

EL ENVEJECIMIENTO MENTAL PATOLÓGICO

Pedro Ridruejo Alonso

Catedrático Emérito de Psiquiatría

Universidad Autónoma de Madrid

INTRODUCCIÓN

En una panorámica tan amplia sobre el envejecimiento como la que este Seminario-Debate nos permite abordar, no hay duda de que se producen abordajes del mismo donde predominan los factores colectivos, encuadrando visiones poblacionales; mientras otros focalizar más bien las dimensiones personales y particulares del caso. Es precisamente en estas segundas, donde cabe insertar una consideración del envejecimiento mental patológico, que está muy unido, por un lado a las perspectivas psicológicas de todo envejecimiento y, por el otro, a las médicas, de las que forma parte.

Se hace entonces preciso que nos preguntemos sobre el papel que va a desempeñar una visión patológica mental, en el entendimiento de la temática global que nos ocupa. Para Jacques LAFOREST⁽¹⁾ “las disciplinas científicas implicadas en la Gerontología pueden clasificarse en dos categorías principales. La primera categoría es la de las ciencias y profesiones médicas, que tienen por objeto el proceso propio de la decadencia biológica, estructural y funcional, que intentan retrasar... y las enfermedades de la vejez que intentan prevenir, aliviar o sanar. La segunda categoría comprende las ciencias y profesiones psicosociales, que apuntan más bien a la calidad de la vida así prolongada”. En este sentido, parece como si el horizonte temático del envejecimiento, tuviera en la dimensión médica un enclave que podría ser su punto de partida, una vez asumido que la vejez, como sigue afirmando el autor antes señalado, “es un proceso de decadencia estructural y funcional del organismo humano”.

A partir de ese supuesto, se haría necesario el abordaje de los principales síndromes geriátricos que GUILLÉN LLERA⁽²⁾, al enumerarlos a diez categorías de trastornos, dándose sorprendentemente la circunstancia de que la mayoría de ellos ostentan un factor común remitido a la patología mental. No se trata, por tanto, entonces, de juzgar este factor como uno más, sino más bien de destacar el lugar que ocupa, dentro de la patología global del anciano, su condicionamiento mental. Hecho que subraya la literatura psiquiátrica italiana cuantificando en el 60%-70% el porcentaje de trastornos del anciano que tienen un origen psíquico. Con toda razón va a ser entonces la Geropsiquiatría, dentro de las ciencias gerontológicas, una disciplina científica de creciente interés que pueda dedicarse a todo ese conjunto de alteraciones del psiquismo que inciden en la tercera edad.

Pero sería bueno para un mejor entendimiento del problema de la vejez psicopatológica, en la opinión comunitaria, hacer una evocación del peso respectivo que tienen tres grandes ideas, al planear sobre la misma:

1) La idea, en primer lugar, de que la vejez no sea otra cosa sino una enfermedad. Idea que sigue el aforismo de Séneca que lo declara así, pretendiendo establecer, como señala SALVAREZZA⁽³⁾, una sinonimia entre viejo y enfermo. Se trata de una afirmación inaceptable, pero explicable, a veces, por algunas razones, como aquellas que esgrime LEHR⁽⁴⁾, cuando asegura que en esa etapa de la vida concurre con frecuencia un cúmulo de enfermedades, especialmente crónicas, que hacen posible denominar la situación frecuente del anciano como una *polipatía*. No obstante, no puede en modo alguno ser aceptado el supuesto de la vejez como enfermedad, ya que el envejecimiento

entraña un proceso normal que se desencadena de acuerdo con sus propias leyes, sea cualquiera la frecuencia con la que en el mismo acontecen eventos mórbidos. De ahí la apelación a un envejecimiento usual y hasta a un envejecimiento exitoso.



D. Pedro Ridruejo Alonso

2) La segunda afirmación, supone la denuncia del envejecimiento como una marca de deterioro, que expone a la persona a trastornos funcionales y a cambios degenerativos, aunque no alcancen el nivel de la enfermedad. Se trata de un receso en la consistencia de los tejidos o de una serie de alteraciones bioquímicas, que hacen disminuir o aumentar los niveles de distintos elementos químicos. La vejez, en este sentido, se afirma como un déficit generalizado, que en el orden mental va a afectar a las neuronas, permitiendo, con ocasión del mismo, la explicación por muy diversas teorías que dan cuenta del desgaste de estructuras y de la disminución de defensas. El envejecimiento, así, queda concebido con cargo a un modelo deficitario que resulta hoy, en alguno de sus aspectos, amablemente discutido.

3) Con un signo muy distinto a los anteriores, se viene produciendo en la teoría científica, otra afirmación que hasta ahora no había tenido ocasión de progresar. Se trata de la aceptación de que en dos regiones cerebrales, en la experimentación animal, y a partir de las células madre, van surgiendo nuevas neuronas en edades avanzadas de la vida. Ese proceso venía aludiendo al área olfatoria y al hipocampo, aunque en otras investigaciones se apunta también la *neurogénesis* en el marco de la corteza. Y así, en 1999 Elisabeth GOULD⁽⁵⁾ de Princeton afirma haber hallado indicios de neurogénesis en la corteza de los mamíferos.

La cuestión no está cerrada, pero nos acerca a otro entendimiento de un definidor general de lo que básicamente puede acontecer en el envejecimiento. Como lo es también la postulación de la *plasticidad neural*, noción que introdujo JAMES⁽⁶⁾ para exponer la naturaleza modificable del comportamiento y a la que RAMON Y CAJAL⁽⁷⁾ le atribuye un sustrato anatómico. Más allá de las fórmulas rígidas que señalan al sistema nervioso central (SNC) del adulto como inalterable, han venido acumulándose argumentos a favor de la capacidad de modificación anatómica y funcional del SNC. Ya que las redes neuronales conservan ese carácter de proceso reparativo, al que alude VOGEL⁽⁸⁾, “por el que las neuronas maduras tienen, al menos, una capacidad limitada para formar retoños axonales y quizás nuevas sinapsis”. Así pues el cerebro conserva su plasticidad y modificabilidad a lo largo del

curso de la vida. Es hoy pues admisible ese concepto de plasticidad neural (neuronal y glial) para el que se trata de descubrir posibles estímulos externos o internos que la induzcan.

En resumen, sobre ese horizonte del envejecimiento, están planeando estas distintas fórmulas, optimistas y pesimistas, con cargo a las cuales se puede poder establecerse una noción distinta del mismo. Como la que en múltiples ocasiones revela la literatura de divulgación, al entender el tema desde la perspectiva de la degeneración o desde la del rejuvenecimiento.

TIPOS DE ENVEJECIMIENTO MENTAL PATOLÓGICO

Aceptado, de todas maneras, el hecho de la existencia de un proceso que siempre podemos llamar envejecimiento mental patológico, la literatura científica viene ofreciendo una distinción de sus tipos, que me parece útil aludir ahora, para abrirnos, más tarde, al estudio de sus psicopatologías. En este sentido cabe hablar de:

- a) *Envejecimiento primario y secundario*. Distinción que se atribuye a COHEN⁽⁹⁾ y que ha sido objeto de comentario por BUSSE y BLAZER⁽¹⁰⁾. Según ellos el envejecimiento primario es intrínseco al organismo mismo y consiste “en un deterioro en los procesos fisiológicos como consecuencia de la edad” El secundario se refiere a la aparición de discapacidades producidas en él por el ambiente y afecta, por lo tanto, a la influencia “de diferentes patologías que se acentúan en esa edad”.
- b) *Envejecimiento eugérico y patogérico*. Fue FINCH⁽¹¹⁾ quien entiende por patogérico, el conjunto de fenómenos relativos a la edad que son secundarios al proceso mórbido actual. Reservando la nominación de eugérico para aquel que es generalmente distribuido en consonancia con la edad.
- c) *Patología mental “en” el anciano y patología mental “del” anciano*. Me parece más incisiva la forma de hacer una distinción, señalando la existencia de una patología mental que ocurre *en* el anciano, aludiendo con ello a aquella misma que ha podido ser descubierta en el adulto, aunque al producirse en el anciano cobre, con más frecuencia, dada su vulnerabilidad, un singular relieve. Junto a ella, la patología mental *del* anciano, es la propia y exclusiva de su edad, por lo tanto, directamente vinculada a el y a lo que es, desde luego, su propia condición psicobiológica y psicosocial.

CAUCES DEL ENVEJECIMIENTO MENTAL PATOLÓGICO

Ni que decir tiene que nuestro interés al hablar de cauces del envejecimiento mental patológico, se centra especialmente en el mapa de los trastornos que son propios del anciano y en las distintas sendas por las que parecen discurrir determinados grupos de ellos. Es así como se ha procedido a la descripción de sus clasificaciones y como al integrarlas vienen configurándose los distintos manuales de diagnóstico.

La Geropsiquiatría ha acostumbrado a plegarse a una línea distributiva de esos cauces, paralela a la que late en toda conducta que, como es sabido, marca unas vertientes cognitivas, otras afectivas y otras conativo-reactivas, para ejemplarizar sus grandes prototipos.

EL ÁMBITO DE LO COGNITIVO.

PESKIND y RASKIND⁽¹²⁾ señalan que en ese ámbito se incluye la patología psiquiátrica más destacada del anciano, ligándose el déficit clínicamente significativo de las capacidades cognitivas, a funciones como la memoria, el lenguaje, la atención, el pensamiento, etc. Y es así, como en él van a ser incluidas, propiamente, las demencias, el síndrome confusional y los trastornos amnésicos. También se ha hecho posible, en algunas ocasiones, vincular en una concepción amplia de lo

cognitivo, el ese sector de las patologías relacionadas con el pensamiento, como son, por ejemplo, las psicosis tardías.

EL ÁMBITO DE LO AFECTIVO.

Siguiendo otro cauce, se ha marcado, singularmente, el envejecimiento patológico con el signo de la pérdida del ánimo. Se subraya, además, como esta patología resulta ser la más prevalente de las que suelen ser enunciadas.

Existe una controversia que BLAZER y KOENING⁽¹³⁾ formulan, sobre si esa patología depresiva del anciano puede asimilarse a la depresión que padecen los adultos y que los ancianos mismos han podido padecer, o si, por el contrario, la depresión senil supone una forma específica de depresión distinta de la del adulto.

Bien pues, en el orden del ámbito afectivo vamos a encontrarnos con alteraciones como la distimia, la depresión mayor y el trastorno bipolar. Y sigue siendo para algunos posible, vincular a este horizonte la patología neurótica del anciano.

EL ÁMBITO CONATIVO-REACTIVO.

La voz griega *orme* apunta a todo ímpetu y a todo impulso. Y el vocablo romano *conatus* hace referencia al esfuerzo en la consecución de la meta. Por su parte, Ward y McDougall lo remiten al dinamismo psíquico que marca el esfuerzo y tendencia hacia un objetivo, contraponiéndolo así, de alguna manera, al cauce de lo cognitivo. Pero el manejo del término reactivo apunta a la modificación del organismo ante un estímulo. Y LERSCH⁽¹⁴⁾ consigna el grado de facilidad de producción de los movimientos. Por tanto, en ese ámbito va a incluirse tanto la regresión psicomotriz, cuanto las disritmias, los trastornos de adaptación y las reacciones al estrés grave. Además, puede vincularse a él el de las adicciones del anciano, que en el fondo no son otra cosa sino hábitos con las que se marca la dependencia a ciertos objetivos que monopolizan su conducta.

MAPA EN DETALLE.

Pero me ha parecido, en todo caso, necesario insertar a continuación una lámina, donde se enumeran detalladamente los trastornos mentales específicos del anciano. La lámina la hemos elaborado contando con los índices de las Geropsiquiatrías más destacadas. En ella se especifica cada una de las patologías incluidas dentro de su ámbito propio:

- Demencia (Alzheimer, Vascular, Mixta, Cuerpos de Lewy, Frontotemporales, debidas a otras enfermedades)
- Delirium
- Depresión (Distimia, Depresión mayor, Trastorno bipolar)
- Esquizofrenia tardía
- Trastorno delirante
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos de personalidad
- Trastornos de adaptación
- Trastornos del sueño
- Trastornos adictivos
- Trastornos somatomorfos
- Trastornos psicosexuales
- Trastornos específicos del comportamiento

FOCOS SIGNIFICATIVOS

Un expurgo que la panorámica de la lámina anterior ha presentado, nos obliga a hacer una especial focalización en aquellos nudos patológicos que destacan de manera singular en la patología mental del anciano. Tratamos de aludir, no solo a aquellos que tienen una mayor importancia o una mayor frecuencia, sino, sobre todo, a aquellos que revelan y traslucen el envejecimiento patológico de una forma más clara y significativa:

1) *La demencia y la enfermedad de Alzheimer.*

Se trata, ciertamente, del punto más relevante de la patología mental senil. El Alzheimer supone, dentro de las demencias el 60% de las mismas, de ahí que nos vayamos a referir principalmente a él. Su definición no es otra sino la de una demencia degenerativa primaria que el DSM-IV, como Manual de Diagnóstico, conceptúa como “la presencia de múltiples déficits cognitivos, manifestados por deterioro de la memoria y una o mas de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia y alteración de la ejecución”.

Midon ha señalado a la enfermedad de Alzheimer como el paradigma del proceso de envejecimiento, implicando una etiopatogenia muy compleja, tanto proteínica como genética.

Su epidemiología la presenta como la tercera causa de mortalidad en países desarrollados, y su interés científico es tan relevante que absorbe 37.100 páginas de Internet y 67.800 referencias en Medline.

En sus tres etapas, la tercera o severa, lleva consigo la pérdida de la identidad y de toda relación, que obliga al cuidador a asumir un papel tan duro y nocivo que ha podido ser considerado, en razón de su alto estrés, como un sujeto pasivo secundario de la enfermedad.

Los factores de riesgo son plurales y complejos, estando estudiado, por nuestra parte, el papel de la apolipoproteína E e4, como signo biológico, y el que supone la reserva cognitiva o nivel educativo-ocupacional del enfermo, como factor psicosocial, ya que con este último se da cumplimiento a la famosa ley fisiológica de que el órgano y la función que no se ejercita se atrofia.

En fin, con las crisis generadas por la pérdida de la identidad, la pérdida de la autonomía y la de la pertenencia, de las que hablaba LAFOREST⁽¹⁾, el Alzheimer supone el retrato más patético y grave de todo el proceso mórbido de envejecimiento.

2) *Depresión senil.*

Ya señalamos la extensión de este tipo de patología que el NIMH resalta señalando los dos millones de americanos mayores de 65 años que la padecen. Su dificultad, además, obliga en muchas ocasiones al clínico a plantearse hasta que punto sus síntomas suponen los propios de un sujeto que va perdiendo razones de vivir, debilitándose sus fuerzas y sus papeles sociales. Pero, sin duda alguna, como ya hemos apuntado, hay un hecho significativo que revela la forma específica de la depresión senil, como una enfermedad incrustada en la propia condición del anciano, y distinta de aquella depresión que padecen los adultos.

Se formula, comúnmente, una distinción entre una *early onset depression* y una *late onset depression*, que BARUCCI⁽¹⁵⁾ en su *Tratatto di Psychogeriatría*, diferencia básicamente en razón de los aspectos neurobiológicos, de vulnerabilidad, datos vasculares, endocrinos, metabólicos, etc.

La depresión senil tiene una peculiaridad, además, en la disminución del alcance monoaminérgico que se acentúa en la vejez. Y, sobre todo, en esa constelación psicosocial de pérdida

de papel, conciencia de envejecimiento, déficits, inevitabilidad terminal, marginación, etc. BARUCCI⁽¹⁵⁾ ha recorrido la sintomatología precisa de este tipo de depresión, valorando el sentido del pesimismo, la anhedonia y el enlentecimiento en ella. Y dando cuenta, además, de sus formas peculiares de depresión enmascarada, pseudodemencial y fingida, como las variantes más frecuentes.

El tema del suicidio senil es, a este respecto también, enormemente expresivo, ya que representa, según el NIMH americano, el 18% de los casos que acontecen marcados por ese trance.

El relato de todos esos supuestos hacen singularmente expresiva la imagen de una vejez que va identificándose con la tristeza y con la precariedad en las razones de vivir.

3) *Trastornos psicomotrices.*

El decremento psicomotor que BOTWINICK⁽¹⁶⁾ examina con detenimiento, nos abre a la hipótesis de un tercer modelo de patología que merece una especial atención, porque en él se hacen presentes tanto factores psíquicos, como motrices. Cuando el autor razona sobre ese trastorno psicomotriz, descubre, entre otras razones: a) la del ser el tiempo de reacción de los mayores más lento que el de los adultos; b) la de independizarse de la modalidad sensorial que recibe y procesa la información; y c) la del enlentecimiento que no solo opera como tal, sino que aminora la capacidad para las tareas necesarias.

Por si ello no fuera suficiente, WELFORD⁽¹⁷⁾ aporta explicaciones complementarias para dar cuenta del fenómeno, como son aquellas que aluden a como los movimientos de larga duración con velocidad alta, van a descender con la edad. O como el que alude a la reflexión meditativa que por causa de precaución impide el movimiento. O a la relación entre señal y respuesta, que no es tan simple en él como en el adulto.

Todo ello permite afirmar, abiertamente, un patrón de enlentecimiento general, una dificultad básica en la adaptación y una caída en la habilidad y dependencia de los hábitos, que se produce en este tercer foco de patología., trasluciendo el descenso de toda agilidad.

EPÍLOGO

Tal y como hemos visto, en los tres focos que acabamos de examinar la esencia de la vejez se retrata en ellos. Pero es oportuno también volver a recordar otro hecho que centraliza en la patología mental senil el conjunto más extenso de distintos padecimientos generales del anciano. De ahí por tanto que resulte aceptable la doctrina que subyace a la teoría inglesa de la comprensión cuando se sirve de ella para abordar una escala general de diagnóstico. En base a esa teoría GURLAND et Al.⁽¹⁸⁾ han elaborado su *Comprehensive Assessment an Referral Evaluation (CARE)*, como un procedimiento de diagnóstico en el que las puntuaciones dimensionales se obtienen en memoria-desorientación, depresión-ansiedad, inmovilidad-incapacidad, aislamiento, dificultades perceptivas físicas y pobre renta doméstica, haciendo posible con ellas un diagnóstico comprensivo multidimensional. En el resumen de BLAZER⁽¹⁹⁾, se alude, por ejemplo, a los estudios de Herbst y Humphry, que usan esta escala para examinar como el daño auditivo tiene su referencia al estado mental. Y como también hay una relación significativa entre sordera y depresión, que es necesario tener en cuenta.

Queda pues, con estos dos comentarios, puesto de manifiesto el papel que le cabe a los factores psíquicos en el entendimiento de la patología general de la vejez, tanto en ese foco revelador de la condición de la ancianidad, donde se traducen la disolución de la identidad, el desánimo y el confinamiento; cuanto en esta señal comprensiva que mediatiza, a través del sistema mental, muchos de los padecimientos provenientes de otros ámbitos. Lo que hace crecer la importancia de la patología mental del anciano, constituyendo casi la mitad de los trastornos psiquiátricos que padece la población general.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) LAFOREST, J. (1991): *Introducción a la Gerontología*. Herder. Barcelona.
- (2) GUILLÉN LLERA, F.; PEREZ DEL MOLINO, J. (1994): *Síndromes y cuidados del paciente geriátrico*. Masson. Barcelona.
- (3) SALVAREZZA, L. (1991): *Psicogeriatría*. Paidós. Buenos Aires.
- (4) LEHR, U. (1980): *Psicología de la senectud*. Herder. Barcelona.
- (5) GOULD, E. et al. (1999): "Neurogenesis in the neocortex of adult primates". *Science*. 286: 548-52
- (6) JAMES, W. (1950): "The Principles of Psychology". Dover. New York (edic. original 1890).
- (7) RAMON y CAJAL, S. (1906): *Notas preventivas sobre la degeneración y regeneración de las vías nerviosas centrales*. *Trab. Lab. Invest. Biol.*, 4: 295-301.
- (8) VOGEL, F.J. (1996): "Neuroanatomy and Neuropathology". En Busse y Blazer. *Textbook of Geriatric Psychiatry*. American Psychiatric Press. Washington.
- (9) COHEN, G.D. (1983): "Research on aging: A piece of the puzzle". *Gerontologist*, 19: 503-508.
- (10) BUSSE, E.W.; BLAZER, D.G. (1996): *Textbook of Geriatric Psychiatry*. American Psychiatric Press. Washington.
- (11) FINCH, C.E. (1988): "Neuronal and endocrine approaches to the resolution of time as a dependent variable in the aging process". *Gerontologist*, 28: 29-42.
- (12) PESKIND, E.R.; RASKIND, M.A. (1996): "Cognitive Disorders", en Busse y Blazer. *Textbook of Geriatric Psychiatry*. American Psychiatric Press. Washington.
- (13) BLAZER, D.G.; KOENING, H.G. (1996): "Mood disorders", en Busse y Blazer. *Textbook of Geriatric Psychiatry*. American Psychiatric Press. Washington.
- (14) LERSCH, P. (1964): *La estructura de la personalidad*. Scientia. Barcelona.
- (15) BARUCCI, M. (1990): *Trattato di Psicogeriatría*. USES. Firenze.
- (16) BOTWINICK, J. (1978): "Cautiousness in advanced age". *Jr. Gerontology*. 21: 347-355.
- (17) WELFORD, A.T. (1959): "Psicomotor performance", en J. Birren (ed) *Handbook of aging and the individual*. Univ. Chicago Press. Chicago.
- (18) GURLAND et al. (1977): *The comprehensive assessment an referral evaluation*. CARE. *Int. J. Aging Hum Dev*, 8: 9-42.
- (19) BLAZER (1996): "The psychiatric interview of the geriatric patient". En Busse y Blazer. *Textbook of Geriatric Psychiatry*. American Psychiatric Press. Washington.