

Trastornos de la motivación en el anciano

Philippe Thomas¹
Cyril Thomas-Hazif
Eva María
Arroyo-Anlló²

¹Centro de Gerontología Pasteur. CHU Poitiers. Francia.

²Dpto. de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca. Clínica Neuropsicológica de Salamanca

Introducción

Los trastornos de la motivación se reagrupan bajo diferentes denominaciones según las circunstancias clínicas. Así se habla de pérdida de iniciativa, de energía, de desmotivación, de apatía, embotamiento afectivo, de síntomas negativos... Los trastornos de la motivación conllevan varias realidades frecuentemente interrelacionadas, las cuales vamos a tratar en este artículo.

La desmotivación es la pérdida de la motivación; la apatía -del griego pathos: pasión-, es la pérdida de las sensaciones, de las emociones, del interés frente al contexto. La desmotivación es frecuente en los ancianos. Sus consecuencias son la pérdida de interés por las actividades de la vida cotidiana, acentuando de esta manera el desaprendizaje y potenciando por lo tanto la dependencia.

La motivación es el deseo y el sentido de la acción. Forma parte de los mecanismos de refuerzo de los aprendizajes y de consolidación de elecciones: el éxito la refuerza, los fracasos la disminuyen¹⁻³.

Los mecanismos de defensa se desarrollan frente a un deseo imposible o peligroso de satisfacer. Además éstos se atenúan para llegar a la extinción de la motivación, como para eliminar el sufrimiento frente a la frustración. Así, lo pasivo reemplaza al movimiento activo. La desmotivación tiene un carácter adquirido y aprendido. Por lo tanto, no es raro escuchar a la persona anciana confesar lo que le molesta a ella misma ("lo que yo hago no importa"). La motivación está relacionada con las elecciones o decisiones y la fuerza de la personalidad refleja también la libertad de hacer realidad esa elección (tabla 1). Dependiendo de que esa elección sea sobre un objeto interno: afirmación de un deseo, valoración de su competencia -o sobre un objeto externo: obtener alguna cosa, ser recompensado-, hablaremos de motivación interna, intrínse-

ca, o de motivación externa, extrínseca, ya sea autodeterminada -la persona decide por ella misma-, ya sea, en fin, dependiente de una obligación social o relacional -la persona decide en función de la opinión de otro-^{4,5}. El anaclitismo define por ejemplo una personalidad en la que la mayoría de las motivaciones son extrínsecas y no autodeterminadas. La motivación intrínseca es más bien entendida como la más autodeterminada que se apoya en la percepción^{4,5}. La posesión de la motivación pasa por lo tanto por una vivencia de autonomía y de capacidad de elección y así es fuente de bienestar. La pérdida de autonomía y el aprendizaje de la incompetencia, provocan consecuencias fisiológicas de la que conducen a la desmotivación. La pérdida del ejercicio del poder elegir y la delegación en otro de toda responsabilidad provocan el mismo resultado⁵⁻⁷.

La motivación pertenece a la dimensión temporal de la persona⁸. Implica poder utilizar la memoria del pasado para vivir el presente y preparar el futuro. La memoria del pasado es necesaria para la motivación. El paciente HM de Milner⁹, a raíz de una operación quirúrgica de los dos hipocampos, se convirtió en una persona desmotivada. La memoria prospectiva, que hace que su presente se nutra del pasado para anticipar el futuro es también esencial para la motivación. Está frecuentemente alterada en los ancianos, en particular en el demente.

A través de la memoria prospectiva^{1,8}, la persona puede predecir las consecuencias de la acción que emprende, recordar la acción que se encuentra ya en la memoria, incluso si el contexto es diferente, para disponer de un modelo operatorio. La ausencia de la posibilidad de anticipar los efectos futuros de la acción genera una desorganización de la secuencia de acciones, provocando por lo tanto, un trastorno de la motivación que es aún más evidente cuando son actividades de la vida cotidiana: sacar la tarta del horno en el momento justo, acu-

Correspondencia:
Dra. Eva M^a Arroyo-Anlló
Clínica de la Memoria
Reyes Católicos, 1 y 9, 1^o A
370002 Salamanca

dir a una cita a la hora... Estos trastornos de la memoria prospectiva provocan una vergüenza dolorosa en el anciano y las reacciones de su familia pueden encerrarle en una regresión incontrolable¹⁰.

La desmotivación representa el desánimo para realizar o anticipar cualquier cosa. Se distingue de la depresión en que es un síntoma que privilegia el humor deprimido, definido como una serie de afectos tristes, ansiosos o de irritabilidad. La desmotivación es un sentimiento de desaliento, consecuencia del trastorno del ejercicio de las elecciones libres del anciano, al igual que del desinterés para vivir libremente sus deseos. Podríamos decir que la desmotivación es una actitud hacia sí mismo, mientras que la depresión sería más significativa para el otro. Sin embargo, en el anciano, la relación entre la desmotivación y del humor deprimido es muy frecuente, consecuencia, entre otras, de la reducción de la esfera relacional y del universo psicoafectivo subyacente. El estudio de la desmotivación pone en evidencia una fase de recogida, apatía, desinterés, reducción de las actividades y rechazo de contactos sociales. En ese aislamiento, el anciano es frecuentemente olvidado, olvido del que los jóvenes se defienden frecuentemente alegando que al anciano silencioso le gusta la tranquilidad, que merece, y una contemplación serena.

En un contexto más general de actitudes dimisionarias, la desmotivación se ha descrito como la pasión del inmovilismo, lo que indica el aspecto pasivo del trastorno motivacional, cuando el anciano no desea ya emprender nuevas actividades, alegando no querer.

Etiologías de los trastornos de la motivación

La desmotivación y la apatía pueden existir por sí mismas. Sin embargo, pueden constituir un rasgo particular asociado a otra enfermedad, psiquiátrica o somática, a la cual le imprimen su propia marca. Así, vamos a ver diferentes presentaciones de los trastornos de la motivación, a medida que presentemos los cuadros clínicos.

La motivación parece principalmente estar mediada por el sistema central dopaminérgico, el sistema límbico, la amígdala, el hipocampo y el lóbulo prefrontal¹¹. Por otro lado, la apatía ha podido relacionarse con la amígdala o la parte anterior del lóbulo temporal^{3,12-14}.

La tabla 2 presenta las principales etiologías de la desmotivación y de la apatía.

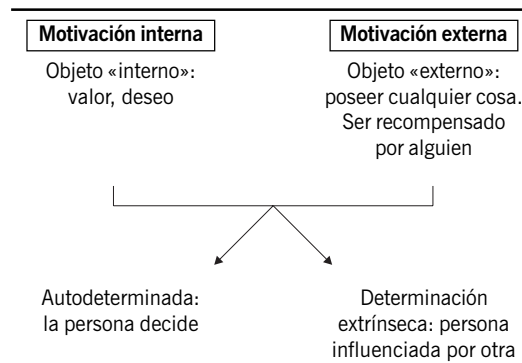


Tabla 1.
La motivación según
DeciEL, RyanRM⁴

Enfermedades psiquiátricas

Esquizofrenia (síntomas negativos, personas ancianas)
Depresiones post-psicóticas
Depresiones mayores tratadas.

Enfermedades neurológicas

Enfermedad de Alzheimer
Accidentes vasculares cerebrales
Traumatismos craneales
Hidrocefalia a presión normal
Demencia vascular
Enfermedad de Parkinson
Corea de Huntington
Enfermedad de Pick
Enfermedad de Binswanger
Síndrome de Kluver-Bucy
Síndrome de Korsakoff y enfermedad de Wernicke

Otras enfermedades somáticas

Hipertiroidismo
Otros disfuncionamientos de tiroides
Infección por V.I.H - Encefalopatía
Enfermedad crónica debilitante

Desmotivación inducida por sustancias o medicamentos

Neurolépticos
Antidepresivos serotoninérgicos
Fumador crónico de marihuana
Síndrome de abstinencia (anfetamina o cocaína)

Factores socio-ambientales

Institucionalización no aceptada
Abandonos familiares
Periodos de transiciones y de lutos

Tabla 2.
Enfermedades asociadas
a la desmotivación³⁷

Causas familiares y psico-sociales

Gracias al cerebro, el hombre es consciente de las consecuencias del envejecimiento. A nivel del cerebro en sí mismo, a través de las quejas amnésicas; en relación al cuerpo, con la necesaria adaptación de la actividad física a los efectos del envejecimiento; a nivel de la mirada de los otros, que a veces se convierte en un "veredicto" y en relación a la esfera social y profesional, puesto que la jubilación puede

ser una marginalización, puede provocar un sentimiento de aburrimiento, inutilidad, desmotivación...

La desmotivación aparece frecuentemente en la persona anciana como una consecuencia de la desafrentación sensorial¹⁵. El funcionamiento de las neuronas depende del conjunto de la actividad del cerebro y sobre todo de las estimulaciones sensoriales que reciba, en particular visuales y auditivas. Así, un entorno poco estimulante también puede contribuir a la disminución de las necesidades energéticas de las neuronas. La desmotivación es más frecuente en la mujer que en el hombre, debido a una gran sensibilidad de la alteración de la imagen corporal y a la pérdida de las funciones familiares¹⁶. Los factores sociales y familiares de la desafrentación social están relacionados con la morbilidad. El ecosistema familiar tiene un efecto facilitador de la expresión cuando autoriza un equilibrio entre el sentimiento de pertenencia y de los intereses individuales. La familia no es siempre el terreno apropiado para la eclosión del individuo y para la apertura hacia la intimidad, la comunicación y la intencionalidad social. La desmotivación añade un rasgo de dependencia suplementaria a las incapacidades de la edad^{3,10}.

En la dependencia regresiva agravada o regresión pseudo-demencial, la dependencia se agrava por el propio paciente, como si huyese de una realidad existencial más allá de sus fuerzas, refugiándose en un cuadro en el límite de la demencia³. Este cuadro es reversible, por ejemplo cuando el enfermo sale de su contexto socio-familiar. Podemos ver ciertos estados de apatía agudos en el anciano cuando no llega a construirse una imagen de sí mismo aceptable a lo largo de los años y vive en un sistema familiar caótico. Las amenazas de su intimidad, la pérdida de identidad social pueden, en ese caso, conjugarse para empujar al anciano al aislamiento total. La persona anciana parece no aceptar toda perspectiva de futuro, el tiempo de retomar su vida, para encontrar la confianza necesaria y así reemprender alguna actividad nueva¹⁷. De esta manera, rechaza superar el luto, prefiriendo quedarse en ese estado "rechazando y negando sus pérdidas". La desmotivación refleja un rechazo de confrontación a las crisis, una resistencia pasiva al cambio. La dependencia regresiva agravada se encuentra en el límite entre la demencia y la psicosis, pero sin comportar ideas delirantes (tablas 3 y figura 1).

Depresión

La dependencia agravada por la desmotivación impone redefinir los límites de la familia y de la rela-

ción entre el paciente-cuidador. Representa una consecuencia de las dificultades de encontrar puntos de referencia en la relación con los ancianos, impidiendo encontrar un sentido a la regresión. El disfuncionamiento familiar agrava la regresión, cuando la familia rechaza el reconocerlo. La separación temporal de la persona anciana de su entorno socio-familiar, el apoyo psicológico de la familia y la estimulación neuropsicológica permiten redefinir un cuadro existencial. Sin embargo, la depresión representa en la persona anciana la primera causa de alteración de la motivación, del "apetito" de vivir¹⁸. Sería importante constatar que las depresiones con trastorno de la motivación nos plantean la problemática de si se trata de estados depresivos inducidos por una terapéutica o una enfermedad asteniante o de depresiones acinéticas debidas, principalmente, a las terapias neurolépticas¹⁹. En estos síndromes depresivos constataríamos principalmente labilidad del humor, reducción de actividades, trastornos del apetito y del sueño, así como alteraciones cognoscitivas. La pérdida de la esperanza, la anhedonia, la culpabilidad, la autodespreciación, no se encontrarían de forma tan evidente, como si la desmotivación provocase más, la vergüenza que la culpabilidad, más alteraciones narcisistas, clásicas en el anciano que trastornos afectivos o del humor.

La pérdida del gusto por vivir provoca la atracción hacia la muerte²⁰ y la pérdida del gusto por actuar a la sumisión. Por otra parte, el riesgo de suicidio se encuentra sobre todo cuando el anciano se somete a representaciones descalificantes de la vejez y no, a representaciones que le hacen percibirse activamente en una vida particular y singular. Si es verdad que la depresión y la desmotivación tienen rasgos comunes (figura 2), sin embargo, se diferencian por otros rasgos suficientemente claros, como para constituir dos entidades distintas²¹. En la escala de Hamilton de Depresión, los ítems comunes con la desmotivación y la apatía son el desinterés general y el desinterés profesional, el enlentecimiento psico-motor, la falta de energía, la pérdida de iniciativa y de perspicacia²². Por otra parte, es ilógico pensar que los sujetos sin un análisis pertinente de sus dificultades, no aptos para emprender una solución de los problemas a los que se enfrentan, puedan ser motivados para resolverlos. Por el contrario, no hay una correlación entre los ítems de disforia de la Escala de Hamilton (tristeza, culpabilidad, ideas suicidas, ansiedad, agitación), y la desmotivación o con los rasgos somáticos propios de la depresión: trastornos del sueño, del apetito y pérdida de peso²². En otro estudio, los rasgos propios para el tratamiento de la pérdida debidos a la

edad y a las dificultades de participación en los actos de la vida cotidiana de las personas ancianas, traslucen dificultades de producción en la acción y un estado de inhibición aprendida⁷. El trastorno de la motivación puede existir en un terreno fuera de la depresión¹⁸, poseyendo un pronóstico más grave, con una pérdida de autonomía y una regresión.

La pseudo-demencia depresiva

Los trastornos de la motivación son evidentes en esta patología. Por definición, la normalización de los trastornos cognoscitivos después del tratamiento eficaz de la depresión hace que el diagnóstico se confirme. En ciertas formas de la pseudo-demencia donde los trastornos de la motivación predominan, el enfermo anciano apático es inerte, está como privado de su voluntad, sus ojos parecen sin vida, su voz monótona y grisácea al igual que su vida cotidiana. Su apertura al mundo se encuentra cada vez más restringida como si se hubiese retirado a una gruta donde sólo llega una pequeña luz leve, con una estimulación escasa. Sus capacidades de atención parecen reducidas y su desinterés por lo que le rodea es patente. El paciente desmotivado que presenta trastornos cognoscitivos pide poca ayuda a sus cuidadores para salir de este estado, como si existiese una ruptura total con la red de amigos y de familiares. Estudios recientes longitudinales han mostrado que en el seguimiento de las pseudo-demencias depresivas, más de la mitad evolucionaban hacia una auténtica demencia²³. Actualmente, continúa el debate entre el continuo entre demencia y depresión.

Demencia de tipo Alzheimer

La presencia de la apatía en la enfermedad de Alzheimer se asocia a las alteraciones funcionales prefrontales, así como a la parte anterior de los lóbulos temporales cuando se evalúa a través de la cámara de positrones¹². La pérdida de iniciativa y la incapacidad para gestionar las actividades de la vida cotidiana se correlacionan con una disminución de la perfusión témporo-parietal derecha e independientemente del estado cognoscitivo del paciente¹⁴. La disminución de la conciencia ("insight") y de las capacidades instrumentales se correlaciona con la de la perfusión témporo-occipital derecha.

La desmotivación constituye a veces un mecanismo de defensa, que se considera como medio pasivo contra la presión del exterior (por ejemplo, posterior al fallecimiento de un ser amado)²⁴. A veces

Regresión Pseudo-demencial: la no implicación de la persona apática refuerza la dependencia y acentúa su inquietud. Sufre en silencio, se siente excluida de los cuidados y de la relación con otros, provocando somatizaciones. Poco a poco las somatizaciones dejan entrever la regresión:

Social: tendencia a aislarse, a refugiarse en sí mismo, a rechazar la comunicación; relaciones estereotipadas, lenguaje formal.

Etica: negligencia del modo de vida; se amarra a la realidad concreta en exceso para evitar mejor atribuirle un sentido.

Clínica:

- Apatía, desmotivación, sensación de exclusión.
- Discurso banal.
- Pérdida de actividades pero sin enlentecimiento psico-motor.
- No tener en cuenta en su justa medida los ritmos sociales del otro.
- Memoria blanca: la persona no cree que su memoria de vida, su biomnesis, debe tener un sentido.
- Pérdida del sentido de la senectud con nostalgia de la juventud.
- Frecuencia de las tendencias regresivas. Los cuidadores llegan a tener aptitudes maternas o empiezan a descalificar moral y simbólicamente a la persona anciana.

Tabla 3. Dependencia Regresiva Agravada o Regresión Pseudo-demencial

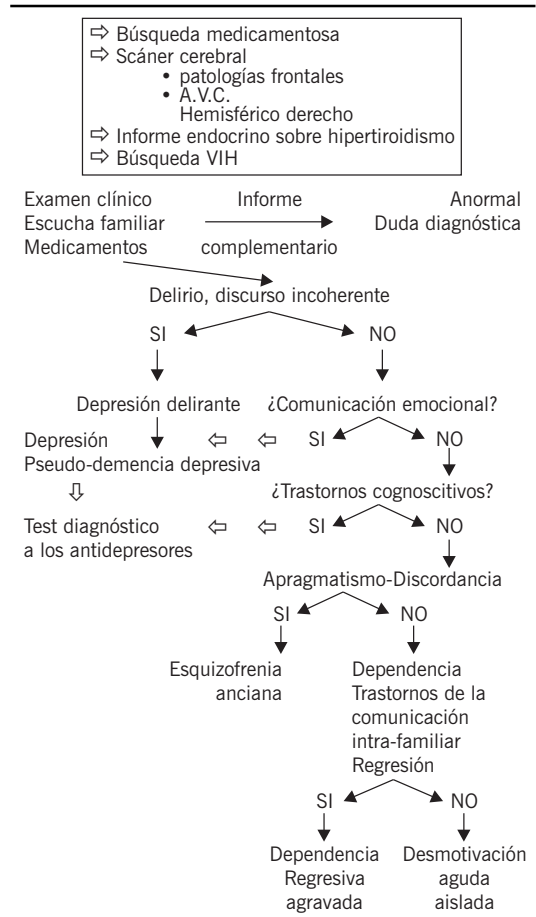


Figura 1. Organigrama de decisión de la exploración de la apatía en la persona anciana

La desmotivación es un síntoma aislado o un síntoma que pertenece a un síndrome como por el ejemplo la depresión. **Depresión y desmotivación** tienen rasgos comunes y características específicas.

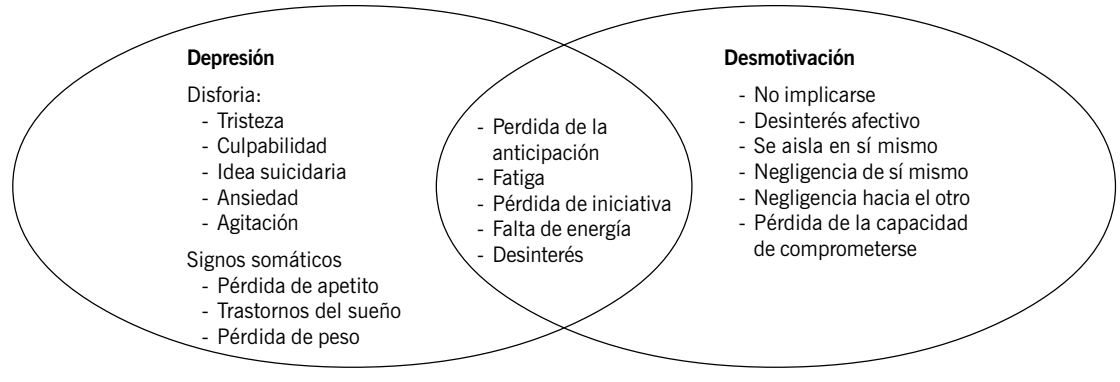


Figura 2.
Depresión
y desmotivación

es el resultado de vivencias muy dolorosas graves que han podido marcar la vida de la persona anciana y cuyas consecuencias toman relieve a medida que pasan los años²⁵. Ataques de pánico son posibles en los dementes, cuando son enfrentados a su historia personal dolorosa sobre todo familiar, incluso ciertos delirios utilizan fragmentos de esas reminiscencias dolorosas. A pesar de los trastornos cognoscitivos, persiste en la demencia una memoria emocional que puede facilitar la evocación de vivencias desagradables para los pacientes.

Los trastornos cognoscitivos de las personas ancianas pueden acompañarse de depresión y de trastornos de la motivación. Forsell ha podido demostrar en un grupo numeroso de personas ancianas, que a medida que desaparecían los trastornos cognoscitivos, los trastornos del humor aumentaban y posteriormente se atenuaban, mientras que la desmotivación se instalaba progresivamente²⁶. Nos parece fundamental observar la función de la desmotivación en la queja familiar: frente a la apatía, la familia se queja aún más cuando los déficits son leves y dejan augurar una esperanza^{10,27}. En el deterioro severo, la apatía no es el objeto de la queja, validando aún más la queja familiar inicial. Los pacientes que padecen la enfermedad de Alzheimer están "estadísticamente" más desmotivados y más inclinados a la soledad, que las personas ancianas normales de la misma edad²⁸. La desmotivación puede detectarse entre el 40 y el 50% de las demencias de tipo Alzheimer²⁹. Se observa más al inicio de la enfermedad o en las demencias moderadas, que en las demencias más evolucionadas donde su evaluación es más difícil. Parece como si la persona anciana fuese indiferente a toda situación, siendo consciente de que todo se ha convertido en demasiado complicado para

ella. La presencia de síntomas negativos en la enfermedad de Alzheimer está correlacionada con el trastorno cognoscitivo²⁸. Está marcada por comportamientos de aislamiento en sí mismo, de indiferencia hacia el otro, de pérdida de iniciativa, una inactividad, una pérdida del placer de vivir. Dentro de este cuadro, se produce un rápido desaprendizaje y por lo tanto, una sobrecarga de trabajo para aquellos que le rodean.

Patologías frontales

Un infarto de la convexidad frontal provoca una apatía, una acinesia, una indiferencia, interrumpida por episodios momentáneos de cólera y de agresividad. En caso de lesión en el hemisferio dominante, una disminución de la elocuencia o una afasia motora transcortical pueden aparecer. Los enfermos presentando secuelas de traumatismos del lóbulo frontal, se muestran apáticos, sin motivación, incapaces de tomar la iniciativa y de realizar proyectos. A veces son violentos, irritables, eufóricos, lo que hace que los trastornos de la motivación no se acompañe forzosamente por una falta de emoción⁷. La desmotivación y la apatía forman parte del cuadro de la demencia frontal, marcada por trastornos del humor y del comportamiento³⁰. Están relacionadas con el trastorno del sistema frontal y son una fuente de agravación de los trastornos psíquicos o funcionales³¹.

Otras enfermedades neurológicas

La desmotivación existe en otros estados patológicos del sistema nervioso central, asociado o no a

una demencia. Se ha observado en síndromes extrapiramidales asociados a los neurolepticos. La acinesia puede ser de hecho, el reflejo de una apatía² en la enfermedad de parkinson o en la parálisis supranuclear progresiva, donde la depresión y la desmotivación son más frecuentes que la irritabilidad y la euforia³². Los trastornos de la motivación pueden presentarse en los traumatismos craneales y en las hidrocefalias a presión normal, así como en el alcoholismo crónico³³. Forma parte del cuadro de demencia subcortical que aparece en las enfermedades degenerativas de los núcleos grises centrales, como la enfermedad de Parkinson, la parálisis supranuclear progresiva, la corea de Huntington³⁴, u otras afecciones alterando las estructuras profundas del cerebro, vasculares o tumorales. Los trastornos son semejantes a los observados en las lesiones prefrontales. El deterioro es progresivo y comporta una pérdida de iniciativa, de iniciación ideatoria, una bradifrenia. El síndrome apático se completa por una somnolencia, un desinterés, trastornos de la atención y de la concentración. Una nota depresiva es frecuente. En estos cuadros no encontramos un síndrome afasia-apraxo-agnósico como sucede en la demencia de tipo Alzheimer. También se observa un enlentecimiento ideo-motor importante^{34,35}.

La apatía observada en los accidentes vasculares cerebrales puede relacionarse con una alteración de la parte anterior del girocingular y de sus conexiones con los ganglios de la base y el tálamo³⁶⁻³⁷. Para Heilman la apatía observada en los accidentes vasculares hemisféricos derechos se relaciona con lesiones del sistema retículo-corticolímbico implicado en la atención y la alerta³⁸. La apatía observada en los accidentes vasculares hemisféricos izquierdos podría estar en relación con las eferencias del pálido hacia las vías nigro-estriadas o los ganglios mesencefálicos o de la protuberancia, reflejadas por los movimientos voluntarios¹⁶. Los trastornos del lóbulo frontal, de etiología traumática, tumoral, o vascular suelen provocar alteraciones emocionales, de impulsividad y de apatía³⁰.

Se ha descrito desde hace mucho tiempo que está asociada a las hemiplejias³⁹. Se presenta en el 25% de los accidentes vasculares hemisféricos derechos, y alrededor del 10% de los accidentes vasculares cerebrales izquierdos^{40,22,16}. También se constata en las demencias vasculares en particular cuando los múltiples infartos a nivel subcortical⁴¹. La depresión es más frecuente en caso de lesión izquierda. Sin embargo, la desmotivación al igual que la anosognosia se revela más con lesiones derechas y participa en la alteración de la comunicación emocional.

Esquizofrenia

En hospitales geriátricos a veces tienen que hacerse cargo de personas ancianas psicóticas, a veces apáticas. La esquizofrenia es una de las enfermedades psiquiátricas con más costes económicos, aunque no hay que desestimar el coste económico de los síntomas negativos y de los trastornos de la motivación en el psicótico anciano.

En la esquizofrenia, el embotamiento afectivo ha sido considerado desde el inicio de la descripción de la enfermedad, como un síndrome clave, que complica considerablemente la terapia, puesto que según los términos de Bleuler, "el sentido de la conservación de sí mismo es frecuentemente reducida a cero"⁴²⁻⁴⁴. Su evaluación se ha realizado a través de la escala de embotamiento afectivo de Abrams-Taylor⁴⁵ que presenta la ventaja de una aproximación no verbal, fácil de aplicar en psicogeriatría para evaluar la desmotivación⁷. Los "síntomas negativos" -embotamiento afectivo, indiferencia emocional, pobreza relacional, pasividad y apatía en los comportamientos sociales, dificultades del pensamiento abstracto, pérdida de la espontaneidad y de la capacidad para discutir, pensamiento estereotipándose evalúan todavía con la escala Panss⁴⁶-. También pueden evaluarse con la escala de Marin (Tabla 4), validada en otras patologías⁴⁷. Los síntomas negativos se agravan con la edad y con la duración de la evolución de la enfermedad⁴⁸. Paralelamente, el deterioro cognoscitivo es uno de los mejores factores de predicción de una regresión de la enfermedad⁴⁹.

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

La infección debida al VIH es rara en geriatría, encontrándose en los medios desfavorecidos, donde tienen un origen iatrogénico⁵⁰. Los trastornos psíquicos que acompañan la infección VIH, se han observado en todos los estadios de la enfermedad. El enlentecimiento psico-motor y la apatía pueden asociarse a una alteración de la memoria y a una disminución de las capacidades de concentración y de atención⁵¹.

Endocrinopatías

La depresión y la apatía se pueden observar en algunas endocrinopatías de la persona anciana. La fatiga se conjuga en el sujeto anciano con un desánimo rápido para emprender esfuerzos en actividades consideradas rápidamente como inútiles. La

-
1. Se interesa por algo (Cog)
 2. Realiza cosas durante el día (Com)
 3. Tener la iniciativa de hacer cosas es importante para él o ella (Cog)
 4. Le interesa realizar nuevas experiencias (Cog)
 5. Le interesa aprender alguna cosa nueva (Cog)
 6. Hace siempre grandes esfuerzos (Com)
 7. Aborda la vida con intensidad (Emo)
 8. Llegar hasta el final de un proyecto es importante para él o ella (Cog)
 9. Consagra tiempo para hacer cosas que le interesan (Com)
 10. Hay que decirle todos los días lo que es necesario que haga (Com)
 11. Se preocupa mucho de problemas (Cog)
 12. Tiene amigos (Com)
 13. Reunirse con amigos es importante para él o ella (Cog)
 14. Cuando ocurre algo positivo, se alegra (Emo)
 15. Comprende sus problemas (O)
 16. Para él o ella es importante hacer algo concreto durante el día (Cog)
 17. Empeña iniciativas (O)
 18. Está motivado-a (O)
-

Tabla 4.
Escala de Apatía.
Versión Clínica. Traducción
de los autores, por cortesía
del Dr. Marin R.S. (62)
Cog = cognoscitivo;
Com = comportamental;
Emo = Emocional;
O = otro

No característico:1. Poco característico:2. Bastante característico:3. Muy característico: 4.

apatía se ha relacionado con ciertos síndromes de disfunción tiroidea^{11,52,53,55,56} e insuficiencia suprarrenal. La apatía se encuentra prácticamente sólo en personas ancianas donde es un síntoma cardinal junto con la taquicardia, la fibrilación auricular, la anorexia y la pérdida de peso⁵⁴. El tratamiento de hipertiroidismo mejora la apatía, así como la corticoterapia sustitutiva corrige los trastornos de la motivación en la insuficiencia suprarrenal⁵⁷.

Medicamentos

Numerosos medicamentos son susceptibles de dar trastornos de la motivación. Los neurolépticos no desinhibidores son los medicamentos más conocidos², pero los antidepresivos se utilizan ampliamente en geriatría para los síndromes de aislamiento sobre sí mismo o depresiones enmascaradas, que pueden ser responsables de la apatía. Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina han sido incriminados⁵⁸⁻⁵⁹. La desmotivación también se ha relacionado incluso en pacientes jóvenes

consumidores de cannabis⁶⁰, de amfetaminas y de cocaína⁶¹, cuyo uso no es imposible en ancianos¹⁰.

El tratamiento de los trastornos de la motivación

Los trastornos de la motivación acentúan la dependencia psíquica y física. Interfieren considerablemente el trabajo de rehabilitación emprendido en psico-geriatría y neuropsicología. Favorecen incluso la ruptura relacional y una dependencia que puede fácilmente provocar la sobrecarga de los cuidadores principales...

La desmotivación amplifica el pasaje mortífero desde la "incapacidad" al "aislamiento en la dependencia"⁶²⁻⁶³, lo que nuestros colegas fisioterapeutas se enfrentan frecuentemente. El paciente incapacitado y desmotivado es aún más difícil de reeducar cuando el trastorno motivacional no se reconoce como tal o es considerado como una mala voluntad. Cualquiera que sea la incapacidad (neurológica, motora...), es importante establecer un esquema claro de readaptación y de re-educación, incluyendo unos límites temporales bien definidos. Tanto la revalorización y el aumento de la autoestima son fundamentales, como la ayuda relacional para enseñar a los pacientes los fines del tratamiento, sus objetivos y la duración necesaria para llegar a ellos.

Enfermedad de Alzheimer y trastornos regresivos profundos. La dependencia límite

El tratamiento de la enfermedad de Alzheimer no puede limitarse a los tratamientos de los trastornos cognoscitivos. No nos podemos limitar a prescripciones farmacológicas cuando la enfermedad de Alzheimer presenta trastornos químicos e incluso trastornos del comportamiento. Se necesitan estimulaciones neuropsicológicas con el fin de ayudar y de enseñar a los cuidadores principales cómo enfrentarse a estos trastornos psicocomportamentales como el de la desmotivación. Por otro lado, un apoyo psicológico sería adecuado cuando el trastorno demencial es vivido como una catástrofe cognoscitiva individual y simbólica en el plano familiar, generando tanto en la familia como en el enfermo, depresión, vergüenza, miedos, desesperación, desmotivación... Estos sentimientos se niegan e ignoran muchas veces en el seno de las interacciones caóticas¹⁰ que es aún más arduo descodificar y articular en una dinámica de cuidados⁶⁴. Todo tipo de terapias de estimulación psico-cognoscitiva y comportamental intentan conservar lo adquirido o al menos limitar las pérdidas,

frenando el desaprendizaje y evitando el sufrimiento del paciente frente a sus fracasos.

La rehabilitación del valor y de la elección de la persona anciana disminuida, el apoyo en sus actos de responsabilidad permiten restaurar sus capacidades motivacionales intrínsecas^{5,65}. Y por lo tanto en su dignidad como persona en el caso de dependencia límite. Este último punto es particularmente importante puesto que el despertar de la conciencia de sí mismo activa no es un cebo en la persona anciana desmotivada y se observa normalmente en el trabajo de estimulación psico-cognoscitiva: en estas terapias, en efecto, es frecuente ver a una persona apática despertarse durante una mediación musical, dentro del contexto del taller de musicoterapia, o gestual y psico-corporal, dentro del contexto del taller de psico-motricidad. Además la desafrentación temporal, se constata en la dependencia límite, una regresión, una apatía que testimonian paradójicamente en este caso, una imposible dimisión frente a una obligación trans-generacional imponiendo una prohibición de regresión. Cuando la regresión se impone por razones neurológicas o psico-afectivas, la prohibición provoca la regresión, impensable para la familia. La regresión de la persona anciana se convierte, de esta manera, en el síntoma de la familia.

Un hospital de día psico-geriátrico no debería basar todo su trabajo en las actividades de aseo, comida y examen médico. Hay que empezar a dar su justa importancia a terapias no farmacológicas para compensar estos trastornos comportamentales y psico-afectivos que presentan los ancianos y en particular los dementes.

Enfermedad de Parkinson

Los agonistas dopaminérgicos son activos en la desmotivación del parkinsoniano¹¹. La utilización de agonistas dopaminérgicos se ha propuesto en el tratamiento de los trastornos de la motivación, en relación con la hipótesis de que éstas están relacionadas con la alteración de las estructuras dopaminérgicas mesocorticales o mesolímbicas³³. Para Marin, el beneficio óptimo de esos tratamientos se obtiene cuando las lesiones cerebrales están restringidas a las vías dopaminérgicas, afectando a los ganglios de la base y los lóbulos frontales.

La depresión con trastornos de la motivación

La desmotivación de origen depresivo exige un tratamiento más delicado, puesto que es posible que

factores contextuales estén jugando un papel más importante. El empleo de los antidepresivos, su uso bastante amplio en psico-geriatria debe, por supuesto, obedecer a algunas reglas metodológicas cuidadosas: valorando la aproximación dimensional (una dimensión sintomática corresponde a un tratamiento específico). En la medida en que la depresión se relacione con una pérdida de anticipación, la psicoterapia será más útil que un tratamiento farmacológico exclusivamente, según la perspectiva de apoyo humano y de empatía. El apoyo psicológico trata de disminuir el riesgo de suicidio que puede estar acechando. Sería aconsejable un mejor reconocimiento de la forma clínica de esta noción de depresión con trastornos de la motivación como primer paso de ayuda hacia el paciente. El acto de suicidio de los ancianos seguramente es de origen multifactorial: por ello sería penoso pasar por alto ciertos factores que nos podrían dar pistas para un tratamiento adecuado⁶⁶ y así, para prevenirlo.

Los neurolépticos desinhibidores -olanzapina, risperidona- y los agonistas dopaminérgicos activos sobre los receptores mesolímbicos van abriendo nuevas perspectivas terapéuticas en materia de desmotivación en la persona anciana. El respeto de la vigilancia, hace que sean de uso precioso en el demente comenzando con dosis bajas. Los estudios que utilizan los nuevos antipsicóticos en los ancianos, sugieren su interés por la ausencia de efectos adversos cognoscitivos, pero también por sus efectos positivos cognoscitivos y sus beneficios adaptativos en relación a los neurolépticos clásicos⁵¹.

Es necesario añadir que esas sustancias tienen actividades antidepresoras, cuyos efectos potenciarían la motivación. Los antidepresivos tienen una acción indirecta sobre la motivación, y parecería lógico evaluar de manera más rigurosa el efecto de los antidepresivos serotoninérgicos sobre la motivación. Las escuelas francesas de Limoges y de Dijon proponen utilizar preferentemente los IMAO (moclobemida) o la medifoxamina, de efecto principalmente dopaminérgico en las depresiones con trastornos depresivos severos⁵⁵, no sin recordar que el embotamiento afectivo o la desmotivación nos llevan a un disfuncionamiento dopaminérgico⁶⁷. Las anfetaminas se han utilizado a veces con un buen resultado en los estados de desmotivación⁶⁸⁻⁷⁰ como en las depresiones menores de los ancianos.

Conclusión

La apatía del anciano constituye una entidad original en psico-geriatria. Se trata principalmente de la

desmotivación y de la renuncia para emprender cualquier acto, para participar en la vida social, lo que constituye un factor agravante de la dependencia. Se asocia a estados depresivos o regresivos y a numerosas patologías somáticas. Puede encontrarse aislada, resultante de un estado adquirido y aprendido de sumisión a representaciones de inutilidad para ser y actuar, dirigidas por el contexto social y familiar. Se trata de un embotamiento afectivo y de una incomunicación emocional que hay que diferenciar de la depresión. El tratamiento es global, farmacológico asociado al neuropsicológico.

Bibliografía

1. Berthoz A. *Le sens du mouvement*. Paris. Ed. O. Jacob, 1997.
2. Rifkin A, Quitkin F, Klein D. Akinesia: a poorly recognised drug-induced extrapyramidal behavioral disorder. *Archives General Psychiatry* 1975;32:672-4.
3. Rolls ET. *Connections, functions and dysfunctions of limbic structures, the pre-frontal cortex, and hypothalamus*. En: Scientific Basis of Clinical Neurology. Swash M, Edinburg KC, Livingstone C.: Connections, functions and dysfunctions of limbic structures, the pre-frontal cortex, and hypothalamus. NewYork, 1985.
4. Deci EL, Ryan RM. A motivational Approach to self: Integration in personality. *Nebraska Symposium on Motivation* 1991;38:237-88.
5. Deci EL, Ryan RM. The empirical exploration of intrinsic motivational processes. *Adv Exp Social Psychol* 1980;13:39-80.
6. Deci EL, Ryan RM. The support of autonomy and the control of behavior. *J Personality Social Psychol* 1987;53:1024-87.
7. Thomas P, Billon R, Hazif-Thomas C, Pradere C. *Demotivation and elderlies. Study of a very old population in long care wards*. Proceedings of the 8th congress of the International Psychogeriatrics Association. Abstract 0443. Jerusalem 1997;16-22.
8. Hazif-Thomas C, Thomas P, Sutter J. Anticipation et motivation dans l'âge avancé. *Ann Med Psychol* 1997; 55:517-22.
9. Milner B. Amnesia following operation on the temporal lobes. En: Whitty CWM, Zangwill OL editores. *Amnesia*. London: Butter worths 1966;109-33.
10. Thomas P, Hazif-Thomas C. Family support and Alzheimer's Disease Patient. *Clinical Géiatrics* 1997; 5:53-71.
11. Craig AH, Cummings JL, Fairbank L, Itti L, Miller B, Li J, Mena I. Cerebral flow correlates of apathy in Alzheimer disease. *Arch Neurol* 1996;53:1116-20.
12. Bachman DL, Albert ML. *The dopaminergic syndromes of demencia*. In Cerebral Aging and degenerative dementias. En: Pilleri G, Tagliavini F. (eds). Waldau-Berne, 1985.
13. Lily R, Cummings JL, Benson DF. The human Kluver-Bucy syndrome. *Neurology* 1983;33:1141-5.
14. Ott BR, Noto RB, Fogel BS. Apathy and loss of insight in Alzheimers disease: ASPECT imaging study. *J Neuro Psychiatry Clin Neuroscien* 1996;8:41-6.
15. Marin RS. Apathy: a neuropsychiatric syndrome. *J Neuro Psychiatry Clin Neuroscien* 1991;3:243-54.
16. Richard J, Bland-pikl E. *Traité de psycho-gériatrie*. Paris, Masson 1996.
17. Hazif-Thomas C, Thomas P, Guillibert E. Le temps de la personne âgée démente. De la reprise à la répétition. *Gérontologie et société* 1995;(7)2:118-30.
18. Allard J. De la conation. *Alzheimer Actualités* 1992;69: 6-7.
19. Plas J, Regel I. Troubles psychiatriques d'origine iatrogène chez le sujet âgé. *Nervure* 1997;10(6).
20. Deniker P. *La dépression. La fin du tunnel*. Plon. Paris, 1987.
21. Kitamura T, Suga R. Depressive and negative symptoms in major psychiatrics disorders. *Comprehensive Psychiatry* 1991;32:88-94.
22. Marin RS, Firinciogullari S, Biedrzycki RC. The sources of convergence between measures of apathy and depression. *J Affective Disor* 1993;28:117-24.
23. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Mattis S, Kakumat. The course of geriatric depression with "reversible dementia"; a controlled study. *Am J psychiatry* 1993;150:1693-9.
24. Ogay S. *Alzheimer: Communiquer grâce à la musicothérapie*. Ed. L'harnattan. Paris, 1996.
25. Wilkinson CB, Vera E. The management and treatment of disater victims. *Psychiatric Annals* 1985;15:174-87.
26. Forsell Y, Jorm AF, Fratiglioni L, Grut M, Winblad B. Application of DSM III R criteria for Major Depressive Episode to Elderly Subjects with and without Dementia. *Am J Psychiatry* 1994;150(8):1199-202.
27. Thomas PH, Hazif-Thomas C, Arroyo-Anlló EM. Una mirada sistémica sobre la enfermedad de Alzheimer. *Rev Gerontol* 1998;8:5-12.
28. Reichmann WE, Coyne AC, Amirin S, Molino B, Egan S. Negative symptoms in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1996:153:424-6.
29. Webster J, Grossberg GT. Disinhibition, apathy, indifference, fatigabilite, complaining, and negativism. *International Psychogeriatrics* 1996;8:403-8.
30. Luaute JP, Favel P, Remy C, Sanabria E, Bideau E. Troubles de l'humeur et démence de type frontal.

- Hypothèse pour une relation pathogénique. *Encéphale* 1994;20:27-36.
31. Fogel BS. The significance of frontal system disorders for medical practice and health policy. *J Neuro Psychiatry Clin Neuroscien* 1994;6: 343-7.
 32. Marsden CD, Parkes JD. Success and problems of long-term levodopa therapy in Parkinson's disease. *Lancet* 1977;1:345-9.
 33. Marin R, Fogel BS, Hawkins J, Duffy J, Krupp B. Apathy a treatable syndrome. *J Neuro Psychiatry Clin Neuroscien* 1995;7:23-30.
 34. Burns A, Folstein S, Brandt J. Clinical assessment of irritability, aggression, and apathy in Huntington and Alzheimer disease. *J Nervous Mental Dis* 1990;178: 20-6.
 35. Constantinidis J, Tissot T, De Ajuriaguerra J. Dystonie oculo-facio-cervicale ou paralysie supra-nucléaire de Steele-Richardson-Olszewski. *R Neurologie* 1970;122: 249-62.
 36. Cummings JL. Frontal-subcortical circuits and human behavior. *Arch Neurol* 1993;50:873-80.
 37. Heilman KL, Valenstein E, Watson RT. *The neglect syndrom*. En: Handbook of Clinical Neurology; vol. 1. Jam F. editores. New York, Elsevier 1985;153-83.
 38. Ausloos G. *La compétence des familles*. Temps, Chaos, Processus. Ed. éres. Ramonville St Agnes, 1995.
 39. Gainotti G. Emotional behavior and hemispheric side of the lesion. *Cortex* 1972;8:41-55.
 40. Babinski J. Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (anosognosie). *R Neurologie* 1914;27:845-8.
 41. Katz DI, Alexander MP, Mandell AM. Dementia following strokes in the mesencephalon and diencephalon. *Arch Neurol* 1987;44:1127-33.
 42. Bleuler E. *Dementia praecox oder Gruppe der schyzophrenien*. *Handbuch der Psychiatrie d'Aschaffenburg*. F. Deuticke. Leipzig, 1911.
 43. Carpenter WT, Heinrichs DW, Alphas LP. Treatment of the negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin* 1985;11: 440-52.
 44. Ullman L, Krasner L. *A psychological approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1969.
 45. Abrams A, Taylor MA. A Rating Scale for Emotional Blunting. *Am J Psychiatry* 1978;135: 226-9.
 46. Kay SR, Fisbein A, Opler LA. The positive and negative symptom scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1987;13:261-76.
 47. Marin RS. Differential diagnosis and classification of apathy. *Am J Psychiatry* 1990;147:22-30.
 48. Harris MJ, Jeste DV, Krull A, Montague J, Heaton RK. Deficit syndrome in older schizophrenic patients. *Psychiatry Research* 1991;39:285-92.
 49. Harvey P. *Les anti-psychotiques et leur impact sur les cognitions du sujet âgé*. 6ème Congrès Mondial de Psychiatrie Biologique. Nice 1997:22-17.
 50. Haynes MO. Geriatric gynecologic care of minorities. *Clin Obstet Gynecol* 1996;39:946-58.
 51. Brown GR. The use of methyphenidate for cognitive decline associated with HIV disease (Review). *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1995;25: 21-37.
 52. Brenner I. Apathetic hyperthyroidism. *J Clin Psychiatry* 1978;39:479-80.
 53. Lesko M. Hyperthyroidism and apathy. *Journal of the Am Osteopat As* 1965;65:291-3.
 54. Kennedy JW, Caro JF. The ABCs of managing hyperthyroidism in the older patient. *Geriatrics* 1996;51:22-4.
 55. Palacios A, Cohen MA, Cobbs R. Apathetic hyperthyroidism in middle age. *Int J Med* 1991;21:393-400.
 56. Tricalle C, Doucet J, Chassagne P, Landrin I, Kadri N, Menard JF, Bercoff E. Differences in the signs and symptoms of hyperthyroidism in older and younger patients. *J Amer Geriatr Soc* 1996;44:50.
 57. Yamada T. Manic-depressive symptom associated with endocrine and metabolic disorders. *Japanese J Clin Med* 1994;52:1911-7.
 58. Gelenberg A. Apathy and new antidepressants. *Biol Therapies Psychiatry Newsletter* 1991;14:925.
 59. Hoehn-Saric R, Lipsey JR, McLeod DR. Apathy and indifference in patients on fluvoxamine and fluoxetine. *J Clin Psychopharmacol* 1990;10:343-5.
 60. Dornbush R., Freedman AM, Fink M. Chronic cannabis use: introduction. *An New York Acad Sciences* 1976;282: 35-46.
 61. Dackis CA, Gold MS. Pharmacological approaches to cocaine addiction. *J Substan Abuse Treatment* 1985;2: 139-45.
 62. Personne M. *La désorientation sociale des personnes âgées, comment leur entourage peut la prévenir*. Ed. Eres. Ramonville St Agne 1996.
 63. Kaplitz SE. With drawn, apathetic geriatric patients responsive to methylphenidate. *J Amer Geriatr Soc* 1975: 23:271-6.
 64. Vallerand RJ, O'Connor BP, Hamel M. Motivation in later life. *International J Aging Human Develop* 1995;41:221-38.
 65. Waern M. High rate of antidepressant treatment in elderly people who commit suicide. *British Med Journal* 1996; 313:1118.
 66. Personne M. *Le corps du malade âgé. Pathologies de la vieillesse et de la relation*. Privat. Toulouse 1994.

67. Darvill FT, Wooley S. Double-blind evaluation of methylphenidate (Ritalin) hydrochloride: its use in the management of institutionalized geriatric patients. *JAMA* 1959;169:1739-41.
68. Kaplitz SE. With drawn, apathetic geriatric patients responsive to methylphenidate. *J Amer Geriatr Soc* 1975; 23:271-6.
69. Pritchard JG, Mykyta LJ. Use of a combination of methylphenidate and oxprenolol in the management of physically disabled, apathetic, elderly patients: a pilot study. *Current Medical Research Opinion* 1975;3:26-9.
70. Gurian B, Rosowsky E. Methylphenidate treatment of minor depression in very old patients. *J Amer Geriatr Psychiatry* 1993;1:171-4.