Debido a esto, es importante incluir la evaluación de la presencia de dolor en la consulta. Asimismo, es fundamental tenerlo en cuenta como factor de riesgo suicida.

Vimos que la psiquiatría, respecto del dolor, tiene sus limitaciones, más allá del aporte desde la psicofarmacología. Podemos decir aquí, que el dolor es una experiencia humana, un hecho tanto de la naturaleza como de la cultura, ¿por qué? Porque desde cualquier punto, le otorgamos un sentido, que tendrá que ver con las coordenadas socioculturales en las que nos encontremos. De ahí la importancia que tienen los aportes de disciplinas como la antropología, la sociología, entre otras.

643 De la Gándara Martín J, Micó Segura JA, Olivarez Díez JM, Szerman Bolotner N. Depresión en pacientes de riesgo. Barcelona: Ars Médica; 2004.



# El rol del psicogeriatra en cuidados paliativos

(y fin de vida)

*¿El papel del [psicogeriatra] es tratar la depresión  
en un paciente anciano que tiene una enfermedad terminal?  
No, nuestro papel es mucho más que eso*

—Jules Rosen

## Un posible paciente

Anatole Broyard fue escritor, crítico literario y director de *The New York Times Book Review*. Nació en 1920 y falleció en 1990 a causa de un cáncer de próstata. Fue justamente el diagnóstico de esa enfermedad lo que lo motivó a escribir sobre su experiencia por el sistema de salud hasta pocos días antes de su muerte. El resultado: un libro genial, *Ebrio de enfermedad*,<sup>644</sup> que se publicó recién en 2013. Es un texto plagado de reflexiones, miedos, ansiedades y expectativas sobre la enfermedad, el estar enfermo, la relación médico-paciente y el fin de la vida. Por ese motivo, lo tendremos cerca: a medida que avance el capítulo, leeremos pequeños extractos de su libro. Podemos imaginar que él hubiese querido eso: que aprendiéramos y reflexionáramos sobre nuestro rol a partir de sus palabras.

644 Broyard A. *Ebrio de enfermedad*. España: La Uña Rota; 2013.

## El lugar en el equipo de salud

Al final, igual que al comienzo, la entrevista constituye la herramienta más importante con la que contamos y a partir de la cual podemos establecer nuestro lugar, nuestro aporte y nuestra función en el equipo interdisciplinario. La entrevista será la que nos permitirá, a partir de una escucha particular que contemplará todo aquello que vimos hasta acá, discriminar un diagnóstico probable y la necesidad de un tratamiento o de una reacción pertinente —normal— vinculada a ese momento extremo de la vida.

A propósito de ese encuentro, que definimos como *dialógico*, Anatole nos dice:

Desde el primer momento tuve una sensación negativa sobre [el] médico. Era un hombre de un aspecto tan inofensivo que parecía no ser suficientemente intenso ni voluntarioso para imponerse a algo tan poderoso y demoníaco como la enfermedad. Era insulso, afable, difuso y cortés allí donde la cortesía era irrelevante. Tuve la impresión de que sería cortés incluso con mi enfermedad, fuera la que fuese. [...] No me gustó su manera de hablar: me resultó intencionalmente intencionada. [...] No vi en él ninguna señal de que apreciase el sentido trágico de la vida, no aprecié un enfurecido deseo de oponerse al destino. Comprendí, cómo no, que lo que estaba buscando era irracional, que estaba exigiendo nada más y nada menos que un médico ideal.

Como psiquiatras —psicogeriatras— ante la circunstancia de fin de vida evaluaremos la presencia de depresión, ansiedad, confusiones, deterioro cognitivo, que puede estar caracterizada por la desesperanza, pérdida o duelo; asimismo, contemplaremos las características de la personalidad y el contexto. También podremos evaluar la capacidad cognitiva y emocional frente a una toma de decisión. Por último, aportaremos una actitud terapéutica que puede ayudar tanto al paciente como a su familia y al equipo de salud.

Frente a las enfermedades crónicas terminales, la necesidad de una consulta —opinión— psiquiátrica puede constituir un aporte porque, como nos comenta Anatole: “Estar enfermo es estar también psíquicamente trastornado”.

## Los datos y el desafío de la depresión

Del 25 % al 50 % de los pacientes con cáncer avanzado presentan morbilidad psiquiátrica, que se puede evidenciar en forma de estados de ansiedad,

angustia o trastornos depresivos.<sup>645</sup> En esa línea, consignamos oportunamente que la prevalencia de la depresión aumentaba de acuerdo con el ámbito, llegando al 78 % en residencias geriátricas; así como la comorbilidad alta en demencia, párkinson, ACV y cáncer. Esto justifica, desde ese punto de vista, buscar su presencia.<sup>646</sup>

Pero más allá de los pormenores de la depresión que pudimos ver en el capítulo específico, ¿cuáles serían las particularidades que podríamos remarcar en el contexto de los cuidados paliativos? Mencionaremos el registro de lo *incurable*, así como la perspectiva del fin de la vida puede cambiar la visión —las expectativas—, se establecen nuevas prioridades. Los tiempos de tratamiento suelen ser más cortos,<sup>647</sup> situación que puede llevarnos a focalizar o prestar más atención en los síntomas físicos, aquellos “enemigos concretos” conocidos con los que estaríamos más familiarizados, como ocurre, por ejemplo, con el dolor. No obstante, como dijimos, desde nuestro lugar profesional puede ser difícil diferenciar un trastorno depresivo manifiesto de una reacción apropiada (*pertinente*) y comprensible, teniendo en cuenta la situación de fin de vida que atraviesa la persona. Corremos el riesgo, en ese caso, de psiquiatrizar o subdiagnosticar. Las limitaciones de tiempo o cierto recelo a profundizar sobre preocupaciones existenciales pueden llevarnos a pensar que abordar *la angustia* podría generar más angustia en el paciente. Asimismo, por parte de los pacientes puede ocurrir que subestimen los síntomas depresivos.

Sumado a esto, evaluar la depresión —el malestar psicológico— en el contexto de fin de vida constituye también un desafío, debido a que los síntomas neurovegetativos de la depresión, como la anergia, la hiporexia, la alteración de la concentración y las alteraciones del sueño, pueden ser manifestaciones comunes de una enfermedad médica avanzada. Aunque los pensamientos y síntomas depresivos pueden estar presentes entre el 15 % y el 50 % de los pacientes con cáncer, solo entre el 5 % y el 20 % cumplirán los criterios de diagnóstico del trastorno depresivo mayor.<sup>648</sup>

645 Benítez del Rosario MA. Complicaciones psiquiátricas, neurológicas y cutáneas en el paciente con enfermedad en fase terminal. *Aten Primaria*. 2002 Jul-Aug;30(3):179-182.

646 Rosenstein DL. Depression and end-of-life care for patients with cancer. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(1):101-108.

647 Pralong A, et al. Depression, anxiety, delirium and desire to die in palliative care: recommendations of the S3 guideline on palliative care for patients with incurable cancer. *Nervenarzt*. 2020 May;91(5):391-397.

648 Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004;(32):57-71.

## ¿Qué podemos hacer?

Recuerdo el diálogo que tuve con un colega luego de una presentación relacionada con el lugar del psiquiatra en la situación de fin de vida.

—Quería preguntarle sobre la utilidad de la venlafaxina, ya que puede ser utilizada como antidepresivo y coadyuvante para el dolor.

—Efectivamente, es así —contesté—. Pero no me quedaría solo con la indicación del medicamento.

—No entiendo, ¿a qué se refiere? —preguntó.

Mi respuesta estuvo relacionada con lo que implica nuestro lugar, en el cual no solo deberemos estar atentos a qué damos, sino también al cómo y al porqué. Para esto debemos remitirnos al encuentro dialógico que constituye la entrevista, en la cual, aparte de preguntar con el objetivo de arribar a un diagnóstico, también tiene que (o puede) contener a la persona, abrazar con la palabra. En línea con esto, dice Anatole, nuestro hipotético paciente:

¿Qué es lo que deseo de un médico? Yo diría que busco a alguien que sepa leer a fondo la enfermedad y que sea un buen crítico de la medicina. Asimismo, quisiera un médico que no solo fuese un médico de talento, sino que fuese por añadidura un poco metafísico. Alguien capaz de tratar el cuerpo y el alma.

A propósito, un colega psiquiatra relata una viñeta clínica que resulta muy reveladora en ese sentido. Después de revisar sus síntomas —dice—, le informé [a la paciente de 93 años] mi diagnóstico de depresión. Le expliqué —agrega— que la depresión a menudo se asocia con accidentes cerebrovasculares y le aclaré que los sentimientos de tristeza no son necesariamente los más frecuentes. Dicho esto, le ofrecí un tratamiento. Ella sonrió y me preguntó qué implicaba el tratamiento. Le comenté que estaba constituido por una medicación antidepresiva. Ella se mostró escéptica y lo rechazó, pero accedió de buena gana a que la viera en una semana.<sup>649</sup>

Rescato de esta anécdota la importancia de —como comentamos en el apartado de los tratamientos— el *hacer* por sobre el *dar*. Un hacer que, desde ya, puede incluir la prescripción de un medicamento. Dicho de otro modo, la importancia de ampliar nuestro concepto de tratamiento más allá de la *pastilla*; sobre todo en estos casos. A propósito, dice Anatole:

649 Hospice Chaplaincy. Wishing for death: a psychiatrist's encounter with end-of-life depression. 2021. Disponible en: <https://hospicechaplaincy.com/2021/04/15/wishing-for-death-a-psychiatrists-encounter-with-end-of-life-depression/>

No tiene por qué mentir al enfermo, no tiene por qué darle falsas garantías. Él mismo, su presencia y su voluntad de llegar al paciente son la garantía que necesita el enfermo.

Acaso tendría que haber otro especialista, una combinación de adivino, payaso y poeta, para echar mano a la hora de dar respuesta a las preguntas del paciente.

Por otro lado, no hay una evidencia clara sobre la efectividad de la terapia psicofarmacológica de la depresión en el contexto paliativo. Una revisión concluye que encontró un posible efecto beneficioso de los antidepresivos frente al placebo en personas deprimidas con cáncer. Sin embargo, la certeza de la evidencia es muy baja y, sobre la base de estos resultados, es difícil concluir respecto de las implicaciones en la práctica.<sup>650</sup> No obstante, según Pralong *et al.* (2020), el tratamiento no farmacológico y farmacológico de la depresión en el marco de los cuidados paliativos no tendría que diferir esencialmente de lo que se lleva a cabo en el contexto general. Se basaría en la gravedad de la depresión. Asimismo, el control de los síntomas físicos y el apoyo son fundamentales para el tratamiento de los síntomas depresivos al final de la vida.

Con relación a la ansiedad, la terapia farmacológica está indicada cuando las medidas no farmacológicas fueron inadecuadas para aliviarla. Los episodios de ansiedad deben ser tratados con benzodiacepinas de acción corta y con un inicio de acción rápido. En esa situación, el lorazepam de 0,5 a 2 mg podría ser una opción. Antidepresivos, antipsicóticos y otros fármacos con efectos ansiolíticos pueden utilizarse como terapia de segunda línea o en el caso de cursos más prolongados de la enfermedad.<sup>651</sup>

El colega psiquiatra relata al final de su escrito que desarrolló una *fuerte alianza terapéutica* con la paciente, y reflexiona que tratar la depresión al final de la vida puede resultar frustrante y hacernos sentir impotentes, pero debemos tener en cuenta que, si bien nuestra capacidad de *curar* es limitada, nuestra capacidad de consolar y contener es ilimitada. Contemplar nuestro rol a partir de ahí ampliará, sin dudas, nuestras posibilidades.

650 Vita G, Compri B, Matcham F, Barbui C, Ostuzzi G. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023 Mar 31;3(3):CD011006.

651 Nübling G, et al. Drug therapy of anxiety and fear in palliative care patients with cancer or other illnesses : a systematic review. *Schmerz.* 2012 Sep;26(5):537-549.

### Agrega Anatole:

Para un médico típico, mi enfermedad es un incidente rutinario que se encuentra en su ronda, mientras que para mí es la crisis de mi vida. Me sentiría mejor si tuviese un médico que al menos percibiera esta incongruencia.

¿Cómo va a presuponer el médico que puede curar a un paciente si no sabe nada de su alma, de su personalidad, de sus trastornos del carácter? Todo forma parte del plan.

Para llegar a mi cuerpo, mi médico tiene que llegar a mi carácter.

Yo pondría mi esperanza en que la autoridad y el carisma de mi médico contribuyesen a protegerme [...] de la “pérdida del alma”, una sensación de vacuidad terrible [...]. Cuando sale el alma, la enfermedad entra sin impedimento. Por eso quiero un médico con sensibilidad.

Teniendo en cuenta estas particularidades vinculadas con nuestro quehacer en un ámbito específico como el de cuidados paliativos, esquematizaremos nuestra tarea siguiendo los lineamientos que propone Pralong *et al.* (2020). Refieren los siguientes puntos:

1. Percibir y reconocer la presencia de un trastorno psiquiátrico.
2. Comprender la complejidad del eventual deseo de muerte a partir de la conversación con el paciente y, si es necesario, con los familiares.
3. Brindar un apoyo limitando los objetivos de la terapia, *sobrellevar activamente* un deseo de muerte persistente.
4. Prevenir el suicidio.

## La soledad, el fin de vida y los deseos de muerte

En este momento particular suceden fenómenos o situaciones que es importante tener en cuenta.

La soledad es uno de ellos; constituye un predictor de deseos pasivos de muerte; estos son frecuentes en la vejez. El 7 % de los pacientes de atención primaria sin depresión informan tener ideas de muerte. Aunque los deseos pasivos de muerte no son sinónimo de ideación suicida, actos suicidas o suicidio, están correlacionados. Por este motivo, representan un factor de riesgo a considerar.<sup>652</sup>

652 Ayalon L, Shiovitz-Ezra S. The relationship between loneliness and passive death wishes in the second half of life. *Int Psychogeriatr*. 2011 Dec;23(10):1677-1685.

El *deseo de muerte* es un fenómeno amplio y complejo que ocurre en pacientes con una enfermedad incurable y progresiva. Puede tener causas, características y consecuencias individuales. Si bien tradicionalmente se consideró que el deseo de morir es el resultado del sufrimiento físico (dolor) que pudiera haber, este debería entenderse en el contexto singular de la experiencia del paciente. Por ese motivo, más allá de los síntomas físicos, deberemos contemplar otros factores que pueden desencadenar los deseos de muerte; entre ellos, mencionaremos los psicológicos (depresión, desesperanza, miedo), el sufrimiento existencial (pérdida de sentido) y las consecuencias a nivel social o familiar (sentimiento de ser una carga).<sup>653</sup> Nuestro trabajo será evaluar la presencia de *patologías* y, en ese sentido, estar atentos al riesgo suicida y a la desesperanza.

Por otro lado, si los pacientes no expresan el deseo de morir (de forma directa o metafórica), se debe preguntar al respecto durante el curso de la entrevista y del tratamiento en general. A menudo existe el temor de desencadenar o intensificar pensamientos suicidas.<sup>654</sup> Eso —sabemos— constituye un mito: la discusión abierta y activa sobre los deseos de muerte alivia.<sup>655</sup>

Refiere Anatole:

Todos los pacientes necesitan que los resuciten por medio del boca a boca, pues la conversación es el beso de la vida.

No todos los pacientes pueden salvarse, pero sus enfermedades pueden ser más llevaderas según responda el médico ante ellos, y al responder ante ellos el propio médico puede salvarse.

Es necesario que entienda que su silencio y su neutralidad son anti-naturales. Acaso sea necesario que renuncie a una parte de su autoidad a cambio de recuperar su humanidad.

Uno de los médicos miraba sin mirar, y, por lo tanto, sin ver. Cuando un médico se niega a reconocer al paciente, en el fondo está abandonándolo a su enfermedad.

A partir de lo que desarrollamos en el capítulo correspondiente, señalaremos algunas particularidades que se encuentran relacionadas con el fin de

653 Rodríguez-Prat A, et al. Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*. 2017 Sep 29;7(9):e016659.

654 Blades CA, et al. The benefits and risks of asking research participants about suicide: A meta-analysis of the impact of exposure to suicide-related content. *Clin Psychol Rev*. 2018 Aug;64:1-12.

655 Dazzi T, et al. Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychol Med*. 2014 Dec;44(16):3361-3.

vida. La *soledad* es una experiencia desagradable y suele ir acompañada de sensibilidad, sentimiento de desesperación y ansiedad por el futuro. Por lo tanto, evaluar su presencia en pacientes con cáncer terminal es importante.<sup>656</sup> Esta afectaría a más de un tercio de los adultos mayores y, en el contexto de fin de vida, incrementaría las probabilidades respecto de los que se encuentran acompañados de sufrir *síntomas* (dolor, dificultad para respirar, fatiga, pérdida de apetito, vómitos y confusión) y de experimentar una mayor carga de estos, lo que puede afectar la calidad de vida cercana a la muerte.<sup>657</sup>

Un estudio comparó aspectos cualitativos de la experiencia de soledad en personas en fin de vida, sus cuidadores y la población en general, y concluyó que la soledad se experimenta de manera diferente dentro o fuera de una institución y en los tres grupos. La población general obtuvo puntuaciones significativamente más bajas que los otros dos subgrupos.<sup>658</sup>

Quizás no haya mucho secreto desde donde partimos. Esto es: los pacientes en una etapa terminal se sintieron, en general, solos; y aquellos que no tuvieron visitas ni apoyo familiar experimentaron un mayor nivel de soledad.<sup>659</sup> Otro tanto ocurre en las instituciones geriátricas: frente a la soledad aumenta la necesidad de asistencia, tanto de síntomas físicos como emocionales.<sup>660</sup>

La soledad en el fin de vida se relaciona, al menos, con tres condiciones diferentes:<sup>661</sup>

1. Soledad **social**: ocurre debido al deterioro de la salud, una red disminuida, pérdida de roles o de la pareja/familia.
2. Soledad **emocional**: sentimiento de total soledad, incluso en presencia de otros. Las personas pueden tener grandes dificultades para comprender y expresar sus emociones.
3. Soledad **existencial**: se entiende como un vacío, una tristeza y un anhelo intolerables. Se experimenta en situaciones de fin de vida porque nos

656 Deckx L, van den Akker M, Buntinx F. Risk factors for loneliness in patients with cancer: a systematic literature review and meta-analysis. *Eur J Oncol Nurs*. 2014 Oct;18(5):466-477.

657 Abedini NC, et al. The relationship of loneliness to end-of-life experience in older Americans: a cohort study. *J Am Geriatr Soc*. 2020 May;68(5):1064-1071.

658 Rokach A, Matalon R, Safarov A, Bercovitch M. The loneliness experience of the dying and of those who care for them. *Palliat Support Care*. 2007 Jun;5(2):153-9.

659 Çıracı Y, et al. Loneliness of oncology patients at the end of life. *Support Care Cancer*. 2016 Aug;24(8):3525-31.

660 Reynolds K, et al. Needs of the dying in nursing homes. *J Palliat Med*. 2002 Dec;5(6):895-901.

661 Ettema EJ, et al. Existential loneliness and end-of-life care: a systematic review. *Theor Med Bioeth*. 2010 Apr;31(2):141-169.



confronta con la muerte, donde uno es más consciente de su propia soledad. Esta soledad no puede ser anulada ni por la presencia de otros ni por un adecuado manejo de los sentimientos. Por lo tanto, esta soledad es esencial para comprenderla en el fin de vida.

Hay que estar preparados para enfrentar la angustia psicosocial y espiritual de los pacientes: debemos ser conscientes de los sentimientos de abandono en situación de fin de vida, así como de los sentimientos de soledad existencial que pueden surgir. Escuchar que alguien desea morir puede generar incomodidad y angustia. Hablar sobre la muerte con los pacientes o sus familiares puede resultar antinatural.<sup>662</sup> Con relación a esta situación, el filósofo Byung-Chul Han en *Muerte y alteridad* nos orienta cuando dice que “el otro realiza una ‘conciliación entre el sujeto y la muerte’. Me restablece. El otro vuelve a ponerme en pie desde aquella posición yacente absolutamente pasiva en la que me había sumido la muerte”.<sup>663</sup> El *otro* seríamos nosotros.

Para finalizar, citaremos un extracto del libro —un clásico sobre este tema— de Norbert Elías *La soledad de los moribundos*:<sup>664</sup>

La soledad y el aislamiento [en el fin de vida] tiene que ver con la actitud que adoptan los sobrevivientes.

[En fin de vida] las personas pueden dejarse llevar por ella resignados o intentar, precisamente ahora que van a morir, romper el muro. Sea como fuere necesitan más que nunca tener la sensación de que todavía no han perdido el significado que tenían para las otras personas. Pero con cierta mesura: pueden serles tan insoportables las muestras excesivas de simpatía como las muestras demasiado escasas.

*Cuando una persona a punto de morir tiene la sensación de que, aunque todavía está viva, apenas significa ya nada para los que la rodean, esa persona se siente verdaderamente sola.*

662 Browall M, et al. Existential encounters: nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care. *Eur J Oncol Nurs*. 2014 Dec;18(6):636-644.

663 Chul-Han B. *Muerte y alteridad*. Barcelona: Ed. Herder; 2018.

664 Elías N. *La soledad de los moribundos*. México: FCE; 2009.



# Hacia una (nueva) filosofía de la vejez

*Todos quieren vivir mucho tiempo;  
pero nadie quiere ser viejo*

—Eduardo del Cerro

Una mujer de 94 años me preguntó al inicio de la consulta: “¿Qué se hace con la vejez?”. Me sonreí. Fue una sonrisa nerviosa: luego de haber finalizado un texto tan extenso como este, no tenía una respuesta contundente, o al menos una aproximación que nos dejase a ambos medianamente tranquilos. Como es un interrogante que nos ubica en el pasado y también en el presente, pero nos abre, además, la puerta hacia el futuro, ensayé la siguiente respuesta: “Como tendría que haber sido siempre; siguiendo, haciendo”.

En el pasado, otra paciente manifestó a modo de queja que antes los viejos con mucha menos edad que los de ahora ya no hacían nada y nadie los molestaba; se lo habían ganado. “Hoy —decía— tenemos que hacer un montón de cosas. No podemos parar. Eso se convirtió en un lujo”. Sin querer, en la primera parte mencionaba la teoría de la desvinculación que propuso en los sesenta el sociólogo Ernest Burgess, cuando decía que las personas mayores pierden roles durante el envejecimiento; un pensamiento que recibió muchas críticas: no se puede considerar un proceso inevitable ni universal. Pero ¿qué ocurre con la segunda parte?, ¿acaso nos habla de una nueva forma de envejecer?

Los autores Balbuena *et al.* (2019)<sup>665</sup> refieren que existe un impulso empoderador de las personas mayores, en cuya trama se esconde el hecho de compensar, a partir de un esfuerzo individual, el abandono del sistema de protecciones sociales. En línea con este pensamiento, podríamos ubicar al *auto-cuidado*. De aquí surge el imperativo del *envejecimiento activo*, que ubica a la persona mayor como hiperactiva y sobresexualizada, una orientación que se encolumna con los requerimientos de consumo y rendimiento contemporáneo. En ese sentido, existe un esfuerzo por visibilizar a la persona mayor como un actor —nuevo— con capacidad de agencia y de plegarse a las técnicas y a los imperativos orientados a combatir y demorar el envejecimiento.

Un artículo de diciembre del 2019 se tituló “Viejénials: *el gran negocio de disfrutar la vejez*”,<sup>342</sup> el cual sirve para nombrar o ubicar a este nuevo actor. Dice que “si de algo se hablará en los próximos años, será de cómo crear riqueza con esta generación ganada a la muerte y que ha sido bautizada como *ma-durescentes*, *gerontolescentes*, *viejénials*, *adultescentes* o *joviejos*”. “Esta revolución de las canas —agrega— permitirá que millones de personas de esa edad sigan trabajando, ahorrando, creando y consumiendo. Será posible que nazcan nuevas industrias y emprendedores, muchos de ellos *seniors*, que encuentren oportunidades donde nadie pensó que podía haberlas”.

Surgió, en este contexto, la *silver economy*. El mercado se adelantó: ya trabaja en eso. Ahora bien, desde un punto de vista clínico, ¿estamos haciendo lo mismo? ¿Cambiaron nuestras expectativas? ¿Qué esperamos ahora de nuestros tratamientos? ¿Qué esperan ahora nuestros pacientes y familiares? ¿Qué influencia tiene en nuestra práctica esta nueva forma de envejecer?

Si volvemos a la pregunta inicial sobre qué se hace —hacemos— con la vejez, en un segundo tiempo agregué que, ante este logro de haberla prolongado, se empieza a trazar un camino nuevo también. Las personas mayores que transitan por la actualidad son las encargadas de ese trabajo. “No es que antes no hayan existido, sino que no éramos tantos”, aclaró un hombre de 88 años. Otro, de una edad similar, comentó: “La mayoría vamos a morir más grandes que nuestros padres. No tenemos referentes”.

Podríamos decir que, desde un punto de vista clínico, también empezamos a transitar un nuevo camino plagado de derivaciones del imperativo que

665 Balbuena Y, et al. *Vejez y envejecimiento: conceptualizaciones y abordajes desde las ciencias sociales*. En: Iuliano R, compilador. *Vejez y envejecimiento. Aportes para la investigación y la intervención con adultos mayores desde las ciencias sociales, la psicología y la educación*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación; 2019. (Andamios; 6. Serie Perspectivas). Disponible en: <https://www.libros.fahce.unlp.edu.ar/index.php/libros/catalog/book/152>

comentamos. Un hombre de 91 años lo manifestó en estos términos: “¿Cómo puede ser que el año pasado me metía en el mar y me dio miedo?”.

En línea con lo nuevo, se encuentra el tema de género. Como refiere Balbuena *et al.* (2019), al hablar de longevidad necesariamente nos cruzamos con que las mujeres viven más que los hombres; se genera así una feminización social de la vejez. En el artículo clásico de la escritora Susan Sontag (de 1979), “The double standard of aging”,<sup>666</sup> señala que el devenir evolutivo de hombres y mujeres mantiene un significado cultural diferente: a las mujeres se las percibe como mayores antes que a los hombres. Sin dudas podríamos decir que esta afirmación se encuentra en jaque: por lo menos en la clínica nos encontramos con demandas similares. Dicho de otro modo, ¿asistimos gradualmente a una unificación de ese estándar?

Svenja Flasspöhler, en su libro *Sensible*,<sup>667</sup> plantea que la sensibilidad actual se encuentra en un proceso de transformación, buscando un equilibrio entre el reconocimiento de las injusticias, la protección del bienestar individual y el diálogo abierto y respetuoso. Desde ya, no sería una situación consolidada. Es lo que estamos atravesando: la búsqueda de un nuevo equilibrio, en el cual la persona mayor no tenga que esforzarse por *parecer*; sino *ser* en su singularidad y a partir de sus posibilidades.

A propósito de esta transición, nos enfrentamos con ciertas dificultades; en ese sentido, podemos mencionar el pensamiento que expone Byung-Chul Han en *Crisis de la narración*.<sup>668</sup> “En otros tiempos, las narraciones —dice— expresaban el modo de sentir de una época”. “Con su verdad intrínseca, son lo contrario de las narrativas aligeradas, intercambiables y devenidas contingentes, es decir, de las micronarrativas del presente, que carecen de toda gravitación y de toda pretensión de verdad”; en otras palabras, aquella narrativa que nos organizaba hoy se encuentra en tensión frente a las micronarrativas actuales. Es un tiempo de hiperactividad, sometido a un “tsunami informativo” en el cual es difícil encontrar la pausa contemplativa —necesaria—. La hija de una paciente consultaba con preocupación que su madre se estaba quedando más en la cama y que estaba yendo a gimnasia sin demasiadas ganas.

Hablamos de personas que necesariamente se deben mantener activas; “Algo tenemos que hacer”, dijo una paciente de 87 años. Son personas que se han actualizado a los tiempos, y su actividad también pasa por WhatsApp, las

666 Sontag S. The double standard of aging. The Saturday Review, 23 de septiembre de 1972. p. 29-38. Disponible en: <https://archive.org/details/the-double-standard-of-aging/page/n1/mode/2up?view=theater>

667 Flasspöhler E. *Sensible*. Barcelona: Herder; 2023.

668 Chul-Han B. *Crisis de la narración*. Barcelona: Herder; 2023.

redes sociales y las diferentes plataformas. Son personas que deberán integrarse intergeneracionalmente; o, mejor dicho, deberemos volver a integrarnos entre las diferentes generaciones; situación que no dependerá solo de la voluntad de quienes transcurren la vejez, sino de toda la sociedad, que puede generar o impedir la participación individual y colectiva en la economía, así como a nivel social y cultural del país.

Por último, deberemos encontrar nuevos sentidos, más allá de los lineamientos que propone el mercado. Mientras tanto, qué se hace con la nueva vejez es una pregunta cuya respuesta encontraremos mientras hacemos. Mientras vivimos.

# Agradecimientos

Ya está. El libro ya no me pertenece, si es que alguna vez me perteneció. Porque desde las primeras palabras que empecé a escribir —que me animé a escribir— tuve la plena conciencia de que no estaba solo. Así fue como el texto, los diferentes textos que lo componen, se llevaron a cabo a partir de un diálogo permanente con aquellos que me formaron. No fue siempre una conversación amena: hubo de todo, desde alegría por el recuerdo hasta tensión, miedo y vergüenza. Es el reconocimiento que intenté plasmar de manera explícita en algunos casos y de forma implícita en otros. Pero ¿acaso no se trata de eso escribir? De lograr una armonía —o al menos una ilusión— entre el consenso y el disenso, y seguir, animarse a seguir. Algo que no podría haber hecho sin el estímulo de personas que, de manera constante, me alentaron a eso: a seguir. Fueron sus estímulos, observaciones, preguntas, lecturas, recomendaciones y consejos lo que se tradujo en ese compromiso necesario para avanzar y continuar.

La lista, como toda lista, no podrá ser exhaustiva; pero intentará ser abarcativa: Débora Warat, Laura Mune, Florencia Arslanian, Miryam Monczor, Judith Szulik, Silvina Dahl, Romina Rubin, Yamila Antolin, Edgardo Di Virgilio, María Eugenia Benito, Alejandro Valderrama, Fernando Troncoso, Martín Ruiz, Pedro Pieczanski, Guido Castagnola, Florencia Vázquez, Paula Girard, Mariana del Cerro, Wanda Gisbert, Natalia Pisa, Sonia Kodys, Soledad Álvarez, Enrique Rozitchner, Mariana Pedace, Mis padres. Y a la UMAI, por haber brindado la posibilidad de la publicación.

Soportaron mis dudas; sobre todo, mi pregunta siempre presente: ¿para qué? Por eso y mucho más, quiero agradecerles por aguantarme y contenerme con palabras de aliento y consideración. También hubo estímulo y ayuda.

Por último, a mi familia, mi esposa e hijas. Sin su comprensión, este texto habría sido imposible.









# **OTROS TÍTULOS DE LA EDITORIAL MAIMÓNIDES**

## **Epistemología del Pensamiento Jurídico Complejo**

Elvio Galati

## **Geriatría desde el Principio**

Diego Alejandro Bernardini

## **Historia de la Enfermería y la Salud Pública**

María Teresa Ricci

## **La Intervención Técnica en Materia Penal Juvenil**

José Antonio Rodríguez

## **El rugby desde sus Principios**

Darío Salluzzi

## **Maimónides. Pensamientos para el Siglo XXI**

Mario Cohen

## **Maimónides. Un Sefardí Universal**

Mario Cohen

## **Teoría General de la Musicoterapia**

Rubén Gallardo



Asistimos al envejecimiento de la vejez: se sumaron más años a esta última etapa de la vida. Esta mayor longevidad es un logro importante de los tiempos modernos, pero plantea (y planteará) desafíos relacionados con la atención sanitaria de la persona mayor. En ese sentido, el aumento de la expectativa de vida conlleva un mayor riesgo de presentar comorbilidades.

*Esto (no) es un manual de psicogeriatría* es un libro que desafía los modelos tradicionales. Pretende, en este contexto, ser una invitación a (re)pensar la atención de las personas mayores desde el aporte que brinda la psiquiatría. Con rigor clínico se ofrecen conceptos y relatos vinculados a los diagnósticos, la personalidad, el entorno y los tratamientos que iluminan el complejo territorio de la psicogeriatría, un campo donde el conocimiento técnico se entrelaza con la necesidad de una escucha profunda para reconocer la singularidad de cada historia y construir a partir de ahí una práctica que dignifique el envejecimiento.

Tanto la actualidad por la que transitamos, como el panorama que se vislumbra a futuro nos invita —¿obliga?— a mantener una apertura a la experiencia que garantice un verdadero trabajo interdisciplinario; así como la búsqueda de las mejores preguntas que nos permitan encontrar las soluciones acordes frente a los problemas nuevos (y los de siempre) que plantea la vejez.

Dirigido a profesionales de la salud —psiquiatras, psicólogos, médicos, gerontólogos— y a quienes se sienten convocados por y para el cuidado de las personas mayores. Este texto es un intento que busca comprender los padecimientos, fortalezas y la riqueza emocional que se presenta en la vejez. Porque atender no es solo intervenir: es acompañar con sentido.