

DEL ENVEJECIMIENTO NORMAL A LA DEMENCIA

Dr. Rafael P. Alarcón Velandia
Médico Psiquiatra, MSP, Máster en Psicogeriatría
Profesor y coordinador del Grupo de Psicogeriatría
y Demencias Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Tecnológica de Pereira



Con el crecimiento proyectado de la población mayor de 60 años en Colombia en las próximas décadas, el sistema asistencial deberá realizar esfuerzos logísticos y preparar recursos humanos para atender la demanda de servicios de este grupo poblacional.

La formación de profesionales en las diferentes facultades de ciencias de la salud en su mayoría carecen de programas de salud mental para el anciano o de psicogeriatría, y como consecuencia de ello el desconocimiento de aspectos relacionados con los problemas mentales hace deficiente la calidad de la atención en los diferentes niveles del sistema.

La confusión de términos, las clasificaciones de trastornos mentales que no se aplican para el anciano, el uso de psicofármacos con eventos adversos serios, la ausencia de atención psicoterapéutica y de terapias de estimulación cognitiva, la poca psicoeducación y orientación a las familias y cuidadores, marcan el estado actual de la asistencia en salud mental de los ancianos.

Envejecer de por sí no es proceso patológico y se podría afirmar que no existen enfermedades propias del anciano, sino patologías que se iniciaron en etapas tempranas de la vida y que se manifiestan con mayor intensidad en etapas tardías. Estilos de vida no saludables y hábitos no sanos, pasan su cuenta patológica después de la quinta década de vida.

Envejecer es un proceso heterogéneo e individual, asimétrico, pues no todos los sistemas del organismo envejecen al mismo ritmo ni están expuestos a las mismas noxas.

Es un error comparar o asumir que todas las poblaciones de diversos sitios, y en períodos de

tiempo diferentes, envejecen de la misma forma. Aspectos sociales, culturales, de estilos de vida, nutricionales, nivel educativo, acceso a servicios de salud, actividades de prevención y promoción de la salud, marcan las diferencias en la calidad de vida de los ancianos. Es preciso que los diversos grupos académicos y de investigación, las entidades gubernamentales y los entes prestadores de servicios de salud realicen estudios sobre las características y factores asociados al proceso del envejecimiento de sus poblaciones asignadas.

El envejecimiento cerebral depende de múltiples factores y no siempre, como lo demuestran los estudios de los últimos veinte años, es un envejecimiento hacia el declive o el deterioro, sino por el contrario puede producirse un mejor rendimiento intelectual.

La neurogénesis -producción de nuevas neuronas- se da hasta edades avanzadas de la vida, y la muerte o atrofia de ellas depende del uso y estimulación que se les da para permitir la asociación que conlleve a una activación neuronal-neuroplasticidad cerebral-. Además si se llega a la quinta década de vida con una buena reserva cognitiva- cúmulo de conocimientos y experiencias elaboradas- el envejecimiento intelectual tendrá menos impacto negativo en las actividades y funciones del individuo, y por el contrario permitirá una ampliación de su capacidad cognitiva.

En términos generales se podría decir que existen cuatro estados que marcan la observación del envejecimiento cerebral:

- El primero sería el envejecimiento normal, en donde el declive de ciertas funciones cognitivas se pueden presentar, sin afectar las actividades

instrumentales de la vida diaria-AIBVD- ni las actividades básicas de la vida diaria-ABVD-. En esta fase los olvidos -queja frecuente del anciano- no repercuten en la funcionalidad global de la persona, especialmente hay un declive de la memoria a corto plazo, problemas de atención y concentración, disminución de la capacidad visoespacial, en ocasiones puede manifestarse algunos cambios del comportamiento y en las características de personalidad.

- El segundo es propiamente el deterioro cognitivo, leve o de múltiples dominios, con repercusiones en la capacidad cognitiva y que pueden afectar las AIBVD y en forma leve las ABVD. El anciano puede presentar un deterioro de su memoria a corto plazo, de la episódica y de la procedimental, conservando memoria a largo plazo. En una proporción menor puede iniciar su deterioro cognitivo con dificultades en sus praxias -para vestir, comer, asearse-, con afasia, agnosia y de otras funciones intelectuales. A medida que avanza el proceso, denominado deterioro cognitivo de múltiples dominios, se van deteriorando en forma global todas las funciones que afectan a las actividades instrumentales de la vida diaria-AIBVD-, pero conserva las actividades básicas de la vida diaria-ABVD-, en este último estado se puede hablar de un síndrome predecremental.

- El tercero ya es el deterioro grave de la funcionalidad cognitiva en donde se instala un proceso demencial. Es de aclarar que la Enfermedad de Alzheimer aunque es la más frecuente, hace parte de lo denominado síndrome demencial en donde ocurren también demencias vasculares, frontales, fronto-temporales, Cuerpo de Lewy, por Enfermedad de Parkinson, entre otras de diversas causas.

Las demencias se caracterizan por un proceso neurodegenerativo de tipo progresivo, lento, con deterioro de sus funciones cognitivas, generalmente irreversible. Cuando se instala el proceso demencial el paciente ya manifiesta pérdida grave de su memoria, dificultades en la atención y concentración, agnosia y afasia de leves a severas, deterioro de su capacidad para razonar y emitir juicios en forma adecuada, dificultades en el pensamiento y lenguaje, alteraciones del comportamiento -inhibición o agitación, conductas bizarras-, trastornos del afecto -estados depresivos y ansiosos-, alteraciones en los patrones del

sueño, episodios psicóticos -con alucinaciones auditivas y visuales, delirios de robo, persecución, de imposturas-, en fase avanzada hay pérdida de control de esfínteres; se pierden la AIBVD y de acuerdo a la fase de la demencia se van perdiendo progresivamente las actividades básicas de la vida diaria -ABVD- creando un estado progresivo de dependencia de sus cuidadores y de indefensión para subsistir en forma autónoma.



- El cuarto estado, es un concepto más reciente denominado *Envejecimiento Exitoso* que depende de la reserva cognitiva, de la capacidad de neurogénesis y de la neuroplasticidad, en donde se produce una activación y mejoramiento de las funciones cognitivas, y por consiguiente de la calidad de vida. En este proceso intervienen varios factores como la capacidad cognitiva desarrollada durante la vida, -especialmente un buen cúmulo de conocimientos y experiencias elaboradas-, el poco impacto de enfermedades orgánicas sobre la función cerebral, buen manejo de situaciones de tensión y estrés, la realización permanente de actividad física y estimulación cognitiva, la ausencia, la ausencia de trastornos mentales crónicos -depresión, ansiedad, psicosis-, el poco consumo de alcohol, la ausencia de la utilización de psicotóxicos -marihuana, cocaína, bazuco, opio, pegantes- la actitud sostenida de aprendizaje de nuevas habilidades, destrezas o conocimientos, el buen humor y la realización de una función sexual satisfactoria y placentera.

Poder determinar en cuál de los cuatro estados se encuentra una persona anciana implica un estudio metódico que incluye:

1- La elaboración de una historia clínica completa, con examen mental y neurológico. Se debe evaluar con sumo cuidado las funciones ejecutivas –las capacidades: volitiva, de planeación, programación y ejecución-.

2- Realizarle laboratorio clínico de base: cuadro hemático, extendido periférico, glicemia, función hepática y renal, pruebas tiroideas, serología, vitamina B12 y ácido fólico, perfil lipídico.

3- Evaluar la función cardiopulmonar y realizarle un EKG.

4- Evaluar la función cerebrovascular.

5- Realizarle pruebas neuropsicológicas básicas de tamizado, debidamente validadas o estandarizadas en la población de donde procede el paciente. Existen muchas pruebas neuropsicológicas de tamizado, y en nuestro medio se ha utilizado con mayor frecuencia las siguientes: Minimal-MMSE-, la Escala de Queja de Memoria McQ, Escala de Demencia de Blessed, el Test del Reloj, la Escala funcional de Barthel o de Lawton, y algunas otras específicas utilizadas por grupos o clínicas de memoria. Para su aplicación se debe recibir un entrenamiento especial, ya que se puede cometer errores en su aplicación e interpretación.

Si se amerita se le realiza Baterías neuropsicológicas completas como el Neuropsi o el Camcog-R, las cuales deben ser realizadas por profesionales capacitados para ello, especialmente neuropsicólogos con maestría.

6- Si el anciano presenta un trastorno mental concomitante se le realiza pruebas neuropsiquiátricas como: Escala de Depresión de Yesavage, Escala de Depresión HQ-9, Escala de Depresión de Cornell para demencia, la escala para psicosis PANSS, escalas de ansiedad y estudio de su patrón de sueño. Si amerita se le realiza Baterías Neuropsicológicas y entre ellas la más utilizada en nuestro medio es el Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings-NPI-. Estas pruebas deben ser aplicadas e interpretadas por profesionales capacitados y entrenados en ellas.

7- Las neuroimágenes se solicitan cuando el cuadro clínico lo amerita y de acuerdo al resultado de las pruebas neuropsicológicas. Es de poca utilidad para el estudio del envejecimiento y del

deterioro cognitivo la Tomografía Axial Computarizada-TAC- ya que no revela imágenes de sustancia blanca y otras lesiones del parénquima cerebral. Es más conveniente solicitar una Resonancia Magnética Cerebral, especialmente funcional, un Spect cerebral o una Tomografía de emisión de Positrones-PET-.

8- Marcadores biológicos y genéticos se encuentran en la fase de investigación y aún no se puede determinar con precisión su aplicación clínica general. Se han enfocado los estudios para la detección temprana del proceso de deterioro cognitivo y los procesos patológicos en cada una de las fases del mismo, sin embargo todavía no hay claridad sobre su utilización a nivel de salud pública, y los estudios se han limitado a poblaciones específicas con resultados contradictorios. Se espera que en las próximas décadas se pueda disponer de dichos marcadores biológicos en el estudio y detección temprana de los procesos neurodegenerativos.

Lecturas recomendadas sobre el tema:

- 1- Alarcón Velandia Rafael P, 2007, Manual Básico de Psiquiatría Geriátrica, Editorial Postergaph, Pereira.
- 2- Juan Carlos Arango LL, Alfredo Ardila y Sara Fernández Guinea, 2003, Las Demencias, Editorial Manual Moderno de México.
- 3- Jorge Téllez Vargas, Humberto Molinillo, 2008, Trastorno Afectivo Bipolar, Tomo 2, De la Clínica a la Neuroprotección, Fundación Cultural Javeriana, Bogotá D.C.
- 4- Grossberg G T, *Clinical Implications of New Dementia Research*, 152 APA Annual Meeting, Washington DC May 18, 1999.
- 5- Cummings JL, A Special Report Postgraduate Medicine: *Neurobiología y Manifestaciones Clínicas de la Enfermedad de Alzheimer*, A Publication of the McGra-Hill Companies INC Fascículo 2, 2000.
- 6- Sylvaine Artero, Ronald Petersen, Jacques Touchon, Karen Ritchie, Revised Criteria for Mild Cognitive Impairment: Validation within a Longitudinal Population Study, *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006;22:465-470