

Aspectos bioéticos del manejo neuropsiquiátrico de la demencia

Mario Souza y Machorro

Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría. Asociación Psiquiátrica Mexicana. Academia Nacional Mexicana de Bioética. Colegio Internacional de Educación Superior (CIES).

RESUMEN

El ineludible problema del envejecimiento, a través de cambios morfofisiológicos estructurales derivados de la acción del tiempo sobre los organismos, se manifiesta en aumento de la morbilidad de la economía corporal, disminución de independencia y adaptabilidad, deterioro de modelos socio-familiares, retiro del trabajo, merma en la capacidad económica y restricción de la facultad física y mental. En muchos países y en México los médicos no cuentan con los recursos adecuados para atender a esta población creciente, la mayoría de las familias no pueden cubrir los costos por lo que los ancianos —aun sin demencia—, reducen su calidad de vida y aumentan su dependencia. Estas condiciones de pobreza aumentan su vulnerabilidad. Las clasificaciones actuales divergen en su concepto de demencia. No obstante convergen en lo general, en el tipo de daño cognitivo mostrado, distinguiendo el diagnóstico diferencial abordando su bioética de modo semejante. Destaca el manejo de las personas afectadas por su enfoque multidimensional, cuidados al cuidador, farmacoterapia —residencial o domiciliario—, cuidados sintomáticos (afectuosos y efectivos), el manejo del entorno inmediato para mejorar la calidad de vida. Por último, se enfatiza la participación en equipo (terapeutas-familiares-cuidador) para determinar desde la visión ética, lo mejor para el paciente con demencia: alargar o no su vida y el método a seguir.

Palabras clave: Demencia, bioética, manejo psiquiátrico, terapéutica, ancianos, neuropsiquiatría

ABSTRACT

The inescapable problem of aging, through changes resulting from the action of time on bodies, structural morpho-physiological manifests itself in increased morbidity of the body economy, decreased independence and adaptability, emphasizing, removal work, decline in economic capacity and restriction of the right to physical and mental deterioration models. In many countries and in Mexico, doctors do not have the resources adequate to cater to this growing population, most families can not cover the costs so the elderly—even without dementia, reduce their quality of life and increase its dependence. These conditions of poverty increase their vulnerability. Current classifications differ in their concept of dementia. However they converge in general, in the kind of cognitive impairment displayed, distinguishing the differential diagnosis by addressing its Bioethics in a similar way. Emphasizes the management of people affected by its multidimensional approach to the caregiver, pharmacotherapy - residential or domiciliary-care-, symptomatic care (caring and effective), and management of the immediate environment to improve the quality of life. Finally emphasizes participation in team (therapeutic team-family-caregiver) to determine from the ethical vision, the best thing for the patient with dementia: lengthen or not, his life and the method to follow.

Key words: Dementia, bioethics, psychiatric, therapeutic, elderly, neuropsychiatry.

Es más importante saber qué tipo de persona tiene esa enfermedad, que saber qué clase de enfermedad tiene esa persona.
Hipócrates

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento, proceso ineludible y gradual a través de cambios morfofisiológicos estructurales derivados de la acción del tiempo en los organismos¹ se manifiesta, *gross modo* considerados, en un aumento de la morbilidad de la economía corporal, disminución de independencia y adaptabilidad, deterioro de modelos sociofamiliares, retiro del trabajo, merma en

la capacidad económica y restricción de la facultad física y mental.² En la actualidad existen más de 600 millones de ancianos en el mundo, cifra que alcanzará a mediados del presente siglo la cantidad estimada de 2,000 millones,³ de los casi 7,500 millones de personas que habitamos el planeta. En países desarrollados con sistemas eficientes de atención, entre 44 y 70% de las personas portadoras de uno o más trastornos mentales no reciben tratamiento, pero la cifra calculada en países en desarrollo para estas personas alcanza casi 90%.⁴

Cabe destacar que los esfuerzos de salud asistencial se centran principalmente en las áreas urbanas, donde reside la mayor cantidad de pobres, pese a que la población rural se ve más afectada por la po-

breza al carecer de los recursos de los que disponen los ciudadanos. Ello es debido a que la mayoría de los habitantes de las localidades rurales no tienen acceso a los servicios de salud de los centros urbanos e instituciones oficiales y de la sociedad civil.⁵ De hecho, una gran proporción de pobladores de las áreas rurales se emplean en labores artesanales y agricultura de autoconsumo y no gozan de derechohabiencia alguna. En muchas de tales localidades los médicos generales –recordemos que existe todavía en nuestro país un gran desabasto de especialistas médico-quirúrgicos y de todo tipo– si bien ofrecen sus servicios en consulta privada, la mayoría de las familias no pueden cubrir el costo económico que representan. Además, los ancianos en México tienden a concentrarse en los grupos sociales de menores ingresos. Por ejemplo, de los hogares que incluyen personas mayores, alrededor de la tercera parte se ubican en localidades rurales de menos de 2,500 habitantes, caracterizadas por viviendas construidas con materiales frágiles y piso de tierra, amén de otras carencias como agua potable y energía eléctrica. Estas condiciones de pobreza, vulnerabilidad y limitada accesibilidad a los servicios básicos se agudizan considerablemente en la vejez.⁴ En el país existen menos hombres ancianos que mujeres mayores –dando continuidad a la estructura de la pirámide poblacional que ha caracterizado a México desde hace varios decenios– que representan poco más de la mitad del total de las personas que llegan a la edad senectud. Los diferentes factores que determinan la calidad de vida en la vejez, como el apoyo familiar, la salud, la economía, las relaciones afectivas, la viudez, etc., al combinarse producen varios tipos condicionantes de senectud. Nótese cómo el apoyo familiar es vital en el proceso de envejecimiento, ya que éste los ayuda a lidiar con la declinación normal o patológica que ocurre en la edad avanzada por sus distintas enfermedades. De modo que los varones senescentes requieren más el apoyo familiar que las ancianas, debido a que la red social que construyen a lo largo de la vida suele basarse en relaciones del ámbito laboral y sus consecuencias intrínsecas de desgaste.^{6,7} En tanto que el desgaste de ellas muestra otro tipo de alteraciones.

Lamentablemente, en relación con los ancianos de México se sabe que aún hay escasa información y un registro inadecuado de sus problemas de salud en tanto no sean causa de muerte u hospitalización, por lo que la cifra ignorada se considera mayor todavía entre quienes no gozan de apoyo institucional o pueblan áreas rurales sin apoyos institucionales oficiales. Un referente al respecto fue el ocurrido tiempo atrás

cuando en los hogares de México (2005) casi uno de cada cinco tenía como jefe de familia a una persona de 60 años o más. Y puesto que el porcentaje de hogares donde sólo residen adultos mayores se estima bastante menor (relación 1:20), se asume que la mayoría de los ancianos viven con familiares de menor edad. Dado que el cuidado de las personas adultas mayores recae en la familia, el tipo de composición del hogar en el que residen incide *a fortiori* en su bienestar psicofísico y social.⁸

Ahora bien, considerando las variaciones de la sintomatología geriátrica como la deficiencia cognoscitiva, las caídas, los procesos respiratorios infecciosos o la incontinencia esfinteriana, el bajo índice de masa corporal, el vértigo, la debilidad visual y auditiva, entre otras, que se unen a la dependencia familiar para resolver las actividades de la vida diaria tales como bañarse, vestirse, comer, deambular e ir al baño –con dispositivos de ayuda específicos–, a menudo se subestima el suministro de los cuidados médicos y sociofamiliares de la población senescente. Un estudio *ad hoc*, interesante por la selección de personas adultas de 65 años o más (n = 11,093), señaló que 49.9% de los pacientes estudiados mostró uno o más de estos síntomas.⁹ La asociación entre la sintomatología y la dependencia en la vida diaria es tan frecuente y significativa, que se estima análoga de las enfermedades crónicas de la vejez como las cardiorrespiratorias, metabólicas, traumáticas, mentales y adictivas, circulatorias, osteomusculares, álgicas, etc., y su relación es tan estrecha que se recomienda incluirlas en la supervisión correspondiente en el cuidado médico regular de esa población.⁸

Situación actual

Del otro lado del espectro analítico que se presenta y para efectos complementarios, cabe destacar que la reciente información procedente de la investigación en las neurociencias y la medicina comportamental ha ampliado el conocimiento existente sobre el funcionamiento del cerebro y de la mente, que actualmente es visto cada vez más como una unidad sincrónica, es decir, como un solo objeto de estudio.¹⁰ Su base neurofisiológica está intrincadamente vinculada, obviamente, al desarrollo físico y social y a la propia manifestación de la salud y sus alteraciones. Por ello, la separación de la neuropsiquiatría en neurología y psiquiatría a mediados del siglo pasado –hoy obsoleta y no justificada– convoca a los especialistas de las neurociencias a conformar de nuevo el campo

neuropsiquiátrico, puesto que ambos comparten, pese a sus diferencias en áreas específicas, un mismo conocimiento.¹¹ Esta nueva área deriva a la par de los avances producidos por el laboratorio, por ejemplo en el caso de los trastornos por dependencia coexistentes con trastornos mentales –mejor conocidos como patología dual– a través de la detección de sustancias en sangre, orina, saliva, sudor, cabello, etc.,¹² así como por los métodos de gabinete como la resonancia magnética funcional y espectroscópica, tomografía por emisión de positrones, PET y tomografía de fotón único, SPECT.¹³

Los trascendentes e inéditos avances actuales hacia la comprensión de los endofenotipos neurocomportamentales asociados a los trastornos por dependencia de sustancias psicótropicas alcanzados en los últimos años, gracias a las diferentes técnicas de neuroimagen y a los estudios especializados en genética, han permitido reconocer los trastornos por dependencia y/o las conductas adictivas como de carácter “orgánico”,¹⁴ es decir, como enfermedades cerebrales que implican complejas interacciones entre los rasgos predisponentes, las diversas influencias del entorno –como los factores epigenéticos que actualmente se consideran con mayor entendimiento y aceptación– y las alteraciones neurales.¹⁵ Ello “abre la puerta” en forma decisiva y contundente no sólo a la comprensión del diagnóstico y el abordaje terapéutico hacia una visión más clara de los casos,¹⁶ sino que ofrece una nueva dimensión de comprensión y actuación clínica en consecuencia. Es así que la rehabilitación y reintegración social desde la óptica de nuevas y mejores premisas terapéuticas para el beneficio asistencial de los pacientes –con una requerida y mayor rentabilidad social de los casos, si se quiere interpretar así este avance– mejoran el camino de su manejo a largo plazo.¹⁷ En paradójico contraste, la salud mental en muchas partes del planeta continúa oculta tras las cortinas de la subatención, el estigma y la discriminación, en las que ha permanecido durante siglos, si bien se ha reducido y se espera todavía un diminuendo cada vez mayor.^{18,19}

Las modernas técnicas de neuroimagen visualizan *in vivo* el funcionamiento y los cambios estructurales del cerebro de los pacientes con diversos problemas relacionados, o bien ocurridos, durante el periodo senescente, tales como la enfermedad de Alzheimer y otras demencias o el consumo relativamente común de sustancias –prescritas o por automedicación– y de alcohol que afecta a todas las edades, pero en particular a las personas adultas mayores.¹⁹ Este uso frecuente en muchos de ellos, una preocupación conocida y persistente desde tiempo atrás, no ha podido corregirse

apropiadamente.⁴ Pero los cuadros psicóticos como la esquizofrenia, la depresión mayor o bipolar, entre otros trastornos mentales, van cerrando vía conocimiento y *praxis* la antigua citada brecha entre mente y cuerpo.¹¹

En tal contexto, los expertos recomiendan esta moderna visión ampliada del paciente afectado cerebralmente,²⁰ en especial para su manejo inmediato como parte del tratamiento de su alteración, a menudo múltiple.²¹ Es deseable que los avances científicos disponibles en el campo de las neurociencias alcancen pronto a los terapeutas de todas las comunidades, especialmente a aquellas poblaciones de senectos que tanto lo requieren, para hacer de ellos una práctica que atestigüe la incomparable utilidad de la psicofarmacología, la psicoterapia y la neuropsicología unidas a la tecnología imagenológica actual.^{4,22}

DISCUSIÓN

El estado neurológico afectado, y su consecuencia psiquiátrica, conocido como demencia, se refiere a una condición clínica en la que la afectación del cerebro se manifiesta mediante un deterioro crónico de una o más funciones cognitivas y cuya intensidad dificulta la realización autónoma de actividades que, previas a dicha afectación, se hacían sin ayuda o supervisión.^{23,24} Su conceptuación clínica en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición, CIE-10 (OMS, 1993) se consolida siempre y cuando exista una alteración de la memoria.²⁵ En tanto que en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, DSM-V²⁶ la demencia se considera dentro del grupo de los trastornos neurocognitivos, los cuales incluyen los trastornos conductuales, pero se excluye el deterioro funcional de la memoria, destacando así la disfuncionalidad cognitiva como centro del problema.

En esta clasificación se consideran diferentes entidades nosológicas tales como: a) la enfermedad de Huntington; b) la enfermedad por Priones; c) la enfermedad por cuerpos de Lewy; d) la enfermedad de tipo vascular; e) la degeneración del lóbulo frontotemporal; f) la que deriva del consumo de sustancias psicótropicas o medicamentos (psicofármacos); g) la que resulta de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana, VIH; h) las que son resultado de otras afectaciones de carácter médico; i) el traumatismo cerebral y todas aquéllas que resultan procedentes de una etiología múltiple, así como el tipo denominado no especificado. Se consideran además dos tipos de modalidades: con y sin alteración del comportamiento,

grado de manifestación que varía entre estado leve, moderado y grave.^{27,28} Cabe destacar que aunque las clasificaciones varían entre las distintas posturas de los autores, se ha descrito consensualmente una variedad sintomática y su respectiva psicopatología que incluye: a) la demencia o enfermedad de Alzheimer –la más frecuente de todas– y su desorganización de las funciones superiores; b) la demencia frontotemporal, por su alteración en la programación de las tareas; c) el síndrome de Korsakoff, por su desorganización temporal de las experiencias; d) la demencia diencefálica caracterizada por su déficit en la tareas perceptivas y psicomotoras y e) la demencia subcortical extrapiramidal por su alteración en la estructuración espacial. Pero esta enfermedad tiene por centro de afectación la condición demencial como causa en todas ellas, misma que recluta además las alteraciones afectivas, de ansiedad o ambas y característicamente cuadros de psicosis.^{28,29}

Ahora bien, de las distintas modalidades clínicas que muestran estos trastornos se ejemplifican con la enfermedad de Alzheimer, considerada como la más frecuente y representativa de todas ellas. Esta conocida entidad nosológica incluye por lo general amnesia, afasia, agnosia, apraxia y otros deterioros cognitivos con variables de desorientación topográfica, deambulación y extravío –de lugar y de persona–, dificultad de cálculo, de atención y de funciones ejecutivas. En muchos casos, la presencia previa de cuadros de depresión, pese a que son comunes y fácilmente observables, no son diagnosticados de manera adecuada o bien, son tratados con dosis subóptimas de fármacos de utilidad limitada, paliativa –de reducida o moderada–, pero no curativa *ad integrum*. Además, aunque la depresión incluso preceda en muchos casos a la demencia, debe considerarse indistintamente como un factor de riesgo de demencia, lo mismo que sus complicaciones, respectivamente.²⁷

El daño cognitivo mostrado en estos cuadros solamente se confunde con el cuadro neuropsiquiátrico llamado pseudodemencia, ya que a menudo existe un claro retardo psicomotor, apatía, alteraciones de sueño, apetito disminuido, llanto fácil y varias expresiones de tristeza en el contexto más o menos marcado de la inestabilidad emocional. Al respecto, cabe señalar que la valoración clínica del estado de ánimo o la psicosis es difícil en estos trastornos. Por ejemplo, los índices depresivos muestran una variación amplia, de modo que los episodios depresivos graves alcanzan 10% de los casos; en los cuadros depresivos menores la cifra se acerca a 25% y en los rasgos depresivos más leves se

aglutan hasta 50% de los casos. De cualquier modo muy a menudo están presentes. Sus alteraciones más comunes se centran en la atención, la velocidad de procesamiento mental, la memoria y las funciones ejecutivas.²⁹

El diagnóstico diferencial es a la vez de importancia clínica y terapéutica. Por ejemplo, en la pseudodemencia histérica y en la demencia ficticia ni el patrón de alteración neuropsicológica, ni las expresiones o la autonomía funcional corresponden a los patrones de demencia comunes. Estos pacientes se reconocen porque muestran con frecuencia distintos tipos de trastornos de la personalidad, ya que en la historia del trastorno ficticio aparecen “ganancias secundarias” más o menos explícitas a identificar por el clínico. Por ello, como recomendación práctica nacida de la experiencia de la observación y el manejo deben valorarse los aspectos sistémicos, neurológicos, cognitivos, psicopatológicos y funcionales en todo paciente que consulta por trastornos cognitivos.²⁷

El manejo debe reunir los aspectos biopsicosociales de las personas de la manera complementaria lo más clara posible, por lo que su enfoque multidimensional actualmente más favorable incluye además los aspectos psicosociales relativos al cuidador. Ambos aspectos biológicos y psicológicos del proceso deben explorarse con cuidado. Los tipos de abordaje terapéutico farmacológico, psicoterapéutico y social deben brindarse al paciente afectado de demencia en forma conjunta, cuidadosa y siempre supervisada. En esta empresa de atención individualizada la orientación y apoyo a sus familiares y al cuidador simultáneamente son así mismo fundamentales, lo que plantea el espíritu de las “mejores prácticas”; no obstante, aun cuando exista un pronóstico terapéutico deficiente advertido, no debe implicar de manera alguna que dejen de aplicarse a todos los pacientes portadores de demencia, si bien en muchos casos no existe la posibilidad de obtener los resultados esperados por el personal de salud, los familiares y amigos de los afectados.^{17,30} Respecto del abordaje terapéutico, los antidepresivos deben prescribirse cuando exista o se sospeche algún tipo de demencia con síntomas depresivos o bien cuando haya otra causa alternativa presente de malestar afectivo. Sin embargo, deben evitarse los antidepresivos tricíclicos por su efecto anticolinérgico que contribuye al deterioro cognitivo en estos pacientes, en especial en aquéllos de edad avanzada o en quienes observen mala condición de salud. Debe considerarse así mismo que otros trastornos psiquiátricos crónicos como la esquizofrenia u otras psicosis, los trastornos de ansiedad, los

de personalidad, el trastorno bipolar y la dependencia de psicótropicos, entre varios más, pueden producir un deterioro cognitivo intenso.

Un aspecto que no debe omitirse es que el paciente con demencia en situación de vida residencial o cuando atraviesa un estado grave, se tornará más propenso a la depresión que si vive con su familia, debido a la ausencia de la cercanía protectora de sus seres queridos, del acostumbrado afecto recibido, los cuidados habituales y la familiaridad ambiental que le rodea en su hogar, entre otros decisivos factores partícipes. Por otra parte, el desarrollo del síndrome de *burned out* llamado también de fatiga del cuidador que contribuye al conjunto disfuncional, tiende a elevar la cifra de la depresión y la ansiedad en estos pacientes, alcanzando hasta 85% de los casos complicados con alteraciones afectivas.

La descripción clínica del paciente con demencia a menudo refiere que éste en raras ocasiones puede tener muestras de sentimientos de alegría, hipomanía y desinhibición en forma de brotes autolimitados. Por ejemplo, cuando aparece en muchos de ellos la sintomatología psicótica o la depresión, se potencia la dificultad sinérgica que dificulta la determinación del delirio y/o las alucinaciones debidas tanto a las propias manifestaciones expresadas como a su escasa colaboración con el personal clínico.¹ Las cifras conocidas al respecto son claras, de 10 a 50% de los pacientes con demencia en situación residencial tiene ideas delirantes y de 10 a 25% tiene alucinaciones auditivas. El cambio de personalidad que, aunque es difícil de evidenciar por personal no adiestrado, se observa como algo constatable y que no debe subestimarse ni omitirse clínicamente a efecto de completar el abordaje integral del paciente como parte de su diagnóstico global, aplicable a cada caso.

Todo lo anterior se vincula al deterioro cognitivo que incapacita al afectado a reconocer a sus seres queridos y cuidadores, por la alteración funcional que induce la falta de comprensión e interacción con el exterior²⁸ derivada de los cambios estructurales de las neuronas. Esta condición afectará a todo aquél que conviva con el paciente con demencia. De hecho, se ha descrito el cuadro como una afectación franca en todos los que observen el deterioro de la personalidad del paciente, por lo que vivirá un "duelo en vida". En otras palabras, el paciente está ahí pero "desaparece", ya no está ni estará jamás como antes... condición trágica que aunque difícil de aceptar, es obligación profesional del personal de salud asistir a los pacientes y a sus familiares en trances tan conmovedores como

éstos.³¹ Y ya que la pérdida de la conciencia tanto como de la respuesta normal al entorno entre los familiares y cuidadores es impactante, se recomienda que reaccionen lo mejor posible acorde a las circunstancias, es decir en forma efectiva y contenida.

Los pacientes con demencia pueden presentar reacciones breves "catastróficas" de ansiedad como lo describe Goldstein, cuando viven ciertas situaciones de tipo "no anticipables" –ya sea de carácter interno o externo– que por ser interpretadas desde su alteración mental y por salirse de su control no pueden evitarlas, se viven como amenazantes. La reacción se caracteriza por un estado confuso súbito y autolimitado que ocurre en el contexto de una crisis de pánico que el cuidador debe contener. Las personas de su entorno a menudo las malinterpretan como más intensas y graves de lo que son, o bien las subestiman al no comprender las circunstancias de la enfermedad y el tipo banal de estímulo que hace al paciente reaccionar frente a ellas. Estas crisis no deben juzgarse respecto de la intencionalidad ni de quién o qué las produce, dado que obedecen a la dinámica psíquica involuntaria y/o a las condiciones que el trastorno atraviesa en ese momento. Tal pérdida del sentido de la lógica cotidiana que aparece en ellos, mostrada en sus diversas interacciones, es percibida por lo general como algo equivocado, negativo e indeseable por casi todas las personas a su alrededor, quienes tienden a reaccionar acorde a sus propios sentimientos y en términos del vínculo con el paciente en el pasado. Ese lazo suele proyectar la expectativa de un deseo inconsciente propio frente a la crisis que no comprenden, les hace "erigir una conducta de idealización" exigiendo a través de "un deber ser" deseable, socialmente hablando, que no es posible mostrar, lo cual aunque es completamente entendible, sólo los aleja de la comprensión de la circunstancia del momento que oblitera la aceptación y la condición irreparable, pero real del presente. Ahora, tratándose del inicio de la demencia de un paciente que tiene propensión a complicaciones tanto físicas como emocionales conforme ésta se agrava por la presencia o incremento de la depresión, el cuadro se volverá más proclive a la psicosis.

Por ejemplo, la condición de cambio de personalidad genera un afecto inadecuado, una desinhibición general en la conducta sexual que se torna inapropiada en un impulso irrefrenable. También la agresividad manifiesta en brotes aislados suele asociarse a cuadros psicóticos y/o al cambio drástico que la personalidad va adquiriendo conforme se de-

teriora.²⁸ Además, la deambulación sin destino, que vuelve complejo el cuadro, que deriva al parecer de la confusión topográfica por el deseo de ir al baño o comer, por el aburrimiento, la ansiedad, etc., la hacen ver como un agravamiento de su condición, sumada al cambio de los hábitos alimentarios, de sueño, la incontinencia de esfínteres y la presencia de confusión vespertina –síntoma conocido como “propio” de la demencia y el *delirium*– le indican al observador externo un desarrollo del deterioro vinculado estrechamente a un peor pronóstico, no obstante que en muchos de estos últimos existe el deseo de la pronta mejoría, incluso de su familiar o paciente a cargo. Conforme avanza el trastorno se aprecia un final evolutivo drástico con el cambio total de personalidad, entre otros cambios severos llegan a producirse vocalizaciones excesivas e inapropiadas en forma de gritos y gruñidos.^{26,27}

Frente a esta condición evolutiva e ineludible de los trastornos crónicos, los médicos y el personal de salud sienten una fuerte frustración que deberían atender apropiadamente con apoyo profesional. El propósito de la atención médica y psicológica se dirige a prevenir, tratar y a rehabilitar en la medida de las posibilidades de cada caso y de los recursos y condiciones de manejo a través de la resolución de los síntomas de los afectados y de la mejoría factible de la circunstancia de su entorno inmediato. Pero debido a sus propias condiciones en estos pacientes, los objetivos pueden no ser tan obvios, difiriendo mucho a lo largo del tiempo a causa de sus necesidades individuales que reclaman una adaptación constante.

De hecho, el manejo actual de este problema en la sociedad médica mundial parte de que no existe un único modelo de tratamiento y los alternativos no han probado ser mejores unos que otros, por lo que el tratamiento que se instaure ha de diseñarse de forma individual, como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud. En muchos países los neurólogos y/o gerontólogos aplican los manejos; en otros, el equipo de psiquiatras y gerontopsiquiatras son quienes ofrecen los servicios especializados y en otros más, se atienden en el nivel primario con el apoyo de las redes sociales. Por esa razón, cada abordaje puede diferir del otro por las diversas situaciones participantes: filosóficas, de políticas institucionales, teórico-prácticas, económicas, educativas, etc. De cualquier modo, el manejo permanece sintomático utilizando antidepresivos selectivos de recaptura de serotonina, ansiolíticos como las benzodiacepinas u otros fármacos equivalentes, antipsicóticos y otras medicaciones para uso paliativo

a dosis bajas, bajo el esquema de dosis-respuesta, controladas por una supervisión constante.

Se han prescrito por muchos años diversos psicoestimulantes como el ginseng, la cafeína, nicotina y otros que no han probado mayor eficacia documentada. La recomendación más aceptada es evitar en la medida de lo posible la habitual polifarmacia de los pacientes mayores, que ha sido y sigue siendo un problema en los pacientes geriátricos en todo el mundo. Algunas de las sustancias más utilizadas específicamente contra el déficit cognitivo son: el donepezilo c/12 h (10 mg/día dosis máxima); la galantamina c/12 h (32 mg/día dosis máxima); la rivastigmina c/12 h (12 mg/día dosis máxima); la memantina 20 mg (una vez al día, no se recomienda aumento de la dosis) y el uso de otros recursos inespecíficos que actualmente continúan en desarrollo.³² En cuanto a la psicoterapia, se prefiere su aplicación breve, intensa con metas a corto plazo, por su carácter individualizador la terapia se centra en la persona. Las terapias sensoriales y otras psicoterapias utilizadas y aplicables a objetivos específicos y concretos pueden ser útiles: la terapia conductual, la terapia motora, la musicoterapia, la terapia de reminiscencias, la terapia de orientación de la realidad, el manejo del medioambiente y el tratamiento para familias y cuidadores de pacientes. Pero todas las actividades señaladas deben considerar el mejoramiento de la calidad de vida como objetivo del abordaje de todo paciente, sin importar su condición. No obstante, en el caso de los pacientes con demencia es más difícil establecer dichos límites, dada la pérdida precoz de su activación. Tal valoración debe realizarla en forma conjunta el médico, la familia del paciente y el personal de salud encargado en una serie de reuniones acordadas por metas y con antelación. Para tal efecto se ha recomendado como fundamental la dieta baja en carbohidratos –que tanto gusta a las personas mayores–, tipo mediterránea, con frutas y verduras, cereales, cúrcuma y otros vegetales, el vino tinto –no más de dos copas al día–, el ejercicio moderado (30 min al día), reducir el peso excesivo y prevenir la extrema delgadez, realizar actividades que estimulen la capacidad cognitiva, la lectura, declamación y otros recursos como el canto y el baile –en especial los juegos duales o simultáneos–.

Como complemento, se señala la participación del estudio del consejo genético para apoyar a la familia, debido a la preocupación por la enfermedad y sus alcances de los familiares cercanos sobre los descendientes, que es un asunto delicado que reclama cuidado, pues muestra dos aspectos opuestos y simultáneos, en términos de una ambivalencia conceptual sobre

la existencia propia y la de otros: el deseo de saber y el de no saber, que unidos a sus consecuencias no resultan fáciles de aceptar y manejar.

Ninguna de las medidas señaladas han sido irrefutables hasta ahora y las recomendaciones siguen siendo por demás inespecíficas, ya que ni el manejo exitoso ni la prevención de la enfermedad de Alzheimer se han probado bajo argumentos científicos, sólo queda acercarse lo más posible a la información profesional para tomar de ella la que probadamente sea más útil. Véase por ejemplo, que años atrás se difundió la noción de que el consumo intenso de tabaco –por el efecto estimulante de la nicotina– ayudaría a la regeneración neuronal, actualmente ha sido desechada, por lo que será más conveniente seguir la actualización de los informes de la literatura.¹⁹

En cualquier caso, el manejo del entorno inmediato destaca la necesidad de formar y mantener un círculo propositivo y adecuado a las condiciones de cada paciente. La calidad de vida observada bajo la situación vital de los pacientes tiende a parecer en general escasa y lastimera. Pero habrá que analizar objetiva y cuidadosamente este tema tendiente al cambio y a la mejora para su posible aceptación y las conductas consecuentes a la luz de una realidad inobjetable, desprovista de sentimientos de culpa, ansiedades, preocupaciones irrelevantes, etc., de quienes la valoren.

Por otro lado, el paciente con demencia involuntariamente y sin percatación disminuye su repertorio emocional, vive con pocas actividades placenteras y una considerable minusvalía que no le permite compartir y menos aun modificar la percepción negativa sobre él por parte de las personas de su medio, pues su comprensión alterada le hace inasible a la realidad. Su calidad de vida llega a ser tan dolorosa y cuestionable que llama la atención el hecho de que incluso si no parece afectarlo, se asemeja claramente a la condición de aquellas personas que padecen patologías no controladas que incrementan el deterioro, como la hipertensión y la diabetes que producen aceleramiento de la apoptosis, aun cuando en ellos no ha desaparecido la capacidad de percepción y no obstante esta capacidad puede ser anublada por mecanismos involuntarios de negación de la realidad. Es decir, la falta de percepción en las personas enfermas de Alzheimer, como en otras muchas patologías, no elimina el daño existente ni su evolución, por lo que se requiere la unión de las voluntades realistas de todos los participantes encaminadas a protegerlo lo mejor posible.

Sin embargo, esta lastimera condición que afecta a los cuidadores, los familiares y demás personas de

su entorno ocurre en distinta cuantía, forma y profundidad. Por tanto, el objetivo es lograr una previsión global estimulante, protectora y segura que incluya la asistencia higiénica y adecuada requerida en cada paso del proceso hasta su desenlace final, que debe incluir a los cuidadores. En éste deben participar lo más posible, el médico, la enfermera psiquiátrica/comunitaria, los servicios sociales necesarios en cada caso y el terapeuta ocupacional –aunque no siempre es factible su convergencia y participación–. Es el trabajo de un equipo multidisciplinario integrado y coordinado por un solo responsable.¹⁹

CONCLUSIÓN

Es deseable mantener a los pacientes con demencia en su casa, rodeados de los cuidados básicos y la protección familiar, salvo en caso de obtener otro beneficio mayor. De hecho, la experiencia señala que bajo tales condiciones pueden estar mejor cuidados y supervisados.

El problema para obtener un beneficio en forma privada no siempre resulta fácil por los costos elevados, en cuyo caso debe asignarse la mejor opción posible a efecto de brindar el cuidado adecuado para el familiar en cuestión. En este contexto precisa todavía discutirse hasta resolver estos problemas y otros temas éticos como parte del trastorno demencial de que se trate. La aparición de tratamientos específicos y técnicas de modificación de la enfermedad plantea una cuestión difícil al alargar la vida de los pacientes con demencia. Lo anterior nos hace reflexionar sobre ciertos cuestionamientos: si el médico, el cuidador y los familiares consideran de baja calidad la vida del paciente con demencia, ¿es justo prolongar la existencia en tales condiciones?

Por ello, la pregunta desde la ética humanista de la medicina es: ¿debe continuarse el manejo sin límite a pesar de no existir cambios significativos? o ¿debe acaso permitirse a los cuidadores y familiares determinar los mejores intereses del paciente con demencia y costos del manejo? De cualquier forma habrá que revisar y valorar con cuidado cada caso en particular antes de decidir una conducta a seguir. En consecuencia se hace pertinente y adecuado observar las recomendaciones aceptadas para la atención institucional: a) facilitar a estos pacientes el acceso a los servicios clínicos con base en presupuestos adecuados; b) disponer de personal adecuado a para atender esta necesidad social en incremento; c) orientar y mejorar la demanda institucional de esta patología; d) educar al personal

de salud, capacitar y supervisar a cuidadores y ayudar a los familiares en torno al paciente con demencia.²⁷

Cabe enfatizar por último que la población en cualquier sociedad del mundo y la sobrevida alcanzada van en aumento. Si no se comprenden y mejoran las acciones actuales destinadas a facilitar la salud y la vejez de los seres humanos a través de políticas sociales *ad hoc* de alcance internacional, el futuro cercano nos depara una condición mórbida incómoda e inadecuada. Recordemos que el éxito de una sociedad se refleja en la forma en la que han llegado sus miembros a la vejez.³

BIBLIOGRAFÍA

1. Draper B. Training in old age psychiatry. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003; 18 (8): 683-685.
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 1998. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 1998.
3. Souza y Machorro M. *Curso Teoría de la Farmacodependencia I. Maestría en Psicoterapia de las Adicciones*. Colegio Internacional de Educación Superior, CIES/SEP. CDMX, México Junio 11, 2017cita
4. Gutiérrez L. El proceso de la transición epidemiológica. DEMOS. 2001; 14: 8-9.
5. Ham R. El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. México, D.F.: El Colegio de la Frontera Norte-Miguel Ángel Porrúa; 2003.
6. Negrete M. Distribución geográfica de la población mayor. DEMOS. 2001; 14: 18-20.
7. Gómez-Montes JF, Curcio-Borrero CL, Gómez-Gómez DE. Evaluación de la salud de los ancianos. Manizales: Universidad de Caldas; 1995.
8. Souza y Machorro M. Imagenología, neurociencia y adicciones. *Rev Mex Neuroci*. 2006; 7 (4): 278-281.
9. Cigolle CT, Langa KM, Kabeto MU, Tian Z, Blaum CS. Geriatric conditions and disability: the Health and Retirement Study. *Ann Intern Med*. 2007; 147 (3): 156-164.
10. Escobar A. El retorno de la Neurología y la Psiquiatría a la Neuropsiquiatría. *Rev Mex Neuroci*. 2005; 6 (6): 478-479.
11. Souza y Machorro M, Cruz-Moreno L, Díaz-Barriga SL, Guisacruz VM. Toxicología y manejo de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. *Rev Mex Neuroci*. 2007; 8 (2): 170-188.
12. Souza y Machorro M. Psiquiatría de las adicciones. México: Editorial Fondo de Cultura Económica; 2010.
13. Daglish M, Lingford-Hughes A, Nutt D. Human functional neuroimaging connectivity research in dependence. *Rev Neurosci*. 2005; 16 (2): 151-157.
14. Pedrero-Pérez EJ. Fundamentos neurobiológicos de las adicciones. España: Sociedad Española de Toxicomanías. Plan Nacional Sobre Sustancias Psicotrópicas; 2016.
15. Belcher AM, Volkow ND, Moeller FG, Ferré S. Personality traits and vulnerability or resilience to substance use disorders. *Trends Cogn Sci*. 2014; 18 (4): 211-217.
16. World Health Organization. *Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Geneva: WHO; 2010.
17. McLaren N. *Humanizando la locura, la psiquiatría y las neurociencias cognitivas*. Future Psychiatry Press; 2007. Ann Arbor, Michigan, 2007.
18. Matochik J. *Alcoholism Research and neuroimaging: implications for treatment*. Neuro-psychiatry, Addiction, Alcohol Abuse. *Psychiatric News*, APA. March 7, 2013.
19. Sosa AL. *Demencias. III Curso Post APA*. México, 2017. Laboratorios Armstrong, Asofarma, Schwabe Pharma, Lundbeck, Novartis, Sanfer, Shire y Torrent. Salón a Hotel Fiesta Inn. Pedregal de Carrasco. Ciudad de México. Julio 7, 2017.
20. World Health Organization. *The global status report on alcohol and health 2014*. Geneva: WHO; 2014c. Available in: www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/ [Revisado Julio, 2017].
21. UNCRPD. *United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. 2008. www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm [Revisado Julio, 2017].
22. Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreassen N (eds.). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona, España: Ars Médica; 2004.
23. Robles-Bayón A. *Demencia*. En: Pascual-Gómez J. *Tratado de neurología clínica*. Cap. 30. Barcelona: Ed. Ars Médica; 2009.
24. OMS. *Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. 10a ed. Madrid: Editorial Forma; 1993.
25. American Psychiatric Association. *Guía de Consulta para los criterios diagnósticos del DSM-V*. México: Panamericana; 2014.
26. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan & Sadock's. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
27. Solís B. *Demencias; prevalencia, historia y diagnóstico*. PAC de Psiquiatría 7. Asociación Psiquiátrica Mexicana. México: Intersistemas; 2016.
28. Dening T, Thomas A. *Oxford textbook of old age psychiatry*. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2013.
29. Hiu E, Graham N, Katona C, Tataru N. *Advances in old age psychiatry*. In: Christodoulou GN. *Advances in psychiatry*. Vol. II. Ginebra: World Psychiatric Association; 2005. pp. 119-125.
30. World Health Organization. *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: WHO; 2013.
31. Souza y Machorro M. La ética y el profesionalismo en el personal de salud. Fromm humanismo y psicoanálisis. *Revista Científica del Instituto Mexicano de Psicoanálisis*. 2010; 3: 25-35.
32. Souza y Machorro M. El abordaje biomolecular en la neuropsicopatología. Simposio Bioquimed. Academia Mexicana de Patología Dual, A.C. XXII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. "Psiquiatría: hacia una nueva conciencia social". World Trade Center, Veracruz, Ver. 18-22 de noviembre, 2011.

Correspondencia:
Mario Souza y Machorro
 E-mail: souzaym@yahoo.com