

LAS ALTERACIONES PSIQUICAS EN LA MUJER DE 80 A 90 AÑOS

Dr. P. Baumgartner

La familia solicita el ingreso de una mujer muy vieja en un asilo o casa de retiro, debido, en general, a que estas ancianas no pueden ya organizarse la vida cotidiana por ellas mismas, y debido también a que su estado psíquico se deteriora cada vez más. Las ancianas, efectivamente, acaban por no cuidarse. Apenas comen, no se ocupan de sus ropas, de la limpieza del lugar donde viven; en una palabra, están acabadas, y, poco a poco, su estado se va haciendo más miserable.

A menudo, la desorientación temporoespacial provoca fugas. No solamente la mujer se pierde en su casa, sino que ella marcha con la idea de recoger a un niño, o a otro domicilio; camina al azar, y es preciso acompañarla a su casa y vigilarla. Algunas veces, la fuga viene determinada por un síndrome persecutorio.

Otras veces, la violencia de las reacciones psíquicas hace imposible dejarla sola en casa. Unas creen que su vecina les ha robado y la golpean. Otras montan en cólera porque se las quiere instalar en cama o hacerles tomar un baño. Otras darán vueltas en su apartamento sin poder encontrar su cama y tendrán una crisis de ira.

En otras ocasiones, la causa esencial del ingreso en un hospicio es una incontinencia de esfínteres más o menos marcada y de la cual la enferma ni se da cuenta.

La visión de estas enfermas en el asilo parece, a primera vista, muy satisfactoria. La anciana tiene un aspecto amable y sonriente, y parece casi normal, psíquicamente. Pero, en cuanto se habla con ella un rato se establece con facilidad la diferencia; los automatismos principales están conservados, y el comportamiento varía dentro de límites muy amplios: algunas hablan incesantemente, desatinando sobre hechos antiguos hacia los cuales regresan sin cesar. Estos hechos están con frecuencia mal ligados los unos con los otros; a veces, las enfermas hacen alusión a hechos actuales con breves y explosivas cóleras; a esta agitación de la palabra puede corresponder una agitación motora. Durante el día van de un grupo a otro hablando algunos minutos para partir en seguida hacia otra dirección; la acti-

vidad es desordenada y los propósitos son enteramente deshilvanados. Es muy difícil hacerles adquirir buenos hábitos, hacerles conocer el lugar donde tienen su cama. La desorientación en el tiempo y en el espacio las lleva a transportar los objetos de un lado a otro, a deshacer y rehacer su lecho, a acostarse en medio de la jornada. A veces, la agitación es sobre todo nocturna y debe yugularse mediante una terapéutica adecuada.

Otro grupo de ancianas parece mucho menos afectado. Se trata de mujeres poco activas, que pueden permanecer inmóviles durante muchas horas, sin ocuparse de nada; algunas tienen somnolencia; otras se despiertan al hablarles y responden durante algunos minutos, pero después languidece progresivamente la conversación; si se les contraría montan en cólera inmediatamente. Pero, en conjunto, estas mujeres son capaces de vestirse y hacer su aseo personal y no presentan trastornos marcados del comportamiento.

Las hay que tienen un déficit mental poco marcado; no sólo han conservado sus automatismos principales, sino que son capaces de una ligera actividad. No cometen actos absurdos, pero, de vez en cuando, se las ve exigir su salida, dinero o ropas. A menudo, por otra parte, se trata de un simple automatismo, y no parece obstinarse en que se realicen sus demandas.

La búsqueda de antecedentes personales y familiares muestra que, en una gran proporción de casos, estos pacientes han presentado, desde hace largo tiempo, trastornos del carácter del mismo tipo; han sido inquietos o han tenido pequeños síndromes persecutorios, o han sido irritables; la adaptabilidad social era débil. Los dementes seniles han tenido durante toda su vida un estado de adaptación limitado (M. Piccard).

A menudo, también, las condiciones sociales han desempeñado un papel de primer orden. Las dificultades materiales han condicionado una mala nutrición y después la miseria. La soledad debida al fallecimiento del cónyuge provoca una desorientación total; para algunos, ha tenido una importante influencia la intoxicación etílica o los pequeños y sucesivos accidentes vasculares.

El examen clínico no muestra nada de particular en relación con el viejo normal. El corazón presenta, muy a menudo, una hipertrofia ventricular izquierda, el pulso es un poco rápido, las arterias son duras, la hipertensión arterial inconstante. Con frecuencia existe cierto grado de insuficiencia cardíaca. Se hallan intensos estertores bronquiales en las dos bases; la orina está algo disminuida y la albuminuria es rara. Se encuentran, por el contrario, numerosos gérmenes, y en la sangre la tasa de úrea está aumentada. Las funciones digestivas y biliares están poco afectadas; sólo el intestino es átono, y el abdomen ptósico; se evidencia naturalmente la clásica osteoporosis senil y las fracturas son relativamente frecuentes: en el cuello del fémur, en el raquis, en la muñeca; los reflejos están disminuidos, la sensibilidad al dolor es posible que sea menos viva, pero el temblor senil es corriente y la pérdida del equilibrio habitual aumenta aún más las

posibilidades de caídas. Además, las deficiencias del oído y de la vista hacen más precaria la vida motriz.

Biológicamente, los exámenes son característicos; el metabolismo basal es bajo, la tasa de colesterol y de lípidos es muy variable. El electroencefalograma es muy interesante; el ritmo general es más lento.

- La frecuencia media alfa es más baja.
- La actividad de la onda gama parece mayor y de voltaje moderado o elevado.
- La aparición de ondas rápidas es bastante frecuente.

El examen psicológico muestra un neto síndrome deficitario:

— La memoria está muy alterada; los hechos recientes, apenas han sido actuales cuando se les rechaza al pasado y se les olvida por completo; los hechos antiguos están, en principio, conservados, pero olvidan, por ejemplo, su edad, su dirección, la fecha de nacimiento, el número de hijos y sobre todo de nietos. La mayoría de sucesos antiguos se enlazan mal los unos con los otros, son bastante incoherentes, y en cuanto al período de vida en el hospital no existen prácticamente recuerdos.

— La atención es muy deficiente. La enferma tiene su espíritu fijado en un hecho cualquiera del pasado, y si durante algunos minutos se consigue interesarla, casi de inmediato la atención decae y explica la amnesia de fijación.

— El juicio está debilitado; las respuestas a las preguntas más simples son pueriles o absurdas, o contradictorias; la autocrítica es deficiente.

— Fabulación. Pero, sobre todo, existe una fabulación intensa; entre ellas, las enfermas pueden revivir por medio de palabras su vida anterior, saludarse como antiguas amistades, intercambiarse noticias sobre su casa, sus hijos y separarse rápidamente, con prisa, para ir a hacer su colada o para acudir a recoger los niños de la escuela (M. Piccard). Pueden intervenir incluso apreciaciones sobre el carácter del marido y el trabajo que dan los niños.

Algunas enfermas pueden encontrar una compañera con la cual intiman y a la que dan una personalidad ficticia. Esta gran intimidad se manifiesta en que si una de ellas muere, la otra se afecta cruelmente.

— Afectivamente, los síntomas son los de todo anciano. El conjunto se ha hecho más pueril debido al déficit intelectual. En estos casos se encuentra el egocentrismo, la irritabilidad, al mismo tiempo que el despego general de la vida e incluso de su propia persona.

El pronóstico de la duración de la vida de estos enfermos es muy difícil de establecer.

Al verlos evolucionar y vivir en el asilo, se puede pensar que la adaptación a esta vida es relativamente buena. En realidad, la fabulación, tan frecuente, permite y favorece esta adaptación. Al no poder aceptar el mundo nuevo en que vive, la enferma crea uno artificial.

Es muy difícil el prever entre los pacientes de asilo cuáles van a desa-

parecer primero, y es igualmente difícil prever los resultados terapéuticos; los múltiples productos actuales de recuperación vital pueden mejorar el psiquismo: extractos placentarios y embrionarios, jalea real de abeja, procaína, ácido desoxirribonucleico, se ensayarán siempre siguiendo las preferencias personales. Las mejorías son frecuentes e importantes, pero rara vez duran más de algunos meses o un año. Aparte de toda consideración psíquica, la muerte sobreviene en la mayoría de las enfermas en un plazo relativamente corto.

EL CENTENARIO

Entre los 200 ó 300 centenarios que hay en Francia, existen nueve mujeres por cada hombre. Sólo queda un centenar de personas de 101 años; treinta de 102 años; diez de 103, y el más anciano de los franceses alcanza entre 105 y 110 años. La barrera parece, pues, extremadamente hermética. Los que alcanzan 100 años no pertenecen a un tipo uniforme de individuos. Algunos de ellos han vivido en la ciudad, otros en el campo; algunos de ellos han sido bebedores de vino y licores, otros solamente han bebido agua; algunos han tenido una vida locomotriz importante, otros han permanecido durante casi toda su vida en un local mal aireado. En muchos, el factor hereditario parece cierto. Existen familias de gran longevidad.

La centenaria es en general una mujer pequeña, muy arrugada, pero cuyo equilibrio vital puede ser excelente. El aspecto seco, arrugado al máximo, permite sospechar su avanzada edad; la vista por lo general es mala. La lectura es, a veces, todavía posible y el anciano puede proyectarse fuera de su casa. El oído es igualmente muy deficitario, y las conversaciones son difíciles. Psíquicamente la lucidez puede ser total, y el razonamiento estar intacto, pero la vida se pasa en la evocación de recuerdos muy antiguos, a veces de la infancia. La palabra puede ser fácil; la marcha es lenta y dificultosa; los reflejos están disminuidos. El apetito está muy reducido; la alimentación es cada vez más restringida y acaba por ser exclusivamente líquida.

La velocidad de sedimentación está, en general, ligeramente acelerada.

La exploración clínica y los resultados de laboratorio muestran muy a menudo una llamativa ausencia de síntomas patológicos, el tono vital está conservado, pero es muy débil; los signos cardíacos son normales; la tensión arterial es de 15 ó 16; el pulso está algo acelerado. El peso, liviano, puede ser de 30 a 45 kilos.

El tiempo que queda de vida no puede determinarse, pero a menudo se asiste a un despegamiento progresivo del mundo exterior y a una muerte súbita, en unas horas o unos minutos, sin sufrimientos. La especie humana está hecha así.

(Tomado del libro "Las consultas diarias en Gerontología", del Dr. P. Baumgartner. Barcelona, 1964).