

J. J. LOPEZ IBOR

## Alteraciones psiquiátricas en el anciano

Publicado en

"Revista Española de Gerontología"

Núm. 4. Octubre-diciembre 1967. Tomo II

Gráficas Orbe, S. L., Padilla, 82, Madrid.—1967.

## Alteraciones psiquiátricas en el anciano \*

*Por el Dr. J. J. LOPEZ IBOR.*

Desde el punto de vista psiquiátrico, el problema es clarísimo: el aumento de la vida media crea una mayor cuantía de trastornos en la edad avanzada. En Inglaterra el número de habitantes mayores de sesenta años aumentó de dos millones y medio en 1910 a seis millones y cuarto en 1942; el número de habitantes de más de sesenta y cinco años era de cinco millones en 1950, y se calcula que en 1975 alcanzará a más de ocho millones; en el año 1972 habrá más de un millón de personas de más de ochenta años. En los demás países podemos encontrar cifras de crecimiento parecidas. En los Estados Unidos había en 1900 una persona, por cada veinticinco, que tenía más de sesenta y cinco años; en 1950 la proporción había cambiado de uno a trece: la población total de los Estados Unidos se ha duplicado, luego el número mayor de las personas mayores de sesenta y cinco años se ha cuadruplicado, y se dice, con cálculos aproximados, que aumenta a razón de mil personas diarias; en los últimos treinta años, en los hospitales de Nueva York, en los hospitales psiquiátricos, la proporción de ingresos de más de sesenta años ha cambiado del 19 por 100 al cuarenta y tantos por ciento, pero aparte de este hecho biológico existe otro de carácter sociológico muy importante: más de un tercio de los viejos residentes en hospitales, asilos y otros establecimientos dedicados a acogerlos presentan alteraciones psíquicas; la proporción de viejos que ingresan en los servicios psiquiátricos crece de año en año y la cifra de crecimiento es superior a la cifra proporcional de envejecimiento de la población. Esta diferencia significa que la estructura de la sociedad actual se halla de tal suerte articulada que expulsa progresivamente a los viejos y se ve obligado a confinarlos en establecimientos

---

\* Intervención en el III Congreso Nacional de Psiquiatría.

adecuados; la vieja sociedad agrícola de tipo patriarcal concedía siempre un lugar al viejo, y aunque se hallase afecto de una enfermedad física o mental permanecía en ella. En la sociedad industrial, la vida de una familia ha cambiado de tal suerte que no hay sitio para los viejos; además de esta realidad sociológica, esa tenaz y a veces exagerada exaltación de los valores de la edad juvenil como valores primarios de una sociedad en cambio continuo, como lo es la sociedad contemporánea, produce una infravaloración de los valores de los viejos. El viejo vive como en el exilio dentro de la propia sociedad y de la propia familia; la corriente es tan fuerte que el tema del curso de clausura en el hospital Simposium de Londres fue el hombre como animal canibalístico, porque en el fondo se ha descubierto que el canibalismo, por lo menos el canibalismo prehistórico, tiene como origen el ansia de juventud del hombre, y las primeras trepanaciones que se han encontrado, prehistóricas, tienen un carácter ritual y parece, por todos los indicios, que estaban destinadas a ingerir los sesos y el cerebro de los jóvenes para mantener una eterna juventud.

Voy a hacer una división en tres grupos de temas que me parecen los principales desde el punto de vista psiquiátrico.

Del primero, y que voy a pasar rápidamente, es la existencia de los clásicos trastornos conocidos como demencia senil y demencia presenil.

El segundo tema, muy importante, que fue subrayado en este Simposium de Londres, y que estaba en la conciencia de los psiquiatras, es el tema de las psicosis endógenas en general y de la senilidad.

Y el tercer tema, el de los problemas psicológicos del envejecimiento. Hace algunos años la psiquiatría se concentraba en el problema de la demencia senil partiendo de varios supuestos:

El primer supuesto era el de que a determinada edad, aproximadamente a partir de los ochenta años, empezaba un proceso de desintegración o de envejecimiento normal, cuya acentuación conducía fatalmente a la demencia senil; es decir, que la demencia senil era como una consecuencia natural de la edad avanzada, como el aumento de las características psicológicas normales de la edad avanzada. Como ustedes saben muy bien, el síntoma fundamental de la demencia senil es el déficit en la capacidad de adaptación, primera muestra de trastorno de la memoria; posteriormente el déficit de la memoria se acentúa y se combina con una disminución de los rendimientos de la inte-

ligencia, que constituye el núcleo de la demencia; en cambio, se mantienen durante bastante tiempo las funciones afectivas, incluso muchas veces el cuadro clínico va acompañado de una cierta euforia. En la enfermedad de Alzheimer habla STERSE de una demencia amable precisamente por esta conservación de las cualidades afectivas, y esta conservación de una cierta vida afectiva es uno de los síntomas diferenciales muchas veces en el difícil problema del diagnóstico diferencial entre la demencia arteriosclerótica y la demencia senil, aparte de la incontinencia afectiva de la demencia arteriosclerótica y de la aparición de síntomas cerebrales y de una cierta conservación de juicio en la demencia arcediosteroica que no aparece en la demencia senil.

Si alrededor de una mesa ustedes sientan unos dementes seniles, unos dementes arterioscleróticos, y los ponen, por ejemplo, un rompecabezas, el demente senil coge las piezas y se las mete en la boca y hace con ellas unas cosas sin sentido que al arteriosclerótico le chocan y parecen que son puerilidades.

Hay un tipo de demencia senil, que es el de la presbiofrenia, en el cual el déficit de la memoria es muy grande, es enorme y va acompañado de una cierta euforia, de una cierta exaltación de ánimo. En la demencia senil se presentan trastornos instintivos, muy bien conocidos, que a veces producen problemas medicolegales o delirios de celos; otras veces existe en ellos el impulso donjuanesco, en virtud del cual se enamoran de una mujer joven y con su falta de juicio se han dispuesto a modificar un testamento o cualquier otra acción expresiva de esta debilidad senil. Tanto en las demencias seniles como arterioscleróticas ocurren episodios delirantes o confusionales, sobre todo nocturnos. Hay algunos cuadros alucinósicos de la demencia senil de los cuales se nos ha ofrecido un brevísimo resumen; hay dos formas clásicas de las llamadas demencia presenil.

Esto es muy interesante desde un punto de vista psicopatológico, acompañado de otros síntomas, de la epraxia, etc.; en definitiva, esta demencia presenil no es una enfermedad aparte, sino que es como una forma galopante de la demencia senil y, desde el punto de vista anatomopatológico, las lesiones son casi iguales; es decir, plaquitas aparte de las atrofas. Las plaquitas y las alteraciones fibrilares se encuentran difundidas por todo el cerebro, lo mismo que en la demencia senil; pero el problema importante es que a estas horas existen todavía muchas dudas de por qué se produce una demencia senil. Se piensa que

la aparición de las operaciones anatomopatológicas fundamentalmente son tres:

Una, que es la atrofia del cerebro la atrofia neuronal. La otra es la aparición de las capas seniles. Y la otra es la alteración fibrilar.

Ya después se echó de ver que tanto las placas seniles como la alteración fibrilar aparecen en otras enfermedades del sistema nervioso, de las que se llaman de carácter degenerativo y que no tienen nada que ver con todos estos procesos; por ejemplo, aparecen abiotrofias en edades jóvenes, pero los estudios de algunos investigadores, y el primero que publicó un trabajo muy importante sobre esto fue GEL-LESTER, que trabajó para psiquiatría, encontró que en cerebros de viejos sanos (estudió cincuenta cerebros de viejos sanos) también existían en muchos de ellos, no en todos, naturalmente, pero muchos de ellos, una atrofia cortical bien visible macroscópicamente, desde luego comprobada microscópicamente y existían placas seniles y alteraciones fibrilares del asta de Amon; todo esto, naturalmente, en menos cantidad que en la demencia senil. Todavía por estos hallazgos se podía mantener un criterio cuantitativo y decir que todas estas alteraciones anatomopatológicas cuando aumentaban en intensidad entonces se producía la demencia senil, pero los estudios genéticos, muy recientes de la escuela sueca de SEGEN han demostrado que el problema no debe ser del todo así, puesto que entre los familiares próximos de los dementes seniles aparece la demencia senil cuatro veces y media más que en las personas de la población media, de suerte que debe haber un factor hereditario y que, por consiguiente, ese esquema de pensar que la vejez de por sí conducía a la demencia senil no es un esquema absolutamente válido y debe ser revisado.

Con respecto a la terapéutica se han hecho muchos ensayos; ahora ya saben ustedes que lleva sobre el tapete la aplicación de los conocimientos bioquímicos adquiridos sobre el ácido desoxirribonucleico como transmisor de la memoria cromosómica para lograr la recuperación de la memoria producida por los impactos de la edad normal o patológica.

Esta fue una idea que tuvo CAMARON, actual presidente de la Sociedad Mundial de Psiquiatría, que el año pasado dio una conferencia en mis Servicios sobre esto y nos presentó sus trabajos y estadísticas. A decir verdad, los resultados no nos parecieron demasiado convincentes; en esta línea de estudios ahora están persiguiendo otro producto

que van a lanzar al mercado, desde el cual él pretende hacer, ha estado dudando, porque no está muy seguro de los resultados (ya han salido en las revistas no profesionales); luego no está muy seguro de que los resultados sean realmente fehacientes y está dudando si presentarlos o no al próximo Congreso Mundial de Psiquiatría, de suerte que todas estas investigaciones son indudablemente prometedoras; pero sobre su realidad no puede uno más que mostrarse escéptico cuando se tiene criterio científico riguroso; en cambio, sí que se puede dar por adquirida la experiencia de un grupo de psiquiatras alemanes dirigidos por PARSEN, que han demostrado que los viejos, naturalmente los dementes seniles, se mejoran si se apela a estos dos principios.

Uno, bien conocido, que es un entrenamiento rehabilitador mediante ejercicios antiguos tanto desde el punto de vista motor como psicológico, que sirvan de estímulo a la vida psíquica perdida del enfermo. Pero el otro es más sorprendente: es el tratamiento activo con un tónico cardíaco tal como las estrofantinas, a pesar de que clínicamente no haya absolutamente ningún signo de insuficiencia o de lesión cardíaca. combinado con transfusiones de sangre de cuando en cuando, basándose en el hecho de que disminuye la porción albúmina en la sangre de los viejos; de esta manera mantienen a los dementes seniles, los mantienen en un estado con mayor vitalidad, con un estado general mucho mejor, evitan los episodios confusionales y evitan esa especial facilidad que tienen los viejos dementes para ser víctimas de cualquier ataque infeccioso, tóxico o de cualquier otra clase en el curso de su enfermedad.

El segundo punto me parece mucho más importante, y representa una gran novedad en el abordaje de estos problemas, desde el punto de vista psiquiátrico; es el siguiente:

Antes, cualquier alteración psíquica que aparecía en los viejos, sobre todo si iba acompañada de algún defecto de la memoria, se consideraba como una manifestación de la demencia senil; la experiencia clínica de estos últimos años ha puesto de manifiesto un hecho de singular importancia, y es que en los viejos pueden presentarse depresiones, esquizofrenias y estados confusionales que no son debidos al proceso biológico del envejecer, sino que son autónomos con respecto al mismo. Las consecuencias terapéuticas de este nuevo punto de vista son las siguientes:

De estas tres enfermedades, la más importante por su frecuencia

y por la transformación que supone desde el punto de vista terapéutico es la depresión y en general todos los trastornos de la afectividad. La psiquiatría había venido aislando desde hace mucho tiempo una serie de trastornos involutivos, como las llamadas depresiones de involución, de las llamadas paranoias y parafrenias involutivas, todas ellas aparecían alrededor de los sesenta años, sólo había referidas a edades más precoces al lado de las depresiones climatéricas, y se señalaron, incluso desde el punto de vista clínico, que estas depresiones climatéricas tenían caracteres psicopatológicos especiales, puesto que en ellas la angustia predominaba sobre la tristeza y a veces tenían un cierto carácter histeriforme; incluso un discípulo de CRAESS pretendía aislar, con el nombre de depresiones angustiosas, un grupo de depresiones que se presentaban en la involución sobre todo, cuyo síntoma fundamental era la angustia y que tenían desde el punto de vista genético un grupo bien constituido y separado del resto de las depresiones.

Con respecto a las depresiones climatéricas, un colaborador mío, LÓPEZ DE LERMA, ha demostrado suficientemente, en una larga anamnesis del gran material que tenemos en el Hospital Provincial de Madrid, que el climaterio no constituye ningún factor, ni siquiera provocador en el curso de la depresión, y otro tanto ha demostrado con respecto a las depresiones involutivas. Cuando se siguen en una larga evolución los cursos de estos enfermos se ven que las fases depresivas aparecen independientemente, con un ritmo propio en aquellos enfermos en los cuales esto se repite, sin coincidir con el climaterio, y no constituye, por consiguiente, fases que en manera alguna, desde el punto de vista estadístico, puedan considerarse ligadas a esas dos fases biológicas. Pues bien: lo mismo ocurre con las depresiones seniles, lo mismo ocurre con los seniles; antes siempre que veíamos un depresivo o en cuanto aparecía, naturalmente en cuanto le flaqueaba un poco la memoria, y es natural que a un depresivo viejo se le note inmediatamente su flaqueo en la memoria, se pensaba que esta depresión estaba ligada al comienzo de una vejez senil. Ahora se ha visto que no, ya que los últimos estudios son bastante concordantes en todo esto. Precisamente buena parte del Simposium de Londres estuvo centrado alrededor de esta enorme experiencia, porque además en un sitio, en un país como Inglaterra, donde existe el Servicio Nacional de Salud, resulta que el 50 por 100 de los viejos que ingresan, de las personas de más de sesenta o sesenta y cinco años que ingre-

san en los servicios psiquiátricos, no tienen demencia senil, sino que pertenecen a este grupo; pero la inmensa mayoría son depresiones, el grupo de las depresiones de las esquizofrenias tardías o de los estados confusionales. Entonces se ha visto que estas psicosis afectivas, estas depresiones, cursan con arreglo a los mismos principios y leyes que las que aparecen en otras épocas de la vida; la mayoría tienen un carácter físico y son susceptibles de ser tratadas con las terapéuticas habituales de las depresiones y con los mismos resultados que este nuevo punto de vista tiene una importancia excepcional y queda subrayado por ese hecho que les acabo de citar de la frecuencia con que aparecen en las cifras de ingresos.

POST se ha esforzado en encontrar criterios diferenciales, desde el punto de vista clínico, entre unas depresiones, entre las depresiones endógenas que se presentan en la vejez y algunos otros casos raros en los que la depresión es como el vestíbulo de la demencia senil, y ha tratado lograr una diferencia; iban aplicando baterías de *tests*, de la electroencefalografía, la oscilografía, la existencia de una atrofia cerebral, etc. Resulta que estas depresiones cursan como las otras y no hay otro criterio para diferenciarlas nada más que el criterio clínico; es decir, se ve que su curso es igual, que regresan y que el enfermo vuelve al estado anterior mediante las terapéuticas de los timolépticos, pero también en algunas ocasiones mediante las terapéuticas con electroshock, que acentúan el trastorno de la memoria y que luego se recuperan; pero, en fin, en general hoy día, mediante las terapéuticas con timolépticos, y desde el punto de vista del diagnóstico diferencial entre estas depresiones y aquellas escasas depresiones, sobre todo angustiosas, que sirven de vestíbulo a una demencia senil, no hay ningún criterio extraclínico que sirva para hacerlo, sólo sirve el criterio clínico, y, a mi juicio, el criterio que sirve es el demostrar la tristeza vital o la angustia vital como los caracteres específicos que se estudian en la psicopatología, sobre todo en psicopatología terminológica; es decir, con el carácter que tienen todos los sentimientos vitales que son los sentimientos corpolarizados, ya que son distintos de las otras tristezas y de las otras angustias normales o patológicas que el hombre puede tener.

También con respecto a los brotes delirantes nos encontramos con el mismo problema; se han descrito en la involución muchas formas, se han descrito desde siempre muchas formas delirantes, se ha ha-

blado de paranoias involutivas para agrupar estos enfermos con un síndrome delirante que aparece durante la senilidad. En el presente, MARTI ROSS propone llamarle parafrenia tardía, porque la característica general de todos ellos es que el grupo delirante evoluciona sobre una personalidad bastante bien conservada; la experiencia actual tiende a considerar estos brotes delirantes de la siguiente manera: unos incluyéndolos en los delirios sensitivos, basados sobre una alteración de la vitalidad, porque una persona con un episodio de angustia vital tiene, con mucha frecuencia, un delirio sensitivo, referencia que es como un delirio de persecución del esquizofrénico y que, sin embargo, lo pasa sin dejar ninguna huella en su personalidad, y en los otros casos probablemente se trata de esquizofrenias tardías, y precisamente el hecho de que sean tardías se interpreta de la siguiente manera: se piensa que el genoma esquizofrénico tiene menor capacidad de penetración, por eso se ha revelado sólo en edades más tardías de la vida, y esto es lo que hace que en fondo sean esquizofrenias mucho más benignas que las que se presentan, por ejemplo, en la juventud. En los cuadros confusionales nos encontramos también con problemas del mismo tipo, con preferencia son de carácter endógeno. La menor vitalidad del viejo le convierte en presa fácil de este trastorno de la conciencia, por ejemplo a partir de una intervención quirúrgica o de otra enfermedad física; pero no debemos olvidar que esta susceptibilidad existe también con respecto a alteraciones de carácter endoquímico que pueden aparecer como brotes confusionales. Puedo citarles, por ejemplo, el caso de una mujer de ochenta años que una noche, al llegar a su casa, tiene un episodio de confusión mental con desorientación estacional temporal, de persecución, que le dura alrededor de tres o cuatro días. Ingresada en la clínica se descubre que poco tiempo antes ella se sentía más fatigada, deprimida, un poco triste, con menor vitalidad, y bruscamente un día, al regresar a su casa, aparece este cuadro clínico; se la trata con una medicación timoléptica ligera y a los cuatro días recobra absolutamente la claridad de conciencia, recobra su tono vital, y en la lucidez y en la catamnesis hecha cuatro años después demuestra que ella tiene cuatro años más, pero está perfectamente conservada desde todos los puntos de vista.

En la vejez se ha discutido que se pueda presentar una neurosis; sí se presenta una neurosis, aunque con mucha más frecuencia en otras edades de la vida, sobre todo en la primera mitad de la vida,

y sobre todo neurosis de conversión. Sin embargo, se ven con frecuencia viejos con obsesiones, lo mismo que numerosas obsesiones que ya tenían antes o con neurosis depresivas que ofrecen un rebrote en la vejez con la misma característica que tenía el brote de los cuarenta años o los treinta años, si es que la había tenido, de manera que con respecto a las psicosis endógenas en general, el punto de vista actual está en que puede presentarse en la vejez, como puede presentarse en otras edades de la vida. Hay depresiones que deben ser tratadas como las que se presentan en otras edades de la vida, y, por consiguiente, todas estas alteraciones psíquicas deben ser arrancadas del problema de la demencia senil y nuestra actitud debe ser la de no considerar inmediatamente, la de no pensar que nos hallamos en los pródromos de una demencia senil ante cualquier enfermo que viene a nosotros con síntomas psíquicos simplemente por el hecho de ser viejo, sino que lo consideremos como consideraríamos este mismo problema en otras edades de la vida.

El tercer punto es el de la psicología de la vejez. En la vejez existen notas positivas y negativas como el primer carácter positivo, porque no todo en la vejez es negativo; está el desinterés o, mejor dicho, una cierta forma de desinterés; cuando éste aumenta y se desliza por la pendiente de la enfermedad se convierte en indolencia, insensibilidad, fatalismo, etc. El desinterés auténtico de la vejez es un desinterés creador, porque se halla íntimamente relacionado con una de las principales raíces del conocimiento humano. Para conocer las cosas con objetividad es necesario tomar una cierta distancia de ellas. La raíz del conocimiento está en tomar distancia de las cosas; es decir, sumergiéndose en las cosas, como le pasa al animal, no reconoce el hecho del mundo, como mundo, en el cual hay cosas; sin distancia, no hay auténtico conocimiento. El sumergirse y dejarse absorber por las circunstancias suprime la perspectiva desde la cual se puede montar la verdadera sabiduría de la vida, que se halla en un equilibrio entre los elementos prácticos y los gnósticos que la integran; de esta manera el desinterés del viejo que mantiene sus capacidades es fuente constitutiva de sabiduría de la vida y lo que puede dedicarle es el don de consejo que exige siempre una cierta distancia del conflicto. En relación con ello se halla también la tendencia a la contemplación en la edad avanzada, si bien es verdad que esta tendencia deriva en parte de una disminución del tono vital y que muchas veces se dirige a la

contemplación de la propia vida, nutriéndose del recuerdo de sus incidentes; pero la verdadera contemplación supone también una distancia que simbólicamente podemos calificar, esta vez de temporal, no en lo que tienen de momentáneas y avasalladoras, inundando nuestra vida cotidiana, sino mirarla en su especie determinada, encontrando en eso su verdadera esencia. Con frecuencia se considera la turba de la vida con un principio y un fin que establece una analogía entre los extremos; es decir, entre el niño y el viejo. Hay incluso un viejo mito antiguo del niño viejo. En el lenguaje habitual, nosotros, en la decadencia, muchas veces decimos que una persona se está aniniando, algo tienen de común; pero son mucho mayores las diferencias que las analogías. El hecho es que la psicología del desarrollo, que tanto ha crecido en estos últimos años, ha dedicado muchísima atención a los problemas del desarrollo infantil y juvenil y apenas se ha ocupado de lo que ocurre desde el punto de vista de la psicología normal en la vejez. Ciertamente es que el final de la curva no es como el comienzo de la curva de la vida, a pesar de sus analogías; la que existe en la vejez normal es un proceso psicológico de reestructuración, no es simplemente un proceso de descanso, de aniquilación, sino de reestructuración de la vida psicológica. El mundo se hace más pequeño, es cierto; el niño está más abierto al mundo, con una enorme plasticidad; para el viejo, al perder plasticidad, se cierra el mundo. SCANWER distinguía entre la primera y segunda mitad de la vida diciendo que en la primera se vive de la esperanza y en la segunda de los recuerdos; esperanza es apertura y recuerdo es, quieras o no, cierre del horizonte vital, pero con esta disminución del horizonte vital van acompañados otros valores positivos, incluso se habla de la aparición en la vejez, de la posible aparición en la vejez, de los valores creadores. Es, por ejemplo, importante recordar (sobre esto se podría hablar muy largamente) que WAGNER escribió *Parsifal*, su obra cumbre, en muy avanzada edad, a los sesenta o sesenta y nueve años, y que TIZIANO pintó la *Nana* a los ochenta años, y es muy curioso observar las diferentes esculturas de la *Piedad* que MIGUEL ANGEL ha hecho en las diversas edades de la vida, y ver entonces la psicología de la edad a través de la repetición del tema; la última que esculpió fue a los ochenta y nueve años y es la *Pietà Rondamina*, muy distinta a la *Piedad* que se puede contemplar en el Vaticano.

En la vejez hay una tendencia a la simplificación de los problemas y una reducción a esquemas anteriores; de ahí su escepticismo

ante lo nuevo, que se califica como producto de la moda y esencialmente perecedero; tal escepticismo es muchas veces infecundo, pero otras resulta como una pantalla creadora que aviva los valores auténticos, separándolos de los no auténticos. No todo lo nuevo es forzosamente valioso, y el hombre, quieras o no, en su quehacer histórico y en su vida individual siente una tensión interna a la búsqueda de valores que tengan carácter permanente, ya que no carácter absoluto; en eso consiste la verdadera sabiduría de la vida. PERPEBUS decía: el viejo es aquel que tiene sus ojos abiertos a la profundidad esencial de la vida. En todo hombre se va forjando en su interior lo que se llama la experiencia de la vida; ahora se discute mucho el problema de la Universidad, que saben que con los medios técnicos podríamos decir para qué queremos estas clases si cada alumno puede tener en su casa un libro, una cinta magnetofónica, unas diapositivas, etc., que es lo que los alumnos pueden ver al lado del maestro, pues algo que no está en los aparatos, que es el saber experiencial que es la propia experiencia, que es lo que tiene la persona de más edad respecto al joven: la experiencia de la vida, que muchas veces es difícilmente transmisible, difícilmente incluso reducir a palabras y que no se ve más que con el ejemplo de la misma vida.

El maestro, que ha visto mucho enfermos, que ha seguido muchos cursos morbosos, sabe mucho más que lo que hay en los libros, aunque no retenga muchos de los datos que allí están. A ese saber como experiencia humana es al que renuncian las organizaciones sociales cuando jubilan a un individuo, y ahora se publican muchos trabajos diciendo si la sociedad actual está renunciando a un gran caudal; este tema ya lo planteó WERNARSSON en su libro *Vuelta hacia Matusalén*, es decir, toda la sabiduría que tiene el hombre y que se pierde, porque el hombre que la tiene acaba por morir y la humanidad no se aprovecha, y ahora la humanidad no sólo hace eso cuando naturalmente forzoso el hombre muere, sino hace eso cuando jubila prematuramente al anciano, este problema de la jubilación del cual han hablado ustedes ayer con tanto interés.

Desde el punto de vista negativo, lo más característico de los viejos es la disminución de la tensión vital, porque precisamente esa nota característica nos plantea hoy problemas antes ignorados. Muchas veces nos encontramos con que en los viejos hay una disminución vital acentuada y pensamos, por ejemplo, se han descrito en ellos la regu-

larización de serie de la vida y una serie de sentimientos que yo pienso que no están ligados estrictamente a la seguridad, sino que realmente son pequeñas fases timopáticas o pequeñas fases depresivas de los viejos que son susceptibles de ser tratadas igual que las pequeñas fases depresivas de la primera mitad de la vida. Ciertamente es que en los viejos hay una cierta fragilidad y que esa fragilidad es no sólo para los impactos físicos del medio exterior, sino también para los impactos psíquicos, y con mucha frecuencia vemos, por ejemplo, cómo la pérdida de un ser familiar cambia de tal manera en torno del viejo que la línea, su línea vital, con esa circunstancia exterior se quiebra y una vida entonces hasta casi regalante del viejo entonces aparece como una vida totalmente apagada, y eso es lo que ocurre con el proceso en la jubilación de muchos de ellos, como el cambio de la residencia, el retiro, etc. Cuando se está en pleno fragor del trabajo las gentes dicen que desean que llegue su jubilación y su descanso, y cuando llega la jubilación entonces, en lugar de la paz y el descanso, se encuentran con el vacío de la inacción que descompensa el equilibrio psíquico mantenido hasta entonces; pero para algunos el retiro supone una conquista a la libertad. OJER, que fue profesor de psiquiatría en Friburgo y fue un contradictor de la tesis de KRAEPELIN, decía cuando le jubilaron: "Por fin, por primera vez en mi vida tengo derecho a ser hombre y a no estar sometido a otros deberes y contratos que los que yo haga conmigo mismo." Vivía su jubilación como una conquista de libertad. No todos la reciben con la misma alegría, como ustedes saben muy bien, y, sin embargo, la fórmula no puede ser más sencilla: recobrar la libertad interior, porque, aunque otra cosa nos parezca, nuestra libertad siempre se halla mellada por la coyuntura externa en la cual nos movemos, y en esto, además, vemos muy bien, en estos procesos del envejecimiento y de la jubilación, las diferencias entre el hombre y la mujer. Al hombre le afecta, al varón le afecta mucho más y la mujer la soporta de una manera mucho mejor, quizá porque tiene una estructura vital diferente que el hombre, el polo vital es más pasivo y sabe con mayor facilidad crearse un nuevo horizonte vital en el que desenvolverse los años de retiro, cosa que para el hombre lanzado a la acción es mucho más difícil. Hay unas ciertas operaciones seniles del carácter a las cuales no me voy a entretener para no alargar esta exposición; en definitiva no son más que la caricatura que la vejez hace de los rasgos del carácter de uno, por eso dicen que la ve-

jez quita la máscara y en muchas ocasiones hace al hombre más auténtico, puesto que la máscara se ha creado en el contacto con la sociedad y al aparecer esta alteración caracterológica de la senilidad la máscara se le cae y él aparece tal y como es, podíamos decir con arreglo a su propia constitución psicológica.

Con respecto a la disminución de la memoria, de esto no quiero retenerles porque son hechos muy bien conocidos; tampoco con respecto a la rehabilitación del cuerpo a la distinta manera cómo el viejo experimenta la corporalidad. El cuerpo se siente de una manera alada, apenas interviene en su vida más que como instrumento de empresa en empresa; en cambio, en el viejo es la empresa misma la conservación de ese viejo.

La distancia que se toma de las cosas, el reconocimiento de la vanidad del mundo, etc., que son cualidades positivas, se convierten en negativas si falta la vitalidad necesaria y desciende la capacidad de decisión. Desde el punto de vista psicológico, a mí me parece esto uno de los puntos en los cuales primero se ve la frustración del viejo. En los hombres de empresa y en los políticos éste es el más fino índice de que la restauración de la personalidad del viejo se muestra insuficiente frente a su coyuntura vital. En algunos esta disminución de la capacidad de decisión se presenta simultáneamente con una disminución de la habilidad técnica, como ocurrió con KEREIT, pero él tuvo el valor de reconocerlo y retirarse a tiempo, cosa que no ocurrió con SAUERBRUCH, como muchos de ustedes saben, y por eso ocurrió la gran tragedia de los últimos años de SAUERBRUCH, en la cual él, ya demente senil, realizó operaciones que juzgamos monstruosas, realmente como instrumento de las gentes que estaban a su alrededor, que le amenazaban.

Un problema muy importante (también he de decirlo muy deprisa porque no quiero entretenerles) es la manera de diferenciar la vejez desde cuando uno empieza a sentirse viejo. Entonces se ha hecho una encuesta, se han hecho varias encuestas; yo les voy a citar sólo una, y si ustedes ven el resultado de estas encuestas verán hechos sorprendentes. Aquí se ha hecho una; dice: ¿A qué edad o en qué tiempo notó usted primero que se había vuelto viejo? Le contestaron 350 personas entre los veinte y ochenta y nueve años, y todas las contestaciones revelaban un hecho al parecer increíble: la edad más joven en que se inició la vivencia del envejecimiento fue la de los dieciocho

años y la edad más tardía la de los ochenta y dos; el término medio era la de los cuarenta y nueve. ¿Por qué ocurre esto? Porque realmente el hombre toma como vejez cualquier apagamiento de su vitalidad y cualquier cuadro depresivo. Cualquier depresivo que nosotros veamos en edades tempranas de la vida, lo primero que nos dice es que ya se siente viejo, que su vida está terminada, que no tiene nada que hacer, y es que naturalmente puede ocurrir en edades muy tempranas de la vida; es decir, el hombre normal no tiene una vivencia clara de su envejecimiento y es, en definitiva, un mecanismo de defensa que tenemos, porque esta vivencia del envejecimiento es la mayoría de las veces de carácter patológico, aunque poco conocida, porque ya les decía antes que están muy poco cuidados estos procesos psicológicos y psicopatológicos, no ya los francamente patológicos de la edad media.

Los cuadros nuevos no faltan; estamos en un congreso dedicado al estudio de los viejos; estoy hablando de las alteraciones psíquicas patológicas y no patológicas que van implícitas y acompañan al envejecimiento del hombre, y cuando tratamos de cumplir una misión médica o sociológica con los viejos vuelven a nuestro pensamiento las reglas de higiene vital que no proceden de las técnicas de la psiquiatría o de la psicología, sino de gentes con deberes humanos. Se habla entonces que hay que aprender a envejecer, de que quien no tiene la mentalidad de su edad tiene la desgracia de la misma, sino en el viejo proverbio francés que todos ustedes conocen. Quiero incluir este nuevo vocablo, que es el de calogerasia, que es el arte de envejecer bellamente; pero el hombre actual quisiera más bien no envejecer y encontrar el secreto de FAUSTO. Cualquier progreso biológico que se anuncie en este sentido tiene un gran éxito propagandístico. Desde VORONOF hasta nuestros días los periódicos se encuentran centrados estos días con relatos de las posibilidades de que una nueva droga de la memoria devuelva a los viejos su memoria perdida o de que la inyección de la menopausia por la prolongación artificial de la fórmula hormonal, que mantenga asiduo el horario, conceda a las mujeres una segunda y bella juventud. Es posible, sí; seguro que se realizan problemas terapéuticos en uno y otro sentido, por lo menos yo no me atreveré a negarlo que esto es posible, pero tampoco me atrevo a dejar de reconocer que la vida es una para tal individuo y no una cadena de eslabones infinitos, sino finita cuando se pasa adelante de la vida el

colorido, las luces y las sombras del paisaje cambian, sólo un pensamiento puede conducirlos en este cambio: el de que la vida tiene un sentido que, por consiguiente, se manifiesta de un modo distinto en cada edad de la vida, y ese sentido hay que hallarlo no como una fórmula abstracta de carácter general, sino como una experiencia interna distinta en cada uno en la que siente nuestra razón de ser. Esa búsqueda hay que iniciarla antes que las goteras biológicas o psicológicas anuncien las tierras del edificio; así es como aprenderemos a envejecer con continuidad.

... el estudio de los factores que influyen en el desarrollo de la personalidad y en el comportamiento humano. Este estudio se realiza a través de la observación directa, el cuestionario, el experimento y el análisis de los registros de la conducta. Los datos obtenidos se analizan estadísticamente para determinar las relaciones entre las variables estudiadas. Este tipo de investigación es fundamental para comprender mejor al ser humano y para aplicar estos conocimientos en campos como la psicología clínica, la psicología educativa y la psicología social.

Los datos obtenidos en el estudio de la personalidad y del comportamiento humano se analizan estadísticamente para determinar las relaciones entre las variables estudiadas. Este tipo de investigación es fundamental para comprender mejor al ser humano y para aplicar estos conocimientos en campos como la psicología clínica, la psicología educativa y la psicología social. El análisis estadístico permite identificar patrones y tendencias en los datos, lo que ayuda a formular hipótesis y a probarlas. Además, el uso de estadísticas inferenciales permite generalizar los resultados de una muestra a la población en su conjunto. Este tipo de análisis es esencial para la validez científica de la investigación en psicología y ciencias del comportamiento.



