

PSIQUIATRÍA Y VEJEZ

El concepto de vejez, en tanto etapa del ciclo vital humano, es aún hoy relativamente novedoso y está determinado por variables biológicas, psicológicas y sociales. Por ello no está exento de dinanismos que modifican sus límites y enfoques. Lo anterior significa –además– cierta permanente discusión, la misma que enriquece la visión y el manejo de esta etapa, tendiente este último a ser cada vez más apropiado frente a los cambios de la realidad contingente. Baste señalar, a modo de ejemplo, los cambios en la expectativa de vida que acompañan al desarrollo en salud. Recordemos períodos históricos ni siquiera lejanos con tan baja expectativa de vida, que las personas morían en una etapa que hoy llamamos adultez joven o incluso en la adolescencia. Hoy en día fácilmente superamos los 80 años.

El envejecimiento comienza muy temprano en nuestras vidas, con los procesos de desgaste celular; sin embargo sería osado llamar a esto vejez, porque es necesario agregar elementos psicológicos y sociales. No obstante, aún parece ser importante –para muchos– una suerte de condición degenerativa en el ámbito biológico. Es así que hoy en día se fija por consenso el inicio de la vejez a los 65 años. Por otra parte y a la vista de lo enunciado en el párrafo anterior, en nuestros días es frecuente encontrar gente de esa edad cuyo aspecto, salud, conducta y vida laboral y social son notablemente activos, incluso muchas veces se encuentran aún en la cúspide de su desarrollo (pensemos en quienes realizan actividades intelectuales como investigadores, maestros, jueces, médicos, etc.). En definitiva, fijar los límites claros de la vejez resulta probablemente muy difícil, pero debatir al respecto es muy fructífero; una cosa es clara: puede ser satisfactoria.

Si damos un vistazo a la realidad clínica de la vejez en psiquiatría –aunque focalicemos la atención sólo en los cuadros que provocan consulta–, el panorama no está exento de muchas particularidades. De ello destacamos:

1. Los cuadros clínicos con el mismo diagnóstico de cualquier otro grupo etario, se presentan notablemente modificados.



Dr. Rafael Yévenes V.
Profesor
Escuela de Medicina
Universidad Finis Terrae

2. Los pacientes suelen ser objeto de comorbilidad y polifarmacia.
3. Las medidas terapéuticas deben ser ajustadas a las características fisiológicas de esta edad.
4. El paciente tiene particularidades de personalidad, biografía y desempeño personal, que deben ser consideradas tanto en la evaluación como en el tratamiento.

Para la confección de la historia clínica debemos ser muy esmerados en la extensión de la entrevista, no escatimar tiempo, puesto que por características cognoscitivas, los consultantes pueden ser más lentos en entregar la información comparados con otros grupos de edad. No debemos olvidar consultar por los fármacos que ingieren, pues suelen ser muchos y con notables efectos colaterales. Otro dato importante es la evaluación de la personalidad, que nos permitirá adecuar la relación médico paciente y orientar algunos diagnósticos. La sexualidad es un aspecto no sólo olvidado, sino muchas veces evitado por el médico, a quien le resulta incómodo abordar el tema. Las personas en esta etapa de la vida tienen intereses concretos y son sexualmente activos, y requieren muchas veces asesoría con un acercamiento informado, generoso y libre de prejuicios. No olvidemos que los antecedentes familiares nos orientarán en el diagnóstico de muchas patologías con carga familiar (esquizofrenia, trastornos del humor, demencia, epilepsia, etc.). Finalmente, hay que abordar el tema de la jubilación, modificaciones en el tamaño y estructura de la familia, pérdida de algunas áreas sociales o algunos seres queridos, todo ello confrontado con la adaptación al cambio de nuestro entrevistado.

El examen mental del senescente es igual que el de otras edades. Podemos resumirlo en: descripción general, actitud, psicomotilidad, lenguaje, afectividad, tipo y contenido del pensamiento, fenómenos especiales y finalmente rendimientos (pruebas especiales para evaluar funciones como conciencia, inteligencia, memoria y que muestran algunos fenómenos específicos que orientan a algunas

patologías). También aquí, y aunque parezca majadero, no hay que olvidar los fármacos que usa el paciente, pues pueden afectar su desempeño y desorientar el proceso diagnóstico.

Los cuadros que se pueden encontrar podrían resumirse en demencias, trastornos depresivos, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, trastorno delirante, trastornos ansiosos, trastornos somatomorfos, trastornos por consumo de sustancias y trastornos del sueño. A continuación citaremos sólo algunos aspectos relevantes en relación a los diagnósticos citados; el lector interesado dispone de abundante literatura para revisar datos más específicos.

Respecto de la demencia, si bien es cierto que la más frecuente es la de Alzheimer con un 60%, y que es seguida por la de causa vascular con un 30%, existe un número importante de causas reversibles, las que una vez diagnosticadas, responden de modo satisfactorio al tratamiento. Ejemplos de ello son alcohol y drogas, infecciones, alteraciones nutricionales, alteraciones metabólicas, enfermedades inflamatorias, etc. Es conveniente agregar que las mismas demencias nombradas en el primer grupo son objeto de una serie de intervenciones que dan significativo sostén y rescatan habilidades que el paciente aún posee.

En relación a la depresión y el trastorno afectivo bipolar, algo notablemente útil es la anamnesis acabada, pues estos cuadros son de evolución crónica, con remisiones y recaídas. Para el primero las recaídas son con síntomas depresivos y dependen mucho de la calidad del diagnóstico y del tratamiento previo, por lo que muchas veces el dato anamnésico obtenido no es un síntoma depresivo sino un fármaco antidepressivo. En el caso de trastorno afectivo bipolar, las recaídas constituyen las llamadas fases, que pueden ser manía o depresión, esto es con ánimo aumentado o disminuido respectivamente; se recomienda consultar por estabilizadores del ánimo (litio o anticonvulsivantes).

La esquizofrenia suele ser un antecedente claro, sin embargo en estos pacientes hay un síntoma muy particular, conocido en la fenomenología como lenguaje comunicativo. Así las cosas, ellos pueden no entregar el antecedente, esto al margen de otros síntomas como escamoteo y negativismo, situación por demás muy frecuente. En este escenario se hace necesario un diálogo muy clarificador, o incluso orientar las preguntas hacia el tema espe-

cífico. Caso particular es un tipo especial de esquizofrenia conocida desde antiguo como parafrenia; en ella el delirio, síntoma tan llamativo, está encapsulado, es decir si no se busca de modo específico, no aparece. El diagnóstico diferencial es con el trastorno delirante (paranoia), aquí lo más importante es que la vivencia se da íntegra, existiendo concordancia entre afectividad y conducta (situación de suyo peligrosa que hay que tener permanentemente presente para los casos más expansivos); otro elemento orientador es que este último cuadro suele presentarse como desarrollo; esto es, a lo largo de la vida y concadenado con la personalidad y la biografía, cosa muy distinta del proceso esquizofrénico, que se instala y quiebra la biografía.

Es importante hacer mención que contra toda imagen idealizada de la tercera edad, podemos encontrar adicciones, esto vale para el alcohol, las drogas y los fármacos. El último es un punto de mucho interés, pues los fármacos más involucrados son las benzodiazepinas. Propongo que nos hagamos cargo de este problema ya que somos los médicos quienes las indicamos. En consecuencia, debemos hacer profilaxis a través de la prescripción juiciosa en dosis y tiempo apropiado para la condición particular de cada paciente, sin olvidar que debemos dar el fin al tratamiento, no dejando al paciente a su suerte o decisión.

Muchas consideraciones terapéuticas deben comenzar destacando que la terapia no es sinónimo de fármacos. Particularmente en psiquiatría numerosos cuadros (aquí no citados) se resuelven de modo eficaz con psicoterapia, terapia ocupacional, actividades grupales, orientación, etc. En lo farmacológico hay que tener presente la polifarmacia, que es a veces inevitable en atención a las múltiples condiciones de salud de estos usuarios, por lo tanto hay que estar muy atentos a las interacciones farmacológicas; se debe considerar la frecuente disminución de función renal y hepática y la disminución de la absorción intestinal, además del aumento de la proporción de masa magra / masa grasa. Todas estas condiciones modifican los niveles plasmáticos alcanzados por los fármacos según su propia farmacodinamia y farmacocinética. Por lo anterior, el principio es individualización de la dosis, sin olvidar que el objetivo terapéutico es mejorar la calidad de vida y procurar la autonomía.