

DEMENCIA Y SOLEDAD, Y DEMENCIA POR PARTIDA DOBLE.

Habitualmente, cuando la familia consulta por la pérdida de la memoria de uno de sus miembros, se trata de un enfermo, muchas veces de edad avanzada (la enfermedad de Alzheimer, EA, aumenta con la edad). Cuando la o el paciente vive acompañada, con su pareja, con descendientes o familiares políticos, estos tendrán que hacerse cargo de su cuidado. Pero hay circunstancias en que esto no es así y los problemas serán mucho más serios. Queremos mencionar dos casos: la mujer de edad que vive sola, y cuando marido y mujer tienen una demencia.

La paciente que vive sola –la que nunca se casó ni tuvo hijos, la separada o viuda- generalmente no tiene noción de sus limitaciones, cree e insiste en que puede vivir en forma independiente, rechaza la compañía de una cuidadora, a la que considera una molesta e innecesaria intrusa. Y la familia se angustia y se exaspera, sabiendo que puede dejar el gas prendido o la puerta abierta, que muchas veces se alimenta mal, que los vecinos se burlan de ella o la compadecen y los culpan a ellos por el abandono.

Al comienzo, los familiares intentan persuadirla, le señalan sus errores y sus olvidos; pero esos intentos son motivo de discusiones, ya que la paciente no comprende u olvida los argumentos de la familia, y no es raro que se sienta atacada, que quieren manejarla para aprovecharse de ella. Esta situación persiste hasta que la paciente tiene una enfermedad grave (una infección, una falla cardíaca o un accidente vascular cerebral), que la deja postrada y confusa. Si es hospitalizada, generalmente la recuperación es incompleta, y se transforma en una persona más pasiva, que acepta ser cuidada en su casa o una institución.

Otras veces es necesario darle tranquilizantes, para que acepte las imposiciones. Muchas veces es necesario administrar los tranquilizantes en forma subrepticia, sin que se de cuenta, y en dosis cuidadosamente progresivas. Cuando se ha hecho más pasiva es posible introducir una cuidadora mediante engaños; algunas veces la familia le dice “es una amiga que vino a Santiago y no tiene dónde alojar” o “quiere arrendar”. En estos casos será muy importante la habilidad social de la cuidadora, si es capaz o no de ganarse la confianza y el afecto de la enferma.

Si esto no se logra puede ser necesario internarla en una institución, lo que muchas veces implica forzarla con dosis mayores de tranquilizantes. La mayoría de los pacientes, en principio y desde antes de enfermar, rechazan la idea de una casa de reposo; pero la mayoría la acepta, tarde o temprano. Se sabe que con la internación se acelera el deterioro cognitivo, por la inactividad y los tranquilizantes. Si el problema fuera sólo el paciente, uno podría plantear que no debiera internarse nunca; pero como médicos también debemos considerar la situación de la familia, y a veces es necesario sacrificar a la paciente en beneficio del resto.

Es posible que ambos, marido y mujer, tengan una demencia. Las demencias son frecuentes en las personas mayores de 80 o 85 años (hasta uno de cada 4 o de cada 3 personas) y por azar, por mala suerte, ambos pueden tener una

demencia. Generalmente son los hijos los que llevan a la madre con una EA evidente, pero en la consulta nos llama la atención que el marido no se involucra, a veces ni siquiera la acompaña. Cuando conversamos con él nos llama la atención lo impreciso de los datos que proporciona, las discusiones derivadas de que él no considera que ella está enferma y le exige rendimientos normales. En algunas parejas disfuncionales estas discusiones son la continuación de las discusiones de toda una vida; y se observa que él es incapaz de comprender o adaptarse a la enfermedad de su esposa.

En las primeras consultas los hijos se centran en lo que le pasa a la mamá, pero el clínico alerta debe interrogarlos en forma dirigida sobre la memoria y el juicio del padre. Estos antecedentes deben ser corroborados, como en el caso de ella, con una evaluación neuropsicológica de memoria, lenguaje, capacidad ejecutiva, etc. Nos ha tocado ver que ambos tienen una EA, uno más avanzado que el otro; que una de ellos tiene una EA y el otro una demencia vascular o de tipo cuerpos de Lewy.

¿Qué hacer en estos casos? También es una situación muy difícil, ya que habitualmente la pareja de edad vivía sola y no acepta con facilidad la “intromisión” de una cuidadora o una nuera (la hija se acepta con más facilidad). En una ocasión, en que ambos vivían con un gran desorden económico, alimenticio, incluso con elementos psicóticos, conseguimos que una cuidadora se disfrazara de empleada doméstica, y poco a poco fue ordenando su tratamiento, con tranquilizantes y otros fármacos, hasta que la hija pudo internarlos en una excelente casa de reposo. La última vez que los visité ella expresaba el deseo de volver a su casa, pero él decía que había comprado toda esa institución y que vivían en lo propio.

No es raro que estas situaciones causen desacuerdos importantes entre los familiares. Para resolverlas requieren recurrir a toda su paciencia e inventiva (la de ellos y la del médico). Por ese motivo, creo que sería un aporte que los lectores que ya han pasado por estas situaciones cuenten (en forma anónima) cómo resolvieron (o no resolvieron) esas complejas situaciones.

Archibaldo Donoso S.