

*/ Resiliencia y vejez*

**Pág 5**

*/ Cuidar de los que cuidan*

**Pág 12**

*/ Estimulación  
cognitiva.  
Intervención  
de Terapia  
Ocupacional*

**Pág 17**

*/ Un programa  
de rehabilitación  
neuropsicológica*

**Pág 25**

*/ Depresión y vejez*

**Pág 33**

Publicación Oficial de Alzheimer Argentina [www.alzheimer.org.ar](http://www.alzheimer.org.ar)



**Revista Argentina**

**ALZHEIMER**

**Y OTROS TRASTORNOS COGNITIVOS**

**Nº 18**

**AÑO 2013**

# CARRIER®

MEMANTINA - DONEPECILO

## PLUS

*La forma más simple  
de prolongar  
los buenos momentos*



- Simplifica la administración favoreciendo la adherencia al tratamiento
- Disminuye significativamente el costo del tratamiento
- Asegura la toma de ambos fármacos a dosis terapéuticamente útiles
- Mejora la calidad de vida del paciente y su cuidador
- Retrasa la institucionalización del paciente

**CARRIER®**  
20/10 PLUS

**Memantina 20 mg / Donepecilo 10 mg**  
**56 comprimidos**  
[28 comprimidos + 28 comprimidos]

**CARRIER®**  
20/5 PLUS

**Memantina 20 mg / Donepecilo 5 mg**  
**56 comprimidos**  
[28 comprimidos + 28 comprimidos]



Desde hace más de **135** años  
**CASASCO**  
www.casasco.com.ar

## STAFF

### DIRECTOR- PRESIDENTE

Dr. Luis Ignacio Brusco

### SECRETARIO CIENTÍFICO

Dr. Janus Kremer

Dr. Carlos Mangone

### COMITÉ CIENTÍFICO NACIONAL

Dr. Ricardo Allegri / Dr. Aníbal Areco / Dr. Pablo Azurmendi / Dr. Pablo Bagnati / Lic. Dolores Barreto / Dr. Roberto Caccuri / Dr. Daniel Cardinali / Dr. Oscar Colombo / Dr. Sergio Czerwonko / Dra. María Marta Esnaola y Rojas / Dra. Cecilia Fernandez / Dra. Silvia García / Lic. Angel Goldfarb / Dr. Ángel Golimstok / Dr. Salvador Guinjoan / Dr. Ramiro Isla / Dr. Eduardo Kohler / Lic. Mariela Licitra / Dr. Ramiro Linares / Dra. Ma. Alejandra López / Dr. Daniel López / Dr. Miguel Angel Martin / Dra. Marina Mercacini / Dra. Laura Morelli / Dra. Carolina Muchnik / Dr. Juan A. Ollari / Lic. Silvina Petrungaro / Dr. Edgardo Reich / Lic. Fernanda Rodriguez / Dra. Griselda Russo / Dr. Gabriel Samperisi / Dr. Diego Sarasola / Dr. Fernando Taragano / Dr. Gerardo Tiezzi / Dr. Julio Zarra / Dr. Daniel Zuin / Lic. Jaqueline Schmidt

### COMITÉ DE RELACIONES INSTITUCIONALES

Dr. Gustavo Gonzalez Ferreira / Dr. Gaston Monaco / Dra. Guillermina Olavarria / Dra. Florencia Reynoso / Dra. Josefina Pernas Grenno / Dra. Evelina Schmidt

### SECRETARÍA DE REDACCIÓN

Lic. Vanesa Arruabarrena / Lic. Cecilia Graves Ozan / Dra. Natividad Olivari

## EDITORIAL

A través de cada revista impulsamos y promulgamos la importancia del diagnóstico precoz en las patologías neurodegenerativas que producen deterioro cognitivo, sin embargo sabemos que muchas veces la prevención es difícil, ya que por lo general los pacientes no acuden a la consulta hasta no presentar una queja subjetiva de pérdida de memoria o bien hasta que la misma es referida por los familiares.

Creemos que es de vital importancia establecer estrategias para tratar de evitar que se afecte la vida social, laboral y actividades de la vida diaria de la persona en forma acelerada.

Por eso es importante conocer cuáles son los procesos patológicos que generan la enfermedad, dado que como médico es importante poder escuchar y observar cuáles son las quejas para poder explicar qué objetivos se esperan alcanzar con el tratamiento propuesto al paciente, al familiar y/o al cuidador. Mientras que como familiar y/o cuidador, comprender cuáles son los cambios graduales que se van a ir produciendo con el devenir de la enfermedad y qué actitud tomar frente a las diversas cuestiones que se irán presentando a diario.

En este Número 18 de la Revista Argentina de Alzheimer y otros trastornos cognitivos encontrará artículos que comprende distintos aspectos de la vejez a tener en cuenta y qué hacer cuando el deterioro cognitivo ya está instalado. Así mismo les recordamos que desde Alzheimer Argentina ofrecemos charlas e información para familiares con pacientes con Enfermedad de Alzheimer o que padezcan trastornos cognitivos; proporcionando herramientas de ayuda y brindando recomendaciones adecuadas para cada situación particular.

Asociación Alzheimer Argentina

## SUMARIO

### **Resiliencia y vejez** PÁG 5

Dra. Mariana Cecilia Freiesleben

### **Cuidar a los que cuidan** PÁG 12

Dra. María del Rosario Pollak

### **Estimulación cognitiva.**

### **Intervención de Terapia Ocupacional** PÁG 17

Lic. Lorena Vanesa Espindola

### **Un programa de rehabilitación neuropsicológica** PÁG 25

Lic. Ana Teresa Dias Vasques

### **Depresión y vejez** PÁG 33

Dra. Paula S. Sosa

Revista Argentina de ALZHEIMER y otros trastornos cognitivos. N° 18 Año 2013. Todos los derechos reservados. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en esta revista o notas no representan necesariamente la opinión de la revista y son exclusiva responsabilidad de sus autores.



# ALZHEIMER 2014

## XVII Jornadas de la enfermedad de Alzheimer y otros trastornos cognitivos

27, 28 y 29 de Agosto  
Hotel NH City & Tower  
Bolivar 120  
Buenos Aires  
9 a 19hs

## *Resiliencia y vejez*

*(Dra. Mariana Cecilia Freiesleben  
Médica especialista en Psiquiatría)*

### **INTRODUCCIÓN**

El siguiente trabajo se realiza para conocer cómo actúa la resiliencia en la tercera edad.

La resiliencia implica sobreponerse a las adversidades y a pesar de éstas, poder construir un futuro.

En el marco de investigaciones de epidemiología social se observó que no todas las personas sometidas a situaciones de riesgo sufrían enfermedades o padecimientos de algún tipo, sino que, por el contrario, había quienes superaban la situación y hasta surgían fortalecidos de ella.

El individuo se halla sometido a múltiples factores de riesgo, los que se presentan cuando los procesos del modo de vida, de trabajo, de la vida de consumo cotidiano, de relaciones políticas, culturales y ecológicas, se caracterizan por una profunda inequidad y discriminación social (viejismo), inequidad de género e inequidad etnocultural que genera formas de remuneración injustas con su consecuencia: la pobreza, una vida plagada de estresares, sobrecargas físicas, exposición a peligros que caracterizan a determinados modos de funcionamiento social o de grupos humanos.

Si bien estos factores de riesgo se observan en otras etapas de la vida, la vejez se la ha dejado de lado, brindándole menos recursos que estimulen la resiliencia.

A lo largo del presente trabajo se explicará el concepto de resiliencia, sus pilares, los mecanismos neurobiológicos y como actúa la resiliencia en la vejez.

### **CONCEPTO DE RESILIENCIA**

A lo largo de la historia el concepto de resiliencia ha tenido varias definiciones. El vocablo resiliencia tiene su origen en el idioma latín, *resilio*, que significa volver atrás, volver de un

salto, resaltar, rebotar (Diccionario de la Lengua Española-Vigésima segunda edición 2001).

Comienza a adquirir relevancia en el campo de la salud a partir del estudio longitudinal, llevado a cabo por Emily Wener en Hawaii, en 500 niños sometidos a condiciones de extrema pobreza, que fueron estudiados durante 30 años en la isla de Kauai. Todos pasaron penurias, pero una tercera parte sufrió, además, experiencias de estrés y/o fue criado por familias disfuncionales por peleas, divorcio con ausencia del padre, alcoholismo o enfermedades mentales. Muchos presentaron patologías físicas, psicológicas y sociales, como se esperaba desde el punto de vista de los factores de riesgo. Pero ocurrió que muchos lograron un desarrollo sano y positivo: estos sujetos fueron definidos como resilientes, sin embargo el denominador común a todos ellos era que en su desarrollo habían gozado del apoyo irrestricto de algún adulto significativo, familiar o no. El carácter interactivo del desarrollo de los resilientes y la acentuación de la importancia del vínculo positivo con otros seres humanos determinó la existencia de dos interpretaciones: una genetista e individualista que enfatiza la capacidad de adaptación positiva de las personas resilientes; y la otra, basada en la imprescindible interacción con otros seres humanos para el desarrollo, la que reclama el abordaje del problema desde la más temprana edad.

El término resiliencia proviene de la física de los materiales aludiendo en los metales la resistencia al choque y la recuperación de su estado inicial.

El vocablo resiliencia en psicología cobra un sentido distinto que en la física ya que no se trata de resistencia sino que conlleva un aspecto dinámico que implica que el individuo traumatizado se sobrepone y se desarrolla, no vuelve a la situación inicial anterior al trauma sino que lo supera saliendo fortalecido. No son sólo estrategias de ajuste para mantener el equilibrio interno. La resiliencia está compuesta por dos facetas inseparables, por un lado la alteración, el desequilibrio, el stress y por el otro la reconstrucción, la dinámica existencial, el proyecto de una vida mejorada.



La resiliencia es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aun habiendo vivido una situación traumática, han conseguido superarla y seguir desarrollándose y viviendo, incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados. Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común y su aparición no indica patología sino un ajuste saludable a la adversidad.

## LOS PILARES DE LA RESILIENCIA

En este capítulo se desarrollarán todos los pilares de la resiliencia, que son aquellos factores protectores para los seres humanos, que actúan más allá de los efectos negativos de la adversidad, estudiados en aquellas personas consideradas resilientes.

### PILARES A DESARROLLAR QUE INFLUYEN EN LA CAPACIDAD DE RESILIENCIA

- Autoestima.
- Capacidad de relacionarse con los demás y amar.
- Introspección.
- Independencia.
- Iniciativa.
- Molaridad
- Creatividad.
- Humor.

### **Autoestima**

La autoestima o el modo en que nos sentimos respecto a nosotros mismos: afecta todos los aspectos de nuestra vida y las posibilidades que tenemos de progresar.

Nuestras respuestas ante los acontecimientos dependen de quién y qué pensamos que somos. De todos los juicios a los que nos sometemos ninguno es tan importante como el que hacemos de nosotros mismos.

Por lo tanto, la autoestima es la clave y requisito fundamental para una vida plena.

Tiene dos componentes:

1. Sentimiento de capacidad personal (confianza en nuestra capacidad de afrontar desafíos de la vida).
2. Sentimiento de valía personal (confianza en nuestro derecho a ser felices. El sentimiento de ser dignos de merecer y gozar del fruto de nuestros esfuerzos).

### **Capacidad de relacionarse con los demás y amar**

Es decir, la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. La capacidad de relacionarse con otros es consecuencia de la necesidad vital que manifiesta todo ser humano. Actuar en equipo, el ayudarse mutuamente, brindarse a los otros, son recursos que permiten sobrellevar las adversidades.

Hay que tener en cuenta que, una autoestima baja o exageradamente alta producen aislamiento: si es baja, por autoexclusión vergonzante; y si es demasiado alta puede generar rechazo por la soberbia que se supone.

Tener importantes y valiosas relaciones con otras personas, en particular con aquellas en las que el afecto y el cuidado son mutuos, sentirse cerca y apegado a otras personas, el poder amar a otros, permite acceder a otro tipo de relación en la cual, si este amor es correspondido, habrá contención y ayuda mutua.

### **Introspección**

Mellido y Suárez Ojeda explican el mecanismo de la introspección: "...Al preguntarse a uno mismo se pone en juego la

autoestima del sujeto, la consistencia afectiva de la relación con uno mismo”.

Al mirarse internamente, se puede dar cuenta que algo en la persona no está bien. De esta forma se puede conocer lo que sucede, poder comprenderlo y mejorar aquellos aspectos que desagradan o generan conflictos.

### **Independencia**

Se define como el saber fijar límites entre uno mismo y un ambiente adverso; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento. Actitud para vivir en forma autónoma y tomar decisiones por sí mismo. Mellido y Suárez Ojeda en relación a la independencia expresan: “...La independencia se basa en un adecuado desarrollo del principio de realidad que permite juzgar una situación externa prescindiendo de los deseos íntimos del sujeto, que lo pueden llevar a distorsionar la verdadera situación...”<sup>1</sup> La independencia nos permite ver objetivamente los problemas o las situaciones, establecer límites sin dejarse apasionar o influenciar.

### **Iniciativa**

Se puede definir como la motivación de crecimiento. El gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Hacerse cargo de los problemas y ejercer control sobre ellos. A través de la satisfacción se encuentra un sentido a la vida mediante el desarrollo potencial de una actividad.

La iniciativa induce a conductas de exploración, actividades constructivas, participación en proyectos comunitarios. Esto genera sentimientos de autorrealización, permitiendo enfrentar desafíos.

Se necesita de la capacidad de relacionarse con los demás, con una autoestima que no esté en exceso, ya que como se describió anteriormente, generaría una actitud de soberbia provocando rechazo en los demás, ni un déficit, produciendo el efecto contrario en los otros, posibilitando de esta manera la capacidad de iniciativa.

### **Molaridad**

Entendida ésta como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los otros.

### **Creatividad**

La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. La reflexividad sobre sí mismo, la capacidad de pensar sobre sus propios pensamientos, abre camino para generar, hipótesis, apreciación de posibilidades, posibilidades de acción, posibilidad de apoyarse en lo que el entorno brinda, con lo que incrementa su capacidad de desenvolverse en el mundo.

Mellido y Suárez Ojeda expresan: “...La condición creativa no es un don ni una rara condición; es parte de la naturaleza humana y depende de cómo se desarrolle el sujeto...”<sup>2</sup>

El origen de la creatividad es el juego, que es la ocupación preferida de los niños. Para el niño, el juego le permite tratar a la realidad de manera distinta, insertando las cosas del mundo de un modo que a él le agraden.

“...Al jugar, el niño desplaza al exterior sus miedos, angustias y problemas internos, dominándolos mediante la acción...”<sup>2</sup>

El niño a medida que va creciendo va dejando de jugar y asumiendo las responsabilidades que la realidad le impone. Pero al adulto plenamente desarrollado le queda como adquisición la capacidad de crear y manipular situaciones nuevas.

### **Humor**

El humor es un rasgo que constituye un comportamiento muy significativo de la mente humana. Mediante el humor una situación puede reconfigurarse súbitamente y producir un cambio en el afecto y el comportamiento del sujeto. Constituye la esencia de la creatividad.

Sigmund Freud afirmaba acerca del humor “...La esencia del humor consiste en que uno se ahorra los afectos que la respecti-

<sup>1</sup> Melillo Aldo y Suárez Ojeda Elbio (2008). Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas. Capítulo IV: Algunos fundamentos psicológicos del concepto de resiliencia. Buenos Aires: Editorial Paidós. (Página 100).

<sup>2</sup> Melillo Aldo y Suárez Ojeda Elbio (2008). Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas. Capítulo IV: Algunos fundamentos psicológicos del concepto de resiliencia. Buenos Aires: Editorial Paidós. (Página 98).



va situación hubiese provocado normalmente, eludiendo mediante un chiste la posibilidad de semejante despliegue emocional...”<sup>3</sup>

Mediante el humor el sujeto rehúsa sentir lo doloroso de la realidad, sin desconocerla ni desmentirla.

Viktor Frankl en su libro “El hombre en busca de sentido”, menciona que:

“...El humor es otra de las armas del alma en su lucha por la supervivencia. Es bien sabido que, en la existencia humana, el humor proporciona el distanciamiento necesario para sobreponerse a cualquier situación, aunque sea por un breve tiempo...”<sup>4</sup>

#### **LAS FUENTES INTERACTIVAS DE LA RESILIENCIA**

De acuerdo con Edith Grotberg, para hacer frente a las adversidades, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado, existen factores de resiliencia de cuatro fuentes que se visualizan en las expresiones verbales de los sujetos (niños, adolescentes o adultos) con características resilientes:

- “Yo tengo” en mi entorno social.
- “Yo soy” y “yo estoy”, hablan de las fortalezas intrapsíquicas y condiciones personales.
- “Yo puedo”, concierne a las habilidades en las relaciones con los otros.

#### **Tengo:**

- Personas alrededor en quienes confío y que me quieren incondicionalmente.
- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros.
- Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender.

#### **Soy:**

- Alguien por quien los otros sienten aprecio y cariño.

- Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.
- Respetuoso de mí mismo y del prójimo.

#### **Estoy:**

- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
- Seguro de que todo saldrá bien.

#### **Puedo:**

- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.
- Buscar la manera de resolver mis problemas.
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar.
- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

### **MECANISMOS NEUROBIOLÓGICOS DE LA RESILIENCIA**

En este capítulo se analizan los mecanismos de resiliencia desde sus niveles inferiores, moleculares, fisiológicos y bioquímicos hasta los más altos, la resiliencia conductual en sus aspectos cognitivos y emocionales, pasando por las etapas intermedias: el procesamiento de la información que ejerce el SNC (Sistema Nervioso Central) en sus redes y en los sectores anatómicos que lo conforman.

#### **RESILIENCIA Y NEUROCIENCIA**

Desde el punto de vista biológico y de la neurociencia, el cerebro es el órgano ejecutor central del sistema biológico responsable de la resiliencia y el encargado de regular los mecanismos neurobiológicos, cognitivos y psicológicos del individuo vinculados con la respuesta al estrés y la resiliencia.

El estrés se define como el conjunto de respuestas de un organismo frente a los cambios y estímulos que atentan contra la homeostasis (equilibrio dinámico). Si bien en un principio el

<sup>3</sup> Freud Sigmund (2007). El humor. Sigmund Freud Obras Completas Tomo III. Buenos Aires: Editorial El Ateneo. (Página 2997).

<sup>4</sup> Frankl Viktor (2004). El hombre en busca de sentido. Segunda Fase: La vida en el campo. Barcelona: Editorial Herder. (Página 70).

estrés constituye un mecanismo fisiológico necesario, principalmente durante la etapa aguda (estrés agudo), el estrés crónico induce alteraciones en el cerebro y en el funcionamiento de todo el organismo.

En relación con el concepto de estrés, aparece el término "alostasis", introducido por Sterling y Eyer en 1988, para referirse al proceso activo mediante el cual el organismo responde a los cambios diarios, manteniendo la homeostasis. Cuando la magnitud de los cambios, supera la capacidad adaptativa del sistema (aumento de la carga alostática), el cerebro y el cuerpo pueden sufrir consecuencias deletéreas a nivel de las funciones fisiológicas, psicológicas y conductuales.

## **RESILIENCIA Y ESTRÉS**

El cerebro es el órgano central en la elaboración y ejecución de la respuesta al estrés, y por lo tanto, el responsable de la puesta en marcha y del control regulatorio de los mecanismos de la resiliencia.

El cerebro permite al organismo percibir un conjunto de estímulos intero y exteroceptivos y responder, a posteriori, a los distintos tipos de estímulos estresantes (ambientales y biológicos), determinando tanto respuestas fisiológicas como conductas complejas propias del ser humano. Sin embargo frente a la exposición crónica y frecuente de diferentes estresores, en individuos susceptibles se produciría una desregulación de las respuestas centrales, favoreciendo una hiperactivación de los mediadores del estrés, con repercusiones neurobiológicas, neurológicas, cognitivas y conductuales.

Luciana D'Alessio en el Libro "Mecanismos Neurobiológicos de la resiliencia" plantea que:

"...La forma en que un individuo responde al estrés está condicionada por las experiencias tempranas infantiles y estaría determinada por factores genéticos, constitucionales y ambientales..."<sup>5</sup>

Los modelos experimentales desarrollados con animales de laboratorio han demostrado que las experiencias vitales de las primeras etapas del desarrollo posnatal son condicionantes positivos significativos en la regulación de respuestas conduc-

tuales, emocionales, biológicas y hormonales al estrés. Se ha observado que en las situaciones de alto cuidado materno favorecen el desarrollo de un mayor umbral de excitabilidad en la respuesta al estrés en un animal adulto, con menores niveles de hormonas de estrés (cortisol y adrenalina) potencialmente dañinas para el organismo.

## **PRINCIPALES SISTEMAS MEDIADORES DEL ESTRÉS**

El organismo está expuesto diariamente a un importante número de estresores que atentan contra la homeostasis, por lo que se encuentra permanentemente frente a dos situaciones fisiológicas opuestas: potencialidad de daño versus protección y remoción del daño.

La regulación hormonal del estrés está a cargo de la glándula adrenal, que libera glucocorticoides y adrenalina en respuesta al estrés, mediante el eje hipotalámico -hipofisario-adrenal. Si bien este eje es el sistema central en la mediación de respuestas biológicas al estrés, no actúa solo, ya que también hay otros sistemas que participan en este proceso como, por ejemplo, el sistema simpático (sistema adrenérgico), la liberación de catecolaminas centrales y neurotransmisores excitatorios (SNC) y la producción de citoquinas proinflamatorias.

Como contrapartida, el sistema nervioso parasimpático contrarresta la activación del sistema nervioso simpático, disminuyendo la liberación de citoquinas proinflamatorias. En forma similar, la dehidroepiandrosterona (DHEA) se opone a los efectos del cortisol.

De esta manera, cada función tiene su función opuesta, en un intento del sistema de mantener la homeostasis.

## **MEDIADORES NEUROQUÍMICOS DE LA PLASTICIDAD ADAPTATIVA: RESILIENCIA Y VULNERABILIDAD DEL SNC**

Un importante número de distintos neurotransmisores, hormonas y neuropéptidos han sido reconocidos por formar parte de la respuesta neuroquímica al estrés extremo. Mientras que algunos de estos mediadores están involucrados en fun-

<sup>1</sup> D'Alessio Luciana (2009). Mecanismos Neurobiológicos de la resiliencia. Capítulo II: SNC, resiliencia y estrés. Buenos Aires: Editorial Polemos. (Página 20).



ciones de plasticidad adaptativa y por lo tanto están relacionados con la resiliencia, otros podrían aumentar el riesgo de daño (vulnerabilidad).

#### **Neurotransmisores:**

La noradrenalina, la serotonina y la dopamina ejercen efectos moduladores sobre la neurotransmisión central.

La noradrenalina es liberada por el locus coeruleus y está relacionada con las funciones que mantienen el estado de alerta.

La hiperactividad del locus coeruleus ha sido vinculada a una mayor susceptibilidad al estrés, facilitando los estados de hipervigilancia. Las funciones relacionadas con la resiliencia serían aquellas que reducen la actividad del locus coeruleus y por lo tanto, la actividad adrenérgica.

La serotonina regula diversas funciones corticales vinculadas a la adaptación al estrés. Actúa sobre receptores 5-HT<sub>1A</sub> mediando efecto ansiolítico y sobre receptores 5-HT<sub>2</sub>, mediando efecto ansiogénico. Una baja actividad del 5-HT<sub>1A</sub> podría predisponer a la ansiedad y a la depresión.

La dopamina actúa directamente sobre la conducta y la respuesta al estrés. Bajos niveles de dopamina en la corteza prefrontal y en el núcleo acumbens ha sido asociado a déficit cognitivos, ansiedad y miedo.

#### **Hormonas:**

El cortisol, como se comentó anteriormente, es el principal mediador de la respuesta al estrés y se encarga de movilizar la energía celular, mantener el estado de alerta y focalizar la atención.

Se ha demostrado que los estrógenos inducen la expresión de BDNF (Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro) y NPY (neuropéptido Y), mediadores clave en la neuroplasticidad, por lo que se comportarían como neuroprotectores y favorecedores de las funciones vinculadas a la resiliencia.

#### **Neuropéptidos:**

El BDNF es una neurotrofina que induce la expresión del NPY y que ejerce efectos positivos sobre la neurogénesis, el aprendizaje y la memoria. Además, ejerce efecto neuroprotector en el hipocampo, relacionado con una mayor resiliencia del sistema.

#### **Opioides Endógenos:**

La dinorfina ejerce diversas funciones homeostáticas en el organismo, como la regulación del dolor, la actividad motora, la función cardiovascular, la temperatura, la conducta alimentaria y la respuesta al estrés. Se postula que la dinorfina mediaría los estados emocionales negativos ante el estrés. De esta manera, la dinorfina podría ser considerada un mediador neurobiológico que afectaría en forma negativa a la resiliencia emocional.

#### **FACTORES GENÉTICOS**

La resiliencia fue planteada en una primera generación de investigadores como una característica individual cuyo origen debe buscarse en rasgos genéticos que establecen la diferencia. Se planteaba en un inicio la existencia de niños invulnerables, término con el que se aludía a algunos niños que parecían constitucionalmente tan fuertes, que no cedían frente a las presiones del suceso traumático y la adversidad. Existía una tendencia a pensar en términos de rasgos intrínsecos y persistentes tanto para la vulnerabilidad como para la invulnerabilidad.

No se han determinado aún con exactitud los factores genéticos involucrados en la resiliencia. Sin embargo, algunos sistemas como el serotoninérgico han sido estudiados por su relación con las funciones de resiliencia del SNC.

Con relación al sistema serotoninérgico, el polimorfismo del gen que codifica para la proteína recaptadora de serotonina ha sido considerado un marcador de resiliencia. La variante alélica corta (short, S) se asocia a una menor eficacia en la función recaptadora del neurotransmisor, con implicancias negativas para las respuestas de ansiedad y depresión frente al estrés. La situación contraria se ha observado con la variante alélica larga (long, L), que se asocia a una mejor respuesta al estrés, un menor riesgo de ansiedad y depresión y una mayor resiliencia del sistema. Los sujetos LL (portadores de dos alelos LL) serían los más resilientes, mientras que los portadores de dos variantes S (SS) serían menos resilientes, quedando en una situación intermedia los LS.

Existe una corriente genetista, que prioriza los factores genéticos como determinantes para aquellas personas que, aún sometidas a la adversidad de la pobreza, puedan "salvarse" mediante su capacidad de adaptación a las condiciones de vida adversa.

Los genetistas plantean que según las variantes genéticas, a las personas resilientes, en realidad, no les afectan tanto las condiciones adversas como si les puede suceder a otras personas en iguales situaciones. Se puede plantear como ejemplo, el stress durante el embarazo que puede afectar al feto, pero no lo hace de la misma manera en todos los casos, dicha afectación dependerá de las variaciones genéticas de cada uno.

### LA VEJEZ, UN PERÍODO CARACTERIZADO POR LA ACTIVACIÓN DE LA RESILIENCIA

La vejez es un periodo en el que suelen afrontarse eventos críticos como son los problemas de salud, la pérdida de seres queridos y, en muchos casos un decremento en la situación económica.

Sin embargo, hay estudios que indican que, a pesar de haber sufrido tales dificultades, y muchas veces circunstancias extremas, peligrosas o traumáticas (guerras y austeridad); muchas personas mayores se encuentran en buena condición de salud, (aunque pueden tener padecimientos propios de la edad) e, incluso, dan muestras de vitalidad, de buen humor, entusiasmo en realizar actividades que les mantenga ocupados y que aporten beneficios para ellos y para otras personas y, además poseen gran interés en seguir contribuyendo y participando con su familia y amigos.

Lo anterior indica que los mayores han tenido que ajustarse y sobrevivir a innumerables situaciones de adversidad a través de procesos de adaptación, mediante los cuales, logran mantener un adecuado nivel de funcionamiento en diferentes dominios, han mostrado **resiliencia** ante las adversidades

### RESILIENCIA EN LA VEJEZ

Como se mencionó antes, a pesar de que en la vejez se acumulan experiencias desfavorables y altamente estresantes, es decir, hay una acumulación de factores de riesgo, muchos mayores consiguen adaptarse a los cambios y siguen reportando adecuados niveles de satisfacción con la vida o, al menos éste no decrece en comparación a etapas anteriores (Baltes, Lindenberg, y Staudinger, 1998).

Tampoco se ha observado aumento en los niveles de depresión o de ansiedad con respecto a periodos tempranos de la vida (Montorio Cerrato y Fernández Troconiz, 1997; Staudinger y col., 1995). A este fenómeno se le denominó "la paradoja del bienestar" (Staudinger y col., 1995; Greve y Staudinger, 2006), y constata que la resiliencia ocurre de manera mucho más usual de lo que pudiera pensarse e, incluso, puede ser considerada como un fenómeno ordinario más que extraordinario (Bonanno, 2004; Luthar y col., 2000).

Un indicador de lo anterior es que entre el 50 y 60 % de los adultos han estado expuestos a instancias de estrés que pueden haber sido traumáticas al menos una vez en su vida, pero sólo 1 de cada 10 ha reportado síntoma del síndrome de estrés post traumático (Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003). Resultados similares ocurren con las víctimas de violencia severa, de los cuales sólo un 20% reportan sintomatologías como consecuencia de ese evento (Bonanno, 2004).

Los eventos adversos que ocurren en la vejez, echan a andar múltiples auto-sistemas de adaptación. Por ejemplo, puede presentarse un declive en ciertas habilidades del área cognitiva, sin embargo, esto no determinará el funcionamiento cognitivo ya que, gracias al gran bagaje de conocimientos y habilidades adquiridos a través de los años puede compensarlo. Este tipo de procesos, indica que la resiliencia ocurre diariamente en la vejez, es decir, es un fenómeno normativo.

Las investigaciones han constatado que determinados recursos tienen la capacidad de amortiguar los efectos de los eventos estresantes, ya sean estos consecuencias de eventos normativos o bien, eventos no normativos. Por ejemplo, se encontró que adultos con altos niveles de afectos positivos y complejidad afecto-cognitiva, pudieron valerse de ellos para amortiguar el estrés. La idea básica es que si un dominio o área se ve amenazada, muchas otras áreas de protección se activarán para protegerla o subsanarla.

Los recursos asociados a la resiliencia (también llamados factores protectores) que median, moderan la relación entre los estresores y los resultados, son de naturaleza múltiple y cambian en los diferentes periodos de la vida, además cabe recordar que se encuentran a nivel individual, familiar y social o de comunidad.

La orquestación y sinergia de tales factores contribuirá a la resiliencia en los diferentes dominios psicosociales de funcionamiento. Se puede hablar, por ejemplo, de resiliencia cognitiva,



resiliencia física, resiliencia emocional, etc. Además, la resiliencia será activada en diferentes áreas o competencias, dependiendo del periodo de la vida en que requiera ser activada.

Con respecto a la vejez, los indicadores de resiliencia pueden ser el mantener un buen funcionamiento en los dominios que son de mayor interés para los individuos. Usualmente se enfocan a mantener una buena salud, movilidad y funcionamiento físico, al aspecto cognitivo y de personalidad y a mantener las redes sociales y de apoyo.

### LA EXCLUSIÓN SOCIAL

Las investigaciones gerontológicas muestran que los ancianos que no desarrollan ninguna actividad enferman más y mueren más jóvenes que los que se mantienen dinámicos y conservan o establecen nuevas redes vecinales o grupos de pares o familiares. Se deduce, entonces, que uno de los factores de riesgo principales del deterioro de la calidad de vida en la vejez es el aislamiento social, ligado a la exclusión y el rechazo.

La salida del sistema laboral es un ejemplo, cuando es experimentada como un acontecimiento de derrumbe, de caída vertiginosa, que afecta no solo por la pérdida del poder adquisitivo, sino también por la pérdida del poder cultural, ya que aleja del circuito productivo en un sentido más amplio, en cuanto a los hechos que protagonizan los hombres cotidianamente al salir a la búsqueda del sustento. Los adultos más afectados con el desencadenamiento de tantos efectos negativos son los que se encuentran sin familia nuclear, desvinculados de parientes y sin haber logrado cultivar una red de amigos. Otros casos de derrumbe comienzan a partir de la viudez, ante la enfermedad y muerte del cónyuge, lo cual deja en soledad y sin lazos establecidos al otro miembro de la pareja. Esta situación es muy común, sobretodo en mujeres viudas que ven reducida su vida cotidiana al no tener ya a nadie a quien atender, aisladas de todo contacto exterior, sumidas así en una sensación de no valer, de no servir, de no poder.

El aumento de la cantidad de tiempo libre- que adviene sin ninguna preparación previa- toma desprevenidos a estos sujetos. Se agrega que socialmente se encuentran discriminados, aparece el término *vejismo*. El *vejismo* es definido como el estereotipo negativo y la devaluación sistemática de las personas simplemente por causa de su edad. Robert Butler introdu-

jo el término en 1969 y nos proveyó las bases conceptuales generales para el estudio de la discriminación basada en la edad y los problemas conexos.

El *vejismo* es un fenómeno complejo con dimensiones históricas, culturales, sociales, psicológicas e ideológicas. En las culturas *vejistas* el envejecimiento biológico avanzado es definido negativamente y usado como base para devaluar el estatus social de los viejos. Este proceso de devaluación puede tomar la forma de una discriminación inter personal (micro) o institucional (macro), por ejemplo la discriminación laboral, la estereotipia en los medios de comunicación, la segregación intergeneracional, evitación de contacto y un trato interpersonal condescendiente o abusivo. La emergencia de culturas *vejistas* se atribuye a factores históricos tales como el desarrollo tecnológico, la industrialización, la competencia económica y los cambios en las actitudes sociales. Al igual que otras formas de discriminación el *vejismo* involucra procesos psicosociales por los cuales los atributos personales son ignorados y los individuos son etiquetados de acuerdo con estereotipos negativos basados en la afiliación grupal. En la sociedad americana los viejos son etiquetados como rígidos, físicamente no atractivos, seniles, improductivos, enfermos, caprichosos, empobrecidos y sin sexualidad. La investigación gerontológica muestra que estos estereotipos son espurios, que están basados en mitos y que contradicen los hechos empíricos. La persistencia del *vejismo* es atribuida a sus raíces en valores básicos tales como la glorificación de la juventud, el individualismo, la competencia económica y a la reducción de la consideración humana solamente en términos de utilidad económica. Estos valores crean un entorno cultural en el cual las desventajas del envejecimiento son enfatizadas, sus beneficios son ignorados y los individuos viejos son culpados por problemas que ellos no han creado (por ejemplo, son desempleados a causa de la discriminación laboral).

A medida que se envejece, la red social personal sufre más pérdidas a la vez que las oportunidades de reemplazo para esas pérdidas se reducen marcadamente: la gente del grupo de referencia de esa edad tiende a morir más frecuentemente, y a la vez los viejos tienen menos ocasiones sociales para hacerse de nuevos amigos y menos viejos están accesibles o dispuestos al esfuerzo de acomodación que depara el iniciar nuevas relaciones. Además, los esfuerzos requeridos para mantener una conducta social activa son mayores en tanto la dificultad para movilizarse y para moverse es mayor y el sensorio reduce acuidad, cosa que disminuye las habilidades y, a la larga, el interés en expandir la red social. Parte de la experiencia de depresión

que parece instalarse en muchos viejos de manera gravosa emana de la soledad y la consiguiente pérdida de roles, de recuerdos, de funciones y, en última instancia, de identidad que acompaña a la extinción progresiva de la red.

### **ESTÍMULO DE FACTORES PROTECTORES RESILIENTES**

Por todo lo expuesto anteriormente, es necesario la creación de programas de intervención que aumenten y refuercen el número de factores protectores que puedan estar presentes en una situación dada, como reforzar fuentes de apoyo y afecto, favorecer la comunicación y las habilidades de resolución de problemas.

El enfoque de la resiliencia permite reconocer y potenciar aquellos recursos personales e interpersonales que protegen el desarrollo de las personas y su capacidad constructiva, aun durante su envejecimiento. Estas propuestas se caracterizan en reforzar y potenciar aquellos factores o mecanismos personales que favorecen los procesos de cambios actitudinales que podrían asimilarse a comportamientos resilientes.

La recreación con los adultos mayores tiene como objetivo principal la praxis de una educación permanente que prioriza en cada actividad la apropiación que el adulto mayor pueda realizar de sus aprendizajes significativos para el uso recreativo de su tiempo libre, trabajando con dispositivos grupales que le aporten contención y un clima de confianza para desarrollar proyectos grupales e individuales y que le permitan vivenciar, asimismo, la responsabilidad o el protagonismo en el manejo de su libertad en su tiempo de vida.

Desde esta concepción integral del uso creativo del tiempo libre en el adulto mayor, se pretenden asegurar las condiciones necesarias para fomentar su desarrollo y la búsqueda de su plenitud, en tanto favorezca el encuentro de la persona consigo misma y con sus potencialidades, a fin de poder modificar, a partir de sus condiciones objetivas, las variables subjetivas referidas a su estilo de vida, de modo de incidir favorablemente en su calidad de vida.

El poder brindarle actividades grupales le permite que el grupo en sí posea un valor intrínseco que potencia el vínculo y los sentimientos de afecto entre los integrantes. Brinda oportunidades para el análisis crítico de su propia realidad que le permita proyectar la transformación personal.

### **CONCLUSIÓN**

El aislamiento que sufren los viejos por parte de la sociedad, el vejeísmo impuesto, provoca que los ancianos se aislen cada vez más, sintiéndose que no son útiles para ésta. El exceso de tiempo libre, principalmente cuando son jubilados en forma obligada genera sentimientos de inutilidad, angustia, depresión, que esto afecta a su sistema inmune, enfermándolos.

La sociedad en la que vivimos está preparada para la gente joven. Desde los empleos donde quedan restringidos por una brecha de edad cada vez menor, propagandas de televisión llena de gente joven y exitosa, dejando apartado a este sector de la sociedad.

Pero hay un grupo de ancianos que envejecen bien, son resilientes, ocupan su tiempo libre, con buen sentido del humor, con metas, con proyectos. Justamente este grupo de ancianos posee los pilares de la resiliencia.

La resiliencia abre un abanico de posibilidades, en tanto enfatiza las fortalezas y los aspectos positivos, presentes en los seres humanos. Más que centrarse en los circuitos que mantienen las condiciones de alto riesgo para la salud física, mental de las personas, se preocupa por observar aquellas condiciones que posibilitan un desarrollo más sano y positivo.

Por lo tanto es importante crear espacios de recreación para este grupo de individuos, donde puedan tener contacto con el otro, el sentirse útil.

Así, la recreación educativa con los adultos mayores posibilita que esta etapa forme parte integrada de un proyecto de vida autónomo, que favorezca el reconocimiento identificador y el trabajo de historización. Es decir, experimentar los cambios e ir modificando activamente las expectativas de vida futura y las interpretaciones acerca de la propia historia vincular de interacciones significativas, permitiéndole al sujeto dejar los modelos de comportamiento conocidos pero repetitivos, por otros nuevos, funcionales a las condiciones actuales de su existencia.



## **BIBLIOGRAFÍA**

- Cyrulnik Boris (2006). Los patitos feos. Barcelona: Gedisa.
- D'Alessio Luciana (2009). Mecanismos Neurobiológicos de la resiliencia. Buenos Aires. Polemos.
- Frankl Viktor (2004). El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder.
- Freud Sigmund (2007). El humor. Sigmund Freud Obras Completas Tomo III. Buenos Aires. El Ateneo.
- Melillo Aldo y Suárez Ojeda Elbio (2008). Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires. Paidós.
- Melillo Aldo y Suárez Ojeda Elbio (2008). Resiliencia y Subjetividad: Los ciclos de la vida. Buenos Aires. Paidós.
- Zukerfeld Rubén y Zukerfeld Raquel (2005). Procesos terciarios: De la vulnerabilidad a la resiliencia. Buenos Aires: Lugar Editorial.

## *Cuidar de los que cuidan*

*Dra. María del Rosario Pollak*  
*Médica especialista en Psiquiatría*

El cuidado del paciente con demencia es un proceso que requiere de atenciones y tareas constantes que van en aumento. Las estrategias no farmacológicas por lo general son abordajes de primera línea para los trastornos de conductas y síntomas psiquiátricos.

El paciente con Alzheimer u otro estado de deterioro cognitivo tiene una larga enfermedad por delante, con la pérdida progresiva de su capacidad física y cognitiva y con mayor dependencia cada vez del entorno familiar.

El familiar-cuidador tiene que ser consciente de sus propias emociones para poder manejar situaciones, preservando al paciente, a sí mismo y a sus otros familiares. Muchas veces el impacto de la enfermedad alcanza a todos los miembros de la familia (inclusive a los niños) y la redistribución de tareas para cuidar al enfermo hace aflorar conflictos familiares previos.

“La práctica de cuidar genera los conocimientos necesarios para que se consolide la ciencia del cuidado con una perspectiva cultural.” Vasquez Truissi (2001).

Aquí trataré las características de los cuidadores, dificultades que se les presentan, factores estresantes, prevención y tratamiento.

### **EL CUIDADOR**

#### **DEFINICIÓN DE CUIDADOR**

Luego de un daño cerebral (trauma, lesión vascular, enfermedad degenerativa, etc.) los pacientes presentan síntomas que indican deterioro en su capacidad de auto cuidado y autonomía. Además, pueden presentar con frecuencia, síntomas de orden psiquiátrico (depresión, trastornos de ansiedad, apatía, desinhibición, trastornos en el control de impulsos, trastornos psicóticos entre otros).

El paciente con demencia cae en la declinación de las facultades físicas y mentales y se convierte en un ser vulnerable. La

vulnerabilidad es la condición de posibilidad del cuidado, pero también su límite. Quien cuida es un ser humano, lo que significa que, igualmente se es vulnerable y limitado. Por lo tanto la persona que cuida también requiere cuidado porque es vulnerable.

Los cuidadores pueden ser padres, madres, hijos, otros familiares, personal contratado o voluntario.

Se pueden clasificar en dos grupos: 1° los familiares (cuidadores informales) y 2° personal de enfermería u otras personas contratadas (cuidadores profesionales o formales).

Cuando una persona asume el cuidado de un paciente con demencia, se enfrenta a un trabajo que puede variar de acuerdo con las condiciones de vida de la familia y de sí mismo. La intensidad del trabajo que soporta el cuidador también va a depender de su carácter individual para enfrentar las exigencias que impone el cuidado.

#### **FASES DE ADAPTACIÓN DEL CUIDADOR**

**Fase 1:** Negación o falta de consciencia del problema. En los primeros momentos de la enfermedad crónica es frecuente que se utilice la negación como un medio para controlar miedos y ansiedades. Otra forma de negar el problema es evitar hablar del deterioro del familiar enfermo. Por lo general es un periodo temporal; cada vez empieza a ser mas difícil creer que el familiar esta simplemente con mucha distracción o que es una enfermedad pasajera.

**Fase 2:** Búsqueda de información y surgimiento de sentimientos difíciles. A medida que la persona va aceptando la realidad de la situación de dependencia, empieza a darse cuenta de que la enfermedad va a alterar la vida de éste, su propia vida y la de las personas que lo rodean. Aquí los cuidadores empiezan a buscar información. Es muy común aquí que el cuidador tenga sentimientos de malestar por lo que les ha tocado vivir y enojo. Y a medida que aumenta la dependencia funcional del familiar enfermo, aumentan también los sentimientos de ira,



enojo y frustración de los cuidadores y no saben muy bien cuál es el objeto de su malestar. Aquí es necesario que el cuidador pueda hablar de manera clara y sincera de lo que le sucede y tome consciencia.

**Fase 3:** Reorganización. Aquí el cuidador se da cuenta de que ha perdido una relación esencial y que tiene nuevas responsabilidades. Con información, recursos externos de ayuda y compartir responsabilidades con el resto de la familia la persona que cuida dispondrá de herramientas para enfrentar el cuidado de la persona enferma.

**Fase 4:** Resolución. En esta etapa los cuidadores son capaces de manejar la situación, aprenden a cuidar de sí mismos, dispuestos a buscar ayuda en otras personas, se vuelven más independientes, se dedican más tiempo para actividades recreativas y sociales. Pero no siempre los cuidadores llegan a esta etapa ya que el estrés los supera, enferman orgánica y/o psíquicamente, son incapaces de hacerse cargo de su ser querido y pueden llegar al maltrato.

### ESTRES EN LOS CUIDADORES

Es el deterioro o agotamiento producido por la demanda excesiva de recursos físicos y emocionales que lleva consigo la actividad del cuidado del paciente con EA, u otra enfermedad de deterioro cognitivo. Los cuidadores informales son los de mayor riesgo, debido a que disponen de menos estrategias para estas dificultades; sentimientos de carga, estrés y tristeza caracterizan al síndrome de carga del cuidador (SCC).

También se relaciona con dificultades en la salud física, por ejemplo:

- Actividades físicas que se manifiestan por dependencia total o parcial del paciente hacia el cuidador, a saber: aseo personal, vestido, alimentación, ir al baño, etc.
- Cambios en la conducta del paciente.
- Costos económicos altos.
- Cada vez se ven más limitados en actividades propias de satisfacción y recreación personal.

Los problemas sociales del cuidador, como la disminución de tiempo libre, soledad y aislamiento hacen que repercutan en su salud física y mental.

Los trastornos somáticos empiezan a aparecer después de un año (artralgias es lo más frecuente). Los síntomas psíquicos son: cansancio, depresión, trastornos del sueño, irritabilidad, reacciones exageradas a las críticas, cefaleas, relaciones interpersonales interrumpidas, culpa, resentimiento hacia la persona que cuida.

### SÍNDROME DEL CUIDADOR

Son aquellas personas que sufren el desgaste físico, psicológico y de salud general por el cuidado constante y continuo del enfermo con deterioro cognitivo. Es una enfermedad que no solo se interpone en la vida del afectado, sino también afecta en forma devastadora a todos aquellos que lo rodean y cuidan.

La falta de apoyo es otro de los factores que más incidencia tienen en aquel que sufre del síndrome del cuidador. Ya que el cuidador ve como poco a poco su vida se convierte en una dedicación exclusiva al enfermo, quien, a medida que la enfermedad avanza, va generando mayor dependencia. Así el cuidador ve como su tiempo de ocio y relaciones sociales van mermando.

Sociólogos, psicólogos y gerontólogos coinciden que el cuidador es un enfermo oculto, teóricamente sano, sobre quien recae toda la responsabilidad y tareas que van afectando su equilibrio muchas veces con consecuencias que se extienden a las relaciones y a la propia familia.

Al sufrimiento propio de quien observa el declive progresivo de un ser querido, se añaden la ansiedad del vigilar constantemente, sumado al estrés e impaciencia. Esto hace que el cuidador se descuide, siendo que. "¿cómo va a preocuparse de sí mismo teniendo delante a un ser tan desvalido?". Pero hay que recordar lo importante que es el cuidador para ese ser querido.

Según estudios el perfil medio del cuidador son mujeres entre 45-60 años. Edades en las que se encaran nuevas etapas de la vida para desarrollo personal; crecidos los hijos comienzan a vivir una autonomía que les permiten plantearse proyectos, cultivar aficiones, emprender estudios, etc.

Se podrían determinar cuatro fases;

**Primera fase o estrés laboral:** es el sobreesfuerzo físico con escasa o nula ayuda. No posee tiempo libre propio y demuestra

gran cansancio físico. Al final de esta etapa se aprecia desesperanza y depresión.

**Segunda fase o estrés afectivo:** situación de carencia de afecto o comprensión de los que tiene cerca. Hay falta de reconocimiento físico y afectivo por parte de los demás; esto lo desanima a continuar su tarea. A esta situación se le agrega la sensación de falta de reconocimiento por parte del enfermo.

**Tercera fase o de inadecuación personal:** aquí comienza a sufrir consecuencias psicofísicas por dar atención desmedida y sin ayuda. Mayor frecuencia de enfermedades físicas y psíquicas: fatiga, artralgias, problemas gastrointestinales, cefalea tensional, insomnio, crisis de ansiedad, falta de concentración, etc. Se va generando una frialdad afectiva respecto a las labores que antes ejercía con comprensión; aparecen sentimientos de culpa, no admite relajarse y si lo hace regresa cuanto antes al paciente y se siente culpable.

**Cuarta fase o vacío personal:** sucede cuando el paciente ya ha fallecido, el espacio esta vacío y vuelve a aparecer la culpa, no siente motivos para seguir viviendo, siente que podría haber hecho más.

## ¿CÓMO SE ABORDA ESTE SÍNDROME?

Es un trabajo interdisciplinario en el que se trabajaría con Atención primaria de salud, Servicio social y Salud mental.

Un buen manejo del paciente con demencia y sus cuidadores permite realizar prevención en tres niveles: primario, evitando aparición de síntomas en el cuidador; secundario, detectando tempranamente su aparición, y terciario, evitando la progresión de los síntomas, dar cuidados más adecuados y retrasar la institucionalización (cuidadores en buenas condiciones, enfermos en mejor estado).

Se les brinda:

- Asistencia al paciente demente; cuidados, atención médica, higiene y tratamiento farmacológico.
- Información acerca de la enfermedad; sobre la pérdida irreversible de las facultades cognitivas y actividades diarias, evolución, necesidad de atención y manejo de problemáticas físicas, conductuales y psicológicas.
- Estimular las reuniones familiares; para hablar del momento

en que se encuentra la enfermedad y futuro del paciente.

- Hacer que el cuidador principal se ponga en contacto con asociaciones de personas que están pasando por similar situación; para poder conversar y compartir esta problemática.
- Información al cuidador sobre red de Servicios comunitarios; trabajadores sociales para brindar recursos necesarios.
- Cuidado del cuidador; tanto en su salud física (alimentación, sueño, ejercicio, hábitos de consumo) como en su salud mental (estado de ánimo, cansancio, cambios del humor).
- Dar apoyo en situaciones de culpa o de sentimientos ambivalentes ante el cuidado. No dejar el tiempo de recreación, repartir tareas con otros familiares o derivar a centros de día.
- Estar alerta ante cambios importantes en la economía, sobrecarga y cambios relacionados con las personas a cuidar.
- Especial atención ante posibles maltratos físicos, emocionales, situación de abandono o explotación material.

Si bien es humano sentirse enojado, con rabia, muchas veces estas situaciones de malestar son permanentes y parece normal vivir con ellas. Esto significa que esas emociones pueden ser productivas o no, y solo uno puede modificarlas

## CUIDADOS PARA EL CUIDADOR

### Estrategias y tratamiento en cuidadores

Los doce pasos para el cuidador:

1. Puedo controlar hasta dónde la enfermedad me afecta a mí y a mi pariente. (Recibido el diagnóstico de EA, muy poco es lo que la medicina moderna puede hacer para tratar y prevenir el progreso de la enfermedad. Los cuidadores se van dando cuenta cuáles aspectos del cuidado pueden controlar y cuáles no).
2. Necesito cuidarme (para poder continuar dando cuidados efectivos a nuestros seres queridos, tenemos que cuidar de nosotros mismos).
3. Necesito simplificar mi estilo de vida (identificar qué es lo más importante, lo que deben hacer de forma inmediata).
4. Necesito dejar que otros me ayuden (los cuidadores siempre son independientes, así que les resultará difícil pedir ayuda, ya que lo consideran debilidad).



5. Debo pensar en el hoy, tomando día por día (enfocar y concentrar todas las energías en lo más importante a corto plazo, disminuyendo la sensación de agobio y situaciones que tal vez nunca sucederán).
6. Necesito organizar mi día (el deterioro que causa la EA u otra patología que genere deterioro cognitivo requiere estructuración, rutina y cierto ritual para el miembro familiar afectado; esto hace que el cuidador pueda usar su tiempo más eficientemente)
7. Debo tener sentido del humor (ser lo suficientemente objetivo como para ver algo de comedia en situaciones embarazosas, dolorosas o vergonzantes).
8. Debo recordar que los comportamientos y las emociones de mi pariente están distorsionadas por la enfermedad (muchas veces los cuidadores creen que las alteraciones del comportamiento van dirigidas hacia ellos, en forma personal).
9. Debo concentrarme y disfrutar lo que mi pariente aun es capaz de hacer (lo que más ayuda en esos momentos es recordar y valorar quién fue en el pasado y disfrutar de los buenos momentos).
10. Debo aprender a depender de otros para recibir apoyo y afecto (los cuidadores deberán ir acercándose cada vez más a familiares y amigos en busca del afecto y apoyo que el familiar enfermo ya no puede darle).
11. Tengo que recordarme a mí mismo que estoy haciendo lo mejor que puedo en este preciso momento (reconocer sus limitaciones humanas, desarrollar sentido de auto aceptación y sentirse satisfechos de cómo han manejado una situación en particular o como han respondido a determinada alteración en el comportamiento).
12. Existe un Poder Superior que me protege (muchos cuidadores creen que un Poder Superior los ha ayudado en situaciones difíciles y que éste mismo les ha ayudado a encontrar un significado y una razón para su tarea de cuidadores).

## TRATAMIENTO

- Educación general (lecturas sobre el cuidado).
- Discusión general (discusiones individuales y de grupo entre los pacientes y el facilitador).
- Grupos de apoyo (personas con las mismas características, y entre ellos hablan y discuten de situaciones referidas al cuidado).
- Entrenamiento en habilidades sociales (juego de roles,

entrenamiento en comunicación verbal y no-verbal).

- Apoyo social (interacción entre la familia para disminuir el aislamiento social e incrementar el apoyo social).
- Actividades sociales (comidas, excursiones, ejercicios en grupo).
- Resolución cognitiva de problemas (estrategias para mejorar las respuestas ante los estresores que implica el cuidado).
- Terapia cognitiva.
- Habilidades cognitivas (técnicas de distracción, imaginación guiada, dirección en la atención, etc.).
- Habilidades prácticas del cuidado (enseñanzas para bañar o levantar al paciente, entre otras cosas).
- Relajación (técnicas) y respiración.
- Terapia de conducta (establecer metas, reforzamiento verbal).
- Psicoterapia y consejería (intervenciones individuales, grupales).
- Misceláneas (intervenciones amplias que no aclaran detalles, componentes cognitivo-conductuales, habilidades sociales, terapia de prevención de recaídas. Terapia de duelo, puesto que este síndrome genera duelos ocultos, aparece un sentimiento de lástima por las oportunidades perdidas de una vida mejor para el paciente)

## CONCLUSION

La llegada de la demencia desordena toda la estructura familiar que se había establecido para lograr su desarrollo como grupo. La persona que la sufre deja de ser el miembro conocido que una vez formó parte de esa familia.

La experiencia y el conocimiento le proporcionan a quien cuida, entendimiento sobre cómo se comporta el ser querido, hasta llegar a comprender que no es un asunto de caprichos y la importancia que tiene sostenerse en el cuidado, el ser capaz de controlarse en los momentos de ira o enojo provocados por la inestabilidad del paciente y así sobrellevar esos momentos.

El buen cuidador solo cumplirá bien su tarea si mantiene su plenitud personal, salud física y psíquica. Las intervenciones tempranas son más redituables ya que previenen el desgaste y las enfermedades en el cuidador y evitan o postergan la institucionalización del paciente.

No es traición al enfermo si se delega atención a asistente profesional u otros miembros de la familia, sumado a la bús-

queda de espacios personales que le permiten relajarse, tener tiempo libre y un régimen de vida normalizado. No dejarse devorar por la dependencia. El exceso de dedicación a un enfermo termina creando dos enfermos.

Para poder mantenerse en el cuidado, poder sobrellevar la carga y disminuir los sentimientos contradictorios que se manifiestan, los cuidadores necesitan:

- a) de la información;
- b) del aprendizaje de la experiencia;
- c) de la reflexión;
- d) de la programación de otras actividades;
- e) del apoyo, fundamentalmente.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- ALZHEIMER ARGENTINA: [www.alzheimer.org.ar](http://www.alzheimer.org.ar).
- ALMA Argentina: [www.alma-alzheimer.org.ar](http://www.alma-alzheimer.org.ar).
- Alzheimer's Association: [www.alz.org](http://www.alz.org).
- Sitio de internet: [www.conociendoelalzheimer.blogspot.com](http://www.conociendoelalzheimer.blogspot.com).
- American Association for Geriatric Psychiatry.
- Introducción a la Psiquiatría – Manual Suarez Richard.
- Manual de Clínica y Terapéutica en Psiquiatría – Falcoff/Fontin.
- Manual para el cuidador de pacientes con demencia – Recomendaciones para un cuidado de calidad – Anderson, R / González-Cosío, M / Resnikoff, D.
- Impacto en la biografía de los cuidadores de pacientes con demencia – Gómez Gómez, MM. Univesidad de Antioquia.
- Convivir con personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias – Manes, F / Sabe, L / Rosselló, M / Lischinsky, A.

- ▶ Curso Superior en Neurorehabilitación Cognitiva
- ▶ Curso de Posgrado en Psicogeriatría y Gerontopsiquiatría
- ▶ Curso Superior en Neuropsicología Aplicada
- ▶ Curso Superior en Psiconeurofarmacología
- ▶ Curso Superior de Posgrado en Psicología Cognitiva Aplicada
- ▶ Curso Superior en Neuroanatomía y Neuroimágenes Aplicada
- ▶ Curso Superior en Neurología y Neurociencias aplicada a la Salud Mental
- ▶ Curso Superior de Actualizaciones en Demencias y Enfermedad de Alzheimer
- ▶ Curso de Formación para Familiares y Cuidadores de Pacientes con Alzheimer y otras Demencias.
- ▶ Curso Superior de Enfermería Psiquiátrica
- ▶ Curso Superior en Trastornos Afectivos
- ▶ Curso de Posgrado en Trastornos Atencionales y Déficit Cognitivo
- ▶ Curso de Posgrado de Actualización en Esquizofrenia. Fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y neurorehabilitación cognitiva.
- ▶ Curso de Posgrado en Manejo Inicial y Avanzado de Emergencias en Salud Mental.



Instituto de Posgrado

*Informes e inscripción:*

Asociación Neuropsiquiátrica Argentina

+54 11 4554-9145 / 4553-4095

Lunes a Viernes de 10 a 17 Hs.

[anainfo@fibertel.com.ar](mailto:anainfo@fibertel.com.ar) -

[ana@fibertel.com.ar](mailto:ana@fibertel.com.ar)

[www.neuropsiquiatria.org.ar](http://www.neuropsiquiatria.org.ar)

# *Estimulación cognitiva. Intervención de Terapia Ocupacional*

*( Lic. Lorena Vanesa Espindola  
Lic. en Terapia Ocupacional )*

La Terapia Ocupacional aporta un abordaje terapéutico no farmacológico junto a otras disciplinas, estimulando sentidos y funciones que comienzan a declinar en el anciano; toma no solo las funciones que han sido alterados sino que rescata las potencialidades que posee el paciente e interviene sobre ellas con el objetivo de preservar la autonomía.

Teniendo como fundamento neurobiológico la plasticidad neuronal, definida como la capacidad del cerebro para modificar de manera favorable tanto su funcionamiento como su estructura posee, efectos de estimulaciones adecuadas y continuas en el tiempo". Un entorno enriquecido puede modificar el número y la distribución de sinapsis, producir mayores resultados cognoscitivos y la resolución de situaciones cotidianas al permitir una reorganización de recursos residuales disponibles; la variación y la multiplicidad de los estímulos sensoriales hace posible que el anciano desarrolle su agudeza perceptiva y mejore el registro de información del ambiente".

Algunas personas mayores perciben cambios en su memoria y se preocupan por reconocerse más olvidadizas, sienten que son señales de alguna enfermedad en estos casos cuando recurren a la consulta es necesarios evaluar la situación particular de cada paciente ya que pueden estar asociadas al entorno y situación actual (cambios en el ámbito laboral, jubilación, pérdidas, etc. ), es necesario llevar a cabo las evaluaciones neuropsicológicas para poder realizar el tratamiento correspondiente, dicha evaluación debe ser realizada por neuropsicólogos idóneos, con experiencia para evitar falsos diagnósticos.

La presencia de déficit cognitivos producen alteraciones en las capacidades mentales superiores (la memoria juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención, en las praxis), que intervienen en la realización de actividades complejas o sea en su desempeño ocupacional; por eso es importante observar los efectos de los déficit perceptivos y cognoscitivos en dicho desempe-

ño ya que provoca limitaciones en la autonomía y calidad de vida del adulto mayor.

La intervención del terapeuta ocupacional se inicia con la valoración y evaluación de la situación socio-afectiva del paciente, niveles de independencia-dependencia funcional (A.V.D básicas e instrumentales) intereses, habilidades y destrezas ocupacionales, entorno físico-social y los objetivos/ expectativas del paciente para detectar las funciones deficitarias y las no afectadas.

El entorno del paciente, su situación emocional y clínica actual, es lo que va a determinar qué tipo de abordaje va a realizar el Terapeuta ocupacional. No es lo mismo un paciente que se encuentra institucionalizado, al que concurre a centro de día, a un centro de jubilados (ambulatorio), el que vive solo, vive con su familia, el que tiene red social, el que nunca la construyó o el que la fue perdiendo en el transcurso de la vida, tipo de familia continente, abandonica, diagnóstico de base, pronóstico del diagnósticos, futuros riesgos etc.

De acuerdo a los resultados obtenidos de dicha evaluación, consecuentemente se seleccionarán y adaptarán las actividades y planificarán en relación a las variables externas (cantidad y calidad de estímulos) en articulación con las variables internas (motivación, intereses, historia de vida, historia ocupacional, valores y funcionalidad).

La activación cerebral presupone un mejoramiento en el rendimiento cognoscitivo del adulto mayor. Esto no necesariamente le permitirá una mejoría en su problemática diaria si no se trabaja específicamente sobre ella.

En algunos casos son necesarias las modificaciones en el entorno del paciente, adecuada estimulación que le permita utilizar los recursos y potencialidades de cada persona por medio de la eliminación de factores de interferencia o simpli-



ficación de tareas. En otros casos agregará actividades que sean significativas para el paciente reafirmando así el contenido motivacional.

A los pacientes se le ofrecen estrategias que puedan aplicar, para favorecer un equilibrio entre el paciente y su ambiente, a través de el conocimiento y el manejo de sus propias capacidades.

En el caso de las **DEMENCIAS**, los talleres forman parte de un tratamiento integral con el objetivo de estabilizar la sintomatología y enlentecer el deterioro.

Los objetivos a trabajar en el programa de estimulación son: sensorio-perceptivas, sociales, orientación temporo-espacial, memoria a largo plazo, procedural y comunicación.

En las fases intermedias de las demencias los Terapeutas ocupacionales deben estar principalmente atentos a la asistencia adecuada que requiere el paciente, su familiar o cuidador, para llevar a cabo el desarrollo de las actividades. Además de brindar información, entrenar y orientar a los cuidadores para favorecer su tratamiento y no sobreprotegerlo o abandonar al paciente y dejarlo en situaciones de riesgo.

Las intervenciones se diseñan siempre para maximizar las funciones de la persona que sufre el deterioro y minimizar la sobrecarga que el cuidador experimenta.

Si el entorno facilitador puede combinarse con un ambiente estimulante, adaptado a los deseos e intereses del paciente, no sólo se promueve la autonomía sino también que se mejora la calidad de vida.

#### **TALLERES DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA:**

Los programas de tratamiento que se ofrecen a los adultos mayores (luego de ser evaluados) para entrenar y estimular las funciones cognitivas (atención, memoria, gnosias, praxias, lenguaje, funciones ejecutivas), sociales, emocionales, actúan como espacios que facilitan el recuerdo y dan contención a los miedos que se vinculan con la pérdida de la memoria. Poseen un encuadre diferenciando la dinámica de trabajo, son grupales de acuerdo a las posibilidades, capacidades e intereses que presentan.

#### **Objetivos Emocionales:**

- Elevar la autoestima.
- Reducir la ansiedad provocada por las fallas amnésicas y las anomias.
- Evitar el aislamiento.
- Prevenir la depresión.
- Incrementar la tolerancia a la frustración.

#### **Objetivos Sociales**

- Favorecer la interacción entre los participantes.
- Favorecer /incrementar la red social, creando nuevos contactos.
- Respetar limitaciones propias y de otros participantes.
- Respetar tiempos de espera.
- Desarrollar una participación activa de la propuesta dentro de sus posibilidades.
- Incorporar y/o mantener hábitos sociales.

#### **Objetivos Cognitivos**

- Estimular y/o favorecer la atención.
- Estimular y/o favorecer la concentración.
- Utilizar estrategias para aprender información nueva.
- Estimular la orientación temporo-espacial.
- Estimular/mantener las praxias.
- Estimular la memoria.
- Estimular las funciones ejecutivas.
- Estimular el lenguaje.
- Estimular el cálculo.

#### **Estrategias utilizadas por el Terapeuta ocupacional en el desarrollo de la actividad**

- Establecer vínculo Terapeuta ocupacional - Paciente.
- Contener y acompañar al paciente en esta experiencia.
- Propiciar un ambiente facilitador para la participación del taller.
- Ofrecer ayudas técnicas y adaptaciones en caso de ser necesarias.

### **TENER EN CUENTA PARA LLEVAR A CABO UNA ACTIVIDAD**

- > Antes de cada sesión se da un margen de tiempo para dar tiempo a que los participantes lleguen.
- > Se comienza saludando, se preguntan cómo se encuentran y como han pasado los días anteriores, favoreciendo un ambiente armonioso y cooperativo.
- > Se incide en su orientación temporal, se les pregunta qué día, mes y año es, se irá alternando al participante cuestionado.
- > Reforzar las conductas que conduzcan a la solución.
- > Tener claro qué se pretende entrenar con el ejercicio elegido.
- > Adaptarlo a: los distintos niveles cognitivos de los participantes.
- > Nivel cultural de los participantes.
- > Intereses.
- > Seleccionarlos con complejidad creciente, desde lo más simple a lo más complejo.
- > Deben ser presentados en forma clara, nítida, el tono de voz adecuado para que todos escuchen.
- > Retirar estímulos que puedan distraer a los participantes en el desarrollo de la actividad.
- > El tamaño de los textos o imágenes debe ser adecuado para el grupo etario con el que se trabaja, para evitar confusiones y frustraciones.
- > Poner énfasis en la utilidad de la aplicación para su desempeño en la vida cotidiana.
- > Adaptados para adultos (evitar la infantilización).
- > Utilizar materiales y herramientas de fácil acceso a la población con que trabajamos.
- > Evitar que se sientan ridiculizados y expuestos en el grupo.
- > Eliminar en todo momento las debilidades que puedan aparecer.
- > Libertad de expresar gusto y disgusto por cada actividad realizada.
- > El humor como motivante a través de todas las sesiones.
- > Tener en cuenta la fatiga.
- > Asegurarse de todos hayan entendido las consignas.
- > Si se presentan dificultades de evocación, el coordinador del taller debe ofrecer facilitaciones para ayudar a recordar.
- > Respetar y hacer respetar tiempos individuales.
- > Minimizar cualquier situación de fracaso que se plantee. Hace falta que se entienda que cada persona tiene más facilidad respecto a un tipo determinados de tarea que respecto de otra.
- > Finalmente, se hace un resumen de la jornada y se convoca a todos para la siguiente sesión, comentando que se harán otro tipo de actividades para estimularlos a volver.

### **FUNCIONES A ENTRENAR:**

#### **IDENTIDAD Y MEMORIA BIOGRÁFICA**

##### **Identidad:**

Conjunto de particularidades que distinguen a una persona de las demás.

##### **Memoria biográfica:**

Recuerdo de acontecimiento y situaciones vividas de una persona.

**Objetivo:** Reforzar la propia identidad. Ejercitar la memoria.

**Ejercicio:** Cada participante se presenta y brinda la información de su vida personal que desea compartir con el grupo y después, cada uno de ellos, debe evocar el nombre y todos los datos que recuerda de esa persona.



## COMUNICACIÓN

Favorecer la interacción y el intercambio entre los miembros del grupo con el fin de:

- Ejercitar el lenguaje.
- Superar el repliegue en sí mismo.
- Ganar confianza en sí mismo, seguridad.
- Crear nuevos vínculos.
- Estimular intereses.

## PERCEPCIÓN

El registro de estímulos sensoriales.

## ATENCIÓN

Es la aplicación selectiva de la conciencia sobre el objeto determinado que queda destacado en el campo mental.

**Ejercicios:** observar, para luego evocar, por ejemplo: colores, objetos, vestimenta, se pueden utilizar láminas, etc.

## CONCENTRACIÓN

Atención sostenida en el tiempo.

**Objetivos:** entrenar la atención sostenida:

- Tachado de determinada letra.
- Encontrar diferencias en dibujos aparentemente iguales.
- Encontrar objetos escondidos en un dibujo.
- Tener a mano lupas para los que olvidan sus anteojos.

## IMAGINACIÓN

Es la facultad de tener presente en la mente la imagen de algo que en el momento se encuentra fuera del alcance de los sentidos.

## FLUIDEZ VERBAL

Es la capacidad de recordar palabras pronunciadas o escritas de acuerdo a una consigna dada.

Significación verbal: es la capacidad de comprender y reconocer las ideas expresadas.

**Ejercicios:** evocar la mayor cantidad de palabras a partir de la categoría dada, comidas.

## ORIENTACIÓN TEMPOROESPACIAL - REFERENTES ESPACIALES Y TEMPORALES

- Orientación espacial: es la capacidad de imaginar en dos o más dimensiones.
- Orientación temporal: es la capacidad de localizar mentalmente hechos o situaciones en distintos tiempos.
- Los referentes son indicadores que facilitan la asociación, a fin de acceder con la mayor facilidad a la recuperación del recuerdo.

## ESTRUCTURACIÓN COGNITIVA - ORGANIZACIÓN DE LAS INFORMACIONES - CLASIFICACIÓN ASOCIACIONES-MNEMOTÉCNICAS (ESTRUCTURACIÓN MENTAL POR MEDIO DE TÉCNICAS ASOCIATIVAS)

Estructuración cognitiva es la integración y la organización de las funciones cognitivas.

**Razonamiento:** es la capacidad de reconocer similitudes y deducir principios o reglas.

**Reminiscencia:** es la expresión verbal del recuerdo de hechos de la vida pasada, generalmente con un matiz placentero.

**Objetivo:** reforzar la propia identidad, ejercitar memoria evocando hechos pasados .

A través de cualquier estímulo sensorial (olfato, gusto, tacto o visual) Eje: fotografías, aromas, etc.

Es importante conocer las diferencias individuales en el

momento de aplicar técnicas de reminiscencia e incluso prever las posibles reacciones de los participantes.

**Actividades:**

- Juegos de adivinanzas (personajes, elementos, etc).
- Armar refranes.
- Bingo.
- Tutti-frutti.
- Observar fotografías y luego relatar detalles de la misma.
- Discriminar olores/aromas.
- Discriminar sabores.
- Discriminar texturas.
- Discriminar objetos y reconocer su funcionamiento.
- Discriminar melodías.
- Asociación de personajes con acontecimientos.
- Burako.
- Damas.
- Dominó adaptado.
- Naipes.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Edith Lobos, Andrea, Patricio Fuentes, Facundo Manes. Tratado de Neuropsicología Clínica, 2008.
- Mercedes M. Acuña., Magali Risiga: Talleres de Activación Cerebral y entrenamiento de la Memoria.
- Magali Risiga. La Multiestimulación intervenciones de Terapia Ocupacional (artículo).
- Pablo M. Bagnati, Ricardo Allegri, Janus Kremer, Fernando Taragano. Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.
- Lic. Marisol Madrigal. La Estimulación cognitiva en personas Adultas Mayores (artículo).



# Un programa de rehabilitación neuropsicológica

(*Lic. Ana Teresa Dias Vasques*  
*Psicóloga/Neuropsicóloga*)

Con el aumento de la expectativa de vida en las poblaciones y el alto costo para el estado de los servicios médicos, de enfermería, internaciones y medicamentos, las demencias se transformaron en una preocupación mundial. De entre las demencias, la más común es la enfermedad de Alzheimer (EA).

La EA es un proceso degenerativo, progresivo y lento que afecta la memoria reciente, el lenguaje, las habilidades visoespaciales y las funciones ejecutivas, en edades tardías de la vida (Fuentes, 2008), y que según Bottino, Carvalho, Alvarez, Ávila, Zukauskas y col. (2002), limitan a la persona en sus actividades de vida diaria y su desempeño social y ocupacional.

Grandmaison y Simard (2003) señalan que el creciente énfasis en el precoz diagnóstico de la EA muestra la necesidad de intervenciones eficaces para personas con EA leve y en fase inicial. Ávila, Bottino, Carvalho, Santos, Seral y col. (2004) nos hacen acordar que la temprana identificación de la enfermedad contribuye para un mejor resultado en el tratamiento, puesto que en esa fase hay más funciones cognitivas preservadas.

En la EA leve, se nota una baja en el desempeño de las tareas de la vida cotidiana, pero el paciente todavía logra ejecutar las actividades básicas, manteniéndose independiente. La principal dificultad de esta fase está en la memoria explícita, mientras la memoria implícita se ve preservada hasta niveles más avanzados de la enfermedad. La primera es la que se puede acceder de manera consciente, la segunda, no (Ptak, Van der Linder & Schnider, 2010).

Viola, Nunes, Yassuda, Aprahamian y Santos y col. (2011), nos enseñan que en la Rehabilitación Cognitiva prepondera la utilización de técnicas para mejorar el desempeño de funciones mentales específicas, mientras que la Rehabilitación Neuropsicológica (RN), amplía esa concepción teniendo como objetivo ayudar a los pacientes y sus familias a manejar la carga cognitiva, emocional y social de la enfermedad, restableciendo la calidad de vida.

Como no hay cura para la EA, lo que se puede hacer es atenuar los déficits cognitivos y las alteraciones del comportamiento y mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia, a través de un abordaje multidisciplinar (Bottino y col., 2002). Sin embargo, Wilson, según Labos (2008, p. 637), dice: "No se puede curar una memoria deficiente, sin embargo puedes hacer un uso más eficiente de las capacidades que quedan".

## Entrevista Inicial de la Rehabilitación Neuropsicológica

Ávila y col. (2004) afirma que trabajar con enfermedades neurodegenerativas, como la EA, implica utilizar una abordaje psicosocial que respete las necesidades del paciente y de sus cuidadores. Los autores consideran que una evaluación y entrevista inicial eficientes deberían contener las características cognitivas y psicológicas del paciente, su nivel económico y funcional y su estilo de vida.

R. S., sexo femenino, de 70 años. Tiene dos hijas y dos nietas. Estudió la carrera de contabilidad en la Universidad, trabajó como contadora durante muchos años y está jubilada hace 5. Es viuda y vive sola. Le gusta leer, nadar y pintar. Desde hace algunos tiempo toma clases de pintura. Los fines de semana se junta con compañeras de su grupo de natación o visita los familiares. Toma medicación para hipertensión arterial y rivastigmina 6,0 mg.

La paciente fue derivada al servicio de psicología del Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER) de la ciudad de Goiânia, Goiás, Brasil, por el servicio de neurología del mismo, con diagnóstico de "Probable Enfermedad de Alzheimer" (NINCDS-ADRDA), tipo leve (CDR). Ella llegó justo en el horario exacto, sonreía, estaba tranquila. Me presentó, dijo mi nombre. Habló poco, cuando le pregunté sobre su queja, cuando comenzó a sollozar, lo que se repitió en otros momentos. Parecía consciente de sus dificultades: se olvidaba de los nombres de personas (de su familia y del staff del centro de rehabilitación), de algunos compromisos (turnos médicos) y se confundía al comprar lo que necesitaba en el supermercado, siempre se le olvidaba

ba algo o el nombre de un producto. Además, tenía problemas con la lectura de libros, no se acordaba de lo que había leído el día anterior y tenía que leer todo otra vez.

En un segundo momento se inicia la entrevista con P. L. S., hija de la paciente, quien vive en el mismo barrio que la señora R. S. Ella confirmó algunas quejas de su madre y agregó más información: la paciente fue diagnosticada de EA hace casi 2 años, se olvida nombres de familiares (primos, sobrinos), del staff del CRER y sus respectivas especialidades (neurólogo, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo); a veces se olvida de los turnos médicos (cuando no los anota). Una vez llegó al supermercado y no sabía lo que tenía que comprar, tampoco se acordaba de los nombres de las frutas, verduras; desde ese día se encuentra bastante preocupada por su salud. Dejó de asistir a las clases de natación y lloraba en algunas ocasiones en la casa. Aunque es independiente, la hija tiene miedo de que algo le pase a su madre cuando esté sola.

### **OBJETIVOS DE LA REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA**

Para Ávila y col. (2004), la RN tiene como objetivo llevar el paciente a un punto máximo de salud física, de bienestar psicológico, de actividades de la vida diaria y de relaciones sociales; y más específicamente aún, al paciente que tiene EA, optimizar funciones, disminuir los riesgos excesivos de discapacidad y prevenir el desarrollo de psicopatologías.

A continuación, se describen los objetivos propuestos para la RN que fueron formulados juntamente con el paciente y sus familiares.

#### **Objetivos generales**

- > estimular la memoria de la paciente;
- > manejar las dificultades del día a día;
- > incentivar las actividades sociales, artísticas y deportivas;
- > informar y concientizar paciente y su familia sobre la EA;
- > disminuir el estrés emocional y derivar la paciente para el psiquiatra por un posible cuadro depresivo.

#### **Objetivos específicos**

- > trabajar el recuerdo de nombres de los familiares;
- > estimular el recuerdo de los nombres de los profesionales

- que atienden al paciente, la ubicación exacta en el centro de rehabilitación y cual es la función de cada uno en CRER;
- > facilitar la ida al supermercado y las compras de los productos;
- > ayudar al paciente a ordenar los turnos de sus actividades semanales;
- > optimizar la lectura y comprensión de textos.

### **TÉCNICAS UTILIZADAS**

Labos (2008) comenta que para la creación de una estrategia de memoria es necesario observar lo que se sigue: el perfil cognitivo y funcional de las alteraciones del paciente; el contexto ecológico a su alrededor; las causas del trastorno; el tener en cuenta los procesos sin deterioro en otras funciones cognitivas que servirán, de acuerdo con la autora, como un apoyo esencial para la planificación de estrategias de RN.

Sobre cómo trabajar con la memoria en pacientes con deterioro cognitivo, resaltan Muñoz-Céspedes y Ustárroz (2003, p. 92): "la cuestión capital, por lo tanto, es tratar de dilucidar cuáles son los aspectos decisivos del entrenamiento, los métodos más adecuados para evitar ciertos problemas o compensarlos, organizar el material de un modo más sistemático y utilizar más eficazmente las habilidades preservadas".

Francés, Barandiarán, Marcellán y Moreno (2003) explican que la pérdida de memoria se presenta, inicialmente, afectando a la memoria explícita y que el sistema de memoria implícito (referente a la adquisición de conocimientos verbales y no verbales en ausencia de un reconocimiento consciente del contenido) hasta estadios más avanzados de la EA, se encuentra preservado. Por eso, se deduce que en la fase inicial de la enfermedad, algunas funciones mnésicas aceptan mejor intervenciones de rehabilitación y estimulación.

Van der Linden (citado por Labos, 2008, p. 639) apunta las 3 abordajes más comunes acerca de los sistemas de memoria intactos: a. estimular la codificación y recuperación de la información; b. enseñar el aprendizaje específico de un dominio y; c. los cambios en el medio ambiente del paciente. Muchos autores coinciden en que una buena capacidad de recuperación de la información dependería de una buena codificación (Ptak, 2010; Grandmaison & Simard, 2003; Labos, 2008, Francés y col., 2003; Muñoz-Céspedes & Ustárroz, 2003).



Francés y col. (2003) creen que la evocación de información necesitará los mismos indicios (pistas) utilizados en la codificación y que la intervención de la memoria se refiere a brindar al paciente consignas sobre la naturaleza del contenido que se quiere memorizar, sobre la mejor secuencia de aprendizaje y de recuperación, o también, cómo manipular mentalmente la información.

Grandmaison y Simard (2003) enumeran algunas estrategias que facilitan el proceso de codificación: estrategias específicas de apoyo cognitivo a la memoria episódica, la técnica del aprendizaje sin error y el uso de imágenes visuales; y para el proceso de recuperación: la técnica de recuperación espaciada, la del esfumado y el uso de apoyos externos.

Muchos autores utilizaron en sus estudios técnicas específicas en el proceso de RN de pacientes con EA leve. Ávila (2003) presentó las siguientes: las asociaciones verbales y visuales; la técnica de reminiscencia; el aprendizaje sin error y apoyo externo. En 2004, Ávila y col. echan mano de: movimientos motores, asociación verbal, categorización y el aprendizaje sin errores durante todo el programa.

Bottino y col. (2002) hablan en sus estudios acerca de la técnica de imaginería, aprendizaje sin error, apoyo externo, la terapia de orientación de la realidad y la terapia de reminiscencia. Camara, Gomes, Ramos, Moura y Duarte y col. (2009) creen en un abordaje más holístico: terapia de orientación para la realidad, estimulación cognitiva, terapia de reminiscencias y teoría de la validación.

Wilson (citada por Ptak, 2010) indica reglas para organizar mejor la información que se le emite al paciente: la información debe ser transmitida de una manera simple y concreta, además de dirigida al paciente en cantidades mínimas por vez; la misma información debe ser presentada varias veces; los pacientes deben ser estimulados a repetir las palabras que aprendieron y crear asociaciones entre informaciones similares.

Para este trabajo fueron utilizadas estrategias de RN específicas para cada objetivo que se quería alcanzar y exactamente en el orden que se describe a continuación, tomando como base la demanda y necesidades de la paciente y de sus familiares. Fue pensado un programa de RN con duración de 6 meses, 2 sesiones por semana, de 50 minutos cada una, siendo el primer día de la semana intervención grupal y el segundo, individual. Además, se realizaron encuentros quincenales con los familiares, con objetivo psicoeducativo.

## **1. Imaginería**

Para el objetivo de recordar los nombres de los familiares, se empleó el método cara-nombre, en el que se asocia una característica de la cara de una persona a una palabra fonológicamente similar a su nombre (Ptak, 2003). Cuando se necesite recordar un nombre, hay que buscar la característica de la cara. El entrenamiento empezará con los nombres completos de los participantes del grupo y después, en sesión individual, serán generalizados para los nombres de los familiares.

## **2. Método de lugares**

Esta técnica también conocida como "método de loci", será utilizada para ayudar a la paciente a acordarse de los nombres, especialidades y locales donde trabajan los profesionales del centro de rehabilitación que ella visita todas las semanas. Este método se refiere a la creación de imágenes mentales y sus localizaciones exactas dentro de un espacio que se conoce bien (Labos, 2008).

Esta estrategia será desarrollada en sesiones individuales donde la paciente dibujará un mapa de sus recorridos semanales en el centro y adentro de cada lugar, los nombres de los profesionales y sus especialidades, creando una relación visual fuerte entre ellos que le ayudará en el recuerdo. Después la paciente será estimulada a buscar los profesionales por sus nombres y especialidades en los lugares adecuados, acompañada de psicóloga.

## **3. Categorización**

Para que la paciente pueda organizarse mejor en el momento de hacer las compras en el supermercado, nos serviremos de la técnica de categorización, que pretende facilitar el recuerdo agrupando la información en categorías (Muñoz-Céspedes y Ustárroz, 2003). En grupo, los participantes harán ejercicios con varios tipos de lista de palabras, con un número de categorías que va aumentando durante varias sesiones. Primero les será pedido el recuerdo libre y en caso de que no puedan acordarse, serán entrenados con la técnica.

Al final, le pediremos a la paciente que haga una lista de las compras de la semana, que se vaya al supermercado a buscar los productos sin usarla, utilizando la categorización. Antes de llegar a la caja para pagar, confirmar si están todos los productos de la lista.

#### 4. Libro de memoria

Para solucionar el problema de no acordarse bien de los turnos médicos, incentivaremos a la paciente a hacer un libro de memoria o carnet de memoria, porque ella nos relató que siempre tuvo agenda y se siente más segura y ordenada haciendo notas. Francés y col. (2003) cree que apoyos externos no electrónicos, como este caso, pueden ser muy importantes para el entrenamiento de pacientes con EA.

La paciente comprará un cuaderno de su preferencia y lo decorará como le guste. El cuaderno será dividido en sesiones que representan las necesidades de la paciente, en este caso específico, los turnos de los varios profesionales que la atienden en CRER. El uso del cuaderno será entrenado durante todo o proceso de RN y revisado en todas las sesiones junto a la paciente.

Ptak (2010) apunta las fases de entrenamiento del cuaderno: a) la adquisición: cuando el paciente aprende sobre los contenidos del cuaderno a partir de preguntas repetitivas sobre lo mismo; b) la aplicación: cuando el uso es practicado a través de *role-play* (simulación de una situación real) y; c) la adaptación: cuando se generaliza para una situación de la vida de la paciente, por ejemplo, los turnos médicos.

#### 5. Método PQRST

Después de que todos los otros métodos hayan sido entrenados en la orden descrita, empezaremos con el apoyo en la lectura y comprensión de libros a través del método PQRST que significa en inglés "*Preview, Question, Read, State, Test*", que son las fases de este proceso.

En la fase *Preview*, la paciente tiene una visión general, por ejemplo, de un párrafo: *Question*, tiene que ver con preguntas sobre el tema leído; en *Read*, se lee el párrafo con el objetivo de contestar las preguntas; *State* significa hacer un resumen del texto; y *Test* es la realización de nuevas preguntas para confirmar el entendimiento de lo que fue leído.

Según Muñoz-Cespedes y Ustároz (2003) los estudios acerca de esta técnica no pudieron comprobar una significativa mejora en el recuerdo inmediato pero sí en el recuerdo a los treinta minutos, por la elaboración cuidadosa en la fase de codificación. Ptak y col. (2010) nos hace acordar que este método fue creado justo para mejorar la retención de textos. Así, la paciente será entrenada en todas las fases individualmente y en cada

sesión tendrá que acordarse de lo que fue leído, explicando a la psicóloga o escribiendo en hojas de papel.

Es importante decir que en todas las sesiones se trabajará, aparte de la memoria, la orientación temporal, con el uso de almanaques con los días de la semana, del mes, feriados, fechas representativas, cumpleaños de personas cercanas, las estaciones del año y sus características; reloj, las horas, horarios de sus actividades; y también la orientación espacial, como los lugares importantes cerca de su casa, la casa de la hija, el supermercado, la farmacia, el club donde tiene las clases de natación, el centro de rehabilitación y cercanías, las paradas del colectivo, etc.

Además, todos los entrenamientos realizados se basarán en el llamado aprendizaje sin error, que para Francés y col. (2003), trata de evitar o disminuir los errores durante la fase de aprendizaje, en la que se le dirá a la paciente que no intente adivinar las respuestas cuando tenga dudas.

Los encuentros con los familiares también serán frecuentes (quincenales) para, no solo esclarecer sobre la enfermedad, sino discutir los sentimientos que surjan a partir de la nueva situación del paciente y prepararlos para un posible deterioro del cuadro del paciente, soluciones para los problemas cotidianos. El familiar, a su vez, nos proporcionará información sobre la generalización ecológica de lo que fue aprendido en la intervención.

#### PLANIFICACIÓN DE LA GENERALIZACIÓN

Wilson (2010, p. 199) subraya la importancia de la planificación en el proceso de RN diciendo que "la planificación para la generalización debería ser parte de cada programa". La generalización es la transferencia de aprendizaje que puede ser: a) entre ambientes; b) entre comportamientos y c) entre personas.

Siguiendo a la autora, la generalización puede ser comprobada a través de visitas a la casa del paciente, a través de *follow-up* (seguir el desempeño del paciente durante cierto tiempo) o revisión, con el objetivo de verificar si lo que fue aprendido en la RN se mantiene fuera de la clínica o hospital. En caso de que esto no ocurra, debemos estimular y enseñar otra vez más, para garantizar que sea utilizado en otros lados. La ayuda de los familiares y/o cuidadores es muy importante,

ya que se hace necesario reforzar la generalización con cierta frecuencia y no esperar que el paciente lo haga de manera espontánea.

### MEDIDAS DE RESULTADO

Según Wilson (2010, p. 175), "los objetivos son lo que los pacientes quieren alcanzar". Si consideramos que en RN lo esencial es ayudar a las personas a que logren sus objetivos

personales más valorados y participar de actividades que les sean importantes, en conclusión, podemos decir que "alcanzar un resultado es la medida del logro en RN".

De esta manera, los resultados de la RN de la paciente con EA leve, serán medidos a través de sus relatos acerca de su desempeño y los informes de los familiares y personas más cercanas, así como de los profesionales que la atienden en el centro de rehabilitación. La psicóloga que le acompañará hará durante las sesiones evaluaciones informales frecuentes acerca del desempeño de la paciente.

### BIBLIOGRAFÍA

- Ávila, R. (2003). Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve. *Rev. Psiq. Clín.*, 139-146.
- Ávila, R., Bottino, C., Carvalho, I., Santos, C., Seral, C. y col. (2004). Neuropsychological rehabilitation of memory deficits and activities of daily living in patients with Alzheimer's disease: a pilot study. *Braz J Med Biol Res*, 1721-1729.
- Bottino, C., Carvalho, I., Alvarez, A. M., Ávila, R., Zukauskas, P. y col. (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arq Neuropsiquiatr*, 70-79.
- Camara, V., Gomes, S., Ramos, F., Moura, S., & Duarte, R. y col. (2009). Reabilitação cognitiva das demências. *Rev Bras Neurol*, 25-33.
- Francés, M., Barandiarán, T., Marcellán L. & Moreno, I. (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 405-422.
- Fuentes, P. (2008). Demencia tipo Alzheimer. In E. Labos y col. (Eds.) *Tratado de neuropsicología clínica - bases conceptuales y técnicas de evaluación*. (p. 509-516). Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Grandmaison, E. & Simard, M. (2003). A critical review of memory stimulation programs in Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 130-144.
- Labos, E. (2008). Rehabilitación neuropsicológica de la memoria. In E. Labos y col. (Eds.) *Tratado de neuropsicología clínica - bases conceptuales y técnicas de evaluación* (p. 638-652). Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Muñoz-Céspedes, J., & Ustároz, J. (2003). La memoria. In B. Wilson, *Rehabilitación Neuropsicológica* (p. 91-119). España: Síntesis.
- Ptak, R., Van der Linder, M. & Schnider, A. (2010). Cognitive rehabilitation of episodic memory disorders: from theory to practice. *Front in Neurosci*, 1-11.
- Viola, L., Nunes, P., Yassuda, M., Aprahamian, I., y Santos, F. y col. (2011). Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease. *Clinics*, DOI: 10.1590.
- Wilson, B. (2011). O alcance dos objetivos como uma medida de resultado. In B. Wilson, *Reabilitação da Memória: Integrando Teoria e Prática* (p. 174-175). Porto Alegre: Artmed.
- Wilson, B. (2011). Generalização ou transferência de aprendizagem. In B. Wilson, *Reabilitação da Memória: Integrando Teoria e Prática* (p. 183-184). Porto Alegre: Artmed.

## *Depresión y vejez*

*Dra. Paula S. Sosa*  
*Médica Especialista en Psiquiatría*

En el siguiente artículo se revisan características singulares, diagnósticos diferenciales, riesgos y tratamientos frente a un síndrome depresivo en pacientes añosos. Diferencias entre pseudodemencia y pseudodepresión y la importancia de realizar tratamientos específicos al poder llegar a diagnósticos precisos.

El riesgo de suicidio en ancianos deberá ser ponderado e intentar recabar datos de modo ampliado con participación activa de la familia.

Por último, al momento de decidir la farmacoterapia específica deberá tenerse en cuenta interacciones con la polifarmacia de la mayoría de estos pacientes y la particularidad del metabolismo hepático y renal de la población en estudio.

### **POSIBLES PRESENTACIONES DE UN SÍNDROME DEPRESIVO EN ANCIANOS:**

El inicio clínico de la depresión en el anciano puede cursar con una pobre alteración del estado de ánimo. Incluso puede aparecer enmascarada con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, alteraciones mnésicas, insomnio, síntomas somáticos, ansiedad o irascibilidad. Puede simular un cuadro de demencia senil, hablándose entonces de pseudodemencia depresiva.

Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto natural de esa etapa de la vida. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, provoca un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Cuando la persona de edad avanzada acude con el médico, puede describir únicamente síntomas físicos. Esto ocurre porque el anciano puede mostrarse reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona anciana puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo.

Según la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), no todo paciente deprimido presenta la sintomatología completa que caracteriza el cuadro, por lo que propone que el paciente debe cumplir al menos 5 de los criterios diagnósticos establecidos para realizar un diagnóstico de depresión mayor. Sin embargo, los individuos que no cumplen con ese número de criterios, pueden sufrir a causa de la existencia de alguno de estos síntomas. Esto sucede especialmente en individuos mayores, que con frecuencia presentan molestias somáticas y síntomas de depresión o ansiedad que no cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo mayor según el DSM-IV. Por otro lado, el trastorno depresivo menor no es reconocido por el DSM-IV como categoría diagnóstica oficial; sin embargo, se acepta como una forma subsindrómica de depresión, de mayor prevalencia en los individuos ancianos que residen en la comunidad y que involucra mayor riesgo de aparición de un trastorno depresivo mayor.

Los trastornos depresivos afectan alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 15 y el 35% de los que viven en residencias geriátricas, dependiendo de las características del centro, entre el 10 y el 20% de los que son hospitalizados, en torno al 40% de los que padecen un problema somático y están en tratamiento por ello, y dan lugar al 50% de las hospitalizaciones de personas de la tercera edad en unidades de Psiquiatría de Hospital General. En ancianos continúa siendo más prevalente en las mujeres, pero en los varones aumenta proporcionalmente su prevalencia por una brusca pérdida de roles, de modo que a los 80 años pueden sobrepasar a las mujeres.

Además, la depresión es más frecuente en ancianos con bajos ingresos económicos, bajo nivel cultural, divorciados, separados y en la población rural.

La población geriátrica padece una alta incidencia de trastornos que asocian síntomas depresivos y deterioro cognitivo. Así por ejemplo, la incidencia de depresión secundaria a enfermedad de Parkinson se ha estimado en torno al 40%, la prevalencia de síndrome depresivo post-ictus entre un 30 y un 50%



y la incidencia de depresión secundaria a enfermedad de Alzheimer entre el 10 y el 20%.

Frente a los datos expuestos anteriormente, en poblaciones comunitarias de ancianos con enfermedad de Alzheimer, la prevalencia de episodios depresivos no superaba el 1,5% y la incidencia a dos años el 1,3%.

Sin embargo, la prevalencia de episodios depresivos en personas de edad avanzada institucionalizada, que constituye la población con mayor prevalencia de demencia, es 6 veces mayor que la prevalencia de episodios depresivos en la comunidad de individuos de edad avanzada no institucionalizados.

El deterioro cognitivo puede dificultar la identificación de los síntomas depresivos por parte del paciente. Cuando se interroga a los familiares sobre síntomas depresivos, la prevalencia aumenta hasta el 85%.

También puede ocurrir que los trastornos físicos comórbidos hagan subestimar indebidamente los síntomas depresivos o induzcan atribuciones erróneas sobre la naturaleza y la causa de los síntomas depresivos. Esto nos obliga, en los pacientes con deterioro cognitivo y otras enfermedades físicas, a tomar en consideración todos los síntomas depresivos, independientemente de la atribución que sobre los mismos tenga el propio paciente.

También puede ocurrir que los criterios diagnósticos actuales de episodios depresivos sean inadecuados para identificar los síntomas depresivos clínicamente significativos en edades avanzadas.

Además, la manifestación de los síntomas depresivos puede variar a medida que el deterioro cognitivo progresa. Aunque la depresión es más frecuente en los estadios iniciales de la demencia, ésta puede presentarse en fases más avanzadas y la gravedad de la depresión no se correlaciona con la gravedad de la demencia.

En último término, la verificación del diagnóstico de depresión en pacientes con deterioro cognitivo requiere tomar en consideración parámetros externos como la historia personal y familiar, el curso de la enfermedad, las correlaciones biológicas y la respuesta al tratamiento. Así, por ejemplo, la incidencia de episodios depresivos en la enfermedad de Alzheimer es mayor en aquellos pacientes con historia personal o familiar de episodios depresivos.

La depresión en esta etapa de la vida se suele acompañar de cambios corporales como hipercortisolemia, aumento de la grasa abdominal, pérdida de densidad mineral ósea, incremento en el riesgo de diabetes tipo 2 e hipertensión. Un trastorno depresivo, a cualquier edad y por lo tanto también en edades avanzadas suele producir alteraciones cognitivas, fundamentalmente de la atención y la memoria. Esto unido a la inhibición psicomotora propia de los cuadros depresivos puede inducirnos a confundir una depresión primaria con una demencia. A estos cuadros se les ha denominado durante mucho tiempo "pseudodemencia".

Este término es en sí mismo confuso. Ha llevado a diagnosticar erróneamente a todos aquellos pacientes con quejas cognitivas que no cumplan estrictamente los criterios diagnósticos de demencia, de pseudodemencia y por extensión de depresión. Resulta evidente que la depresión no es el único diagnóstico diferencial de la demencia y que si el diagnóstico de demencia se descarta, y se confirma el de depresión el prefijo "pseudo" está de más e induce confusión.

Los síntomas que nos han de hacer pensar en el diagnóstico de depresión y no de demencia se recogen en la **tabla 1**. Los más indicativos de depresión son la rápida instauración de los síntomas en pocas semanas, la rápida incapacitación del paciente, el predominio de las quejas subjetivas del tipo "soy muy torpe, no sé hacer las cosas, se me olvida todo, no sé, etc.", unas pruebas neuropsicológicas que no confirman un deterioro global y significativo sino en todo caso alteraciones cognitivas sutiles de predominio subcortical, la intensa anhedonia y los antecedentes de episodios depresivos previos.

Los pacientes de edad avanzada sin demencia y con depresión mayor se pueden dividir en tres subgrupos. En todos ellos se detecta pérdida de memoria. Pero se detectan dos subgrupos más pequeños que se caracterizan por los déficit de atención o por los déficit ejecutivos asociados a la pérdida de memoria. El deterioro ejecutivo se relaciona con la mayor edad de inicio de la depresión y con mayor deterioro del funcionamiento general de los pacientes. Así como los déficits de memoria y de atención mejoran con el tratamiento de la depresión, los déficit ejecutivos persisten, lo que indicaría que están causados por alteraciones cerebrales distintas. Los déficit en funciones ejecutivas se relacionaron con recaídas frecuentes y depresiones resistentes al tratamiento. Además, los pacientes con déficit ejecutivos se pueden beneficiar de programas de rehabilitación que disminuyen la discapacidad global y mejoran el pronóstico.

**Tabla I.** Diagnóstico diferencial entre depresión y demencia

	<b>Depresión</b>	<b>Demencia</b>
• Fecha de inicio	Precisa	Difusa
• Evolución previa	Corta	Larga
• Progresión de los síntomas	Rápida	Lenta
• Antecedentes personales de depresión	Presentes	Ausentes
• Humor predominante	Depresivo	Disforico
• Polaridad	Matutina	Vespertina
• Fluctuaciones clínicas longitudinales	Presentes	Ausentes
• Quejas subjetivas de fallos cognitivos	Presentes	Ausente
• Búsqueda de ayuda	Presentes	Ausentes
• Quejas del paciente	Detalladas	Vagas
• Actitud del paciente ante el déficit	Aumentarlo	Disimularlo
• Responder “no sé”. Intenta responder	No se esfuerza	Se refuerza
• Sentimiento subjetivo	Malestar	Despreocupado
• Habilidades sociales	Perdidas	Mantenidas
• Variabilidad de rendimiento en tareas similares	Presente	Ausente
• Conductas incongruentes con la gravedad del deterioro cognitivo	Presente	Ausente
• Alteraciones de la memoria	Reciente y remota por igual. Pérdida selectiva de recuerdos	Más afectada la reciente.
• Pérdida global de memoria		
• Atención y concentración	Puede mantenerla	Suele estar alterada
• WAIS	Rendimiento variable	Discrepancia entre verbal/ manipulativo
• Respuesta antidepressivos y TEC	Buena	Ninguna
• Reflejo glabellar y “hociqueo”	Ausente	Presente
• Praxias y gnosis	Normales	Alteradas
• TAC	Puede ser normal	Atrofia cortical
• EEG	Suele ser normal	Enlentecido
• Test de Supresión con Dexametasona	Alterado en el 50%	Alterado en el 10%
• Historia familiar de depresión	Presente	Ausente

Modificada de De la Serna, 2000.

### **DEPRESIÓN Y SUICIDIO:**

La muerte por suicidio es posiblemente el epílogo más dramático de la existencia humana. Entre la población anciana, sin embargo, se acepta socialmente como resultado de una decisión comprensible ante la involución de la vejez, la soledad y la enfermedad crónica. Es un «balance vital» cuya aparente lucidez concluye en abreviar el sufrimiento insoluble, interminable

e insoportable. Sin embargo, tanto los trastornos afectivos como su complicación más grave, el suicidio, son más frecuentes que en el resto de la población y son los estados que median este «balance».

En todos los países progresivamente se observa una misma tendencia: el suicidio es cada vez más frecuente en la edad avanzada.



Entre el 30-65% de la población mayor de 65 años presenta sintomatología depresiva, y de ellos, uno de cada siete enfermos se suicida. Es decir, el 15% de los ancianos con un cuadro depresivo consuma el suicidio.

De todos los pacientes que cometieron suicidio, el 70% presentaban un síndrome depresivo y además habían sido visitados por su médico o un profesional sanitario en las 6 semanas previas al acto.

El mal curso de la depresión aumenta la vulnerabilidad suicida, así, los cuadros depresivos recurrentes, los episodios más prolongados con un nivel de remisión menor son factores que aumentan el riesgo.

A partir de ciertas edades factores psico-sociales pueden agravar el cuadro depresivo, haciéndolo más complejo y facilitando la conducta suicida. La soledad, el aislamiento social y el entorno ambiental del anciano dificultan notablemente la petición de ayuda o el acceso a tratamiento psiquiátrico.

También las situaciones vitales desfavorables aumentan el riesgo suicida, entre ellas pueden nombrarse ser el principal cuidador del cónyuge dependiente, con escaso soporte familiar, acompañado de importante aislamiento y/o dependencia del entorno familiar y social, padecer enfermedades crónicas y dolorosas, pérdida afectiva significativa, de la que se dependía vitalmente, cambio de status social: traslado a residencia, pérdida de autonomía.

Los rasgos caracteriales suelen acentuarse al llegar a la vejez y determinadas personalidades determinan dificultades mayores para enfrentarse al envejecimiento saludablemente, a la vez que la comorbilidad con el estado depresivo descrito anteriormente, aumentan el riesgo suicida.

Personalidades pasivas y dependientes o la presencia de rigidez y elevada exigencia y autocrítica suelen evolucionar con el paso del tiempo en personalidades evitativas, pesimistas y ansiosas con más riesgo de suicidio.

El paciente anciano se plantea el suicidio tras realizar una búsqueda de soluciones ante la nueva situación de frustración de sus necesidades básicas, dolor psicológico intolerable, sentimientos de desesperanza e indefensión, derivados de la nueva situación vital que debe afrontar. Los rasgos de personalidad premórbidos influyen en la adaptación y aceptación del cambio y situaciones difíciles que debe afrontar.

En función de estas características podrían delimitarse los siguientes patrones cognitivo emocionales presuicidas:

- > Patrón depresivo, inhibido, en el que el acto suicida es premeditado, deliberado.
- > Patrón de irritabilidad, agresividad, en el que la conducta suicida es impulsiva.
- > Patrón de ansiedad psíquica y agitación motora, personalidad dependiente.

Las enfermedades médicas que cursan con dolor, invalidez y evolución crónica son un factor "suicidógeno" potencial. En el anciano la pluripatología puede limitar significativamente la calidad de vida y en ausencia de un suficiente soporte familiar o asistencial, el «suicidio como balance» entre la continuidad del sufrimiento o la liberación de la muerte anticipada se plantea como alternativa «racional».

El patrón neurobiológico suicida puede ser inducido por fármacos, tan utilizados en los ancianos por su patología somática. Siempre se han de valorar los efectos secundarios o interacciones de los mismos y su posible facilitación del riesgo suicida, porque tienen acción depresora, ansiógena o desinhibidora. Algunos de fármacos más frecuentemente implicados son los broncodilatadores adrenérgicos, hipotensores, antiparkinsonianos, corticoides, citostáticos o los analgésicos susceptibles de crear dependencia.

Los dos factores de riesgo suicida más significativos son: el trastorno psiquiátrico (especialmente los trastornos depresivos en ancianos) y el antecedente de haber realizado previamente un Intento de suicidio. Por ello, siempre es necesario preguntar sobre los antecedentes suicidas, sin temor a que con ello se provoquen las ideas o planes autolíticos y el correcto tratamiento farmacológico del trastorno psiquiátrico.

La relación Suicidio consumado/Intento suicida es de 1 a 3 entre los ancianos, en cambio entre los jóvenes llega a ser de 1 a 30. Los ancianos utilizan métodos más violentos y eficaces y el acto suicida suele ser premeditado y estructurado, cuidando no poder ser rescatados.

De todo ello se deduce la importancia de valorar la gravedad del Intento de suicidio en el anciano, dado el alto riesgo de consumarlo posteriormente con medios más violentos, ya que la intención letal es muy elevada.

El suicidio es una vía final pluricausal que no se puede simplificar a una sola patología causante. Se debe ser crítico con

las falsas creencias: «El suicidio es una respuesta razonable al stress vital», cuando en realidad el 95% de los suicidas padecen un trastorno mental. «Las ideas depresivas y de muerte son naturales en la vejez», son los ancianos que presentan una enfermedad depresiva o un trastorno depresivo secundario a una patología médica, aquellos en los que aparecen pensamientos de muerte como solución final.

### **TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ:**

Para el tratamiento farmacológico, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS) y la venlafaxina, inhibidor de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (IRSN) son las drogas de primera elección.

Estos fármacos tienen un buen perfil de efectos adversos, particularmente en pacientes con otras comorbilidades. El bupropion y la mirtazapina son las drogas de segunda elección, y los antidepresivos tricíclicos (ADT) son la tercera línea de tratamiento. Entre estos, la nortriptilina y desipramina son los más utilizados debido a que tienen menos efecto anticolinérgico y sedante que la imipramina y la Amitriptilina. Los IMAOs se utilizan en pacientes con depresión más severa o refractaria.

Todos los IRSS y la venlafaxina son igualmente efectivos. Sin embargo, el citalopram y el escitalopram son los mejor tolerados, seguidos por venlafaxina, paroxetina, sertralina y fluoxetina. Con la venlafaxina, los efectos adversos más frecuentes son los gastrointestinales, y tanto con esta droga como con la paroxetina, los efectos por la suspensión brusca pueden ser severos, por lo que requieren de una reducción gradual de la dosis.

Otro efecto adverso frecuente es la disfunción sexual, menos común con mirtazapina y bupropion.

La venlafaxina, el citalopram, escitalopram, mirtazapina y bupropion son los fármacos con menos acción sobre el ciclo de 450, lo que los hace más seguros en pacientes que reciben tratamientos múltiples por otras enfermedades.

En todos los casos, el tratamiento debe iniciarse con dosis bajas y titularse lentamente, para evitar efectos adversos, en especial efectos gastrointestinales, que suelen ser transitorios. Debe monitorearse la respuesta al tratamiento con frecuencia - cada dos semanas es lo ideal-. El tiempo de respuesta al tra-

tamiento es variable, puede llevar hasta 6-8 semanas. Los pacientes que no presentan respuesta a las 6 semanas, probablemente no presentaran remisión de los síntomas a las 12.

De acuerdo a la evidencia, el tratamiento debe continuarse por un año luego de la remisión de un primer episodio, dos años después del segundo episodio y por tres años después del tercer episodio.

En el caso de que haya una respuesta parcial, se recomienda un aumento gradual de la dosis hasta la dosis máxima recomendada. En el caso de que no haya respuesta al tratamiento, en dosis adecuada, por lo menos por seis semanas, debe considerarse el cambio de la droga o la combinación.

El cambio más frecuente es de IRSS a venlafaxina, o viceversa. De acuerdo a la evidencia, el cambio de un IRSS por otro fármaco del mismo grupo puede ser útil si la causa del mismo es la intolerancia, pero es poco probable que sea efectivo si la causa del cambio es la respuesta inadecuada al tratamiento.

También se puede cambiar la venlafaxina o el IRSS POR mirtazapina - especialmente útil en pacientes con trastornos del sueño y pérdida de peso - o por bupropion. La combinación de antidepresivos también puede ser una opción ante la respuesta insuficiente al tratamiento. Las estrategias más frecuentes son la adición de mirtazapina o bupropion a dosis bajas a un régimen de IRSS o venlafaxina.

En pacientes con respuesta parcial, sobre todo en los que presentan intolerancia a dosis más altas del antidepresivo, puede asociarse litio, en dosis de 300 -900 mg/día. Los niveles plasmáticos deben mantenerse entre 0.4 - 0.6 mg/l.

Los beneficios de la adición o combinación de fármacos suelen verse antes de lo que ocurre con monoterapia, pero debe haber un control más estricto sobre la aparición de efectos adversos.

Cuando un paciente no responde a dos o más tratamientos con antidepresivos, debe realizarse la interconsulta con un especialista.

Hay otros tratamientos que pueden ser efectivos, como los ADT, IMAOs y hasta el tratamiento con electroshock.



## BIBLIOGRAFÍA

- Dr. Harris y Siic. *Journal of the American Medical Directors Association (JAMDA)*. 8(1):14-20, Ene 2007.
- Martínez Larrea JA. Envejecimiento normal, trastornos mentales funcionales y principios generales de la asistencia psicogeriátrica. En: Cervera S, Conde V, Giner J, Leal C, Torres F, editores. *Manual del Residente de Psiquiatría (Vol. II)*. Madrid, 1997: 1679-1725.
- Aguerra LF. Demencia y depresión: una interrelación multifactorial. En: Palomo T, Beninger RJ, Jimenez-Arriero MA, Borrell J, Archer T, editores. *Avances neurocientíficos y realidad clínica (IV)*. Trastornos Cognitivos. Madrid: CYM, 2001: 197-205.
- Franco Martín MA, Monforte Porto JA. ¿Cuál es la frecuencia de la depresión en el anciano? En: Calcedo Barba A, editor. *La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1996: 19-44.
- Cummings JL. Depression and Parkinson's disease: a review. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 443-454.
- Starkstein SE, Robinson RG. Affective disorders and cerebral vascular disease. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 170-182.
- Mulsant BH, Pollock BG, Nebbes RD, Hoch CC, Reynolds III CHF. Depresión en la enfermedad de Alzheimer. En: Heston LL, editor. *Avances en la enfermedad de Alzheimer y estados similares*. Barcelona: J&C Ediciones Médicas S.L., 1998: 161-175.
- Weiner MF, Edland SD, Luszczynskah. Prevalence and incidence of major depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1006-1009.
- Myers BS. Epidemiology and clinical meaning of "significant" depressive symptoms in later life: the question of subsyndromal depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 1994; 2: 188-191.
- Parmelee, Katz IR, Lawton MP. Depression among institutionalized aging: assessment and prevalence estimation. *J Gerontol* 1989; 44: 22-29.
- BLAZER DG. Is depression more frequent in late life? An honest look at the evidence. *Am J Geriatr Psychiatry* 1994; 2: 193-199.
- Snowden J. The prevalence of depression in old age. *Int J Geriatr Psychiatry* 1990; 5: 141-144.
- Logsdon RG, Teril. Depression in Alzheimer's disease patients: caregivers as surrogate reporters. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 150-155.
- American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. *American J. of Psychiatry*. Supplement. 2003; 160 (11).
- Beautrais y col.I. A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide Life Threat Behav.* 2002, 32: 1-9.
- Bobes J. Y cols. Prevención del suicidio en edades involutivas. En «Comportamientos suicidas». *Ars Médica*. Barcelona, 2004.
- Conwelly. Suicide in later life: a review and recommendations for prevention. *Suicide Life Threatening Behavior.* 2001; 31: 32-45.
- De Leo D, Scococo P. Treatment and Prevention of suicidal behaviour in the elderly. In *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Ed K. Hawton. Heeringen K. (2000), John Wiley&Sons. England.
- *Geriatrics and Ageing*, vol 8, num 8, september 2005, pag 20-27.

# XVI

## CONGRESO ARGENTINO DE NEUROPSIQUIATRÍA

12º Congreso Latinoamericano de Neuropsiquiatría

XVII Jornadas de la Enfermedad de Alzheimer y  
otros trastornos cognitivos

"Multidisciplinaridad en Neuropsiquiatría"

20-22 de Agosto

# 2014

Hotel NH City & Tower  
Buenos Aires , Argentina



# **Carrera de Especialización Derivada en Neurología Cognitiva y Neuropsiquiatría**

**DIRECTOR: PROF. DR. LUIS IGNACIO BRUSCO**

**DURACION: 2 Años**

**RESOLUCION: CS 2537/07**

**LUGAR DE CURSADA:** Las clases se dictan en el Centro de Neuropsiquiatría y Neurología Cognitiva en el Hospital de Clínicas "José de San Martín", Facultad de Medicina - UBA; y en las aulas de Fundación Humanas

Para mayor información ingresar a:

[http://www.fmed.uba.ar/posgrado/especialistas/m\\_especialistas.htm](http://www.fmed.uba.ar/posgrado/especialistas/m_especialistas.htm)

*Secretaría de Posgrado*

Horario de atención al público  
Martes y Jueves de 12 a 15 hs.

# Lirpan

**DONEPECILO**

## *Facilita la integración*



*Única molécula de eficacia confirmada en el tratamiento de la enfermedad con cuerpos de Lewy.*



*Mejora la memoria y la capacidad cognitiva del paciente con enfermedad de Alzheimer.*



*Se suministra una sola vez al día, a diferencia del resto de los integrantes de su clase terapéutica.*



*Es el único inhibidor de la colinesterasa con demostración de beneficios coadministrado con memantina.*



### **Presentaciones**

**LIRPAN 5 mg:** envase conteniendo 30 comprimidos recubiertos.

**LIRPAN 10 mg:** envase conteniendo 30 comprimidos recubiertos.

Desde hace más de **135** años  
**CASASCO**  
www.casasco.com.ar

# CARRIER<sup>®</sup> 20

MEMANTINA

*Retrasa el deterioro cognitivo*

*La practicidad posológica  
en el tratamiento  
de la enfermedad de Alzheimer  
moderada a severa*



*1 vez  
al día*

## Presentación

**Carrier 20:**  
envases con 30 comprimidos.

**Carrier:**  
envases con 30 y 60 comprimidos.



Desde hace más de **135**  
**CASASCO**  
www.casasco.com.ar