



Capítulo 71/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

PSIQUIATRÍA GERIÁTRICA

Trabajamos para su tranquilidad...

Psiquiatría geriátrica

M. Cornelia Cremens, MD, MPH

PUNTOS CLAVE

- La depresión conlleva un riesgo muy alto de suicidio en el anciano.
- Los síntomas del alcoholismo y la drogadicción suelen confundirse con los de las enfermedades médicas.
- El diagnóstico diferencial de la demencia es amplio y los problemas de conducta complican el tratamiento.
- Las ideas delirantes elevan la prevalencia de la invalidez y su gravedad, la duración de la estancia hospitalaria, y la morbilidad y la mortalidad.
- Las personas encargadas de cuidar a un anciano están expuestas a un riesgo de depresión, ansiedad y desgaste.

Perspectiva general

La población mayor de 65 años ha crecido espectacularmente durante los últimos tiempos; esta tendencia refleja una mejora de la salud, la alimentación y el acceso a la asistencia médica. La extraordinaria prolongación de la vida media en EE. UU., desde 47 años en 1900 hasta más de 75 años en la actualidad, seguirá aumentando al ritmo de los avances de la medicina y de la conciencia en torno a la salud entre las personas nacidas después de la Segunda Guerra Mundial.¹ Igual de notable ha sido el incremento del número de personas que superan los 85 años. Los adultos más mayores siguen aprendiendo y realizando aportaciones a la sociedad, a pesar de los cambios naturales asociados al envejecimiento y de los problemas sanitarios y cognitivos que afrontan como una permanente amenaza. Es importante mantener una actividad intelectual, social y física para conservar la salud mental en todas las etapas de la vida. Los acontecimientos vitales estresantes (p. ej., declive de la salud; pérdida de la independencia, y desaparición del cónyuge o la pareja, de un familiar o de un amigo) adquieren específicamente una mayor frecuencia con la edad. Sin embargo, la depresión mayor, los trastornos de ansiedad, la amnesia y un pesar constante no forman parte del envejecimiento normal; deberían recibir un tratamiento nada más diagnosticarse. Existen multitud de intervenciones efectivas frente a la mayoría de los trastornos psiquiátricos sufridos por los ancianos y frente a muchos de los problemas de salud mental asociados al envejecimiento.

La prevalencia de las enfermedades médicas y psiquiátricas crece con la edad, en parte debido a estos acontecimientos estresantes de la vida, a la cantidad de enfermedades concomitantes y a las diversas combinaciones utilizadas de un montón de medicamentos.²

La reducción del funcionamiento hepático, renal y gástrico asociada al envejecimiento perjudica la capacidad del anciano para absorber y metabolizar los fármacos; el envejecimiento también influye sobre las enzimas que degradan estos medicamentos ([tabla 71-1](#)).¹

Tabla 71-1

Cambios metabólicos asociados al envejecimiento

Función	Efecto	Dominio
Función hepática	Disminución	Flujo sanguíneo

Función	Efecto	Dominio
		Influencia sobre el efecto de primer paso
	Disminución	Actividad enzimática
		Desmetilación
		Hidroxilación
Absorción	Disminución	Flujo sanguíneo
		Acidez
		Motilidad
		Extensión de la superficie gastrointestinal
Excreción renal	Disminución	Flujo sanguíneo
		Posibilidad de toxicidad por litio

Función	Efecto	Dominio
		Filtración glomerular
		Afectación de los hidroximetabolitos
		Excreción tubular
		Enlentecimiento de la depuración de benzodiazepinas
Distribución	Aumento	Volumen de distribución
		Especialmente para fármacos lipófilos
	Aumento	Reservas de lípidos
	Disminución	Contenido de agua
	Disminución	Masa muscular
	Disminución	Gasto cardíaco y perfusión de los órganos

Función	Efecto	Dominio
Unión a las proteínas	Disminución	Concentraciones de albúmina (excepto α_2 -glucoproteína)

La invalidez de los ancianos debida a una enfermedad mental será un problema capital de salud pública cada vez mayor en el futuro más inmediato. Los ancianos se encuentran más expuestos a enfermar y son más vulnerables a los efectos colaterales de los fármacos prescritos y de cualquier otra sustancia (tanto las ilícitas como las de venta sin receta).³ Alrededor del 40-60% de los pacientes médicos y quirúrgicos hospitalizados rebasan los 65 años de edad; además, el peligro de declive funcional es mayor durante su hospitalización que en las personas más jóvenes.⁴ El tratamiento satisfactorio de los ancianos con trastornos psiquiátricos les aporta ventajas para la salud global, al mejorar su interés y su capacidad de cuidarse y de seguir las indicaciones y los consejos facilitados por su médico de cabecera con respecto al fomento de su salud y la observancia de las prescripciones farmacológicas. Los ancianos también pueden beneficiarse de los avances registrados en la psicoterapia, los medicamentos y otras intervenciones terapéuticas contra las enfermedades mentales, cuando estas intervenciones se ven modificadas según la edad y la situación sanitaria.

Han surgido nuevas barreras de organización y financiación que se oponen al acceso del anciano a los servicios de salud mental pertinentes. Por desgracia, existen numerosos problemas derivados de la estructura de Medicare, Medicaid, las residencias para la tercera edad y los seguros médicos concebidos para la contención del gasto. Los facultativos de atención primaria representan el eslabón crítico para identificar y abordar los trastornos mentales en los ancianos. Cuando la enfermedad mental no se identifica ni se trata lo suficiente en el ámbito de la atención primaria se desperdicia una oportunidad de mejorar la salud mental del paciente y los resultados médicos en términos globales.

La psiquiatría geriátrica abarca los siguientes temas generales: la diferenciación entre los síntomas del envejecimiento normal y los de una enfermedad en las etapas finales de la vida, la posibilidad de modificar la enfermedad en esa etapa, la posibilidad de modificar el envejecimiento normal para mejorar el rendimiento, la capacidad de cambiar, y la percepción de las diferencias entre las manifestaciones de los trastornos psiquiátricos de aparición temprana y tardía.

La comprensión de la salud mental en la vejez descansa parcialmente en la percepción de su neuroquímica. La neuroquímica del envejecimiento cerebral humano guarda una íntima relación con una merma irreversible de su funcionamiento y una reducción de las capacidades globales. Por suerte, nuestro cerebro posee una notable plasticidad, lo que permite la compensación bien estructurada de las pérdidas neuronales y de la decadencia funcional vinculada a su desaparición, la de sus dendritas, las enzimas y los neurotransmisores en relación con la edad.⁵ Las enzimas y los neurotransmisores cerebrales varían con el envejecimiento: por ejemplo, la monoaminoxidasa sube, y la acetilcolina y la dopamina bajan.⁶

Trastornos de la salud mental frecuentes en las etapas finales de la vida

Depresión en las etapas finales de la vida

La depresión sufrida en las etapas finales de la existencia rebaja la esperanza de vida. Su presencia y el deterioro cognitivo afectan más o menos al 25% de los ancianos.⁷ Las últimas investigaciones confirman que el riesgo de depresión después de un ictus crece especialmente en los «más viejos» (es decir, en los mayores de 85 años).⁸ La depresión no es más frecuente en el anciano según los datos del Epidemiological Catchment Area (ECA); sin embargo, la edad hace más difícil el diagnóstico. Su frecuencia es más alta en las ancianas que en los ancianos; entre las personas con antecedentes de depresión, existe una probabilidad

del 50% de sufrir un segundo episodio (como recidiva o como recaída).¹ El empleo de medicamentos para tratar problemas médicos muchas veces genera efectos adversos y complica el diagnóstico de la depresión; es más, las enfermedades médicas tienen la capacidad de imitar una depresión y viceversa. Su presencia (lo mismo que sucede con el ictus, las fracturas de cadera, la artrosis y las cardiopatías) es frecuente entre los ancianos inválidos. La depresión también se asocia a enfermedades médicas agudas y crónicas y, cuando su comienzo es tardío, hay un vínculo íntimo con una enfermedad orgánica.² Conviene saber que la depresión puede ser la manifestación de una enfermedad médica sin diagnosticar. Asimismo, la aflicción y la pérdida son otro elemento que puede contribuir a su padecimiento. Hasta el 60% de los pacientes deprimidos tienen ansiedad concomitante y el 40% de los pacientes con ansiedad tienen una depresión concomitante.³

Los trastornos neurológicos también complican el diagnóstico de la depresión. El riesgo de su aparición en el período sucesivo a un ictus es alto, alcanzando de un 25 a un 50% en el plazo de 2 años desde su producción.⁴ La enfermedad de Alzheimer (EA) conlleva un mayor peligro de depresión; alrededor del 20-30% de los pacientes (antes o en el momento de su detección) reciben este diagnóstico. Las ideas delirantes son otro aspecto importante en la depresión asociada a la demencia.⁵ Las investigaciones recientes confirman la conexión entre la depresión y un mayor peligro de contraer una EA de comienzo tardío.⁶ El 50% de los pacientes con enfermedad de Parkinson presentan depresión o tienen antecedentes en este sentido, con ansiedad, distimia o disfunción del lóbulo frontal.⁷ La degeneración de los núcleos subcorticales (sobre todo, de los núcleos del rafe) está relacionada con la existencia de una depresión en la enfermedad de Parkinson.

La determinación de la depresión puede constituir un problema. La Geriatric Depressions Scale (tabla 71-2)⁸ es un instrumento práctico en este aspecto, y la información facilitada por el cuidador muchas veces resulta vital, pues los mayores no siempre son de ayuda en relación con sus síntomas.⁹ Sin embargo, el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) utilizado en los consultorios de atención primaria es más sencillo de rellenar y, por tanto, más fácil de usar.¹⁰ Los criterios para diagnosticar una depresión en el anciano son los mismos que entre la población general.

Tabla 71-2
Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Lista de comprobación de nueve síntomas				
Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado cualquiera de los siguientes problemas?				
	<i>Nunca</i>	<i>Varios días</i>	<i>Más de la mitad de los días</i>	<i>Casi todos los días</i>
1. Escaso interés o placer por hacer cosas	0	1	2	3

Lista de comprobación de nueve síntomas

2. Sensación de abatimiento, depresión o desesperación	0	1	2	3
3. Problemas para dormir o permanecer dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sensación de cansancio o de tener poca energía	0	1	2	3
5. Inapetencia o exceso de apetito	0	1	2	3
6. Sensación negativa con uno mismo: por ser un fracaso o por haberse defraudado a sí mismo o a la familia	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en las cosas, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. Movimiento o habla tan lenta que otras personas pudieran haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto o agitado que ha estado cambiando de sitio mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o lesionándose de alguna manera	0	1	2	3

(Para la codificación en la consulta: puntuación total ____ = ___ + ___ + ___)

Lista de comprobación de nueve síntomas				
Si ha marcado cualquiera de los problemas, ¿en qué medida le ha dificultado hacer su trabajo, encargarse de los asuntos domésticos o relacionarse con otras personas?				
Ninguna dificultad	Cierta dificultad	Gran dificultad	Inmensa dificultad	

Tomado del Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire (PRIME-MD PHQ). El PHQ fue elaborado por los Drs. Robert L. Spitzer, Janet B. W. Williams, Kurt Kroenke y otros colegas. Para obtener información sobre la investigación, póngase en contacto con el Dr. Spitzer en rls8@columbia.edu. PRIME-MD® es una marca registrada de Pfizer Inc. Copyright© 1999 Pfizer Inc. Todos los derechos reservados, y Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure, *Psychiatric Annals* 32(9):1-7, 2002.

El tratamiento de la depresión en las etapas finales de la vida es enrevesado, en parte, por la pérdida de la capacidad biológica para metabolizar los fármacos y fijar las proteínas (debido a la reducción de la sensibilidad de los receptores), así como por la mayor propensión a sufrir efectos secundarios farmacológicos. En un intento de atenuar las consecuencias adversas de los medicamentos, habría que recurrir a aquellos que presenten menos efectos colaterales (y aplicarlos en pequeñas dosis); además, debería intentarse una monoterapia^{10,12} (tablas 71-3 y 71-4). En los casos más resistentes o con síntomas psicóticos, convendría plantearse pronto la terapia electroconvulsiva (TEC) dentro del tratamiento, y como complemento de uno o más fármacos.¹³ La psicoterapia o la terapia de grupo complementan los tratamientos somáticos y a menudo propician una rápida recuperación. La terapia interpersonal y la terapia cognitivo-conductual (TCC) son adecuadas para esta población, al ser unos tratamientos más focalizados e interactivos.¹⁴

Tabla 71-3

Medicamentos contra la depresión en el anciano

Fármacos	Intervalo de dosis	Comentarios
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS		
Nortriptilina	10-150 mg/día	Concentraciones sanguíneas fiables, ortostatismo mínimo
Desipramina	10-250 mg/día	Ligeramente anticolinérgico
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA		

Fármacos	Intervalo de dosis	Comentarios
Tranilcipromina	10-30 mg/día	Ortostatismo (tal vez tardío), edema maleolar, débilmente anticolinérgico, exige restricciones alimentarias
ESTIMULANTES		
Dextroanfetamina	2,5-40 mg/día	Agitación, taquicardia leve
Metilfenidato	2,5-60 mg/día	
Modafinilo	50-200 mg/día	
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA		
Fluoxetina	5-60 mg/día	Acatisia, cefalea, agitación, síntomas digestivos, diarrea/estreñimiento
Sertralina	25-200 mg/día	
Paroxetina	5-40 mg/día	
Fluvoxamina	25-300 mg/día	
Citalopram	10-40 mg/día	

Fármacos	Intervalo de dosis	Comentarios
Escitalopram	2,5-20 mg/día	
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NORADRENALINA		
Venlafaxina	25-300 mg/día	Elevación de la presión arterial sistólica, confusión, sensación de aturdimiento
Nefazodona	50-600 mg/día	Edema maleolar, exantema, hepatotoxicidad (infrecuente)
Duloxetina	20-60 mg/día	Diarrea, sensación de mareo
ANTAGONISTAS α_2/SELECTIVOS DE LA SEROTONINA		
Mirtazapina	15-45 mg/día	Sedación, aumento de peso
ANTIDEPRESIVOS ATÍPICOS		
Trazodona	25-250 mg/día	Sedación, ortostatismo, incontinencia, alucinaciones, priapismo
	50-600 mg/día	Edema maleolar, convulsiones
Bupropión	75-450 mg/día	Convulsiones, menor manía/ciclos, cefalea, náuseas

Tabla 71-4

Antipsicóticos atípicos para tratar los síntomas psicóticos en el anciano

Fármaco	Intervalo de dosis	Sedación	Potencia AC	SEP/comentarios
Clozapina	12,5-100 mg	Alta	Alta	Muy escasos
				Comprobación semanal de la cifra de leucocitos; salivación excesiva, hipotensión
Risperidona	0,25-3 mg	Baja	Baja	Escasos
				Más SEP que los descritos en principio
Olanzapina	2,5-10 mg	Moderada	Moderada	Escasos
Quetiapina	12,5-200 mg	Alta	Baja	Escasos
Ciprasidona	20-80 mg dos veces al día	Moderada	Baja	Escasos
Aripiprazol	15-30 mg	Baja	Baja	Moderados

AC, anticolinérgica; SEP, síntomas extrapiramidales.

Depresión y suicidio en las etapas finales de la vida

La depresión con rasgos psicóticos está ligada a un mayor riesgo de suicidio. El índice de suicidios entre los mayores de 65 años duplica el de la población estadounidense en general, y el grupo de edad con unas tasas de suicidio más altas es el de los mayores de 65 años.²⁰ En 2011, el suicidio ocupaba el décimo puesto entre las causas de muerte a los 65 años; este grupo representaba el 12,5% de la población, pero totalizaba el 15,7% de todos los suicidios. Este acto afecta desproporcionadamente a los ancianos; las cifras de suicidio entre los 65 y los 69 años fueron del 13,1 por 100.000 (nótese que todos los datos siguientes son por cada 100.000 habitantes), y su valor crecía con la edad (es decir, era de 15,2 entre los 70 y los 74 años, de 17,6

entre los 75 y los 79 años, de 22,9 entre los 80 y los 84 años, y de 21 a partir de los 85 años). Los tres métodos más frecuentes empleados una vez cumplidos los 65 años fueron las armas de fuego (71%), una sobredosis (11%) y la asfixia (11%). Las armas de fuego son el procedimiento más habitual en ambos sexos, y explican el 78% de los hombres y el 35% de las mujeres que se suicidan en dicho grupo y cohorte de edad.²¹

Los factores de riesgo para suicidarse entre los ancianos difieren de los correspondientes a los jóvenes. Además de la prevalencia más alta de la depresión, las personas mayores sufren un mayor aislamiento social y usan más a menudo métodos muy letales. También realizan menos intentos de consumar su suicidio, hay una proporción hombres:mujeres mayor que en otros grupos de edad, acuden con mayor frecuencia a un profesional sanitario antes de cometerlo y tienen más enfermedades orgánicas. Alrededor del 20% de las personas ancianas (es decir, de los mayores de 65 años) que se suicidan han ido al médico en un plazo de 24 h antes de su muerte, el 41% fueron durante la semana anterior, y el 75% fueron examinados dentro del último mes antes de llevarlo a la práctica. De cada 100.000 personas mayores de 65 años, 14,3 murieron por suicidio en 2004. Esta cifra rebasa el promedio nacional de 10,9 suicidios por cada 100.000 habitantes en la población general. Los hombres caucásicos mayores de 85 años tuvieron un índice aún más alto, con 17,8 muertes por esta causa por cada 100.000 personas. Las tasas de suicidio son mayores entre los ancianos divorciados o viudos. De los hombres mayores de 75 años, la cantidad de divorciados era 3,4 veces mayor que la de casados, y para los viudos fue 2,6 veces mayor que en este último grupo. En el mismo rango de edad, el índice de suicidios entre las mujeres divorciadas fue 2,8 veces el de las casadas, y entre las viudas fue 1,9 veces. Varios factores referidos a los mayores de 65 años (como el crecimiento de tamaño de esta población; su estado de salud; la disponibilidad de los servicios, así como su accesibilidad, y las actitudes hacia el envejecimiento y el suicidio) ejercerán su influencia en las futuras tasas de suicidio entre los ancianos.

El suicidio sucede pronto a lo largo de la enfermedad (muchas veces durante los primeros 6 meses), pero puede darse en cualquier momento, a menudo combinado con otros trastornos psíquicos. Más del 90% de los ancianos que se suicidan presentan los siguientes factores de riesgo: depresión u otros trastornos psíquicos; problemas de drogadicción o antecedentes familiares en este sentido; acontecimientos vitales estresantes, sumados a otros factores de riesgo, como la depresión; un intento de suicidio previo o antecedentes familiares de este tipo; violencia familiar (contando los malos tratos físicos o los abusos sexuales); la presencia de armas de fuego en el domicilio (método utilizado en más de la mitad de los suicidios); una encarcelación, o la exposición al comportamiento suicida de otras personas, como familiares, compañeros o famosos de los medios.²² El índice de suicidios consumados es superior en esta población que en cualquier otro intervalo de edad; los adultos más mayores representan el 25% de todos los suicidios. Los hombres blancos ancianos forman el grupo de mayor riesgo, y sus cifras están subiendo. El aislamiento agrava el peligro de suicidio, y el alcoholismo o la toxicomanía son factores que contribuyen a su consumación en todas las poblaciones, incluidos los ancianos. En estos individuos está indicado un tratamiento radical con antidepresivos, y el lugar más seguro para su administración es de forma intrahospitalaria.

La mayoría de los antidepresivos son igual de efectivos frente a la depresión; sin embargo, deberían evitarse los fármacos con efectos anticolinérgicos que producen excesiva sedación, para reducir las complicaciones (como las caídas, la confusión y la mala observancia). No obstante, la comparación de los síntomas con los efectos secundarios resulta útil en aquellos pacientes con un notable adelgazamiento e insomnio; los medicamentos sedantes que abran el apetito pueden resultarles beneficiosos. Habría que pensar claramente en recurrir a la TEC durante las fases iniciales del trastorno de depresión mayor como la medida oportuna de asistencia a esta población de alto riesgo.

Alcoholismo

El alcoholismo, muchas veces olvidado en numerosos pacientes, puede pasar desapercibido en el anciano pese a mantener unos hábitos de consumo diario durante toda la vida; incluso aunque no beba más que pequeñas cantidades, corre el peligro de padecer una abstinencia intensa y potencialmente mortal. Las enfermedades concomitantes (tanto psiquiátricas como médicas) confunden el diagnóstico exacto del

alcoholismo, así como del cuadro médico o quirúrgico. Los síntomas derivados de los problemas con la bebida consisten en insomnio, amnesia, confusión, ansiedad y depresión, además de los somáticos, capaces de imitar una enfermedad médica, lo que retrasa más ese diagnóstico exacto. Los ancianos que consumen alcohol están expuestos a un riesgo superior, por el hecho de que suelen tomar más medicamentos con receta que pueden interactuar de forma negativa con el alcohol.

La prevalencia del alcoholismo en el estudio ECA fue del 1,5 al 3,7%. Aunque los estudios transversales dejaron ver que este porcentaje desciende una vez cumplidos los 60 años, los estudios longitudinales proponen una estabilidad en los hábitos de consumo excesivo durante toda la vida.²⁴ Las mujeres beben menos que los hombres a cualquier edad, pero en el grupo de las ancianas viudas existe el peligro de que se incremente su consumo. Los estudios señalan que la prevalencia de los problemas con el alcohol va en aumento entre las mujeres. Los ancianos con esta adicción también presentan una gran prevalencia concurrente de tabaquismo. La dependencia de alcohol puede dar lugar a alteraciones hepáticas, cáncer, trastornos del sistema inmunitario y daño cerebral.

La depresión es más frecuente entre los alcohólicos, igual que la aflicción, la ansiedad, la psicosis y la demencia. El riesgo de suicidio crece en los ancianos alcohólicos; por tanto, resulta imprescindible obtener unos antecedentes detallados a partir de la familia, los amigos y sus cuidadores. La deshabitación del paciente anciano exige de forma específica su hospitalización.²⁵ Los nuevos fármacos (como la naltrexona o el acamprosato) y el consabido disulfiram pueden resultar ventajosos, pero a veces este último genera efectos secundarios problemáticos en los ancianos.²⁶

Ansiedad

Últimamente, la ansiedad (en general, ligada al envejecimiento normal y a las dificultades médicas, económicas y de las condiciones sanitarias generales) se ha identificado cada vez más en el anciano. Sin embargo, dado que su aparición no constituye una consecuencia directa del envejecimiento normal, debería prestarse atención a la presencia de sus síntomas. Entre las categorías más frecuentes de ansiedad figuran las fobias simples y la ansiedad generalizada; si se las deja sin tratar, estos procesos pueden conducir a una depresión grave.²⁷ La ansiedad coexiste a veces con otros múltiples diagnósticos psiquiátricos (como la depresión, el trastorno bipolar [TBP], el alcoholismo y la demencia). El diagnóstico suele complicarse cuando la ansiedad (es decir, preocupación, miedo, inquietud, temor y aprensión), además de los síntomas somáticos (como taquicardia, sudoración, dolor abdominal, mareo y vértigo), se da en el contexto de una enfermedad médica (p. ej., diabetes con hipoglucemia, hipertiroidismo o cardiopatía con hipoxia), pues puede ofrecer unos rasgos parecidos.²⁸ Las preocupaciones, los miedos y los temores muchas veces guardan una relación con la situación económica, con temas de dependencia, con la soledad y con la amnesia. Las manifestaciones de la enfermedad médica a veces imitan los síntomas psiquiátricos; determinadas sustancias o medicamentos (p. ej., cafeína, estimulantes, efedrina y broncodilatadores) producen síntomas del tipo de la ansiedad. La privación de alguno de los fármacos prescritos o de una droga tiene la capacidad de desencadenar una ansiedad intensa con angustia; la retirada súbita del alcohol, las benzodiazepinas o los barbitúricos puede derivar en una abstinencia potencialmente mortal.

Por suerte, es posible manejar con eficacia la ansiedad en el anciano mediante el empleo de medicamentos, terapia o una combinación de ambos.²⁹ Entre los ansiolíticos, las benzodiazepinas son el tipo de fármaco recetado al anciano más a menudo (sobre todo por los médicos de atención primaria); sin embargo, existe la posibilidad de que surjan efectos secundarios apreciables (como confusión, caídas, sobredosificación y agitación paradójica).³⁰ Las complicaciones de su uso prolongado consisten en somnolencia diurna, confusión, deterioro cognitivo, inestabilidad postural o durante la marcha, agitación paradójica, problemas de memoria, depresión y depresión respiratoria.

Psicosis

En el anciano, la psicosis (cuya manifestación supone alucinaciones, ideas delirantes, habla desorganizada y comportamiento desorganizado o catatónico) presenta múltiples causas (p. ej., confusión, demencia,

depresión, manía y esquizofrenia). Su morbilidad no solo es alta tras un diagnóstico de síndrome confusional, sino que también alrededor del 30% de las personas con una obnubilación de este tipo fallecerán en el plazo de 1 año de su enfermedad (v. [capítulo 18](#)).²² El diagnóstico diferencial de la psicosis en el anciano comprende los siguientes aspectos: varios tipos de demencia (p. ej., EA, demencia con cuerpos de Lewy, demencia vascular, demencia del lóbulo frontal [enfermedad de Pick] y enfermedad de Parkinson), todos los cuales pueden ofrecer síntomas psicóticos en cualquier momento de su evolución; confusión; trastornos delirantes; TBP; trastorno esquizoafectivo; esquizofrenia (de comienzo temprano o tardío), y depresión mayor con rasgos psicóticos. La psicosis resulta frecuente en la demencia, y puede ser episódica o persistente, y aparecer pronto o tarde durante la enfermedad.²³ Sus síntomas (p. ej., ideas delirantes, alucinaciones o ideas y percepciones falsas) resultan penosos para los familiares y los cuidadores; incluso llegan a ser peligrosos si aterrorizan o infunden un vigor especial al individuo. Asimismo, el alcoholismo y la drogadicción son otras dos causas posibles de psicosis en las que cabría pensar.²⁴ El síndrome de Charles Bonnet, con alucinaciones visuales que empiezan tras una pérdida súbita de la visión (como en la degeneración macular), puede tomarse por un proceso psicótico primario. La mayor parte de las personas saben que las alucinaciones no son reales, y son capaces de adaptarse a ellas; no obstante, cuando la demencia o un trastorno de ansiedad crean una confusión en torno a este síntoma, surgen los problemas.²⁵

Demencia

Muchos síntomas amnésicos reflejan la evolución del envejecimiento normal o los efectos de un proceso tratable (como la depresión o la confusión). La demencia no suele diagnosticarse hasta alcanzar una fase moderada o grave, pues sus síntomas y un sutil declive del rendimiento general (cuadros [71-1](#) y [71-2](#)) no se presentan hasta pasado un tiempo.

Cuadro 71-1 Actividades de la vida diaria (AVD)

Comida o alimentación
Baño
Aseo
Vestido
Continencia
Higiene
Movilidad o traslado

Cuadro 71-2 Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Tareas domésticas ligeras
Teléfono
Cocina y preparación de la comida
Compra de comida
Uso del transporte
Manejo de medicamentos
Administración de la economía

La prevalencia de la demencia y del deterioro cognitivo es mayor en las mujeres que en los hombres. En tanto que las tasas de EA descritas son más altas entre las mujeres, las de la demencia vascular son superiores entre los hombres.²⁶ La EA afecta habitualmente al 5-8% de los mayores de 65 años, al 15-20% de los mayores de 75 años, y al 25-50% de los mayores de 85 años; su evolución corresponde a un declive constante en el plazo aproximado de 8 o 10 años.

La genética de la demencia se explica con mayor detalle en el [capítulo 63](#); sin embargo, el alelo *ApoE-2* suaviza el riesgo de EA (pues puede ejercer un efecto protector), mientras que los pacientes con EA esporádica o familiar poseen el alelo *ApoE-4* con mayor frecuencia que la población general.²⁷

Aún no se han dilucidado del todo los mecanismos por los que estos marcadores genéticos confieren un mayor riesgo. Los cambios neurobiológicos asociados al envejecimiento normal abarcan el descenso del contenido cortical de acetilcolina, del número de neuronas y de sinapsis, la reducción del espacio sináptico y la disminución del tamaño y la densidad neuronal (sobre todo, en el núcleo basal de Meynert) y es posible su intervención en la EA. El diagnóstico de la EA gana mayor exactitud mediante la necropsia cerebral (que revela una pérdida de neuronas en el prosencéfalo basal y en áreas corticales colinérgicas, además de una menor cantidad de acetiltransferasa de colina, enzima responsable de la síntesis de acetilcolina). El grado de esta deficiencia colinérgica central guarda una correlación con la gravedad de la demencia; esto ha dado lugar a la «hipótesis colinérgica» del déficit cognitivo en la EA.³ A su vez, dicha hipótesis ha conducido a prometedoras intervenciones clínicas (tabla 71-5). La acetilcolina probablemente no sea el único neurotransmisor implicado en la EA, y son numerosos los estudios en marcha sobre posibles medicamentos.³

Tabla 71-5

Medicamentos para tratar la enfermedad de Alzheimer y otras demencias

Donepecilo	5-23 mg todos los días
Rivastigmina	1,5-6 mg dos veces al día
Galantamina	4-12 mg dos veces al día
Memantina	5-10 mg dos veces al día

Pueden producirse náuseas, diarrea, cólicos, bradicardia y cansancio.

La demencia vascular, la segunda causa más frecuente de demencia, aparece después de una sucesión de episodios isquémicos o de ictus. Alrededor del 8% de los pacientes contraen una demencia vascular después de sufrir un ictus. En general, su manifestación consiste en un declive repentino, titubeante, muchas veces por pasos, gradual; a menudo coexiste con la EA.

La demencia mixta es una combinación de EA y demencia vascular; tiene una cierta frecuencia, y un ictus puede desenmascarar la EA subyacente.

En la demencia del lóbulo frontal, el deterioro cognitivo tal vez no resulte tan apreciable como los cambios conductuales y de personalidad. En este proceso, existe una pérdida de la conciencia personal o social, con falta de introspección, indiferencia, comportamientos inadecuados y estereotipados, agresividad, distracción, desaparición de las inhibiciones, apatía o conducta extravertida.

El parkinsonismo incipiente o espontáneo, las alucinaciones visuales recurrentes, la sensibilidad a los antipsicóticos, unas capacidades cognitivas variables, las caídas o el síncope y las pérdidas transitorias de la conciencia caracterizan a la demencia con cuerpos de Lewy.

El deterioro cognitivo leve (DCL), antes llamado deterioro de la memoria asociado a la edad (u olvido benigno del anciano) o declive cognitivo senil, se caracteriza por un deterioro cognitivo tanto subjetivo como objetivo sin demencia. Entre el 10 y el 12% de las personas con DCL presentan EA; otros quedan con

un deterioro estable o un mínimo declive, o fallecen por otras causas.³⁵ Los subtipos de DCL abarcan una forma amnésica (caracterizada por alteraciones aisladas de la memoria), otra con un déficit cognitivo múltiple y una tercera con un solo déficit.³⁶

Síntomas conductuales y psicológicos de la demencia

Más del 80% de los pacientes con demencia manifiestan una serie de síntomas psicológicos; la mayoría tienen ideas delirantes, así como alucinaciones, paranoia, ansiedad, apatía y síndromes de falsa identificación. Los síntomas conductuales incluyen vagabundeo, agresividad, hostilidad, insomnio, alimentación inadecuada y comportamientos sexuales anómalos.³⁷ La carga que recae sobre el cuidador crece con los síntomas conductuales y psicológicos de demencia (SCPD), y, cuando hay una conducta agresiva, hostil y acusatoria, con síntomas psicóticos, suele acabar en un internamiento. Los cuidadores se encuentran expuestos a contraer una enfermedad médica y psiquiátrica debida al estrés asociado a la asistencia de tales personas. Por ello, el suministro de unas pautas terapéuticas puede contribuir a mejorar la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador. El tratamiento de primera línea ha recurrido a estrategias no farmacológicas que emplean intervenciones sobre el medio y sobre la conducta (como la programación de unos hábitos de comida, sueño y baño con regularidad). Las intervenciones farmacológicas (que no están regidas por los síntomas) no han logrado consolidarse tanto. Pocos estudios han demostrado la utilidad de los antipsicóticos, pero su uso origina unos efectos secundarios cuantiosos; entre ellos, figuran el riesgo neurológico de ictus, el peligro cardiovascular del síndrome metabólico y una predisposición hacia los síntomas anticolinérgicos.³⁸ Los síntomas psicóticos del anciano se tratan mejor con antipsicóticos, mientras que los fármacos atípicos tienen su interés debido a su afinidad de unión a la dopamina y la serotonina. Las conductas de agitación, hostilidad y agresividad pueden responder al uso de antipsicóticos, anticonvulsivos o antidepresivos. Los pacientes con demencia corren el riesgo de presentar agitación paradójica después de recibir benzodiacepinas, que deberían administrarse con cuidado. Se han utilizado inhibidores de la colinesterasa para tratar los SCPD, ya que parece que la deficiencia colinérgica también participa en la aparición de SCPD, igual que en la EA.³⁹

Esquizofrenia

Aunque la esquizofrenia suele surgir antes de los 30 años, su forma de comienzo tardío no es infrecuente. Más del 20% de los casos se diagnostican pasados los 40, y como mínimo un 0,1-0,5% de la población mayor de 65 años recibe un diagnóstico de esquizofrenia con inicio en una etapa avanzada de la vida, y cuyo pronóstico puede empeorar si se retrasa y evita el tratamiento.⁴⁰ Resulta imperioso aplicar medidas radicales contra los síntomas a los pacientes con este diagnóstico, más los cuidados complementarios.

Alrededor del 85% de estas personas (en su mayoría mujeres) viven integradas en la comunidad. La esquizofrenia sigue manifestándose de forma plástica en las etapas finales de la vida, dotada de más síntomas negativos que positivos. Con el envejecimiento aparecen numerosos factores de confusión (como el declive cognitivo, la demencia, la depresión, las enfermedades médicas concomitantes y el uso de medicamentos para su tratamiento). La mayoría de los ancianos con esquizofrenia han sufrido una incapacidad durante la mayor parte de su vida. Los efectos secundarios de los antipsicóticos típicos, como la discinesia tardía o los síntomas extrapiramidales, pueden ejercer una acción desfavorable sobre la independencia de su vida. La disminución de la dosis de estos fármacos o el cambio a un antipsicótico atípico es una opción razonable, si se observan los recientes datos que vinculan los productos atípicos a un mayor riesgo de ictus.⁴¹ La aplicación de cuidados por personas cercanas no profesionales y la ayuda por parte de la sociedad son la clave para conservar la salud y la estabilidad de estos individuos.

Trastorno bipolar

El TBP puede verse por primera vez en las etapas finales de la vida, y no es infrecuente en los ancianos; su prevalencia es del 0,1-0,4%. Para la mayoría de ellos, la enfermedad comienza a una edad intermedia o avanzada, y muchas veces sufren lesiones nerviosas concomitantes. La edad de comienzo tiende a ser más

tardía en los pacientes con estas enfermedades nerviosas, y presentan antecedentes familiares de trastorno afectivo. Snowdon⁴ señaló que el 25% de los pacientes sufrían manía una vez cumplidos los 50 años, antecedentes de enfermedad nerviosa antes de aparecer la manía, y unos factores genéticos de riesgo (familiares) considerablemente menores. Asimismo, se han identificado diversos factores biológicos de riesgo para el TBP en el anciano, como los genéticos, y enfermedades médicas, sobre todo vasculopatías.

Los síntomas de la manía o la hipomanía siguen manifestaciones diferentes en los ancianos, son más frecuentes los enfados o la irritabilidad y, a veces, el comportamiento agresivo, las ideas delirantes y la paranoia; además, es menor la sensación de grandeza y la euforia, los episodios de manía duran más y los ciclos pueden acelerarse. La respuesta terapéutica es discordante, aunque el litio, los anticonvulsivos (p. ej., valproato semisódico, carbamacepina y lamotrigina), los antipsicóticos atípicos (p. ej., olanzapina, quetiapina y risperidona) y los antidepresivos han resultado beneficiosos para el tratamiento de los pacientes ancianos con TBP. En el diagnóstico diferencial de la manía secundaria, hay que pensar en las enfermedades concomitantes. Muchos pacientes con demencia o con síndrome confusional pueden aparecer con un cuadro de manía secundario a su enfermedad.⁴ A pesar de que el tratamiento de los síntomas sea análogo en ambos casos, resulta importante llegar a un diagnóstico exacto.

Trastornos de la personalidad

Por lo general, los trastornos de la personalidad en los ancianos se han extendido a lo largo de toda la vida y los familiares los expresan con claridad. Estos trastornos se distinguen de los cambios de personalidad derivados de una enfermedad, de la demencia, del síndrome confusional, de la depresión, de un desastre o de un acontecimiento muy grave. Los trastornos nerviosos (como el ictus, las lesiones cerebrales, los traumas, el síndrome del lóbulo frontal, las convulsiones o la enfermedad de Parkinson) son ejemplos de procesos capaces de desencadenar un cambio de personalidad. En el diagnóstico diferencial, aunque el paciente pueda tener actitudes de paranoia, evitación o amenaza, el cambio de personalidad puede guardar una relación con la alteración médica o nerviosa subyacente, y no clasificarse como un trastorno, sino como un simple cambio de personalidad debido al diagnóstico específico. La depresión mayor suele coincidir con el envejecimiento, varía entre el 10 y el 70%, con una asociación más frecuente al trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo. La depresión y la angustia concurrentes también se observan en pacientes ancianos con un trastorno somatomorfo, específicamente la hipocondría. Un patrón de sufrimiento a lo largo de toda la vida, la disfunción social y el agravamiento de los síntomas o los rasgos anteriores completan el diagnóstico de un trastorno de la personalidad. La idea popular de que puede haber una modificación de los síntomas o de sus rasgos, y tal vez una adaptación, mediante el uso previo de psicoterapia, con el paso de los años o con las experiencias de la vida carece de apoyo según los datos publicados. Los profesionales que trabajan con ancianos han señalado su mayor vulnerabilidad frente a la enfermedad, las pérdidas y posiblemente la dependencia forzosa. Estos cambios pueden resultar desestabilizadores y suscitar el afloramiento de síntomas de la personalidad que de otro modo estarían sometidos bajo control. La implicación tanto de los pacientes como de sus cuidadores en los procesos de comunicación para disipar los temores y engendrar un clima de confianza y acuerdo, aunque no sea una tarea sencilla en las personalidades del grupo B, constituye la puerta de acceso a la estabilización. Los medicamentos pueden resultar provechosos, pero su eficacia parece reducida sin la terapia simultánea.

Desastres

Las actuales personas mayores de nuestra sociedad consituyen una generación que durante años ha demostrado su capacidad para sobrevivir a multitud de desastres (p. ej., Gran Depresión, guerras mundiales, amenazas de holocausto nuclear, ataques terroristas y huracanes); con todo, permanecen orgullosos, fuertes y resistentes. Los ancianos son una generación de supervivientes.⁴ Sin embargo, cuando un desastre les golpea, suelen sentirse aterrados, solos y vulnerables. En general, necesitan la mayor de las ayudas, pero en ocasiones se ignoran accidentalmente sus llamadas de socorro. Los sentimientos de indefensión pueden amedrentarlos; esto agrava su peligro de contraer enfermedades físicas y de la salud

mental. Para ellos, es importante recuperarse de las secuelas de un desastre al hablar sobre sus sentimientos, compartir sus experiencias con los demás y reconocer que no están solos. Los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) pueden reavivarse con las experiencias bélicas o con las evocaciones de traumas infantiles. Habría que recomendarles que se involucraran en el proceso de recuperación del desastre y que ayudaran a los demás; esto puede redundar en su propia recuperación. La búsqueda de auxilio es un paso en este sentido, y debería animárseles a pedir cualquier tipo de ayuda necesaria (ya sea económica, afectiva o médica).⁴

Estrés y carga del cuidador

Durante la evaluación hay que tener en cuenta la salud y el bienestar de los cuidadores, los familiares o los empleados del paciente, pues se encuentran expuestos a un riesgo de depresión.⁴ La asistencia al cuidador es tan importante como la asistencia al paciente. A veces, el estrés y la carga desmedida le colocan en peligro de sufrir una crisis médica y psiquiátrica. Los cuidadores pueden deprimirse o presentar síntomas de depresión en relación con su desgaste profesional (es decir, cansancio, pérdida de contactos sociales, falta de interés por el trabajo, imposibilidad de rendir en el mismo, aumento de peso o adelgazamiento, sensación de impotencia y recurso al alcohol u otras sustancias). El desgaste no tiene por qué surgir durante el período asistencial más estresante, sino meses después, algo similar a lo que pasa con el TEPT.

Malos tratos al anciano

Todos los años miles de ancianos, que normalmente están en situación delicada y vulnerable, sufren malos tratos, abandono o explotación por parte de sus familiares, cuidadores, amigos y otras personas, de quienes dependen para auxiliarles en las necesidades básicas.⁴ Los malos tratos a los mayores pueden ser sutiles y tan sencillos como no darles los medicamentos o evitar su contacto. La familia y sus cuidadores no tienen por qué proponerse dañar o explotar al paciente, pero a menudo se encuentran agobiados y agotados. Todos los estados disponen de teléfonos de ayuda (www.elderabusecenter.org) para obtener información, orientación o comunicación práctica.

Acceda *online* a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Sadavoy J, Jarvik LF, Grossberg GT, eds. *Comprehensive textbook of geriatric psychiatry*. ed 3. New York: WW Norton; 2004.
2. Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB, eds. *Psychiatric care of the medical patient*. ed 2. New York: Oxford University Press; 2000.
3. Gurwitz JH, Field TH, Harold LR, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA*. 2003;289:1107–1116.
4. Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, et al. Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA*. 2003;289:2387–2392.
5. Cremens MC, Gottlieb GL. Acute confusional state: delirium, encephalopathy. In: Sirven JI, Malamut BL, eds. *Clinical neurology of the older adult*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
6. Cummings JL, Mega SM. *Neuropsychiatry and behavioral neuroscience*. New York: Oxford University Press; 2003.
7. Carota A, Berney A, Aybek S, et al. A prospective study of predictors of post stroke depression. *Neurology*. 2005;64:428–433.
8. Dew MA, Whyte EM, Lenze EJ, et al. Recovery from major depression in older adults receiving augmentation of antidepressant pharmacotherapy. *Am J Psychiatry*. 2007;164:892–899.
9. Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29:147–155.
10. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, et al. Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *Am J Psychiatry*. 2000;157:722–728.

11. Olin JT, Katz IR, Meyers BS, et al. Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002;10:129–141.
12. Vilalta-Franch J, Garre-Olmo J, López-Pousa S, et al. Comparison of different clinical diagnostic criteria for depression in Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14:589–597.
13. Ravina B, Camicioli R, Como PG, et al. The impact of depressive symptoms in early Parkinson disease. *Neurology*. 2007;69:342–347.
14. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression rating scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983;17:27.
15. Richardson TM, He H, Podgorski C, et al. Screening depression aging services clients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18:1116–1123.
16. Cremens MC. Polypharmacy in the elderly. In: Ghaemi SN, ed. *Polypharmacy in psychiatry*. New York: Marcel Dekker; 2002.
17. Reynolds III CF, Dew MA, Pollock BG, et al. Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl J Med*. 2006;354:1130–1138.
18. Greenberg RM, Kellner CH. Electroconvulsive therapy: a selected review. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13:268–281.
19. Wei W, Sambamoorthi U, Olfson M, et al. Use of psychotherapy for depression in older adults. *Am J Psychiatry*. 2005;162:711–717.
20. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients. *JAMA*. 2004;291:1081–1091.
21. Olin DW, Zubritsky C, Brown G, et al. Managing suicide risk in late life: access to firearms as a public health risk. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2004;12:30–36.
22. Rowe JL, Conwell Y, Shulberg HC, et al. Social support and suicidal ideation in older adults using home healthcare services. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14:758–766.
23. Blow FC, Barry KL. Older patients with at-risk and problem drinking patterns: new developments and brief interventions. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2000;13:134–140.
24. Thun MJ, Peto R, Lopez AD, et al. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults. *N Engl J Med*. 1997;337:1705–1714.
25. Olin DW. Late-life alcoholism: issues relevant to the geriatric psychiatrist. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2004;12:571–583.
26. Lenze EJ, Rogers JC, Martire LM, et al. The association of late-life depression and anxiety with physical disability: a review of the literature and prospectus for future research. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001;9:113–135.
27. Pinquart M, Duberstein PR. Treatment of anxiety disorders in older adults: a meta-analytic comparison of behavioral and pharmacologic interventions. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15:639–651.
28. Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med*. 1999;340:669–676.
29. Cole MG. Delirium in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2004;12:7–21.
30. Leroi I, Voulgari A, Breitner JC, et al. The epidemiology of psychosis in dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2003;11:83–91.
31. Eperjesi N, Arkbarali S. Rehabilitation in the Charles Bonnet syndrome: a review of the treatment options. *Clin Exp Optom*. 2004;87:149–152.
32. Cremens MC, Okereke OI. Alzheimer's disease and dementia. In: Carlson KJ, Eisenstat SA, eds. *Primary care of women*. ed 2. St Louis: Mosby; 2002.
33. Francis PT. Neuroanatomy/pathology and the interplay of neurotransmitters in moderate to severe Alzheimer disease. *Neurology*. 2005;65:S5–S9.
34. Cummings JL. Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 2004;351:56–67.
35. Palmer R, Berger AK, Monastero K, et al. Predictors of progression from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease. *Neurology*. 2007;68:1596–1602.
36. Panza F, D'Introno A, Colacicco AM, et al. Current epidemiology of mild cognitive impairment and other pre-dementia syndromes. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13:633–644.
37. Tariot PN. Treatment of agitation in dementia. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(Suppl. 8):11–20.
38. Raivio MM, Laurila JV, Strandberg TE, et al. Neither atypical nor conventional antipsychotics increase mortality or hospital admissions among elderly patients with dementia: a two-year prospective study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15:416–424.
39. Feldman H, Gauthier S, Hecker J, et al. Efficacy of donepezil on maintenance of activities of daily living in patients with moderate to severe Alzheimer's disease and the effect of caregiver burden. *Am J Geriatr Soc*. 2003;51:737–744.

40. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, et al. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. *Am J Psychiatry*. 2000;157:172–178.
41. Snowdon J. A retrospective case-note study of bipolar disorder in old age. *Br J Psychiatry*. 1991;158:485–490.
42. Krauthammer C, Klerman GL. Secondary mania. *Arch Gen Psychiatry*. 1978;35:1333–1339.
43. Rosenkoetter MM, Covan EK, Cobb BK, et al. Perceptions of older adults regarding evacuation in the event of a natural disaster. *Public Health Nurs*. 2007;24:160–168.
44. Borja B, Borja CS, Gade S. Psychiatric emergencies in the geriatric population. *Clin Geriatr Med*. 2007;23:391–400.
45. Steadman PL, Tremont G, Davis JD. Premorbid relationship satisfaction and caregiver burden in dementia caregivers. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2007;20:115–119.
46. Kahan FS, Paris BE. Why elder abuse continues to elude the health care system. *Mt Sinai J Med*. 2003;70:62–68.

SNC PHARMA