

LOS SÍNDROMES DE AGITACIÓN EN EL ANCIANO: SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

J. L. González de Rivera, C. de las Cuevas y A. L. Monterrey

En lenguaje psicopatológico estricto, «agitación» designa un estado específico de alteración psicomotriz, con incremento exagerado de actividad no productiva. Sin embargo, tanto los pacientes y sus allegados como los mismos profesionales de la salud, extienden con frecuencia el concepto a un estado psicológico difuso, caracterizado por hiperreactividad más o menos específica, elevación del tono neurovegetativo, incontinencia emocional y tendencia a la acción irreflexiva. Ambos estados coinciden con frecuencia en el mismo paciente, pero pueden presentarse por separado, y no tienen necesariamente el mismo significado patológico. Por ello, es importante que el clínico observe y documente bien las peculiaridades que acompañan a tan llamativo síntoma, delimitando con claridad a qué se refiere cuando aplica el término.

La agitación psicomotriz simple es frecuente en las psicosis agudas, las intoxicaciones y algunos cuadros neurológicos, mientras que los estados de agitación complejos son próximos a los síndromes ansiosos, depresivos y psicoorgánicos crónicos. En ocasiones, algunos pacientes describen una sensación de «agitación interior» o aceleración subjetiva, cuya etiopatogenia puede ser neurológica o psicodinámica. En general, si se acompaña de inhibición o enlentecimiento psicomotor, puede estar relacionado con un síndrome de Parkinson, patológico o iatrogénico. Más frecuentemente, la «agitación interior», también descrita como «los nervios por dentro» se acompaña de actividad motriz y emocional objetivable, y suele corresponder a síndromes ansiosos o depresivos. La historia y el resto del cuadro clínico permiten establecer la identificación nosológica apropiada con relativa facilidad.

Con objeto de ilustrar el resto de nuestra discusión, vamos a presentar algunos datos de pacientes psicogerítricos atendidos en la Unidad de Urgencias Psiquiátricas del Hospital Universitario de Canarias durante el año 1988. En su acepción más amplia, que es como lo entienden la mayoría de pacientes, familiares y médicos de atención primaria, los síndromes de agitación constituyen, como veremos en seguida, el motivo más frecuente para

la demanda de atención psiquiátrica urgente en sujetos mayores de 65 años (ver fig. 11.2).

La Unidad de Urgencias del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias está compuesta por un médico residente y un adjunto, que atienden, en turnos de 24 horas, los pacientes referidos por los médicos del Servicio de Urgencias del Hospital. De una cifra global de 1777 consultas urgentes en el año 1988, 118 corresponden a pacientes mayores de 65 años, lo cual representa un 7 % del total de urgencias psiquiátricas. El mayor contingente de pacientes, por grupos de edad, corresponde a los 20-29 años, siguiendo a partir de ahí una distribución decreciente en relación con la edad. La relación mujeres/hombres en los pacientes mayores de 65 años es de 2/1 (68 % mujeres y 32 % hombres), lo cual contrasta con la proporción 1/1 de la muestra total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias. En realidad, lo que se produce es una inversión brusca de las proporciones relativas de hombres y mujeres a partir de los cuarenta años (ver fig. 11.1), fenómeno para el que aún no hemos encontrado explicación satisfactoria.

Otro dato general interesante es la diferencia entre presencia de antecedentes psiquiátricos en pacientes menores de 65 años (85 %) y mayores de 65 años (el 51,7 %). En buena lógica, cabría esperar lo contrario, mayor presencia de antecedentes en el grupo de mayor edad, aunque sólo fuera por que han tenido más tiempo para desarrollar patología. Nuestros datos sugieren una tendencia al inicio, en la tercera edad, de patología psiquiátrica lo suficientemente dramática como para requerir atención urgente, sin manifestaciones previas similares.

En cuanto a la razón que motiva la consulta urgente, (ver fig. 11.2) más de la mitad de los casos acuden por síndromes de agitación, que incluyen no sólo episodios de agitación motriz en sentido estricto (9,3 %), sino todo tipo de crisis con hiperreactividad e incontinencia emocional, alteraciones neurovegetativas y acción irreflexiva, y sin manifestaciones confusionales o psicóticas. Siguen en frecuencia las vivencias y estados depresivos (15,4 %), las somatizaciones (9,3 %) y los episodios confusionales (4,2 %), y delirantes no orgánicos (3,4 %), las tentativas de suicidio (2,5 %) y la intoxicación etílica (1,7 %). En un 4,2 % de los casos referidos, el psiquiatra de guardia no encontró motivo achacable a patología de su especialidad. La mayoría de estos pacientes «sin motivo psiquiátrico» presentan, sin embargo, problemas sociales graves. Aparte de otras causas, en el 11 % de los pacientes geriátricos referidos se apreciaron problemas severos de tipo social, y en un 9 la urgencia estaba en parte motivada por problemas de tipo legal. Mientras que el motivo de la consulta es establecido por el paciente, sus acompañantes o el médico general, el diagnóstico psiquiátrico es elaborado por los psiquiatras de guardia (ver fig. 11.3). Casi la mitad (44,1 %) de los pacientes atendidos fueron diagnosticados de demencia, seguidos por los trastornos de ansiedad (16,1 %), la distimia (16,1 %) y la depresión mayor (5,9 %), como grupos más significativos. El resto de los diagnósticos y su porcentaje relativo se presenta en la figura 11.3. Es interesante comentar que la mayoría de los pacientes que presentaron somatización como motivo de consulta pasan a integrar el grupo diagnóstico de los trastornos depresivos, mientras que la mayoría de los pacientes referidos por agitación (alrededor del 80 %) acabaron siendo diagnosticados de demencia.

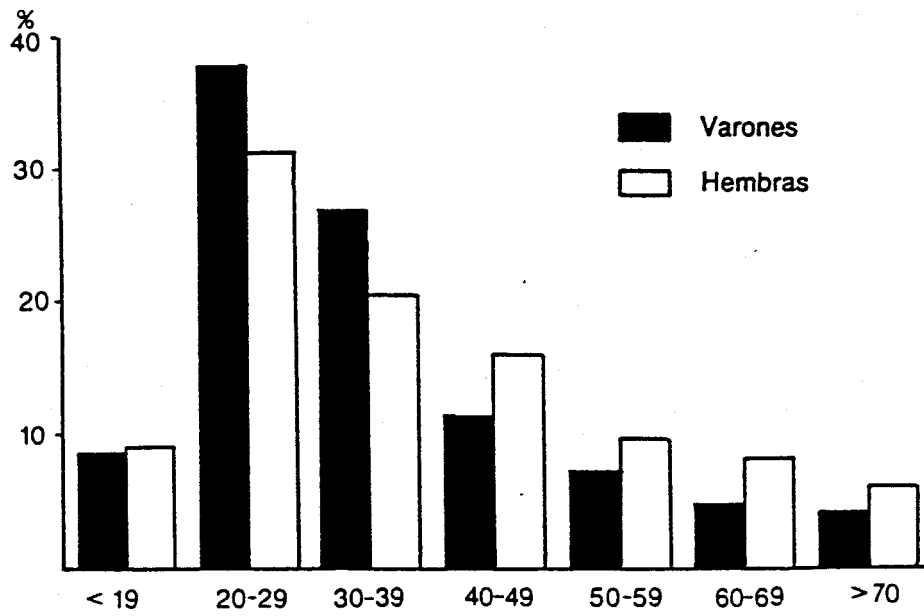


Fig. 11.1. Grupos de edad

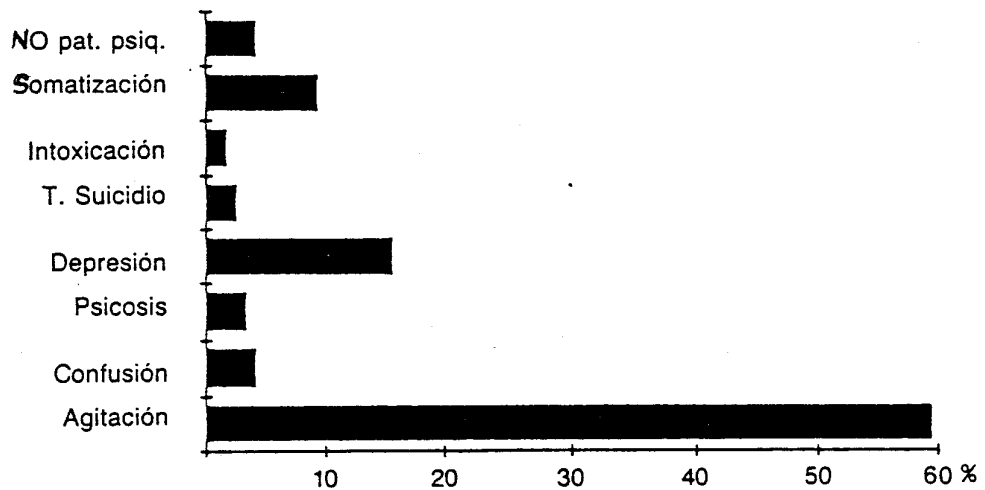


Fig. 11.2. Motivo de urgencia en el anciano

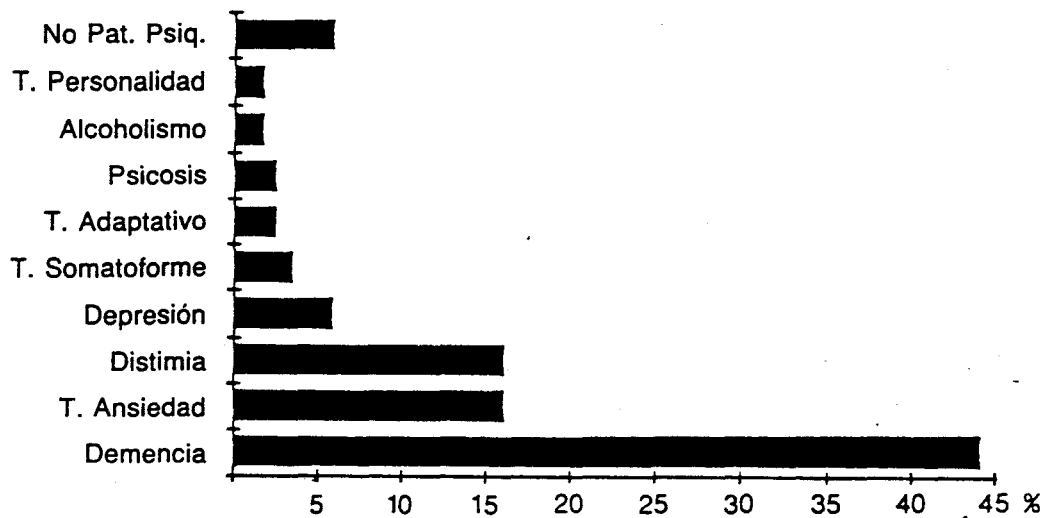


Fig. 11.3. Diagnóstico mayores 65 años (N = 118)

En resumen, el análisis de los motivos de urgencia psiquiátricas atendidas en ancianos durante un año muestra un predominio de los cuadros de agitación, seguidos a distancia por cuadros depresivos. Las razones para este predominio de los síndromes de agitación en el anciano son probablemente múltiples. Consideramos a continuación algunas influencias de orden psicosocial, psicodinámico y neurológico, que, imbricándose e interrelacionándose de manera con frecuencia inextricable, pueden iluminar parcialmente este fenómeno.

El significado psicosocial de la vejez, analizado de manera magistral por Ericson en sus estudios sobre el ciclo vital, consiste en el desarrollo del sentido de Integridad, de la misma manera que el del sentido de Identidad es la tarea psicológica clave de la adolescencia. El fracaso en esta tarea, frecuentemente relacionado con fracasos en etapas anteriores de maduración psicosocial, conduce a la desesperación, con sentimientos de rechazo y culpa ante la propia vida, que se antoja como inútil, desaprovechada o equivocada. El desasosiego, agitación e inquietud subsecuentes pueden llegar a alcanzar importancia suficiente como para merecer atención clínica, aunque raramente en demanda urgente. Aunque la etiopatogenia psicodinámica parezca bien patente en estos casos, el uso de dosis bajas de antidepresivos resulta un eficaz coadyuvante del tratamiento electivo, que es el psicoterapéutico.

Por otra parte, en el anciano, como en el niño, una menor capacidad cerebral se combina con una situación de inferioridad y dependencia con respecto al mundo de los adultos. Tanto la inmadurez como el deterioro cerebral reducen la tolerancia a las frustraciones, que por otra parte aumentan como consecuencia de la peculiar situación social que se padece en estas dos etapas extremas de la vida. Quizá por eso no es de extrañar que sean pre-

cisamente los niños y los ancianos los segmentos de la población que presentan con mayor frecuencia síndromes de agitación. Sin embargo, a diferencia del niño, el anciano muchas veces no tiene esperanza de progreso ni de que el futuro mejore la situación presente. Es fácil por lo tanto que se acobarde, se inhiba y procure evitar circunstancias sociales que son más una fuente de agravación que de satisfacción. A causa de su creciente dificultad de adaptación, las innovaciones y las sorpresas, generalmente estimulantes en otras edades, tienen para el anciano un efecto negativo. Paradójicamente, su relativa desconexión e ignorancia de lo que sucede a su alrededor le expone a sorpresas innecesarias, ante las cuales puede reaccionar defensivamente con mayor aislamiento y desinterés, cerrándose un círculo vicioso que podemos denominar «Círculo vicioso de la ancianidad». El anciano vive así una situación que oscila entre extremos de apatía y aburrimiento, por un lado, y desconcierto, perplejidad y agitación, por otro.

Teniendo en cuenta que la mayoría de los sujetos mayores de 65 años que acuden al Servicio de Urgencias lo hacen a instancias de otras personas, generalmente familiares y allegados, es interesante considerar algunos de los factores que pueden influir en esta decisión. Una posible explicación está relacionada con el reflejo especular que el círculo vicioso de la ancianidad puede ocasionar en su entorno, produciéndose una situación en la que un desinterés auténtico por la persona del anciano se alterna con un interés culpable cada vez que presenta episodios de agitación. De ahí que los familiares y las personas que le atienden presenten con tanta frecuencia un comportamiento contradictorio: Por un lado, falta de comunicación real con el anciano, y por otro, una exagerada preocupación ante manifestaciones psicopatológicas que, como la agitación, tienen connotaciones llamativas o dramáticas, con la consiguiente demanda de los servicios de urgencia.