

Trastornos afectivos en el adulto mayor*

Educación médica
continua

Resumen

Uruguay es uno de los países más envejecidos de América; 17% de la población tiene más de 60 años y 13% más de 65. La prevalencia de enfermedades mentales aumenta con la edad, siendo más frecuentes los trastornos afectivos, demencias, psicosis, abuso de sustancias y el maltrato. Para el abordaje apropiado es necesario desarrollar estructuras de atención que, comenzando en el primer nivel, se organicen hasta unidades psicogeríatras de corta, mediana y larga estancia, incluyendo el desarrollo de la Psiquiatría Geriátrica como especialidad. Los adultos mayores presentan las mismas formas de trastornos afectivos que las personas jóvenes y responden a los mismos factores etiopatogénicos con particularidades que dificultan el diagnóstico. Se describen distintas formas de presentación de los episodios depresivos y maníacos con énfasis en los desencadenantes somáticos. Se revisan las alternativas terapéuticas farmacológicas, psicoterapéuticas, la electroconvulsoterapia y la atención al cuidador, las que deben adaptarse a cada paciente.

Palabras clave

Psicogeriatría
Abordaje interdisciplinario
Trastornos afectivos
Adulto mayor

Summary

Uruguay is one of most aged countries in America. 17% of Uruguayan population are more than 60 years old and 13% are more than 65 years old. Prevalence of mental diseases increases with aging and mood disorders, dementia, psychosis, substances abuse and elder abuse are more frequent. Adequate approach and management requires a scope of contexts of care and services, from a first level at the community to more complex facilities, like Psycho geriatric Units with a mix of services: short stay, transitional care and long stay care. The development of Geriatrics Psychiatry as a special discipline is also required. Elderly people suffers from the same mood disorders than young people and are caused by the same pathogenic factors, but with some particularities which imply higher difficulties in diagnosis and different presentation of maniac and depressive episodes. We review different pharmacological alternatives, psychotherapy, electro convulsive treatment and support approach for family caregivers, all which must be adapted in each patient.

Key words

Psycho geriatrics
Interdisciplinary team approach
Mood disorders
Elderly people

Autoras

Rossana Lucero

Médica Psiquiatra. Ex Asistente de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. Ex Asistente del Dpto. de Biofísica de la Facultad de Medicina. Jefa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Centro Geriátrico "Dr. Luis Piñeyro del Campo", ASSE - MSP.

Giannina Casali

Médica Psiquiatra. Ex colaboradora del Equipo de Trastornos Alimentarios, Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. Psiquiatra de Unidad de Cuidados Paliativos y Unidad de Alta Dependencia del Hospital Centro Geriátrico "Dr. Luis Piñeyro del Campo", ASSE - MSP.

Correspondencia:

Ignacio Núñez 2163
rlucero@internet.com.uy
Jujuy 2834/703
giannica@montevideo.com.uy

* Trabajo presentado en el Curso de Educación Médica Continua, organizado por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 15 al 22 setiembre de 2006. Ampliado y actualizado para su publicación.

Introducción

El estudio SABE¹ y el Estudio Sobre el Adulto Mayor en Argentina, Chile y Uruguay², muestran que Uruguay es uno de los países más envejecidos de las Américas, lo que implica un enorme desafío para nuestro sistema de salud y seguridad social. El 17% de la población tiene más de 60 años y 13% más de 65 años; la mitad de los ancianos se concentra en la ciudad de Montevideo. La mayoría de ellos son personas relativamente sanas, independientes, socialmente integradas y que realizan una transferencia económica a la estructura socio familiar; sin embargo, un porcentaje que se estima entre el 20% y el 30% padece dificultades en actividades básicas de la vida diaria y diversos grados de discapacidad y pérdida de su autonomía de origen físico y/o mental. Un subgrupo más frágil y vulnerable, los mayores de 75 años, crece aceleradamente y se estima que constituirá hasta el 40% de esta población en las próximas dos décadas. El estudio que hace estas proyecciones es de 1999; por tanto, ya ha pasado casi una década y la realidad nos confirma estas previsiones. La comunidad y sobre todo las familias, constituyen la principal fuente de cuidados no formales, pero su capacidad y rol se ven expuestos crecientemente a sobrecargas y se necesita el desarrollo de estructuras suficientes para garantizar el apoyo que les permita la continuidad de este rol.

La prevalencia de enfermedades mentales aumenta con la edad, pues aquí confluyen aquellas personas con patología mental de inicio en la juventud que envejecen y aquellas personas que desarrollan enfermedades mentales en esta etapa de la vida. No sucede lo mismo con la incidencia, la cual aumenta para las demencias pero no para otras patologías psiquiátricas. Según datos de la OMS el 25% de las personas mayores de 65 años padece algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente de las patologías psiquiátricas reversibles y para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad y muerte prematura en países desarrollados, precedida solamente por las enfermedades cardíacas³. Se incluyen, además, entre otros problemas encontrados a esta edad, el conjunto de los trastornos afec-

tivos, las demencias, las psicosis, el abuso de sustancias y situaciones de abuso-maltrato o negligencia en los cuidados.

El avance en el conocimiento de los trastornos psiquiátricos en el adulto mayor ha sido paralelo al desarrollo de la Psiquiatría Geriátrica a nivel mundial, comenzando con el trabajo de psiquiatras en el Reino Unido y Suiza, extendiéndose el interés luego hacia el resto de Europa y Norteamérica. En 1996 en la Reunión de Consenso en Psicogeriatría organizada por la Asociación Mundial de Psiquiatría Sección de Psiquiatría Geriátrica y la Organización Mundial de la Salud, se define que *“La Psiquiatría Geriátrica es una rama de la Psiquiatría y forma parte de la provisión de atención multidisciplinaria a la salud mental del anciano. Su campo de acción es la atención psiquiátrica a personas en edad de jubilación y por encima de ésta. Muchos servicios fijan una edad «de corte» a los 65 años, pero esta puede variar según los países y las prácticas locales, por ejemplo varios servicios especializados contemplan la ayuda a personas más jóvenes con demencia. La especialidad se caracteriza por su orientación comunitaria y su aproximación multidisciplinaria a la evaluación, diagnóstico y tratamiento”*⁴. Siguiendo con el consenso, plantean con relación a la formación que la especialidad Psiquiatría Geriátrica requiere la formación básica de la Psiquiatría General y la Medicina General, así como entrenamiento en los aspectos específicos de los fenómenos médicos y psiquiátricos que acontecen en el anciano, habilidades que deberían enseñarse y adquirirse en la variedad de ambientes en la que se practica. Asumimos que Uruguay aún no dispone de recursos formados especialmente en el área y que este es un proceso progresivo sobre el que deben establecerse estrategias específicas.

Los adultos mayores presentan, en general, las mismas formas de trastornos afectivos que las personas jóvenes y responden a los mismos factores etiopatogénicos, pero hay particularidades en los rasgos semiológicos, especialmente de los episodios agudos, que pueden dificultar el diagnóstico, en tanto como desencadenantes tienen mayor peso las causas médicas y psicosociales. A efectos de esta presentación nos centraremos en las

características de los episodios depresivos y maníacos; la discriminación diagnóstica del trastorno se hará como en los pacientes jóvenes de acuerdo con la historia clínica completa de cada caso⁵.

Depresión

Existen variaciones entre los estudios epidemiológicos, que dependen de la selección y tamaño de la muestra, de los criterios diagnósticos y de las escalas utilizadas. Estudios de grandes muestras realizados en la década del 90, han puesto de manifiesto que, excepto para las demencias, las tasas de enfermedades mentales son inferiores a las de la población general. De todas maneras la prevalencia de depresión es elevada y la afectación en la calidad de vida y las repercusiones sobre el cuidado de otras enfermedades, determinan su relevancia como problema de salud. En términos generales se puede ver que los trastornos depresivos afectan entre el 10 y el 50% de los adultos mayores, con variaciones según su origen (residentes en comunidad, institucionalizados, hospitalizados, etc.). La depresión recurrente iniciada en la vejez tiene una elevada comorbilidad con enfermedades neuropsiquiátricas, a la vez que la asociación con déficit cognitivo plantea dificultades en el diagnóstico y en la terapéutica, lo que queda evidenciado por la gran variabilidad en los resultados encontrados de asociación entre depresión y enfermedad de Alzheimer.

La depresión es más frecuente en mujeres con una relación de dos a uno, excepto en las depresiones graves donde la frecuencia es igual en ambos sexos; los factores genéticos son menos frecuentes que en depresiones de inicio en la juventud. Los factores neurobiológicos involucrados son los que se asocian más a la demencia que al envejecimiento normal, especialmente las alteraciones en los circuitos monoaminérgicos. La enfermedad física es un factor de riesgo con mayor peso cuanto mayor sea la gravedad y el compromiso funcional que determina; el riesgo se ve potenciado cuando se asocian, además, deterioro cognitivo y antecedentes personales de enfermedades mentales. En personas con enfermedad de Parkinson o con secuelas de accidentes

cerebrovasculares se cierra un círculo que empeora el pronóstico de estas enfermedades y disminuye el potencial de rehabilitación. Con relación a la personalidad, se encuentran personalidades mejor estructuradas que en aquellas personas con trastornos depresivos de inicio en la juventud, con predominio de rasgos dependientes, ansiosos y evitativos. De los factores sociales, las dificultades económicas como factor estresante permanente no solo favorecen la aparición de depresión sino que además complejizan su tratamiento por el costo que representan los mismos. Se asocian también las situaciones de duelo, aislamiento y las pérdidas reales y simbólicas que se acumulan a esta edad, como el fallecimiento de amigos, cónyuge, familiares y la jubilación^{6, 7}.

Aspectos diagnósticos de los episodios depresivos

En el paciente joven, los síntomas recogidos en la nosografía DSM-IV para el diagnóstico de episodio depresivo mayor (EDM) constituyen la tríada clásica de disminución del humor, inhibición y dolor moral. Cuando los EDM se presentan en esta forma, son habitualmente de características melancólicas, y tanto la inhibición psicomotriz que puede llegar al estupor como la ansiedad generalizada en su extremo de agitación psicomotriz, constituyen urgencias psiquiátricas.

La presentación atípica es tanto o más frecuente que la anterior, así como las formas oligosintomáticas pero de gran intensidad de este síntoma que enmascaran a los síntomas depresivos^{8, 9}.

Depresión atípica

La depresión atípica es una de las formas más frecuentes de presentación de los episodios depresivos en el adulto mayor. Se encuentran en ellos los criterios definidos por el grupo de la Universidad de Columbia con: (1) *Depresión mayor, menor o intermitente. Reactividad del ánimo* y (2) *Dos o más de los siguientes síntomas: Hipersomnia, Aumento del apetito, Fatigabilidad, Hipersensibilidad interpersonal como rasgo*¹⁰. La manifestación precoz de estos cuadros puede ser con anhedonia; la tristeza es poco llamativa o ausente. Hay

marcada disforia, malhumor, intolerancia ante mínimos motivos, insatisfacción con la vida y desconfianza; en tanto la sensación de cansancio extremo puede provocar una rápida declinación funcional.

Depresión psicótica

En la depresión psicótica el paciente se encuentra inmerso en un ambiente persecutorio donde la depresión queda escondida por las ideas delirantes de daño y perjuicio. Otros temas frecuentes son la autoacusación, negación (Cotard) y delirios hipocondríacos.

Pseudodemencia depresiva

En la pseudodemencia depresiva el componente cognitivo es el de mayor magnitud. Alrededor del 10% de las depresiones en ancianos se presenta de esta forma y mejora con el tratamiento antidepresivo adecuado; no obstante, en el seguimiento a largo plazo el riesgo de presentar una demencia es cuatro a cinco veces mayor luego de uno a dos años del cuadro depresivo que en aquellos pacientes con depresión sin síntomas cognitivos¹¹. Por otra parte, la depresión puede ser el pródromo de una demencia (más frecuentemente de demencias de origen vascular y enfermedad de Alzheimer) o bien una situación reactiva en etapas iniciales de una demencia cuando el paciente es capaz de percibir su propio deterioro. En general, puede afirmarse que los trastornos cognitivos asociados a los estados depresivos son la disminución de la atención, memoria a corto plazo y velocidad psicomotora. De las características clínicas que pueden ayudar a diferenciar entre un cuadro de demencia y una pseudodemencia depresiva se destacan en esta última el inicio agudo, los antecedentes personales de depresión, fluctuación de la capacidad cognitiva, manifestación espontánea de ideas de culpa y quejas de déficits mnésicos.

Depresión en la enfermedad de Alzheimer (EA)

Cuando lo que se presenta es un EDM en un enfermo de Alzheimer, la importancia del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno

radica en que el síndrome depresivo es un multiplicador de problemas ya que agrava aun más las dificultades del paciente e impulsa su institucionalización¹¹. Taragano y cols.¹² estudiaron las similitudes y diferencias semiológicas entre la depresión geriátrica y la demencia con depresión. Encontraron diferencia significativa del primer grupo respecto al segundo en una mayor respuesta a los facilitadores en pruebas de memoria, mayor presencia de anhedonia, mayor proporción de quejas de memoria y de culpa espontáneas, en tanto ningún paciente depresivo primario tuvo menos de 20 puntos en el Mini Mental State Exam (MMSE). No hubo diferencia en los antecedentes familiares de trastorno afectivo ni EA, funcionamiento cognitivo evaluado por el MMSE ni en el empeoramiento vespertino (“sundowning”).

Ante la sospecha de un cuadro depresivo en un enfermo de Alzheimer se debe iniciar el tratamiento antidepresivo, pues aunque sabemos que no va a revertir la demencia, sí es posible mejorar el nivel de funcionamiento y en consecuencia la calidad de vida del paciente y sus cuidadores.

Depresión con máscara somática

En la presentación con máscara somática se encuentran múltiples consultas médicas en el primer nivel de atención con expresiones de angustia somatizada: cefalea, meteorismo, bolo esofágico, tensión muscular, algias, etc. La hipocondría se ha encontrado correlacionada positivamente con la edad, en tanto la baja autoestima se correlaciona negativamente⁷. Los trastornos del sueño y apetito están relacionados con la gravedad del cuadro; en un 15% de los casos se verifica un aumento del apetito, más frecuente en mujeres. Se deberá plantear la presencia de un cuadro depresivo, entre otras posibilidades, en todo paciente con notoria pérdida de peso sin causa aparente.

Alcoholismo de inicio tardío

Una proporción del 11 al 33% de los adultos mayores desarrolla un trastorno relacionado con el alcohol (alcoholismo de inicio tardío) en el contexto de aislamiento, cambio de roles y/o enfermedad médica. La forma de presen-

tación del alcoholismo en adultos mayores es con caídas, delirium y depresión. A diferencia del alcoholismo en jóvenes con repercusión social, laboral y familiar, en el adulto mayor las repercusiones son un aumento de las enfermedades médicas, con peor percepción del estado de salud, aumento de las consultas médicas, peor satisfacción con la vida, aumento de la depresión y disminución de las redes sociales. Existe alto riesgo de complicaciones por interacción farmacológica del alcohol con medicamentos en estas personas habitualmente polimedradas. El cuestionario CAGE para detección precoz es útil a pesar de sus limitaciones; se recomienda la internación para realizar una desintoxicación y si bien hay aún pocos estudios de tratamiento, los que existen permiten presumir que, con tratamiento adecuado, el pronóstico puede ser mejor que en el alcoholismo de inicio en la juventud¹³.

Depresión secundaria a enfermedad médica y fármacos

Una buena parte de los episodios depresivos en el adulto mayor corresponde a recidivas de trastornos psiquiátricos iniciados en edades tempranas. Los trastornos depresivos cuyo primer episodio se presenta después de los 55-60 años, son frecuentemente secundarios

a otro trastorno orgánico que debe ser considerado siempre como diagnóstico diferencial o desencadenante de una recurrencia en un trastorno del humor de inicio en la juventud. Las situaciones más frecuentes se presentan en la Tabla 1.

La lista de fármacos que pueden producir depresión es extensa, por lo que la historia farmacológica debe formar parte de la evaluación realizada al paciente.

La depresión post accidente cerebro-vascular (ACV) en el anciano tiene una frecuencia del 50 a 60%. La incidencia es mayor en el período inmediato y dentro del primer mes del accidente, desciende al año y aumenta nuevamente a los tres años. Los factores que inciden en su aparición son al inicio la evidencia de lesiones anteriores izquierdas, la afasia, el vivir solo y con escasos contactos sociales. A más largo plazo la presencia de atrofia cerebral. Existe consenso en que las depresiones post ACV, en todos los grupos etarios, deben ser tratadas lo antes posible, pero hasta el momento hay pocos estudios sobre la posibilidad de su prevención. Existe alguna evidencia de que el inicio de antidepresivos de manera profiláctica a las 24 horas del ACV (durante la internación del paciente en las unidades neurológicas de agudos) contribuiría a disminuir la aparición de depresión en estos pacientes¹⁴⁻¹⁶.

Tabla 1

Causas somáticas y farmacológicas de depresión en el adulto mayor

Enfermedades frecuentemente asociadas a depresión

- *Enfermedades cerebrovasculares*
- *Otros trastornos neurológicos (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, neoplasias intracraneanas)*
- *Trastornos metabólicos (hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoadrenocorticismo, hiper o hipocalcemia)*
- *Enfermedades sistémicas y otras enfermedades somáticas (carcinoma pancreático, enfermedades virales, complejo SIDA-demencia, insuficiencia pulmonar, renal o hepática)*
- *Tratamientos (radioterapia)*

Fármacos asociados a depresión

- Antiarrítmicos
- Antiinflamatorios
- Anticonvulsivantes (fenobarbital, succinamida)
- Antihipertensivos (betabloqueantes, clonidina, diuréticos, guanetidina, hidralazina, metildopa, reserpina)
- Antiinfecciosos (cicloserina, sulfonamidas)
- Antiparkinsonianos (amantadina, L-dopa)
- Digital
- Citostáticos (vinblastina, vincristina)
- Hormonas (suprarrenales, progesterona)
- Tranquilizantes e hipnóticos (benzodicepinas, meprobamato)
- Neurolépticos
- Sustancias de abuso (anfetaminas, cafeína, alcohol)

La aparición de EDM en pacientes con síndromes coronarios agudos (infarto agudo de miocardio y angina inestable) es altamente frecuente y constituye un factor de riesgo independiente de morbi-mortalidad. El tratamiento con sertralina ha mostrado ser efectivo y seguro en estos pacientes sin otras patologías orgánicas en estudios controlados con placebo; asimismo, este tratamiento parece disminuir la hospitalización por causas psiquiátricas y no psiquiátricas^{17, 18}.

Detección precoz: estrategias para el primer nivel de atención

Una estrategia necesaria para la detección precoz, especialmente con estas formas particulares de la depresión en el adulto mayor, es la capacitación de recursos humanos en el primer nivel de atención, trabajando especialmente sobre los prejuicios del personal asistencial, entre ellos, que la depresión es un proceso inherente a la vejez o que el tratamiento es inadecuado, de alto riesgo o ineficaz. Estudios en atención primaria y comunidad han mostrado que del total de pacientes deprimidos sólo un pequeño porcentaje (10 a 14%) recibía antidepressivos, pero en el 95% de ellos el médico conocía la presencia de la depresión⁷.

Por estos motivos, el tema depresión en el adulto mayor fue incluido, por el equipo multidisciplinario que lo elaboró, en el Manual de Atención Primaria en Salud de las Personas Adultas Mayores, entregado a las autoridades del Ministerio de Salud Pública en octubre de 2005 y en el que se está trabajando actualmente en actividades de capacitación¹⁹. En este protocolo se recomienda el uso sistematizado en el primer nivel de atención y unidades médicas de escalas estandarizadas de *screening*: escala de depresión geriátrica de Yesavage²⁰, aplicable a personas sin déficit cognitivo o con deterioro cognitivo leve y la escala de Cornell²¹ para pacientes con demencia. Luego de una correcta valoración clínica y paraclínica, en pacientes sin antecedentes psiquiátricos, con un EDM único, de intensidad leve a moderada, sin ideación suicida, se iniciará el tratamiento con antidepressivos en el primer nivel; se deberá derivar a psi-

quiatria los casos que generen dificultades diagnósticas, terapéuticas y con evolución tórpida. La dirección de Unidades Asistenciales Especializadas de ASSE ha elaborado los criterios para derivación a psiquiatría que, si bien fueron definidos y difundidos en los equipos de atención para pacientes jóvenes, son aplicables a todos los grupos etarios, por lo que se incluyeron en el protocolo.

Pronóstico

Se encuentran estudios de meta-análisis y de comparación con grupos de pacientes más jóvenes con resultados variables, pero de los que, en conjunto, puede decirse que la evidencia epidemiológica hasta el momento indica que, a priori, la depresión de los ancianos NO tiene un peor pronóstico del que tiene en otras edades. En el seguimiento a largo plazo (más de 24 meses), 25% de los pacientes está totalmente bien, 60% está bien o está bien con recaídas, asociándose el mantenimiento de la depresión al déficit en el apoyo social.

De mal pronóstico son:

1) La asociación de depresión de inicio tardío (más de 60 años) con deterioro cognitivo, baja respuesta al tratamiento e imagenología con alteraciones; en conjunto, esta asociación hace que algunos autores la planteen como un subgrupo donde la depresión refleja patología cortical¹².

2) La comorbilidad de la depresión con enfermedad somática en el adulto mayor se asocia con una mayor morbi-mortalidad por causas médicas, aumento de la estadía durante internaciones, peor evolución en las mismas, potenciación de la incapacidad funcional, generación de retraso en la demanda de ayuda y en la recuperación, incremento de la percepción del dolor, disminución de la adherencia y colaboración en los tratamientos indicados y aumento de la posibilidad de ingresos y utilización de los sistemas de salud. Es importante alejar la toma de decisiones sobre terapias para mantener la vida hasta tratar la depresión.

Suicidio

Los ancianos constituyen el grupo de edad con mayor incidencia de suicidio. Un gran número de estos suicidios sucede en el transcurso de la enfermedad depresiva. Los factores psiquiátricos asociados con suicidio son los trastornos relacionados con el alcohol y las personalidades con dificultad en la adaptación. Otras causas asociadas son las afecciones físicas invalidantes o dolorosas, minusvalías sensoriales, dificultades económicas y el aislamiento. Los efectos de enfermedades físicas sobre el suicidio de adultos mayores, en general son mediados por enfermedades psiquiátricas; la prevención de estos suicidios se basa en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los síndromes depresivos. Un adulto mayor que comete un IAE está en alto riesgo de posteriormente consumir el suicidio^{7, 22-24}.

Trastorno bipolar

La prevalencia de trastorno bipolar en personas mayores de 65 años que se encuentran en la comunidad se estima entre el 0,1% y el 1%; cuando se trata de adultos mayores que viven en residenciales asistidos se eleva casi al 10% y constituyen del 5 al 15% de las

internaciones psiquiátricas. En los episodios maníacos es frecuente la presentación mixta, con alta agresividad, delirios paranoides, disforia y ciclado rápido; en cambio, la euforia y megalomanía son menos frecuentes. El diagnóstico diferencial debe establecerse con otras psicosis agudas (depresión agitada, delirium), descompensación o reagudización de psicosis crónicas, cuadros demenciales con desinhibición y estados maniformes (enfermedad de Alzheimer, Pick, demencia vascular y especialmente demencia fronto-temporal).

Al igual que en los trastornos depresivos puede presentarse como la evolución de una enfermedad iniciada en la juventud o como entidad de nueva aparición en el anciano; esta última es poco frecuente, por lo que en la práctica es útil considerar que un primer episodio maníaco en un adulto mayor es secundario a una causa médica hasta demostración de lo contrario^{7, 25}.

Manía secundaria

La manía inducida por tratamiento farmacológico fue descrita por primera vez en 1959 por Ball y Kiloh. Desde entonces se han ido agregando medicamentos y en este momento la lista es extensa²⁶; los fármacos y situaciones clínicas que con mayor frecuencia se encuentran involucrados son los que se presentan en la Tabla 2.

Causas somáticas y farmacológicas de manía en el adulto mayor

Enfermedades frecuentemente asociadas a manía

- Tumores intracraneales (primarios, secundarios)
- Traumatismo de cráneo
- Otras enfermedades neurológicas (parkinsonismo postencefálico, epilepsia de lóbulo temporal, neurólúes, esclerosis múltiple, etc.)
- Infecciones (mononucleosis, influenza, VIH, criptococosis, etc.)
- Deficiencia de ácido fólico o vitamina B12 (sin anemia)
- Trastornos endocrinológicos (enfermedad de Addison, hipertiroidismo, insuficiencia renal, síndrome carcinoide).
- Anemia grave
- Procedimientos terapéuticos (hemodiálisis, electroconvulsoterapia, posoperatorio inmediato en cirugía mayor)

Fármacos asociados a manía

- Corticosteroides
- Agonistas dopaminérgicos
- Antidepresivos
- Neurolépticos
- Benzodiacepinas
- Metilfenidato
- Antiarrítmicos
- Broncodilatadores
- Hormona tiroidea
- Hipérico
- Alcohol y otras sustancias de abuso

Tabla 2

Los episodios maníacos son complicaciones poco frecuentes de un ACV. En los estudios revisados se plantea que para que se produzca una manía deben darse dos condiciones: a) existencia de factores predisponentes, ya sea predisposición genética o atrofia subcortical y b) que la lesión se produzca en vías corticolímbicas específicas del hemisferio derecho, por lo que la manía constituiría la manifestación de una enfermedad encefálica más grave que en el caso de depresión. Merece destacarse que un alto porcentaje de los casos de manía de inicio tardío, hasta un 50% según algunos autores, sería secundario a infarto cerebral silente; por tanto, no se debe esperar la presencia de síndromes focales neurológicos para plantear que se trate de una manía secundaria a ACV. En el caso de pacientes con trastornos del humor de inicio en la juventud, los ACV pueden provocar cambios en la severidad de cada episodio de recurrencia^{27, 28}.

Deterioro cognitivo

Se necesitan más estudios para establecer cómo el trastorno bipolar afecta las funciones cognitivas y si constituye un factor de riesgo independiente para desarrollar demencia. Entre los factores sobre los que se hipotetiza que contribuirían al deterioro cognitivo están la “toxicidad” de cada episodio del humor, enfermedad vascular, comorbilidad con abuso de sustancias y efectos secundarios de la medicación; por tanto, aunque no se conozca específicamente la manera y grado en que un trastorno del humor pueda determinar una declinación en las funciones cognitivas, desarrollar estrategias adecuadas a cada paciente, específicas en estos puntos, va a permitir aliviar el efecto cognitivo global²⁹.

Comorbilidad

Los trastornos psiquiátricos de mayor comorbilidad en el eje I en pacientes jóvenes son los trastornos por abuso/dependencia de sustancias y los trastornos por ansiedad. El estudio de Goldstein et al.³⁰ aporta evidencia significativa de que la fuerte asociación entre trastorno por pánico y abuso de sustancias

con trastorno bipolar no se atenúa en edades avanzadas.

Tratamiento integral

El abordaje de la patología mental del adulto mayor debe ser multidisciplinario. La gestión del caso comienza con la determinación del nivel de cuidados que requiere el paciente que estamos asistiendo. En pacientes con depresión leve a moderada, sin riesgo vital, con familia continente el tratamiento puede ser ambulatorio; los casos más graves, con riesgo suicida y cuando no existe contención familiar, pueden requerir internación en unidades de agudos.

Para el manejo correcto es necesario el desarrollo y organización de un continuo de estructuras de atención que, comenzando en el primer nivel de atención, se organice hasta los niveles asistenciales especializados en unidades de atención psiquiátricas (psicogerítricas) de corta, mediana y larga estancia³¹.

Las unidades de psiquiatría de corta estancia (agudos) están dirigidas a la evaluación, diagnóstico y tratamiento en un medio protegido, en los casos en los que el riesgo excede el que puede ser continentado en el domicilio. En poblaciones envejecidas similares a las de Uruguay, se calcula que la necesidad de camas en este tipo de servicios es de una por cada 10.000 habitantes. Estas unidades, a modo de ejemplo, tienen una estadía media de un mes. Los trastornos afectivos, trastornos psicóticos y demencias suman más del 90% de los motivos de ingreso. La dotación de personal incluye psiquiatras (recomendación de formación específica en psicogeriatría), Lic. en Enfermería especializada en geriatría, trabajador social, médico fisiatra, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, geriatra y neurólogo. La estructura física de la unidad debe estar adaptada a la situación funcional de sus usuarios (ausencia de barreras arquitectónicas, baños acondicionados a geriatría, etc.). Las actividades de la unidad deben organizarse en programas específicos destinados a la detección, prevención y tratamiento de la dependencia funcional paralelamente al abordaje del problema que determinó el ingreso, con el objetivo

de la reinserción en la comunidad y atención ambulatoria o domiciliaria al alta^{32, 33}.

Tratamiento farmacológico

Durante la etapa diagnóstica se recomienda que se realice los siguientes estudios paraclínicos para completar la valoración de un trastorno afectivo en un adulto mayor: hemograma completo, ionograma, calcemia, función hepática, renal y tiroidea, lipidograma, dosificación plasmática de vitamina B12 y ácido fólico, VDRL. Estudios más complejos como TAC o RNM se solicitarán si está indicado por las manifestaciones clínicas⁶.

Antidepresivos

La selección del antidepresivo se debe hacer considerando el cuadro actual y la enfermedad de fondo, la comorbilidad con otras enfermedades mentales y las enfermedades médicas con sus tratamientos, tanto por los efectos secundarios de estos como por las posibles interacciones farmacológicas. La probabilidad de interacciones es mayor con antidepresivos cíclicos, seguidos de paroxetina, fluoxetina, fluvoxamina, y luego sertralina, citalopram y escitalopram, venlafaxina y mirtazapina.

La recomendación para todo tratamiento en un anciano de “comenzar lento y continuar lento” no implica el uso de dosis subterapéuticas; los antidepresivos en el adulto mayor suelen requerir dosis tan altas como en pacientes más jóvenes.

Revisaremos brevemente las características de los fármacos recomendados en la bibliografía como de primera línea en el tratamiento de depresiones en el adulto mayor y de los que tenemos mayor experiencia. Se puede encontrar más información en las referencias bibliográficas al final de este artículo^{6, 25, 34}.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Sertralina. Vida media de 36 horas metabolizándose a desmetilsertralina de potencia $1/5$ a $1/10$ de la sertralina y vida media de 66 horas,

no inhibe significativamente el citocromo P450. Comenzar con 25 mg/día y aumentar a 50 mg en una semana. Se puede alcanzar dosis de hasta 200 mg/día.

Citalopram. Vida media de 33 horas, con metabolitos activos, dosis 20-60 mg en tomas diarias únicas. No es metabolizado por el citocromo P450, lo que implica menos interacciones con otros fármacos. Se dispone actualmente del isómero escitalopram.

Paroxetina. Vida media de 24 horas, sin metabolitos activos. Dosis: 20 mg/día. Puede aumentarse 10 mg por semana hasta un máximo de 40 mg.

Fluvoxamina. Vida media de 17 a 22 horas, inhibe la CYP-1 A2 y CYP-2C9 en grado significativo, aumentando de grado marcado el efecto anticoagulante de warfarina. Dosis: 50 a 200 mg/día; dada su capacidad de sedación se debe administrar en la noche.

Efectos secundarios comunes a todos los ISRS son: náuseas, diarrea, cefalea, cambios en el peso, inquietud, insomnio, disfunciones sexuales, hiponatremia; por una disminución del recambio de dopamina a nivel estriato-cortical pueden producir síndromes extrapiramidales (signos motores, apatía, apragmatismo y acatisia). La suspensión brusca puede producir síndrome de abstinencia y eventualmente síntomas colinérgicos de rebote.

Inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (ISRN)

Venlafaxina. Vida media de 5 horas, con metabolito activo; juntos se metabolizan completamente en 72 horas. Dosificación: comenzar con 37,5 a 75 mg/día en 2-3 tomas con las comidas, aumentar cada 4 días. No hay modificaciones significativas con la edad, por lo que no se requiere de ajuste de dosis. Puede provocar aumento de presión arterial sobre todo con dosis superiores a 150 mg/día; al igual que los ISRS se ha asociado con hiponatremia.

Mirtazapina. Débil bloqueo serotoninérgico, por lo que tiene escasos efectos secundarios gastrointestinales; en general, no produce náuseas. Vida media de 20 a 40 horas, por lo que puede administrarse una vez al día, de 15 a 60 mg. Su farmacocinética no se altera

significativamente con la edad por lo que no se requiere de ajuste de dosis. Es mejor inductor del sueño a dosis bajas (menos de 15 mg/día) que a mayores donde es más notorio el efecto noradrenérgico.

Inhibidores de la recaptación de dopamina (ISRD)

Bupropión. Estructura similar a la de la anfetamina, aumenta la liberación de dopamina e inhibe su recaptación, posee vida media corta pero con metabolitos activos que pueden acumularse y provocar efectos adversos. Debe usarse con precaución en pacientes con antecedentes de convulsiones porque disminuyen el umbral convulsivante. Dosis: iniciar con 150 mg en la mañana durante 3 a 6 días, agregar una segunda toma de 150 mg; el tiempo interdosis no puede ser menor a 8 horas.

Estabilizadores del humor

Litio. Los cambios farmacocinéticos que se producen en el adulto mayor pueden prolongar la vida media del litio hasta 40 horas, por lo que cuando sea necesario su uso debe mantenerse bajo cuidadosa monitorización de la concentración plasmática. Previo a su inicio se debe obtener electrocardiograma, función renal, función tiroidea y determinación del estado cognitivo. Las recomendaciones son de mantener las litemias entre 0,4 y 0,8mEq/l, iniciando con dosis bajas de 200 a 400 mg/día y realizando incrementos lentos (100 a 200 mg cada 4 a 6 días) y control clínico de efectos secundarios.

Valproato. Presenta similares parámetros farmacológicos que en pacientes jóvenes, excepto en la unión a proteínas plasmáticas por la menor proporción de albúmina plasmática en el anciano, o en los que se encuentren alterados por enfermedades médicas concomitantes. La valoración previa al inicio del tratamiento recomendada en la bibliografía incluye hemograma, función hepática, renal, tiroidea y proteínas plasmáticas. Las dosis pueden ser menores que en jóvenes (1.000 ± 200 mg/día) aunque no se encuentra establecido un rango terapéutico específico. Su ventaja es que no requiere del control plasmático estricto del litio. No parece haber una mayor incidencia de efectos secundarios relacionados

con la edad, excepto una mayor susceptibilidad a desarrollar síndromes extrapiramidales y los favorecidos por situaciones comórbidas.

Carbamazepina. Se encuentra menos bibliografía relacionada al uso de carbamazepina en trastornos del humor. Los efectos secundarios parecen ser más frecuentes en pacientes ancianos, las dosis sugeridas son de 300 a 800 mg/día, con un rango terapéutico recomendado de 4-6 μ g/ml. Se requiere de control frecuente durante los primeros meses de tratamiento clínico y paraclínico (fundamentalmente concentración plasmática, hemograma, función hepática y tiroidea).

Si bien la indicación de los nuevos antimicrobiales en el adulto mayor no está claramente definida y se necesitan estudios específicos en este grupo etario para establecer su uso, se está comenzando a obtener información sobre su uso y menor incidencia de efectos indeseables que con los fármacos anteriormente descritos.

Electroconvulsoterapia (ECT)

La mayoría de los pacientes adultos mayores que reciben ECT es para el tratamiento de una depresión mayor. Los factores que contribuyen a su mayor uso son: a) mayor sensibilidad a los efectos secundarios de los fármacos, que hacen que el manejo de algunos de ellos sea difícil o esté contraindicado; b) el riesgo de complicaciones y muerte por depresión grave implica la necesidad de una respuesta rápida; c) existen estudios que muestran una asociación positiva entre la edad y la respuesta a la ECT; y d) la depresión psicótica y las presentaciones con estupor o agitación psicomotriz son frecuentes en este grupo de edad y muchos psiquiatras consideran la ECT como tratamiento de primera línea para estos cuadros. Lo mismo sucede con las depresiones resistentes³⁵⁻³⁷. Los pacientes necesitan entre 8-10 sesiones para completar el tratamiento, aunque algunos podrían requerir un mayor número de sesiones. La velocidad de respuesta es mayor con tres sesiones semanales, pero también es mayor el efecto sobre las funciones cognitivas. Se sugiere, salvo algunas situaciones clínicas, hacer dos sesiones semanales. En ocasiones comenzamos con tres y

luego espaciamos a dos, hasta completar una serie de diez. Con respecto a la medicación asociada y efectos secundarios se debe tener las mismas precauciones generales que en pacientes más jóvenes, con especial cuidado en la valoración cardiovascular en la evaluación pre-tratamiento. El delirium es más frecuente en pacientes con patología vascular cerebral y enfermedad de Parkinson. Una vez terminada la serie y superado el delirium se pueden encontrar puntajes en el MMSE mayores al tratar el componente cognitivo de la depresión. Existe acuerdo en general en la necesidad de asociar antidepresivos a la ECT para evitar las recaídas y en aquellos pacientes que requirieron ECT por depresión resistente o psicótica, la ECT de mantenimiento sería una opción adecuada³⁵⁻³⁷.

Aproximación psicoterapéutica

Como ya se ha visto, el abordaje integral de los trastornos del estado de ánimo en los adultos mayores implica aproximarse a un universo complejo que representa un desafío para el psiquiatra clínico. En estas situaciones, más que nunca se impone la necesidad de conducirse en el marco de un equipo técnico interdisciplinario, única posibilidad, a nuestro entender, de desarrollar un trabajo que permita optimizar nuestra función sin incurrir en desbordes, e incluso iatrogenia.

Objetivos

Una adecuada aproximación psicoterapéutica involucraría aspectos integrales que van más allá del mero encuentro y escucha del paciente. Si consideramos que, en muchos de los casos, su función cognitiva se encuentra seriamente afectada, ya sea por su trastorno del humor o por otras patologías somáticas, nos vemos en la necesidad de manejar (o, al menos, conocer) el arsenal o herramientas terapéuticas con las que contamos a fin de poderle brindar un apoyo que contemple la particularidad de su situación.

Dentro de nuestros objetivos deberá considerarse especialmente la **prevención de los trastornos afectivos**. En este sentido, consideraremos que los principales motivos de consulta se vinculan, no a situaciones psicopatológicas, sino a los cambios normales en la vejez. Es fundamental en el trabajo preventivo de los trastornos del estado de ánimo, el conocimiento cabal por parte del profesional de los aspectos que se modifican como resultado del envejecimiento normal. El hecho de conocerlos permite brindar al paciente y su entorno información que, en muchos casos, resulta tranquilizadora y evita ansiedades y angustias que los mismos puedan desencadenar³⁸. En el contexto anterior se incluye, también, el seguimiento adecuado de todas aquellas situaciones potencialmente desencadenantes de un trastorno afectivo. Por ello, debería prestarse especial atención a todas aquellas instancias vitales que se vinculen con procesos de duelo o pérdidas normales del envejecimiento. Dentro de ellas, consideraremos algunas que, por su importancia, deben ser vistas con mayor detenimiento:

La jubilación, retiro o cualquier cambio que implique un abandono de su rol activo en la sociedad o en el ámbito familiar.

La institucionalización debería ser, en lo posible, una decisión adecuadamente trabajada. Las tendencias actuales de la Geriátrica apuntan a prolongar la permanencia del anciano en su medio sociofamiliar como forma efectiva de mantener su autonomía, tanto en lo somático como en lo mental. Juega en ello un rol clave la contención que el psicoterapeuta pueda brindar al entorno familiar y cuidadores, puesto que está ampliamente comprobado que la sobrecarga de los mismos constituye un factor determinante en la decisión de institucionalizar al anciano. En este sentido la información acerca de técnicas de manejo en el contacto con el paciente, recursos sociales y otras opciones (Centros Diurnos, Auxiliares geriátricos, etc.), puede proporcionar soluciones que permitan transitar en forma más adecuada ciertas etapas de la enfermedad.

Las enfermedades crónicas se incluyen también en las situaciones de duelo o pérdida de las que hablábamos anteriormente, ya que el envejecimiento implica la pérdida

de un equilibrio o estado de salud en el más amplio sentido de este término. El apoyo psicoterapéutico es fundamental, ya sea desde el inicio de las mismas como en su evolución y desenlace. Ya se vio que la comorbilidad de los trastornos del estado de ánimo y las afecciones somáticas es elevada. Un adecuado apoyo permite la optimización del tratamiento con mayor cumplimiento del mismo y la creación de un entorno de contención que será determinante en la calidad de vida del paciente en el caso, especialmente, de enfermedades terminales.

Alcance de la psicoterapia

Uno de los mitos más difundidos es que la psicoterapia es un recurso de uso limitado en el manejo de ciertas situaciones. El trabajo en Psicogeriatría parece estar marcado por esta falsa premisa. Si consideramos que, en nuestro medio, es escasa la formación en esta rama específica de la Psiquiatría, podemos vislumbrar las dificultades que deberemos enfrentar tanto en el ámbito familiar como en el profesional para asignar a este recurso terapéutico la importancia que merece. Lamentablemente, nos encontramos con frecuencia con la idea de que constituye un “desperdicio” de tiempo y recursos. Y si el prejuicio se instala en el uso de la técnica en pacientes jóvenes y “productivos”, ¿cómo no involucrar, con más razón, a pacientes que son vistos como en el final de su etapa vital?

Definiremos entonces los alcances del término “psicoterapia”. Nos referiremos a toda aquella intervención que, en nuestro rol de psiquiatras tratantes, podamos efectuar sobre el paciente y su entorno con la finalidad de transmitir, en lo posible, una sensación de mejor comunicación y contacto. Si logramos establecer con nuestro paciente, independientemente de su estado anímico y cognitivo, un vínculo en el cual pueda sentirse cuidado, y que le proporcione un mejor control sobre sí mismo y la realidad, entonces el objetivo de la psicoterapia se verá cumplido.

Tipos de psicoterapia

Las técnicas psicoterapéuticas son variadas y nos permiten un espectro de acciones que se adecua a cada caso, considerando las

particularidades de cada paciente en cuanto a su personalidad, la profundidad de sus síntomas anímicos, su realidad socio-cultural y familiar, el estado de sus funciones cognitivas, las habilidades remanentes, etcétera. Es así que tendremos:

Abordaje cognitivo-comportamental

Incluye técnicas que pueden centrarse solamente en la función cognitiva o incluir también los problemas afectivos. Como se dijo, las tareas a encomendar deberán adecuarse estrictamente al nivel de funcionamiento cognitivo del paciente, marcando de esta manera objetivos viables y una capitalización del uso de las habilidades remanentes. El modo de comunicación puede ser verbal o escrito e incluir también actividades multisensoriales (memoria visual, olfativa, auditiva, gustativa, táctil)³⁹.

Abordajes de base fenomenológica y sociocultural

Mencionaremos algunas de estas opciones que incluyen:

Terapia de remotivación. Abordaje grupal. Estimula el interés de la persona por su entorno a través del uso de temas simples que no se relacionen con sus problemas emocionales. Se busca potenciar la relación y comunicación con otros.

Terapia de resocialización. También se recurre al abordaje grupal. Permite el reconocimiento de las distintas posibilidades de su entorno buscando fortalecer las relaciones interpersonales, renovar el interés por las actividades cotidianas, recuperar la sensación de dar algo de sí mismos.

Terapia ambiental. Se centra en la reestructuración del ambiente físico del paciente como forma de mejorar su función social. Se comienza por un estudio de su ambiente a fin de identificar el tipo de tareas y el grado en que se lo puede comprometer. Periódicamente se irán reevaluando las tareas a fin de adaptarlas a los cambios que puedan sobrevenir.

Musicoterapia. Permite mejorar la autoestima y la calidad de vida. Dada la posibilidad de responder a la música, el paciente experimenta una sensación de éxito aun en los casos en

que se encuentre afectada la capacidad de verbalizar las vivencias afectivas.

Intervenciones

Involucra todas aquellas actividades que conlleven éxito a corto plazo. Su implementación puede realizarse tanto en forma individual como grupal y la complejidad de las tareas se irá adecuando a la mejoría en el grado de competencia del paciente, especialmente en pacientes deprimidos.

Intervención psicomotriz. Se hace una mención especial a ella debido a que, al menos en nuestro medio, la psicomotricidad suele relacionarse más al abordaje de los trastornos del desarrollo, y, por ello, a la Pediatría.

Julián Dajuriaguerra fue quien desarrolló las técnicas psicomotrices en el tratamiento y prevención de las patologías en los adultos mayores. El objetivo central de las mismas es mejorar, potenciar y rehabilitar el esquema corporal, espacial y temporal del paciente. Permiten, especialmente, trabajar el temor al contacto con el otro, muy frecuente en aquellos ancianos que, paradójicamente, son los más dependientes de terceros.

Se busca con estas técnicas evitar el aislamiento, la desconexión con el mundo y la indiferenciación témporo-espacial.

Terapia ocupacional

La terapia ocupacional permite reforzar la capacidad de logro, de competencia, prevenir la incapacidad funcional y satisfacer necesidades estéticas y cognitivas de los pacientes. Se trabaja en forma grupal o individual, realizando previamente una adecuada evaluación de las posibilidades de cada paciente, siendo para ello fundamental la inserción del terapeuta ocupacional en el equipo interdisciplinario.

Psicoterapia psicodinámica

Contrariamente a lo que suele creerse, el abordaje psicodinámico constituye una efectiva herramienta en los pacientes ancianos, incluso en grados avanzados de deterioro de su funciones cognitivas. Como en cualquier otro paciente, los resultados y la pertenencia de la indicación dependerán de las capacidades

y receptividad del paciente, de su personalidad, de la relación entre este y su terapeuta, del apoyo del entorno y de la habilidad del terapeuta.

La realidad particular de los pacientes ancianos hace de la psicoterapia psicodinámica el abordaje ideal ya, que los pacientes pueden ser alcanzados afectivamente mucho tiempo después de que han dejado de serlo cognitivamente (la respuesta afectiva del sistema límbico es la última en desaparecer), permite trabajar sobre la capacidad de reconocimiento que permanece mucho más allá de la capacidad de recordar y un hecho que no por sorprendente es menos cierto: la transferencia se desarrolla de forma muy rápida en los pacientes con deterioro cognitivo.

Para un adecuado abordaje psicodinámico se deberá tener en cuenta algunos elementos que contemplen la realidad particular de estos pacientes y permitan adecuar el encuadre a la misma. En tal sentido, modificaremos aspectos más ortodoxos de este en beneficio de un espacio que respete las diferentes dependencias funcionales. La frecuencia de las sesiones requiere habitualmente una adaptación, trabajándose quincenalmente y, en general, en el domicilio en caso de que las barreras arquitectónicas del consultorio signifiquen una perturbación para el traslado del paciente.

Para el terapeuta, desprenderse de los mitos culturales acerca de la vejez y afrontar los temores ante su propio envejecimiento, constituirá uno de los mayores desafíos. Será vital, para un adecuado encuentro, respetar la experiencia, sabiduría y formación del paciente, desterrando esa concepción no solo errónea, sino también obsoleta, de que los adultos mayores “son como niños grandes”. Si nos instaláramos en esa posición caeríamos en la frecuente repetición de errores que destinan este tipo de tratamientos a fracaso.

El reconocimiento de la historia, intereses, demandas, sexualidad, deseos y temores de nuestro paciente ocupa un lugar central en la psicoterapia; esos aspectos deben ser preservados y abordados, independientemente de la edad de este.

Será fundamental acudir a planteos realistas y personalizados, evitando la tentación de

caer en propuestas masificadas que, a veces, responden más a una sociedad de consumo que al verdadero interés del paciente. No obstante, se impone la búsqueda de un equilibrio en las propuestas, debiendo luchar muchas veces el propio terapeuta contra el preconceito sobre el lugar que la capacidad de aprender, el interés sexual, el deseo de cambios, el contacto con la tecnología, por ejemplo, ocupan en la vida de un adulto mayor.

El abordaje psicodinámico en adultos mayores constituye un terreno a explorar donde, en muchos momentos, seremos simples acompañantes en el proceso y, en otros, los descubrimientos serán tan enriquecedores para nosotros como para el paciente, permitiendo una aproximación serena a una etapa que, de transitarla, todos esperamos poder hacerlo del modo más gratificante posible.

Cuidar a quien cuida

Finalmente, pero no por ello menos importante, es la atención al cuidador de un adulto mayor tanto más relevante cuanto peor sea el estado cognitivo y funcional. La sobrecarga y estrés del cuidador afecta a quien cuida y a quien es cuidado, teniendo un alto potencial de complicaciones tanto por abuso y/o negligencia en los cuidados como por la aparición de problemas físicos y mentales en el cuidador frecuentemente afectado de depresión. La mayoría de los cuidadores son mujeres de 40 a 50 años y hasta el 30% son mujeres que también son adultas mayores (hijas, esposas y nueras). El tiempo promedio que requiere el cuidado de un adulto mayor dependiente es de ocho horas de trabajo semanal remunerado y cincuenta horas de trabajo semanal familiar no remunerado.

Las necesidades del cuidador comprenden la contención con vínculos confiables, continuos e información útil a través de un enfoque activo con el objeto de mejorar la función del adulto mayor y que le asesoren en opciones de cuidado que aunque disten de ser “ideales” faciliten el acceso a servicios. Entre las recomendaciones al cuidador se incluye que se organicen de manera de poder tener vacaciones o “respiros”, desculpabilizándolos con relación al sentimiento de abandono en

estas circunstancias, que no duden en buscar ayuda e información, que no busquen la “perfección” en su tarea y que permitan al adulto mayor hacer por sí mismo todo lo que esté a su alcance, lo que favorece su autonomía y disminuye la carga de cuidados⁴⁰.

Referencias bibliográficas

1. **Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A y cols.** Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17:307-322.
2. Escuela Andaluza de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud, Banco Interamericano de Desarrollo, HelpAge International, Federación Internacional de la Vejez. Estudio Del Adulto Mayor en Argentina, Chile y Uruguay: Situación y Estrategias Para La Intervención. Informe Síntesis Uruguay, 1999.
3. **Charney D, Reynolds Ch, Lewis L et al.** Depression and Bipolar Support Alliance Consensus Statement on the Unmet Needs in Diagnosis and Treatment of Mood Disorders in Late Life. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:664-672.
4. Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaraciones de Consenso de la OMS y WPA sobre Psiquiatría Geriátrica. *Rev Psicogeriatría* 2002; 2:6-21.
5. **Ayuso Gutiérrez JL.** La depresión senil: aspectos clínicos y terapéuticos. *Salud Global*; 2002; II:1-7.
6. **Ballesteros C.** Trastornos depresivos. En: Agüera Ortiz L, Martín Carrasco M, Cervilla Ballesteros J. *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson; 2002, pp. 333-358.
7. **Katona C, Watkin V, Livingston G.** Functional psychiatric illness in old age. In: Brocklehurst's textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. Tallis R, Fillit H eds. 6ª ed. London: Churchill Livingstone; 2003, pp. 837-853.

8. **Ey H, Bernard P, Brisset CH.** Estados depresivos y crisis de melancolía. En: Ey H, Bernard P, Brisset CH. Tratado de Psiquiatría. 2ª ed. Barcelona: Toray-Masson; 1969, pp. 237-272.
9. **Cancro R.** Trastornos afectivos. En: Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría. 2ª ed. Barcelona: Masson-Salvat; 1992, pp. 754-826.
10. **Moizeszowicz J.** Psicofármacos antidepressivos. En: Moizeszowicz J. Psicofarmacología psicodinámica III: nuevos enfoques clínico-terapéuticos. Buenos Aires: Paidós; 1994, pp. 253-392.
11. **Santander Toro J.** Depresión en el adulto mayor. Boletín de la Escuela de Medicina. P. Universidad Católica de Chile 2000; 29 [8 páginas]. Obtenido de: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/Geriatria/DepressionAdulto.html>
12. **Taragano F, Allegri R, Mangone C, Paz J.** Similitudes y diferencias semiológicas entre la depresión geriátrica y la demencia con depresión. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica 1998; 7: [12 páginas]. Obtenido en: http://www.alcmeon.com.ar/7/27/alc27_04.htm
13. **O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor B.** Alcohol use disorder in elderly people - redefining an age old problem in old age. BMJ 2003; 327:664-667.
14. **Birkett P.** Depresión. En: Birkett P. Psiquiatría clínica y Accidente Vascular Cerebral. Barcelona: Masson; 1998, pp. 231-255.
15. **Niedermaier N, Bohrer E, Schulte K et al.** Prevention and Treatment of Poststroke Depression With Mirtazapine in Patients With Acute Stroke. J Clin Psychiatry 2004; 65:1619-1623.
16. **Spalletta G, Caltagirone C.** Sertraline treatment of post-stroke major depression: an open study in patients with moderate to severe symptoms. Functional Neurology 2003; 18:227-232.
17. **Glassman A, O'Connor C, Califf R.** Sertraline Treatment of Major Depression in Patients With Acute MI or Unstable Angina. JAMA 2002; 288:701-709.
18. **O'Connor C, Glassman A, Harrison DJ.** Pharmacoeconomic Analysis of Sertraline Treatment of Depression in Patients With Unstable Angina or a Recent Myocardial Infarction. J Clin Psychiatry 2005; 66:346-352.
19. **Ministerio de Salud Pública, Intendencia Municipal de Montevideo. Clavijo E, Lucero R, Presa D y cols.** Atención Primaria de Salud de las Personas Adultas Mayores: Protocolos para el manejo en atención primaria de los principales síndromes geriátricos. 2005 (en prensa).
20. **Sheikh JI, Yesavage JA.** Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. Ed TL Brink Binghamton, New York: Haworth Press; 1986, pp. 165-173.
21. **Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC et al.** Cornell Scale for depression in dementia. Biol Psychiatry 1988; 23:271-284.
22. **Lucero R.** Suicidios en Uruguay: su relación con la economía nacional (1972 a 1992). Rev Med Uruguay 1998; 14:236-247.
23. **Lucero R, Díaz N, Villalba L.** Caracterización clínica y epidemiológica de los suicidios en Montevideo y de los intentos de autoeliminación (IAE) en el Hospital de Clínicas en el período abril 2000-abril 2001. Rev Psiquiatr Urug 2003; 67:5-20.
24. **O'Connell H, Chin A-V, Cunningham C, Lawlor B.** Recent developments: Suicide in older people. BMJ 2004; 329:895-899.
25. **Sánchez Pérez M.** Manifestaciones clínicas y manejo terapéutico del trastorno bipolar. En: Agüera Ortiz L, Martín Carrasco M, Cervilla Ballesteros J. Psiquiatría Geriátrica. Barcelona: Masson; 2002, pp. 361-370.
26. **Moses E, Mallinger A.** Three cases of possible mania induction. J Clin Psychopharmacology 2000; 20:115-117.
27. **Fujikawa T, Yamawaki S, Touhoda Y et al.** Silent Cerebral Infarctions in Patients With Late-Onset Mania. Stroke. A Journal of Cerebral Circulation 1995; 26:946-949.

28. **Kumar S, Jacobson R, Sathananthan K.** Seasonal cyclothymia to seasonal bipolar affective disorder: a double switch after stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1997; 63:796-797.
29. **Gildengers A, Butters M, Seligman K et al.** Cognitive Functioning in Late-Life Bipolar Disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161:736-738.
30. **Goldstein B, Herrmann N, Shulman K.** Comorbidity in Bipolar Disorder Among the Elderly: results from an Epidemiological Community Sample. *Am J Psychiatry* 2006; 163:313-321.
31. **Lucero R, Atchugarry M, Savio I, do Campo O.** Programa Nacional de Salud Mental. Programa de Atención a las Personas Mayores con Enfermedades Mentales. República Oriental del Uruguay. *Revista de Salud Pública* 2005; 4:19-23.
32. **Vázquez-Noguerol Méndez R, Olivárez JM.** Características de las personas mayores ingresadas en una unidad de psiquiatría de corta estancia. *Rev Psicogeriatría* 2002; 2:45-52.
33. **Iglesias C, Montilla A, Erkoreka I, Inda M, Testera V.** Un sistema de clasificación de pacientes en psicogeriatría: Resource Utilization Groups T-18 (RUG T-18). *Psiquiatría Pública* 1999; 11:63-69.
34. **Strejilevich S, Bustín J.** Manejo farmacológico de los trastornos psiquiátricos en el paciente anciano. En: Wikinski S, Jufe G. *El Tratamiento Farmacológico en Psiquiatría: indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional*. 1ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004, pp. 339-355.
35. **Flint A.** Electroconvulsive therapy in the elderly. *Curr Opin Psychiatry* 1999; 12:481-485.
36. **Casarotti H, Otegui J, Savi G, Zurmendi P, Galeano E, Gold A.** Electroconvulsoterapia: fundamentos y pautas de utilización. *Rev Psiquiatr Urug* 2004; 68:7-41.
37. **Baghai T, Marcuse A, Broscho M et al.** The influence of concomitant antidepressant medication on safety, tolerability and clinical effectiveness of electroconvulsive therapy. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2006; 7:82-90.
38. **Rolando D, Casali G.** Envejecimiento normal y duelo. En: Savio I, Lucero R, Fierro A, Levi S, Atchugarry M, Casali G, Rolando D. *Manual de Geriatría y Psicogeriatría*. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2004, pp. 23-29.
39. **Durante Molina P.** Terapia Ocupacional y otras terapias no farmacológicas En: Agüera Ortiz L, Martín Carrasco M, Cervilla Ballesteros J. *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson; 2002, pp. 679-709.
40. **Savio I.** Estrés y sobrecarga del cuidador. En: Savio I, Lucero R, Fierro A, Levi S, Atchugarry M, Casali G, Rolando D. *Manual de Geriatría y Psicogeriatría*. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2004, pp. 157-161.