

Canvis emocionals en l'envelliment

Belén Garzón & Pedro Roy

Unitat de Psicogeriatría. Hospital Mare de Déu de la Mercè Barcelona

Rebut: 8-4-2012

Acceptat: 25-5-2012

Canvis emocionals en l'envelliment

Resum. El present article enumera i descriu els diferents aspectes i canvis afectius que poden donar-se durant el procés d'envelliment de l'ésser humà. L'article pretén descriure les formes i peculiaritats dels diferents trastorns afectius, durant l'envelliment, amb la finalitat de poder facilitar un correcte i apropiat diagnòstic com a primer pas per a un adequat tractament. Aquesta descripció es realitza des de l'anàlisi dels diferents factors que es produeixen i influeixen en l'aparició dels canvis afectius. A continuació s'especifica com són les característiques dels trastorns afectius en l'envelliment, contemplant els trastorns depressius, els trastorns ansiosos i els trastorns bipolars, les diferents formes de manifestar-se i les peculiaritats de cada entitat en les persones grans. Al llarg de tot l'article tenen una important consideració de les conseqüències que els trastorns afectius generen en la família i en l'entorn social. De la mateixa manera es té present com els canvis afectius influeixen en l'evolució de les malalties prèvies ja existents. Per altra banda, es posa de manifest la dificultat, per una part, i la important necessitat, per una altra, d'un correcte diagnòstic quan aquest pot estar solapat i emmascarat pels símptomes dels trastorns afectius i de les demències.

Paraules clau: trastorns afectius, depressió, ansietat, trastorn bipolar, tercera edat.

Emotional changes in ageing

Summary. This article enumerates and describes the different emotional aspects and changes that may happen during the ageing process in human beings. It intends to describe the ways and peculiarities of the different emotional disorders, during ageing, with the aim of providing the appropriate and correct diagnosis as the first step for an appropriate treatment. This description is carried out from the analysis of the different factors that take place and have an influence on the emergence of emotional changes. Then, the characteristics of emotional disorders in ageing are specified, with depressive, anxiety and bipolar disorders being considered, as well as their different manifestations and peculiarities in old age. Throughout the article, the consequences of emotional disorders on the family and the social environment are given important consideration. In this sense, it is also considered how emotional changes can influence the progress of previous diseases. Moreover, the difficulty and the significant need for a correct diagnosis are highlighted, particularly when it can be overshadowed and overlapped with symptoms of emotional disorders and dementias.

Keywords: Emotional disorders, depression, anxiety, bipolar disorder, old age.

Correspondència
Belén Garzón

Unitat de Psicogeriatría
UFISS/EAIA de trastorns cognitius i de demència
Hospital Mare de Déu de la Mercè. Barcelona
Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús
Email: belen@murogarzon.jazztel.es

Introducció

Els canvis emocionals es refereixen a aquelles alteracions en els aspectes emocionals i inclouen els trastorns depressius, ansiosos i bipolars. Durant l'envelliment existeixen més dificultats per a la detecció i diagnòstic dels trastorns mentals i, més específicament, en l'àrea afectiva, ja que els trastorns afectius (patiment d'ansietat, depressió o trastorns adaptatius) acostumen a cursar d'una manera emmascarada, i a vegades solapada, amb altres problemes físics o funcionals.

Els trastorns afectius comporten una disminució de la qualitat de vida de la persona gran i poden desencadenar una discapacitat. Algunes investigacions posen de manifest que l'època de l'envelliment, per si mateixa, no constitueix un factor de risc per a l'existència o aparició de trastorns afectius però sí que indica l'existència d'una sèrie de factors associats a l'envelliment que poden ser els responsables que a la població gran hi hagi més risc de patir trastorns afectius. Aquests factors que predisposen l'aparició de trastorns afectius durant l'envelliment poden ser, entre altres, factors biològics, factors sociodemogràfics, factors mèdics (Robert, Roberts, i George, 1997).

Els **factores biològics**: són aquells factors relacionats amb els antecedents familiars, canvis de neurotransmissió associats a l'edat, gènere, raça, etc. Diferents investigacions o recerques assenyalen el paper rellevant dels factors biològics en el desenvolupament i evolució dels quadres afectius en la població gran. Les malalties mèdiques cròniques i els trastorns sensorials són molt freqüents entre la població gran. Són malalties que, en relació a la discapacitat que provoquen, comporten un destret psicològic elevat, generant patologia mental (Riquelme, Prince, Harwood, Blizard, Thomas i Mann, 1997).

Els **factores mèdics** estan relacionats amb les malalties específiques, com els accidents cerebrovasculars, la malaltia de Parkinson, les neoplàsies, les malalties cròniques especialment vinculades al dolor o a la pèrdua funcional, les malalties terminals, la privació o reducció sensorial, etc.; totes elles eleven a un 54% la prevalença dels trastorns afectius durant l'envelliment, a causa de factors mèdics. Dins les malalties mèdiques que afecten amb més freqüència les persones grans, hem de destacar el paper rellevant que hi juguen les alteracions cognitives, ja que, per una part, un percentatge alt dels pacients deprimits presenten dèficits cognitius que són difícils de distingir dels símptomes de la demència. Per una altra part, les demències poden cursar de tal manera que els símptomes simulen una depressió (López, 2001). Quan s'estudia una mostra de persones grans de 60 anys, es troba que les persones diagnosticades d'una malaltia mèdica, comparades amb les persones grans sense malaltia mèdica, tendeixen a mostrar unes puntuacions més elevades en la simptomatologia depressiva, trobant que la comorbiditat tendeix a una relació lineal positiva entre el nombre de malalties

diagnosticades i la intensitat de la simptomatologia depressiva.

Els **factores de funcionalitat**, que es corresponen directament amb l'estat funcional, són un factor de risc important davant del sorgiment dels trastorns afectius en l'envelliment (Lenze, Rogers i Martire 2001). En un estudi amb 126 pacients grans, amb depressió major unipolar sense demència, es va trobar que el deteriorament de les activitats instrumentals de la vida diària estava significativament associat amb l'edat, el sexe, la càrrega mèdica i la severitat de la depressió. S'ha mostrat també que l'elevat risc de depressió associat amb la incapacitat és més gran en els pacients amb importants nivells de neuroticisme (Oldehinkel, Bouhuys, Brilman i Ormel, 2001).

Els **factores psíquics** estan relacionats amb els episodis depressius previs, la presència de l'alcoholisme, l'ansietat i la mateixa demència. Els **factores sociodemogràfics** són aquells amb els quals fem referència a la viudetat, la institucionalització, l'hospitalització, la soledat, els baixos recursos econòmics, l'escàs suport social o les pèrdues recents entre altres. La presència dels esdeveniments estressants i particularment la mort d'un dels cònjuges, que comporta un estat de viudetat, formen part, en si mateixos, d'un factor de risc per a patir trastorns afectius en la població geriàtrica (De Beurs, Beekman, Deeg, Van Dyck, i Van Tilburg, 2000). Ambdós tipus de situacions necessiten un ajustament psicològic, que dependrà de les característiques de la relació prèvia (Carr, House, Kessler, Nesse, Sonnega, i Wortman, 2000). La prevalença de la depressió en la població gran pot duplicar-se quan aquesta població es troba institucionalitzada (Ambo, Meguro i Ishizaki, 2001) i, al mateix temps, aquests trastorns afectius poden relacionar-se amb el fet que les persones que viuen a les residències acostumen a tenir un deteriorament físic i social important, amb sensació d'aïllament, pèrdua d'autonomia, intimitat, autoestima o pèrdua de projectes de futur, com també acostumen a viure amb una important sensació d'abandonament atribuïble a la institucionalització (Llewellyn-Jones, Baikie, Smithers, Cohen, Snowdon, Tennant, 1999). El medi de la residència constitueix un altre factor implicat en el desenvolupament de trastorns psicopatològics; les persones institucionalitzades demostren índexs més elevats de prevalença respecte a les persones que viuen en zones urbanes i respecte als immigrants. En relació al factor sociodemogràfic de l'estat civil, els estudis realitzats revelen que les persones vídues i masculines constitueixen el principal grup de risc per a presentar alteracions emocionals (López, 2002). Quan relacionem el factor econòmic i els trastorns afectius en l'envelliment, s'ha pogut demostrar una prevalença més gran de depressió en els nivells socioeconòmics més baixos. Les persones grans, després de la pèrdua del seu nivell adquisitiu degut, en part, a la jubilació, presenten també més risc de malaltia mental. La concurrència d'una malaltia crònica invalidant amb un alt risc de mortalitat i la falta dels ingressos econòmics mínims per a

cobrir les necessitats bàsiques, incrementa la possibilitat de desenvolupar depressió (Mirowsky i Ross, 2001). En canvi, estudis recents sobre l'associació entre el desenvolupament de la depressió i el dèficit econòmic en la població gran, revelen com la maduresa i l'experiència podrien explicar una associació menys significativa entre la dificultat econòmica i la depressió. El suport social sembla que fa una funció important a l'hora de moderar l'impacte dels fets vitals estressants sobre la salut en general, trobant-se taxes de mortalitat (per a totes les causes) més elevades entre les persones caracteritzades per un escàs suport social (Prince, Harwood, Blizard, Thomas, i Mann 1997). Recentment es va descobrir que el factor de soledat en persones més grans dels 70 anys no augmenta per si mateix les taxes dels trastorns afectius. En canvi, els homes sense fills, divorciats, vidus o sense esposa, manifestaven unes taxes significativament més altes de depressió i soledat, comparats amb dones en circumstàncies similars. Per una altra part, s'ha trobat que el sentiment de l'aïllament social constitueix un important factor de risc de la malaltia mental en persones grans que viuen en la comunitat.

La depressió en l'envelliment

La depressió és el trastorn afectiu més freqüent en la persona gran, essent un dels motius principals de consultes mèdiques, tot i que la seva presència pot passar desapercebuda (Blazer, 2003). Els símptomes depressius compliquen el tractament de les malalties físiques i augmenten el risc de presentar noves malalties. La depressió és el trastorn psiquiàtric més freqüent en les persones grans. El terme *depressió* forma part del vocabulari d'ús habitual i s'identifica, moltes vegades, amb un ànim trist, desànim, abatiment o, fins i tot, s'identifica amb la pena; però aquests estats disfòrics tant poden ser un símptoma que aparegui de manera aïllada –o juntament amb altres símptomes que poden cursar en algunes malalties orgàniques, com ara la demència–, com efectes secundaris de tractaments farmacològics. En aquest cas, cal parlar de «síndrome depressiva». Per últim, la depressió, en un sentit més restrictiu, pot ser un quadre clínic que forma part dels trastorns de l'estat d'ànim i, per al seu diagnòstic, s'han de complir els criteris diagnòstics establerts en les classificacions.

La depressió en la persona gran pot ser un nou episodi en una persona que la va patir prèviament, o bé observar-se per primera vegada en aquesta edat. Correspon, aproximadament, la meitat a un tipus i l'altra meitat a l'altre, tot i que, per a alguns autors, les formes tardanes s'aproximen al 80 % (Rivera, 1995). La presència de depressió redueix la qualitat de vida, augmenta les malalties físiques i redueix l'esperança de vida (Monforte, Fernández, Díez, Toranzo, Alonso i Franco 1998).

La depressió en la persona gran presenta algunes característiques diferents de la depressió de l'adult jove, a causa dels canvis biològics, psicològics i socials

que comporta l'edat. De tota manera, la depressió en la persona gran es coneix malament, ja que la majoria dels estudis sobre els trastorns afectius es produeixen en la població jove. Però, podem dir que el fet de ser atípic i heterogenia, és normal en la clínica afectiva de la tercera edat (Rivera, 1995). Hem de destacar, per tant, la gran dificultat en la detecció i diagnòstic dels trastorns mentals en les persones grans i, d'una manera més específica, en l'àrea afectiva. Aquestes entitats acostumen a cursar de forma emmascarada, moltes vegades solapades amb altres problemes d'alta incidència en la població gran, com les malalties cròniques i invalidants.

La detecció avançada i el seu abordament comencen a la comunitat, on els serveis sanitaris proporcionen, des de l'Atenció Primària, el primer nivell de suport i prevenció de la malaltia mental en la persona gran. Aquesta necessitat de detectar-la de forma avançada, es va descrivint en diferents estudis realitzats recentment (Callahan, 2001) i pensem que comportaria una millora de la qualitat de vida de les persones grans (Shmueli, Baumgarten, Rovner, i Berlin 2001).

Les definicions i classificacions més acceptades, actualment són descrites per la Classificació Internacional de Malalties (CIE-10) (episodi depressiu, trastorn depressiu recurrent i distímia) i també pel Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-IV): episodi depressiu major, trastorn depressiu major, episodi únic i recidivant, trastorn distímic i trastorn no especificat. Ambdues classificacions descriuen també l'existència d'un altre grup de trastorns depressius, inclosos en els anomenats trastorns adaptatius, que poden presentar-se amb simptomatologia depressiva, de manera pura o barrejada amb alteracions d'ansietat, de conducta o de les emocions.

La depressió en les persones grans, independentment de la forma clínica que adopti, ha de considerar-se com el resultat d'alguns factors heterogenis que actuen en el terreny de cada pacient. L'etiologia és, per tant, biopsicosocial. Tots els canvis psicosocials que acostumen a succeir en les edats més avançades tenen una especial importància a l'hora de poder desencadenar un episodi depressiu (Blazer, 2001).

La depressió és, probablement, l'exemple més clar de presentació inespecífica i atípic de malaltia en la població geriàtrica. Els símptomes i signes poden resultar d'una varietat de malalties físiques tractables i, d'aquesta manera, la depressió i les malalties físiques coexisteixen freqüentment. Molts símptomes físics poden ser causa de depressió (fatiga, anorèxia, insomni, palpitations, dolor toràcic, dolor abdominal, estrenyiment, dolor musculoesquelètic difús, cefalea, parestèsies...) i, a causa d'això, l'examen ha de ser cautelós en ambdós sentits. Els símptomes com la tristesa o la inutilitat poden ser somatitzats de manera característica per la persona gran.

Com que la presentació dels trastorns afectius en l'envelliment té trets atípics i la comorbiditat dificulta el diagnòstic, és important conèixer i tenir presents els trets diferencials de la depressió en la persona gran

Taula 1. Trets diferencials de la depressió en la persona gran (Torrens, 2001; Baldwin, 2005)

1. Accentuació patològica dels trets premòrbids.
2. Reduïda expressivitat de la tristesa.
3. Tendència al retraïment i aïllament.
4. Dificultat per a reconèixer els símptomes depressius.
5. Deteriorament cognitiu freqüentment associat.
6. Expressió en formes de queixes somàtiques
7. Major freqüència de símptomes psicòtics en forma de deliris.
8. Possibles trastorns de conducta com la irritabilitat.
9. Presència de comorbiditat. Pluripatologia.
10. Malaltia cerebrovascular freqüent.
11. Presència de polimedicació.

Taula 2. Resultats del consens espanyol de depressió en la persona gran (SEPG, 2009)

1. En el diagnòstic de la depressió en la persona gran és imprescindible realitzar una valoració cognitiva del pacient.
2. En tota depressió d'inici en persones grans, és necessari realitzar, com a mínim, un estudi analític bàsic.
3. En tota depressió d'inici en persones grans, és necessari realitzar un estudi de neuroimatge cranial (per exemple, Tomografia Axial Computeritzada (TAC)).
4. Els criteris diagnòstics estàndard (DSM/CIE) són útils per a diagnosticar depressió en persones grans.
5. Les persones més grans de 60 anys responen pitjor als tractaments farmacològics amb fàrmacs antidepressius que la resta de persones.
6. L'edat avançada és un factor de risc per al suïcidi consumat en pacients amb depressió.
7. L'evolució de la demència és una complicació freqüent de la depressió, especialment en els quadres amb afectació cognitiva important.

(Torrens, 2001) (taula 1), com també els resultats del consens espanyol de la depressió en la persona gran (Societat Espanyola de Psicogeriatria (SEPG), 2009) (taula 2).

Ens resulta important ressaltar que en cap de les classificacions no existeixen subtipus específics per a l'edat. En canvi, per valorar i tractar adequadament el quadre depressiu en un pacient gran, hem de tenir present l'existència de determinats aspectes clínics, entre els quals podem destacar un excés de queixes somàtiques, hipocondria i agitació, com també més ideació sobre la mort. Altres estudis afirmen una associació més gran entre la depressió d'inici tardà i els trets delirants.

Respecte a la depressió, segons l'OMS, la freqüència d'aquesta en la població general oscil·la entre el 3 % i el 5 %, la qual cosa assenyala que hi ha al voltant de 250 milions de persones afectades.

Els trastorns d'ansietat en l'envelliment

L'ansietat forma part del conjunt normal de reaccions que preparen l'organisme per a l'acció i, per tant, es presenta amb un valor adaptatiu. Quan perd la seva funció adaptativa, per excés d'intensitat, freqüència i durada, dona lloc a limitacions de més o menys gravetat en els subjectes que la pateixen, ocasionant l'ansietat patològica.

Els trastorns d'ansietat ocupen avui el primer lloc, a nivell mundial, en els índexs d'incidència i prevalença entre tots els trastorns psíquics. Hi ha un estudi, d'entre els més il·lustratius que existeixen, que pot

estratificar la mostra per edat i sexe, xifrant la seva prevalença en el 10,2 %.

Els trastorns relacionats amb l'ansietat són molt freqüents en les persones grans i poden resultar difícils de tractar. Acompanyen nombrosos quadres clínics, tant somàtics com psicopatològics, de vegades com a símptoma principal, i a més provoquen síndromes ansioses específiques.

L'ansietat no sempre s'identifica com el que és, ja que pot quedar-se emmascarada, en somatitzacions diverses, a causa de no explorar-se de manera adequada o pel fet d'anar associada a símptomes afectius als quals s'acostuma a concedir més rellevància. En aquest sentit, els nivells de comorbiditat dels trastorns d'ansietat i de depressió, tant a la població gran com a la població més jove, són alts. La comorbiditat dels trastorns psicopatològics es produeix en el 80 % dels casos, essent l'aparició conjunta dels trastorns d'ansietat i de depressió la més freqüent.

Les conseqüències d'aquests trastorns d'ansietat en les persones grans són les següents: augmenta la mortalitat, es redueix la qualitat de vida i es redueix el rendiment cognitiu, s'agreugen els quadres depressius i s'incrementa el risc de suïcidi. Un aspecte particular dels trastorns d'ansietat és l'ansietat davant la mort. Si bé les persones grans no presenten nivells alts d'ansietat davant la mort, sí que és elevada la seva presència quan es relaciona amb la possibilitat de viure en institucions, tenir nivells baixos d'integritat del jo i patir un nombre elevat de problemes físics i psicològics (Fortner i Neimeyer, 1999).

Clàssicament, s'ha associat la presència de trets d'ansietat a uns determinats factors de vulnerabilitat: sexe femení, baix nivell educatiu, viure en soledat, patir malaltia crònica concomitant i limitació funcional.

Una altra característica de gran interès és l'associació de l'ansietat amb dues síndromes geriàtriques: la depressió i la demència. De fet, fins al 80 % dels pacients amb diagnòstic primari de trastorn depressiu tenien nivells alts d'ansietat i, al voltant del 50 % dels diagnosticats d'ansietat generalitzada, presentaven, en el seu diagnòstic, una síndrome depressiva. Al mateix temps, fins al 35 % dels pacients amb demència presentaven símptomes d'ansietat, que, tot i això, no es relacionaven amb la gravetat mateixa de la demència. A més a més, en la persona gran, aquests trastorns d'ansietat poden presentar-se de forma atípica o oligosimptomàtica, predominant en la seva presentació els símptomes somàtics.

Com passa en moltes àrees del coneixement, ens trobem que el trastorn d'ansietat constitueix una entitat única i fàcilment diagnosticable, però, en la gran majoria dels casos, coexisteix amb altres patologies i hem de discriminar si és primària o secundària, si és causa o conseqüència. Seguint la classificació DSM IV, i per ordre de freqüència de presentació en la persona gran, podem citar:

Trastorn d'ansietat generalitzada: Es caracteritza per l'aparició d'ansietat anticipatòria, hipervigi-

lància, tensió emocional i temors excessius. S'associa, almenys, amb sis dels símptomes següents: tremolor, tensió muscular, fatiga (tensió motora), dispnea, taquicàrdia, sudoració, sequedat de boca, marejos, disfàgia (hiperactivitat autonòmica), insomni, dificultat de concentració i irritabilitat. Acostuma a iniciar-se molts anys abans del propi envelliment, essent considerat com un tret de personalitat. El propi envelliment o les circumstàncies relacionades amb aquest, poden fer accelerar el procés fins a fer-lo esdevenir clarament patològic. L'aparició tardana de l'ansietat obliga a descartar l'existència de patologia orgànica concomitant o possible desencadenant psicogen o social.

Trastorn fòbic: Consisteix en un temor persistent envers un objecte, situació o activitat. Potser el trastorn fòbic més destacable i freqüent és l'agorafòbia, que ja s'acostuma a presentar en edats prèvies i simplement s'aguditza durant l'envelliment. La fòbia social és persistent en la persona gran per causes físiques com el tremolor, etc. O causes psíquiques amb maniobres d'evitació. Per tant, a vegades són l'única expressió d'una patologia de base que s'ha d'investigar.

Trastorn obsessiu compulsiu: Es descriu com un trastorn amb presència d'obsessions recurrents, d'entitat suficient per a interferir en la rutina o en les relacions laborals o socials de la persona. Les obsessions consisteixen en idees, impulsos o fins i tot, imatges recurrents que s'experimenten de manera inapropiada: és a dir, no són simples preocupacions; el que és realment patològic és la pròpia vivència d'aquestes sensacions. Potser la ideació obsessiva religiosa és la més freqüent en les persones grans.

Trastorn d'estrès posttraumàtic: És idèntic que el que es manifesta en altres edats i hi ha molt poques dades en edats avançades.

Trastorn d'ansietat en relació amb malalties mèdiques: En geriatria, l'ansietat pot ser el símptoma únic de la malaltia mèdica o carència nutricional.

Trastorn d'ansietat induït per fàrmacs: És important destacar que existeixen dosis, fins i tot terapèutiques, que, en la persona gran, poden induir a produir ansietat. A més a més, la interacció de fàrmacs pot alterar el metabolisme, amb efectes paradoxals com la mateixa ansietat.

A més d'existir tipus de manifestacions diferents de l'ansietat, l'envelliment requereix la necessitat d'establir un diagnòstic diferencial amb les alteracions següents:

L'ansietat transitòria: És aquella que sorgeix davant la situació d'haver-se d'adaptar a una situació nova i que comporta estrès. En la persona gran, aquest tipus d'ansietat sol presentar-se de manera lleu i té poca repercussió en l'activitat general de la persona gran.

Les malalties somàtiques: Hem de sospitar que la presència d'ansietat és de causa mèdica si existeix una relació temporal amb la introducció d'un nou fàrmac o amb el diagnòstic recent d'una malaltia.

El deteriorament cognitiu: El deteriorament mnèsic pur cursa amb trastorn d'ansietat en els pacients als quals els preocupa molt el seu deteriorament. Però, potser és en les fases més evolucionades de la malaltia quan són més freqüents les alteracions de conducta que cursen amb ansietat important.

El deliri: Sobretot la situació vivencial que acompanya les al·lucinacions visuals.

La depressió: Freqüentment, l'ansietat i la depressió són malalties concomitants, tot i que, quan existeix només ansietat, aquesta sol presentar-se a la tarda, genera sentiments d'indefensió, existeix neguit en relació al futur, no provoca símptomes incapacitants i comporta un risc baix per a l'activitat suïcida.

El trastorn bipolar

El trastorn bipolar és una malaltia mental greu, difícil de controlar amb els tractaments disponibles en l'actualitat i amb una probable evolució cap a la cronicitat. Es caracteritza per travessar fases de depressió i de mania, essent destacable el risc de suïcidi, que, en el cas del trastorn bipolar tipus I, arriba a ser del 10 al 15 %.

Com qualsevol altre trastorn mental, el trastorn bipolar tampoc no és uniforme, sinó que n'existeixen diferents tipus. Així, es parla de trastorn bipolar I, quan el pacient ha presentat com a mínim un episodi maníac; parlem de trastorn bipolar II, quan la persona només ha tingut episodis depressius majors i algun episodi hipomaníac, i parlem de trastorn bipolar no especificat, quan no es compleixen els criteris de temps i durada dels episodis hipomaníacs i depressius. Per últim, els pacients que mostren símptomes depressius i hipomaníacs, sense arribar a tenir criteris per als qualificatius anteriors, es diagnostiquen com a trastorn ciclotímic. Una altra forma de diferenciar-los és a través de la rapidesa amb què passen de la depressió a la mania, parlant, en aquest sentit, de «cicladors ràpids».

Segons Shulman i Herrmann (2005), els estudis epidemiològics que ens permeten conèixer la incidència i la prevalença del trastorn afectiu bipolar en l'etapa de l'envelliment (més grans de 65 anys), són escassos. Entre aquests estudis, alguns autors van trobar que en el grup de persones més grans de 65 anys, el 22 % presentava el primer episodi després d'aquesta edat, el 17 % havien experimentat un episodi anterior, i més del 49 % tenien com a antecedents previs tres episodis depressius o més. Varen trobar que el 10 % dels pacients amb trastorn bipolar van desenvolupar aquesta malaltia després dels 50 anys d'edat. Per una altra part, reportaren que el trastorn afectiu bipolar es podia observar també en les persones grans, entre un 5 i un 19 % d'aquestes.

La importància d'estudiar epidemiològicament el trastorn bipolar en adults grans, en la població més gran de 65 anys, radica en la seva associació amb el deteriorament cognitiu, formant-se, en poc temps, en un problema de salut pública amb alts costos assistencials (Alarcón, 2000).

Shulman i Herrmann (2005) proposen una classificació del trastorn bipolar que presenta quatre subtipus diferents i que tenen valor heurístic per a noves recerques sobre les síndromes maníacques en l'envelliment:

Trastorn bipolar primari: Pacients que varen iniciar, de forma primerenca, el trastorn bipolar, que persisteixen simptomàtics en l'envelliment i que requereixen tractament continu.

Trastorn bipolar latent: Subgrup format, àmpliament, per subjectes depressius d'inici en la meitat de la vida, que experimenta episodis maníacs en etapes posteriors, després d'un llarg període de latència i múltiples episodis depressius.

Mania secundària (síndrome de desinhibició): Aquest grup està format, principalment, per pacients amb síndromes maníacques d'inici molt tardà, sense antecedents, i amb una disposició familiar baixa i associada amb altres trastorns neurològics o altres trastorns mèdics sistèmics.

Mania unipolar: subgrup petit, d'inici primerenc i amb persistència només d'episodis maníacs en edat avançada.

El quadre clínic del trastorn bipolar pot presentar-se d'una manera diferent, segons que es tracti d'una persona gran amb trastorn bipolar des d'una edat primerenca o intermèdia de la seva vida, o segons que la malaltia afectiva s'hagi instaurat més enllà dels 65 anys.

En el primer cas (quan el trastorn bipolar es presenta des d'una edat primerenca o intermèdia), existeix consens en el fet que les manifestacions clíniques afectives no disminueixen amb l'edat; contràriament, els pacients poden convertir-se en «cicladors ràpids», presentant crisis més freqüents i pronunciades, amb actituds agressives i hostils, idees paranoïdes de celotipia, de persecució, de recel i de desconfiança envers familiars i persones properes, essent els símptomes d'exaltació i d'alegria els menys pronunciats. Alguns d'aquests pacients poden presentar conductes de desinhibició sexual i conductes extravagants de tipus social, amb els consegüents problemes sociofamiliars que això comporta. Aquests pacients generalment presenten diversa gradació de deteriorament cognitiu o més marcat que el que podem observar en pacients que van tenir el primer episodi en etapes més tardanes de la vida.

Per altra part, quan el trastorn bipolar es manifesta per primera vegada en la vellesa, s'aprecia que acostuma a estar associat a altres malalties neurològiques o orgàniques generals, i acostuma a cursar amb deteriorament neurològic i cognitiu.

L'inici de la malaltia en etapes primerenques de la vida i el nombre d'episodis (tant maníacs com depressius) previs són factors de risc per la presència de deteriorament cognitiu.

El deteriorament cognitiu en pacients que van iniciar de forma tardana el trastorn bipolar s'aprecia en l'atenció i en la pèrdua del control de les seves accions (agressió i desinhibició), que es poden acompanyar

d'un afecte normal. El deteriorament cognitiu que podem observar en pacients que tenen trastorn afectiu bipolar d'inici primerenc és més marcat en àrees de la memòria i de l'aprenentatge verbal.

Conclusions

L'envelliment és una etapa vital de l'ésser humà durant la qual es produeixen una sèrie de canvis en les àrees biològiques, psicològiques i socials, que provoquen una situació de major vulnerabilitat que altres etapes de la vida.

Aquesta situació de vulnerabilitat facilita l'aparició dels trastorns afectius, tot i que poden quedar emmascarats per malalties físiques, alhora que també emmascaren processos demencials. La superposició o emmascarament de la simptomatologia, com també les peculiaritats dels canvis afectius en l'envelliment, dificulten el seu diagnòstic, conduint a la infravaloració d'aquests tipus de canvis afectius durant l'envelliment. Per això hem de tenir molt present la necessitat d'una descripció precisa dels símptomes afectius per a un diagnòstic apropiat i correcte, com a primer pas del tractament afectiu.

Tot i l'existència d'aquesta infravaloració dels canvis afectius durant l'envelliment, la incidència d'aquests augmenta, ja que, durant aquesta etapa de la vida, la persona és més vulnerable a una sèrie de factors biopsicosocials (dependència funcional, deteriorament cognitiu, insuficients recursos econòmics, aïllament social i la institucionalització) que afavoreixen l'aparició dels trastorns afectius.

Al mateix temps, és necessari saber que els canvis afectius en l'envelliment, la depressió, l'ansietat i els trastorns bipolars, adopten una forma atípica de presentació, predominant els símptomes somàtics; en la majoria dels casos, coexisteixen amb altres patologies, hi ha diferents formes de presentació i incideixen en el rendiment cognitiu, aspecte que haurem de tenir molt present i intentar aïllar en les valoracions neuropsicològiques que es realitzen quan hi ha dubte de deteriorament cognitiu.

Els canvis afectius generen un important grau de patiment per al pacient i per al seu entorn i suposen un increment en la prevalença i una evolució dolenta per altres complicacions mèdiques.

Referències

- Alarcón, R. (2000). *Trastorno afectivo bipolar en el anciano*. <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol4/articulos/articulo3.pdf>.
- Ambo, H., Meguro, K., & Ishizaki, J.; (2001). Depressive symptoms and associated factors in a cognitively normal elderly population: the Tajiri Project. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(8), 780-788.
- Blazer, D.G. (2003). Depression in late life: Review and Commentary. *Journal of Gerontological Science*, 58(3), 249-265.
- Blazer, D.G. (2001). Depresión. En W.B. Abrahams &

- R. Berkow, *Manual Merck de geriatria* (pp. 310-311). Barcelona. Ediciones DOYMA.
- Carr, D., House, J.S., Kessler, R.C., Nesse, R. M., Sonnega, & J. Wortman, C. (2000). Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: a longitudinal analysis. *Journal of Gerontology B: Psychological Science*, 55(4), 197-207.
- Callahan, C.M. (2001). Quality improvement research on late life depression in primary care. *Medical Care*, 39(8), 772-784.
- De Beurs, E., Beekman, A.T., Deeg, D.J., Van Dyck, R., & Van Tilburg, W. (2000). Predictors of change in anxiety symptoms of older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Psychological Medicine*, 30(3), 515-27.
- Fortner, B.V. & Neimeyer, R.A. (1999). Death Anxiety in Older Adults: A Quantitative Review. *Death Studies*, 23, 387- 411.
- Lenze, E.J., Rogers, J.C., & Martire, L.M., (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability: a review of the literature and prospectus for future research. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(2), 113-135.
- Llewellyn-Jones, R.H., Baikie, K.A., Smithers, H., Cohen, J., Snowdon, J., & Tennant, C.C. (1999). Multifaceted Shared Care Intervention for Late Life Depression in Residential Care: Randomised Controlled Trial. *British Medical Journal*, 19, 676-682.
- López, J.A. (2002). La Depresión en el Paciente Anciano.;3(2). 24 *Revista Multidisciplinar de Gerontología*,12(1), 19-25.
- Mirowsky, J. & Ross, C.E., (2001). Age and the effect of economic hardship on depression. *Journal of Health Social Behavior*, 42(2), 132-150.
- Monforte, J.A., Fernández, C., Díez, J., Toranzo, I., Alonso, M.M., & Franco, M.A. (1998). Prevalencia de la Depresión en el Anciano que Vive en Residencias. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 33, 13-20.
- Oldehinkel, A.J., Bouhuys, A.L., Brilman, E.I., & Ormel, J. (2001). Functional disability and neuroticism as predictors of late-life depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(3), 241-248.
- Prince, M.J., Harwood, R.H., Blizard, R.A., Thomas, A., & Mann, A.H. (1997) Impairment, Disability and Handicap as Risk Factors for Depression in Old Age. The Fospel Oak Project V. *Psychological Medicine*, 27, 311-321.
- Riquelme, A. (1997). *Depresión en Residencias Geriátricas: Un Estudio Empírico*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Rivera, J.M. (1995). *Manual práctico de psicogeriatría*. Madrid: Grupo Aula Médica.
- Robert, E., Roberts, Ph.D., & George, A., (1997). Does Growing Old Increase the Risk for Depression? *American Journal of Psychiatry*, 154(10), 1384-1390.
- Shmueli, Y., Baumgarten, M., Rovner, B., & Berlin, J. (2001). Predictors of improvement in health-related quality of life among elderly patients with depression. *International Psychogeriatrics*, 13(1), 63-73.
- Shulman, K.I. & Herrmann, N. (2005). Síndromes maníacos en la edad avanzada. En R. Jacoby & C. Oppenheimer, *Psiquiatria en el anciano*. Ed. Masson.
- Torrens, M.M. (2001). Depresión en geriatría: diagnóstico diferencial y tratamiento. *Revista de Psiquiatria Facultad de Medicina de Barcelona*, 28(4), 239-246.

Resumen

Cambios emocionales en la tercera edad

El presente artículo enumera y describe los diferentes aspectos y cambios afectivos que pueden darse durante el envejecimiento del ser humano. El artículo pretende describir las formas y peculiaridades de los diferentes trastornos afectivos durante el envejecimiento para facilitar un correcto y apropiado diagnóstico como primer paso para un adecuado tratamiento.

Esta descripción se realiza desde el análisis de los diferentes factores que contribuyen e influyen en la aparición de dichos cambios afectivos. A continuación se especifica cómo son las características de los trastornos afectivos en el envejecimiento contemplando los trastornos depresivos, ansiosos y del trastorno bipolar, las diferentes formas de manifestarse y las peculiaridades de cada entidad en la tercera edad. En todo el artículo radica una importante consideración de las consecuencias que los trastornos afectivos generan en la familia y en el entorno social. De la misma manera se tiene presente cómo los cambios afectivos influyen en la evolución de las enfermedades ya existentes. Por otra parte pone de manifiesto la dificultad por una parte y la importante necesidad por otra de un correcto diagnóstico cuando este puede estar solapado y enmascarado entre los trastornos afectivos y de las demencias.

Palabras clave: trastornos afectivos, depresión, ansiedad, trastorno bipolar, tercera edad, demencia.