

18
24



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN EL
PACIENTE GERIÁTRICO.

T E S I S

Que para obtener el Título de:

Cirujano Dentista

P r e s e n t a :

Norma Leticia Archundia Mares

México, D. F.

ELIS CON
FALTA DE ORIGEN

1991.



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

HUEHUETEOTL

(Huehue, viejo, Teotl, dios: el Dios Viejo)

Las antiguas culturas de Meso-América (4000 a 5000 años a.c.) veneraban a este dios, a quien consideraban ser el padre de todos los dioses. Se le representaba como un viejo descontentado, barbado, con arrugas en la cara, sentado en actitud de gemir.

Carga en su cabeza el brasero que era el recipiente del fuego en la vida cotidiana dentro del cual se quemaba copal en honor de dios, hecho que



le otorga la posesión de la luz y el poder.

Esta figura pertenece a la Cultura Olmeca, las representaciones más antiguas encontradas proceden del periodo preclásico superior (300 a 800 años a.c.) los pueblos del altiplano le rendían culto dentro del hogar, -- pues se ha encontrado su imagen en piedra y en barro en las zonas arqueológicas del Pedregal de San Ángel y de Cuicuilco, en el Distrito Federal y fué encontrada en el cerro de las Mesas en el actual estado de Veracruz.

(10/11)

INDICE

CAPITULO	PAG.
INTRODUCCION.	1
I. <u>DETERIORO INTELECTUAL.</u>	
1.1. GENERALIDADES.	4
1.2. EL ASPECTO CUALITATIVO.	6
1.3. LA EFICIENCIA DEL PENSAMIENTO.	7
1.4. DEBILIDADES POTENCIALES.	8
II. <u>DETERIORO FISIOPATOLOGICO.</u>	15
III. <u>EXAMEN NEUROPSICOLOGICO.</u>	
3.1. LENGUAJE Y LECTURA.	21
3.2. ESCRITURA.	22
3.3. AFASIAS.	23
3.4. AGNOSIAS.	23
3.5. APRAXIAS.	23
3.6. DISARTRIAS.	24
3.7. DISFASIAS.	24

IV. TRASTORNOS DE LA MEMORIA.

4.1.	LA MEMORIA - EL ENVEJECIMIENTO.	28
4.2.	CARACTERÍSTICAS DE LA MEMORIA EN LA VEJEZ.	36
4.3.	SÍNDROME MENTAL ORGÁNICO.	37
4.4.	EXAMEN CLÍNICO.	38

V. TRASTORNOS DEL SUEÑO.

5.1.	GENERALIDADES.	43
5.2.	DEPENDENCIA MEDICAMENTOSA.	44

VI. DEPRESIÓN.

6.1.	GENERALIDADES.	48
6.2.	ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN	53
6.3.	SIGNOS Y SÍNTOMAS	57

VII. DEMENCIA.

7.1.	HISTOLOGÍA NATURAL DE LA DEMENCIA SENIL.	70
7.2.	DEMENCIA. (INSUFICIENCIA CEREBRAL CRÓNICA).	70

7.3.	CAMBIOS POR ENVEJECIMIENTO.	73
7.4.	ENFERMEDADES DE ALZHEIMER	74
7.4.1.	ENFERMEDADES DE PICK O ATROFIA CORTEJAL CIRCUNSCRITA.	74
7.4.2.	HISTORIA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER - LA DE PICK.	76
7.5.	DEMENCIA LENTIL NEURONAL PRIMARIA	78
7.6.	DEMENCIA ARTERIOESCLEROTICA (POR INFARTOS MULTIPLES).	78
7.7.	DEMENCIA SECUNDARIA	79
7.8.	MANEJO DE LA DEMENCIA	81

VIII. ESTADOS CONFECCIONALES.

8.1.	GENERALIDADES.	86
8.2.	INFECCIONES.	87
8.3.	MEDICAMENTOS	87
8.4.	CAMBIOS AMBIENTALES.	88
8.5.	TRAUMATISMO.	88
8.6.	DIABETES.	88
8.7.	UREMIA. (LOCURA DE MIXEDEMA).	89

IX. CARACTER Y ESTADOS REGRESIVOS.

9.1.	CARACTER Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA.	94
------	--	----

9.2.	LA REGRESION AFECTIVA.	95
------	------------------------	----

4. PSICOSIS.

10.1.	ESQUIZOFRENIA.	99
10.2.	MANIACO-DEPRESIVO.	101
10.3.	PARANOIA	101

41. PSICOFARMACOLOGIA.

11.1.	GENERALIDADES.	110
11.2.	AGENTES ANTIPSICOTICOS.	113
11.3.	ANTIDEPRESIVOS.	116
11.4.	LITIO.	118
11.5.	HIPNOTICOS/SEDANTES.	120

CONCLUSIONES.	123
---------------	-----

BIBLIOGRAFIA.	127
---------------	-----

INTRODUCCION.

La introducción del ser humano en el desarrollo de las capacidades y habilidades físicas, mentales y sociales durante la infancia y la juventud y las continuas vivencias durante la edad adulta hasta llegar a la tercera edad repercuten recíprocamente en las alteraciones psicológicas que se presentan en la vejez.

Algunos de estos problemas que deterioran los aspectos psicológicos en la tercera edad son: ansiedad, angustia y fobia.

La ansiedad es un estado de alerta en un momento significativo del organismo. Pero si se le altera en un estado de neurosis, no hay beneficio para el organismo.

En estado de neurosis de ansiedad hay sufrimiento porque los músculos se tensan, hay dolor general por tensión muscular, el pulso se acelera (palpitaciones opresivas), la irrigación sanguínea aumenta (falta de aire en la respiración) y la mente queda en estado de alerta y en alta concentración (vértigo y temblores).

La angustia es una respuesta global de la personalidad en situaciones que el sujeto experimenta como amenazante para su existencia organizada. Se caracteriza por un afecto de incertidumbre e impotencia ante una amenaza que no es percibida del todo

o que lo es en forma vaga e imprecisa. La angustia es como una señal de que una amenaza se cierne sobre la personalidad y que no es sino el alertamiento del organismo ante un peligro que - facilitis el que la reacción sea adecuada a la situación de peligro.

A través de experiencias individuales, casi cualquier objeto o situación puede relacionarse simbólicamente con algún conflicto y convertirse en fobia.

El enfermo fóbico es un sujeto que evade alguno de los problemas de la vida adulta e independiente (sexo, madurez, responsabilidad, etc.) sustituyendo su miedo por un miedo simbólico.

Las fobias que se presentan más frecuentemente son: claustrofobia (miedo a los espacios confinados tales como elevadores, salas de espectáculos, etc.), agorafobia (miedo a los espacios abiertos), acrofobia (miedo a las alturas).

1. DETERIORO INTELECTUAL.

DETERIORO INTELECTUAL

La capacidad intelectual decae progresivamente. El principal problema es la incapacidad cada vez mayor para coherer ideas nuevas y para aprender. Cuando esta se acompaña con pérdida de la memoria, la conversación normal con una persona demenciada se hace más difícil y frustrante para ambos, la persona normal y el enfermo. Así, los demencias tienden a estar socialmente aisladas y los problemas de la conducta aumentan.

La capacidad intelectual viene condicionada por el cociente intelectual, la memoria, aprendizaje, capacidad de juicio y creatividad. vemos que el cociente intelectual del anciano desciende progresivamente (en realidad desciende a partir de los 30 años de edad) y no es un dato valorable, excepto si se hacen estudios de longitud (estudio longitudinal es decir, pruebas en el mismo sujeto durante el periodo de tiempo para ver la evolución).

La capacidad intelectual es una cualidad medida por los parámetros de inteligencia. Está en relación con la habilidad para manipular símbolos u objetos en el proceso de solución de los problemas presentados.

La capacidad de juicio, entendiéndola ésta como la habilidad para analizar nuevos conceptos y seleccionar la información en vis-

tas a la solución de los problemas. Parece declinar en los últimos años de la vida.

En relación a este hecho, la creatividad, cualidad intelectual condicionada por la capacidad-conceptual, capacidad de enjuiciamiento de los conceptos, podría verse disminuida con la edad. Pero de todos es conocido la gran cantidad de trabajo creativo desarrollado por personas en sus años de vejez. Los psicólogos norteamericanos han afectado al análisis de estas cuestiones, han introducido los términos de "producción de alta calidad" y "productividad total" para indicar los aspectos diferentes de la creatividad. La "producción de alta calidad" se encontraría máxima antes de los 50 años de edad. La "productividad total" no se vería modificada con la edad.

En las pruebas de inteligencia intervienen la habilidad personal, la experiencia adquirida. Toda prueba de inteligencia debe guardar relación con el medio cultural en que se desenvuelve el sujeto, especialmente en los ancianos, que provienen de muy diferentes orígenes y distintas generaciones. (6)

Los trastornos del desarrollo de la inteligencia plantean un problema extraordinariamente complejo puesto que conciernen a aspectos muy variados del pensamiento que no tienen necesariamente un desarrollo paralelo en el mismo sujeto. Como lo han mostrado bien los estudios clásicos, existen formas de inteligencia más concretas, otras más abstractas aún más imaginativas y creadoras.

Para facilitar la representación, contemplaremos primero el carácter cualitativo, y después la eficiencia del pensamiento.

EL ASPECTO CUALITATIVO.

Por su aspecto cualitativo recordemos que el pensamiento imaginante predomina en el niño y en el adulto imaginativo.

Se manifiesta especialmente en el ensañación (cuero) y juega un papel importante, considerable en los procesos psicopatológicos, en especial en la temática de los trastornos.

Recordemos simplemente que la imagen se construye a partir de experiencias psicosensores anteriores, implícitamente de las percepciones y que está en relación con la afectividad del sujeto. La imagen es, según la expresión de Sartre, "fondeo del objeto en la que el saber es inmediato.

Es muy importante el pensamiento en la infancia porque repercute en la tercera edad debido a sus disfunciones que se presentan en la niñez ya que, su vivencia afectiva (son alteraciones del estado de ánimo o la emoción), sus deseos de juegos, sus impulsos, han mostrado que la inexperiencia sensorio-psíquica del niño su imaginación creadora puede traducirse en anomalías como las eventuales sugerencias extrañas, lo incitan a un pensamiento mitomaniaco (o más bien fabulador).

De ahí se ha superado las debilidades y su insuficiencia.

LA EFICIENCIA DEL PENSAMIENTO.

Para que el pensamiento pueda desarrollarse y expresarse: debe solicitar al signo y al lenguaje de la imagen .

Así, el hombre es conducido a un pensamiento reflexivo, cada vez más abstracto que se forma con la ayuda de un cierto tipo de educación, y que participa en la síntesis plástica.

El análisis comparativo y diferencial de las diversas formas observadas muestra aún diversos tipos de disfunción. Pueden existir insuficiencias que conciernen en forma mucho más especial al campo del pensamiento abstracto.

De la misma manera pueden existir retardos en el paso del pensamiento imaginante al pensamiento abstracto.

Por otro lado se pueden producir interferencias con los retardos de la maduración afectiva. Se sabe que la mitomanía fisiológica en el niño puede persistir anormalmente y de manera intensa al adolescente y el adulto, lo que provoca frecuentemente una inmadurez afectiva. Finalmente el pensamiento abstracto y reflexivo, puede regresar hacia un pensamiento imaginante, sea de manera fisiológica como lo observamos en los sueños, sea de manera

patológica y transitoria, funcionales (confinamiento de las fantasías
resimentales por ejemplo), aun de manera definitiva como en --
las titulaciones del síndrome senil.

El pensamiento imaginante puede también estar ligado a procesos
de desarrollo insuficiente, de retardo o de regresión.

DEBILIDADES POTENCIALES.

Existen insuficiencias intelectuales o oligofrenias, estos trastor-
nos se manifiestan por diferentes niveles de insuficiencia -
intelectual.

Anteriormente eran reconocidas por los términos de debilidad e
idiotia, según las capacidades de comunicación por la escritura
o por el lenguaje hablado.

Se sabe que estas insuficiencias pueden ser de orden genético, -
biológico, retardado, accidental, infeccioso (rubiola, en el
curso del embarazo por ejemplo: meningitis, encefalitis, etc.)
Una acción terapéutica aparece entonces bastante ilusoria, lo
más que puede hacerse es obtener el máximo de las debilidades -
potenciales del niño.

Existen también retardos del desarrollo intelectual que están -
aparentemente ligados más bien a las interacciones con los fac-

tores de carácter sociales y afectivos capaces de bloquear de manera más o menos durable el desarrollo del niño.

Trastornos de carácter del tipo de inestabilidad pueden también retardar por falta de concentración suficiente, la adquisición de nuevas nociones. Una educación insuficiente o en un medio social poco evolucionado, se muestra como un freno para el desarrollo intelectual del niño. Por el contrario, una educación mental oportuna y las posibilidades del sujeto y una vida en el seno de un medio cultural evolucionado facilitan este desarrollo. De esto resultan actitudes muy diferentes para adaptar frente a cada tipo de insuficiencia aparente o de retardo del desarrollo intelectual.

Hay que subrayar, que no hay paralelismo absoluto entre el desarrollo afectivo y el intelectual. Un retardo del desarrollo intelectual puede ir a la par con un buen nivel de desarrollo afectivo y viceversa.

Ocurre así con los mongólicos oligofrénicos que tienen una afectividad muy desarrollada de la misma manera que existen sujetos de inteligencia brillante con débiles capacidades afectivas. Existe finalmente la cuestión de las regresiones intelectuales. Estas pueden aparecer ligadas a factores afectivos como lo atestiguan ciertos sujetos quienes tras sufrir fuertes disgustos desinteresarse momentáneamente o perdurablemente de sus activi-

dades intelectuales.

De hecho estos factores afectivos no pueden por supuesto destruir el potencial funcional de las capacidades intelectuales del individuo, sino pueden inhibirlas. Por lo contrario, otros factores pueden muy bien destruir las capacidades del sujeto aniquilando progresivamente y de manera más o menos definitiva sus capacidades de vigilancia, abstracción, fijación, amnesia tal como ocurre con los factores tóxicos, algunas traumatismos craneales, etc.

Aquí también como para los otros niveles de organización psíquica, es posible observar insuficiencia, retardos y regresiones del desarrollo intelectual. (4)

En resumen, la inteligencia muestra un descenso con el paso de los años, y no sólo esto se ha observado en la vejez, sino como dice el propio Wechsler "las escalas de ejecución por lo general alcanzan su máximo alrededor de los 22 años, para caer rápidamente; mientras que las escalas verbales siguen subiendo hasta la edad de los 30 años y descienden después más lentamente". Dentro de la función mental, es el aspecto cognoscitivo, es decir, el conocimiento por parte del anciano de lo que ocurre a su alrededor, lo que falla particularmente en la vejez. Parece ser que todos los autores están de acuerdo en señalar que el factor más importante es la presencia de enfermedades físicas. (6)



VIEJOS, ACTIVOS, EN FORMA E INTELIGENTES (FIG. 1.1.)

Helen Bradley, ilustradora y escritora inglesa, empezó a pintar cuando tenía más de 60 años, para contar a sus nietos cómo -- había sido su infancia.



VIEJOS, ACTIVOS, EN FORMA E INTELIGENTES. (FIG. 1.2.)

Después de jubilarse a los 75 años, Bryan Latham empezó a estudiar. Obtuvo su licenciatura en arte de 1975, a los 81 años de edad.

NOTAS AL CAPITULO (1).

(4) MARCHINI PIERRE. EFICIENCIA DEL PENSAMIENTO).

PROCESOS PSICOPATOLOGICOS DEL ADULTO - PAG. 89, 90, 91, 101.

(6) PERLADO FERNANDO (FUNCION MENTAL EN LA VEJEZ).

GERIATRIA - PAG. 83, 84, 85.

II. DETERIORO FISIOPATOLOGICO.

DETERIORO FISIOPATOLÓGICO

Se sitúan en el nivel más somatizado por intermedio del sistema neurovegetativo.

1) Se traduce subjetivamente por sensaciones de constricción torácica o de engorgamiento, de constricción laríngea o de nudo en la garganta.

2) Por fenómenos de tensión muscular (constricción dolorosa de los músculos de la nuca).

3) Trastornos cefálicos (sensación de tener la cabeza en un torno). (4).

4) Manifestaciones cardíacas (Unecordialgias, palpitaciones, sensación de correcciones cardíacas). El sistema cardiovascular se ve especialmente afectado por el envejecimiento. Al disminuir el volumen/minuto cardíaco, se reduce el funcionamiento de otros órganos. Es común una leve bradicardia y por lo general el corazón es más sensible al stress.

Los vasos sanguíneos se calcifican y pierden su elasticidad, las paredes de los vasos sufren un engrosamiento, haciendo que el intercambio de nutrientes y desechos sean menos eficientes. La resistencia periférica aumenta produ-

siendo estados de hipertensión.

- 5) Las alteraciones más importantes que sufre el aparato respiratorio, es que los vasos sanguíneos pulmonares, los cambios de la elastina se traducen en la disminución de la capacidad vascular y al tener con menos distensibles los vasos y al haber de capacidad está disminuida teniendo menores tolerancia al aumento de volumen circulatorio pulmonar.

En la senectud también se observa disminución de la actividad de los reflejos de las vías aéreas, entre los más importantes está el reflejo de la tos y el estornudo.

Los músculos respiratorios sufren cambios con la edad debido a la disminución en la capacidad de síntesis proteica y es fácil que tengan tendencia hacia la atrofia. Por consiguiente:

La ventilación basal pulmonar (intercambio de gases) alterado en el anciano produce alteración de la relación ventilación-perfusión (una adecuada ventilación y perfusión sanguínea), esto hace que el gradiente o la diferencia de la presión alveolar de oxígeno con la presión arterial de oxígeno, se encuentra aumentada con la consiguiente disminución en la P_{aO_2} . (presión arterial de oxígeno que disminuye con la edad). Y la eliminación del bióxido de carbono -

se encuentra alterada.

- 6) Se altera la distribución de la función renal, mediado por una disminución del flujo sanguíneo renal y del índice de filtración glomerular.

Los nefrones en funcionamiento se reduce en número.

- 7) La función hepática generalmente se mantiene en forma adecuada como lo puede medir el nivel de la bilirrubina conjugada y otras enzimas. (7).

- 8) Trastornos genitourinarios (disuria, etc.). Existe una marcada disminución general de secreciones hormonales y una variación de la relación entre la actividad catabólica y anabólica.

Debido a una disminución específica de los esteroides gonadales.

- 9) Objetivamente es posible poner en evidencia correlación muy específicos con los signos somáticos. Así la palpitación profunda de los plexos neurovegetativos, especialmente el solar y los ilíacos primitivos, es doloroso y produce una significativa lambda (lambda abdominal). Este dolor desaparece o se atenúa por la desaparición de la angustia

o por la excitación dérmica o intradérmica sobre la proyección cutánea de estas zonas coloradas. Ocurre lo mismo para otros trayectos vasculares en manifestaciones periféricas de la angustia (trayecto vago-carotídeo femoral, traxeres posteriores) tales fenómenos muestran el aspecto somático de ciertas manifestaciones de angustia. Hay que agregar una otra acción de orden experimental que concierne a las relaciones de la angustia con el Sistema Nervioso Central. Se han señalado las irritaciones cutáneas del nivel del piso del III ventrículo y estimulación del III ventrículo que están capaces de provocar angustia atestiguando así el papel biológico que intervienen en la patología de este trastorno. (4)

NOTAS AL CAPITULO. (2)

(4) MARCHAIS PIERRE (MANIFESTACIONES FISIOLÓGICAS).
PROCESOS PSICOPATOLÓGICOS DEL ADULTO. PAG. 99, 100.

(7) MEDICINA DE LA TERCER EDAD REVISTA ARGENTINA DE GERIATRÍA.
(FISIOLÓGICA DEL ENVEJECIMIENTO). PAG. 15, 16.

III. EXAMEN NEUROPSICOLÓGICO.

EXAMEN NEUROPSICOLOGICO

Las alteraciones del lenguaje en el anciano es una de las funciones más elevadas del intelecto, el anciano va perdiendo su claridad de expresión tanto en el lenguaje hablado como en el escrito.

Si el paciente es poliglota con frecuencia olvida los lenguajes recientemente adquiridos y se queda al final solamente con su idioma nativo.

LENGUAJE Y LECTURA.

Con el paso de los años las características de la voz van cambiando, la clásica voz cascada del viejo es el mejor ejemplo; es incapaz para gritar con fuerza y su pronunciación se hace lenta y poco clara. De ahí que su lectura en voz alta sea distorsionada y poco entendible.

Es motivo de especial observación del problema senil de no encontrar la palabra adecuada para una cosa y entonces substituir la por la descripción de la función de ese objeto.

Se presentan en la vejez trastornos en los aspectos motores del lenguaje, trastornos en los aspectos receptivos del lenguaje con dificultades para la respiración y fonación, así como

alteraciones de la resonancia y de la melodía: estas condiciones son favorecidas por la falta de fuerza para expulsar la corriente de aire por las vías aéreas superiores por la flaccidez de los músculos bucales y linguales y por el endurecimiento de las cuerdas vocales.

El estado de las tentaduras también propicia la aparición de disartria. La disfonia y ronquera son usuales en el anciano y hay un tono más alto, monótono de poca variación y con muy poca resonancia. La voz del fumador crónico y del bronquítico no tosecor provoca también variaciones en el lenguaje.

Debido a la torpeza el anciano puede modificar mucho el tono de su voz.

ESCRITURA.

La exploración de la función cerebelosa incluye la valoración de los movimientos coordinados y las pruebas de equilibrio propioceptivos de la postura, la marcha y el balance.

En lo que se refiere a la coordinación, lo más frecuente es -- que la persona de edad avanzada muestra una disminución en la variedad de los movimientos finos de los dedos, por lo que son notables en la escritura (caligrafía) si se les compara con -- muestras de épocas anteriores.

Puede haber:

- 1) Afasias.
- 2) Agnosias.
- 3) Apraxias.
- 4) Disartrias.
- 5) Disfalias.

1) Afasia.-

Afasia motora: Es una alteración en donde presenta dificultad para encontrar la palabra que tiene que decir.

Afasia receptora: Tener problemas para entender lo que se le dice.

2) **Agnosias.-** Pérdida de la comprensión de los símbolos de la facultad de conocer los objetos o las personas.

3) **Apraxia.-** Mostrar incapacidad para realizar o entender una acción compleja.

Es un problema serio de diferenciar una falla del lenguaje de un deterioro mental, más cuando se presenta apraxia, ya sea motora o sensitiva en las cuales el paciente tiene dificultad para

llevar a cabo acciones sencillas como sería entender un cigarrillo o abrir una cerradura o bien dibujar la carátula de un reloj o de una casa.

4) Disartria.-

Trastornos en la articulación de la palabra, que puede tener por causa de una lesión cerebral o un desgaste de la dentadura completa y puede ocasionar el biseo al estar hablando.

5) Disfasias.-

Las disfasias que resultan por lesión de la encrucijada -- fronto-temporo-parietal en el hemisferio dominante incluyen -- dificultades para leer (dislexia), para escribir (disgrafía), para utilizar los símbolos numerales (discalculia) y para el empleo de los signos musicales (amusia). Se han dividido las disfasias en motoras y receptoras pero es de dudarse que en las lesiones difusas pueden existir formas puras.

En resumen estas dificultades del lenguaje hacen que el viejo con frecuencia evite las grandes conversaciones y se limite a pláticas sencillas sobre el clima, la lluvia, el viento, el --

valor los congestionamientos de trafico, etc. para nunca pro-
fundizar en el tema.

Por esta razon el andino se convierte en un buen escucha y un
buen orador. (5).

NOTAS AL CAPITULO. (3)

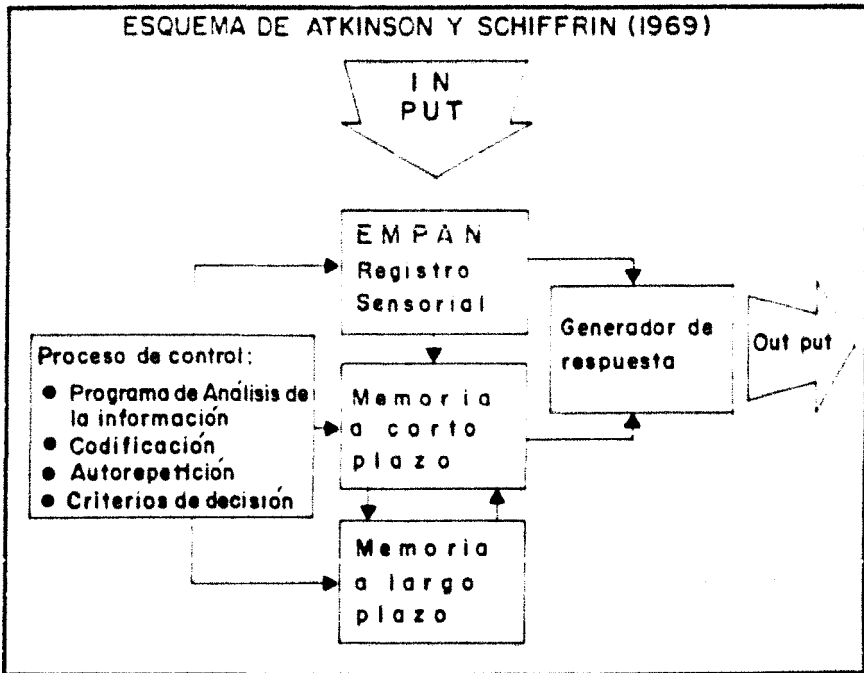
- (5) MEATHY DOUAL. (EVALUACION DE LAS FUNCIONES MENTALES, EMOCIONALES Y NEUROLOGICAS). EVALUACION DE LA SALUD EN EL ANCIANO. PAG. 75, 82, 83, 115, 117, 125.

IV. TRASTORNOS DE LA MEMORIA.

TRASTORNOS DE LA MEMORIA

LA MEMORIA Y EL ENVEJECIMIENTO.

Si hacemos una visita esquemática, de las diferentes etapas que tienen la retención de un mensaje, podemos considerar un modelo de inspiración cybernetica presentado por los psicólogos de la universidad de Stanford en California, Fig. 4.10.



Este sistema permite identificar en todo proceso de memorización, tres tiempos sucesivos. El primero depende del registro sensorial y las otras dos de las posibilidades de integración y codificación, que ocurren gracias a un buen funcionamiento del sistema nervioso.

En esta figura, existe una estimulación proveniente del mundo exterior, esta estimulación corresponde a lo que podemos llamar la memoria inmediata, la que en el hombre depende del registro sensorial y de tiempo de comprensión. En el sujeto, constituye inmediatamente la respuesta, habrá una salida de mensaje. Pero si esta estimulación sigue su camino y llega a otro sistema que corresponde al segundo tiempo que es la memoria o memoria a corto plazo, es un tiempo de asimilación o integración de datos nuevos que con los datos remotos anteriormente registrados y contenidos en el depósito de la memoria a largo plazo, que es en cierta forma el final de la información.

Cada una de esas tres fases está bajo la dependencia de procesos de control y entre esas tres fases, hay una interacción permanente. En efecto, una actividad amnésica supone una actividad perceptiva; para retener antes hay que haber registrado y percibido, hay que identificar y por consiguiente recordar.

Hay igualmente interacción entre la memoria inmediata y la memoria a largo plazo: las informaciones que nos llegan serán aprendidas más fácilmente en función de las referencias encon-

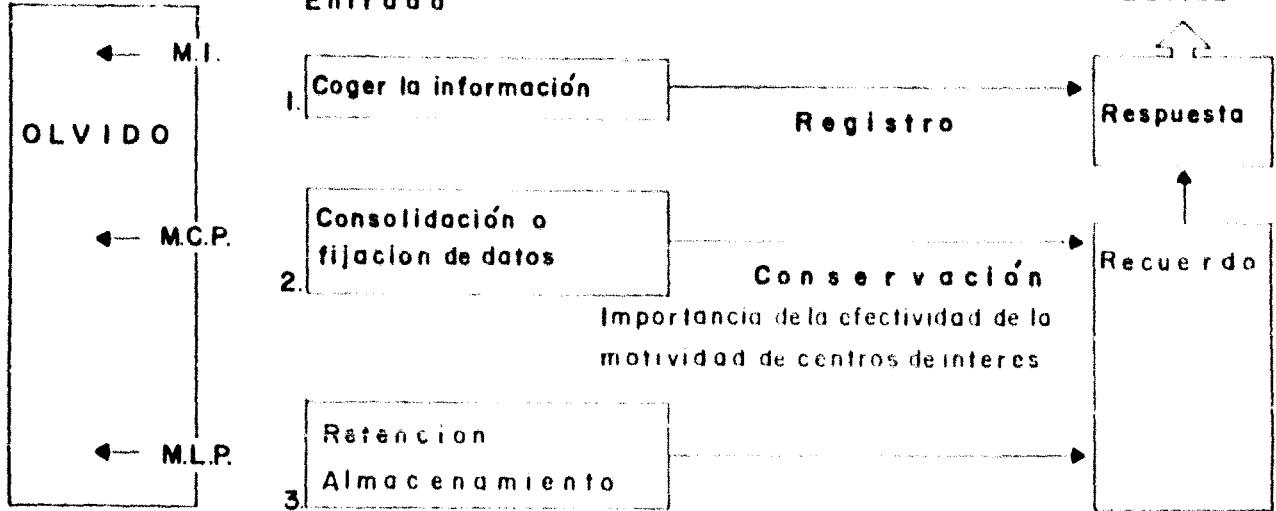
trarin aprendidos más fácilmente en función de las referencias encontradas. Así, entre los datos nuevos que son objeto de un aprendizaje, los datos nuevos que constituyen "referencias viejas", le asistían por lo tanto de "referencias" que aseguran la incorporación de los nuevos con los últimos.

Este modelo interpretativo nos permite imaginar un modelo humano, en el que tres niveles de actividad se suceden sucesivamente en el tiempo: primero la memoria comprime el registro, la consolidación y el silencio.

La información tomada puede salir y entonces hay olvido o bien queda y es lo que constituye el recuerdo. Cuando se trata de la memoria inmediata, el olvido se presenta como el borrado de la traza. Cuando se trata de la memoria a corto plazo, el olvido aparece como una ruptura en una línea de disponibilidad. El recuerdo, al contrario, crea la posibilidad de reactivar un circuito neurogénico anteriormente "tapado" por las circunstancias que son objeto de ese recuerdo.

Encontramos igualmente los tres tiempos anteriormente descritos y que se descomponen de la manera siguiente. (Fig. 4.2).

2 Tiempos



Reserva disponi-
bilidad.

Recordatorio
evocación

M.I. = Memoria inmediata

M.C.P. = Memoria corto plazo

M.L.P. = Memoria largo plazo

a) El primer tiempo sobre una fase de memoria inmediata correspondiente al momento de tener la información, supone el tiempo de comprensión. Esta actividad pertenece al sistema psicológico que se llama "registro sensorial". Este primer tiempo presupone la puesta en marcha de actividades sensoriales, perceptivas y la atención.

b) En el transcurso del segundo tiempo, la información comprendida se organiza, se estructura y después se fija. Este tiempo de consolidación pertenece a la memoria a corto plazo.

Se descompone en dos fases: La primera muy corta donde la vigilancia es necesaria y la segunda más larga, donde al contrario, se requiere una cierta inhibición de la vigilancia.

c) Esta actividad de integración asegura enseguida la elaboración de un tercer tiempo que es la fase de memoria a largo plazo. La eficacia de esta memoria diferida dependerá de la buena organización y la estructura de datos en el transcurso de la segunda fase. Como para la primera la memoria a corto plazo, depende de repeticiones, pero sobre todo de la importancia afectiva de datos integrados y la motivación de los sujetos.

La memoria sería un proceso complejo indisoluble de otras actividades. No es por lo tanto una función solitaria o independiente. Es tributaria de la motivación, de la afectividad, de la excitación y del estado de inhibición. Se encuentra en estrecha relación con la percepción, la atención, la inteligencia, la imaginación.

En efecto, es la motivación que nos estimula, la afectividad que nos permite fijar el recuerdo. El Laborio decía que no hay afectividad sin retórica. Posiblemente hay que agregar que no hay tampoco memoria sin afectividad.

En el plan intelectual, la percepción, la atención, la inteligencia, pero sobre todo la imaginación que según el caso, la transmite o la deforma.

Así la memoria sería el resultado de una serie de actividades permitiendo una referencia y una localización en el tiempo y el espacio.

Es una función encargada de registrar los datos, fijarlos y restituirlos.

Para desarrollarse armoniosamente y sin fallas, necesita algunas condiciones:

1) - Las posibilidades sensoriales y perceptivas las más intactas posibles. Aquello que no es percibido por los cinco sentidos no puede ser memorizado.

2) - Posibilidades de selección de la información recibida, que depende estrechamente del estado físico del individuo, pero sobre todo tributarias de:

a) - De la amplitud del poder de atención, de las posibilidades intelectuales de organización y de juicio.

b) - De un conocimiento anterior, no se reconoce aquello que ha sido encontrado y no memorizado en función de referencias ya ancladas.

c) - De la fuerza de motivación, de la afectividad y la --
emotividad que determinan y favorecen la sensibilidad

d) - La integridad del funcionamiento del sistema nervioso central permitiendo la transmisión de las informaciones, es decir de la ausencia de atentado orgánico cerebral, así como de los medios de expresión que permiten la memorización.

Con el transcurso el envejecimiento, es frecuente escuchar a -
personas ancianas quejarse de una memoria que tiene defectos.

Pero si nos detenemos en la naturaleza de esos olvidos, percibimos que son meros sintomáticos de una pérdida definitiva del recuerdo, tener dificultades para hacer salir los recuerdos.

Para algunos, parecería que es menor la memoria en el sentido estricto que sea atendida en todo el dinamismo mental que la tiene en infancia. La persona anciana ve frecuentemente borrosita la comunicación con el mundo a causa de la deficiencia o una disminución de la agudeza visual o auditiva, y como resultado tenemos una cierta sensación del poder de memorización.

- 1) La velocidad: Los procesos son todos los días más lentos.
- 2) El campo de comprensión de datos disminuye hasta la mitad.
- 3) La memoria espontánea, a muy corto plazo, los olvidos aparecen frecuentemente, comportando sobre todos los nombres propios, pero también sobre acciones realizadas pero no automáticas. De este modo, está la orientación quebrantada hasta cierto punto en la vida cotidiana.
- 4) El aprendizaje: Aparece una disminución neta del período de consolidación dinámica. Normalmente, en esta fase, cada estimulación es seguida de una clase de auto-repetición que tiende a prolongarse, a estabilizar o a organizar la información recibida. Esta organización inicial es la que parece disminuir con la edad. (9)

CARACTERÍSTICAS DE LA MEMORIA EN LA VEJEZ

El problema de la vejez con la memoria tiene importancia ya que la memoria a corto plazo es la principal afectada, en tanto que la memoria de hechos distantes está relativamente bien preservada, aunque en casos avanzados también está afectada. Esto representa un proceso tránsito de la alteración normal de la memoria propia del envejecimiento, aunque en ocasiones es difícil diferenciar una línea entre las dos. Los conceptos de memoria y aprendizaje van juntos. Como es sabido existe una memoria de lo aprendido cada tiempo: memoria de evocación, y una memoria para hechos recientes (memoria de fijación). La primera no se pierde con la edad: los resultados a los tests de vocabulario, así como a recordar hechos antiguos, son normales.

Sin embargo la memoria para hechos recientes se pierden en la vejez. No se sabe exactamente si esto es debido a una alteración en la fijación de nuevos conocimientos (adquisición de nueva memoria), o por fallo real en la retención. Con respecto al déficit en el mecanismo de aprendizaje que se observa en la vejez, hay autores que dicen se trata, en realidad, de un descenso en la capacidad de ejecución más que de aprendizaje.

Otros autores, por el contrario creen que en el anciano hay un declinar real de la capacidad de aprendizaje. De todas formas

parece que los factores que más influyen en esta capacidad de aprender son la motivación, interés, formación o entrenamiento anterior y las posibilidades de educación existente. (6).

SÍNDROME MENTAL ORGÁNICO.

Con este término se describe el conjunto de alteraciones en la capacidad mental de una persona y en el caso de las personas de edad avanzada, es sinónimo de "senilidad" o "deterioro senil".

En una familia, el miembro más viejo será, probablemente, el primero en representar este trastorno. El examinador, en el curso de estudio clínico, puede notar las siguientes características, que son las signos del síndrome mental orgánico: deterioro de la memoria para hechos recientes; incapacidad para comprender las ordenes que se le dan; disminución de la capacidad para el pensamiento abstracto y el cálculo aritmético; desorientación en el tiempo y el espacio y la falta de propiedad en el modo de vestir, de reaccionar emocionalmente y mal comportamiento social debido a la pérdida de auto crítica.

Al hacer valoración de los ancianos que padecen confusión mental, desorientación o demencia, es necesario comprobar sus patrones de respuesta y sus contestaciones específicas frente a individuos que les son bien conocidos, como sus parientes o amigos. Se debe tener en cuenta que la apatía para responder -

puede interpretarse como un signo de depresión o de huida ante una situación angustiada, más bien que como señal de un deterioro de la mente. La indiferencia aparente puede ser utilizada por el anciano como una pantalla para esconder la falta de sus capacidades mentales y en consecuencia, un medio de ocultar su incapacidad para dar respuestas correctas.

En el caso de que se sospeche de un síndrome mental orgánico, el análisis de los datos de la historia clínica en lo referente a las actividades cotidianas de la persona de edad avanzada, puede proporcionar un medio para calcular el grado de deterioro. (5)

EXAMEN CLÍNICO (Memoria reciente y remota).

Al hacer la historia clínica debe tomarse nota de la habilidad para recordar hechos recientes y acontecimientos remotos, la misma que debe conservarse íntegra en los ancianos normales.

Cuando se requiere probar la memoria reciente, el examinador pedirá al anciano que repita una serie corta de números o palabras y que los haga dentro de un tiempo limitado. Debe considerarse dentro de lo normal el hecho de que una persona de edad avanzada sea capaz de repetir una serie de cinco dígitos. (5)

QUESTIONARIO PARA INVESTIGAR EL ESTADO DE DETERIORO MENTAL.

PREGUNTAS:

Área que pretende ser valorarse.

1. ¿Dónde estamos en este momento?

Localización.

2. ¿Cuáles es el domicilio?

Localización.

3. ¿Que fecha es? ¿Que día del mes?

Temporalidad.

4. ¿En que mes estamos?

Temporalidad.

5. ¿En que año estamos?

Temporalidad.

6. ¿De que edad tiene usted?

Memoria:

reciente ó remota.

7. ¿En que día nació?

Memoria:

reciente ó remota.

8. ¿En que año nació usted?

Memoria:

reciente ó remota.

9. ¿Cómo se llama el Presidente de su País?

Memoria:

reciente ó remota.

10. ¿Quién fué el Presidente anterior?

Memoria:

reciente ó remota.

CALIFICACION DEL CUESTIONARIO.

Número de errores	Calificación del estado mental (aproximada).
0-2	Síndrome orgánico mental: ausente o leve.
3-5	Síndrome orgánico mental: leve a moderado.
6-8	Síndrome mental orgánico: moderado a grave.
9-10	Síndrome mental orgánico: grave.
No hubo respuesta.	Síndrome mental orgánico: grave.

NOTAS AL CAPITULO. (4).

- (3) MARTIN ANTHONY (MEMORIA, CONFUSION Y SUEÑO).
GERIATRIA PAG. 157.
- (5) MEATHY DOVAL (EVALUACION DE LAS FUNCIONES MENTALES Y
EMOCIONALES Y NEUROLOGICAS). EVALUACION DE LA SALUD DEL
ANCIANO. PAG. 118, 119, 120.
- (6) PERLADO FERNANDO (FUNCION MENTAL EN LA VEJEZ).
GERIATRIA. PAG. 85.
- (9) REVISTA MEXICANA DE GERONTOLOGIA (LA MEMORIA Y EL ENVE-
JECIMIENTO). PAG. 15, 16, 17.

V. TRASTORNOS DEL SUEÑO.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

Los trastornos del sueño son comunes conforme la edad avanza. Estudios actuales han mostrado que los patrones del sueño varían en las diferentes etapas de la vida. El sueño alterado no es típico de enfermedad como la depresión o los estados de ansiedad, pero puede decirse que es un fenómeno normal del envejecimiento. En el anciano, el sueño se hace notable fragmentario. Toma un tiempo más largo para conciliar el sueño y el período de permanecer lento es muy reducido. Con el resultado de que despertar durante la noche es mucho más frecuente y por un tiempo más largo en una persona mayor que en el joven. Así, el sueño nocturno será más corto, por lo que debe compensarse mediante siestas diurnas.

Inversamente, las siestas durante el día pueden hacer más difícil conciliar el sueño nocturno e inclusive llegan a conducir a una inversión del ritmo normal del sueño.

Las expectativas de dormir más en un futuro pueden desempeñar también un papel en los problemas del sueño: después de una época de facilidad comparativa de no dormir y de permanecer despierta, una persona anciana puede encontrar dificultades para hacerlo.

El sueño que por muchos años llegó en forma natural, ya no llega y las personas que siempre han dormido de siete a ocho horas diarias sin interrupción pueden pensar que cualquier cantidad - tener es anormal.

DEPENDENCIA MEDICAMENTOSA.

Así, el médico familiar será consultado con frecuencia por el anciano y causa de problemas de sueño. Muchas personas ancianas tomarán medicamentos hipnóticos y se harán dependientes de ellos, especialmente de los barbitúricos. En muchos de los casos esto es innecesario e indeseable. Es posible que una explicación sencilla acerca de los cambios normales relacionados con la edad en los hábitos de sueño, dicha con frases tranquilizadoras, sea suficiente para aliviar la preocupación del individuo acerca del sueño apropiado para él.

un sueño alterado es un signo importante de depresión y de ansiedad y es necesario diferenciar entre el fenómeno de despertar demasiado temprano de la depresión endógena y los cambios - relacionados con la edad. Es importante no pasar por alto esta especie de trastornos del sueño ya que el tratamiento de la depresión aliviará muchos de los problemas del individuo.

Si el médico considera que es necesario dar medicamentos hipnóticos, debe cuidarse de elegir el correcto. Muchos de los hip-

nótiolos disponibles en el mercado tienen una vida media larga, particularmente en el anciano, lo cual producirá entonces problemas con el efecto secundario, es decir, y por ejemplo, los barbitúricos, el clorazepato (Mogadon) y el diazepam (Valium) -- son ejemplos de medicamentos de acción relativamente prolongada y no deben usarse con frecuencia en personas ancianas. Los hipnóticos más útiles para este grupo de pacientes son el Diclofenaco (Dew. Form), 650-1.100 mg., el Temacetil (Normison), 10-20 mg., y el Etofenazina (Deminerin), 100-150 mg., a la hora de acostarse. Para los pacientes con depresión, puede ser suficiente administrar un medicamento como la Amitriptilina (Triptizol) 50 mg. cada noche, pero pueden necesitar también un hipnótico.

Para enfermos de mentes con problemas de conducta es posible que se requiera administrar un fenotiazínico como Promazine (Sparine) 50-100 mg. en el hipnótico.

Una evaluación cuidadosa de los patrones de sueño en el paciente anciano, junto con la comprensión de los cambios relacionados con la edad en el sueño, es una práctica fructífera. El tratamiento correcto del sueño alterado aliviará mucho sufrimiento y ansiedad. (3).

NOTAS AL CAPITULO. (5)

(3) MARTIN ANTOHGNY (MEMORIA, CONFUSION Y SUEÑO).

GERIAIKIA. PAG. 169, 170, 171.

v1. DEPRESSION.

DEPRESION

Más común en los pacientes de edad avanzada son las depresiones.

No son las reacciones normales de melancolía o tristeza que todos experimentamos; más bien, esta depresión produce síntomas característicos en tres esferas primarias: psicológicas, física y cognitiva.

Los síntomas psicológicos son sentimientos de desamparo, desesperanza, culpa autoreproche, desesperación, opacamiento y miedo. Los síntomas físicos que más se presentan son anorexia, insomnio, fatiga, trastornos gastrointestinales indefinidos, cefaleas, tensión y ansiedad.

Los síntomas cognitivos incluyen disminución de la memoria y de la concentración. La verdadera depresión incluye algunos síntomas de cada una de estas tres esferas.

Por último existen síndromes cerebrales orgánicos. Su etiología puede ser múltiple y variable en principios tales condiciones surgen de la enfermedad arteriosclerótica. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad cerebral orgánica son tan variables e inconsistentes como la etiología.

Por lo general, los síntomas son alteración del juicio, desorientación, trastornos de la memoria y del intelecto; con cambios afectivos (estado de ánimo) asociado. Cualquiera o todas estas manifestaciones patológicas pueden estar presentes en grados variables. (7).

(8) Los síndromes depresivos de leve a graves, son muy frecuentes en las personas que están ligadas a situaciones de pérdida.

Es importante destacar que los matices depresivos que se revelan en la vejez, de leves a graves, se vincularían con la construcción del moldeado primario de la personalidad del adulto mayor en los primeros años de su vida. Se observa como esta estructura psíquica evolutiva se presenta a todo lo largo de su ciclo vital. En ese sentido, se detecta en la psicoterapias afectivas en adultos mayores, aferramientos afectivos de manera simbiótica, a personas queridas (cónyuge, hermanos e hijos). Si se opera la pérdida de estos únicos soportes cariñosos, también se observan conductas regresivas a puntos tempranos de fijación (fálica, anal, oral) del desarrollo psicogenético.

Y es así, que en sus historias personales se descubren con frecuencia vivencias repetitivas de privación abandono o sobreprotección extrema, con figuras parenterales o sus sustitutos, acaecidas en la niñez.

En cuanto a las "ideas de querer morirse", se dirá que es una expresión frecuente en los síndromes depresivos sintomáticos, leves a graves. Que padece el adulto mayor, puede involucrar - un aspecto identificatorio con la persona muerta, un anhelo -- ilusorio prospectivo de la persona muerta, un anhelo ilusorio prospectivo de la presencia de aquéllo, aquí, ahora, conmigo. - Así mismo, implicará la protección y permanencia de su propia "desaparición en vida" del paciente, como si se hubiera muerto junto al familiar querido. Puede significar también que el sujeto deprimido puede seguir gratificándose a sí mismo. En sin tesis, la observación de la persistencia y adherencia por mucho tiempo a una persona ausente en el mundo realista podría - implicar dos procesos psicológicos:

- a) La dificultad de desprenderse y recopilar nuevos objetos, debido a una exagerada dependencia afectiva o ligada con - la persona stada.
- b) Escamotear el verdadero sufrimiento y dolor por la pérdida y la soledad de sí mismo que ello produce.

No se angustia por la desaparición del otro sino por la "viven- cia de abandono" que tal situación de ausencia puede producir la depresión.

Enfermedades que se asocian con depresión: que en ocasiones son tratadas como depresión y en las cuales debe excluirse y/o tomar en cuenta las afecciones que pueden presentarse con este síndrome.

ENDOCRINOPATIAS.

- 1) ALTERACIONES DE TIROIDES
- 2) ADDISON.
- 3) CUSHING.
- 4) DIABETES.
- 5) HIPOGLUCEMIA.

AFECCIONES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

- 1) ENF. DE PARKINSON.
- 2) ALTERACIONES CEREBRALES.
- 3) DEMENCIA SENIL.
- 4) HIDROCEFALIA NIRMOTESIVA.
- 5) HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA.

VIRUS.

- 1) GRIPE.
- 2) HEPATITIS.
- 3) NEUMONIAS VIRALES.

CANCER.

1) CABEZA DE PANCREAS.

INTOXICACION.

1) TALIO.

2) MERCURIO. (B)

ETIOLOGIA DE LA DEPRESION SENIL.

Numerosas teorías etiológicas derivan en forma directa del descubrimiento de asociaciones entre microorganismos y enfermedades "infecciosas". Por tanto, se ha buscado un "agente externo responsable del trastorno". Este modelo es inadecuado para el estudio de la depresión senil. Los trastornos psicopatológicos no representan por sí solos un factor ajeno al proceso vital normal, sino por el "carácter de benigno" que pueden adquirir estos procesos bajo ciertas circunstancias.

En el cuadro etiológico entran a formar parte múltiples factores, incluyendo agentes fisicoquímicos externos (tales como microbios o fármacos), emociones, conocimientos y ambientes sociales. Los factores de importancia crítica deben buscarse entre los que componen esta trama etiológica.

En la figura 6.1. se muestran algunos de los componentes que forman parte de la etiología. Aunque el diagrama es relativamente complejo, solo incluye algunos de los factores. Estos componentes representan categorías amplias de incidencias y no los múltiples sucesos menores que forman cada categoría. Por tanto, la "genealogía" de la depresión senil puede considerarse como una red.

Una contribución mayor al estudio de los factores incluidos den

tro de esa "red de causas", es la que se deriva de aquellos comportamientos y manifestaciones considerados como "depresivos".

1. Los factores genéticos y biológicos proporcionan un substrato para la aparición de síntomas depresivos en la última -- parte de la vida, pero no son necesarios, ni suficientes para su desarrollo.
2. Los sucesos acaecidos durante toda la vida del individuo -- tienen capacidad para precipitar la depresión y los trastornos secundarios a ella. Estos acontecimientos no son menos importantes en la última parte de la vida que en cualquier otra fase del ciclo vital.
3. La depresión senil, una vez que ha emergido, generalmente -- se convierte en parte de la estructura de la personalidad -- del individuo y con frecuencia persiste en cierto grado tras la remisión de los síntomas depresivos.
4. Por otra parte, las inhabilitaciones y psicológicas provocadas por la depresión senil fluctúan notablemente, pudiendo -- ser nulas, mínimas o muy graves.
5. Las situaciones y procesos socioculturales concurrentes pueden producir un alto nivel de incapacidad y a la inversa, -- pueden reducir de forma significativa el grado de incapacitación.

dad secundaria a la depresión senil.

6. Los complejos sintomáticos que suelen conocerse bajo la denominación de depresión senil pueden tener su origen en combinaciones de factores hereditarios, orgánicos y psicológicos, así como en procesos sociales y culturales que modifican el efecto de tales factores.

7. El grado de incapacidad causado por la depresión senil depende en parte de los factores que la originan, pero principalmente del stress psicológico provocado por procesos sociales como las situaciones conflictivas, los súbitos cambios culturales, la emigración, el nivel socioeconómico bajo y la desintegración y mal funcionamiento de los sistemas sociales. (1). (CUADRO 6.1)

Agentes y factores relacionados con el desarrollo

Interacciones previas
Persona ambiente

Predisposición genética a la depresión

Factores de referencia

Escasez de recursos económicos

Envejecimiento

Factores ambientales

Aumento del estrés social

Disminución del soporte social

Factores dependientes de la salud física

Disminución de la capacidad funcional física

Factores psíquicos inconscientes

Bloqueo de los impulsos agresivos

Afecto deprimido

Disminución de la percepción del medio ambiente

Trastorno de la memoria

Factores psíquicos conscientes

Personalidad dependiente, narcisista y ambivalente

Sentimientos de culpa y depresión, ira contra si mismo

Ideas obsesivas

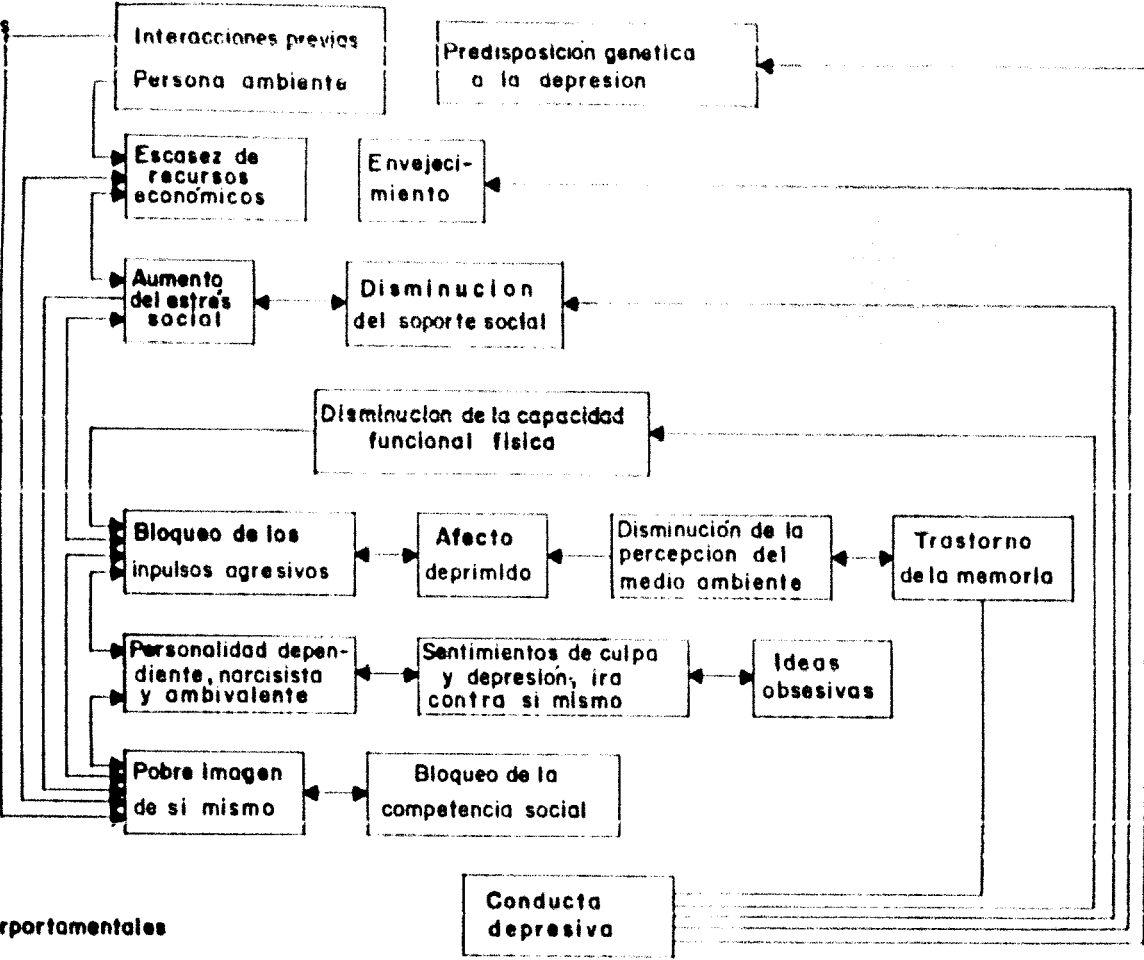
El yo

Pobre imagen de si mismo

Bloqueo de la competencia social

Factores comportamentales

Conducta depresiva



SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN.

De acuerdo con (196) clasificó los síntomas en emocionales, cognosciti-
vos, físicos y volitivos. Entre los signos de los trastornos
depresivos se incluirán todos aquellos comportamientos observa-
bles que sugieran depresión.

En la tabla se presenta una modificación de la clasificación
de (196), (Tabla 4.2.1).

Signos y síntomas de la depresión en las fases avanzadas de la
vida.

Síntomas	Signos observables
<u>Emocionales</u>	<u>Aspecto</u>
Apatamiento o tristeza	Postura inmóvil
Disminución de la satisfacción por la vida	Facies triste
Pérdida de interés	Falta de cooperación
Llanto impulsivo	Retraimiento social
Irritabilidad	Hostilidad
Sensación de vacío	Suspiciacia
Miedo y ansiedad	Confusión y obnubilación de la conciencia
Sentimientos negativos para consigo mismo	Variaciones diurnas del humor
	Raheo (en casos graves)

Preocupaciones	Aspecto desaliñado
Apatamiento	(en casos graves)
Desesperanza	Autolesiones cutáneas clásicas
Sensación de fracaso	nales
Soledad	Llanto o gemidos
Inutilidad	Ulceraciones ocasionales de la
<u>Cognoscitivos</u>	córnea, secundarias a disminu-
Falta de autoestima	ción del parpadeo
Resistencia	Pérdida de peso
Autoevaluaciones y críticas	Impactación facial
Exposición de los problemas	<u>Retardo psicomotor</u>
Pensamientos suicidas	Bradilalia
Ideas delirantes	Movimientos lentos
de inutilidad	Gesticulación minimizada
de comportamiento imperdonable	Marcha lenta y torpe
Nihilistas	Mutismo (en casos graves)
estéticos	Estupor o semicomá (en casos
Alocuciones	graves)
Auditivas	Cesación de la masticación y la
Visuales	deglución (en casos graves)
Cinestésicas	Disminución o inhibición del -
Duda de los valores y creencias	parpadeo (en casos graves)
Dificultad de concentración	<u>Agitación psicomotora</u>
Mala memoria	Actividad motora continua
<u>Físicos</u>	Retorcimiento de manos
Anorexia	Autolesiones cutáneas

Astenia	Marcha incesante
Trastornos del sueño	Sueño inquieto
Insomnio inicial	Sujeción a los temas
Insomnio terminal	<u>Trastorno del sueño</u>
Estreñimiento	<u>o inapropiado</u>
Pérdida de la libido	Amagos o intentos suicidas
Dolor	Negativismo como negarse a
Inquietud	comer o beber; y rigidez
<u>psíquica</u>	corporal
Pérdida de motivación	Brotos de agresividad
o "parálisis de la volun-	Caídas hacia atrás
tad"	

SÍNTOMAS EMOCIONALES.

Los síntomas emocionales de depresión son aquellos cambios en los sentimientos de la persona que acompañan a la depresión.

Al evaluar estos síntomas emocionales, debe tenerse en cuenta el estado previo del humor. Los cambios de los síntomas emocionales en relación con el espectro normal, con la edad, sexo, raza y temperamento, previos del paciente son importante que la presencia o ausencia de un síntoma concreto.

Los estados de ánimo más frecuentes y característicos en la persona deprimida son el abatimiento y la tristeza. Sin embargo, el abatimiento no es tan habitual en los ancianos con depresión.

El descenso de la satisfacción por la vida es un síntoma emocional importante entre los pacientes deprimidos. Se han realizado muchos estudios sobre la satisfacción vital en los ancianos.

Beck observó que el 92% de los pacientes con depresión experimentaban por lo menos una pérdida parcial de esa satisfacción, lo que hizo que ese síntoma fuese el más habitual en su estudio sobre pacientes deprimidos. Sin embargo la disminución de la satisfacción por la vida no debe considerarse un sinónimo de -

depresión. Este síntoma se es consistente en las personas de edad avanzada. Este síntoma es relativamente frecuente y en general se refiere a factores externos como aislamiento, soledad o jubilación. El desarrollo de la catástrofe vital puede constituir una respuesta normal frente a experiencias adversas en el medio ambiente social.

La pérdida de interés por el medio social es característica en los trastornos depresivos seniles. La irritabilidad, la preocupación y las ganas de llorar son síntomas admitidos con frecuencia por los pacientes depresivos de edad avanzada. Sin embargo, los sentimientos hostiles para consigo mismo, observados por Beck (1967) en el 26% de los adultos con depresión grave, no son tan comunes en la ancianidad. Estos sentimientos se asocian frecuentemente con ideación suicida. De hecho, la sensación de vacío puede ser uno de los síntomas más intolerables que experimentan los ancianos.

Los sentimientos de impotencia, desesperanza e inutilidad son experimentados por las personas que sufren trastornos depresivos en cualquier fase del ciclo vital. Sin embargo, en los ancianos desmoralizados y desanimados, se observa una sensación de impotencia y desesperanza respecto al futuro; sentimientos -- que pueden reflejar hasta cierto punto la realidad, si se tiene en cuenta las dificultades a las que han de enfrentarse. Las enfermedades y la penuria económica pueden restar autonomía al

individuo y justificar su destino respecto al futuro.

El anciano deprimido probablemente se retraiga de las actividades sociales, lo que le conduce al tedio y la soledad.

SINTOMAS COGNOSITIVOS.

Beck destaca la importancia de estos síntomas en los trastornos depresivos. Una consistente falta de interés por el proceso del pensamiento en la depresión refleja de la difundida creencia según la cual, la depresión sería un trastorno solo afectivo o emocional concediéndole a los trastornos cognositivos un carácter secundario. No obstante, el proceso del pensamiento en el anciano con depresión puede verse afectado por distorsiones o conceptualizaciones irreales, que se desvían de los conceptos lógicos sobre sí mismo y el medio social.

La disminución de la autoestima es el síntoma cognositivo más característico y fue hallado por Beck en el 81% de sus pacientes con depresión grave. Sin embargo, resulta menos común en los ancianos y en ellos tiende a ser sustituido por otras anomalías del pensamiento, como el pesimismo injustificado respecto al futuro. El anciano deprimido suele pronunciar frases como: "No me queda que esperar" o "es inútil que haga cualquier cosa, ya que dentro de unos meses estaré muerto".

El pensar de los problemas presentes y pasados es característico de los ancianos con depresión. Estos suelen repetir su evaluación y sus sentimientos sobre un hecho particular en algunas sesiones diagnósticas y terapéuticas. Tal pensamiento que le acompaña de ideas delirantes de inutilidad. Las ideas delirantes de conducta reprochable o de autoacusación están relacionadas con las nociones egocéntricas de injusticia, frecuentes en los ancianos. Sin embargo, diversos autores han señalado que el sentimiento de culpa es menos frecuente entre los ancianos con depresión. Se encuentran síntomas paranoicos en los pacientes recluidos durante el período involutivo.

Estos síntomas oscilan desde la suspicacia y la irritabilidad al franco delirio. La constelación de agitación, depresión y paranoia ha constituido la piedra clave en el diagnóstico de la depresión involutiva. Sin embargo, ese concepto ha perdido popularidad en los últimos años.

La dificultad para la concentración y la mala memoria son frecuentes entre estas personas. Atraviesan una fase confusional corta, que al ceder pone de manifiesto los síntomas depresivos. El riesgo de suicidio es significativo durante el estado de confusión. Un segundo tipo, la llamada "depresión pseudo demencial", se caracteriza por síntomas sugestivos de marcado deterioro intelectual, pero la terapia electroconvulsiva proporciona una notable recuperación. Los pacientes con depresión de --

edad superior a 50 años experimentan sentimientos suicidas con menos frecuencia que las más jóvenes.

SINTOMAS FISICOS.

Diversos investigadores han comentado la frecuencia de síntomas hipochondríacos entre los indios. De Alarcon observó tales síntomas en el 69.7% de los varones, el 62% de las mujeres atendidas en una clínica pensativa por depresión. Entre los sujetos con síntomas hipochondríacos, solo el 19% se habían preocupado durante toda la vida por su salud; así pues, el aumento de interés por la salud pareció guardar relación con el comienzo de los síntomas depresivos. El aparato digestivo constituyó el núcleo más frecuente y con mucho, de las consultas. Las heces blandas, molestias urinarias, la caída del cabello (especialmente en las mujeres) también fueron síntomas frecuentes. A pesar de la alta incidencia de enfermedades cardiovasculares en la ancianidad, los síntomas hipochondríacos relacionados con el corazón resultaron mucho menos frecuentes que los gastrointestinales. Aunque Steveret encontró numerosos síntomas somáticos entre los indios deprimidos, tales síntomas parecían contribuir menos a la depresión que la desesperanza, la disminución de la actividad, la dificultad para hacer las cosas, el sentimiento de inutilidad y los problemas para tomar decisiones.

Las alteraciones del sueño se encuentran entre las molestias físicas más frecuentes de los ancianos con depresión. Los cambios en las rutinas de sueño, así como normalmente el avance del tiempo y los síntomas pueden reflejar una falta de comprensión y tolerancia frente a esas anomalías fisiológicas. Sin constituir por sí mismos síntomas de enfermedad orgánica. Por otra parte, los ancianos deprimidos presentan dificultades laborales con mayor frecuencia que los pacientes de otras edades. El dolor localizado e intenso puede constituir un síntoma ocasional de depresión en los ancianos. La personalidad interior de tales pacientes suele haber sido obsesiva, puntillosa y exigente. Para algunas personas de edad avanzada, el dolor puede constituir un medio de autocastigo por haber sido incapaces de obtener determinados objetivos.

SÍNTOMAS VOLITIVOS.

La volición consiste en impulsos y estímulos experimentados constantemente por un individuo; el comienzo de la depresión puede provocar cambios volitivos notables. Beck (1967) señala que una de las características del sujeto deprimido es la regresión.

Muchos pacientes con depresión evitan las actividades más exigentes y se retraen a las que lo son menos respecto al grado de responsabilidad o iniciativa que exigen. Esta "parálisis de -

la voluntad" se encontró en el 65-86% de los pacientes estudiados. La depresión grave se acompaña frecuentemente por una parálisis completa de la voluntad, que conduce a la inmovilidad casi total, junto con resistencia pasiva a la intervención de otros, en contraste con la catatonia propia de los pacientes esquizofrénicos.

En un estudio sobre la actitud de los ancianos dentro de la comunidad, Gaitz y Scott encontraron que el 37% de ellos afirmaban querer "equilibrarse". Este alto porcentaje guarda, indudable revelación con incapacidades físicas residuales, pero muchos indicios clínicos sugieren que las dificultades motivacionales son frecuentes entre los ancianos deprimidos. Levin (1963) notó que la apatía era más habitual en los ancianos con depresión que en pacientes de otras edades. Las personas de avanzada edad con depresión tienden a ser más introvertidas y por tanto a retraerse de las actividades sociales.

Sin embargo, Chessea (1965) observó que los ancianos deprimidos sufren menos problemas de personalidad y que por lo tanto son más sociables.

SIGNOS.

Cuando se examina a una persona de edad avanzada con depresión grave, los signos observables de enfermedad depresiva proporcionan muchos indicios que no es posible obtener mediante la

revisión de los síntomas. Lemman (1959) sugiere que la mayor parte de los casos de depresión pueden diagnosticarse mediante observación. La expresión de tristeza, la levitación, el movimiento o la agitación, el llanto frecuente, la irritación y otras expresiones y comportamientos son características de la depresión. La verificación de este tipo de mayor frecuencia entre los ancianos admitidos que en los pacientes de 60 años.

La irritación verbal es un signo frecuente que muchas veces -- coincide al principio de una fase anómalas. Los ancianos teóricamente pueden requerir de medidas farmacológicas severas que se aplican a heridas sangrantes) y a veces la extracción manual de las heces y flatos. Según Post (1958), estos pacientes -- muestran agitación con más frecuencia que los pacientes de otras edades. (1).

NOTAS AL CAPÍTULO. (6).

- (1) BLAZER II DAN G. DEPRESION EN LAS FASES AVANZADAS DE LA VIDA: UNA REVISION HISTORICA. SINTOMAS + SIGNOS. SINDROMES DEPRESIVOS EN GERIATRIA. PAG. 1) 15, 16, 17. 2) 22, 23, 24, 25, 26, 27.

- (7) MEDICINA DE LA TERCERA EDAD REVISTA ARGENTINA DE GERIATRIA. (PROBLEMAS PSIQUIATRICOS EN LOS PACIENTES DE EDAD AVANZADA) PAG. 16, 17.

- (8) REVISTA ARGENTINA DE GERONTOLOGIA + GERIATRIA. (LA VIVENCIA DE LA MUERTE Y EL SUICIDIO EN LA VEJEZ. PAG. 142, 143, 153.

VII. DEMENCIA.

DEMENCIAHISTORIA NATURAL DE LA DEMENCIA SENIL.

La demencia senil es una enfermedad progresiva. El estilo de vida la hace cada vez más frágil y el paciente aislado se siente menos capaz de valerse por sí mismo. El comer y asearse son más desorganizados y la apariencia se vuelve más desagradable. Propiamente decir las cosas de manera impropia puede ser que ocurran en forma involuntaria. Aún en el caso de que haya amigos y familiares en el hogar, la situación social puede llegar todavía más y con frecuencia resulta necesaria alguna forma de cuidado institucional. La separación de su ambiente habitual en casa produce con frecuencia deterioro y confusión ya que estos pacientes no pueden adaptarse fácilmente a circunstancias extrañas. Por último, aparecen el deterioro físico, además del mental y la muerte sobreviene como consecuencia de bronconeumonía, úlceras por presión o desnutrición.

DEMENCIA (INSUFICIENCIA CEREBRAL CRÓNICA).

La demencia indica una pérdida global de la función intelectual que por lo general es irreversible. Es extremadamente común y afecta aproximadamente 10% de las personas con 65 años o más - cerca de 20% de personas con más de 80 años.

Son muchos los causas y a la vez complejas de la insuficiencia cerebral y es importante tener comprensión de los cambios por envejecimiento en el cerebro.

CAMBIOS POR ENVEJECIMIENTO.

Conforme la edad avanza, el cerebro tiende a atrofiarse con disminución de las circunvoluciones y ensanchamientos de las fisuras. Esto es más notable en los lóbulos frontales. Hay pérdida progresiva de neuronas, particularmente después de los 25 años de edad. Una de mayor importancia, es la alteración de los neurotransmisores asociada a la pérdida celular, lo cual afecta adversamente el funcionamiento cerebral. Los cambios arterioscleróticos en el árbol de la arteria cerebral se manifiesta de manera creciente conforme aumenta la edad, lo que conlleva a la atrofia cerebral. Existen otros cambios microscópicos que se producen en el cerebro por el envejecimiento y entre éstos se observan la presencia de células seniles y el enmarañamiento de las neurofibrillas.

DEMENCIA PRESENI.

La inmensa mayoría de las personas ancianas con demencia tiene enfermedades asociadas con su edad, pero una pequeña proporción padecen la llamada demencia "presenil" y han sobrevivido hasta la vejez. La demencia senil es poco frecuente y es causada -

por trastornos como la enfermedad de Alzheimer y de Pick. (3).

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

La enfermedad comienza en el cuarto o quinto decenio de la vida o antes, pero sólo en la edad senil, aunque ello es excepcional. El cuadro de inicio con molestias subjetivas que confunde con las del autismo y con las iniciales de la esquizofrenia paranoica, alérgica, tóxicas y con un cuadro mental parecido al de la demencia senil, defectos de la memoria de fijación, desorientación en el tiempo, en el espacio, trastornos de la atención, disminución de la capacidad intelectual, pérdida de toda iniciativa. Pero aún dentro de este cuadro mental de comienzo, se dan por lo menos tres caracteres diferentes importantes: la falta o la pobreza de confabulaciones, lo que constituye un importante motivo diferencial frente a la Presencia; la conservación del sentimiento de la propia enfermedad y la presentación de características (perturbaciones de la afectividad e straneza ante la realidad) con frecuencia angustioso-depresivas, pero fundamentalmente de irritación. El enfermo contesta malamente porque se le pregunta su edad.

Lo esencial es la pronta aparición de síntomas que tienen un cierto sentido focal. Mientras que en la demencia senil pura las lesiones se reparten por el cerebro difusamente, aunque afecta con cierta preferencia al lóbulo frontal; la enfermedad

de Alzheimer lesiona, sobre todo, las cortezas temporal, parietal de ambos lados, especialmente el lóbulo occipital. De ahí la importancia de los sistemas focales: calcarial, agrafia, acalculia, agnosias, apraxias y asimiladas, etc., entre las que las últimas en lugar testado las alteraciones del lenguaje -- que se hacen inseguras, titubeantes, monótonas. El enfermo acaba por hacer una mezcla de palabras y frases en su habla, por repetir sola sílabas sin fin, llega a una completa jergonofasia. Hay también de lo neurótico y de lo mental, estados de déficit y de irritación.

Con frecuencia se presentan alucinaciones, especialmente visuales, ideas delirantes, de relación, de persecución o de celos, cuadros catatónicos con un cierto sentido focal y ataques epilépticos de significación focal más acusada.

Con el progreso de la enfermedad, la relación con el ambiente se hace cada vez más difícil; el enfermo no conoce ni a sus parientes más próximos y pierde sus capacidades, incluso para la realización de sus necesidades más elementales, no comprende nada de lo que se le dice, es incapaz de alimentarse por su mano y se orina y defeca encima.

En cuanto a lo motor, van apareciendo otros síntomas de foco, parálisis facial, síntomas bulbares, temblor y atrofia de la lengua, marcha atáxica, reflejos primitivos, como el de la --

lución y acaba por instalarse una paraplejia espasmodica contractural, en flexión.

"ENFERMEDAD DE PICK O ATROFIA CORTICAL CIRCUNSCRITA".

La atrofia se circunscribe al lóbulo frontal en el 27% de los casos descritos, al temporal en el 21% y es fronto-temporal en el 38%, la localización occipital es muy rudaosa.

La atrofia afecta a las dos mitades simétricamente, con frecuencia a la izquierda, raramente más a la derecha. El proceso ocurre un poco más tarde comunmente que la enfermedad de Alzheimer, entre los 40 y los 60 años.

También aquí la enfermedad se inicia con molestias subjetivas, etc. Es importante el defecto de la memoria, inteligencia, la afectividad y el carácter: menos tendencia a las confabulaciones, pero la conducta entera se resiente más, y se cometen fácilmente faltas éticas. La diferenciación es que en la enfermedad de Alzheimer son más acusadas la ansiedad, depresión e irritabilidad; el Pick es más bonachón y sonriente, al menos al comienzo. La alteración inicial es la del carácter, la destrucción de la personalidad, la falla de la urbanidad y cultura, con inteligencia y actividades amnesticas conservadas, las cuales se alteran sólo al final con la general destrucción psíquica, prefiriendo aquellas primitivas alteraciones a la atro-

filia primitiva frontal.

En definitiva, la diferenciación se logra a lo largo del tiempo con la rigidez y la torpeza, un curso presenta esencialmente alteraciones del lenguaje frontal, en lo psíquico, pérdida del interés, de la iniciativa, no demuestran ninguna actividad espontánea, ni interés por actividad alguna, ambiental, la cortección, el aprendizaje, la memoria, la conducta entera se resiente de esta falta de interés, el enfermo no la sensación de no haber completado un trabajo se inclina hasta de hablar espontáneamente; para el diagnóstico bastarían estos síntomas, sí, de invasión frontal antes de que aparecieran los síndromos.

HISTOLOGIA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y LA DE PICK.

ALTERACION FIBRILAR DE ALZHEIMER.

Las alteraciones fibrilares de Alzheimer y Pick se producen en el interior de la célula nerviosa. Hay una alteración gránulo-vacuolar en el interior de la célula, en la que se fabrican pequeñas inclusiones que contienen un gránulo o un corpúsculo lipídico con la plata y los neurofibrilas. Las neurofibrilas se sintetizan y multiplican como en la enfermedad de Pick y en la misma tiempo aparecen con nuevas estructuras, se apilatan en haces densos, fuertemente coloreados por la plata.

BOLAS ARGENTOFILAS DE PICK.

Aparecen bolas argentófilas protoplasmáticas hasta de tamaño de 10 μ en las células que se despiden por ellas. En líneas generales, se supone que la formación de bolas argentófilas está condicionada por la alteración del plasma celular.

Los individuos afectados por estos síndromes tendrán antes de los 65 años de edad. La gran mayoría de las personas dementes se presentan después de esa edad y las principales categorías de la demencia son las siguientes:

terii (retroni) ciferilor.

arteriile si arteriile (por) arteriile si arteriile.

secundarii, reteroni, reteroni, reteroni de vitamina B12 etc. (2).

DEMENCIA SENIL NEURONAL PRIMARIA.

Este es el tipo más común de demencia y representa aproximadamente el 50% de la totalidad de los casos. Hay pérdida estructural de neuronas cerebrales, esta se acompaña de adelgazamiento de la corteza, ensanchamiento de los surcos y disminución de las sinapsis. Además esta en sintonía con este fenómeno es una pérdida gradual de los tiempos normales del envejecimiento o se debe a un proceso atípico de este tipo. El diagnóstico electrodinámico muestra proliferación de neuronas aberrantes. Histopatológicamente demuestra que hay déficit de neurotransmisores y otros cambios orgánicos.

DEMENCIA ARTERIOESCLERÓTICA (POR INFARTOS MÚLTIPLES).

Este tipo de demencia representa aproximadamente 20% de la totalidad de los casos. También puede coexistir con demencia senil y es probable que esto ocurra en una proporción similar. Básicamente el proceso patológico es la arterioesclerosis cerebral pero lo más probable es que se produzca por hipertensión y puede precipitarse por arritmias cardíacas. Como su nombre lo indica hay múltiples infartos, grandes o pequeños, en el encéfalo y por lo tanto sucede signos neurológicos anormales que afectan a los sistemas longitudinales (reflejos rápidos y respuestas plantares extensoras). Al tallo encefálico (disfagia, disartria, debilidad palatal y lingual) u otras áreas del cerebro. Esta de-

mejora puede presentarse como ataques psicóticos transitorios.

En el diagnóstico de este grupo, es posible modificar el curso de la enfermedad.

El inicio del deterioro puede ser repentino, aunque no siempre es así. El primer episodio es seguido de cierta mejoría, pero a veces se reconstituye el tratamiento apropiado, seguida una crisis. Hay un período variable. La principal diferencia entre este tipo de demencia y la senil es el proceso fluctuante y la notable responsabilidad emocional que ocurre en la primera. La personalidad tiende a preservarse por más tiempo que en la demencia senil.

DEMENCIA SECUNDARIA.

Una pequeña proporción de personas tienen una causa potencialmente reversible de demencias, como hipertiroidismo, hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B₁₂ y de ácido fólico, sífilis y tumores, especialmente meningioma de crecimiento lento. Desafortunadamente en el momento en que se localiza la causa de la demencia, muchas de las características clínicas son irreversibles aún en el caso en que la enfermedad subyacente se trate adecuadamente. Esto es especialmente cierto en el hipotiroidismo. Los aspectos típicos de la demencia son semejantes al tipo senil y debe enfatizarse la importancia de realizar gran

número de pruebas en cualquier persona que muestra signos tempranos de insubordinación cerebral.

MANEJO DE LA DEMENCIA.

ANÁLISIS FUNDAMENTAL.

Es fundamental un examen físico minucioso y el análisis sistemático para glucosa, urea y electrolitos, biometría hemática, concentración de H_2 y folato, calcio y pruebas serológicas de na sífilis y de funcionamiento tiroideo. Debe realizarse alguna evaluación normal de la función mental para establecer una línea base y poder vigilar los progresos.

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO.

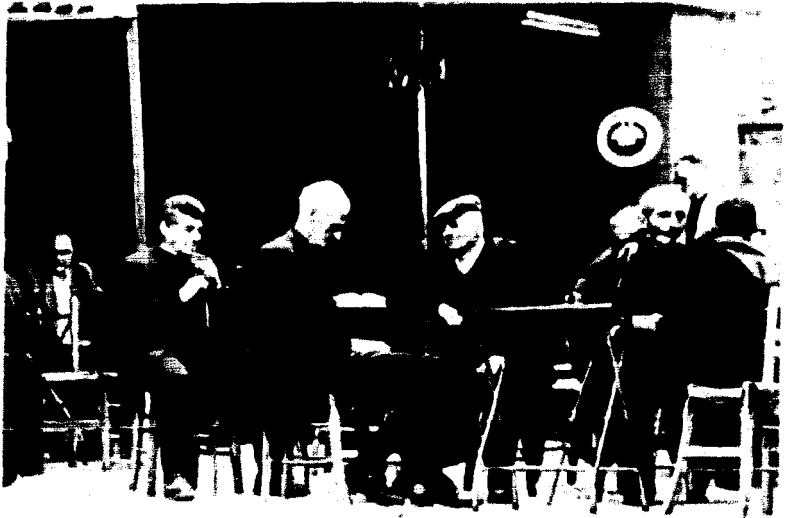
Hay pocas pruebas de que un tratamiento farmacológico cualquiera influya en el curso de la enfermedad. No obstante, puede ser útil tratar el efecto de una terapéutica de corta duración con medicamentos.

PROBLEMAS CON EL SUEÑO.

Los trastornos del sueño y el sonambulismo nocturno pueden mejorarse mediante la administración de hipnóticos de acción corta. Si hay problema con la conducta durante la noche, que no son controlados con los hipnóticos solos, es útil agregar un medicamento fenotiazínicos, como tioridacina (Melleril), 50-75 mg.

o promatina (Parinel, 50-100 mg. La agitación o los problemas de conducta diurnos pueden tratarse mejor con estos agentes fenotiazínicos. El uso de clorpromazina (Miltex) está muy extendido, pero tiene una vida media larga, es probable que no sea un buen medicamento para emplearse en el anciano. El alico hol puede producir un estado de confusión por toxinas en los ancianos por lo que es preferible evitarlo.

Desafortunadamente, hay un límite en lo que puede hacerse en esta enfermedad progresiva y en última instancia puede ser necesario transferir al enfermo a un asilo para ancianos con de bilidad mental o un hospital, ya sea geriátrico o de psiquiatría dependiendo del grado de trastorno de la conducta. La separa ción del paciente de su propio ambiente siempre debe ser el ú ltimo recurso, pero es necesario cuando las circunstancias en el hogar comienzan a desmoronarse, por cualquier razón. (3).



DEMENCIA (FIG. 7.)

La soledad, la pérdida de facultades físicas y la falta de
alicientes predisponen a los ancianos a la demencia senil.

NOTAS AL CAPITULO (7)

- (2) DR. FROMQUICHES JOSE. 1.) TRASTORNOS PSICOLOGICOS Y DEMENCIAS EN LOS VIEJOS.
2.) HISTOLOGIA DE LAS DEMENCIAS SENILES Y PRESENTILES
- TRATADO INTEGRAL DE GERONTOLOGIA
TOMO V. PAGS. 1) 2591, 2592, 2593.
2) 2594, 2595.

- (3) MARTIN A. (MEMORIA, CONFUSION Y SUEÑO).
GERIATRIA. PAGS. 1) 156, 157, 158, -
159, 160, 161, -
162.

VIII. ESTADOS CONFUCIONALES.

ESTADOS CONFUSIONALES.

Los estados de confusión por toxinas pueden confundirse con demencia, pero los antecedentes en los primeros son de corta duración y por lo general presenta un comienzo agudo.

Hay confusión y desorientación pero con frecuencia también - existe cierto oscurecimiento de la conciencia. Puede haber una fluctuación considerable tanto en el nivel de la conciencia como en el patrón de la conducta. Las alteraciones pueden ser graves. Con frecuencia hay fiebre y otros signos de infección.

Algunos trastornos bioquímicos como hiperglucemia o hipoglucemia y anemia pueden producir síntomas de perturbación.

Corrigiendo la alteración bioquímica subyacente o la infección el estado de desorientación mejora rápidamente, a menos que ha ya cierto grado de demencia.

En el anciano los estados de desorientación aguda debido a toxinas son comunes y es importante reconocerlos ya que el trata miento es sumamente satisfactorio. Las principales causas son:

Infecciones.
 Medicamentosos.
 Alteraciones metabólicas.
 Diversas: cardíacas, ambientales, traumáticas.

INFECCIONES.

Cualquier infección o fiebre pueden dar origen a un estado de confusión, muy parecido al que puede encontrarse en un niño con crisis semejantes. Los problemas más comunes se presentan con infecciones respiratorias y del sistema urinario.

Las personas muy ancianas y débiles son las más susceptibles a la desorientación, y los enfermos con grados leves de demencia pueden empeorar repentinamente.

MEDICAMENTOS.

El anciano es extremadamente sensible a la toxicidad de agentes medicamentosos y hay tendencia a que reciba más medicamentos que cualquier otro grupo.

Con frecuencia la adaptabilidad a estos compuestos es muy mala en la vejez lo cual agrava el problema. Un número muy grande de sustancias farmacológicas pueden causar confusión, pero los más agresivos son barbituratos, alcohol, tranquilizantes, feng

triacina y digoxina. Debe tenerse especial cuidado en su prescripción y es necesario hacer una búsqueda minuciosa de medicamentos ocultos en la casa del paciente.

CAMBIO AMBIENTAL.

Un simple cambio en el medio ambiente puede crear confusión, especialmente si la persona tiene demencia leve. Cualquier alteración en la rutina diaria de un anciano puede tener efectos inesperados y trascendentes debiéndose evitar en su totalidad de ser posible.

TRAUMATISMO.

Los traumatismos y las cirugías no sólo acarrear la separación del paciente de su hogar sino que se involucran otros factores, como la aplicación de un anestésico y en estas circunstancias se requiere cuidado y comprensión especiales.

DIABETES.

Ateraciones en el valor normal de la glucosa en sangre, ya sea mayor o menor, pueden producir confusión en cualquier paciente, pero el anciano es más sensible a estos cambios: la diabetes mellitus puede hacer su aparición de esta manera y requiere un control cuidadoso.

UREMIA.

La uremia es muy común, particularmente en hombres con prosta-
tismo. Cualquier factor que conduzca a una respiración tan
lenta puede agravar la uremia y es fundamental la restitución
de líquidos. El trastorno mental coexiste frecuentemente con
el síndrome "locura del mixedema" y si se identifica en algu-
nos otros casos, se puede tratar con facilidad mediante
un tratamiento de tiroidea.

TIROIDISMO MIXEDEMA.

Este es el trastorno tiroideo más importante en el anciano. Es
causado por tiroiditis autoinmunitaria (enfermedad de Hashimo-
to), por insuficiencia de la hipófisis y también consecutivo a
tratamiento previo de hipertirotoxicosis por yodo radiactivo, cirug-
ía o medicamentos antitiroideos, como carbimazol. Puede pre-
sentarse en una diversidad de formas y el médico familiar debe
mantener un alto índice de sospecha frente a este padecimien-
to especialmente porque se encuentra en desventaja frente a
otros observadores ya que ve con más frecuencia a sus pacientes
y así es posible que no note los cambios en la apariencia que
son típicos del mixedema.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

El retraso mental con torpezas mental y física, son características fundamentales del hipotirodismo, pero éstas pueden ser similares a las de otros padecimientos. En algunas ocasiones -- hay síntomas mentales mayores en el hipotirodismo, la llamada "locura del invierno". El estreñimiento es una característica regular, cubrirse de peso es común, pero nunca es notable. Algunos de los síntomas generales, como la caída de la voz, el edema, la retención de agua, etc. son típicos de la enfermedad, pero éstos están alterados por lo general. La intolerancia al frío es un síntoma importante y estos pacientes tienen a usar una cantidad inadecuada de ropas y con frecuencia sufren de artritis. La miotomía es un hallazgo poco común en el hipotirodismo, al igual que el coma.

Algunas veces la característica de su aparición puede ser el síndrome del túnel carpiaco, donde el nervio mediano que va a la mano es atrapado en el retináculo flexor edematoso de la muñeca.

La apariencia de un paciente con hipotirodismo es característica: la cara está inflamada debido a sustancias mucoides depositadas en la piel y también hay depósitos mucoides en muchos otros tejidos, especialmente en las cuerdas vocales, lo que produce enroquecimiento de la voz, así como insuficiencia cardíaca. Toda la piel está gruesa y seca y el cabello también -

está afectado. Los reflejos tendinosos tienen una fase de re-
lajación lenta característica. 3).

NOTAS AL CAPITULO. (B).

(3) MARTIN ANTHONY. (1). MEMORIA, CONFUSION Y SUEÑO.

(2). ENFERMEDADES ENDOCRINAS. GERIATRIA.

PAGS. 1) 164. 165.

2) 223.

IV. CARACTER Y ESTADOS REGRESIVOS.

CARACTER Y ESTADOS REGRESIVOS.

CARACTER Y MANIFESTACIONES DE LA CONDUCTA.

Juzgar el carácter de un anciano se puede hacer de relativa facilidad, pero si se desarrollan conductas antisociales debe ser requerida la opinión del psiquiatra. Puede tratarse de conductas psicopáticas. La personalidad psicopática es en muchos casos continuación de una misma forma de ser de etapas anteriores; en otros, se resurge por vez primera en la vejez, tal vez porque el individuo ha perdido su identidad social (trabajo, familia) y ya no se adapta al nuevo medio. Una excesiva introversión, autoritarismo o tendencia al aislamiento personal, son rasgos del carácter que se acentúan en la edad avanzada y pueden configurar la personalidad psicopática. Esta se ve con frecuencia en enfermedades mentales, pero aparecen sin otras alteraciones. (5).

Es común el manifestar una conducta socialmente inaceptable, especialmente incontinencia urinaria y fecal. Pero todavía, los enfermos pueden orinar y defecar en sitios totalmente impropios. En casos avanzados ocurre con bastante frecuencia que manifiestan el sexo o vagar desnudos por la calle. (3).

LA REGRESIÓN AFECTIVA.

En las formas más evidentes, los sujetos que llevan una vida aparentemente normal y que han llegado a un nivel de desarrollo afectivo suficiente, encuentran por razones muy diferentes, un comportamiento afectivo de apariencia infantil.

Estas regresiones afectivas sobrevienen frecuentemente en sujetos que han tenido dificultades de maduración afectiva que difícilmente han podido superar o que han permanecido siempre más o menos inmaduros.

Estas regresiones pueden ser moderadas e incluso pasar desapercibidas a los ojos de un observador poco atento a este tipo de trastornos. Por el contrario, pueden tomar una apariencia caricaturesca en sujetos que hayan alcanzado un excelente desarrollo en los otros niveles de organización psíquica, especialmente en el intelectual.

Las causas de tales regresiones son múltiples. Pueden ocurrir de una depresión, de conflictos psicológicos prolongados de caídas de la atención psicológica provocadas por una afección intercurrentes.

Se observan trastornos psiquiátricos de naturaleza diferente más frecuente neurótica, teniendo especialmente las reacciones

histerioides, en posesión de conductas fóbicas pero también de trastornos psicóticos, dando a éstos individuos una imagen muy contradictoria.

NOTAS AL CAPITULO. (9)

(3) MARTIN ANTHONY. (MEMORIA, CONFUSION Y SUEÑO). GERIATRIA.
PAG. 157, 158.

(4) MARCHAIS PIERRE (EFICIENCIA DEL PENSAMIENTO).
PROCESOS PSICOPATOLOGICOS DEL ADULTO.
PAG. 88, 89.

(6) PERLADO FERNANDO. (FALLO MENTAL) GERIATRIA. PAG. 115

X. PSICOSIS.

PSICOSIS

Puede entenderse la traducción de la psicosis senil tomando en cuenta los criterios de espacio y de tiempo con la ayuda de modelos integrados que interesen los tres tipos fundamentales de disfuncionamientos: 1) los procesos de excitación, 2) de represión, 3) de destrucción; que al integrarse de manera diversa en la geriatría de las organizaciones psiquiátricas conduce a los resultados y a las clasificaciones.

En términos generales debido a los diferentes conceptos de psicosis que establecieron los autores clásicos se clasificó en: psicosis crónicas y agudas.

Dentro de las crónicas tenemos: la esquizofrenia (que es la más frecuente del paciente senil), maniaco-depresivo (que no es frecuente) y en las agudas la paranoia. (4).

ESQUIZOFRENIA.

La esquizofrenia es la más frecuente de la psicosis crónica -- abarca aproximadamente entre el 0.40 % y el 0.80 % de la población general. Es fundamentalmente una enfermedad del adolescente y del adulto, que no se presenta antes de los 15 años y -- después de los 45 ó 50 años.

Se caracteriza por constituir un conjunto de trastorno en los que predominan: la disorganización, la incoherencia ideoverbal, el autismo, las ideas delirantes, así como alucinaciones y profundas alteraciones afectivas (sentimientos de extrañeza y desapego).

Los factores que pueden conducir a una de las formas de esquizofrenia son múltiples y de distinta importancia. La incidencia de la herencia es escasa, mientras que la posibilidad de hacer derivar la esquizofrenia de lesiones cerebrales está prácticamente descartada.

En cambio, algunos autores han realizado investigaciones neurofisiológicas que parecen mostrar cierta relación entre esta perturbación y alteraciones en la química cerebral, tal como parecen sugerir experiencias con grados como el ácido lisérgico u otras. Por último, los factores psicosociales y familiares también tienen su importancia en este proceso. En este sentido se han destacado las relaciones existentes entre el esquizofrénico y su familia: para algunos autores el esquizofrénico no será más que el "emergente" de su grupo familiar, es decir que la enfermedad sería familiar pero sería a necese sobre uno de sus familiares, exponente de la patología familiar. Este hecho no sería específico de la esquizofrenia, es aplicable a toda enfermedad mental.

Los autores psicoanalíticos destacan la importancia de las primeras relaciones objetales y de las vivencias más indolitas: de rios conflictos en esta fase puede reactualizarse en momentos claves del desarrollo y a partir de algún desencadenamiento -- producirse la psicosis.

MANIACO-DEPRESIVO. (También psicosis circular).

A alteración mental de carácter periódico y de naturaleza afectiva. Comprende dos fases: la melancólica y la maniaca. La -- primera, se caracteriza por tristeza angustiosa, perturbación de la motilidad y actividad mental lenta; en la segunda, alternan los sentimientos de euforia y de cólera, no existe sensación de fatiga ni de frío y se caracteriza por una disposición expansiva y optimista. (2).

PARANOIA.

Psicosis perteneciente a la constelación esquizofrénica, de evolución lenta fatal y progresiva de un sistema delirante, consistente en una desviación del modo de reacción intelectual, - con normal claridad de conciencia y ordenación en el pensamiento, en la voluntad y en la acción: las principales formas clínicas de las reacciones paranoides son:

1). Delirio sensitivo de autoreferencia: susceptibilidad, con

decepción vital pesimista; incapacidad de descarga que con-
trasta con un íntimo deseo de potencia cuya falta de libe-
ración crea un delirio de relación egocéntrica, de base --
efectiva, que va desde la inseguridad humillante hasta la
autoeducación y la deseseración.

2). Formaciones delirantes de los degenerados: ideas de per-
juicio cuyo rasgo característico es la oligofrenia e in-
tento completo de inferioridad y resentimiento hacia su
ambiente, generalmente con repercusiones médico-legales.

3). Brotes delirantes de tipo neurótico compulsivo:

- a) Paranoia de persecución.
- b) Paranoia querulante o pleitista.
- c) Paranoia de invención y reforma.
- d) Paranoia erótica.

En la actualidad la psicosis se divide de acuerdo a su trata-
miento en la psicosis-orgánicas, así como también en las fun-
cionales. Los síntomas que el paciente de edad avanzada mani-
fiesta con mayor frecuencia; son conducta agresiva y beligeran-
te, excitación y hostilidad verbal. Es posible que al pacien-
te esté agitado, ansioso, inquieto, tenso e hiperactivo. Ade-
más pueden presentarse anorexia, autoagresividad, insomnio y -

exhibir torsión de manos o está tenemente, con dificultades para dormir.

Con frecuencia también se presentan pensamientos deliriosos y paranoides así como comportamiento negativista e insociable.

El paciente puede estar retraído, aislado, confuso, con desorientación tiempo-espacio y alteraciones de memoria, siendo por tanto incapaz de hacerse cargo de sí mismo.



ESQUIZOFRENIA (FIG. 10.1.)

Pintura realizada por una paciente que sufría esquizofrenia. Lleva el título de súplica, y en ella la artista ha plasmado la sensación de aislamiento que la poseía.



MANIACO DEPRESIVO (FIG.10.2.)

Das personalidades circunstanciales en un mismo individuo.
Dos maneras de entender la vida cotidiana. La euforia y la
alegría exacerbadas, enfrentadas y alternantes con tristeza
y la depresión.



PARADISIA FIG. 106.

PARANOIA. (FIG. 10.3)

Junto a estas líneas, grabado de Gustavo Doré que ilustra una de las más conocidas escenas de Don Quijote de la Mancha. Este personaje literario, prototipo del paranoico, insiste en la idea delirante de que los molinos de viento son, según él, gigantes a los que hay que derrotar e incluso trata de convencer a su escudero Sancho Panza de la veracidad de esta idea.

NOTAS AL CAPITULO. (10).

(4) MARONARD PIERRE (GENERALIDADES).

PROCESOS PSICOPATOLÓGICOS DEL ADULTO. PAG. 167, 168.

(7) MEDICINA DE LA TERCERA EDAD REVISTA ARGENTINA DE GERIATRIA. (PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS EN LOS PACIENTES DE EDAD AVANZADA). PAG. 17, 18.

(2) FROMUCHS JOSE. (TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DEMENCIAS EN LOS VIEJOS). TRATADO INTEGRAL DE GERONTOLOGIA. TOMO V. PAG. 2517, 2518.

VI. PSICOFARMACOLOGIA.

PSICOFÁRMACOS.

Los psicofármacos representan el 37% de los medicamentos utilizados en las clínicas geriátricas. Los psicofármacos utilizados en el tratamiento de los pacientes geriátricos se dividen en las siguientes categorías:

antidepresivos

litio

sedantes

hipnóticos

Existen algunos principios generales que rigen el uso de todas las drogas en el geronte.

Sosteniendo estos principios está el hecho de que el proceso de envejecimiento provoca alteraciones en la absorción, distribución, biotransformación y excreción de los fármacos. En general puede decirse que la capacidad de absorción está disminuida en los ancianos. Esto es cierto no solo para las drogas sino también para los nutrientes. Esto podría conducirnos a la conclusión de que es necesario un aumento de las dosis en estos pacientes, cuando en realidad ocurre lo contrario. La absorción se ve menos afectada por la edad que el metabolismo y la excreción. Como norma las grandes dosis de ataque en los ancianos son indeseables y en la mayoría de los casos es aun preferible comenzar con dosis más pequeñas que las dosis promedio. La distribución

PSICOFÁRMACOS.

Los psicofármacos representan el 37% de los medicamentos utilizados en las clínicas geriátricas. Los psicofármacos utilizados en el tratamiento de pacientes geriátricos se dividen en las siguientes categorías:

antidepresivos

litio

sedantes

hipnóticos

Existen algunos principios generales que rigen el uso de todas las drogas en el geronte.

Sosteniendo estos principios está el hecho de que el proceso de envejecimiento provoca alteraciones en la absorción, distribución, biotransformación y excreción de los fármacos. En general puede decirse que la capacidad de absorción está disminuida en los ancianos. Esto es cierto no solo para las drogas sino también para los nutrientes. Esto podría conducirnos a la conclusión de que es necesario un aumento de las dosis en estos pacientes, cuando en realidad ocurre lo contrario. La absorción se ve menos afectada por la edad que el metabolismo y la excreción. Como norma las grandes dosis de ataque en los ancianos son indeseables y en la mayoría de los casos es aún preferible comenzar con dosis más pequeñas que las dosis promedio. La distribución

se refiere al trayecto de la droga hacia los diversos sistemas corporales como el nervio central y el circulatorio, tejidos como el muscular, el adiposo, etc., con el aumento de la edad parece existir una redistribución del flujo sanguíneo hacia el área cerebral, la masa ósea esquelética, el corazón y las demandas de la circulación renal y hepática; también es probable que ocurra una disminución en la permeabilidad de las membranas. Por lo general, la masa muscular disminuye y los lípidos corporales aumentan. Las farmacocinéticas son en su mayoría irreversibles. Por ello la distribución orgánica será diferente en las personas jóvenes que en los ancianos, con la mayor proporción relativa en las primeras de masa muscular que de tejido adiposo.

Fundamentalmente el metabolismo es una función de las enzimas hepáticas. La actividad de enzimas puede disminuir con los años - tanto por resultado de cambio tanto en la magnitud como en la duración de su función de las enzimas.

La disminución de la acción enzimática puede explicar la prolongada duración de acción de algunas drogas y la acumulación de metabolitos tóxicos.

Por otra parte, el metabolismo es necesario antes que una droga sea convertida en una forma activa y la disminución de la actividad metabólica puede llegar a retrasar la transformación de un fármaco a metabolitos activos.

La eliminación o excreción es fundamentalmente una función renal. La disminución en la perfusión renal, producida por una variedad de mecanismos, se traduce en una disminución en la eliminación de toxinas. Si coincide esto por una depresión de la actividad metabólica se evitan muchas reacciones tóxicas a medicamentos en pacientes de edad avanzada.

Debido a estos problemas con la absorción, distribución, metabolismo y excreción de los medicamentos, deben tenerse presentes las siguientes consideraciones generales cuando se medican a los pacientes geriátricos.

1. Se necesitan dosis más bajas; la dosis inicial es generalmente menor que la inicial promedio para adultos jóvenes.
2. Existe un menor margen de seguridad entre los efectos deseados y las reacciones secundarias.
3. Es mayor el riesgo de reacciones adversas.
4. Con frecuencia resulta difícil detectar algunos efectos colaterales.
5. Debe utilizarse el menor número de medicamentos posibles.
6. En los pacientes geriátricos es mayor la respuesta al placebo.

7. Las enfermedades somáticas complican el uso de fármacos. No se debería recibir cuando las crisis de estas enfermedades no son agudas.
8. Se debería suspender momentáneamente las medicaciones lo antes posible cuando sea necesario tratar una enfermedad aguda.
9. Son necesarias periódicas revisiones de tratamiento.
10. No es suficiente la indicación de medicamentos. Es necesario el apoyo psicológico y social al enfermo.

AGENTES ANTIPSICÓTICOS.

(Tranquilizantes mayores).

Este grupo se divide en grupos químicamente iguales:

1. FENOTIACINAS.

Derivados dietilaminopropilos.

Clorpromacina (Largactil).

Derivados piperacínicos.

trifluoperazina (Derenat).

flufenarina (Dutimox).

Derivatos superoligos.

tioridacina (Meleril).

2. ANTIPSEUDOMONAS.

haloperidol.

Todos estos agentes tienen actividades antipsicóticas, pero difieren respecto del perfil de efectos colaterales. Por ejemplo tanto la clorpromazina como el haloperidol pueden ser igualmente eficaces pero es menos probable que el haloperidol provoque cambios en la presión sanguínea.

En la actualidad, las drogas más utilizadas son clorpromazina, tioridacina y haloperidol. Tienen ventajas y desventajas decisivas basadas principalmente en sus perfiles de efectos colaterales.

La clorpromazina y la tioridacina son fármacos de baja potencia, mientras que el haloperidol es de alta potencia.

Los agentes de baja potencia tienden a producir síntomas extra-

piramidales como puede ser reacciones distónicas, acatisia, afa-
sia parkinsoniana marcha lenta y pesada y babea.

La tioridacina tiene una baja propensión para provocar estos --
problemas, debido a que exhibe una actividad anticolinérgica in-
trínseca alta.

Los secundarismos de los agentes de baja potencia son: efectos
anticolinérgicos como sequedad bucal, visión borrosa, agravación
del glaucoma, retención urinaria, constipación e hipotensión or-
tostática. El uso prolongado de tioridacina en altas dosis a -
producido cambios oftálmicos particularmente opacidad del cris-
talino y la córnea. La hipotensión ortostática de los agentes
de baja potencia se traduce en mareos repentinos y episodios --
síncopales que con frecuencia dan por resultado caídas y acci-
dentes.

Los pacientes de edad avanzada son particularmente susceptibles
a estos problemas aún en caso de una supervisión estrecha. Las
acciones indeseables pueden ocasionar la reducción o la suspen-
sión de la medicación por parte del paciente.

Los fármacos de alta potencia como el halopéridol, se asocian -
muy poco con los problemas antes mencionados dando lugar con ma-
yor probabilidad a síntomas extrapiramidales.

Estos secundarismos se relacionan con la dosis y no representan una gran dificultad en los ancianos. Pueden ser controlados reduciendo la medicación antipsicótica o asociando dosis bajas de un antiparkinsoniano como benztropina, trihexifenidil, o aún difenhidramina. Con frecuencia los problemas extrapiramidales desaparecen espontáneamente en el curso del tratamiento, por lo que los antiparkinsonianos pueden ser descontinuados.

ANTIDEPRESIVOS.

El uso de antidepresivos en los pacientes de edad avanzada, debería practicarse con cautela.

Los antidepresivos tricíclicos son los que se utilizan más ampliamente:

1. DERIVADOS TRICICLICOS.

Imipramina (Tofranil).

Amiriptrilina (Tryptizol).

Nortriptilina (Mantimil).

Clomipramina (Anafranil).

Doxipin (Sinequan).

2. TRICICLICOS SECUNDARIOS.

Desideramina (Norpramino):

Nortriptilina (Motival):

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI) son raramente prescritos debido a sus complicaciones graves y a la dificultad que tiene el paciente persistente para respetar la estricta receta exigida para su utilización.

Brevemente se debe tomar precauciones especiales con estos agentes. Por ejemplo, todos tienen una acción anticolinérgica fuerte y al igual que los antipsicóticos, pueden ocasionar constipación, retención urinaria, visión borrosa e hipotensión ortostática. También pueden agravar la hipertrofia prostática benigna, el glaucoma y la enfermedad cardiovascular existente. Con algunos de estos productos se observan estas complicaciones más frecuentes que con otros. Por lo general, pueden decirse que los tricíclicos terciarios (amitriptilina, nortriptilina, imipramina) poseen una actividad anticolinérgica más pronunciada que los tricíclicos secundarios (desipramina, nortriptilina). La doxepina es menos potente que los otros pero tienen un riesgo menor para producir problemas cardiovasculares.

Quizá el abuso más notable con los tricíclicos es su indicación en el insomnio senil. Es común observar que a estos pacientes se les somete a un tratamiento con tricíclicos cuando el único síntoma depresivo presente es insomnio. Esta conducta terapéuti-

ca es irracional y expone al enfermo a efectos colaterales innecesarios.

Muchos de los tricíclicos y antipsicóticos son de efectos prolongados y pueden administrarse eficazmente una vez por día.

Con frecuencia, se prefiere la dosis al acostarse para obtener la ventaja de sus efectos sedativos. Además, se considera que los síntomas que se manifiestan al dormir son menos problemáticos que los que ocurren en la vigilia.

La indicación de antipsicóticos y antidepresivos durante la noche simplifica el tratamiento y favorece la colaboración del paciente. Sin embargo, las pesadillas son una complicación infrecuente cuando se dosifica tricíclicos al acostarse. En estos casos el problema se puede resolver fraccionando la dosis durante el día.

LITIO.

El litio se utiliza en la enfermedad maniaco-depresiva, que comienza en general al entrar en la edad adulta. Por lo tanto, sería inusual iniciar el tratamiento con litio en un paciente geriátrico.

Sin embargo dado que un número significativo de pacientes geriá --

trictos están tomando litio, son necesarias determinadas precauciones.

La función renal debe controlarse cuidadosamente porque el litio se elimina casi exclusivamente por esa vía.

Los niveles de creatinina sérica y nitrógeno ureico sanguíneo son buenos controles de función renal y las elevaciones de sus niveles indican la necesidad de controlar estrechamente los aumentos de los niveles séricos de litio en el paciente. Además, se pueden producir trastornos de la conducción cardíaca que afectan típicamente al sistema cardiovascular cuando está comprometido por el envejecimiento.

Otros efectos colaterales son náuseas, vómitos, poliuria, polidipsia, diarrea, ansiedad, debilidad muscular y trastornos en la coordinación.

Los pacientes más ancianos pueden verse más afectados por estos síntomas, ya que estos pueden presentarse un deterioro por la edad de la coordinación y debilidad generalizada anteriores.

También son más susceptibles a padecer desequilibrios electrolíticos por diarrea, vómitos o poliuria. Además, con frecuencia manifiestan temblores que el litio puede empeorar y con el riesgo agregado de que estos temblores inducidos por litio -

(que son de naturaleza tóxica) sean confundidos con los temblores que se presentan normalmente en la vejez.

HIPNÓTICOS/SEDANTES.

Esta categoría incluye a todos los agentes que se utilizan en el insomnio y también los sedantes generales que con frecuencia se denominan tranquilizantes. En el pasado, a estos últimos se les conocía como tranquilizantes menores para diferenciarlos de los tranquilizantes mayores, es decir los agentes antipsicóticos. Estas dos denominaciones han caído en desuso por las confusiones a que pueden dar lugar. Se podría llegar a suponer por ejemplo que una dosis mayor de un tranquilizante menor tendría el mismo efecto que un tranquilizante mayor, pero esto no refleja la realidad: los dos tipos de fármacos comparten todas propiedades, no actúan en el sistema nervioso central al mismo nivel, su tolerancia no puede ser equisrada, no existe razón para distinguir de menor a un tranquilizante o hipnótico, excepto quizás -- consideraciones fundadas en la corta duración de sus efectos.

Con frecuencia los tranquilizantes menores e hipnóticos desarrollan dependencia. Este riesgo es realmente importante teniendo en cuenta que el insomnio es un síntoma común de la edad avanzada. De ahí que no debe sorprender que produzca dependencia psicológica en el anciano por el uso prolongado. Suspensiva la administración de los mismos se produce el síndrome de privación que cursa con la agitación intensa, hiperexcitación e insomnio -

que determinan la restitución del tratamiento con estas drogas. Dos sedantes/hipnóticos frecuentemente utilizados son el hidrato de cloral y el flurazepan. Hay menor posibilidad de que estos dos agentes afecten el sueño que otros agentes, pero el uso prolongado puede llegar a afectar y a conducir a muchos trastornos. Se han registrado con el cloral-hidrato. El flurazepan - que se considera generalmente más seguro puede producir tolerancia.

El sujeto al que se indica estos medicamentos debería tener una función hepática normal ya que todos ellos son metabólicos en este organismo. Esto significa que se deberían emplear dosis - mucho más pequeñas en los ancianos. Estos pacientes son más sensibles a los efectos de los sedantes: las dosis pequeñas - pueden provocar desorientación, confusión e hiperexcitación idiosincrática.

Los comentarios anteriores deberían desalentar la prescripción de los tranquilizantes menores e hipnóticos. Sin embargo, son útiles en los tratamientos de corta duración, pero el clínico - debe evitar la idea errónea de que estas drogas son inocuas y - pueden utilizarse indiscriminadamente para mantener al paciente "dócil y tranquilo".

A pesar de estas observaciones son ampliamente utilizados muchas veces desafortunadamente mal empleados. (7).

NOTAS AL CAPITULO. (11)

(7) - MEDICINA DE LA TERCERA EDAD. REVISTA ARGENTINA DE GERIATRIA. (EL USO RACIONAL DE PSICOFARMACOS EN EL PACIENTE GERIATRICO "TRATAMIENTO").

PAG. 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22.

ADECUADO

- Alimentación adecuada y oportuna del niño.
Niño satisfecho y contento.
- Amor y afecto satisfactorio por parte de los padres. Respuestas: "¡me gusta mucho!", "¡sí!", "¡sí!", "¡sí!", "¡sí!", "¡sí!", "¡sí!".
Felicidad, confianza, seguridad de "donación", cuerpo relajado, ninguna obsesión de "inmundicias".
- Los padres se ayudan, totalmente comprometidos y amorosos.
Comprensión de los papeles varón/ - mujer en el matrimonio/paternidad.
- Niños, amorosos, y toda la familia de espíritu amoroso que pueda amar a todos.
- Capacidad de fácil entrega amorosa.
- Más risas en la familia.
Capacidad de compartir y ver otros puntos de vista.
- Desarrollo sexual en frenado, discusión franca y abierta de cuestiones emocionales y físicas, amistoso contacto con el sexo opuesto.
Alegre aceptación, saludable acercamiento al sexo y a las relaciones amorosas, posturas pausadas y realistas.

INADECUADO

- Alimentación no satisfactoria con poca estimulación.
Frustración en la madre y en el niño.
- Exceso de presión sobre el niño de "dar" los "rechos padre", dando una ligada, poca estimulación.
El niño se siente rechazado, inseguro, excesivamente dependiente, incapaz de ofrecer cariño.
- Uno de los padres está ausente, pero se exhibe capacidad para des-amparar y posición amorosa.
Incomprensión hacia el ausente.
- El niño aislado de los padres que puede amar a animales, por ejemplo.
Incapacidad de expresar con facilidad sentimientos de ternura.
- Niño lloroso.
Dificultades para compartir, egoísmo.
- Trauma sexual en la niñez, actitud restringida por parte de los padres a la discusión del sexo, aislamiento del sexo opuesto.
Rechazo del sexo como algo sucio o perverso, temor a amar, temor a mostrar ignorancia sobre ciertos temas, aturdimiento, timidez, idealización del sexo opuesto.

<ul style="list-style-type: none"> • Códigos de ética en relación no reproductivos. Aceptación de fallos y errores como parte de la vida misma, confianza en sí mismo. • Padres que se complementan. Matrimonio feliz. • Intereses amplios y variados, una ocupación interesante y satisfactoria. Placer en la formación del hogar y capacidad para alcanzar una vida plena. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relación con código de ética reproductivos. Sentimientos de inferioridad, incapacidad, o rebelión en la adolescencia. • Padre con incomprendiones mutuas. Matrimonio desgraciado. • Posibilidades limitadas de recreo y ocupaciones no satisfactorias. Frustración en el matrimonio, cansancio, depresión, descontento, - - irritación.
--	--

BIBLIOGRAFIA.

- (1) BLAZER JO DAN G.
SINDROMES DEPRESIVOS EN GERIATRIA.
ED. DOYMA.
EDS. 1984. ESPANA BARCELONA.
- (2) DR. FERNANDO JOSE.
TRATADO INTEGRAL DE GERONTOLOGIA TOMO V.
ED. CHILE DE MEDICINA.
EDS. SANTIAGO DE CHILE 1973.
- (3) MARTIN CATRONY.
GERIATRIA.
ED. EL MANUAL MODERNO. S.A.
EDS. AGOSTO 1984 MEXICO.
- (4) MARCHAIS PIERRE.
PROCESOS PSICOPATOLOGICOS DEL ADULTO.
ED. PRENSA MEDICA MEXICANA.
EDS. MEXICO. D.F. 1983.
- (5) MEATHY DOVAL.
EVALUACION DE LA SALUD EN EL ANCIANO.
ED. PRENSA MEDICA MEXICANA.
EDS. MEXICO. D.F. 1985.

- (6) PERLADO FERNANDO.
GERIATRIA.
ED. CIENTIFICA MEDICA.
EDS. BARCELONA ESPANA 1981.
- (7) MEDICINA DE LA TERCERA EDAD REVISTA ARGENTINA DE GERIATRIA.
PUBLICACION DE LA PRENSA MEDICA INTERNACIONAL.
AÑO 5 No. 6 - 1987. BUENOS AIRES-ARGENTINA.
ART. EL USO RACIONAL DE PSICOFARMACOS EN EL PACIENTE GERIATRICO.
DRS. : JAMES H. COLEMAN.
ABRAHAM DE. DOREVITH.
- (8) REVISTA ARGENTINA DE GERONTOLOGIA Y GERIATRIA.
ORGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE GERONTOLOGIA Y GERIATRIA.
EDITORIAL SINAPSIS.
3er. 1987 BUENOS AIRES ARGENTINA.
ART. LA VIVENCIA DE LA MUERTE Y EL SUICIDIO EN LA VEJEZ.
DR. OSMAN NICOLAS ANTONUCCIO.
- (9) REVISTA MEXICANA DE GERONTOLOGIA
ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA DE MEXICO. A. C.
AÑO 1 No. 4 - VOL. I
JULIO - AGOSTO 1985

EDITORIAL PIENSA.

AÑO 1, No. 4 VOL. 1. JULIO-AGOSTO 1965.

ART. LA MEMORIA Y EL ENVEJECIMIENTO.

PSIC. LILIANE ISRAEL.

DR. CARLOS D'HYVER.

(10)

LIC. CECILIO A. ROELO.

DICCIONARIO DE MITOLOGIA NAHUATL

ED. MUSEO NACIONAL DE ARQUEOLOGIA HISTORIA Y ETNOLOGIA.

EDS. MEXICO 1911. (BIBLIOGRAFIA HULHUETEOTL)

(11)

ENCICLOPEDIA DE MEXICO

TOMO VII

ED. SALVAT MEXICANA S.A. DE C.V.

EDS. MEXICO 1978. (BIBLIOGRAFIA HUEHUETEOTL)