

Demencia, enfermedad de Alzheimer y pseudodemencia: aspectos biológicos y sociales

Sebastiano Fiume*
Dario Fiume**

Summary

The authors believe that since the new classification for dementia was made, psychiatrists and neurologists have been in disagreement. Psychiatrists reject the patient with dementia because an organic damage is of no interest for an active therapy. Neurologists reject him because according to the new biological orientations, specially the viral theories, believe that these patients can only be cured from an organic point of view.

An atrophy of the ventricular system or a certain bradypsichism is enough to consider the patient as dement.

The diagnostics of dementia create serious consequences from a social point of view, as these patients are of no interest and are usually left alone.

The problem of non symptomatic pseudodementias in an organic process is another serious dysfunction which appears more and more frequently in the involutive melancholia.

The author insists on the importance of basing the diagnosis of these cases on anamnesis and on a precise clinical examination.

Resumen

Los autores estiman que desde que se hizo la nueva clasificación de las demencias, han estado en desacuerdo los psiquiatras y los neurólogos. Los psiquiatras rechazan al paciente demenciado quien por tener un daño orgánico es de poco interés para una terapia activa. Los neurólogos lo rechazan porque de acuerdo con las nuevas orientaciones biológicas, en particular las teorías virales, creen que sólo puede curarse a estos pacientes desde un punto de vista orgánico.

Basta que tengan una atrofia del sistema ventricular y un cierto bradipsiquismo para considerar al enfermo como demenciado.

Los diagnósticos de demencia crean graves consecuencias desde el punto de vista social, ya que no se pone suficiente interés en este tipo de enfermos, a los que se abandona a su suerte.

El problema de las pseudodemencias no sintomáticas de un proceso orgánico, es otro grave trastorno cada vez más frecuente en la melancolía involutiva.

El autor insiste en que es muy importante que el diagnóstico de estos casos se apoye en la anamnesis y en un examen clínico preciso.

"Alzheimer: ¿Una epidemia?". Este título, que apareció en octubre de 1985 en una revista médica italiana, es sintomático del problema que nos hemos propuesto tratar.

La interrogante que se suscita por el título, revela el estado de ánimo de quien lo ha escrito. Uno no se puede

de quedar insensible ante el contenido del artículo que afirma que en Estados Unidos hay 25 millones de personas afectadas por esta enfermedad (de las cuales casi 1 millón y medio no están en condiciones de vivir en sociedad), y que en Inglaterra, la situación de las personas mayores de 65 años es muy triste.

Este es un problema muy grave que inesperadamente vino a complicar aún más la de por sí difícil situación de la humanidad.

Esta complicación es gravísima si se piensa que a medida que pase el tiempo este problema se agravará. El patólogo inglés Tomlinson Bernard, al revisar el capítulo de las demencias, consideró como una sola enfermedad a la demencia senil y a la enfermedad de Alzheimer, basándose en la observación de las placas seniles y de las lesiones neurofibrilares. Sin duda alguna, ésta es la verdad en la mayoría de los casos preseniles y en los seniles de hasta 80 años. En algunas personas de edad más avanzada, la demencia se presenta acompañada de muchas placas con escasas lesiones neurofibrilares o hasta sin ellas. Por el contrario, en otros casos, tanto en la edad presenil como en la senil, se pueden encontrar muchas o pocas lesiones neurofibrilares.

Ambas situaciones se pueden considerar como variantes de la enfermedad de Alzheimer. Prácticamente esta es una identidad histológica en la que se basan las demencias y la enfermedad de Alzheimer, aunque hasta hoy día aún no se conocen las causas, las cuales a veces se identifican con un daño genético, y otras, con un defecto enzimático o con la acción de un virus lento no identificado.

Rita Henley Jensen (*Medical Tribune*) (edición italiana del 25/1/1986) dice: "Probablemente esté en el hipocampo el origen de la enfermedad de Alzheimer", y hace referencia a los resultados preliminares de un programa de estudio trienal, dirigido por J. Ball, del Departamento de Patología de la *University of Western Ontario*. El equipo examinó un total de 353, 353 áreas microscópicas para determinar la gravedad de las alteraciones neurológicas producidas por los plexos de las neurofibrillas, por la degeneración granulovascular y por la rarefacción neurocelular. En todos los 36 casos examinados, el hipocampo aparecía gravemente lesionado por lo menos por una de estas clásicas formas de lesión neurónica. Se observó que mientras que un paciente de 91 años no presentaba "placas" de neurofibrillas ni en la capa cortical ni en el hipocampo, en otro de 63 años (ambos con síndrome característico de Alzheimer)

*Profesor de Psiquiatría, Universidad de Roma.

**Neuropsiquiatra del Hospital San Felipe Neri de Roma.

mer), los autores comprobaron la presencia de poquísimas "placas" neuríticas y un número no elevado de plexos únicamente en el hipocampo.

En ambos cerebros era evidente que había una grave alteración destructiva de células nerviosas del hipocampo.

Basándose en estos dos casos, Ball dedujo que los daños de las neuronas, circunscritos al córtex temporal y medial, pueden producir muchas características de una demencia orgánica del tipo descrito por Alzheimer.

Según el autor, la formación del hipocampo es el *locus minoris resistentiae*, y pone en duda la hipótesis de que un déficit cortical del sistema colinérgico sea la causa del deterioro cognoscitivo de los pacientes que presentan demencia progresiva de tipo Alzheimer.

Desde que se hizo esta revisión, el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer se ha vuelto muy frecuente, hasta llegar a la situación actual. Según la bibliografía, hay una marcada tendencia a aumentar los límites de esta enfermedad, pues aparentemente se catalogan con la misma etiqueta enfermedades hasta hoy consideradas diferentes, pertenecientes en su mayoría al sistema extrapiramidal, como la enfermedad de Parkinson, la corea de Huntington o la enfermedad de Wilson.

El punto común entre estos diferentes síndromes está determinado por la presencia más o menos frecuente de placas o de lesiones neurofibrilares y de trastornos psíquicos.

Nos encontramos, por lo tanto, ante otro problema que se ha extendido más allá de lo que se podría imaginar, y que abarca casi todas las enfermedades degenerativas del sistema nervioso.

El número siempre en aumento de pacientes puede deberse, entre otros factores, al alargamiento de la vida, porque si en los últimos 30 ó 40 años la vida del hombre ha logrado llegar a límites inesperados (entre los 70 y los 72 años), es razonable pensar que se multipliquen los casos de enfermedades propias de la vejez.

Por otro lado, a medida que la vida se va alargando, las enfermedades mentales, como la depresión involutiva o la presbifrenia, se presentan con más frecuencia que antes, cuando sólo se manifestaban raramente.

Creemos que a esto han contribuido otros factores de distinta naturaleza, pero ha sido determinante la actitud particular de los psiquiatras, quienes ahora reconocen que ciertos malestares son la reacción normal a los cambios de vida de los ancianos, más que a una enfermedad.

Efectivamente, el papel de los ancianos ha cambiado totalmente. Puede decirse que las nuevas generaciones los rechazan, y que ha disminuido notablemente su influencia en las decisiones que se toman. Con frecuencia padecen trastornos del comportamiento, como tendencia al pesimismo; renuencia a continuar desempeñando un papel activo en la sociedad; desinterés general por las cosas del mundo; bradipsiquia y tendencia al aislamiento. Los psiquiatras consideran que estos cambios son propios de un proceso normal de adaptación a una situación difícil y desagradable, por lo que no le proporcionan al anciano ningún tratamiento.

Pero a veces no es así, pues a menudo los síntomas

constituyen el principio de una depresión involutiva que en esta etapa es muy difícil de diferenciar de una demencia inicial. En parte por falta de tiempo, y también por falta de interés, el psiquiatra renuncia muchas veces a hacer un diagnóstico que habría podido tener un desenlace feliz, y mandan al enfermo (que manifiesta únicamente pérdida de vivacidad) con un internista o con un neurólogo.

Cuando el médico general atiende a un anciano que se encuentra en estas condiciones, efectúa un examen físico, que generalmente no revela nada especial, y prosigue con una serie de investigaciones que incluyen, muy a menudo, pruebas psicológicas y tomografía. Las pruebas son importantes pero no siempre son la clave para resolver el problema diagnóstico, pues la pérdida de la memoria es de poco valor y sólo es determinante si se acompaña de otros datos positivos.

La investigación tomográfica también es discutible. Su importancia en este campo es menor, excepto cuando se trata de diagnosticar un tumor cerebral, pues ya se sabe que el aumento del volumen de todo el sistema ventricular puede ser compatible con un buen rendimiento intelectual y con un comportamiento normal.

El aumento del volumen ventricular, comprobado por la pneumoencefalografía o por la TAC, tiene valor, al igual que los tests psicológicos, sólo si se acompaña de otros síntomas.

De Vanna, Franciosi y Barbierati son de la misma opinión. En su reciente estudio sobre las demencias, discutieron la validez de las pruebas psicológicas y del examen radiológico, mencionando, por ejemplo, las analogías que hay entre la dilatación de los ventrículos que ocurre por igual en las demencias y en la vejez normal, por lo que sería conveniente estudiar más a fondo las encuestas. Sin embargo, coinciden con lo expuesto por Jacoby y Levi (1980), quienes sostienen que en el anciano que no está demenciado, el cuadro de atrofia cortical se relaciona con la disminución de la memoria y de la orientación, mientras que en el que sí lo está, la dilatación ventricular resulta ser el aspecto morfológico que más se relaciona con el déficit cognoscitivo global general. La mayor dilatación del tercer ventrículo, estandarizada a la edad media de la población normal, demuestra ser el parámetro más útil para diferenciar una atrofia relacionada con la demencia senil, de una atrofia debida al envejecimiento normal del cerebro (H. Soininen y col. 1982).

Naser y cols. (1980) han constatado el poco valor densitométrico de la sustancia blanca, a nivel del centro semioval, en aquellos enfermos afectados por la demencia, en comparación con los pacientes de control de la misma edad. Recientemente, Patricia Thomas, en un artículo breve publicado en la *Medical Tribune*, edición italiana del 2/11/1985, titulado "Cuando el paciente trabaja surge la enfermedad de Alzheimer", hace referencia a la hipótesis de R. Morris, profesor de psicología en la *Georgia State University*, quien desde hace años se ocupa de la patología demencial. Según Morris, los pacientes examinados empezaron a tener problemas a raíz de un ascenso o de un cambio de trabajo. "Cuando se trata de calcular la capacidad de estos pacientes para aprender y memorizar, hay que tener en cuenta

que los individuos afectados del síndrome de Alzheimer tienen dificultad para memorizar la nueva información”.

Se comprende que a los ancianos se les dificulte aprender y que su rendimiento pueda empeorar cuando se les coloca frente a una situación nueva, como que los cesaran de un trabajo o los ascendieran.

En ambos casos, la depresión que surge por haber sido despedido o ascendido en el trabajo, puede dar al cuadro sintomatológico una forma inhibida debido más al factor psicológico que al hecho orgánico.

A pesar del valor de estos datos permanece el interrogante acerca del problema diagnóstico, porque la atrofia ventricular y los resultados deficitarios de las pruebas psicológicas (a menos de que se trate de casos declarados) no son suficientes para emitir un diagnóstico exacto. Puede ser fácil diagnosticar los casos declarados, pero es difícil hacerlo en sus primeras etapas, especialmente cuando la sintomatología clínica no es aún muy evidente.

Esta es la razón por la cual al principio de la demencia, la sintomatología se sobrepone frecuentemente al síndrome depresivo en sus comienzos.

Es justamente en estos casos cuando la diferente orientación de los examinadores influye mucho. El internista se basa en las investigaciones que podrían proporcionarle datos para confirmar su hipótesis diagnóstica, mientras que el psiquiatra a menudo prefiere la hipótesis de una adaptación normal a una situación real. El primero, basándose en datos objetivos, aunque no sean de valor absoluto, frecuentemente formula el diagnóstico de demencia que concluye generalmente en sentido negativo, especialmente desde el punto de vista social, debido a que el proceso de la enfermedad es considerado como irreversible. El psiquiatra, a su vez, se va desinteresando cada vez más de este capítulo tan interesante de la patología psíquica, por considerar que la actitud del anciano, más que morbosa, es la consecuencia de su reacción a un cambio real de vida, ya sea desde el punto de vista sentimental o desde el punto de vista práctico. Los aspectos negativos de ambas actitudes son muy graves, especialmente desde el punto de vista social. El diagnóstico de demencia significa que habrá una progresión ineluctable e irreversible hacia un estado psíquico que le impedirá llevar a cabo cualquier actividad y que frecuentemente es incompatible con la permanencia del anciano en su ambiente familiar.

Si desde el punto de vista social, el anciano se halla hoy en día en una situación insegura por su natural marginación, se puede fácilmente imaginar lo que acontecerá cuando el diagnóstico del médico lo considere afectado por una enfermedad que no le permita llevar a cabo ninguna actividad, lo que lo coloca en una situación de aislamiento, lejos de la familia y de la sociedad, mientras llega la hora de su muerte.

Por consiguiente, en cuanto recibe el diagnóstico, empieza a buscar desesperadamente casas de cura, de reposo, de salud (ironía de la suerte, se deberían llamar casas de muerte). En estos sitios, después de un cierto periodo más o menos largo de adaptación, el anciano se transformará, debido al ambiente adverso, en un despojo humano pasivamente condicionado y sujeto a perder ca-

da vez más su independencia y su autonomía.

Este problema es uno de los puntos fundamentales de la psiquiatría social, la cual debería evitar los daños causados por un diagnóstico superficial que contribuye a aumentar las presiones económicas, laborales y familiares, que tienden a eliminar a los ancianos de cualquier tipo de actividad, colocándolos en un inofensivo estado de espera.

Junto con este problema existe otro más grave, que es el resultado de una prognosis más o menos lejana y no de un examen clínico cuidadoso y que se deriva de un error diagnóstico debido, sobre todo, a la falta de información y a la inexperiencia del médico. Nos referimos a la pseudo-demencia.

Hemos insistido mucho sobre el hecho de que la falta de información del médico puede dar como resultado un diagnóstico erróneo que tendrá graves consecuencias desde el punto de vista social.

Esto quedó demostrado durante el primer Congreso de Gerontopsiquiatría, que se celebró en la primavera de este año en Saint Vincent. La pseudo-demencia, en particular la de los ancianos deprimidos, no es una enfermedad nueva, pues se ha estudiado desde hace más de un siglo. En la Clínica de Enfermedades Nerviosas de la Universidad de Roma se ha estudiado esta enfermedad desde hace más de treinta años. Sin embargo, los conferencistas dieron la impresión de que se trataba de algo nuevo, descubierto recientemente. Sabemos que la depresión, en su forma involutiva, puede asumir un aspecto demencial con dificultades aparentemente graves de orientación y de juicio, como consecuencia de un fuerte déficit de la memoria de fijación y de la evocación.

Estos enfermos en nada difieren de los verdaderos dementes pero, al contrario de estos, se curan si reciben el tratamiento correcto. ¡Vaya diferencia! Si es un gran error considerar como demente e incapaz de realizar cualquier actividad a una persona deprimida, éste es mucho más grave si se considera afectado por una enfermedad irreversible a un enfermo que podría curarse si recibe el tratamiento adecuado.

Cuando se encuentra que la sintomatología clínica es grave, como comúnmente ocurre; si los exámenes psicológicos resultan sospechosos; si las investigaciones radiológicas demuestran que hay una atrofia subcortical y ventricular, se formula el diagnóstico de demencia y se abandona al enfermo a su destino. No se le da ningún tratamiento y se le encierra en un ambiente que dificultará su ya de por sí difícil recuperación.

Nos parece inútil señalar los numerosos casos que aparecen en la bibliografía y las sutiles diferencias que pueden observarse en los resultados radiológicos de los ancianos sanos. El diagnóstico de pseudo-demencia se basa en una anamnesis muy evidente con antecedentes de episodios distímicos en la familia o en el mismo individuo; en el principio de la enfermedad (menos lenta que la verdadera demencia) y en las posibles variaciones de la sintomatología durante el curso.

Todos estos datos podrían llevar a un diagnóstico diferente y a formular una prognosis menos pesimista.

No podemos ignorar las dificultades que surgen cuando el aspecto sindrómico elude los criterios nosográficos.

cos conocidos.

Durante un simposio celebrado en Roma en 1965, acerca de la psicología de la vejez, Vella aconsejaba que se evitara formular un diagnóstico equivocado de demencia senil, con la consecuente prognosis de cronicidad, progresividad e irreversibilidad, y abstenerse de asumir una actitud de injustificado pesimismo que elimine la posibilidad de intentar tratamientos.

Por último, Vella recomendaba evitar que el anciano que recibiera un diagnóstico equivocado de demencia incurable, fuera trasladado a un instituto para enfermos crónicos, abandonándolo a su suerte, sin proporcionarle la terapia apropiada, y desarraigarlo de su medio sociocultural, lo que lo llevaría a convertirse, a la larga, en un verdadero demenciado.

Respecto a las modalidades de interferencia entre la depresión y el proceso orgánico cerebral, Callieri y Schiavi formularon las siguientes hipótesis:

- a) Existe la combinación casual de una depresión endógena en un proceso orgánico cerebral.
- b) El proceso cerebral provoca la depresión.
- c) El proceso cerebral se manifiesta como una depresión endógena *sui generis*.
- d) El síndrome depresivo es síntoma del proceso cerebral, por lo tanto, es sintomático exógeno.
- e) La depresión es reactiva psico y fisiogenéticamente, al cuadro cerebral orgánico.

Además, hay que tomar en consideración la hipótesis de Riser, Laboucarie, Peyrevidal-Lacassin y Lacassin, en el sentido de que la atipicidad de la forma depresiva,

bajo la forma de pseudo-demencia, deriva del estado del organismo sobre el cual actúa la depresión.

Por ello se entiende que a medida que hay más ancianos aumentan las formas pseudo-demenciales en las que la depresión adopta aspectos insólitos, aunque no tenga una base orgánica suficientemente deteriorada como para desencadenar el síndrome. Sin embargo, siempre hay una grave alteración de la memoria, empeorada por la inhibición, que es uno de los síntomas fundamentales de la depresión involutiva.

Si consideramos que el número de personas ancianas aumenta constantemente, podemos afirmar que este problema es uno de los más serios del futuro próximo.

No podemos prever cuál será la evolución de los síndromes demenciales y pseudo-demenciales en los próximos años, pero no creemos que se les pueda dar una solución favorable próximamente. Debemos, por lo tanto, modificar nuestra actitud hacia los ancianos, aliviar sus problemas y no agravarlos aislándolos y jubilándolos precozmente.

Por otro lado, cada día hay más ancianos, por lo que éstos deberían mantener sus puestos de trabajo lo que los gratifica y los hace sentirse activos y útiles a la sociedad. Este problema podría solucionarse favorablemente como en Rusia, en donde debido a que los jóvenes deben trabajar en las industrias pesadas o en la agricultura, los ancianos se dedican a tareas menos pesadas, pero no menos necesarias, que los satisfacen y que ayudan al bienestar de la sociedad.

BIBLIOGRAFIA

1. GOTTFRIES C G: Psychiatric aspects of dementia *Psych. in the 80'S* 2(2), 1984.
2. MANN Y COLS: The noradrenergic and multifarct demencias. *J Neurol Neurosurg Psych* 45: 113, 1982.
3. SELTZERB, SHERVIN I: A comparison of clinical features in early and late — onset primary degenerative dementia: one entity or two? *Arch Neurol Chicago* 40: 143, 1983.
4. ESLINGER P J, DAMASIO H, GRAFF RADFORD N, DAMASIO A R: Examining the relationship between computed tomography and neuropsychological measures in normal and demented elderly. *J. Neur Neurosurg Psych* 47: 1319-1325, 1984.
5. ALBERT M, NAESER M, LEVING H, GARVEY A: Ventricular size in patients with presenile dementia of the Alzheimer's type. *Arch Neurol*, 41: 1258-1263, 1984.
6. YERBIN S, SUNDSTEN J N: A new method of measuring brain atrophy. *Neurology* 1316-1320, sept. 1983.
7. DE VANNA M, FRANCIOSI A, BARBIERATO G: *Le Demenze*. Schiapparelli, Torino, 1983.
8. SOININEN Y COLS: EEG and computed tomography in the investigation of patients with senile dementia. *J Neurolog Neurosurg Psych* 45: 711-714 1982.
9. NAESER Y COLS: Decreased CT numbers in patients with senile dementia. *Arch Neur* 37: 401-409 1980.
10. LEPPO LUCIANO, FIUME GARELLI FAUSTO: *La malinconia involutiva*, Arte della stampa, Roma 1966.
11. FIUME GARELLI FAUSTO, FIUME SEBASTIANO: Aspetti demenziali di uno stato depressivo in senile. *Riv di Psich* 1(1) julio-agosto 1956.
12. CALLIERI BRUNO, SCHIAVI ELENA: Considerazioni cliniche e psicopatologiche sulla depressione dell'atrofico cerebrale. *Lav Neurops* 23: 162, 1958.
13. MARIANI E, VELLA G: Considerazioni cliniche su un caso di psicosis maniaco depresiva in eta media, con atrofia corticale e deterioramento intellettivo. *Riv Spec Fren* LXXXVII-IV 1963.
14. VELLA G: Il problema diagnostico della psicosis della età involutiva ad aspetto demenziale. Atti del Convegno sulla psicologia e psicopatologia dell'età senile. *Il pensiero scientifico*. Roma 1965.
15. GE BERRIOS: Depressione pseudodementia or melancholic demencia. A 19 th. century view *J Neu Neuroch Psych* 48: 393-400, 1985.

Para una bibliografía más completa, consulte el volumen de DE VANNA y cols sobre las demencias.