

El rol del psiquiatra en demencias

Humberto Casarotti

Psiquiatra, neurólogo,
médico legista.

Correspondencia:
Presidente Berro 2531.
hcasaro@adinet.com.uy

Resumen

En este artículo se considera: primero, la existencia de un modelo de demencia neuro-cognitivo y otro psiquiátrico y las causas de este estado de cosas; segundo, el rol del psiquiatra cuando la demencia es conceptualizada un trastorno psiquiátrico; tercero, la necesaria distinción entre el proceso orgánico demenciante y el síndrome de demencia con relación a resolver diversos objetivos; cuarto, el interés de la psicopatología en demencia.

Summary

This article examines: first, the existence of two models of dementia, one of a neuro-cognitive origin and another of a psychiatric origin, and the causes that generated this division; second, the role of the psychiatrist when the dementia is conceptualized as a psychiatric disorder. Third, the need for a clear distinction between what is considered dementing illness from dementia syndrome; fourth, the relevance of psychopathology over dementia.

Palabras clave

*Demencia
Enfermedad de Alzheimer
Enfermedad demenciante
Síndrome de demencia
Modelo neuro-cognitivo
Deterioro cognitivo leve
Psicopatología*

Key words

*Dementia
Alzheimer disease
Dementing illness
Dementia syndrome
Neuro-cognitive model
Mild cognitive impairment
Psychopathology*

* La des-psiquiatrización⁴ de los temas psiquiátricos se manifiesta de dos maneras. Por un lado, en la actitud antipsiquiátrica y antipsiquiatras que, gestada a partir de la mitad del siglo XX como respuesta ideológica, buscó “dar solución” a los problemas médicos de esta especialidad. Por otro, como sucede actualmente al pensar que es posible ocuparse de los problemas clínicos psiquiátricos sin formación psiquiátrica.

El presente artículo es una reflexión sobre el modo de encarar en la actualidad las demencias y no una puesta al día de este campo de la praxis psiquiátrica¹⁻³. Puede parecer redundante que al encarar un tema psiquiátrico se hable del “rol del psiquiatra” en ese campo; sin embargo, es necesario hacerlo cuando se toma en cuenta la situación actual. En “puestas al día” de cuestiones psiquiátricas algunos médicos entienden que los temas psiquiátricos han sido por fin “des-psiquiatrizados y devueltos al médico general”^{*}.

Este modo de proceder en la práctica clínica que no sigue las reglas del arte en

afecciones psiquiátricas, es entendible y no tiene mayor significación. Es entendible, porque el abordaje de estos temas⁴ es hecho por médicos inexperientes en el campo psiquiátrico, y no tiene mayor importancia porque en esas situaciones el peso de la realidad de los casos concretos, va llevando a que esos médicos aprendan semiología psiquiátrica, aun cuando ese aprendizaje termine siendo de nivel amateur y no profesional.

Sin embargo, ese modo de actuar se convierte en un problema real cuando es aplicado a los casos de demencia⁵, porque en este campo es posible realizar parcialmente parte del

trabajo clínico, aunque los modelos que se apliquen sean insuficientes y reiteren etapas que la psiquiatría superó en su evolución. El modelo cognitivista de demencia con que la neurociencia actual trabaja se acerca mucho a las características del modelo mecanicista con que la psiquiatría funcionó durante el siglo XIX. Aquel modelo separaba “lo intelectual” de “lo afectivo”, y el actual separa los “trastornos cognitivos” de los demás “trastornos psiquiátricos”, llamándolos “conductuales”. Aquel modelo entendía el sustrato orgánico de los trastornos mentales al modo de la organicidad focal neurológica, y el actual, favorecido por los desarrollos tecnológicos, tiende a evolucionar hacia un mapeo de la vida mental en el cerebro, como forma moderna de la frenología del siglo XIX⁶.

Este modelo anacrónico continúa siendo utilizado en las formas de patología mental que antes eran denominadas “trastornos mentales orgánicos”. En estas afecciones donde el déficit intelectual es lo más relevante, y donde la organicidad es evidente, la aplicación de un modelo neuro-cognitivista aparece como natural y hasta intuitiva. En realidad, este modelo sólo puede ser aplicado cuando el investigador se refiere a la demencia en período de estado, donde es evidente para todos, y cuando la finalidad es identificar el proceso orgánico demenciante para intentar su curación. En cambio ese modelo muestra sus limitaciones y determina numerosas contradicciones cuando el objetivo es diferenciar la amnesia del envejecimiento normal, de la amnesia psicopatológica de la demencia.

En este trabajo se tratan cuatro puntos: primero, la existencia de dos modelos de demencia como sustrato de la actividad médica y las causas que han llevado a esta división; segundo, la asistencia de los pacientes considerando a la demencia un trastorno psiquiátrico; tercero, necesidad de distinguir entre proceso orgánico y síndrome de demencia, para resolver diversos objetivos y cuarto, la importancia de la reflexión psicopatológica en demencia.

El análisis de los puntos señalados se realiza teniendo como telón de fondo el proceso demenciante de tipo neurodegenerativo de la enfermedad de Alzheimer, por tres razones:

1) porque sus manifestaciones son propiamente geriátricas, dado que habitualmente se inicia alrededor de los 70 años; 2) porque es el proceso demenciante que presenta diferentes formas de inicio: la mayoría con amnesia anterógrada y progresivamente retrógrada con conservación de la sociabilidad; a veces de forma simple con decadencia típica, especialmente amnésica con gran conformidad y fachada viviendo en un mundo demencial “deshilachado”; otras, con sintomatología psiquiátrica de carácter más o menos agudo: estados de excitación, estados depresivos, experiencias alucinatorias, referencias delirantes, etc.; 3) porque el hecho de ser un trastorno mental que se instala lentamente y persiste en el tiempo, da a este síndrome de empobrecimiento una perspectiva más rica en lo psicopatológico y más significativa del punto de vista sintomático, sobre todo en el período inicial, muy impregnado por los aspectos personales del paciente.

I. La demencia considerada un “trastorno neurocognitivo” o un “trastorno psiquiátrico”

En la actualidad el área de la demencia se presenta dividida como consecuencia de los dos modelos con que se piensa a este trastorno psicopatológico: la demencia es considerada un trastorno cognitivo separable de los síndromes psiquiátricos o la demencia es conceptuada como un trastorno psiquiátrico. En realidad esta diferencia es académica porque desaparece cuando los médicos se responsabilizan de la atención global del paciente, ya que lo que se separa como “trastorno cognitivo”, manejable por no psiquiatras y evaluable mediante tests, en la asistencia concreta se evidencia como un trastorno psiquiátrico “indivisible”, que obliga a los médicos a hablar el lenguaje psiquiátrico, con o sin conocimiento específico.

De todos modos, la diferencia conceptual persiste de acuerdo con el papel que debe cumplir el psiquiatra en cada modelo.

Cuando la demencia es conceptuada un trastorno psiquiátrico –de acuerdo con los conceptos que subtienden los sistemas diag-

nósticos actuales—: a) como una forma de vida mental regresiva, especificada como déficit global y profundo de la capacidad de adquirir y de juzgar, que altera la adaptación en la vida diaria; b) como una alteración que hay que identificar y diferenciar de los otros procesos psicopatológicos, y en ese caso corresponderán al psiquiatra deberes semejantes a los que tiene en relación con los demás trastornos mentales. Desde el punto de vista diagnóstico deberá: 1) diagnosticar según las reglas semiológicas adecuadas, 2) investigar las causas y las alteraciones del sistema nervioso, 3) analizar los mecanismos psíquicos (patogenia) según los cuales se organiza la sintomatología, y 4) tratar de acuerdo con las reglas del saber hacer psiquiátrico.

En cambio, el papel del psiquiatra es muy diferente cuando la demencia es conceptualizada un “trastorno cognitivo” (o como se dice actualmente: un trastorno “neurocognitivo”, “neuropsicológico”, un capítulo de la “neurología comportamental”), un trastorno al que se pueden sumar o no, lo que los cognitivistas llaman “trastornos conductuales” (depresión, excitación, delirio, confusión, alteraciones de la personalidad). En esta dicotomía, lo cognitivo es responsabilidad del neurólogo, quedando el psiquiatra limitado a ocuparse de los trastornos psíquicos no-cognitivos. El campo del neurólogo es claro porque se va a ocupar del diagnóstico de demencia mediante tests neuropsicológicos, así como de la indicación de los fármacos para mejorar la cognición, y también de aplicar estrategias de recuperación de la memoria. Pero el psiquiatra que se ve obligado a trabajar dentro de ese esquema dicotómico que va en contra de los hechos clínicos, se encuentra en un campo problemático. De acuerdo con su formación: no comprende bien la separación de trastornos cognitivos y no-cognitivos, se ve obligado a pedir tests neuropsicológicos que en general no le ilustran su diagnóstico y no le aclaran cuánto interfieren en el rendimiento intelectual de sus pacientes las alteraciones depresivas y confusionales, e incluso en algunos servicios médicos no puede solicitar estudios paraclínicos. Y sin embargo, a pesar de todas esas limitaciones, seguirá siendo el médico responsable de la atención del paciente demente, en razón de que la demencia es un

trastorno psiquiátrico. El psiquiatra o quien logre formación en esta especialidad médica será quien lo asistirá por años, llamado a lo largo de la evolución para ocuparse de los actos “desordenados” del paciente cuando se descompensa por excitación, depresión o confusión.

¿Cómo y por qué la evolución del saber médico ha llevado a que los psiquiatras, para encarar la demencia, que es un trastorno psiquiátrico, deban hacerlo dentro de un modelo neurológico-cognitivo que no responde a la realidad de los hechos clínicos?

La demencia ingresa al saber médico como un trastorno estudiado por los alienistas, caracterizado por ser un balance intelectual negativo. La demencia es un deterioro global y profundo de la vida mental en que el paciente pierde su capital de valores lógicos, sociales y morales. Si bien todos los trastornos psiquiátricos se caracterizan por ser alteraciones de la capacidad de adaptación del individuo al problema presente, en la demencia esa alteración es máxima, ya que el paciente demente ni siquiera puede plantearse el presente como problema.

Con relación al estudio de la memoria algunos historiadores⁷ distinguen dos etapas: una época oscura y otra científica, una antes y otra después de Ebbinghaus, el psicólogo que comenzó con la medición de la función de la memoria.

En la llamada “edad oscura” la memoria era estudiada de modo cualitativo, método que fundamentado en la observación clínica era de utilidad evidente en el trabajo cotidiano. Los alienistas primero y después los psiquiatras fueron estableciendo dentro del concepto global de “déficit mental”, el de déficit demencial, diferenciándolo del déficit del retardo mental, y de los déficit operacionales determinados por la confusión mental y por los trastornos del humor, y hacia fines del siglo XIX, también del déficit específico de la demencia vesánica⁸. En todos estos estudios el interés se orientaba hacia el análisis de los problemas que eran significativos para el clínico de “lo mental”. Los estudios analizaban globalmente los trastornos de la actividad de memorizar: las dismnesias, las paramnesias, la ecmnesia, la

amnesia disociativa, los estados segundos, etc., y no sólo el déficit de memoria o amnesia.

Después de las investigaciones de Ebbinghaus comenzó lo que ha sido llamado el “paradigma científico” del estudio de la memoria. En este período la memoria fue estudiada cuantitativamente mediante tests, en el contexto de los laboratorios, por lo cual esos tests no tenían mayor influencia en la práctica clínica.

El largo proceso de testar la actividad de memoria “a la Ebbinghaus”, sobre la base del concepto de que lo cuantitativo capturaba más información que los estudios cualitativos, fue haciendo que el síndrome demencial fuese estudiado de modo más cuantitativo que cualitativo, con lo cual la amnesia pasó a convertirse en “el” síntoma de la demencia. Los psicólogos en el laboratorio, en razón de su metodología, fueron transformando a la demencia en un “trastorno intelectual”, reduciéndola progresivamente a ser un “trastorno de memoria” medible por tests. De ese modo, el estudio de la memoria, desconectándose progresivamente de las situaciones reales de la vida, terminó convertido en un “análisis de laboratorio”, en otro estudio paraclínico. La ciencia de la memoria perdió la riqueza semiológica de la primera etapa en la cual, dependiendo de la observación clínica y basada en el relato anamnésico, mantenía contacto con la memoria del paciente en su vida real⁹.

Este concepto de la memoria como acción propiamente vital, es destacado por G. E. Berrios al referirse al valor de los estudios clínicos que analizando las alteraciones amnésicas, hipermnésicas, paramnésicas, etc., tomaban en cuenta el contexto psicológico y social de la memorización. Dicho autor señala que estos estudios fueron desarrollados con profundidad por la escuela de Estrasburgo, fundamentalmente por Ch. Blondel¹⁰ y otros autores, quienes se refirieron a la “memoria colectiva o social”. Planteando que recordar el pasado personal o memoria autobiográfica es una acción inseparable de los marcos sociales y culturales, insistían en que a la reconstrucción imaginativa de la memoria personal se agrega lo que podría llamarse un saber inferido. Cada período de la vida está estructurado, gobernado por redes diferentes

que también son memorizadas. Dos ejemplos de esta memoria viviente y enmarcada por los contextos vitales que hacen de la memorización una actividad de evaluación más compleja que la que proporcionan los tests son: a) la disonancia que se da entre la vivencia actual y la que se recuerda de los lugares habitados en la infancia, y b) la dificultad con que una persona recuerda partes importantes de su biografía personal después del fallecimiento de su pareja.

Durante la etapa cualitativa de los estudios de la memoria fueron identificadas dos de las características de esta actividad mental: la de “conservación” y la de “recuperación”. La primera expresada en metáforas espaciales como grabación, almacenamiento (que ubicaban a la memoria en el espacio del cuerpo), y la segunda referida en cambio en términos más temporales, “buscar”, “re-conocer”, “recordar” (metáforas de acciones en el tiempo que se referían a un agente que se esfuerza, que selecciona, que busca).

Estos estudios anamnésicos y cualitativos sufren un cambio decisivo alrededor de 1960, cuando las hipótesis de la psicología cognitiva empezaron a aplicarse a los síndromes mentales¹¹. Esa aplicación, al igual que para el resto de la patología mental, comenzó siendo una lectura cognitivista de las demencias y terminó por convertirse en el modelo cognitivo de las demencias. Modelo cognitivo que incrementó con rapidez su desarrollo al aliarse al desarrollo de las neurociencias, que a su vez se veían facilitadas en sus hipótesis por los estudios cuantitativos de la memoria. Con lo cual la demencia dejó de ser pensada como una forma de vida mental regresiva caracterizada por la involución profunda del juicio, por la pérdida de la “natura lógica”, para pasar a ser considerada a fines del siglo XX un trastorno cognitivo.

El estado actual se estableció cuando la aplicación de este modelo cognitivo y neurocientífico de la memoria adecuado en el laboratorio pero no en la práctica clínico-psiquiátrica, sustituyó a la semiología que es necesaria para evaluar el estado mental de una persona mayor que “se queja de la memoria”, y esta sustitución ha dividido el estudio de los pacientes con demencia, cuyo trastorno

definido por todos como psiquiátrico es sin embargo conceptualizado como neuro-cognitivo. Pero esa división que influye en la asistencia no puede ir contra la naturaleza de los hechos clínicos. Los pacientes con demencia por sufrir un trastorno mental siguen siendo asistidos por quienes con formación psiquiátrica pueden responsabilizarse de su asistencia (de su “prise en charge” como dicen los franceses).

II. Asistencia de los pacientes conceptualizando a la demencia como un trastorno psiquiátrico

Asumiendo que el paradigma de la práctica clínica es el modelo psiquiátrico, los roles del médico que trabaja con pacientes dementes pasan a estar reglados por lo que especifica a la psiquiatría como rama médica.

1. En primer lugar, la psiquiatría afirma actualmente: a) que la enfermedad mental es mental en su estructura y orgánica en su causa; b) que esa estructura es cualitativamente diferente a la estructura de las formas de vida mental normal; c) que las diversas fisonomías patológicas formateadas por el desorden somático que “a-normaliza” la vida mental, exigen la semiología psiquiátrica*; y d) que todas esas estructuras patológicas se caracterizan por un déficit psíquico y por reacciones mentales subsistentes. Incluso en el síndrome demencial donde predomina lo deficitario, también está presente la reacción psíquica, aunque como dice H. Ey esa reacción esté reducida a ser un margen, una banda fantasmática angostada.

2. En segundo lugar, la psiquiatría parece evolucionar hacia una distinción¹² dentro de los tipos psicopatológicos, los que son determinados por desorganización del orden de conciencia actual y los que lo son por alteración de las estructuras de la personalidad. Esa distinción facilita el estudio clínico de los pacientes con demencia, porque constituye una poderosa estrategia semiológica para poder diferenciar el déficit intelectual demencial de los déficit operacionales provocados por los trastornos depresivos y los confusionales.

3. Finalmente, la psiquiatría ha separado el proceso orgánico patógeno del tipo psicopatológico que determina. Esta distinción entre proceso orgánico patógeno y síndrome psiquiátrico es fundamental en los casos de demencias, y es precisamente en la demencia de Alzheimer donde, por su prolongada duración, esa distinción se hace más evidente. Una persona que padece el proceso neurodegenerativo de Alzheimer va a presentar en un determinado momento de la evolución un síndrome de demencia. La lectura de la bibliografía anglosajona condiciona una confusión con la sigla “AD”, que hace referencia a veces a Alzheimer Disease (tipo de proceso orgánico demenciante) y otras veces a Alzheimer Dementia (tipo de proceso psicopatológico). Ese uso equívoco de la sigla “AD” permite a los autores pasar de un sentido a otro, afirmando la existencia de un síndrome demencial por objetivarse la degeneración neurofibrilar. En realidad, el proceso degenerativo neurofibrilar puede iniciarse muy tempranamente en la vida e incluso confirmarse en la autopsia, y eso no significa que la persona haya presentado en vida un síndrome de demencia**. Y recíprocamente, el psiquiatra puede a veces afirmar el síndrome de demencia por la comprobación de trastornos en el juicio, aunque no sea posible objetivar alteraciones paraclínicas.

La perspectiva psiquiátrica necesaria al encare de los pacientes con demencia, caracteriza de modo específico a diferentes actos médicos.

1. En el diagnóstico del síndrome de demencia se hace necesario identificar su estructura específica, su diferencia con otros déficit intelectuales y la fase evolutiva del síndrome. Como lo específico de la demencia no es ser “un trastorno de memoria”, la utilización de la semiología psiquiátrica es imprescindible. El diagnóstico del síndrome de demencia que se debe hacer con experiencia en semiología psiquiátrica, no es una tarea sencilla.

Oscilando entre criterios categoriales y dimensionales y diferenciando entre aproximaciones inferenciales (de sumatorias) y perceptivas (de estructuras)¹³, la psiquiatría considera la posibilidad de operacionalizar los criterios diagnósticos, sin haberlo logrado

* La dificultad intrínseca de la semiología psiquiátrica ha obligado a un desarrollo por más de doscientos años, llevando en 1980 a la creación del DSM-III. Este libro, creado como resultado del “acuerdo” de los psiquiatras, no es un “libro de cocina” que pueda ser utilizado sin formación psiquiátrica.

** Las demencias no son “encefalopatías a expresión cognitiva”⁵, sino encefalopatías que por lo general se expresan por una variada semiología psiquiátrica, y a veces por síndrome de demencia. Eso se ve claro cuando se consideran otras enfermedades del sistema nervioso, por ejemplo, la neurosífilis. A diferencia de la enfermedad de Alzheimer que “va a producir una demencia”, la neurosífilis con variadas manifestaciones mentales, no necesariamente determina una demencia (“parálisis general”).

y discutiendo si constituye o no una posibilidad real.

Los criterios de estos sistemas de diagnóstico consisten en una sumatoria de criterios, donde el clínico debe descartar numerosos trastornos psiquiátricos (cf. criterio F del DSM-IV). Ese criterio señala con claridad la necesidad de manejo de la semiología psiquiátrica. Esta afirmación deriva naturalmente del hecho de que el síndrome de demencia es una estructura psicopatológica, cuyo diagnóstico de uno u otro modo requiere una evaluación global, que es inseparable de lo que la tradición y los sistemas actuales de diagnóstico denominan “el juicio del clínico psiquiatra”. El “juicio clínico” es uno de los “criterios de exclusión diagnóstica” considerado esencial al utilizar los manuales de diagnóstico psiquiátrico. Si bien el psiquiatra “debe cumplir ordenadamente” con un conjunto de criterios de exclusión que lo guían en su inferencia diagnóstica, siempre tiene la posibilidad de decidir de modo autónomo, y es a esa decisión a la que se denomina “juicio del clínico”. Este juicio implica y supone que el clínico es un médico formado en semiología psiquiátrica, ya que ese modo de proceder es el único posible para decidir técnicamente respecto al caso concreto. Sin embargo, el marco neuro-cognitivo que subyace, incluso en las definiciones de los sistemas de diagnóstico, no desarrolla adecuadamente los criterios del trastorno del juicio, que es lo esencial de la estructura demencial. Las referencias a trastornos en la “función ejecutiva” y en las “actividades instrumentales de la vida diaria”, presuponen que esas alteraciones son por un trastorno del juicio, pero no conceptúan psicopatológicamente a este trastorno.

A pesar de esta limitación, los criterios clínicos para demencia de la Asociación Psiquiátrica y de la OMS (CIE-10) tienen una especificidad de 0.80¹⁴, lo que expresa su valor para diagnosticar síndrome de demencia, ya que con esa especificidad es bajo el riesgo de incluir a no-casos de demencia (o “positivos falsos”).

Con relación al diagnóstico del síndrome de demencia surge naturalmente la cuestión de saber el significado real de los tests neuropsicológicos, cuando: 1) los pacientes en estudio

presentan manifestaciones confusionales o depresivas que interfieren con su operación intelectual actual; 2) cuando tienen antecedentes de retardo mental, de esquizofrenia o de trastornos histéricos severos; 3) cuando se ubican en la zona intermedia entre el envejecimiento normal y la amnesia patológica. En estas situaciones la experiencia muestra que la utilización de los tests neuropsicológicos generalmente no soluciona esas dificultades diagnósticas. Su aporte relativo es porque esta metodología diagnóstica no puede sustituir la necesidad y las posibilidades de la semiología psiquiátrica. Esto es lo que remarca el Handbook of psychiatric measures¹⁵ cuando afirma: a) que las mediciones de los tests “no pueden servir como único método para evaluar o determinar un diagnóstico... ni deberían ser usados como fundamento único de la decisión clínica”, y b) que la interpretación de los resultados de estas mediciones, requiere entrenamiento clínico¹⁶.

2. Con respecto al diagnóstico del proceso somático demenciante, el psiquiatra necesita recurrir al aporte de la semiología médica general y neurológica, así como a la utilización de los diversos estudios paraclínicos. Este diagnóstico que es relevante cuando el objetivo es tratar a un paciente que aún no presenta un síndrome de demencia, se hace fundamental cuando se busca prevenir la enfermedad de personas en riesgo de padecerla. En estos casos se trata de un diagnóstico de poblaciones, aunque también puede servir para el caso individual. El diagnóstico puede ser laxo, ya que lo que interesa, cuando se dispone de tratamientos eficaces y seguros, es tratar incluso a los casos dudosos. No importa que se den “falsos positivos”, por lo cual el método a usar debe ser de sensibilidad alta, para que ninguna persona que pudiese beneficiarse corra el riesgo de ser considerado “un caso”. Para ese diagnóstico los tests son muy útiles, ya que por contar con criterios operacionalizados* proporcionan datos cuantitativos, de modo fácil y económico. También son útiles los seis criterios operacionales del NINCDS-ADRDA: 1) resultados anormales en el screening cognitivo, mediante tests; 2) déficit en dos o más esferas de cognición; 3) progresión de esos déficit; 4) no presentar trastorno de conciencia, en el sentido de vigilancia de la

*Una variable operacionalizada es definida según atributos observables y medibles, que cubren todas las posibilidades y que se excluyen mutuamente.

atención; 5) tener entre 40 y 90 años; y 6) no presentar otra enfermedad cerebral.

Estos criterios, por su alta sensibilidad para detectar enfermedad de Alzheimer (0.92), sirven para diagnosticar los casos de demencia “para prevenir”, pero no son útiles si se quiere hacer el diagnóstico del síndrome de demencia (especificidad de 0.65²⁾).

3. Con relación al tratamiento de los pacientes con demencia el aporte psiquiátrico es esencial. Habiéndose superado la idea de encontrar algún día “entidades” anatómicas incluso en el área de las demencias, la psiquiatría actual facilita la construcción de tipos clínicos etiológicos*. En la medida que se logre un mayor conocimiento de los factores en cada proceso demenciante, se podrá establecer marcos nosológicos más ajustados a los hechos clínicos. Ese tipo de conocimiento y su correlación con el saber neurocientífico y con el farmacológico, permitirá el desarrollo de constructos que lleven en el área de las demencias a terapéuticas realistas, físicas y psíquicas.

4. También respecto al tratamiento de los pacientes con demencia, además de los psicofármacos, el médico debe cumplir con otros deberes asistenciales, para lo cual tiene que establecer lo que ha sido llamado el “otro diagnóstico”¹⁷, que sólo puede obtenerse mediante la evaluación psiquiátrica. Los psiquiatras saben que además del deber del diagnóstico y del tratamiento diferencial deben evaluar el grado de disminución en la autonomía personal que sufre el paciente que en el caso de los déficit intelectuales pasa a tener particular importancia. Con relación al tratamiento de los pacientes con demencia, es ese “otro diagnóstico” y las discapacidades que expresa, lo que determina los objetivos del tratamiento (los diferentes problemas relacionales provocados por la demencia) y las posibilidades reales de un plan terapéutico (aplicabilidad, consentimiento, según su capacidad de decidir).

III. Diferencia entre “proceso orgánico demenciante” y “síndrome de demencia”

La distinción entre el “proceso orgánico demenciante” y “la estructura mental que presenta el paciente que sufre esa enfermedad”, es crucial para resolver dos problemas clínicos diferentes.

Primero, el de tratar precozmente el proceso demenciante (prevención secundaria) y en lo posible prevenir su desarrollo (prevención primaria específica). Con relación a este objetivo se reitera que el diagnóstico necesario es el del tipo de proceso demenciante, y que para hacerlo lo antes posible, la evaluación psiquiátrica puede tener algún valor, pero lo esencial es la evaluación neurológica y los estudios paraclínicos.

Segundo, el de evaluar la disminución de autonomía y de responsabilidad que implica la estructura demencial, con los corolarios médico-legales. El cambio cualitativo en que consiste el déficit demencial requiere para su diagnóstico de la semiología psiquiátrica, realizada por clínicos de experiencia. Con relación a este objetivo la evaluación neurológica y paraclínica sólo son un aporte “externo” a la alteración mental, y la utilización de los tests neuropsicológicos si bien puede orientar, no tiene valor definitorio.

Estos dos objetivos, diagnosticar el proceso de enfermedad demenciante y diagnosticar el síndrome de demencia que requieren aproximaciones metodológicas diferentes, son más difíciles de establecer durante el período de la senescencia cuando las personas empiezan a presentar “cambios mentales”. Dentro de este “material clínico” caracterizado globalmente por modificación en las “funciones psíquicas” a medida que se envejece, es posible reconocer dos estados cualitativamente diferentes: el de envejecimiento normal y el de inicio de un síndrome de demencia. Teóricamente puede plantearse que entre ambos exista un área de transición, donde el paciente que no es un demente, se presente, sin embargo, con un déficit que pueda definirse como “alta probabilidad” de sufrir demencia en los años siguientes. Esta zona intermedia es la

que Ronald C. Petersen ha estudiado en el Centro de Investigación sobre enfermedad de Alzheimer de la Clínica Mayo con el nombre de “deterioro cognitivo leve”¹⁸.

El “deterioro cognitivo leve”, por estar “entre” los otros dos estados mentales, constituye un concepto difícil de definir, que sólo puede resolverse teniendo claro el concepto de que la diferencia entre envejecimiento normal y síndrome de demencia es cualitativa. Es esa diferencia cualitativa la que hay que tener en cuenta cuando se analiza la zona imprecisa del “deterioro cognitivo leve”.

Los criterios del grupo de la Clínica Mayo para “deterioro cognitivo leve” son: 1) quejas de memoria; 2) deterioro de memoria objetivado por tests; 3) función cognitiva general normal; 4) conservación de las actividades de la vida diaria; 5) no demencia. Señalando que estos criterios no son estrictamente operacionales sino clínicos, se indica también que el clínico juzgue la pertinencia de cada criterio, y especialmente el criterio de “no demencia”. Con lo cual en los hechos, al no especificarse en qué consiste ese criterio que es de semiología psiquiátrica, cada médico queda libre de concluir de modo subjetivo. Este carácter subjetivo de la conclusión se intenta corregir normatizando cualitativamente los tests cognitivos y no por valoración cuantitativa (o grado de alteración mnésica), pero en la práctica lo que termina valiendo es una determinada puntuación.

El esfuerzo de R. Petersen al analizar lo que llama “deterioro cognitivo leve” le ha puesto en evidencia la necesidad de replantearse que la diferencia mental entre la memoria del envejecer normal y la memoria de una demencia, es una diferencia cualitativa y no cuantitativa, y que establecerla exige el juicio del clínico psiquiatra. Estas son las conclusiones a las que llega en su libro, insistiendo en: a) que el estado de “probable demencia” que es el “deterioro cognitivo leve”, es una diferencia cualitativa y no sólo de severidad; y b) que “si bien el testado neuropsicológico puede ser críticamente importante en establecer un perfil cognitivo y en determinar el grado de deterioro de memoria, el testado neuropsicológico por sí mismo no hace el

diagnóstico de deterioro cognitivo leve [...] el juicio final debe hacerlo el clínico”¹⁸

Los conceptos psiquiátricos de demencia siempre entendieron a este síndrome psicopatológico como caracterizado por ser una amnesia “maligna”, diferente cualitativamente de la amnesia “benigna” vinculada al envejecimiento. Amnesia que es maligna, no porque sea más severa (porque se aparte más de la media de la curva), sino porque sufrir una demencia es haber perdido la posibilidad de juzgar lógicamente y no poder seguir cumpliendo con su proyecto personal en el mundo común. En esta estructura mental la amnesia, por aparente que sea, no es lo esencial de la demencia, y que incluso en etapas iniciales puede faltar.

Tomando en cuenta las conclusiones de R. Petersen, se puede evitar el riesgo de diagnosticar su “deterioro cognitivo leve” por evaluación cuantitativa de la amnesia. Este riesgo no es importante cuando con ese diagnóstico se apunta a tratar precozmente la posibilidad de enfermedad de Alzheimer, pero es un riesgo grave si con ese diagnóstico se concluye en la existencia de un síndrome de demencia, y en consecuencia en la incapacidad civil o en la irresponsabilidad penal de la persona.

IV. Reflexiones psicopatológicas

La realidad de la demencia exige que sea conceptualizada como un trastorno psiquiátrico, lo que significa que su semiología siempre es manifestación de la vida mental del paciente. Los pacientes con demencia a pesar del grave trastorno deficitario que sufren, siguen viviendo mentalmente ya que, como dice H. Ey, “no están muertos aunque su vida sea como un sueño que agoniza”¹⁹. El proceso psicopatológico que es la demencia, no está en la anatomía patológica del sistema nervioso ni en el fracaso de rendimiento en los tests neuropsicológicos. Su realidad es la desorganización de la vida mental, que normalmente permite “elevarse” al nivel de las operaciones que adaptan la existencia a la realidad objetiva. Por no poder juzgar y decidir

según sus valores personales, el paciente con demencia no puede seguir siendo el eje de su proyecto existencial, y su vida mental es “ocupada” por movimientos fantasmáticos y actos absurdos. Comportamientos absurdos que son manifestación del quiebre del proyecto lógico y moral que es la vida humana y que destacan durante el período inicial, razón por la cual ha sido llamado “período médico-legal” del síndrome demencial.

El hecho de que el paciente con demencia siga viviendo mentalmente “como puede”, significa que la demencia es más que un “trastorno de la memoria”, y también que la alteración de la actividad mnésica no puede convertirse, porque pueda ser medida por tests, en un “déficit de retención y reproducción”. Porque la memoria o, mejor dicho, el acto de memoria²⁰, es la actividad vital que organiza la fijación de la experiencia, “para que me olvide de lo que voy a hacer emerger, cuando la acción presente me lo exija”. Por el acto de memoria la persona vuelve a ser lo que ha sido, pero no para repetirse sino para crear un nuevo acontecimiento, “para ser, en el presente, lo que quiere ser”. Los actos de memoria siempre son “selectivos”, porque cuando el sujeto de la acción actualiza su virtualidad mnésica elige, al introducir su intencionalidad.

Reducir las alteraciones de la memoria a ser una amnesia, “un puro agujero negro”, es perder de vista el carácter vital de la actividad mnésica. El proceso demenciante trabaja sobre la organización psíquica, razón por la cual el trastorno de memoria que determina es un desorden en la capacidad de poner orden en los recuerdos. Es una alteración donde al lado del déficit aparecen los falsos reconocimientos, la fabulación, la ecmnesia, el delirio de memoria, etc., es decir, la vida del paciente.

Las modalidades patológicas de olvido son inseparables del trastorno estructural de la vida mental, y esa estructuración solo es perceptible mediante la semiología psiquiátrica. Cuando el método utilizado no permite esa percepción, por ejemplo, cuando la memoria de los pacientes psiquiátricos es estudiada por tests, el neuropsicólogo igualmente se

encuentra con esa realidad estructural y tiene que dar cuenta de ella. Esta situación que se les presenta a los neuropsicólogos de no poder percibir pero de sentir la existencia del desorden estructural, se hace evidente al comprobarse la utilización de términos y conceptos psiquiátricos que hacen en las conclusiones de sus estudios.

La realidad de la demencia impide que pueda ser pensada al modo de los trastornos neurológicos. La diferencia entre la neurología y la psiquiatría no consiste en que sus “objetos de estudio” sean de complejidad diferente o que la alteración orgánica que suponen ocupe una posición superior o inferior en el neuroeje. La diferencia radica en que son estructuralmente diferentes²¹.

Hacer de un síndrome psiquiátrico como la demencia un tipo de patología neurológica lleva a identificar al trastorno mental que es de organicidad global con los trastornos localizables de la función nerviosa. Pero el intento de querer explicar lo global por lo focal no funciona, como lo evidencia la lectura de las publicaciones que tratan, por ejemplo, los tipos de memoria y su localización. En estos trabajos la memoria es presentada subdividida en “funciones”, que luego se intenta referir a diferentes áreas del sistema nervioso. Lo que se comprueba en estas publicaciones es que la claridad con que se presenta la “clínica” de la memoria se desdibuja cuando se pretende relacionar “cada memoria” a determinada área del sistema nervioso²². Es imposible establecer una relación función/área de tipo focal al modo de la patología neurológica, porque con relación a cada “función” el sistema nervioso siempre aparece referido globalmente. Las alteraciones de la actividad mental son expresión de un desorden de la actividad de integración del sistema nervioso como tal y no una alteración de funciones integradas.

Hacer de la demencia que es perder el juicio, un trastorno de memoria, y considerar a los pacientes dementes que son psiquiátricos casos neurológicos, es quitarles la vida mental que aún late en ellos, y por lo mismo, metafóricamente, cometer un “asesinato nosográfico”.

* La clasificación de las demencias no puede ser hecha como se hace actualmente, sino que una vez precisado el diagnóstico del síndrome de demencia y su momento evolutivo, la clasificación tiene que ser etiológica. La subdivisión, por ejemplo, de demencia cortical y subcortical, basada en la anatomía, aunque pueda ayudar al “práctico” en su trabajo, no es lógica.

Referencias bibliográficas

1. **Morris J.** Dementia Update 2005. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2005; 19:100-117.
2. **Gautier S (ed).** Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease (2nd. ed). London: Dunitz; 1999.
3. **Bulbena A, Cervilla J. Demencias. En: Vallejo-Ruiloba J.** Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Barcelona: Masson, 2002; pp. 577-604.
4. **Vila A, Guirado M, Sosa L.** Depresión en el consultorio del médico general. *Tendencias* 2004; 25:91-99.
5. **Fontán LE.** Demencias: pautas diagnósticas y terapéuticas en Atención Primaria en Salud. *Tendencias* 2005; 26:132-146.
6. **Dobbs D.** Fact or phrenology? *Scientific American Mind* 2005; 16:24-31.
7. **Berrios GE.** Historical aspects of memory and its disorders. In: Berrios GE, Hodges JR (eds). *Memory disorders in psychiatric practice*. Cambridge: Cambridge Univ. Press; 2000, pp. 3-33.
8. **Arnaud FL.** Démence vesanique. In: Ballet G (ed). *Traité de pathologie mentale*. Paris: Doin, 1903; pp. 801-814.
9. **Neisser U.** What are the important questions? In: Neisser U (ed). *Memory observed. Remembering in natural contexts*. San Francisco: Freeman; 1982, pp. 3-19.
10. **Blondel Ch.** La conscience morbide. *Essai de Psycho-pathologie générale*. Paris: Alcan; 1914.
11. **Casarotti H.** Trastornos cognitivos en la esquizofrenia: Crítica de la aproximación neurocognitiva al estudio de la esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Urug* 2005; 69(1):84-91.
12. **Ey H, Bernard P, Brisset Ch.** *Manuel de Psychiatrie* (6ème. éd). Paris: Masson; 1989.
13. **Tatossian A.** Qu'est-ce que la clinique? *Confrontations Psychiatriques* 1989; 30:55-61.
14. **Cummings JL, Khachaturian ZS.** Definitions and diagnostic criteria. In: Gautier S (ed). *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease* (2nd. ed). London: Dunitz; 1999, pp. 3-15.
15. American Psychiatric Association. *Handbook of psychiatric measures. Cautionary Statement*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000, p. xxi.
16. **Miller E, Morris R.** *The psychology of dementia*. Chichester: Wiley; 1993.
17. **Blankenburg W.** La psicopatología como ciencia básica de la psiquiatría. *Rev. Chil. Neuropsiquiatría* 1983; 21:177-188.
18. **Petersen RC (ed).** *Mild cognitive impairment (aging to Alzheimer's disease)*. New York: Oxford Univ Press; 2003.
19. **Ey H.** Le rêve "fait primordial" de la psychopathologie. *Etudes psychiatriques*, I, 8: 187-277, 2ème. ed. Paris: Desclée de Brouwer; 1952.
20. **Ey H.** Les troubles de la mémoire. *Etudes psychiatriques II*. Paris: Desclée de Brouwer; 1950, 9-68.
21. **Ey H.** Neurologie et psychiatrie. In: Ey H, de Ajuriaguerra J, Hécaen H (eds). *Les rapports de la neurologie et de la psychiatrie (II Colloque de Bonneval, 1943)*. Paris: Hermann; 1947, pp. 11-14.
22. **Budson AE, Price BH.** Memory dysfunction. *N Engl J Med* 2005; 352:692-699.