

GUILLERMO CALDERÓN NARVÁEZ*

**ASPECTOS
PSICOLÓGICOS
Y PSIQUIÁTRICOS
DE LA VEJEZ**

AL TRATAR de abarcar en una forma más o menos completa este amplio tema nos lleva forzosamente a distinguir tres diferentes aspectos:

1. El enfoque psicológico de la edad avanzada.
2. La importancia que tienen los factores psicógenos para acelerar la senilidad.
3. Los trastornos psiquiátricos propiamente dichos de la edad pro-
vecta.

ENFOQUE PSICOLÓGICO DE LA EDAD AVANZADA

Desde tiempo inmemorial siempre ha sido una vieja preocupación del hombre el tratar de alargar su edad con el objeto de huir de la vejez. Fue ésta la meta obligada de los viejos alquimistas y también fue ella la que determinó la búsqueda febril de la supuesta Fuente de la Eterna Juventud que llevó a Ponce de León a descubrir La Florida en el Siglo XVI.

Ahora bien, si desde el punto de vista general el delimitar el principio de la senilidad es un tanto difícil y aproximadamente se sitúa entre los 60 y los 70 años, desde el punto de vista psicológico este margen es aún más elástico y así tenemos que frecuentemente vemos a jóvenes que se sienten viejos y a ancianos que viven como jóvenes.

Efectivamente, no hay nada más relativo que nuestro propio concepto de la edad, basta para ello considerar lo que significa para una

* Profesor de la Clínica de Psiquiatría. Pabellón Central, Manicomio General. México, D. F.

artista que siempre ha actuado con éxito en el papel de dama joven el llegar a los 40 años, época en que se considera a sí misma vieja y trata de disimular en todas formas los síntomas que indican el avance de su edad. Por otra parte son frecuentes los casos de individuos que llevan una vida de gran actividad científica y en los cuales el llegar a los 70 años no significa encontrarse en la edad senil, sino que por el contrario, conscientes de su magnífico rendimiento intelectual siguen en pleno uso de todas sus capacidades psíquicas.

Este enfoque psicológico que nosotros tenemos en relación con la edad es fácilmente comprensible si recordamos que cuando eramos niños, una persona de 40 años nos parecía un individuo de edad muy avanzada y cuando el curso inexorable del tiempo nos lleva a sobrepasar esa edad, nuestro punto de vista ha cambiado y ahora consideramos que un individuo de cuarenta años se encuentra en plena capacidad para desarrollar sus actividades físicas e intelectuales.

En alguna ocasión en una revista, una lectora comentaba que habiendo visto anunciada en la televisión una película que le había impresionado profundamente en su juventud, decidió volver a verla y a disfrutar de aquella que había sido su película predilecta. Con gran sorpresa al terminar la exhibición se encontró con que en el argumento, que cuando era joven y de ello guardaba un recuerdo bastante claro, le había parecido que un viejo hosco y gruñón se había casado con una dulce jovencita y la había hecho sufrir por sus inconsecuencias, ahora, 25 años después, le parecía que en realidad un hombre maduro, formal y serio tenía una serie de problemas por haberse casado con una joven casquivana. ¡Qué claramente nos ilustra este ejemplo la diferencia de nuestros puntos de vista en el transcurso de los años!

El estado afectivo de las personas influye en forma muy clara sobre su propio concepto de la edad, así el deprimido siempre se siente profundamente viejo y el anciano por el contrario joven y lleno de vigor.

IMPORTANCIA DE LOS FACTORES PSICÓGENOS PARA ACELERAR LA SENILIDAD

En el VI Congreso Internacional de Gastroenterología que se celebró el año pasado en Copenhague se llegó a la conclusión de que las posibilidades biológicas de vida, que podían llegar a los cien y hasta los ciento veinte años, se encontraban limitadas por factores endógenos que *Shock*¹ consideró podían ser debidas al agotamiento de un elemento celular esencial, a la degradación de ciertas moléculas o bien a un déficit

funcional debido a la incapacidad de los ácidos nucleicos de cumplir su tarea.

Por otra parte Geill¹ manifestó que existían igualmente factores exógenos capaces de limitar las posibilidades de vida, señalando entre los más importantes: la sobrecarga psíquica, el descanso insuficiente, la alimentación inadecuada, el efecto de determinadas sustancias tóxicas como el alcohol y el tabaco, las radiaciones, partos muy numerosos, etc.

Entre estos factores que Tundbridge considera inseparablemente unidos vemos como los factores psicológicos ocupan el primer lugar entre los elementos exógenos capaces de limitar esta posibilidad biológica de vida.

Muy ilustrativos al respecto son los casos de personas que han vivido en estado de continua tensión emocional, con preocupaciones permanentes y sufrimientos extremos que se ven viejas cuando solo tienen una edad moderada y por otra parte individuos que se han sabido adaptar a su ambiente y que rodeados de cariño, cuidados y satisfacciones, representan edades mucho menores de las que realmente tienen.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DE LA EDAD SENIL

En términos generales las causas que determinan este tipo de trastornos suelen ser de dos tipos: orgánicas y psicológicas.

Entre las causas orgánicas tenemos que considerar en primer lugar la atrofia del tejido cerebral que llega en algunos ancianos a disminuir el peso de su cerebro en 150 a 200 grs. Esta atrofia que es predominantemente frontal, desde el punto de vista microscópico se manifiesta por una disminución de las células nerviosas activas (neuronas) con proliferación de la neuroglia. Con gran frecuencia se observan también alteraciones de las arterias cerebrales debidas a esclerosis de las mismas.

Desde el punto de vista psicológico existen otros factores importantes que influyen definitivamente en la génesis de estos trastornos. Tales son los problemas de trabajo que suelen presentarse en esta edad y que se traducen por una disminución en los ingresos y en la actividad de los individuos. En algunas ocasiones la jubilación ofrece una solución parcial, ya que si bien es una ayuda desde el punto de vista económico, no resuelve otros aspectos importantes como la disminución en la actividad del sujeto. En otras, el individuo no se encuentra protegido por este tipo de prestaciones sociales y tiene que enfrentarse con el problema del desempleo tanto más importante cuanto que se encuentra incapacitado

para luchar con la misma energía de antes y por otra parte es rechazado en todas sus solicitudes de trabajo debido a su edad avanzada.

Otro aspecto psicológico importante es el hecho de que al llegar a esta edad frecuentemente el individuo pierde la autoridad que siempre ha tenido como jefe del hogar, sus limitaciones económicas por una parte y la rigidez en su enfoque de la realidad vital, hacen que alguno de los hijos o varios de ellos, asuman el papel de directivos dentro del ambiente familiar y ésto indudablemente traumatiza psicológicamente al anciano.

Entre los trastornos psiquiátricos que se presentan en la edad senil tenemos que considerar globalmente tres grupos de alteraciones:

1. Un complejo retardo de las funciones psíquicas y neurológicas, propio de la vejez normal. El individuo en estas condiciones manifiesta una franca disminución en sus funciones mnémicas, de la atención y de la orientación. Con frecuencia los ancianos se vuelven interpretativos siendo ésto fomentado por el déficit sensorial que se manifiesta especialmente en la esfera auditiva y visual. Los trastornos de la motilidad son muy característicos y así frecuentemente se considera que si bien las canas y las arrugas pueden ser disimuladas por determinados artificios, la forma de caminar siempre nos revela en forma clara el paso implacable del tiempo.

2. La demencia senil que podemos dividir en la demencia senil simple y demencia senil paranoide. Frecuentemente se presenta en los ancianos como una continuación de la situación normal anteriormente señalada. El aumento en la intensidad de los síntomas, origina un abierto choque con el medio que hace indispensable en un gran número de casos el internamiento del paciente.

Este tipo de trastornos se presenta en la actualidad con mucha mayor frecuencia de la que solía manifestarse hace algunos años, y esto es debido a la prolongación del porcentaje de vida de sus semejantes que el hombre ha logrado gracias a sus descubrimientos científicos.

Es así que a principios del presente siglo, en el año 1900, se consideraba que solamente uno de cada 25 individuos podía llegar a una edad superior a los 65 años, mientras que cinco décadas después se acepta que uno de cada 13 individuos puede llegar a esta edad.

Kolb² manifiesta que de 1900 a 1950 la población de Estados Unidos se duplicó, pero el número de personas de 45 a 65 años se triplicó y el de mayores de 65 años se cuadruplicó en el mismo lapso.

Los ingresos en hospitales psiquiátricos en la ciudad de Nueva York debido a trastornos de tipo senil han subido en algunos cuantos años de 19.1% a un 40% en la actualidad.

Desde el punto de vista clínico, en la forma demencial simple, la sintomatología se manifiesta por una limitación de las ideas, disminución franca de la memoria que se acompaña con frecuencia de falsos reconocimientos. Orientación muy defectuosa que frecuentemente determina que estos enfermos se extravíen. Irritabilidad, descuido en su arreglo personal y tendencia al coleccionismo son otros síntomas frecuentes de este cuadro.

La presbifrenia que se describió hace algún tiempo como un trastorno senil caracterizado por una mala retención con tendencia a la confabulación, en la actualidad podemos englobarla dentro de este grupo de trastornos.

En la forma paranoide los trastornos de deterioro en la memoria, orientación, etc. son menos frecuentes y en cambio se presentan delirantes de diferentes tipos y con frecuencia alucinaciones agregadas.

3. Trastornos afectivos. Dentro de este grupo de trastornos tenemos que incluir los cuadros depresivos que son extraordinariamente frecuentes en las personas de edad avanzada y lamentablemente muy poco reconocidos por el médico en general.

Parsons en la Gran Bretaña efectuó un estudio entre 228 individuos mayores de 65 años que vivían tranquilamente dentro de su ambiente familiar, al hacer un estudio psiquiátrico cuidadoso diagnosticó en ellos 14 psicosis afectivas de las cuales solamente un caso había sido diagnosticado.

Busse³ en 1955 hizo un estudio en tres grupos de ancianos, el primero integrado por desempleados indigentes o semi-indigentes, el segundo por jubilados de un nivel económico un poco mayor y el tercero integrado por individuos que continuaban trabajando a pesar de haber sobrepasado la edad de retiro. En todos encontró un alto porcentaje de cuadros depresivos que fueron más frecuentes para los primeros dos grupos (48 y 44% respectivamente) que para el tercero (25%).

Es preciso recordar que con gran frecuencia la depresión no se manifiesta precisamente con tristeza, tendencia al llanto, miedo o algunos otros de los síntomas de la esfera afectiva sino simplemente por manifestaciones somáticas entre las cuales son más frecuentes el insomnio, la cefalea y la anorexia.

TRATAMIENTO

Desde este punto de vista tenemos que considerar en primer lugar una psicoterapia debidamente orientada. Este tipo de enfermos deben tener una vida lo más activa posible. La influencia de hijos neuróticos suele ser para ellos muy desfavorable por lo que será preciso tener en cuenta esta posibilidad.

Recientemente se ha introducido dentro del armamento terapéutico un nuevo producto, la piritioxina, derivado de la piridoxina pero sin propiedades vitamínicas. Se considera que este producto puede actuar sobre la barrera hematoencefálica y de hecho se ha demostrado una mayor actividad de glucosa marcada con carbono 14 en el cerebro después de su administración⁴, hecho muy importante si consideramos con Wilson⁵ que en los ancianos la capacidad del oxígeno y de los carbohidratos para alcanzar las células cerebrales determina la cantidad de actividad celular así como la vida o muerte de las neuronas. Siendo moderadamente psicoestimulante se considera que posiblemente actúe mejorando el metabolismo cerebral⁶. Naturalmente sus posibilidades son limitadas, pero después de una administración prolongada en algunos casos lo hemos encontrado útil para el tratamiento de algunos cuadros psiquiátricos seniles.

Seufert⁷ considera que el producto influye sobre los cambios de personalidad producidos por la vejez, normalizando sus relaciones para provecho del enfermo y de las personas que conviven con él.

En relación con el uso de psicofármacos es necesario hacer algunas consideraciones, así es preciso recordar que los barbitúricos en las personas de edad avanzada muy frecuentemente determinan estados de agitación en lugar de inducir al sueño y que en algunas ocasiones pueden llegar a desencadenar crisis convulsivas. Los derivados de la fenotiazina suelen ser muy útiles para modificar algunos estados de excitación pero es preciso también saber que los efectos extrapiramidales de este tipo de medicamentos son más acentuados en los ancianos. La levomepromazina como tratamiento de los trastornos del sueño, nos ha resultado sumamente útil en este tipo de enfermos⁸, sus posibilidades terapéuticas son muy satisfactorias y su toxicidad prácticamente nula, no origina habituación.

En relación con la medicación antidepresiva es preciso recordar que este tipo de medicamentos cuando pertenece al grupo de los inhibidores de la monoamino-oxidasa pueden en algunas circunstancias desencadenar crisis hipertensivas que en un enfermo de edad avanzada y casi segura-

mente con alteraciones esclerosas de sus arterias puede ser fatal⁹. Por tal motivo es de recomendarse el uso de otros antidepresivos que como la imipramina, la amitriptilina y la nortriptilina suelen ser muy eficaces.

REFERENCIAS

1. VIth Intern. Congress of Gerontology. Copenhagen, 1963. Excerpta Médica International Congress Series.
2. Kolb, L. Am. J. Psychiat. 112: 627-636, 1956.
3. Busse, E. W. Barnes, R. H. et al. Am. J. Psychiat., 111: 986-901, 1955.
4. Quadbeck, G., Landmann, H. R., Sashsse, W. y Schmidt I. Med. Exp. 7: 144-154, (1962)
5. Wilson, D. C. Am. J. Psychiat. 111: 902-906, 1955.
6. Lustig B. Aeratl. Praxis 22, (1963): 1401-1402
7. Seufert, W. Berl. Medizin 14, (1963): 338-339.
8. Calderón, G. Rev. Fac. Med. Mex. Año 5 Tomo 5 Núm. 3, (195-202), 1963.
9. Calderón G. Rev. Fac. Med. Mex. Año 6 Tomo 6 Núm. 9, (611-622), 1964.