



Revista Argentina de

ALZHEIMER



Nº 6 - Septiembre 2005 |

y otros trastornos cognitivos



Envejecimiento cerebral y demencias. Nuestras realidades, nuestros desafíos.

La melatonina interrumpe procesos fundamentales del daño neuronal.

Los estilos de aprendizaje en adultos mayores.

Manía en la vejez.

¿Quién cuida a los que cuidan? Codependencia y sobrecarga en familiares de enfermos crónicos.

Comunicación y Alzheimer.



**“¡Me han robado!
Están tomando dinero
de mi cartera a mis espaldas.
¡Algún día me matarán, sé que lo harán!”**

María F. tiene 71 años y sufre Enfermedad de Alzheimer

El tratamiento con **AKATINOL**

**reduce significativamente los síntomas de delirio
en pacientes con Enfermedad de Alzheimer**

**“Amo a mi esposa.
Pero a veces creo que no podré tolerar
su agresividad por mucho tiempo más”**

Carlos F. tiene 73 años.
Cuida a su esposa, a quien se le diagnosticó
enfermedad de Alzheimer 6 años atrás.

El tratamiento con **AKATINOL**

**reduce significativamente la agresividad
en pacientes con Enfermedad de Alzheimer**



**AKATINOL**
Memantine®



En Enfermedad
de **Alzheimer**
moderada a severa

PRESENTACIONES: 14 y 28 comprimidos

TRATAMIENTO MAS ACCESIBLE • MENOR DESEMBOLSO



neuro
on line
www.neuroonline.com.ar



Para obtener información
completa para prescribir,
comunicarse con el
Departamento Médico de
Laboratorios Phoenix:
Tel. 4379-4235
E-mail: info@phoenix.com.ar



www.merz.com
www.memantine.com

PHOENIX
Compromiso por la Salud

Directores

Dr. Ignacio Brusco
Dr. Guillermo Tórtora

Secretarios Científicos

Dra. Cynthia Liberczuk
Lic. Liliana Florio

Comité Científico Nacional

Dr. Roberto Caccuri
Dr. Daniel Cardinali
Dr. Horacio Conesa
Dr. Rodolfo Cutrera
Dr. Arturo Famulari
Dr. Roberto Fernández Labriola
Dra. Silvia García
Lic. Angel Goldfarb
Dr. Gonzalo Gómez Arevalo
Dr. Benigno Gutiérrez
Dr. Facundo Manes
Dr. Carlos Mangone
Dr. Miguel Márquez
Dr. Roger Montenegro
Lic. Silvia Pereyra
Dr. Jorge Preuss
Dr. Edgardo Reich

Comité de Redacción

Lic. Sonia Alfieri
Lic. Lorena Altamirano
Lic. Andrea Bertani
Lic. Claudia Cassaglia
Fga. Andrea Frechino
Lic. Mariela Licitra
Lic. Silvia Vilas

Secretarias de Redacción

Lic. Ana Lía Furio
Lic. María Rita Malm Morgan
Lic. María Fernanda López

Diseño Tapa

Marta Pizzo

Editorial

- Envejecimiento cerebral y demencias. Nuestras realidades, nuestros desafíos. **5**

Lic. Silvina Frontera

- La melatonina interrumpe procesos fundamentales del daño neuronal. **8**

Centrella JM, Furio AM, Cardinali DP. *Laboratorio de Neurociencias, Facultad de Medicina, UBA.*

- Los estilos de aprendizaje en adultos mayores. **11**

Lic. María del Rosario Ortiz

- Manía en la vejez. **23**

Dr. Hugo Pisa

- ¿Quién cuida a los que cuidan? Codependencia y sobrecarga en familiares de enfermos crónicos. **27**

Lic. Patricia Faur

- Comunicación y Alzheimer. **32**

Fga. Vaccarisi, Gladis Edit

Comentarios de libros **36**

- Convivir con Alzheimer.

Jordi Matías-Guiu

Jefe de Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante. Catedrático de Neurología de la Universidad Miguel Hernández, España.



Los adelantos son muchos, hemos trabajado todo el año.

Continuamos con nuestras jornadas anuales de Alzheimer (ya estamos por la octava), nuestras reuniones de Familiares ahora son semanales, inauguraremos el 21 de Septiembre (día internacional de la enfermedad de Alzheimer) nuestra sede de relaciones con la Comunidad, ampliamos el horario de atención en nuestro centro Cecys) de 10 a 21 hs. Continuamos actualizando nuestra página WEB, la cual es ahora totalmente gratuita. Ampliamos la oferta de cursos de posgrado con convenios con universidades públicas y privadas de prestigio y de cursos para cuidadores y familiares dependientes del áreas de docencia de la Asociación. Y pudimos continuar con la publicación periódica de la Revista Argentina de Alzheimer.

De este modo nos comunicamos permanentemente con ustedes.

Agradecemos francamente a nuestros pacientes, los familiares y a todas las organizaciones y empresas que nos apoyan para poder desarrollar estas actividades y las que estamos imaginando.

Gracias

Alzheimer Argentina

ENVEJECIMIENTO CEREBRAL Y DEMENCIAS. NUESTRAS REALIDADES, NUESTROS DESAFÍOS.

Lic. Silvina Frontera - Neuropsicología.
Estimulación cognitiva

Los avances de la medicina permitieron una prolongación de la vida, este hecho trajo como consecuencia, que patologías que en épocas anteriores tuvieran una baja prevalencia, adquieran hoy, un lugar de primacía en la salud, independientemente del grado de desarrollo de los diferentes países. Entre esas patologías, las demencias se encuentran en el lugar más preponderante, siendo la Enfermedad de Alzheimer (EA) y la Demencia vascular las que tienen un incremento marcado con la edad a partir de los 65 años. En 1990 el 18% de la población de los países desarrollados tenía más de 60 años, para el 2030, esta cifra habrá alcanzado el 30%.

Antes, cuando todo individuo mayor de 60 años presentaba cierto deterioro de sus funciones intelectuales, era generalmente diagnosticado con Arteriosclerosis. Hoy, con más información al respecto, se pudo tipificar una mayor gama de patologías enmascaradas en dicho diagnóstico.

Cummings, en 1990, consideró que es frecuente el error de asociar el concepto de Demencia con el de Envejecimiento cerebral. Este último se vincula con un momento evolutivo, en el cual la disfunción cognitiva puede adquirir su máxima expresión. Siguiendo las recomendaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Naciones Unidas en 1995, se optó por llamar "personas mayores", a los individuos mayores de 60 años, sin prejuizar sobre su situación social o laboral.

Se han intentado muchas definiciones sobre Envejecimiento: "Se trata de un proceso natural de duración variable, pero característicamente homogénea para cada especie, sobre el cual influyen muchos factores condicionantes propios del individuo (genéticos), pero también ambientales, circunstanciales, etc.

Este proceso está directamente relacionado con el paso del tiempo y consiste en un progresivo incremento de la vulnerabilidad y disminución de la viabilidad del organismo, asociados con una creciente dificultad en las posibilidades de adaptación y una mayor susceptibilidad para contraer enfermedades, lo que eventualmente los conducen a la muerte".

Es cierto que un individuo envejece según ha vivido y que es sobre las condiciones de vida, donde se puede intervenir con posibilidades reales para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

El envejecimiento biológico se acompaña de cambios psicofísicos y conductuales más o menos esperables, lo que alentó el uso del término "envejecimiento normal" para apartarlo de todas aquellas condiciones, que caracterizarían a un "envejecimiento patológico".

Al igual que otras etapas de la vida, el envejecimiento está signado por ciertas patologías típicas, que pueden ser prevenidas y eventualmente tratadas. Se desacredita así el prejuicio que considera que al aumento de la longevidad se le asocian el dolor y el deterioro intelectual.

El objetivo prioritario de las personas mayores es la conservación de su autonomía y su estilo de vida y la compensación de su declinación sin menoscabo de su autoestima.

La pregunta es por qué envejecemos, si bien no hay una respuesta definitiva, hoy se puede afirmar que el proceso de envejecimiento es un fenómeno celular y debe ser entendido como tal.

En general la mayoría de los autores coinciden que el envejecimiento no es un proceso "activo" en el que un programa genético expresa genes para deteriorar al organismo.

Muchos piensan que la tasa de envejecimiento de una especie debe estar determinada por algún tipo de equilibrio entre procesos de protección y reparación que garantizan la continuidad generacional. Muchos de los cambios naturales que acompañan al proceso de la senescencia se pueden reconocer por la simple observación: encanecimiento del cabello, arrugas en la piel, lentificación física y mental, alteraciones neurosensoriales (visión, audición etc.).

Estos últimos, adquieren relevancia en las personas mayores al menoscabar su interacción con el medio, aislamiento social, y favorecer la pasividad involuntaria.

De la misma forma que se produce una merma evidente en las aptitudes físicas de los individuos a medida que envejecen, también se produce una disminución en su rendimiento intelectual.

Pero también, es posible que se relacionen con el menor rendimiento que se observa en las personas mayores puestas en condiciones de estrés y de competición, o con mayor susceptibilidad a la interferencia y la

mayor propensión a presentar estados depresivos o de ansiedad subclínicos, factores estos que afectan directamente a la atención, la concentración y la memoria.

En general se puede afirmar que las quejas sobre trastornos de memoria no suelen estar relacionadas con la edad, el nivel educacional, ni la situación familiar.

En cambio son más frecuentes y severas en personas retiradas o con escasa actividad diaria y en las que tienen menor interacción social.

Hasta aquí se podría aducir, que las demencias y sobre todo la EA., en sus estadios iniciales, presenta también cambios sutiles en la función cognitiva. Pero esto, no justifica concluir que la evolución natural del envejecimiento lleva a la demencia, ya que existen diferencias cuantitativas y cualitativas.

Además, se encuentran comprometidas distintas regiones anatómicas y las implicancias neuropsicológicas exceden las que se observan en la senescencia.

Luego, el curso de la enfermedad se caracteriza por un declive gradual, que dura de ocho a diez años, aunque este curso puede ser mucho más lento o mucho más rápido.

Algunas consideraciones generales a tener en cuenta:

- Alteraciones cognitivas :

Déficit de la memoria gradual y progresivo cuyos síntomas iniciales son la pobre retención de sucesos recientes en la memoria y desorientación en el tiempo y en el espacio; y la presencia conjunta de, al menos, otro síntoma de deterioro cognitivo como el lenguaje, realización de gestos aprendidos, etc

Luego aparecen las pérdidas del lenguaje y el juicio, entre otras. Así, estos pacientes presentan una capacidad reducida para aplicar lo que Kurt Goldstein denominó actitud abstracta, no pudiendo generalizar a partir de ejemplos concretos, formar conceptos, ni captar similitudes y diferencias entre conceptos. Además se ven comprometidos, la resolución de problemas y la emisión de juicios sensatos.

Determinar cuando una queja de memoria expresa el momento evolutivo de un proceso de envejecimiento o el inicio de un síndrome demencial, es un gran desafío que tienen que afrontar los especialistas en estas patologías

- Alteraciones conductuales :

Aproximadamente un 20 a un 30% de pacientes con demencia, especialmente los pacientes con demencia

tipo Alzheimer, tienen alucinaciones y del 30 al 40% tienen ideas delirantes poco sistematizadas, de tipo paranoico o persecutorio.

Estos pacientes, es posible que también muestren risa o llanto patológicos, es decir emociones extremas sin estímulo aparente.

La agresión física y también otras formas de violencia son comunes en pacientes demenciados.

Se necesita más información sobre el impacto de estos síntomas, sus diferentes expresiones, según las culturas y las formas seguras y eficaces de manejar sus efectos en las personas con demencia y sus cuidadores.

- El estrés del cuidador:

El cuidador, es la persona que provee cuidados al enfermo, tiene a su cargo la toma de decisiones y se responsabiliza por él.

En la mayoría de los casos es un familiar, aunque también bajo esta denominación pueden incluirse personas ajenas a su entorno.

Habitualmente no se le pregunta al familiar si desea o no ser el cuidador. El cuidador no se elige, ni se lo evalúa para ver si reúne las características básicas para ejercer su rol, simplemente adquiere ese rol.

Es la persona clave para el enfermo y sólo en la medida en que reconozca la importancia de cuidarse, podrá responder a su función de cuidador.

A veces la negación y el miedo o la falta de información, son condicionamientos presentes al inicio del acompañamiento y determinan un cierto grado de estrés en el cuidador, quien deberá encontrar estrategias para compensar estas adversidades, y así intentar poder reducir el estrés.

- Procesamiento de la información y cerebro:

La cognición comprende todos los procesos mentales que nos permiten reconocer, aprender, recordar y prestar atención a la información cambiante en el ambiente.

Cognición también se refiere a planeamiento, resolución de problemas, monitoreo de acciones y juicio. Varios sistemas cognitivos pueden participar en una actividad funcional, por ej., al hacer una llamada de teléfono cada uno de los actos de encontrar el número, recordarlo, lo suficiente como para discarlo y luego hablar y escuchar, tiene demandas cognitivas diferentes.

Todos los sentidos visión, tacto, oído, etc., recogen información del mundo que nos rodea y del interior de nuestro cuerpo.

La percepción es el procesamiento en el cerebro que transforma toda esta información en nuestra experiencia inmediata del mundo. Es una acción muy rápida y no tomamos conciencia de ella.

La forma en que utilizamos la memoria depende de las demandas cognitivas de nuestra vida cotidiana y las estrategias que utilizamos para ayudar a la memoria varían en diferentes individuos.

Debemos ser flexibles para alterar el progreso del movimiento si el ambiente cambia. La ejecución de las tareas cotidianas exige planeamiento y monitoreo. Cuando se produce el deterioro cognitivo, se reduce la capacidad de procesamiento global del encéfalo, de modo que pueda parecer que todas las actividades requieran mayor esfuerzo mental.

- La importancia del diagnóstico y el tratamiento:

Un estudio estadounidense muestra que en enfermos mayores de 60 años recién diagnosticados, el tiempo medio de supervivencia es de 4,2 años para los varones y 5,7 para las mujeres. Pueden ser útiles para el diagnóstico temprano de la demencia los cambios de personalidad y los cambios emocionales sutiles.

Estos tienden a ocurrir temprano, tal vez aún antes de que se haga notoria la pérdida de la memoria, y a menudo las familias sólo los registran después de un tiempo.

Además, la detección de los mismos, ayuda a intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, que pueden tener un efecto importante sobre las características cognitivas y conductuales, aliviando el estrés y agotamiento de la familia del paciente, que ya habrán comenzado a sentir el impacto de la enfermedad.

Algunas investigaciones:

Científicos del Howard Hughes Medical Institute (EE. UU) han descubierto que las personas con la enfermedad de Alzheimer retienen la capacidad de una forma concreta de memoria empleada para aprender cosas por repetición, incluso cuando los recuerdos de personas y acontecimientos se van perdiendo.

El hallazgo apunta a nuevas estrategias para mejorar los programas de entrenamiento y rehabilitación, que pueden potenciar la función cognitiva que se mantiene en las personas con la enfermedad de Alzheimer y también en personas ancianas en buen estado de salud.

Otro estudio con 153 enfermos de Alzheimer, publicado en "JAMA" por investigadores de la Universidad de Washington, en Seattle (Estados Unidos), concluye que la práctica de ejercicio es beneficiosa para estos pacientes.

Los cuidadores de estos enfermos fueron instruidos para proporcionar cuidados médicos de rutina o una combinación consistente en aprender un programa de ejercicio para los pacientes, así como atender problemas conductuales.

Al cabo de tres años, los resultados de la investigación muestran que los enfermos sometidos al programa de ejercicio presentaban un mejor estado físico que el resto y tuvieron menos probabilidades de tener que ser institucionalizados en residencias debido a trastornos del comportamiento.

También el Dr. Friedland y colaboradores estudiaron en un grupo de 126 ancianos con Alzheimer la práctica de ejercicio que habían desarrollado cuando tenían entre 20 y 59 años de edad y compararon los resultados con los de un grupo control de 315 individuos sanos. La edad media en ambos grupos era de 77 años.

Se observó que los sujetos del grupo control habían practicado más ejercicio que los del grupo de pacientes con Alzheimer.

Estudios previos han sugerido que la ocupación intelectual, un alto nivel educativo y una intensa actividad social, también son factores que parecen proteger frente a la enfermedad.

Concluyendo:

Los aspectos cognitivos y no cognitivos de las enfermedades demenciales tienen un impacto desbastador, no sólo sobre los pacientes, sino también sobre sus cuidadores y sobre la sociedad en su conjunto. A medida que se conoce con mayor profundidad todas las aristas del tema, se tendrán más posibilidades de éxito en los tratamientos combinados de estas enfermedades. Y así también, tendremos más herramientas para detectar aquellos pacientes "ocultos" con deterioro cognitivo.

El tratamiento de estas enfermedades representa un desafío importante no sólo para médicos y especialistas en el tema, sino para las políticas de salud pública.

De esta forma, haciendo público el problema, podremos tomar conciencia sobre el impacto de las demencias y del envejecimiento en la comunidad...

"Te lamentas de los ayeres con quejas vanas: ¡ Aún hay promesas de placeres en los mañanas! "

Rubén Darío

LA MELATONINA INTERRUMPE PROCESOS FUNDAMENTALES DEL DAÑO NEURONAL

Centrella JM, Furio AM, Cardinali DP.
Laboratorio de Neurociencias, Facultad de Medicina, UBA.

Las neuronas son especialmente vulnerables a la injuria y a la muerte debido a su alta demanda metabólica y a su composición química específica. La muerte o el daño neuronal habitualmente desencadenan la pérdida o compromiso del comportamiento del individuo y de las funciones fisiológicas necesarias para el desarrollo de una vida plena. Muchas condiciones agudas, ej. hipoxia, accidente cerebro-vascular (ACV), traumatismos, hipoglucemia, drogas, virus, radiación, entre otros estímulos nocivos, son suficientes para producir daño neuronal. Mecanismos similares se encuentran involucrados en los trastornos neurodegenerativos, un grupo de enfermedades crónicas y progresivas caracterizadas por la pérdida selectiva y simétrica de neuronas pertenecientes a los sistemas motores, sensoriales y cognitivos. Ejemplos clínicos relevantes de tales afecciones son la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, la esclerosis lateral amiotrófica y la corea de Huntington (Martin, 1999).

A pesar que los orígenes de la mayoría de estas enfermedades permanecen indefinidos, tres importantes procesos—excitotoxicidad por glutamato, lesión mediada por radicales libres del oxígeno y apoptosis—han sido identificados como los mecanismos fisiopatológicos comunes responsables de la muerte neuronal (Reiter, 1998). La melatonina es un scavenger de radicales libres y antioxidante lipídico y sobre esta base fue propuesta como agente neuroprotector ante lesiones por excitotoxicidad. Estudios que utilizaron kainato, un agonista de los receptores de glutamato, avalaron esta hipótesis (Giusti y cols., 1995; Giusti y cols., 1996).

También fue demostrado que la administración de melatonina reduce la lesión en la región hipocámpal CA1 causada por isquemia encefálica transitoria (Cho y cols., 1997; Kilic y cols., 1999). Además, existe mayor daño cerebral y degeneración más severa luego de un accidente cerebrovascular o ataques epilépticos capaces de producir excitotoxicidad en ratas que carecen de melatonina (Manev y cols., 1996), sugiriendo que este defecto potencia el daño neuronal.

Las especies reactivas del oxígeno (radicales libres), ej. O_2^- (anión superóxido), OH (radical hidroxilo), NO_2 (peroxinitritos), pueden dañar lípidos, proteínas y ADN, desencadenando la injuria y la muerte celular (Reiter y cols., 2002). En condiciones normales, los radicales libres poseen una vida media muy corta y son metabolizados o barridos antes de poder infligir algún daño a la

célula. Las defensas antioxidantes naturales incluyen enzimas como la superóxido dismutasa capaz de convertir al anión superóxido en H_2O_2 , la glutatión peroxidasa y la catalasa encargadas de eliminar el H_2O_2 . El estado de “estrés oxidativo” tiene lugar cuando existe un desbalance a favor de la producción de radicales libres en detrimento de su eliminación, situación capaz de generar daño. Esta condición puede observarse frecuentemente en una gran variedad de patologías cerebrales, en las cuales coexiste un aumento en la generación de especies reactivas con una disminución de las defensas naturales antioxidantes. Por ejemplo, en los traumatismos la liberación de hierro de sus depósitos puede catalizar reacciones propias de los radicales libres aumentando la producción de OH, un potente iniciador de la peroxidación lipídica (Reiter y cols., 2002).

En el contexto del estrés oxidativo, el cerebro es particularmente vulnerable a la lesión ya que contiene altos niveles de fosfolípidos y proteínas sensibles a la oxidación y no posee altos niveles de enzimas defensivas antioxidantes. Además, el contenido de hierro de algunas regiones cerebrales ej. sustancia nigra, es elevado en comparación con otros tejidos. De hecho, la lesión inducida por radicales libres puede no ser la causa de los procesos degenerativos pero juega un papel permisivo en la génesis y severidad de la patología. (Reiter, 1998).

La melatonina protege de la isquemia cerebral focal debido a sus potentes efectos antioxidantes directos e indirectos. La hormona elimina al radical hidroxilo, altamente tóxico, a los peroxinitritos y posiblemente al radical peróxido. A su vez, puede en menor medida, barrer al anión superóxido y al oxígeno desapareado. Además, la melatonina aumenta los niveles de ARNm de la enzima superóxido dismutasa e incrementa la actividad de glutatión reductasa y glucosa 6-fosfatodeshidrogenasa (todas ellas enzimas con capacidad antioxidante) (Reiter y cols., 2002; Rodríguez y cols., 2004). De igual manera, la melatonina inhibe a la enzima encargada de la síntesis de óxido nítrico (pro-oxidante). La hormona demuestra reducir la peroxidación lipídica y el daño oxidativo del ADN en estudios tanto “in vitro” como “in vivo”. Esta hormona, a su vez posee otros efectos beneficiosos, como por ejemplo optimizar la cadena de transporte de electrones, disminuir el daño oxidativo mitocondrial, aumentar la producción de ATP y modular el metabolismo energético mitocondrial (Acuña-Castroviejo y cols., 2001; Reyes Toso y cols., 2003).

La sobreproducción de radicales libres es un evento importante en la necrosis isquémica típica del ACV. La melatonina demuestra tener efecto protector en varios modelos experimentales de isquemia cerebral (Pei y cols., 2002; Pei y cols., 2003). La eficacia de la melatonina para disminuir la lesión por radicales libres ha sido evaluada en numerosos modelos experimentales de enfermedades neurodegenerativas, en los que el daño oxidativo es en parte causa del trastorno. Así, la melatonina logra reducir la toxicidad del amiloide β en la Enfermedad de Alzheimer (EA) (Pappolla y cols., 1998), atenúa el daño oxidativo en varios modelos de enfermedad de Parkinson (Chuang y Chen, 2004; Dabbeni-Sala y cols., 2001; Jin y cols., 1998; Zisapel, 2001), protege de la excitotoxicidad por glutamato (Giusti y cols., 1995; Giusti y cols., 1996; Yalcin y cols., 2004), disminuye las lesiones neuronales provocadas por el ácido δ -aminolevulínico (porfiria) (Carneiro y Reiter, 1998; Tomas-Zapico y cols., 2002), la hiperoxia hiperbárica (Shaikh y cols., 1997), el trauma cerebral (Beni y cols., 2004), la radiación γ (Erol y cols., 2004), la isquemia focal (Dupuis y cols., 2004; Lee y cols., 2004; Torii y cols., 2004) y varias toxinas neuronales (Reiter, 1998).

El tercer mecanismo que lleva a la muerte neuronal, la apoptosis, es un proceso programado de muerte celular que no involucra a la necrosis, inflamación o a la gliosis reactiva. La apoptosis requiere síntesis de ARN, de proteínas y la depleción de factores tróficos. La apoptosis también involucra ruptura de cadenas únicas de ADN, fenómeno atribuible al incrementado estrés oxidativo. Los factores neurotróficos demuestran rescatar a las neuronas de este tipo de muerte. Que actuarían mediante componentes celulares antiapoptóticos como la proteína del protooncogen del linfoma de células B (Bcl-2). En el sistema nervioso central, la función protectora del Bcl-2 es particularmente evidente en la muerte celular inducida experimentalmente o en la ocurrida por causas naturales, que puede ser prevenida fomentando la sobreproducción de Bcl-2 (Dubois-Dauphin y cols., 1994). El mismo puede ser antioxidante y capaz de impedir la liberación de la enzima mitocondrial citocromo c (Kluck y cols., 1997). Estudios *in vitro* confirman que la melatonina aumenta la expresión de Bcl-2 y previene la apoptosis (Jiao y cols., 2004; Shen y cols., 2002; Yoo y cols., 2002).

De esta forma, los datos recolectados indican que la melatonina puede interrumpir los tres procesos directamente vinculados con el daño neuronal, excitotoxicidad por glutamato, lesión por radicales libres y apoptosis. Además, la melatonina actúa como la manecilla endocrina del reloj circadiano y promueve las etapas del sueño asociadas a procesos neurotróficos. Así, la melatonina constituye un singular agente cronobiótico y citoprotector.

Bibliografía:

Acuña-Castroviejo, D., Martin, M., Macias, M., Escames, G., Leon, J., Khaldy, H., and Reiter, R.J. (2001) Melatonin, mitochondria, and cellular bioenergetics. *J. Pineal Res.* 30, 65-74.

Beni, S.M., Kohen, R., Reiter, R.J., Tan, D.X., and Shohami, E. (2004) Melatonin-induced neuroprotection after closed head injury is associated with increased brain antioxidants and attenuated late-phase activation of NF-kappa B and AP-1. *FASEB J.* 18, 149-151.

Carneiro, R.C. and Reiter, R.J. (1998) Melatonin protects against lipid peroxidation induced by delta-aminolevulinic acid in rat cerebellum, cortex and hippocampus. *Neuroscience* 82, 293-299.

Cho, S., Joh, T.H., Baik, H.H., Dibinis, C., and Volpe, B.T. (1997) Melatonin administration protects CA1 hippocampal neurons after transient forebrain ischemia in rats. *Brain Res.* 755, 335-338.

Chuang, J.I. and Chen, T.H. (2004) Effect of melatonin on temporal changes of reactive oxygen species and glutathione after MPP(+) treatment in human astrocytoma U373MG cells. *J. Pineal Res.* 36, 117-125.

Dabbeni-Sala, F., Di Santo, S., Franceschini, D., Skaper, S.D., and Giusti, P. (2001) Melatonin protects against 6-OHDA-induced neurotoxicity in rats: a role for mitochondrial complex I activity. *FASEB J.* 15, 164-170.

Dubois-Dauphin, M., Frankowski, H., Tsujimoto, Y., Huarte, J., and Martinou, J.C. (1994) Neonatal motoneurons overexpressing the bcl-2 protooncogene in transgenic mice are protected from axotomy-induced cell death. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.* 91, 3309-3313.

Dupuis, F., Regrigny, O., Atkinson, J., Liminana, P., Delagrangre, P., Scalbert, E., and Chillon, J.M. (2004) Impact of treatment with melatonin on cerebral circulation in old rats. *Br. J. Pharmacol.* 141, 399-406.

Erol, F.S., Topsakal, C., Ozveren, M.F., Kaplan, M., Ilhan, N., Ozercan, I.H., and Yildiz, O.G. (2004) Protective effects of melatonin and vitamin E in brain damage due to gamma radiation. An experimental study. *Neurosurg. Rev.* 27, 65-69.

Giusti, P., Gusella, M., Lipartiti, M., Milani, D., Zhu, W., Vicini, S., and Manev, H. (1995) Melatonin protects primary cultures of cerebellar granule neurons from kainate but not from N-methyl-D-aspartate excitotoxicity. *Exp. Neurol.* 131, 39-46.

Giusti, P., Lipartiti, M., Franceschini, D., Schiavo, N., Floreani, M., and Manev, H. (1996) Neuroprotection by melatonin from kainate-induced excitotoxicity in rats. *FASEB J.* 10, 891-896.

- Jiao, S., Wu, M.M., Hu, C.L., Zhang, Z.H., and Mei, Y.A. (2004) Melatonin receptor agonist 2-iodomelatonin prevents apoptosis of cerebellar granule neurons via K(+) current inhibition. *J. Pineal Res.* 36, 109-116.
- Jin, B.K., Shin, D.Y., Jeong, M.Y., Gwag, M.R., Baik, H.W., Yoon, K.S., Cho, Y.H., Joo, W.S., Kim, Y.S., and Baik, H.H. (1998) Melatonin protects nigral dopaminergic neurons from 1-methyl-4-phenylpyridinium (MPP+) neurotoxicity in rats. *Neurosci. Lett.* 245, 61-64.
- Kilic, E., Ozdemir, Y.G., Bolay, H., Kelestimur, H., and Dalkara, T. (1999) Pinealectomy aggravates and melatonin administration attenuates brain damage in focal ischemia. *J. Cereb. Blood Flow Metab.* 19, 511-516.
- Kluck, R.M., Bossy-Wetzel, E., Green, D.R., and Newmeyer, D.D. (1997) The release of cytochrome c from mitochondria: a primary site for Bcl-2 regulation of apoptosis. *Science* 275, 1132-1136.
- Lee, E.J., Wu, T.S., Lee, M.Y., Chen, T.Y., Tsai, Y.Y., Chuang, J.I., and Chang, G.L. (2004) Delayed treatment with melatonin enhances electrophysiological recovery following transient focal cerebral ischemia in rats. *J. Pineal Res.* 36, 33-42.
- Manev, H., Uz, T., Kharlamov, A., and Joo, J.Y. (1996) Increased brain damage after stroke or excitotoxic seizures in melatonin-deficient rats. *FASEB J.* 10, 1546-1551.
- Martin, J.B. (1999) Molecular basis of the neurodegenerative disorders. *N. Engl. J. Med.* 340, 1970-1980.
- Pappolla, M.A., Chyan, Y.J., Omar, R.A., Hiao, K., Perry, G., Smith, M.A., and Bozner, P. (1998) Evidence of oxidative stress and in vivo neurotoxicity of beta-amyloid in a transgenic mouse model of Alzheimer's disease: a chronic oxidative paradigm for testing antioxidant therapies in vivo. *Am. J. Pathol.* 152, 871-877.
- Pei, Z., Pang, S.F., and Cheung, R.T. (2002) Pretreatment with melatonin reduces volume of cerebral infarction in a rat middle cerebral artery occlusion stroke model. *J. Pineal Res.* 32, 168-172.
- Pei, Z., Pang, S.F., and Cheung, R.T. (2003) Administration of melatonin after onset of ischemia reduces the volume of cerebral infarction in a rat middle cerebral artery occlusion stroke model. *Stroke* 34, 770-775.
- Reiter, R.J. (1998) Oxidative damage in the central nervous system: protection by melatonin. *Prog. Neurobiol.* 56, 359-384.
- Reiter, R.J., Tan, D., and Burkhardt, S. (2002) Reactive oxygen and nitrogen species and cellular and organismal decline: amelioration with melatonin. *Mech. Ageing Dev.* 123, 1007-1019.
- Reyes Toso, C., Ricci, C., de Mignone, I.R., Reyes, P., Linares, L.M., Albornoz, L.E., Cardinali, D.P., and Zaninovich, A.A. (2003) In vitro effect of melatonin on oxygen consumption in liver mitochondria of rats. *Neuroendocrinol. Lett.* 24, 341-344.
- Rodriguez, C., Mayo, J.C., Sainz, R.M., Antolin, I., Herrera, F., Martin, V., and Reiter, R.J. (2004) Regulation of antioxidant enzymes: a significant role for melatonin. *J. Pineal Res.* 36, 1-9.
- Shaikh, A.Y., Xu, J., Wu, Y., He, L., and Hu, C.Y. (1997) Melatonin protects bovine cerebral endothelial cells from hyperoxia-induced DNA damage and death. *Neurosci. Lett.* 229, 193-197.
- Shen, Y.X., Xu, S.Y., Wei, W., Wang, X.L., Wang, H., and Sun, X. (2002) Melatonin blocks rat hippocampal neuronal apoptosis induced by amyloid beta-peptide 25-35. *J. Pineal Res.* 32, 163-167.
- Tomas-Zapico, C., Martinez-Fraga, J., Rodriguez-Colunga, M.J., Tolivia, D., Hardeland, R., and Coto-Montes, A. (2002) Melatonin protects against delta-aminolevulinic acid-induced oxidative damage in male Syrian hamster Harderian glands. *Int. J. Biochem. Cell Biol.* 34, 544-553.
- Torii, K., Uneyama, H., Nishino, H., and Kondoh, T. (2004) Melatonin suppresses cerebral edema caused by middle cerebral artery occlusion/reperfusion in rats assessed by magnetic resonance imaging. *J. Pineal Res.* 36, 18-24.
- Yalcin, A., Kanit, L., and Sozmen, E.Y. (2004) Altered gene expressions in rat hippocampus after kainate injection with or without melatonin pre-treatment. *Neurosci Lett.* 359, 65-68.
- Yoo, Y.M., Yim, S.V., Kim, S.S., Jang, H.Y., Lea, H.Z., Hwang, G.C., Kim, J.W., Kim, S.A., Lee, H.J., Kim, C.J., Chung, J.H., and Leem, K.H. (2002) Melatonin suppresses NO-induced apoptosis via induction of Bcl-2 expression in PGT-beta immortalized pineal cells. *J. Pineal Res.* 33, 146-150.
- Zisapel, N. (2001) Melatonin-dopamine interactions: from basic neurochemistry to a clinical setting. *Cell Mol. Neurobiol.* 21, 605-616.

LOS ESTILOS DE APRENDIZAJE EN ADULTOS MAYORES

Lic. María del Rosario Ortiz

Introducción

El adulto mayor ha encontrado, a través de la creación de programas específicos en el ámbito universitario, un espacio de capacitación y de prevención que también favorecen el desarrollo de la socialización.

El nuevo concepto de educación de adultos y adultos mayores presenta un desafío a las prácticas ya existentes, porque plantea una nueva interacción de los sistemas de educación formal y no formal. Considerando un posicionamiento subjetivo del adulto mayor como sujeto social y participativo, las contribuciones de la psicología social han colaborado en el estudio de los estereotipos, prejuicios, y distribución del poder en la vejez.

De acuerdo al psicoanálisis, el adulto mayor es un sujeto deseante, esta teoría ha brindado valiosos aportes acerca de los aspectos inconscientes del aprendizaje. El adulto mayor como sujeto epistémico, de acuerdo a la teoría de Piaget, va construyendo activamente su estructura cognitiva, sin dejar de tomar en cuenta los aportes teóricos de la neuropsicología que aún tienen un largo camino de investigaciones para extender sus trabajos en el desarrollo y declive cognitivo.

Los datos de la experiencia en el trabajo con adultos, la observación de la plasticidad de las funciones, y de los aspectos compensatorios de las mismas optimizan la posibilidad de crear métodos pedagógicos para mejorar el funcionamiento cognitivo durante toda la vida.

La intervención socioeducativa es una modalidad que permite llevar a cabo la promoción y prevención de aspectos de salud, favorece el desarrollo del potencial personal e integral del adulto y el adulto mayor, el despliegue de los recursos psicofísicos.

Esto ha de permitir que la persona se mantenga autoválida, resignifique su situación actual e integre su experiencia pasada.

En el contexto educativo se estimulan las capacidades cognitivas, socioafectivas del adulto mayor permitiéndole el disfrutar y conectarse con otros aspectos, a veces, no desarrollados de su potencialidad. Ya sea porque no los ha descubierto a través de la experiencia, o porque al estar sometido a otras exigencias ha postergado su deseo de expresión.

La participación y la pertenencia a un grupo de pares le permite compartir, intercambiar en una etapa de la vida en que la pérdida de roles constituye una preocupación, no sólo para el adulto mayor, sino también para los profesionales que trabajan con ellos.

La modalidad de taller se constituye en un espacio que promueve la producción individual y grupal. El encuadre además de los roles, toma en cuenta el espacio y el tiempo, el aquí y ahora, atravesados por la historia individual y la historia grupal que van construyendo los alumnos participantes y el docente.

El crecimiento de la población del adulto mayor requiere un ajuste respecto de las condiciones de vida, la valoración de sus capacidades que necesitan ser reconocidas y encontrar un espacio social para contribuir al desarrollo del mismo.

En la V Conferencia Internacional sobre Educación de Adultos (CONFITEA V) realizada en Hamburgo en 1997, se preveía que la "la educación a lo largo de toda la vida es más que un derecho, es una de las claves del siglo XXI", destacándose el acceso de los adultos mayores a programas específicos.

Los dispositivos básicos para el aprendizaje.

El aprendizaje debe ser entendido como un proceso que afecta el comportamiento, alcanza estabilidad, y se elabora frente a modificaciones del ambiente externo que también se mantiene constante. Desde ya, deben darse las condiciones adecuadas en el sistema nervioso central que lo hagan posible, si estas condiciones están por debajo de los requerimientos, el aprendizaje no se lleva a cabo. Por ejemplo, los procesos de aprender se resienten, se lentifican si hay dificultades en la recepción sensorio-perceptiva, como sucede con algunos adultos mayores.

El aprendizaje implica siempre un cambio de conducta, dicho cambio se opera como adaptación a las nuevas circunstancias y se origina en una necesidad.

Esto nos lleva a reflexionar sobre los dispositivos básicos del aprendizaje, los que se definen como las capacidades innatas del sujeto que son la base de las funciones cerebrales superiores y permiten al sujeto aprender. Considerando en el proceso de aprendizaje, la importancia de los dispositivos básicos para el mismo

como la motivación, la senso-percepción, la atención, la memoria, base de las funciones cerebrales superiores, se planificó una actividad de observación y de administración de cuestionarios.

Esta actividad se desarrolló en el Programa Universitario de Adultos Mayores de la Universidad Nacional de Mar del Plata, con la finalidad de conocer los estilos de aprendizaje, cómo organizan los alumnos la información sensorial captada y disponible para crear representaciones mentales en el proceso de aprender. Teniendo en cuenta que la información recibida a través de los sentidos, es seleccionada, y cuando se recupera se utilizan en general dentro de ese contexto de aprendizaje, los tres grandes sistemas de representación: visual, auditivo y kinésico.

Entre los dispositivos básicos para el aprendizaje, la motivación es definida como el conjunto de condiciones que hacen posible el mismo, se puede relacionar este concepto con el de necesidad.

Las motivaciones del sujeto pueden estar vinculadas a las condiciones biológicas, como el estado de excitabilidad óptima para que el sistema nervioso central lleve a cabo un aprendizaje, como también a factores psicológicos relacionados con aspectos conscientes e inconscientes. También, la motivación está ligada a factores grupales y socio culturales; por ejemplo, en el caso de los adultos mayores la identificación con el grupo de pares, la pertenencia a una institución universitaria que les brinda un espacio.

La coexistencia de motivaciones contradictorias entre sí, da lugar al surgimiento de conflictos que pueden generar dificultades en el aprendizaje o la deserción. Estos factores individuales, grupales y socio culturales, se expresan en distintos interjuegos dentro de cada situación particular del adulto mayor que participa del programa universitario.

Otros de los dispositivos, es la atención que se caracteriza por una concentración de la energía en un determinado objeto o situación, selecciona y decide que aspectos del entorno son relevantes y requieren una elaboración cognitiva.

El campo atencional está constituido por el foco de la atención que conforma el punto de concentración, y en él está presente el objeto o situación de interés. La zona marginal está constituida todo aquello que surge como borroso. La dinámica atencional hace que estos aspectos del campo varíen alternadamente.

Los factores que mueven la atención pueden clasificarse en internos y externos al sujeto, los primeros se

refieren a necesidades, motivaciones y valores, en cambio los segundos a cambios del ambiente que llaman la atención hacia ellos.

Se han distinguido dos tipos de atención la fásica de breve duración y la tónica que es más sostenida.

La atención fásica está ligada al reflejo de orientación y a estimulación súbita.

En cuanto a la atención tónica, corresponde a un mantenimiento de un nivel adecuado de receptividad de uno o más canales sensoriales, supone cambios más lentos en la disponibilidad del organismo para procesar estímulos.

En la práctica cotidiana ambos tipos de atención se influyen recíprocamente, siendo sus cuatro funciones principales: la atención selectiva, la vigilancia, el sondeo y la atención dividida.

Otro de los dispositivos es la memoria, capacidad encargada de registrar la información y restituirla.

Se consideran los distintos tipos de memoria:

- 1**- sensorial: visual, auditiva, kinética
- 2**- a corto plazo primaria o de trabajo
- 3**- a largo plazo o secundaria
 - a**- explícita o declarativa: episódica y semántica
 - b**- implícita o procedural

Todas las personas envejecen en forma diferente, por lo tanto, el deterioro que repercute en ellas se expresa de diferente manera en cada persona y se refleja en la actividad del taller.

La percepción. Sistemas de representación

Con respecto a los procesos senso-perceptivos mismos, son procesos de aprendizajes.

La percepción es un fenómeno complejo que permite reconocer, organizar y entender las sensaciones recibidas de estímulos ambientales.

El sistema cognitivo debe captar la información sensorial que se encuentra disponible y usarla para crear representaciones mentales de objetos, propiedades y relaciones espaciales de nuestro ambiente.

La percepción es una actividad en la que tanto el pasado inmediato, como el pasado remoto resultan actualizados. Hay una naturaleza acumulativa e internamente dirigida de la percepción.

Para Ballesteros (1), la percepción es un proceso psicológico, a través del cual el perceptor interpreta y atribuye un sentido a la información que le llega a través de diversas modalidades sensoriales (vista, oído, tacto, olfato,

gusto). A partir de ellos, el sujeto adquiere conocimientos existentes en el medio ambiente en el cual está inmerso, procesa la información contenida en la estimulación física que llega a los receptores sensoriales específicos.

Es importante, considerar los esquemas anticipatorios que preparan al sujeto a aceptar cierto tipo de información. La percepción es un proceso constructivo, anticipadamente recibe datos y permite la aceptación cuando tiene acceso a la información, una vez adquirida determina lo que será extraído después.

De Vega (2), plantea que la codificación de los estímulos perceptivos es automática, por ejemplo, propiedades del input como color, forma, etc.

Sin embargo, según otros autores como Neisser (3) la percepción es un proceso elaborado donde se distinguen dos fases: la analítica que corresponde a la codificación y la sintética que es de integración de los rasgos básicos permitiendo producir una configuración significativa asimilable a los objetos, ello requiere de la atención controlada.

La propuesta de los constructivistas es que las percepciones, generalmente se construyen a partir de inferencias inconscientes que realiza el sujeto sobre el mundo real, son guiadas por expectativas y experiencias sobre cómo debe parecer el mismo.

Esto tiene relación con Ballesteros, (4) quien plantea que la percepción resulta de dos tipos de procesos que actúan en conjunto procesos abajo- arriba orientados por los datos de la información física, y los procesos arriba-abajo guiados conceptualmente que integran y dan sentido a la información.

Los tres procesos perceptivos más importantes son la detección, la discriminación y la identificación de los estímulos del medio.

A medida que el sujeto envejece, los procesos mentales son menos eficientes, también se alcanzan conocimientos y con la experiencia vivida pueden ser útiles para la solución de otras cuestiones, por ejemplo de tipo social.

En lo cotidiano, se da un aumento del conocimiento que se produce y simultáneamente, se va dando un declive en el procesamiento. Ciertas tareas más complejas pueden ser llevadas a cabo con mejor rendimiento, con el apoyo de estos conocimientos y vivencias, más aún si se da en un entorno confiable.

Esto se puede observar con mayor notoriedad; por ejemplo, en cuadros de pacientes que evidencian síntomas de demencia.

Algunos autores como Linderberger y Baltes (5) propusieron la hipótesis que la función sensorial, a manera de índice general de la arquitectura neurobiológica, es fundamental para el funcionamiento cognitivo, y por tanto, es un mediador poderoso de todas las capacidades cognitivas.

El declive cognitivo no varía, según estos autores, en función de la educación, la ocupación, la clase social o los ingresos. Ello sugiere que el deterioro tiene una base biológica en vez de social, dando mayor seguridad a la noción de que las medidas sensoriales aportan un índice de integridad neuronal, que a su vez media en el funcionamiento cognitivo.

Los principales mecanismos propuestos para explicar las diferencias de edad en el funcionamiento cognitivo son cuatro:

- 1-** La velocidad con que se procesa la información
- 2-** El funcionamiento de la memoria operativa
- 3-** La función inhibitoria
- 4-** El funcionamiento sensorial

Con respecto al rendimiento en las tareas cognitivas, éste se deteriora con la edad, pues las personas mayores llevan a cabo más lentamente los pasos iniciales en tareas que son más complejas. A veces, tienen dificultades para alcanzar la finalización de la misma, lo cual se comprueba en la actividad que se desarrolla en el taller, donde cada alumno tiene su ritmo.

Comprendiendo que la memoria operativa se conceptualiza como la cantidad de recursos disponibles en un momento dado para procesar información sobre la marcha (on line). Ello implica almacenamiento, recuperación y transformación de la información.

El déficit en la memoria operativa puede paliarse con apoyos ambientales en el proceso de aprendizaje Entendiendo que son los elementos de una tarea que tienden reducir los requisitos mnemónicos, necesarios para realizarla. Los diferentes recursos que se usan en los talleres como por ejemplo: cuestionarios, síntesis, favorecen la adquisición y fijación de los contenidos.

Con la edad, se acentúan las dificultades para la concentración sobre la información pertinente y el logro de la inhibición de la atención, hacia ciertos aspectos que no son importantes.

De acuerdo con este punto de vista, parte de lo que se considera como declive cognitivo asociado con la edad, se produce debido a la incapacidad de las personas mayores para mantener la concentración sobre la información principal, ya que casi siempre la atención se diluye, tanto hacia la información relevante, como irrelevante. Ello se debe a que los procesos inhibitorios son

poco eficientes, según autores como Hasher y Zacks, (6) pues permiten la entrada inicial en la memoria operativa de información que está fuera de la vía hacia el objetivo, y estos datos se mantienen en ella, a expensas de la información pertinente.

Con respecto a la información recibida a través de la visión, es óptica, patrones de luz en el espacio y en el tiempo toman parte de este proceso.

La información óptica puede especificar objetos y sucesos a varios niveles de abstracción y con diferentes significaciones y un esquema organizado a un nivel no necesita ser sensible a los otros. Por ejemplo, al percibir el estado anímico de una persona, no se está en el mismo ciclo perceptivo que cuando se atiende a los movimientos labiales.

La información que se extrae, se difunde a lo largo de un rango diferente de tiempo. No se utiliza la información con las mismas finalidades y como resultado se recordará el hecho de modo diferente.

En el caso de la percepción háptica, no ocurre en un instante, ni resulta de procesar una entrada (input) simple.

Los movimientos exploratorios, no sólo dan información sobre el objeto manipulado. También, acerca del miembro que lleva a cabo la acción especifica las cualidades del objeto, como los movimientos realizados.

La actividad perceptual da información sobre el receptor, acerca del ambiente, datos del yo y del mundo circundante. La actividad perceptual implica la actividad coordinada de varios sistemas sensoriales, simultáneamente.

La escucha es una actividad que también se extiende en el tiempo, aunque no se requiere de una serie de movimientos exploratorios; por ejemplo: con los ojos o con las manos.

La persona desarrolla interpretaciones con mayor o menor especificidad, de lo inmediatamente posterior, en base a la información previamente adquirida.

Las anticipaciones rigen lo que se adquirirá en primer lugar y son modificadas por tal información. Sin ellas, escucharía sólo una zumbante y ruidosa confusión. En general, se trata el tema de la percepción con cada modalidad: visual, táctil, auditiva, kinestésico, olfativo, gustativo, diferentes autores plantean que los dos últimos no juegan un papel tan importante en el aprendizaje.

En la vida cotidiana, diferentes estímulos incentivan a más de un sistema sensorial. En el acto de percibir, los esquemas que aceptan información y dirigen la exploración

de la misma son perceptuales. El ciclo perceptual implica la actividad de varios sistemas sensoriales simultáneamente.

En el proceso de aprendizaje el déficit perceptivo en sus diferentes modalidades visual, auditiva, motriz son tomados en cuenta para comprender las dificultades en el desarrollo del mismo.

Los estilos de aprendizaje

Todos los adultos mayores tienen estilos cognitivos, de aprendizaje y capacidades cognitivas individuales. El docente debe posicionarse ante esta heterogeneidad grupal y pensar su estrategia pedagógica.

El término 'estilo de aprendizaje' se refiere a la modalidad instrumentada cuando el sujeto quiere aprender, pues utiliza su propio método o conjunto de estrategias. Aunque las estrategias concretas utilizadas varían, según lo que quiera aprender, tiende a desarrollar preferencias globales. Esas preferencias o tendencias a utilizar más unas determinadas maneras de aprender que otras, constituyen el estilo de aprendizaje.

Las diferencias en el aprendizaje son el resultado de muchos factores; por ejemplo: la motivación, el bagaje cultural previo y la edad. Además, de esos factores es necesario considerar los diferentes estilos en el aprendizaje, ello ofrece grandes posibilidades de intervención pedagógica, para lograr los objetivos planteados en la educación de adultos mayores.

El concepto de los estilos de aprendizaje está directamente relacionado con la concepción del aprendizaje como un proceso activo.

Los distintos modelos y teorías existentes sobre estilos de aprendizaje ofrecen un marco conceptual que ayuda a entender los comportamientos observados a diario en el aula, cómo se relacionan esos comportamientos con la forma en que están aprendiendo los alumnos y el tipo de actuaciones que pueden resultar más eficaces en un momento dado. Sin embargo, la realidad siempre es mucho más compleja que cualquier teoría. La forma en que elabora la información y la aprende el adulto mayor variará en función del contexto, de lo que esté tratando de aprender; de tal forma que esa manera de aprender, puede cambiar significativamente de una materia a otra. Por lo tanto, es importante no utilizar los estilos de aprendizaje como una herramienta para clasificar a los alumnos en categorías cerradas. La manera de aprender evoluciona y cambia constantemente, como el sujeto mismo.

En las últimas décadas se han elaborado diferentes teorías y modelos para explicar las diferencias en la for-

ma de aprender. La palabra "aprendizaje" es un término muy amplio que abarca fases distintas de un mismo y complejo proceso. Cada uno de los modelos y teorías existentes enfoca el aprendizaje desde un ángulo distinto. Cuando se contempla la totalidad del proceso de aprendizaje se percibe que esas teorías y modelos aparentemente contradictorios entre sí, no lo son tanto, e incluso que se complementan.

Se comprende el proceso del siguiente modo:

- El aprendizaje parte siempre de la recepción de algún tipo de información. De toda la información recibida se selecciona una parte. Cuando se analiza cómo se selecciona la información, podemos distinguir entre alumnos con una preferencia de selección visual, auditivo y kinestésico.
- La información que se selecciona se organiza y relaciona. El modelo de los hemisferios cerebrales da información sobre las distintas maneras que tiende a organizarse la información recibida.
- Una vez organizada esa información, se procesa y es utilizada de una manera o de otra.

Esta enunciación es con fines explicativos, desde ya, estos procesos están estrechamente relacionados entre sí. Un adulto mayor que tiende a seleccionar la información visual, por ejemplo, afecta la manera de organizar esa información. Por lo tanto, es difícil entender el estilo de aprendizaje de alguien sino se presta atención a todos los aspectos.

La organización de la información

En la actividad del taller de Psicología, los adultos mayores llevan a cabo un proceso de aprendizaje, donde la información que es recibida a través de los sentidos, es seleccionada y recuperada. En general utilizan los tres grandes sistemas de representación, visual, auditivo y kinestésico.

La información seleccionada se tiene que organizar, pues hay que tener en cuenta, el aprendizaje no consiste en almacenar datos aislados. El cerebro humano se caracteriza por su capacidad de relacionar, y asociar la gran cantidad de información que recibe continuamente. Además, buscar pautas y crear esquemas que le permitan al sujeto entender el mundo que lo rodea, jugando la memoria un papel muy importante.

Todo sujeto organiza la información que recibe, pero sin seguir el mismo procedimiento. La manera en que organice esa información también afecta al estilo de aprendizaje; por ejemplo: alumnos predominantemente visuales pueden aprender de manera muy distinta y te-

ner resultados muy distintos en la producción, dependiendo de cómo organicen esa información visual.

Hay distintos modelos que se ocupan de la manera de organizar la información. Entre ellos, la teoría de los hemisferios cerebrales. El cerebro humano se divide en dos hemisferios, cada uno con cuatro lóbulos, conectados entre sí por el corpus callosum. Cada hemisferio procesa la información que recibe de distinta manera o, dicho de otro modo, hay distintas formas de pensamiento asociadas con cada hemisferio.

El hemisferio lógico, normalmente el izquierdo, procesa la información de manera secuencial y lineal, o sea que la maneja de manera seriada y temporal. El hemisferio lógico forma la imagen del todo a partir de las partes y es el que se ocupa de analizar los detalles. Este hemisferio se expresa en palabras y números.

El hemisferio derecho, cuyo funcionamiento tiende a ser holístico y sintético, procesa la información de manera global, la información no verbal, incluyendo los estímulos espaciales y visuales como los musicales, partiendo del todo para entender las distintas partes que componen ese todo. Este hemisferio es intuitivo en vez de lógico, se expresa en imágenes y sentimientos.

Desde ya, para que se logre el objetivo de aprender es necesario el uso de los dos hemisferios, pero la mayoría de los sujetos tienden a usar uno más que el otro, prefiriendo pensar de una manera o de otra.

La tendencia a usar más una manera de pensar que otra, determina las habilidades cognitivas, ya que cada manera de pensar está asociada con distintas habilidades. La conducta variará en función del modo de pensamiento que prefieran los alumnos participantes del taller. Cuanto más complicada sea la tarea, más importante será que puedan utilizar todos los modos de pensamiento, y no uno sólo. Sin embargo, nuestra cultura y nuestro sistema educativo, no son neutros. En este sistema de educación, prima el hemisferio lógico, sobre el hemisferio holístico.

Desde el punto de vista del profesor, lo que interesa es organizar el trabajo en el taller, de tal modo que se estimulen ambos modos de pensamiento.

Los alumnos adultos mayores que procesan la información con un predominio visual, aprenden mejor cuando leen, o ven la información de alguna manera. En el desarrollo de la clase, por ejemplo, preferirán leer las fotocopias o transparencias a seguir la explicación oral, o realizarán notas para leerlas después.

Cuando recuerdan utilizando el sistema de representación auditivo, lo hacen de manera secuencial y ordena-

da. El alumno que recibe mejor la información auditivamente, necesita escuchar su grabación mental paso a paso. Los que memorizan de forma auditiva no pueden olvidarse ni una palabra, porque no saben seguir, por lo cual solicitan grabar la clase. Por el contrario, un alumno con mejor registro visual que se olvida de una palabra no tiene mayores problemas, porque sigue viendo el resto del texto o de la información ya sea lo escrito en el pizarrón o en sus notas. A veces, se detectan conductas obsesivas en alumnos que reclaman un dictado de los contenidos, pues quieren realizar un registro meticuloso y hasta lo comparan con los de otros.

El sistema auditivo no permite relacionar conceptos o elaborar conceptos abstractos con la misma facilidad que el sistema visual, no es tan rápido. Sin embargo, es fundamental, por ejemplo en el aprendizaje de los idiomas, y naturalmente, de la música. Los alumnos con mejor recepción auditiva aprenden mejor al recibir las explicaciones oralmente, cuando pueden hablar y explicar esa información a otra persona.

Cuando procesa la información asociándola a sensaciones y movimientos, al cuerpo, el sujeto está utilizando el sistema de representación kinestésico.

Aprender utilizando el sistema kinestésico es un proceso de mayor lentitud, mucho más que con cualquiera de los otros dos sistemas, el visual y el auditivo. El aprendizaje kinestésico también es profundo y duradero; por ejemplo, cuando una persona aprende una actividad como conducir, montar, no lo olvida.

Los alumnos que utilizan preferentemente el sistema kinestésico necesitan, por lo tanto, más tiempo que los demás. A veces, se los cataloga como que son lentos. Esa lentitud no tiene nada que ver con la falta de aptitudes, sino con su distinta manera de aprender, logran mejor rendimiento cuando hacen cosas; por ejemplo: trabajos de campo, entrevistas, observaciones, generalmente necesitan moverse. La influencia del predominio sensorial en el estilo de aprendizaje que realiza cada alumno queda explicitada, la posibilidad de seleccionar las situaciones de aprendizaje e interacción de enseñanza optimiza el propio estilo de aprendizaje cognitivo.

Descripción del trabajo realizado

Se realizaron cuestionarios a los alumnos del Programa Universitario de Adultos Mayores de la Universidad Nacional de Mar del Plata, con el objetivo de conocer el predominio sensorial en el estilo de aprendizaje. Los participantes son adultos y adultos mayores.

Se administró un cuestionario individual, considerando la evaluación de los aspectos visuales, auditivos y

kinestésicos porque son aquellos que tienen mayor preponderancia en el proceso de aprendizaje que se lleva a cabo en los talleres dictados.

Los cuestionarios fueron administrados a un total de 68 alumnos, de los cuales 55 son mujeres y 13 son hombres entre 45 y 75 años.

Se observaron durante la realización del cuestionario diferentes actitudes: algunas demostrativas de mayor ansiedad, otras con expresiones de temores a las equivocaciones, lentitud en las respuestas, etc.

A continuación, se presenta el cuestionario administrado, dándose como consigna que se realizaba con la finalidad de conocer la modalidad de aprendizaje preferida.

Elige la opción más adecuada:

1.- Cuando estás en clase y el profesor explica algo que está escrito en la pizarra o en tu libro, te es más fácil seguir las explicaciones:

- a)** escuchando al profesor
- b)** leyendo el libro o el pizarrón
- c)** te aburres y esperas que te den algo que hacer a ti

2.- Cuando estás en clase:

- a)** te distraen los ruidos
- b)** te distrae el movimiento
- c)** te distraes cuando las explicaciones son demasiado largas.

3.- Cuando te dan instrucciones:

- a)** te pones en movimiento antes de que acaben de hablar y explicar lo que hay que hacer.
- b)** te cuesta recordar las instrucciones orales, pero no hay problema si te las dan por escrito
- c)** recuerdas con facilidad las palabras exactas de lo que te dijeron.

4.- Cuando tienes que aprender algo de memoria:

- a)** memorizas lo que ves y recuerdas la imagen (por ejemplo, la página del libro)
- b)** memorizas mejor si repites rítmicamente y recuerdas paso a paso
- c)** memorizas a base de pasear y mirar y recuerdas una idea general mejor que los detalles

5.- En clase lo que más te gusta es que:

- a)** se organicen debates y que haya diálogo
- b)** que se organicen actividades en que los alumnos tengan que hacer cosas y puedan moverse.
- c)** que te den el material escrito y con fotos, diagramas.

Respuestas:

- 1.- a)** auditivo **b)** visual **c)** kinestésico

- 2.- a) auditivo b) visual c) kinestésico
 3.- a) kinestésico b) visual c) auditivo
 4.- a) visual b) auditivo c) kinestésico
 5.- a) auditivo b) kinestésico c) visual

Tabla de respuestas:

Tabla 1

	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	PORCENTAJE
auditivo	46	11	57	62,8 %
visual	9	2	11	16,2 %
kinestésico	0	0	0	0 %
total	55	13	68	100 %

Tabla 2

	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	PORCENTAJE
auditivo	25	6	30	45,6 %
visual	13	0	13	19,1 %
kinestésico	17	7	24	35,3 %
total	55	13	68	100 %

Tabla 3

	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	PORCENTAJE
AUDITIVO	16	4	20	29,4 %
VISUAL	32	7	39	57,4 %
KINESTÉSICO	7	2	9	13,2 %
TOTAL	55	13	68	100 %

Tabla 4

	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	PORCENTAJE
AUDITIVO	17	4	21	30,9 %
VISUAL	24	7	31	45,6 %
KINESTÉSICO	14	2	16	23,5 %
TOTAL	55	13	68	100 %

Tabla 5

	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	PORCENTAJE
AUDITIVO	25	5	30	44,1 %
VISUAL	16	5	21	39,9 %
KINESTÉSICO	14	3	17	25 %
TOTAL	55	13	68	100 %

Porcentaje total

	AUDITIVA	VISUAL	KINESTESICO
% TOTAL	46,8%	33,8%	19,4%

Porcentaje total por sexo

	AUDITIVA	VISUAL	KINESTESICO
% mujeres	46,9%	34,2%	18,9%
% hombres	46,2%	32,3%	21,5%

Total Encuestados:

*55 MUJERES.

*13 HOMBRES.

Conclusiones:

De acuerdo a las respuestas obtenidas, se observa que en la pregunta 1, la opción que marca el predominio auditivo ha tenido más puntaje, esta es: "escuchando al profesor". Ello implica una demanda de una actitud activa por parte del docente, entrando en juego la voz y la expresión corporal del mismo. Habría que observar la dinámica grupal para que esto no genere una situación de dependencia y pasiva por parte del alumno. A veces, se detectan dificultades en la participación, por falta de experiencia en estos talleres, o por cuestiones individuales (psicológicas, salud, etc.) aquí juega un papel importante el lograr sostener la atención y la motivación.

La explicaciones claras, conceptuales con respecto a los contenidos teóricos mantiene la alerta de los participantes para que no caiga el rendimiento, también puede darse la adquisición de conocimientos confusamente por las dificultades sensorio-perceptivas de los alumnos.

Con respecto a la pregunta 2, la opción elegida corresponde a lo auditivo "distraen los ruidos", hay que tomar en cuenta que la agudeza auditiva en las personas mayores muestra amplias diferencias individuales, un estímulo que además entorpezca la comprensión de la exposición docente marca la necesidad de focalizar la atención selectiva y otras funciones de la atención. La disminución en la velocidad de procesamiento determina mayor vulnerabilidad ante un estímulo inesperado. La presbiacusia puede incluir problemas de pérdida auditiva regresión fonética.

Una prosodia adecuada en lo referente a la entonación, la velocidad y el acento colabora en que los participantes de mayor edad a detectar el foco de lo expuesto.

En lo concerniente a la pregunta 3, la opción más seleccionada está referida a la preferencia del registro escrito de las consignas. Los apoyos ambientales para reforzar el proceso de aprendizaje toman relevancia en todo momento.

La lectura permite volver atrás sobre el texto para repasar una frase no clara, a diferencia en el lenguaje oral

debe el sujeto realizarlo de memoria. En el caso de los talleres de Psicología, la incorporación de vocabulario técnico complica la comprensión del mismo.

Desde el punto de vista pedagógico, este reforzamiento escrito permite la comprensión cuando la estructura del discurso es compleja, si la presentación es considerada muy rápida para el alumno o la evaluación que en estos talleres es un informe escrito en base a un trabajo del campo relacionado con los contenidos del programa, le resulta de difícil elaboración.

La tendencia al registro escrito favorece el aprendizaje en el taller, y considera la diversidad de los patrones temporales de la lectura.

Con respecto a la pregunta 4, la opción elegida corresponde a la selección de estímulos visuales: "memorizar lo que se ve". Estos actúan como reforzadores del aprendizaje en el procesamiento de la información y en el cual participan la memoria y la percepción con las diferencias y el declive de la edad, propio de cada sujeto.

En la pregunta 5, lo elegido como opción marca la preferencia hacia lo auditivo: "la organización de debates y el diálogo".

La comprensión del lenguaje hablado es un proceso complejo que pone a prueba los recursos cognitivos, se podrían considerar en el caso de los participantes los cambios en la agudeza auditiva que acompañan al envejecimiento normal, los cambios en la memoria y en la velocidad a que puede la información ser procesada.

Este ítem subraya la valoración de la comunicación, la interacción grupal.

En el porcentaje total de elecciones se evidencia un predominio auditivo en el estilo de aprendizaje, tanto en las mujeres como en los hombres encuestados.

Analizar este tipo de elección, compromete al docente a replantearse las estrategias pedagógicas, seguir investigando, considerando siempre al sujeto que participa de la experiencia educativa.*

BIBLIOGRAFIA:

- Neisser U. Procesos cognitivos y realidad. Ficha U.N.M.d.P.
- Park y Schwarz. Envejecimiento Cognitivo. E. Panamericana, Madrid, 2002.
- Urquijo S. Atención, percepción y lectura. Ficha interna de cátedra Psicología Cognitiva Facultad de Psicología. U.N.M.d.P., 2003

- Azcoaga J. Aprendizaje fisiológico y aprendizaje pedagógico. Cap. IV. E. Ateneo, Bs. As. 1987.

- Ballesteros S. Prácticas de psicología básica. E. Universitat, Madrid. 1996.

- Gonzalez Pienda y Nuñez Pérez. Dificultades en el aprendizaje. E. Pirámide, Madrid, 1998.

- Robles, A. Estilos de aprendizaje. Cómo seleccionamos y representamos la información. [Http://www.educarchile.cl/ntg/docente/1556/article-75891.html](http://www.educarchile.cl/ntg/docente/1556/article-75891.html), Consulta: octubre, 2004.

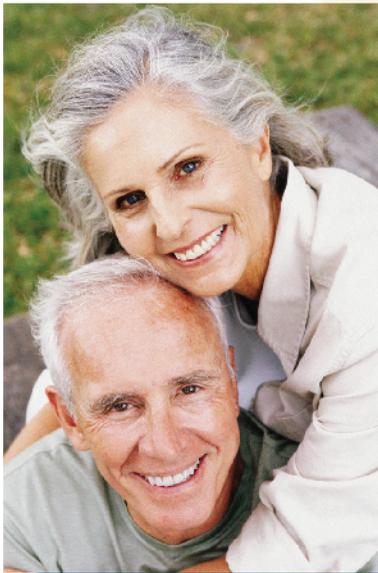
-Cazau, P. Test de Preferencias neurolingüísticas para educación. [Http://www.galeón.com/aprender](http://www.galeón.com/aprender). Consulta: octubre 2004.

-Vuotto, M. El aprendizaje en los adultos mayores y modalidades de intervención. Ficha curso de Extensión: Procesos de envejecimiento. Actualizaciones para su conocimiento. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P, 2001



Beneficios comprobables

- Los pacientes con cambios iniciales son los que más se benefician del tratamiento con Exelon¹.
- Exelon ayuda a estabilizar a los pacientes con Enfermedad de Alzheimer.
 - Eficacia que se extiende a 5 años².
- Exelon actúa aún en pacientes que no han respondido a otros tratamientos³.



Sólo Exelon ofrece una inhibición sostenida de las dos enzimas claves responsables del avance de la Enfermedad de Alzheimer⁴

- Butirilcolinesterasa
- Acetilcolinesterasa

 **NOVARTIS**
NEUROSCIENCE

INFORMACIÓN BÁSICA PARA PRESCRIBIR. Acción terapéutica: Inhibidor de la Colinesterasa. **Indicaciones:** Demencia de tipo Alzheimer leve a moderadamente severa. **Posología:** El tratamiento debe iniciarse con una dosis de 1.5mg. dos veces al día. Si es bien tolerado, se podrá incrementar tras un mínimo de 2 semanas de tratamiento a 3 mg dos veces al día, subsecuentemente a 4,5 mg dos veces al día, hasta un máximo de 6 mg dos veces al día. De observarse efectos adversos, se podrán omitir una o más dosis. De persistir, la dosis diaria se debería reducir a la dosis previa bien tolerada. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad conocida a la rivastigmina, a otros derivados carbamatos, u otros ingredientes de la cápsula. Insuficiencia hepática severa. **Precauciones/Advertencias:** Como con otros colinomiméticos, se recomienda precaución en pacientes con enfermedad del nódulo sinusal, defectos de la conducción (bloqueo sinoauricular, bloqueo auriculoventricular), patologías gastroduodenales ulcerativas, antecedente o enfermedad respiratoria actual, obstrucción urinaria, y crisis convulsivas en pacientes predispuestos. La seguridad de Exelon® no ha sido establecida en el embarazo y lactancia. Si el tratamiento fuera interrumpido por varios días, el mismo deberá reiniciarse con la mínima dosis para reducir la posibilidad de aparición de efectos adversos (por ejemplo vómitos severos). **Interacciones:** Drogas colinomiméticas, medicaciones anticolinérgicas, relajantes musculares tipo succinilcolina durante la anestesia. Exelon® debe interrumpirse antes de una anestesia. **Efectos secundarios:** Náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, pérdida de apetito, dispepsia, mareos, cefaleas. Raramente, angina de pecho, úlcera gástrica y duodenal, hemorragia gastrointestinal, bradicardia, crisis convulsivas, rash y síncope. **Presentaciones:** Exelon® 1,5mg: envases con 28 y 56 cápsulas de 1,5 mg de rivastigmina. Exelon® 3mg: envases con 28 y 56 cápsulas de 3 mg de rivastigmina. Exelon® 4,5mg: envases con 28 y 56 cápsulas de 4,5 mg de rivastigmina. Exelon® 6mg: envases con 28 y 56 cápsulas de 6 mg de rivastigmina. (BSS Sep.97, Am 05/02). **Referencias.** **1)** Farlow MR et al. Response of patients with Alzheimer disease to rivastigmine treatment is predicted by the rate of disease progression. Arch Neurol. 2001 Mar; 58(3): 417-22. **2)** Small G et al. Efficacy of rivastigmine treatment in Alzheimer's disease over 5 years. Poster presented at the American College of Neuropsychopharmacology (ACNP), Puerto Rico, Dec 7-11, 2003. **3)** Auriacombe S, Pere J-J, Loria Kanza Y, Vellas B. Efficacy and safety of rivastigmine in patients with Alzheimer's disease who failed to benefit from treatment with donepezil. Curr Med Res Opin 2002; 18(3): 129-38. **4)** Darreh-Shori T. Sustained cholinesterase inhibition in AD patients receiving rivastigmine for 12 months. Neurology 2002; 59:563-572. **Para mayor información consultar el prospecto del producto o al Departamento Médico de Novartis Argentina, Ramallo 1851, (C1429DUC) Buenos Aires. Teléfono: (011) 4703-7000.**

BUSCAR
A CATALINA:
4:15 PM

EL P
MEDICO: 2 PM

EL RE

HACER LA
TORTA DE
CUMPLEAÑOS

PASEAR
EL PERRO

IR AL
DENTISTA
A LAS
10:00 AM

REUNION

LAS

0 AM

LLAMAR A

¿OLVIDOS FRECUENTES?

Doble Mecanismo de Acción
Reminyl[®]
GALANTAMINA ORIGINAL

VOLVER A RECORDAR

 JANSSEN-CILAG



CENTRO DE ESTUDIOS
COGNITIVOS Y SOCIALES

CENTRO DE ESTUDIOS COGNITIVOS Y SOCIALES

El CECYS es una joven y moderna institución dedicada al estudio de las neurociencias y salud mental, especializándose en el diagnóstico, tratamiento e investigación en el campo de ciencias y las patologías cognitivas.

Su estructura está integrada por profesionales que arriban de diferentes marcos teóricos generando un abordaje transdisciplinario de estas enfermedades.

Áreas de Trabajo:

- Psiquiatría
- Neurología
- Psicoterapia
- Evaluación neuropsicológica
- Estimulación cognitiva
- Terapia ocupacional
- Fonoaudiología
- Nutrición

Charlas para familiares y cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer

Cursos de formación para familiares y cuidadores

Talleres de memoria

Curso de Grado y Posgrado

Docencia e Investigación

Gregoria Perez 3488
Ciudad de Buenos Aires
Tel. (11) 4553-3610

E mail: info@cecys.org.ar
www.cecys.org.ar

NEUROPLUS

MEMANTINE

*Mayor capacidad cognitiva
y funcional en la demencia*



- 20 y 40 comprimidos
Facilita el tratamiento prolongado
- Gotas x 30 ml
Único memantine en forma de gotas

Fórmula:

Neuroplus (Comprimidos ranurados)

Cada comprimido contiene: Memantine clorhidrato 10 mg.

Neuroplus (Gotas)

Cada mililitro (20 gotas) contiene: Memantine clorhidrato 10 mg.

Presentaciones:

Neuroplus (Comprimidos ranurados):

Envases con 20 y 40 comprimidos ranurados.

Neuroplus (Gotas):

Frasco de 30 ml y gotero dosificador.



Baliarda

Una vida con salud

www.baliarda.com.ar

MANÍA EN LA VEJEZ

Dr. Hugo Pisa

Introducción

Comenzamos el siguiente trabajo citando una viñeta clínica:

Paciente de sexo masculino, de 72 años, arquitecto, que ingresa a sala de psiquiatría del Hospital Italiano en junio de 2003. Presentaba un cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por, según relato de familiar: aumento de la actividad intencionada y gastos excesivos, irritabilidad, expansividad, disminución de la necesidad de dormir, con desinhibición y lo que impresionaba idea-ción delirante magalómana, decían: “nunca estuvo así, ya va gastando 4000 pesos, regala flores, se pelea y hace denuncias, pide entrevistas con el obispo, gerentes de bancos para empezar negocios nuevos. Se alquiló un remis particular, una oficina, contrato a una secretaria y compró celulares”, el paciente se presentaba a su ingreso lúcido, globalmente orientado, tranquilo, cooperativo, con hipertimia placentera, no se constataban alteraciones sensorio-perceptivas, el curso del pensamiento no presentaba alteraciones, juicio conservado, normoproséxico, con fallas mnémicas anterógradas. Vestía de traje y corbata, permaneciendo así durante toda su internación, decía el paciente: “Yo soy el arquitecto caminante de los pagos del azul, me siento muy bien, solo que mi familia se puso un poco nerviosa por algunas cosas que hice”. Lo describían así: “Es una persona muy inteligente, culta, parecía que solo él podía hacer las cosas, le costaba delegar responsabilidades, no era de aceptar muy fácilmente la opinión de los otros, ambicioso, le encantaba cuando le decían lo bien que estaba algo que él había construido, como que le cuesta ponerse en el lugar de los otros”. Refieren antecedentes de consumo de alcohol, aproximadamente 500 cc de vino, diariamente, desde hace años.

A partir de esto podemos presumir que el paciente antes citado presentaba un episodio maníaco, la literatura al respecto presenta cifras muy dispares en relación a su prevalencia en viejos. Por otro lado constituyen un grupo pequeño y heterogéneo donde hay una considerable confusión con respecto al diagnóstico y clasificación de los síndromes maníacos en la vejez.

Una dificultad es la categoría de los trastornos del humor debido a enfermedad médica. Considerada por algunos autores como muy pobre, debido a que los viejos por lo general presentan coexistencia de múltiples alteraciones médicas y consumo de medicación. Bajo

esta condición, surge la pregunta, si la manía es consecuencia de una enfermedad médica o de una condición comorbida. (13)

En paralelo a esta clasificación incluida en el DSM IV, existe el concepto de manía secundaria. (7) donde está implicada una enfermedad médica de base o factor orgánico responsable, con una historia familiar negativa, diferenciándola, a su vez, del delirium.

Por otro lado la literatura neurológica describe cuadros clínicos que se identifican como “Síndromes desinhibitorios”, que poseen características muy similares a los cuadros maníacos. Estos por lo general están asociados con lesiones heterogéneas que afectan la corteza frontal y basotemporal del hemisferio derecho. (13)

Por último existe una zona gris entre los síndromes desinhibitorios y los trastornos bipolares, que son una fuente para futuras investigaciones. (15)

A modo de resumen, para diferenciarlos podríamos mencionar las siguientes características:

- **Trastorno bipolar:** Tienen historia familiar; son de inicio temprano; no tienen enfermedad neurológica asociada; responden a los estabilizadores del estado de ánimo. El DSM IV los divide en bipolar I y II.

- **Manía secundaria:** No son de inicio temprano; tienen menos antecedentes de historia familiar; pueden tener enfermedad neurológica asociada; tienen menor respuesta a los estabilizadores del estado de ánimo. Shulman en 1980 postuló la mayor presencia de síntomas mixtos. (14)

- **Síndromes desinhibitorios:** Tienen siempre un origen neurológico. (17)

Shulman et. al., con el objetivo de ordenar los síndromes maníacos en la vejez los divide en tres grupos:

1) Comienzo en la edad media de la vida de episodios depresivos que luego de una latencia de varios años aparece un primer episodio maníaco.

2) Un grupo variado de pacientes bipolares que continúan con un ciclado en edades avanzadas.

3) Manía de comienzo tardío en asociación con un grupo heterogéneo de trastornos del sistema nervioso central. (13)

Por otro lado, considero importante destacar en este grupo poblacional las características de la personalidad, ya que según algunos autores como Kernberg postulan la presencia de un "quiebre", que se manifestaría con una sintomatología que guardaría cierta similitud con los episodios maníacos. Por este motivo, considero importante hacer un diagnóstico diferencial con las personalidades narcisistas, a las que podríamos incluir dentro de un cuarto grupo.

Con el fin de obtener elementos válidos que nos permitan realizar un correcto diagnóstico diferencial entre estos cuatro grupos, se presenta la siguiente revisión bibliográfica, agrupando los tres primeros puntos bajo el título de manía, desarrollando luego el punto referido al narcisismo.

MANIA

Epidemiología

Como fue mencionado anteriormente, existen diferencias con respecto a la prevalencia. Siendo relativamente altas las reportadas de los pacientes internados en geriátricos que es del 4 al 18 %. En contraste a la baja prevalencia encontrada en la comunidad. (13)

Un estudio de la Epidemiologic Catchment Area muestra que la prevalencia decrece con la edad, del 1,4 % en los adultos jóvenes, a menos del 0,1 % en los viejos de más de 65 años, sin embargo falta evidencia que soporte estos datos. Habría una preponderancia en mujeres de 2:1. (13, 20, 21)

Eastham y col, refiere que la aparición de manía aguda en viejos es poco frecuente, su prevalencia sería menor al 1 %. (3)

Kubacki, al respecto publicó que los episodios de Manía o hipomanía fueron identificados en solo un 0,85% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios y en un 0,6% de los pacientes internados.(8)

Características Clínicas

La presentación clínica de los Trastornos bipolares en la vejez, presenta las siguientes características: (20)

- Menor severidad e intensidad de los síntomas. Los cuales serían más "suaves".
- Generalmente se presentan con enojo e irritabilidad.
- Con discurso repetitivo.
- Menor fuga de ideas.
- Con más frecuencia en los jóvenes, de síntomas de la serie depresiva concomitantes.
- La euforia por lo general no es "contagiosa".
- Los delirios paranoides, no congruentes con el estado de ánimo, son mucho más frecuentes que en el resto de la población maníaca. (10)

Con respecto a las alteraciones cognitivas, serían más leves, Shulman cita en uno de sus trabajos, que más del 30 % de los ancianos maníacos tienen un puntaje por debajo de 24 en el MMT. (2)

Por otro lado, el síndrome maníaco en un paciente anciano, puede ser la manifestación de un delirium o una demencia. En el primero, la alteración del estado de conciencia, por lo general de comienzo agudo, la fluctuación del sensorio, junto con las alucinaciones visuales e interpretaciones delirantes, en el contexto de una descompensación clínica o interacciones farmacológicas; nos ayuda a dilucidar el diagnóstico correcto. En el caso de las demencias, según el subtipo, las alteraciones de la memoria generalmente son al inicio del cuadro. (2)(12)

Causas de manía secundaria

- Alteraciones neurológicas:

El 35-40% de los pacientes ancianos con manía, presentan una alteración neurológica evidente. Refiriendo Starkstein que la manía secundaria dependería fundamentalmente de una asimetría cerebral; y lesiones (hemorragias, infartos o tumores) todos en el hemisferio derecho. Presentando los ancianos con manía, lesiones cerebrales con mayor frecuencia que los dementes. (16, 5)

Los TEC y los procedimientos neuroquirúrgicos, son también posibles causas. (12)

Otros: Esclerosis tuberosa, neurosífilis, enfermedad de Parkinson y la hidrocefalia.

También se describe la manía peri-ictal, en las epilepsias del lóbulo temporal. (1,9)

-Enfermedades sistémicas:

Con mayor frecuencia está generado por patologías endocrinas y cuadros postinfecciosos, (rickettsias, influenza y virus de la mononucleosis, HIV). (3)

-Fármacos:

Esteroides y agonistas dopaminérgicos. Con respecto a los antidepresivos, aún no está claro si son causa de manía o si aceleran la expresión de la patología en pacientes predispuestos. De las BDZ el Alprazolam. Otros: IECA, descongestivos nasales, ATB, etc. (18)

-Drogas/Alcohol:

Alcohol, cocaína, barbitúricos y alucinógenos son causa frecuente. (18)

Narcisismo en la vejez

Según Kernberg, la personalidad narcisista experimenta a través de los años, un deterioro de su mundo de relaciones objetales internalizadas, como la devaluación inconsciente, tanto de su propio pasado como el de los otros (para no sentir envidia de mismo, ni de los demás). (6)

No experimentan gratificación de los recuerdos de experiencias pasadas y de los demás a quienes aman. Esto lleva a la persona a un retraimiento social y a una sensación interna de vacío. (6)

Los problemas psicosociales más devastadores en la vejez pueden con frecuencia relacionarse no sólo con las circunstancias sociales inmediatas sino con trastornos de personalidad antiguos que gradualmente se desmascaran al caerse los apoyos externos de la vida. (6)

El diagnóstico y tratamiento apropiado de la patología narcisista puede tener una relevancia importante para la adaptación a la vejez. (6)

Salvarezza por su parte postula en un extenso trabajo sobre el concepto de narcisismo en la vejez, que el sujeto que envejece va enfrentando una serie de cambios en diferentes áreas. A nivel de su cuerpo comienza a disminuir la visión y audición, su rendimiento físico que engloba al sexual. Mentalmente puede empezar a haber pérdida de la memoria reciente (olvidos de nombres, fechas importantes, etc.), como consecuencia de esto se ve afectado socialmente. (11)

En nuestra cultura el viejo ocupa el lugar del débil. Siente que empieza a perder un lugar que antes le pertenecía, se distancia de las generaciones más jóvenes, es decir el mundo le devuelve otra imagen de sí mismo y su autoestima decrece. (11)

Se produce aquí lo que el autor llama interioridad, que es el aumento de la relación con el mundo interno, producido por el conflicto generado por el proceso del envejecimiento, que es un fenómeno universal. Si esta se incrementa surge otro concepto que es el de reminiscencia, que es el acto de pensar las experiencias pasadas o relatarlas. (11)

A partir de aquí podemos pensar que de acuerdo a los modelos de identificación y a como se utilicen los mecanismos de defensa podremos tener la normalidad y la patología.

McMahon y Rhudick en 1967, citados en el mismo trabajo, señalaron en primer lugar que el envejecimiento es una fase de la vida que requiere cambios específicos en el yo, como por ejemplo la necesidad de mantener una autoestima ante la declinación de las capacidades físicas e intelectuales. (11)

En segundo lugar destacan la importancia que tiene para los viejos el hecho de recordar las cosas pasadas sin necesidad de glorificarlas o desvalorizar el presente. (11)

En tercer lugar, marcan que la tendencia a la reminiscencia no guarda relación directa con el grado de inteligencia del sujeto ni con el deterioro intelectual que este

pueda sufrir por causas diversas. (11)

Por último, señalan que los sujetos portadores de una depresión son menos propensos a la reminiscencia que los no deprimidos.

Como destinos de ese concepto de interioridad antes mencionado, tenemos que puede ser por un lado la integridad y por el otro la desesperación, que según Erikson expresa el sentimiento de que el tiempo es demasiado corto para el intento de iniciar otro tipo de vida y para poder probar diferentes alternativas que lleven a la integridad. (11)

Cuando no se logra esa integridad, el viejo se encuentra susceptible a desajustes frente a diversas situaciones, que puede manifestarse con una mayor interioridad, pero que en este caso adquiere características dolorosas, apareciendo otro concepto, que es la nostalgia, que es la tristeza melancólica que se produce por el recuerdo de una pérdida. (11)

La severidad que ésta alcance estará determinada por la personalidad previa en la que se asiente, pero en los individuos en donde el ideal está constituido en base a los sentimientos de perfección narcisista, se producirán conductas diversas tendientes a restaurar el equilibrio perdido. (11)

En primer lugar definiremos la personalidad narcisista como aquella donde la preocupación central pasa por su valoración ante sí y ante los demás. En éstos la valoración que hacen de sí mismos o que le devuelven los otros, es el eje principal de sus conductas. (11)

Ahora bien, puede pasar que el ideal de sí mismos que se han formado a lo largo de sus vidas no se cumpla; que se den cuenta que no les será posible alcanzarlo; que el éxito del otro se vea como un fracaso propio; o que piense que los otros le fallaron; puede hacerlos caer en un estado que se denomina colapso narcisista. Lo que desde ya genera un estado de mucha angustia, que a su vez generará la utilización de medidas defensivas para evitar caer en ese colapso. (11)

Dichas defensas pueden ser generales (represión, idealización, negación, etc), estos se ven generalmente en viejos que se defienden con vehemencia, frente a lo que consideran otras concepciones. Es el caso del viejo autoritario, colérico o impaciente. (11)

O también específicas, que son las que tratan de que el sujeto vuelva imaginariamente a un ideal, que pueden por un lado llevarlo al aislamiento o por el otro, aquel viejo que presenta conductas sobrecompensatorias de acción, donde trata de demostrarse y demostrar que aún puede y comienza entre otras cosas a sobrecargar-

se de trabajo, con actividades deportivas o sexuales. La búsqueda de satisfacción y recompensas se convierte en su prioridad. También puede recurrir al abuso de alcohol, psicofármacos o tratamientos rejuvenecedores, poniendo en riesgo la vida. El equilibrio alcanzado aquí es transitorio. (11)

Para recalcar, es que el estado emocional del narcisista es sumamente precario. Por otro lado tenemos que si ese colapso narcisista se produce, puede aparecer una profunda depresión. (11)

Gottschalk en 1988, refiere que el narcisismo recibió un mayor interés por parte del psicoanálisis, desde dos décadas previas a la escritura del trabajo, estimulados por los escritos de Kohut y Kernberg. (4)

Este describe el desarrollo del narcisismo desde el nacimiento a los 5 años, de 5 a 10, de 11 a 20, de 21 a 50, y de 50 a 80.

Sobre este último punto refiere, que el desarrollo trae obstáculos a los que el self tiene que hacer frente: (4)

- a) Responsabilidad de ser el soporte económico.
- b) Soporte de parientes.
- c) Aparición de enfermedades.
- d) Aparición de la idea de la propia muerte.

Y postula que la persona en esta etapa de la vida, donde inclusive puede estar agravado por la aparición de enfermedades crónicas, agravamiento de otras, deterioro cognitivo, etc., podría dar vía libre a cualquier recuerdo que tenga calidad de grandiosidad u omnipotencia, con las consiguientes actitudes, con el objetivo de lograr esa homeostasis perdida. (4)

Y se pregunta si realmente hay un narcisismo normal y uno patológico, y si así fuera cuáles serían los tratamientos psiquiátricos en esta etapa de la vida. (4)

Conclusión:

Con este trabajo se pretende darle trascendencia a una población donde el 80% llegaría a más de 65 años hoy en día. Teniendo en cuenta que esta población representa el 12,1% de la total, con un incremento estimado de un 20% para el 2025. Por otro lado, también destacar la importancia de una patología que, como dijimos, en viejos son un grupo heterogéneo, donde por el avance de las neurociencias se tiende a olvidar algo importante como la personalidad del individuo, factor no tenido en cuenta a la hora del tratamiento, pero relevante para el pronóstico del mismo.

Así planteado, los estados maníacos en viejos son una oportunidad para la investigación. Como parte de ésta, podemos destacar a los trastornos afectivos a tra-

vés de las edades, diagnóstico y tratamiento de éstos, su prevención y la esfera cognitiva. Todo ello, en comparación con los episodios de inicio temprano. También los que ocurren en el contexto de una demencia, aplicación de neuro imágenes y otros métodos complementarios.

Referencias

- 1- Binder RL, Dickman WA. Psychiatric manifestations of neurosyphilis in middle-aged patients. *Am J Psychiatry* 1980;137:741-2.
- 2-Dupont RM et al. Diagnostic specificity of focal white matter abnormalities in bipolar and unipolar mood disorder. *Biol Psychiatry*.1995;7:482-6.
- 3-Eastham JH, Jeste V, Young R. Assessment and treatment of bipolar disorder in the elderly. 1998;12:205-224.
- 4-Gottschalk L. Narcissism: its normal evolution and development and the treatment of its disorders. *Am J of Psychotherapy*. 1988;vol XLII,n°1.
- 5-Greenberg DB, Brown GL. Mania resulting from brain stem tumor. *J Nerv Ment Dis*. 1985;173:434-6.
- 6-Kernberg O. Trastornos graves de la personalidad, Ed. El Manual Moderno.pag. 60-68.
- 7-Krauthammer C, Klerman GL. Secondary mania. *Arch Gen Psychiatry*. 1978;35:1333.
- 8-Kubacki A. Late onset (hypo)mania. *Can J Psychiatry* . 1991;36:389-90:
- 9-Kwentus JA, Hart RP, Calabrese V. Mania as a symptom of multiple sclerosis. *Psychosomatics*.1986;10:729-31.
- 10-Post F. Affective disorders in old age. *Handbook of affective disorders*. NY, Guilford Press, 1982, p 393.
- 11-Salvarezza L. Psicogeriatría teoría y clínica, ed. Paidós, 2002,pag. 145-177.
- 12-Shulman K, Herrmann N. Bipolar disorder in old age. *Can Fam Physician*.1999;45:1229-1237.
- 13-Shulman k, Herrmann N. The nature and management of mania in old age. *The psychiatric Clin of N A*. 1999;22:649-665.
- 14-Shulman K, Post F. Bipolar affective disorder in old age. *Brit J Psychiat*.1980;136:26-32.
- 15-Shulman K. Neurologic co-morbidity and mania in old age. *Clin Neurosci* 1997;4:37-40.
- 16-Starkstein SE, Boston JD, Robinson RG. Mechanisms of mania after brain injury: twelve case reports and review of the literature. *J Nerv Ment Dis*. 1988;176:87-100.
- 17-Sweet R. Case of craniopharyngioma in late life. *J Neuropsychiatry* 1990;2:464-465.
- 18-Viswanathanb R, Glickman L. Clonazepam in the treatment of steroid-induced mania in a patient after renal transplantation. *N Engl J med* 1989;320:319-20-
- 19-Young R et al. Brain computed tomography in geriatric manic disorder. *Soc of Biol Psychiatry*.1999;45:1063-1065.
- 20-Young R. Bipolar mood disorders in the elderly. *The psychiatric Clin of N A*. 1997;20:121-136.
- 21-Young R. Geriatric mania. *The psychiatric Clin of N A*. 1992;2:387-399.

¿QUIÉN CUIDA A LOS QUE CUIDAN? Codependencia y sobrecarga en familiares de enfermos crónicos

Patricia Faur
Lic. en Psicología
Magíster en Psiconeuroinmunoendocrinología

“En tanto que psicoanalista y practicante, me he dado cuenta de que las personas son, a veces, víctimas de incendio, tanto como los inmuebles. Bajo la tensión producida por la vida en nuestro mundo complejo, sus recursos internos se consumen como bajo la acción de las llamas, no dejando más que un vacío inmenso en su interior, aún cuando la envoltura externa parezca más o menos intacta”. (Freudenberger, 1987)

La enfermedad de un familiar produce una grave alteración en todo el sistema que lo rodea. No sólo porque es doloroso ver que alguien que se ama está padeciendo, sino porque implica poner en marcha una serie de recursos de afrontamiento, ya sea en términos económicos, de asistencia o de compañía.

Ahora bien, cuando la enfermedad es crónica, auto-limitante y con pocas esperanzas de remisión, la mirada debe dirigirse también al cuidador, quien, probablemente comience a sufrir los efectos del estrés crónico.

Es un hecho, que el aumento de la expectativa de vida ha generado un incremento en la población de edad avanzada y con ello el aumento de enfermedades o trastornos que producen dependencia. Con ello, vemos crecer la necesidad de asistencia y cuidados para una población en extremo vulnerable.

Aún en países muy desarrollados como Francia, donde existe una gran cantidad de hogares unipersonales compuestos por una persona de edad avanzada, el sistema asistencial colapsó y mostró severas fallas. Hace dos años, la ola de calor que invadió muchos países de Europa dejó, solo en Francia, un saldo de miles de ancianos muertos que sufrieron, no solo la deshidratación, sino el peor de los males de la tercera edad: el abandono de sus familiares.

Por todo lo dicho, el problema del cuidador merece una atención especial, ya que, al ocuparnos de él, hacemos prevención primaria de un futuro enfermo.

La enfermedad de Alzheimer, es una enfermedad que requiere asistencia para muchas de las tareas que se realizan en la vida diaria. El cuidador, por lo tanto, debe asistir al paciente en su vida cotidiana, cuidarlo de los peligros derivados del trastorno de memoria, ayudarlo a fomentar su autonomía en todo lo que le sea posible,

colaborar en la estimulación de sus funciones cognitivas y responsabilizarse frente al equipo médico para que el paciente pueda continuar su tratamiento.

No olvidemos que también debe afrontar la carga económica del paciente, con recursos que en el caso de personas jubiladas resultan magros.

Sabemos también que el paciente con Alzheimer puede presentar demencia, trastornos del sueño con cambios en su ritmo circadiano, incontinencia y dificultad para comunicarse o reconocer familiares.

Sumada a esta carga, el familiar padece el dolor por la pérdida afectiva de su compañero, padre, hermano, con quien ya no puede contar y a quien extraña aún teniendo cerca.

Indudablemente, el nivel de estrés del cuidador dependerá de sus recursos psíquicos, económicos y sociales y de las redes de ayuda con las que pueda o quiera contar.

El nivel de frustración que experimenta respecto a la recuperación del paciente, a pesar de todos sus intentos, aumenta su nivel de impotencia con la consecuente carga psíquica.

Numerosos estudios señalan que la tarea de cuidador informal es ejercida por el/la cónyuge en el caso de que esté en condiciones y, en su defecto por un hijo adulto, frecuentemente una hija mujer.

Las estadísticas muestran que una gran parte dedican entre 4 y 5 horas por día al cuidado, durante los siete días de la semana.

En un estudio realizado en España, los cuidadores informales manifiestan que la limitación del tiempo libre y la reducción de las actividades sociales, el deterioro de su salud, la pérdida de la intimidad, los sentimientos de malestar, la carga económica y los problemas laborales son repercusiones especialmente importantes que se derivan de su rol de cuidadores.

La tarea de cuidar es, tal vez, una de las situaciones más generadoras de estrés crónico. Pero, indudablemente, el factor más predisponente no tiene que ver con la responsabilidad sino con la frustración. No experimen-

ta la misma carga emocional la madre que atiende a su bebé recién nacido que aquel que se ocupa de un familiar con alguna demencia o enfermedad neurológica.

La impotencia, la sensación de saber que todo lo que se hace no es suficiente para aliviar los males del ser querido, la sensación de derrota, son los elementos más generadores de estrés crónico.

Codependencia

El término "codependencia" nos llega desde el campo de las adicciones y fue introducido a fines de la década del setenta en los centros de tratamiento para "dependientes químicos" de Minnesota. Con él se definía a aquellas personas que se veían afectadas por la relación cercana con alguien que abusara de las drogas o el alcohol. Estas personas tenían ciertos patrones vinculares que les eran característicos.

Con los años estos "coadictos" fueron tomando cierta autonomía como objeto de atención clínica ya que sus características excedían el mero hecho de acompañar la vida del enfermo. El interés se centró entonces en describir el perfil de estas personas y saber si este tipo de relación tenía características de toxicidad.

Con los años, el término "codependencia" se fue desligando de las dependencias químicas para designar un modo particular de vínculo en el que un miembro padecía de una enfermedad (en general, crónica) como depresión, adicción, bipolaridad, etc) y el otro miembro ocupaba el rol de rescatador y enfermaba por ello.

Estos codependientes provenían de hogares donde también uno de sus progenitores estaba enfermo o padecía de alguna dificultad que le impedía hacerse cargo efectivamente de sus hijos. Por lo tanto, se observaba en estas familias cierto grado de disfuncionalidad, es decir, una alteración de las jerarquías por la cual los hijos, o al menos alguno de ellos, ocupaba el rol de cuidador de sus padres.

Esto fue particularmente estudiado en los hijos de alcohólicos, quienes sentían que debían controlar la irritabilidad y la violencia de alguno de sus padres y al mismo tiempo, cuidar del otro progenitor y de sus hermanos.

En estas familias, uno de los hijos tuvo que asumir desde muy temprano responsabilidades de adulto. Tal vez por mandatos sociales y culturales, encontramos una prevalencia de mujeres entre esta población. El sesgo de género es muy importante porque, desde siempre, la mujer ocupa el rol de cuidadora, de enfermera, de salvadora. Este rol, un desplazamiento de su rol maternal, es llevado a cabo como una especie de destino, con abnegación y sacrificio.

Estas conductas autosacrificiales se han ido naturalizando de tal manera que es difícil verlas como un patrón vincular nocivo.

En la codependencia existe una necesidad de ayudar al otro, de rescatarlo y salvarlo, que conduce a una obsesión, a un intento de controlar sus conductas y a la asunción de responsabilidades por él.

Veamos algunas definiciones:

"Codependencia es cualquier padecimiento o disfunción que va asociado o es resultante de focalizar el interés propio en las necesidades y conductas de otros." (Whitfield, 1989)

"Es una patología del vínculo que se manifiesta por la excesiva tendencia a encargarse o a asumir las responsabilidades de otros." (Haaken, 1993)

"Una persona codependiente es aquella que ha permitido que la conducta de otra persona la afecte y que está obsesionada con controlar la conducta de esa persona." (Beattie, 1987)

Los codependientes se sobreinvolucran con el enfermo y van desarrollando una hipertolerancia al sufrimiento emocional que los hace capaces de soportar situaciones dolorosas por períodos prolongados que otras personas no tolerarían.

Podríamos decir, utilizando el concepto de Liberman, que estas personas se sobreadaptan a la realidad externa en detrimento de su propia realidad psíquica negando las señales que les advierten que están sobrepasando su propia capacidad de resistencia. Esto las hace muy vulnerables pues fallan sus mecanismos de auto protección.

Codependencia y cuidadores de alzheimer

Si cruzamos estas dos variables podríamos obtener el perfil de una persona con altísimas probabilidades de padecer estrés crónico.

Cuando el familiar de un paciente que padece la enfermedad de Alzheimer es un codependiente deberíamos extremar el alerta por ambos.

En cuanto al paciente, porque el codependiente al asumir responsabilidades por el enfermo va ocupando todos los lugares y no le permite al enfermo conservar la autonomía sobre aquello que aún puede. El codependiente genera, a veces inconscientemente, la dependencia del otro, porque ha construido su relación desde ese lugar y no sabría hacerlo de otro modo. Al igual que una madre sobreprotectora o una esposa que impide que el

alcohólico se encuentre con las consecuencias de sus enfermedad para poder recuperarse, en este caso el cuidador codependiente toma el control y obtura cualquier posibilidad de independencia.

En cuanto al familiar, sabemos que este desgaste no es gratuito: la sobrecarga se cobra lo suyo y el familiar comienza a manifestar síntomas.

En el campo de la Psiconeuroinmunoendocrinología, Kiecolt-Glaser y Ronald Glaser han llevado a cabo estudios en la Universidad de Ohio para determinar el impacto sobre la salud de aquellos que cuidan o cuidaron a pacientes con Alzheimer.

Para el estudio se tomó un grupo de 47 personas cuyos esposos tenían o habían tenido Alzheimer o alguna otra demencia frente a un grupo control donde no había cuidadores.

Se les tomaron muestras de sangre antes de recibir su vacunación anual contra la gripe y dos semanas después, como así también cuestionarios para ver su nivel de depresión.

Se intentaba establecer la relación entre el estado depresivo de estas personas y los niveles de un componente específico del sistema inmune: la interleuquina -6(IL-6) encontrada en la sangre.

Los cuidadores reportaban una depresión leve, muy poca energía y perturbaciones del sueño desde hacía algún tiempo.

En relación al grupo control, los cuidadores presentaban un aumento de un 30 % del nivel de IL-6. Esta alteración del sistema inmune está presente en otras enfermedades relacionadas con la edad como las enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, artritis, diabetes tipo2 cáncer, enfermedad de Alzheimer y enfermedades periodontales.

Lo sorprendente es que el aumento en los niveles de IL-6 se mantenían entre los cuidadores aún cuando sus esposos habían muerto hacía algunos años. O sea, que aún habiendo cesado en sus tareas como cuidadores, sus sistemas inmunes no habían realizado progresos.

El estrés y la depresión pueden alterar para siempre la respuesta del sistema inmune.

En resumen, los cuidadores tienen una función inmune más pobre que los sujetos control que incluyen respuestas proliferativas reducidas frente a mitógenos y menor respuesta citolítica de las natural killer. Esto los dejaría más vulnerables frente a las infecciones.

Cuidadores y “BURNOUT”

Si hablamos de cuidado y del agotamiento derivado de esta acción, no podemos dejar de referirnos al denominado síndrome de burnout o síndrome del quemado.

Este síndrome ha sido estudiado como una forma de estrés laboral referido específicamente a las profesiones asistenciales: médicos, enfermeras, psicólogos, docentes.

El burnout se caracteriza por el cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta o disminución de realización personal.

Cuando se trabaja con la demanda de asistencia y por extensión podríamos referirnos también al cuidador informal, se comienza a registrar un cansancio emocional que se traduce en la disminución o pérdida de recursos emocionales, una sensación de vacío de los recursos personales y de que no se tiene más nada para ofrecer.

Al mismo tiempo se comienza a desarrollar una actitud negativa e insensible frente al paciente o familiar enfermo.

Sin dudas, la aparición de este síndrome tendrá que ver con los recursos internos que el cuidador posea, con sus soportes sociales y el tiempo de exposición al cuidado. Cuando se produce un desequilibrio entre las demandas y los recursos tiene lugar la primera fase de estrés. En las fases siguientes se incrementa la tensión y finalmente se produce una intolerancia que provoca irritabilidad, distanciamiento y deseos de evitación frente a las demandas externas.

En relación a la codependencia, podemos inferir que sus rasgos de personalidad lo incluyen en un grupo de riesgo predisponente a sufrir el síndrome de burnout. De hecho, la mayoría de los codependientes eligen profesiones asistenciales.

Las características que los ponen en riesgo tienen que ver con una falla en sus mecanismos de autoprotección. Al no recibir con claridad las señales de agotamiento y sobrecarga, se exceden y sólo registran el malestar cuando “no pueden más”.

Contribuye a este mecanismo el hecho de que sean personas con un autoconcepto negativo, muy baja autoestima y una imperiosa necesidad de aprobación externa. El deseo de complacer a los demás, de presentarse como una buena sanmaritana, la lleva a tener dificultades con la asertividad, a no fijar claramente los límites, a no poder delegar ni pedir ayuda. Esto último es para estas personas sinónimo de ineficacia por lo cual viven sobreexigidas. Suelen tener muy mala relación con el placer, se divierten muy poco, se aíslan y se cargan de

más responsabilidades de las que pueden soportar.

Las primeras señales se presentan como una pérdida de energía y una sensación de abatimiento. Enseguida, se instala la indiferencia y, si perdura, la seguirán el enojo y el cinismo. Al sentirse incapaces frente a la tarea que deben desarrollar, su irritabilidad se dirigirá al entorno que las rodea. De manera sutil y progresiva, comienzan a aparecer síntomas que son señales de alerta: una gripe persistente que se va y vuelve, dolor de espalda, migrañas, infecciones a repetición.

Si bien el parecido con la depresión salta a la vista, el enfermo de burnout comienza a experimentar cólera y rabia a diferencia del depresivo, quien siente culpa por lo que le sucede.

Algunos cuidadores son más resilientes, y tienen más resistencia al estrés que otros. Soportan mejor las presiones y su naturaleza les hace ver en la adversidad una oportunidad para crecer y enriquecerse. Son quienes siempre pueden rescatar la parte positiva de las cosas y quienes encuentran en los desafíos una oportunidad para cambiar sus vidas. En lugar de quejarse por la situación que les toca vivir, tienen una mejor capacidad para la aceptación y se resisten menos frente a los hechos de la realidad que atraviesan.

Cuidar a los que cuidan

El concepto de carga se ha diferenciado para indicar la carga "objetiva" referida a los efectos concretos del peso de las tareas en la vida diaria, y la carga "subjetiva" o "percibida" referida a la percepción que tiene el propio cuidador de las demandas recibidas y los sentimientos derivados de convivir con un familiar enfermo. Se trata de las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar.

En la actualidad existen instrumentos destinados a evaluar la carga del cuidador que tienen como objetivo saber la capacidad que tiene el cuidador para seguir desempeñando su tarea y, por otra parte, diseñar programas de apoyo para ellos.

El instrumento más usado, la Entrevista sobre la Carga del Cuidador de Zarit, responde más al enfoque subjetivo de la carga y existe consenso en que este aspecto es más importante a la hora de medir los efectos del cuidado sobre estas personas.

Una posibilidad para cruzar datos que permitan inferir con más precisión, el riesgo de este tipo de pacientes, sería evaluar el nivel de depresión con una escala del tipo Hamilton y una escala para medir Codependencia como la de Spann-Fischer.

Uno de los instrumentos que ha demostrado una gran eficacia en este tipo de pacientes son los grupos de autoayuda, ayuda mutua o autogestión.

Estos grupos se caracterizan por convocar pares que padecen una misma enfermedad o que comparten un problema común. La coordinación es llevada a cabo por uno de los asistentes, en general, de manera rotativa. En cada reunión se lleva a cabo un programa que es el que rige la reunión y funciona como ordenador de las pautas grupales.

En ocasiones, el grupo puede estar asistido o asesorado por profesionales, ya que el aspecto psicoeducativo y la información son muy importantes. Sin embargo, la principal función del grupo es que quien ha sido ayudado, ayude a otros y transmita lo que ha aprendido desde su propia experiencia.

La dinámica de estos grupos se rige por interacciones bien precisas: no existe el debate, la discusión, el juicio ni el consejo. Cada integrante da su ayuda en primera persona dando testimonio de las herramientas que le han sido útiles para afrontar este problema común.

Si bien todos los grupos de autoayuda tienen este esquema, los grupos que convocan cuidadores, codependientes, personas que padecen burnout llaman particularmente la atención.

Se trata en este caso, de personas que padecen un trastorno derivado de su inadecuada manera de dar ayuda. Por lo tanto el grupo funciona como un buen modelo de lo que debería ser una ayuda operativa, no tóxica, sin sobreenvolucramiento. El grupo opera como una red de contención y a la vez como un aprendizaje para evitar la compulsión a ayudar de manera indiscriminada.

Estas redes funcionan como un gran soporte social donde se desarrolla un fuerte sentimiento de solidaridad y un intercambio fluido de información. Por otra parte, contribuye a disminuir la sensación de culpa por el agobio o la irritabilidad que produce la convivencia con el enfermo. Al ver que a los otros integrantes les pasa lo mismo, se calma la sensación de vergüenza, se sale del aislamiento y se obtiene la posibilidad de ser escuchado sin juicios ni críticas.

Factores terapéuticos del trabajo grupal

Irvin Yalom en su trabajo "Psicoterapia existencial y terapia de grupo" (1998) destaca los factores terapéuticos que se desprenden de l trabajo en grupos:

- Infundir esperanzas
- Universalidad

- Información participada
- Altruismo
- Desarrollo de técnicas de socialización
- Conducta imitativa
- Catarsis
- Factores existenciales
- Cohesión de grupo y aprendizaje interpersonal

De la misma manera que las emociones negativas, las interacciones conflictivas y la sobrecarga alteran parámetros inmunes, es dable suponer que mejorando estas variables con el soporte social se disminuye el nivel de estrés y se mejora la inmunidad.

Para promover un programa de ayuda a cuidadores de Alzheimer proponemos tener en cuenta los siguientes puntos:

- El cuidador debe reconocer que necesita ayuda y saber que esa ayuda no le distraerá del tiempo de su tarea sino que la hará más eficaz. Se le debe transmitir que mejorará la calidad de su ayuda si ésta es más operativa y él se encuentra más aliviado.
- Aceptar y reconocer sin culpa que el agotamiento y el cansancio son frecuentes y previsible en un cuidador y que es él quien necesita apoyo
- Aceptar que hay pocos aspectos que pueden controlar de la enfermedad, para no agotarse al intentar cambios que no se producirán.
- No ponerse en segundo lugar. Comprender que si ellos no se cuidan, en corto tiempo se necesitará de otra persona para que los cuide a los dos. No tratar de ser el mejor cuidador teniendo conductas autosacrificiales que sólo son actos heroicos que conducen más rápido al agotamiento.
- Aprender a delegar, dejar que otros ayuden aunque no hagan las cosas de la misma manera que el cuidador las haría. También es la oportunidad de tomarse un respiro para poder conectarse con la propia vida.
- Organizar y simplificar el estilo de vida. Proponerse tareas factibles y de corto plazo. No tener expectativas irreales. Al cuidar de un familiar con trastornos de memoria es apropiado establecer rutinas que darán más seguridad y confianza tanto al paciente como al cuidador.
- Evitar el aislamiento, cuidar todo lo posible el propio descanso y practicar técnicas de relajación.
- Acudir en busca de ayuda especializada si lo necesita, más allá de la ayuda de los grupos de contención.
- Poder aprender a decir que NO a las demandas excesivas del paciente.
- Promover la independencia y autonomía del paciente aunque no haga muy bien las tareas o las realice con lentitud.
- Usar Centros de día, residencias de respiro temporal o personal contratado de asistencia domiciliaria.
- Recordar que todos tenemos limitaciones y que el cuidador está haciendo todo lo que puede en ese

momento de la vida.

De esta manera, el soporte social puede disminuir la vulnerabilidad al estrés asociado con la tarea de cuidar un paciente de Alzheimer, ya sea reduciendo las consecuencias fisiológicas o actuando como un factor de prevención de enfermedades físicas o bien de trastornos depresivos u otros trastornos emocionales.

Bibliografía

- Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas. Revista del Hospital J. M. Ramos Mejía. Volumen IX N° 4-2004
- Twelve Steps for Caregivers (ADEAR Center, Silver Spring, Md. USA,2000)
- Síndrome del cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. Rev. Cubana Enfermer 2001; 17 (2): 107-11
- Percepción de la sobrecarga en cuidadores de enfermos de Alzheimer. Lic. Ricardo García, Lic. Juan Carlos Moure. Asociación Alzheimer Argentina
- Sobrecarga familiar en la enfermedad de Alzheimer. Dr. Alfredo Rodríguez del Álamo.
- La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga Montorio Cerrato Ignacio et al. Anales de Psicología 1998, vol14, N° 2, 229-248
- Kiecolt-Glaser J., Glaser. "Inflammation linked to mild depression in caregivers" 2003
- Bruce Bower. Till IL-6 do us part: elderly caregivers show harmful immune effect. 2003
- Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. Matía Fundazioa. Yanguas Lezaun, Leturia Arrazola. 2001
- Codependencia en familiares de enfermos de Alzheimer. Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera .
- The codependency idea: when caring becomes a disease. Robert Westermeyer, Ph. D
- Co-dependent no more. Beattie M. Hazelden 1987
- Fischer JL, Spann L, Crawford D. Measuring Co-dependency. Alcoholism, Treatment Quaterly. Vol 8 (1) 87-100
- Caregiver resiliency. Al Siebert
- L'épuisement professionnel. La brûlure interne. Québec. Gaétan Éditeur Freudenberg H.
- El síndrome de burnout o de desgaste profesional. Centro de Prevención del Alcoholismo y Tabaquismo. Ayuntamiento de Madrid.
- ¿Qué es la ayuda mutua? La experiencia de la Fundación de Bipolares de Argentina. Lagomarsino A.J., Minster D., Catharino J. VERTEX Revista argentina de Psiquiatría N° 50
- Yalom Irvin, Psicoterapia existencial y terapia de grupo. Paidós 1998.

Comunicación y Alzheimer

VACCARISI, GLADIS EDIT

Introducción

En la zona Comahue – comprendida por las provincias de Río Negro y Neuquén existe un número significativo de personas con Alzheimer. Dada esta situación, la Filial local de ALMA consideró necesario brindar información a familiares y/o cuidadores sobre características de la enfermedad.

En consecuencia, la Comisión Directiva de dicha filial junto con la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue, demandó a profesionales de diversas disciplinas que trabajan en la temática para brindar orientación y asesoramiento sobre la misma a familiares y/o cuidadores.

La respuesta a dicha demanda se plasmó en la organización y realización del “Primer Curso para Cuidadores de enfermos de Alzheimer”, en la ciudad de Neuquén los días 25, 26 y 27 de Noviembre de 2004.

Por tratarse de un equipo multidisciplinario, y en función de la (petición) efectuada, se consideró pertinente desde la Fonoaudiología y su especificidad se brindara contenidos referidos a la comunicación.

Objetivos perseguidos

- 1- Procurar que los cuidadores y la familia tomen conocimiento acerca de las dificultades de comunicación en la enfermedad de Alzheimer
- 2- Brindar pautas que faciliten al entorno (familia/cuidador) la comunicación con el enfermo de Alzheimer.

Metodología empleada

La metodología seleccionada consistió en una charla expositiva con apoyo de técnicas audiovisuales.

Tanto al inicio como en la finalización de la exposición, los participantes efectuaron preguntas específicas a fin de disipar o aclarar sus dudas.

Fundamentación y Ejes temáticos desarrollados

Durante las diferentes etapas de la enfermedad, las personas que padecen Alzheimer tienen problemas de comunicación. Experimentan cambios en como se expresan y en la forma de entender a los demás. Esta inca-

pacidad para comunicarse es difícil de gestionar porque les produce una gran frustración (en las primeras etapas).

Estas dificultades del lenguaje afectan también a la familia y a las personas que cuidan al enfermo de Alzheimer, provocando ansiedad en el enfermo al ver que ni siquiera sus allegados pueden entender lo que quiere expresar. Si los que lo rodean no tienen cuidado con él al comunicarse, contribuyen a que su angustia aumente.

Para evitar esto, dentro de lo posible, es necesario que el entorno del enfermo sea informado acerca de las dificultades que se presentan al interactuar con el mismo, y brindarles un conjunto de indicaciones o pautas para aumentar la comunicación del enfermo con sus cuidadores y/o familiares.

A continuación, se transcribe la estructura y contenidos tenidos en cuenta a fin de desarrollar la charla expositiva planificada dentro del curso. Cabe aclarar que, el material construido para tratar el tema elegido, por el tipo de técnica utilizada estuvo organizado por títulos y subtítulos, y en vista de la extensión máxima requerida para presentar el trabajo final, sólo se expone una idea síntesis de los contenidos desarrollados.

I-Introducción temática

Se comenzó el tema ofreciendo la oportunidad a los concurrentes de manifestar las dificultades recurrentes que ellos observaron, desde su experiencia laboral y familiar, en la comunicación con el enfermo de Alzheimer. Asimismo que contaran las estrategias que llevaron a cabo para resolver esas situaciones, y si tuvieron éxito o no.

Dentro de las inquietudes planteadas, nos encontramos con dudas acerca de cómo actuar cuando se presentaba:

- lenguaje agresivo
- no había contestación o se negaban a hablar
- lenguaje reducido
- ausencia de recuerdos de su vida cotidiana o biografía
- lenguaje irónico
- cambio de palabras
- etc.

II-Ejes temáticos desarrollados

Alzheimer y Comunicación

1. Los trastornos del lenguaje

- Lenguaje verbal / no verbal
- Componentes del lenguaje verbal
- Habla y lenguaje

El cerebro humano se distingue por la variedad de actividades especializadas que es capaz de aprender.

El ejemplo destacable es el lenguaje. Nadie nace hablando pero todo el mundo aprende a hablar y entender la palabra hablada, como también a escribirla.

El lenguaje verbal forma parte de la comunicación (entendida como el vehículo para relacionarnos con los demás) junto con el lenguaje no verbal. Ambos se complementan.

Cuando las habilidades lingüísticas se deterioran la comunicación no verbal permite comunicarse con los demás. Este tipo de comunicación es una herramienta indispensable en el Alzheimer.

El hemisferio izquierdo posee una actividad verbal de organización de los diferentes niveles del lenguaje. Estos niveles abarcan patrones sonoros del lenguaje organizándose en palabras, un almacén de reserva de palabras que se refieren a nuestro conocimiento del mundo y una organización gramatical de la oración. Y en el hemisferio derecho la entonación, melodía, etc., que componen la expresión emocional del lenguaje hablado (no lo que decimos sino como lo decimos).

Cuando se alteran estos niveles provocan una serie de síntomas lingüísticos a tener en cuenta en la comunicación con el enfermo de Alzheimer.

Es importante diferenciar al habla del lenguaje, para poder entender las alteraciones lingüísticas y de comunicación en estos pacientes. El habla es la expresión oral, proceso neuromecánico que puede ser normal y no alterar el lenguaje, como en el Parkinson. En cambio el lenguaje es un proceso cognitivo a través del cual asociamos ideas, que se generan a partir de conceptos de un mundo semántico. Este mundo semántico es el que está alterado en el enfermo de Alzheimer.

1.1. AFASIAS

- Definición
- Etiología
- Clasificación (fluyente/no fluyente)

La demencia, como síndrome de deterioro cognitivo progresivo global, altera diferentes funciones superiores en el hombre. Una de ellas es el lenguaje que es afectado en sus diferentes niveles provocando trastornos lingüísticos que entran dentro de las afasias pesar de algunas diferencias.

Cualquier proceso focal o degenerativo provocará en mayor o menor grado un trastorno del lenguaje y según donde se localice la lesión nos dará un tipo de afasia.

En las lesiones anteriores las alteraciones manifiestan un flujo alterado con un habla interrumpida y con mucho esfuerzo. Y en lesiones posteriores se altera el significado, esto es lo que ocurre en el Alzheimer.

2. Perfil lingüístico-afasias-demencias

Los pacientes dementes tienen una alteración del lenguaje atribuida a daño cerebral. Este daño del lenguaje difiere al asociado a la afasia. Esta es una alteración lingüística con diferente evolución que los pacientes dementes, generalmente con daño focal y alteración súbita lingüística. En cambio en las demencias, que son enfermedades crónicas progresivas y degenerativas del cerebro, la pérdida es insidiosa en la comunicación en general. Por eso es importante ver las similitudes y diferencias de los trastornos lingüísticos entre afasias y demencias. Teniendo en cuenta especialmente que la sintomatología tiene diferente evolución.

2.1. Trastornos de expresión

2.1.1- Anomalías de la fluidez (*)

- Alteración del flujo verbal
- Supresión/mutismo
- Estereotipias
- Disprosodia
- Anomia
- Logorrea

2.1.2- Transformaciones del lenguaje oral (*)

- Parafasias
- Neologismos
- Jergafasia
- Circunloquios
- Trastornos gramaticales

2.2. Trastornos de la comprensión

Son más difíciles de categorizar, ya que su apreciación es indirecta. Se pone de manifiesto en la dificultad de comprender órdenes de cierta complejidad. Por lo general hay comprensión de palabras sueltas y ordenes simples.

Ciertos pacientes son incapaces de señalar un objeto pero pueden cumplir una orden que involucre éste. También pocos pierden de forma total la capacidad de procesar la información que se les presenta auditivamente.

Los pacientes con demencia generalmente conservan la comprensión de la entonación y los gestos en los últimos periodos.

2.3. Desordenes de la lectura

- **Alexias:** En el Alzheimer las dificultades se presentan para leer lo que escriben, pueden leer letra por letra en compensación por los trastornos de comprensión.

2.4. Desordenes de la escritura

- **Agrafias:** La perturbación en la escritura donde no solo se cambian letra sino palabras, adosándose en las etapas avanzadas del Alzheimer los trastornos constructivos.

2.5. Desordenes del calculo

Caracteriza a la enfermedad de Alzheimer la dificultad para realizar operaciones aritméticas, aunque reconoce números y los reproduce individualmente.

3. Alzheimer y lenguaje

- **Fases tempranas**

Dificultad para hallar palabras
Pausas/ Circunloquios/ Parafasias
Comprensión, Lectura y Escritura conservadas

- **Fases intermedias**

Falta de iniciativa al hablar
Aumentos de anomia
Aumento de circunloquios y parafasias
Sintaxis/ gramática decaen
Compromiso de la comprensión, lectura y escritura (IVA)

- **Fases tardías**

Alterada la comprensión
Jerga /Expresiones estereotipadas
Pérdida del lenguaje lector/ escrito

Ampliación de las características lingüísticas que se presentan en las diferentes etapas. Pautas para poder comunicarse con el enfermo de Alzheimer y manejar las perturbaciones a medida que se presenten, apoyando así la terapéutica externa.

4. La comunicación en el paciente con alzheimer

Para el enfermo de Alzheimer las habilidades lingüísticas se deterioran a medida que la enfermedad avanza

y la expresión no verbal se convierte en una herramienta imprescindible para comunicarse.

En las fases tempranas un análisis cuidadoso puede demostrar la existencia de problemas en la función del lenguaje antes que aparezca otro síntoma característico de la enfermedad. Al principio tienen problema de comunicación y son conscientes de ellos. NO afecta a todos por igual y lo más frecuente es que la memoria se deteriore primero.

Los trastornos del lenguaje también afectan a la familia y a todas las personas que cuidan al enfermo, ya que estos le trasladan su ansiedad al ver que ni siquiera su familia es capaz de entender lo que quiere expresar.

Si no son prudentes, al corregirlos o ayudarlos, aumentan su angustia. Se brinda explicación sobre estas pautas para favorecer la comunicación de los cuidadores y familiares con el paciente de Alzheimer.

4.1. Cambios que se observan

- Dificultad para hallar palabras
- Dificultad para escribir y entender lo escrito
- Pérdida del sentido de la conversación
- Interrumpe o no escucha
- Comprende parte de lo que se dice
- Uso de gestos no verbales y malas palabras
- Se frustra cuando no puede comunicarse adecuadamente
- Vuelta al lenguaje materno
- Frustración por no comunicarse bien

En este ítem se hizo hincapié que los cambios pueden variar en cada persona. Y como también pueden estar afectados por una gran variedad de condiciones físicas y por la medicación.

4.2. Ayudando al paciente de alzheimer a comunicarse

4.2.1-¿Como oírlos? (problemas para darse a entender)

Cuando la limitación de la capacidad de comunicarse frustra a la persona perturbada y también al cuidador, pueden desencadenarse una serie de reacciones catastróficas.

Comunicarse con una persona con Alzheimer requiere de paciencia y comprensión, y una actitud positiva para escuchar.

- Sea paciente y sostenedor
- Demuestre su interés
- Anímelo a comunicarse
- Dele tiempo
- No discuta

- Trate de acertar
- Anímelo a comunicarse no- verbalmente
- Cuando tiene dificultad para encontrar las palabras
- Cuando todavía es capaz de decir algunas palabras o mover la cabeza para SI/NO

4.2.2-¿Como comunicarnos? (los problemas para entender a los demas)

Los individuos con Alzheimer tienen dificultad para comprender lo que se dice, deficiencia a menudo que la familia interpreta como una conducta de no cooperación.

Tener presente que la enfermedad avanza, y por ende el desafío es mayor. Una comunicación sensible y sostenida es importante. A pesar de que no siempre podrá responder, se beneficiará luego de una comunicación.

- Identifíquese
- Diríjase a la persona con su nombre
- Use palabras familiares, cortas y simples, y oraciones breves
- Hable lentamente y en forma clara
- Haga una pregunta por vez
- Repita la información o las preguntas
- Evite usar pronombre
- Escriba
- Preste atención al lenguaje de su cuerpo

4.4. Tener siempre presente en todo acto de comunicación

- Ser flexible
- Respeto/autoestima
- Evitar enojarse
- Buscar diferentes modos de comunicarse
- Fomente la risa

Es importante no herir sentimentalmente o tratar al enfermo como un niño. Tomar las cosas con humor y paciencia. Lo que funciona hoy puede no servir al otro día.

Hay que ver que funciona, platicar con otros en igual situación y recordar que las palabras no son la única forma de comunicación.

4.5. Consideraciones especiales

PACIENTES SORDOS

- Acérquese de frente
- Llame su atención tocándolo y diciendo su nombre
- Hable clara y lentamente
- Use comunicación no-verbal si es necesario
- Escriba si es necesario
- Anímelo a usar sus audífonos

Pacientes ciegos o ambliopes

- Evite asustarlo
- Dígale sus intenciones antes de hacer algo
- Evite ruidos fuerte o movimientos súbitos
- Anímelo a usar sus lentes

5. Intervención terapéutica

La intervención terapéutica no farmacológica en el campo de las demencias se asienta en la capacidad plástica del cerebro. Existe neuroplasticidad en el cerebro del anciano incluso en los dementes, si bien es de menor intensidad.

En las fases de elevado deterioro cognitivo la neuroplasticidad será nula debido a la pérdida de masa neuronal entre otras cosas.

Lo que nos interesa son los factores externos que inciden en ella, las influencias ambientales.

Estas terapias no farmacológicas, psicoestimulación, favorecen la neuroplasticidad mediante la presentación de estímulos que ejercitan las capacidades intelectuales, emocionales, sociales y físicas, en forma integral.

Se realiza a través de programas con pautas para cada enfermo en relación a su historia clínica, características premórbidas, historia personal y familiar, y la evaluación neuropsicológica.

El objetivo principal es obtener la autonomía del paciente el mayor tiempo posible, retardando el deterioro. Especialmente con tareas que favorecen la comunicación para disminuir el aislamiento y mantener las capacidades sociales.

La evolución del deterioro cognitivo en el Alzheimer se puede explicar como una involución del desarrollo intelectual (al revés del niño).

Recuerden que en el enfermo de Alzheimer al comienzo la mayor alteración es de la memoria, luego comienzan a decaer otras funciones cognitivas como atención, funciones ejecutivas, praxias, gnosias y el lenguaje, cálculo, etc. Todas, en alguna forma, están interrelacionadas, por eso cuando se estimula lenguaje se estimulan otras funciones cognitivas. Por esto es importante aprovechar las tareas cotidianas para ejercitar las capacidades lingüísticas, proporcionándole ayudas diferentes, facilitando la entrada de información a través del oído, vista etc.

5.1. Psicoestimulación

- Tiene en cuenta la neuroplasticidad

- Ejercitar las capacidades integralmente: atención, praxias, gnosias, memoria, lenguaje, cálculo, etc
- Usa programas específicos
- El objetivo es retardar el deterioro

5.1.1-Tareas para la comunicación

- Disminuir el aislamiento
- Mantener las capacidades sociales
- Denominación claves
 - repetición
 - selección
- Comprensión oral y escrita
- Lectura y escritura --- adaptación del material
- Expresión plástica

Cuando entrenamos las funciones cognitivas y especialmente la comunicación, el fin principal es mantener la autoestima de la persona con EA. Mantener su dignidad de persona que puede comunicar y relacionarse con otros, y ser útil a sí mismo y a los demás.

5.2. Recordar

- Todas las funciones se interrelacionan en la práctica
- La información debe ser clara y adaptada al nivel de dificultades cognitivas, gustos y motivación.
 - Poner énfasis en la vida cotidiana
 - Adaptada para adultos

Evaluación

Los objetivos fueron alcanzados y la metodología implementada a los participantes les resultó sencilla de comprender. Esta es una herramienta o propuesta a tener en cuenta en otra ocasión donde se apunte a la capacitación de los cuidadores y la familia.

En general, respeto a las expectativas y dudas planteadas al inicio de la exposición, en su mayoría fueron satisfechas a lo largo de la misma. En cuanto a lo planteado en el cierre de la charla implicaron ampliación de algunos temas tratados y en otros casos demostraron la necesidad de implementar un curso de capacitación más extenso y sistematizado con respecto al tema de comunicación, con manejo de herramientas y diferentes técnicas que excedían el marco de la charla solicitada.

Bibliografía

- J.R.Hodges -Evaluación cognitiva clínica- -Oxford Medical Publications-1997
- Michel Aviv -Bases neurológicas de la conducta- -Masson-1994
- Ellis/Young -Neuropsicología cognitiva humana- -Masson-1992

- Peña Casanova -Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer- -Fundación La Caixa-2004
- Micheli-Pardal -Neurología en el anciano-BsAs-Ed. Médica Panamericana. -1987
- Tarraga.L-Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer-
 - Rev. Neurol-1998;27 (Supl):S51-S62
 - A.A.Monterrey-Los problemas de comunicación con el enfermo de Alzheimer-www.infosel.mex
 - Pereyra,S.-Envejecimiento y demencia,sus efectos en la comunicación-www.Azheimer.com.ar
 - Woods,R.T-La enfermedad de Alzheimer-Madris. Imsero.Colección Rehabilitación-N339-1991
 - Azcoaga,J-Neurolingüística y fisiopatología-El Ate-neo1997
 - Goodglass-Kaplan-Evaluación de la Afasia y otros trastornos-Ed Médica Panamericana-
 - A-Enfermedad de Alzheimer-www.wyeth.com.ve
 - A-Comunicación-www.alma-alzheimer.org.ar

Comentarios de libros

CONVIVIR CON ALZHEIMER

Jordi Matías-Guiu

Jefe de Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante. Catedrático de Neurología de la Universidad Miguel Hernández, España.

EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA

Lengua: CASTELLANO

Encuadernación: Rústica

ISBN: 8479039477

112 pgs

Cuando una persona recibe la noticia de que padece la enfermedad de Alzheimer, su familia cree, en un primer momento, que todo ha terminado y que algo insuperable acaba de ocurrir en su vidas. Pero no es así, a partir de ese momento queda mucho por hacer para mejorar y afianzar la calidad de vida del enfermo y de sus familiares más cercanos, y ello dependerá fundamentalmente de cómo se enfoquen las actuaciones y relaciones con el paciente. Aprender a convivir con la enfermedad de Alzheimer es la diferencia crucial entre que sea lo mejor posible para el enfermo y sus familiares o, por el contrario, se convierta en un drama para todos los implicados. En este libro encontrará cien preguntas y cien respuestas para contribuir a familiarizarse y convivir con la enfermedad del siglo XXI.



para
@gendar

web

Alzheimer Argentina
Asociación Civil sin fines de lucro

www.alzheimer.org.ar
info@alzheimer.org.ar

Sitios de interés sobre alzheimer

Asociación Neuropsiquiátrica Argentina - A.N.A.

www.neuropsiquiatria.org.ar
Español

Yahoo! en Español - Sección Alzheimer

espanol.yahoo.com/Salud/Enfermedades/Alzheimer
Español

Conviviendo com Alzheimer, Associação Brasileira de Alzheimer - Regional de Juiz de Fora

members.tripod.com/~marcioborges/Alzheimer
Portugués

Alzheimer's Disease Education & Referral Center

www.alzheimers.org
Inglés

Western Alzheimer Foundation

www.connect.ie/users/waf/index.htm
Inglés

Alzheimer Europe

www.alzheimer-europe.org
Inglés - Francés - Griego

Alzheimer Italia

www.geocities.com/HotSprings/1420/index.html
Inglés - Italiano

Alzheimer's Association

www.alz.org
Inglés

Alzheimer Society of Canada

www.alzheimer.ca
Inglés - Francés

Alzheimer's Disease Society - Inglaterra

www.alzheimers.org.uk
Inglés

Yahoo! Sección Alzheimer

www.yahoo.com/Health/Diseases_and_Conditions/Alzheimer_s_Disease
Inglés



C. E. RE. VE.

Centro de Estudios y Rehabilitación en la Vejez

- Internación Geriátrica Especializada
- Centro de Día
- Rehabilitación Cognitiva y Física

GREGORIA PEREZ 3460/62 - CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
Tel: 4553-3610 - E Mail: info@alzheimer.org.ar



Endoclar

Donepecilo 5/10 mg

Claridad cognitiva



✓ Mejora la memoria

El inhibidor de la AChE
de 1 toma al día

✓ Ayuda a preservar las
actividades de la vida diaria

✓ Reduce los trastornos del
comportamiento



✓ Comprimidos
identificados

✓ Máxima economía



PRESENTACION: Endoclar 5 mg / 10 mg: Envases con 20 y 30 comprimidos.



Baliarda

Una vida con salud
www.baliarda.com.ar

Ebixa®

memantina



- »» Mejora la cognición [2,3]
- »» Reduce el tiempo de dedicación de los cuidadores [5]
- »» Mejora las actividades de la vida diaria [2,3]
- »» Mejora los síntomas conductuales [4]
- »» Excelente perfil de tolerabilidad [6]



Para mayor información consulte al Depto. Médico de Lundbeck Argentina S.A.
Dardo Rocha 2858 - CP (1642) - San Isidro - Tel.: (011) 4836-0219.

www.lundbeck.com
www.ebixa.com
www.cnsforum.com