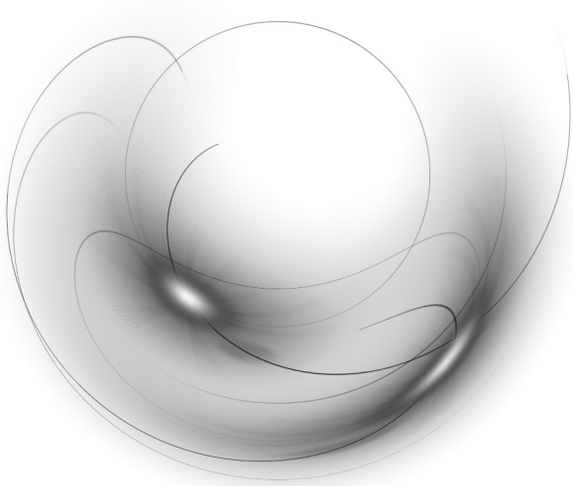
editorial-staff.qxd 22/07/2008 06:01 p.m. PÆgina 1



Editorial

Continuando la comunicación, este octavo número cuenta con diferentes artículos de sumo interés para nuestra comunidad.

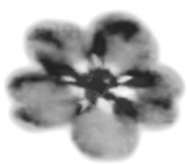
Una vez más, no podemos dejar de mencionar el aporte de la ciencia, la tecnología y el conocimiento científico, como pilares de nuestra investigación cotidiana.

Sabemos y reconocemos que el aporte intra y trans disciplinario nos deben acompañar en el camino de la Enfermedad de Alzheimer y otros trastornos cognitivos.

La variedad temática es infinita y rica a la vez; en este número desarrollaremos temas tales como: rehabilitación cognitiva-neuropsicológica; la apreciación clínica de la enfermedad de Alzheimer; la sanción de la ley Nacional de Alzheimer; hipertensión arterial relacionada con deterioro cognitivo; nuevas posibilidades farmacológicas en EA y por último un artículo que habla sobre el abordaje interdisciplinario desde la psicología cognitiva y de la neuropsicología en la enfermedad de AE.

Deseamos desde este espacio de comunicación, contribuir con nuestro aporte valioso interdisciplinario y persistente para poder comprender las distintas patologías que incumben a nuestros mayores.

Staff.



DIRECTOR Dr. Ignacio Brusco.
SECRETARIOS CIENTIFICOS Dra. Cynthia Liberczuk / Lic. Fernanda López.
COMITE CIENTIFICO NACIONAL Dr. Roberto Caccuri / Dr. Daniel Cardinali / Dr. Horacio Conesa / Lic. Dolores Barreto / Dr. Arturo Famulari / Dr. Roberto Fernandez Labriola / Dra. Silvia Garcia / Lic. Angel Goldfarb / Dr. Gonzalo Gomez Arevalo / Dr. Benigno Gutierrez / Dr. Alberto Intebi / Dr. Elias Klubok / Dr. Carlos Mangone / Dr. Roger Montenegro / Lic. Silvia Pereyra / Dr. Jorge Preuss / Dr. Edgaro Reich / Lic. Fernando Rodríguez.
SECRETARIAS DE REDACCION Dra. Ana Lia Furio / Lic. Mariela Licitra / Lic. Sandro Germani.
DISEÑO Pablo Volponi / Armando Salazar.

Revista Argentina de **ALZHEIMER** y otros transtornos cognitivos. ■N° 8 ■ Año 2008.
Todos los derechos reservado. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas o notas no representan necesariamente la opinión de la revista y son exclusiva responsabilidad de sus autores.
Registro de Propiedad en trámite.
Editorial **IG** ■ **IdeoGroup** ■ Gregoria Perez 3484 ■ C1426DWF ■ C.A.B.A.
Tel: **4554-9145** ■ e-mail: **ideogroup@hotmail.com** ■ **www.alzheimer.org.ar**

armado alzheimer 6-12 pergola.qxd 26/02/2008 15:11 PÆgina 14

Apreciación clínica de la enfermedad de Alzheimer

EL PAPEL DE LOS CUIDADORES

Por Federico Pérgola

Esta enfermedad –descrita en 1906 por el psiquiatra alemán Alois Alzheimer– que comenzó para un reducido grupo de pacientes y pasó a ser, posteriormente, la epidemia del siglo XXI. En ese aspecto inicial, ese selecto grupo de enfermos, eran preseniles, la afección era incurable, el deterioro cognitivo progresivo y la anatomía patológica de su cerebro tenía características particulares: ovillos o degeneración neurofibrilar y placas seniles. Sin embargo, la anatomía patológica de los ancianos fallecidos con demencia mostraba esas mismas alteraciones. De esta forma, la denominación de mal de Alzheimer se generalizó –desde 1978– para las demencias seniles y preseniles con esas características. Posteriormente se agregaría la presencia de proteína ß-amiloide en las lesiones.

Es indudable que el mayor aporte efectuado a esta afección es el aumento de la expectativa de vida. El 10% de los habitantes de la ciudad de Buenos Aires y de los partidos que la rodean tiene más de 65 años de edad. El 70% de los mayores de 70 años presentan problemas de memoria. El 60% de ellos tendría una disminución normal por el paso de los años, pero en un 10% esa queja indicará el inicio de una demencia. Se estima que a partir de los 65 años, cuando la enfermedad tiene una prevalencia de 1,5%, se duplica cada cinco años y, a los 85 años, alcanza al 20% de las personas[1]. Más frecuente en la mujer donde los estrógenos poseerían un efecto protector que se perdería con la menopausia, otras estadísticas –menos optimistas– consideran que, a partir de los 85 años, el 50% de las mujeres presentan síntomas de enfermedad de Alzheimer.

Al finalizar el siglo pasado, un estudio de Pagés Larrañaga y Grasso[2], señalaba que en nuestro país y a partir de los 65 años el 11,25% de las personas presentaban signos de

armado alzheimer 6-12 pergola.qxd 26/02/2008 15:11 Página 15

demencia. De esa cohorte afectada desglosaban un 5,33% para enfermedad de Alzheimer, un 3,63% para demencias vasculares y un 2,33% para demencias de etiología específica. A inicios de este siglo, ese mismo grupo encontró que, en la población senil institucionalizada, la cifra global de demencia se elevaba al 51,35%, correspondiéndole al mal de Alzheimer el 23,67%. Tal vez esta cifra no se condice con la de los autores españoles que le otorgan a esta última el 75% de todas las demencias.

Así como ocurre con la enfermedad de Parkinson y siendo la edad el principal factor de riesgo, debemos considerar que el incremento de la enfermedad obedece sustancialmente al aumento de la expectativa de vida. Más dramática es aún la circunstancia de que es un mal progresivo y sin posibilidad actual de prevención o cura dadas las características anatomopatológicas. Este aumento de la expectativa de vida es manifiesto en países europeos, en Japón, en América del Norte y regiones de Asia. No sucede lo mismo en África y algunos países de Asia, como la India. En América del Sur nuestro país, Uruguay, Chile y Brasil, entre otros, tienen también el privilegio de la longevidad de sus habitantes.

Y aquí viene el problema: el deterioro cognitivo y los cambios de la personalidad que conducirán inexorablemente a la despersonalización harán necesaria la presencia de otro individuo para poder atender a sus requerimientos. La necesidad de denominar a esa persona ha determinado que se lo llame el cuidador principal. ¿Por qué lo adjetivamos como principal? Porque en casi la totalidad de los casos será solamente un individuo quien deba asumir casi el total compromiso. Eso ocurre en el hogar porque algunos familiares no estarán aptos para hacerlo, otros tendrán que mantener su trabajo y un tercer grupo no tomará esa responsabilidad. Habitualmente esta labor le corresponde al cónyuge (si su estado de salud se lo permite) o a uno de los hijos (casi siempre la hija soltera). En el paciente institucionalizado en un ancianato serán cuidadoras profesionales quienes se encarguen de este trabajo. En Suecia, un comité de ética, por medio de cuestionarios, estudia la personalidad de los individuos que se postulan para este cuidado, hecho que debería ser tenido en cuenta por los equipos de salud. Un trabajo de Régis Gonthier[3], que apareció en el número de febrero del Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Francia se ocupa de la calidad de vida de los ancianos y hace hincapié justamente en la necesidad del cuidador ético e idóneo. Recalca: evitar la infantilización, el paternalismo y tener en consideración las palabras del paciente. Circunstancias más que necesarias en un paciente con deterioro cognitivo agregado a la vejez.

El cuidador principal, hogareño, llamémoslo así, aquel que por decisión propia o por producto de las circunstancias, debe atender las necesidades de un enfermo con mal de Alzheimer, como en este caso, está sometido al riesgo de agotamiento o colapso psicofísico que puede extenderse hasta lo económico y lo social. Se ha comprobado que estos cuidadores presentan mayor número de ansiedad, estrés y depresión, que los que no lo hacen, lo cual les ocasiona inmunode-

armado alzheimer 6-12 pergola.qxd 26/02/2008 15:11 Página 16

presión, alteración del sueño, aislamiento social y mayor consumo de psicofármacos y alcohol. En el último tiempo han aparecido trabajos médicos (entre ellos en el mismo Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Francia) donde se señalaba la propensión a los eventos cardiovasculares y encefalovasculares de las personas pesimistas y depresivas. Sculz y Beach[4], en un artículo aparecido en JAMA (1999), hace algunos años, señalaban que esa morbilidad se elevaba en un 63% en los cuidadores con respecto a los que no lo hacían.

La conducta del enfermo con demencia, como su oposición al aseo, wandering, agresividad, frecuentes interrupciones del sueño, etc., son causales de las alteraciones de la salud, sobre todo psíquica, de quienes se encargan de cuidarlos.

Debemos agregar a ello los costos económicos que ocasiona un enfermo de esta naturaleza, que habitualmente usa pañales, consume muchos medicamentos y sustrae a su cuidador de cualquier actividad laboral rentada. El paciente con enfermedad de Alzheimer tiene una sobre vida habitualmente prolongada a pesar de su padecimiento que se extiende hasta más de una década. Durante todo ese tiempo y con actividad creciente debido al deterioro progresivo, el cuidador principal deberá estar presente. Si las condiciones socioeconómicas lo permiten el paciente termina institucionalizado, cosa que muchas veces no mejora al cuidador que puede persistir con sus síntomas años después del fallecimiento de aquel. La situación, con respecto al anciano, puede ser resuelta en las grandes urbes pero el problema se torna dificultoso en las pequeñas ciudades del interior del país.

De cualquier forma el trabajo del cuidador principal está desestimado por la sociedad. Pocas personas, tal vez aquellas que han pasado por una situación similar, valoran esta actividad. Es más, a veces la labor es tan complicada y estresante para el cuidador que puede llegar a la agresión física contra el paciente con demencia, como hemos tenido ocasión de sospechar sobre una hija que actuaba de cuidadora de su madre. En Holanda, cuando se mencionan las problemáticas que tiene el cuidado de estos enfermos, esa circunstancia se relaciona con la eutanasia, lo cual está muy alejado de nuestra idiosincrasia latina.

El estudio del agotamiento por el esfuerzo psicofísico del cuidador principal no es nuevo: en 1963, The Lancet publicó un trabajo que trataba de conocer como afectaba al desenvolvimiento de una familia inglesa la convivencia con un paciente con demencia y, a su vez, sus consecuencias para el resto de la comunidad[5]. Luego el tema pasaría a terreno de la sociología y, posteriormente, en la década del 80, retornaría a la consideración de los gerontólogos.

Existen varias escalas que, amén de evaluar la conducta y la calidad de vida de los pacientes con demencia, se emplean para hacerlo con los cuidadores.

González Salvia[6] considera que es la escala de Zarit[7] una de las más utilizadas para este fin, originalmente compuesta por 29 elementos que valoraban la carga subjetiva asociada al cuidador y donde se estudia "la salud física y psicológica, el área económica y laboral, las relaciones sociales y la relación con la mayor receptora de cuidados". En 1983, se reducen los elementos a 22. Montorio Cerrato e Izal[8] revisaron esta escala en España y hallaron que la carga tiene tres dimensiones o factores:

1. **Global:** impacto del cuidado en el cuidador (falta de intimidad y de tiempo libre, deterioro de la vida social y de la salud, etc.)
2. **Subjetiva o interpersonal:** percepción del cuidador sobre su relación con el paciente (fastidio, vergüenza, deseos de abandonar el

armado alzheimer 6-12 pergola.qxd 26/02/2008 15:11 PÆgina 17

trabajo, enojo con los familiares)

3. **Expectativa de ineficacia:** ¿podré hacerlo bien? ¿podré tolerar en el tiempo este trabajo?

El cuidador empeora su relación con el paciente cuando este acentúa su deterioro: incontinencia de esfínteres, agresividad, falta de higiene. Piensan en su propia incompetencia y alejan las perspectivas de mejoría que en algún momento pueden haber tenido.

Una encuesta referida al país vasco, también mencionada por González Salvia[9], revela que el 80 a 90% de los pacientes con demencia presentará en el curso de su cuidado algún síntoma psiquiátrico –generalmente irritabilidad– que hará pensar a sus familiares o cuidadores que está manipulando la situación. Pollero y col.[10], en el Hospital Álvarez y en 72 pacientes con demencia tipo Alzheimer, observaron que los síntomas más frecuentes fueron apatía e irritabilidad, mientras que Allegri y col.[11], en el CEMIC y en pacientes con la misma patología, hallaron esos mismos síntomas, seguidos de ansiedad y depresión. A toda esa variada sintomatología debe enfrentarse el cuidador.

Se puede pensar que el cuidador será siempre de género femenino. Pero no es así. En primer lugar porque, aunque la expectativa de vida del hombre sea menor, las mujeres (en una proporción casi de 3:1) son más afectadas por la enfermedad y pueden ser cuidadas por su pareja. Hace unos años Dunning[12] se preguntaba en The Lancet si en el futuro los médicos no serán mujeres y los enfermeros hombres. Ya en Inglaterra y Gales, señala Moriarty[13] en su obra sobre gerontología práctica, que la población de cuidadores hombres y mujeres era similar.

Un censo efectuado en 2001 por la Oficina Nacional de Estadísticas del Reino Unido reveló que, también en Inglaterra y Gales, una de cada 10 personas cuidaba a un enfermo, discapacitado o anciano, que la mitad de ellos tenía más de 50 años y que a uno de cada cinco la labor le demandaba más de 50 horas semanales[14].

González Salvia[15] llega a estas conclusiones revisando estadísticas españolas:

1 La mayoría de los enfermos con demencia vive en su domicilio.

2 Cerca del 90% de los enfermos con demencia son cuidados por familiares de primer grado (cónyuges o hijos).

3 Los cuidadores son en su mayoría mujeres casadas y amas de casa.

4 Dos tercios de los cuidadores conviven con los enfermos.

5 Los cuidadores poseen estudios primarios completos o secundario incompleto, aunque en este punto existe gran variación cultural (claramente mayor educación en estudios anglosajones).

6. Un gran porcentaje de personas mayores son cuidados por otra persona también mayor.

7 Un bajo porcentaje (en general menor al 10%) recibe ayuda formal.

8 Los hombres cuidadores presentan menor índice de agotamiento. Las mujeres presentan índices de ansiedad y depresión mayores que los hombres.

9 Las buenas relaciones con los familiares del paciente disminuye el agotamiento.

10 A menor estado físico del cuidador, obviamente, mayores riesgos de agotamiento.

11 Mayor nivel educacional del cuidador menor agotamiento.

De resueltas de lo expuesto, existen condiciones que empeoran la situación de los cuidadores principales, a saber:

1 Ser familiar directo
2 Convivir con el enfermo
3 Tener edad avanzada
4 Tener algún tipo de animadversión por la enfermedad que sufre
5 Si es cónyuge haber perte-

cuidadores

armado alzheimer 6-12 pergola.qxd 26/02/2008 15:11 PÆgina 18

necido a uno de estos dos tipos de matrimonio: actitud dominante de uno de ellos o independiente (abierto).

6 Carecer de soporte social
7 Que el paciente acentúe sus problemas de conducta
8 Que el paciente se encuentre deprimido
9 Que no haya apoyo del resto de los familiares

Estudios realizados por la Health Care Financing Administration de los Estados Unidos el costo económico de los pacientes con demencia supera a los de cáncer y holgadamente a los que padecen diabetes o enfermedad cardiaca[16]. Además no debemos olvidar que la comorbilidad en esta afección es muy frecuente.

Se ha expresado, no sin razón, que hacer un diagnóstico sin encontrar una solución al problema es perder el tiempo. El problema es de alta complejidad por la gran cantidad de variables que dependen tanto del enfermo, como de la familia y del cuidador, sobre todo, si no es parte de ella. Si bien la solución de último término es la institucionalización en un ancianato, se pueden ensayar estrategias tendientes a estabilizar a los cuidadores principales. La primera de ellas sería realizar sesiones psicoeducativas para, además de instruirlos para su actividad, explicarles el carácter –generalmente irreversible– de la situación y la posibilidad cierta que el deterioro se empeore. El consejo psicológico y la contención servirán para atenuar los efectos del agotamiento. En segundo lugar, se puede apelar a los grupos de ayuda, con intervenciones breves pero que servirán como soporte a estos cuidadores, sobre todo si no son profesionales y realizan su trabajo por obligación de parentesco. No debemos olvidar que, para algunos familiares, estas intervenciones pueden ser molestas, aunque la gran mayoría las acepte e, incluso, soliciten que sean suplantados en esa función. Ese soporte social también puede estar a cargo de otro familiar y no necesariamente por personal contratado. Siempre existen familiares con vocación samaritana que se ofrecen a colaborar.

Constituye una buena estrategia que el cuidador principal sea reemplazado, en especial si se trata del cónyuge o hijo, durante un lapso prudencial para que pueda desarrollar una tarea recreativa o laboral, si es que la tiene, que será útil para disminuir la carga psicológica y su agotamiento.

Con todo esto queremos destacar la situación límite en que se encuentran estos cuidadores principales ante el deterioro franco e irreversible del paciente afectado por enfermedad de Alzheimer.

Los cuidadores profesionales de enfermos afectados por demencia son escasos porque existe una notoria merma, sobre todo en Latinoamérica, de ese tipo de personal. Algo similar a lo que ocurre con el de enfermería. Se ha calculado que un paciente pasa el 95% de su tiempo bajo la atención de estos últimos y solamente el 5% de los médicos. Demás está decir que, en el caso del enfermo crónico, bajo atención domiciliaria, la visita del médico es esporádica. Por señalar un dato en una especie de digresión, señalemos que en América del Sur, como en otras naciones pobres de otros continentes, se cuenta con un enfermero cada 5000 habitantes, mientras que en los países desarrollados esta proporción es de uno cada 150.[17]

Estudios realizados por la Health Care Financing Administration de los Estados Unidos el costo económico de los pacientes con demencia supera a los de cáncer y holgadamente a los que padecen diabetes o enfermedad cardiaca

armado alzheimer 6-12 pergola.qxd 26/02/2008 15:11 PÆgina 19

Antonuccio, en un libro que subtitula Psicogerontología[18] y donde se ocupa de los cuidados y los cuidadores de los adultos mayores, que en realidad en la actualidad, englobaría a aquellos que tienen entre 65 y 74 años, dice:

Las tareas que cumplen en psicogerontología los enfermeros, auxiliares de enfermería, mucamas, cuidadores y acompañantes terapéuticos son específicas. Constituye una sub-especialización de enfermería, necesaria para conocer las características de los trastornos psíquicos de la persona mayor generados en el trabajo diario. Las conductas normales y anormales agudas o crónicas de aquellas pueden ser mejor comprendidas, contenidas y abordadas, mejorando la calidad del vínculo enfermera / paciente / residente. Por lo tanto su formación y entrenamiento es continuo, adquiriendo conocimientos básicos referidos a conflictos psíquicos "normales" y "anormales", aspectos de carácter y personalidad, estructura psíquica, formas de asistencia, contención y supervisión. Esta formación especializada, se repite, se realiza por intermedio de programas con contenidos temáticos múltiples, modificables, desarrollado en grupos de autorreflexión de la tarea, supervisión individual o colectiva, indicando en algunos casos, psicoanálisis o psicoterapia personal, charlas, curso de actualización, talleres, etc.

Para llevar a cabo lo expuesto se han creado para el equipo de enfermería módulos de información, entrenamiento y supervisión, que se canalizan a través de reuniones semanales pautadas en las que se desarrollan los siguientes temas:

1. Elaboración del proceso de envejecimiento y muerte de todos sus integrantes;
2. Discusión del lugar del anciano en la sociedad y la familia desmitificando mitos, prejuicios y tabúes existentes en el último período de la vida;
3. Aprendizaje de dinámica de grupos (distintos componentes del proceso de grupo);
4. Enseñanza de las conductas normales y anormales del anciano, en base a una ideología de trabajo psíquica humanista y holística;
5. Conocimientos básicos sobre psicología evolutiva del adulto mayor, estructura y configuración de los conflictos psíquicos;
6. Dramatizaciones sobre los distintos momentos de las actividades instrumentales diarias del viejo;

apreciación clínica

armado alzheimer 6-12 pergola.qxd 26/02/2008 15:11 PÆgina 20

7 Estudio de los vínculos enfermera/ paciente/ familiares/ institución, especialmente relacionados a las vivencias generales por el trabajo cotidiano;
8 Supervisión de los medicamentos, en particular la administración de psicofármacos. Sus características, respuestas, complicaciones y asociaciones indeseables. Su manejo, supresión en casos de hipersedación, y estudio de los casos de fármaco-dependencia;
9 Conocimientos de la estructura familiar, entorno institucional y comunidad;
10 Formas de participación en las actividades ocupacionales, recreativas y demás programas de investigación de campo;
11 Maneras de apoyo afectivo y contención de ansiedades personales generadas por la tarea;
12 Enseñanza de nociones sobre auditoria, ética y aspectos legales sobre el trabajo específico del equipo de enfermería. El lugar de los apoderados en el contexto asistencial."

En fin, este es un problema complejo donde tal vez en algún momento haya que replantear las características de las instituciones de internación psiquiátrica y los ancianatos, donde se albergan en mayor medida y después de la contención domiciliaria, la mayoría de los pacientes con mal de Alzheimer. La demografía nos señala que la definición de persona de edad avanzada y, con mayor razón de aquella con evidentes trastornos cognitivos, requieren prioritariamente un enfoque social. Dentro de ese enfoque social debe considerarse al cuidador principal como una persona potencialmente vulnerable a quien debemos prestar nuestro apoyo. Desde ya que el primer inconveniente con el que tropezaremos es la dispersión de los lugares de atención. Como hemos dicho el primero de estos albergues para el enfermo demente será el hogar, habitualmente –si el medio económico lo permite– la labor del familiar está compensada por la ayuda exterior, sobre todo para la alimentación y el lavado del paciente. Existen, incluso, servicios privados de cuidado a domicilio.

Otra forma sería aportando a domicilio los cuidados de enfermería y de medicina especializada que limitan la hospitalización clásica. El hospital de día, con las consecuencias del traslado diario, sería otra forma de poner límites a la institucionalización que, en el fondo, sería el último de los recursos, el más oneroso y donde las actividades del cuidador se reparten por turnos. No debemos olvidar que estos enfermos tienen acotada su autonomía, o sea el "derecho a gobernarse por sus propias leyes, derecho para el individuo de determinar libremente las reglas a las cuales se somete", es decir de dirigir su vida. Y, a la vez, es dependiente, o sea no puede actuar sin recurrir a algún sujeto ni objeto. Algunos ancianos pueden ser dependientes pero conservan su autonomía.

En definitiva, creemos que la labor conjunta de psiquiatras, gerontólogos, sociólogos y sanitaristas deben establecer las condiciones que, en un futuro más cercano de lo que se supone, establezcan reglas para el funcionamiento de ancianatos dispuestos a albergar este caudal de pacientes mientras no se encuentre el tratamiento adecuado. Además, y es el motivo principal de lo expuesto en este artículo expuesto en el marco de una ponencia, será necesario la consulta permanente a un Comité de Ética Médica ad hoc, por las numerosas situaciones que se presentarán en el transcurso de la atención del paciente con mal de Alzheimer.

Bibliografía

1 González Salvia M, "El cuidador en la problemática de la demencia", Geriatría Clínica, 1 (Nº 3): 7-23, 2007.
2 Pagés Larrañaga F, Grasso I y Marí G, "Prevalencia de las demencias del tipo Alzheimer, demencias vasculares y otras demencias del DSM-IV y del ICD-10 en la República Argentina", Revista Neurológica Argentina, 29: 148-153, 2004.
3 Gonthier R, "La qualité de vie chez le sujet agé", Bull. Acad Natle Méd, 191 (Nº 2): 237-244, 6 février 2007.
4 Sculz R and Beach S, "Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study", JAMA, 282 (Nº 23): 2215-2219, 1999.
5 Grad J and Sainsbury P, "Mental Illness and the Family", The Lancet, 1: 544-547, 1963.
6 González Salvia M, Ibídem.
7 Zarit SH and Leitsch SA, "Developing and evaluating community based intervention programs for Alzheimer's patients and their caregivers", Aging Mental Health. 5 (Nº 1): 84-98, 2001.
8 Montorio Cerrato, Izal Fernández de Troncóniz M y López López A, "La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga", Anales de Psicología, 14 (Nº 2): 229-248, 2002.
9 González Salvia M, Ibídem.
10 Allegri R, Sarasola D, Serrano C, Taragano F, Arizaga R, Butman J and Loñ L, "Neuropsychiatric Symptoms as Predictor of Caregiver Burden in Alzheimer's Disease", Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2 (Nº 1): 105: 110, 2006.
11 Pollero A, Giménez M, Allegri RF and Taragano FE, "Neuropsychiatric Symptoms in Patients with Alzheimer Disease, Vertex, 15 (Nº 55): 5-9, 2004 (abstract).
12 Dunning AJ, "Status of the doctor - present and future", The Lancet, Suppl., 354: 18, 2000.
13 Moriarty JO, Principles and Practice of Geriatric Medicine (4º edición), London, MS John Pathy, 2006.
14 Id. Ibídem.
15 González Salvia M, Ibídem.
16 Id. Ibídem.
17 Pérgola F, Cultura, globalización y medicina, Buenos Aires, El Guion, 2002.
18 Antonuccio ON, Cuidados y cuidadores de adultos mayores. Psicogerontología, Buenos Aires, (sin sello editor), 2001.

armado alzheimer 1-13 (2).qxd 07/03/2008 17:35 PÆgina

cog
ni
ción

Rehabilitación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica

SU APLICACIÓN EN PACIENTES CON DEMENCIA

Por Florencia Fernández
Lic. en Psicología

Este trabajo tiene como principal objetivo desarrollar el concepto de rehabilitación cognitiva (objetivos, modalidades y estrategias de intervención, etc.) y cuál es su aplicación en los pacientes que padecen de demencia, a diferencia del abordaje que se efectúa en otras patologías no degenerativas. Se explicarán cuales son sus alcances y limitaciones y se argumentará la necesidad de reformular este concepto. A partir de entonces hablaremos de la Rehabilitación Neuropsicológica y de cuales son las características de este proceso en un paciente con demencia.

armado alzheimer 6-12 pergola.qxd 26/02/2008 15:14 PÆgina 2

rehabilitación

Desarrollo

Denominamos Demencia al Síndrome de deterioro progresivo en el adulto, el cual es suficientemente severo como para interferir en la vida social, laboral, familiar y personal del mismo, no habiendo alteración de la conciencia (es importante su diferenciación con el Síndrome Confusional) y encontrándose alteradas por lo menos dos áreas cognitivas: lenguaje, memoria, atención, función ejecutiva, praxias, gnosias, capacidad de abstracción y cálculo, presentando trastornos afectivos asociados.

Si tomamos la definición de demencia del DSMIV nos encontramos con que la demencia comprende:

A) La presencia de múltiples factores cognitivos que se manifiestan por:
1. Deterioro de la memoria (capacidad de aprender nueva información o de recordar información ya aprendida)
2. Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:
   - Afasia
   - Agnosia
   - Alteración en la ejecución

B) Los déficits cognitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laborar y social y una merma importante del nivel previo de actividad.

C) El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognitivo continuo.

De las diversas definiciones que existen respecto a la demencia podemos extraer como un común denominador que:

- Sus características fundamentales son el deterioro intelectual,su irreversibilidad y progresividad
- Dicha patología se presenta irrumpiendo en la vida cotidiana del sujeto afectando su funcionamiento familiar, laboral y social.

Es por ello que resulta esencial el abordaje de los pacientes que padecen dicha enfermedad y cuando hablamos de abordaje ya no pensamos solamente en los tratamientos farmacológicos que están desarrollados, validados y naturalizados. Nos referimos a los tratamientos no farmacológicos que ayuden al

armado alzheimer 6-12 pergola.qxd 26/02/2008 15:14 PÆgina 3

paciente a obtener la mayor autonomía y la mejor calidad de vida posible. De esto trata nuestro trabajo en Rehabilitación Cognitiva.

Antes de avanzar en esta definición empecemos por describir qué se entiende por Rehabilitación:

La OMS define este concepto como "el reestablecimiento de los pacientes al nivel de funcionamiento más alto posible tanto a nivel físico, psicológico y de adaptación social. Incluye todos los medios posibles para reducir el impacto de las condiciones que son discapacitantes para el sujeto alcanzando un nivel óptimo de integración social". (O.M.S. 1986). A partir de esta definición nos acercamos a la conceptualización de la Rehabilitación Cognitiva quedando definida como un "conjunto de procedimientos y técnicas que tienen como objetivo alcanzar el más alto rendimiento intelectual y la mejor adaptación familiar, laboral y social del sujeto que sufre o ha sufrido una lesión cerebral." (J.Lorenzo- Otero).

Su fundamento científico está basado en la Neuroplasticidad o Plasticidad neuronal, que es la capacidad de la neurona para regenerar conexiones dendríticas. Recientemente, diversos estudios han demostrado la regeneración neuronal en cultivos de células de sujetos fallecidos años antes a causa de enfermedades no neurológicas. Ya Luria en 1973 sostuvo que algunas zonas cerebrales lesionadas podían ser compensadas por las zonas sanas y demostró que el ejercicio de las funciones cognitivas preservadas podían favorecer el establecimiento de nuevas conexiones neuronales.

La rehabilitación Cognitiva para llevar a cabo dicho objetivo, utiliza tres estrategias fundamentales y ellas son:

1. **Intervenciones directas:** estas apuntan a restaurar o mejorar las habilidades cognitivas existiendo tres modalidades esenciales:
   - Restauración: es el reentrenamiento de la función afectada.
   - Compensación: es la potenciación de las funciones cognitivas conservadas o menos dañadas.
   - Sustitución: es la apropiación de ayudas externas que permitan sobrellevar el deterioro cognitivo.

   Además de estas tres modalidades en Rehabilitación Cognitiva, existen tres tipos de terapia de estimulación que se destacan actualmente:

   Terapia de estimulación No Dirigida: se basa en la idea de que el funcionamiento cognitivo puede mejorarse estimulando el sistema cognitivo en forma general, asumiendo la idea de que una función cognitiva sería un músculo mental (ejercitándolo en una tarea, lo reforzaría para realizar otras).

   Estimulación Dirigida: Esta se centra en la estimulación de áreas cognitivas específicas, para lo cual resulta esencial tener la información de cuales son las áreas deficitarias.

   Entrenamiento en estrategias: consiste en enseñar al paciente estrategias cognitivas que puedan ser transferidas a la vida diaria, es decir, generalizadas (estrategias para recordar un nombre, una fecha etc).

   Existe cierto consenso en la concepción de cómo implementar estas tres modalidades: deberán tener desde un inicio el entrenamiento en estrategias, en cuanto a la estimulación cognitiva: se comenzará por la estimulación no dirigida y se continuará con la continuación de la estimulación dirigida.
2. **Modificaciones ambientales:** comprenden cambios en el entorno donde se desenvuelve el paciente apuntando a mejorar y facilitar su funcionamiento cotidiano. Incluye el establecimiento de rutinas, cambios en la distribución de los objetos en la casa, rotulaciones, señalizaciones, el cuidado para la prevención de caídas y la mejora de la iluminación, entre otros.
3. **Aproximaciones compensatorias:** se desprende del concepto de Sustitución ya mencionado y apunta a enseñar al paciente nuevas habilidades y estrategias que permitan lograr un mejor desempeño.

   Se le enseña a utilizar elementos de la realidad que lo auxilien en sus funciones deficitarias: agendas, pizarras, anotadores, alarmas.

Es necesario resaltar que en los pacientes que sufren de algún tipo de demencia, el trabajo en rehabilitación, estará más orientado a obtener un enlentecimiento en el deterioro cognitivo, que a la curación y la restauración de las funciones cognitivas dañadas.

Por tanto consideramos fundamental dentro de las estrategias mencionadas, destacar en este tipo de patologías, el trabajo en las aproximaciones compensatorias y en las modificaciones ambientales. No obstante hay mucho por hacer en lo que concierne a la estimulación cognitiva de un paciente con demencia y este trabajo estará basado en:

armado alzheimer 6-12 pergola.qxd 26/02/2008 15:14 PÆgina 4

• La reorientación a la realidad: esta técnica es importante en los pacientes añosos en general, ya que muchas veces por encontrarse inactivos laboralmente no saben el día, el mes, con lo cual se encuentran desorientados y esto los afecta en su vida diaria (pago de cuentas, fechas importantes, consultas médicas). En los pacientes con demencia es fundamental porque ayuda a evitar o reducir los momentos confusionales y el retraimiento que estos conllevan.

• Terapia de la reminiscencia: apunta a trabajar con la memoria retrógrada que es la más conservada en estos pacientes. Esta técnica tiene una doble ventaja: el paciente estimula una función cognitiva esencial por un lado, aquí se pone en juego el factor motivacional por otro, ya que el paciente se siente estimulado al percibir que hay muchas cosas placenteras de su pasado que aún tiene la capacidad de recordar.

• También existen otras técnicas muy utilizadas y efectivas en estas patologías que sólo mencionaremos: técnicas de facilitación del aprendizaje (aprendizaje directo, aprendizaje sin errores, aprendizaje procedimental), reglas mnemotécnicas.

Es necesario resaltar que en los pacientes que sufren de algún tipo de demencia, el trabajo en rehabilitación, estará más orientado a obtener un enlentecimiento en el deterioro cognitivo, que a la curación y la restauración de las funciones cognitivas dañadas.

El trabajo en las sesiones de rehabilitación cognitiva debe tener algunas características indispensables para lograr una mayor efectividad:

• Debe ser individualizado
• Las tareas deben ser de complejidad creciente
• El material presentado tiene que motivar y estimular al paciente (teniendo en cuenta gustos e intereses)
• Se utilizará material con carga afectiva en forma cuidadosa
• El factor emocional debe ser tenido en cuenta, (si el paciente está alegre, triste,angustiado o enojado)
• Debe incluir un componente educacional y metacognitivo, es decir explicitar los objetivos del trabajo en las sesiones, cuales son la funciones que se ejercitan y para qué)
• Es importante recompensar al paciente por el esfuerzo realizado y los logros obtenidos.

Para poder determinar la modalidad de abordaje y las estrategias adecuadas, es importante conocer el perfil de los pacientes, ya que existen ciertas tendencias:

Los sujetos moderadamente comprometidos son más afines a aplicar las aproximaciones compensatorias mientras que aquellos que carecen de conciencia de su déficit no tienen la capacidad de implementar dicha estrategia.

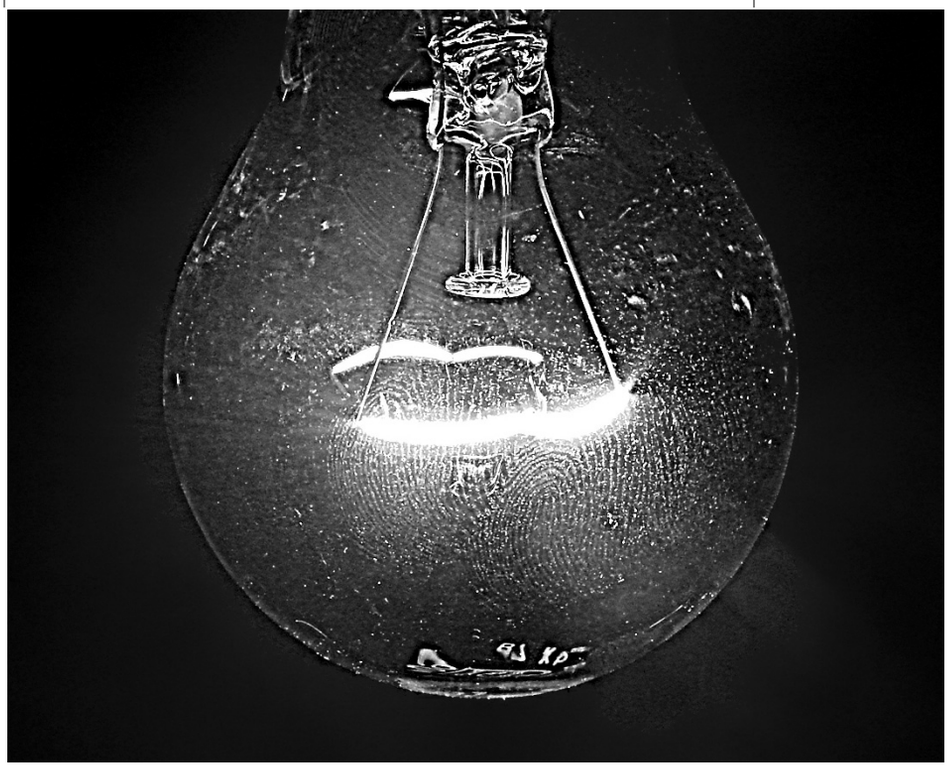
Por otro lado, los pacientes con poca iniciativa y escasa flexibilidad tienden a responder mejor ante las manipulaciones ambientales externas y aquellos con mayor flexibilidad e iniciativa son tendientes a desarrollar las intervenciones directas.

Entonces, hasta el momento hemos definido qué es una demencia, qué es la rehabilitación cognitiva y cómo se aplica en las demencias.

Si avanzamos retomando algunas de las definiciones de demencia, nos encontramos con que “es un trastorno neurodegenerativo que además de producir una declinación intelectual progresiva, se presenta acompañado de alteraciones emocionales y conductuales”. Por tanto si el trabajo a desempeñar incluye no sólo lo cognitivo, sino también lo emocional y conductual: ¿será apropiado conceptualizarlo como “Rehabilitación Cognitiva”? Pregunta que ya tiene su respuesta: No.

Hemos comprobado numerosas veces como las lesiones cerebrales no sólo producen alteraciones a nivel cognitivo sino también a nivel emocional, conductual. Si un paciente con una lesión frontal presenta un síndrome disejecutivo generalmente está acompañado de apatía, desinhibición, impulsividad etc. Por tanto, estas patologías presentan síntomas no cognitivos que acompañan la enfermedad y éstos son tan importantes como los cogniti-

armado alzheimer 6-12 pergola.qxd 26/02/2008 15:14 PÆgina 5



vos a la hora de diseñar un programa de rehabilitación.

Es a partir de ello que resulta más ajustado a dicho enfoque denominarlo Rehabilitación Neuropsicológica, apuntando a una concepción más holística del sujeto y su enfermedad.

"El abordaje holístico es aquel que permite integrar las secuelas cognitivas,neurológicas y afectivas del paciente en un trabajo terapéutico organizado y pragmático para la facilitación de su funcionamiento en la vida diaria. " (Melián,S.)

Para diseñar un programa de Rehabilitación Neuropsicológica creemos indispensable contar con la siguiente información:

- Entrevista/s con paciente e informantes válidos (fliares o cuidadores) para efectuar una anamnesis detallada.
- Realizar una evaluación tanto Cognitiva, Emocional y Conductual del paciente con demencia que refleje su estado actual, para ello contamos con Tests Neuropsicológicos que midan las funciones cognitivas; Escalas que nos indiquen grado de deterioro (FAST, GDS) y nivel de dependencia (CDR, AVD) y Cuestionarios (NPI).

Ya que resulta esencial determinar:

- Fortalezas y debilidades: por un lado despejar qué funciones están conservadas y cuales se encuentran dañadas; por otro es importante determinar y diferenciar déficit primario y secundario (por ej. Diferenciar déficit 1º de atención de déficit 2º de cálculo mental: si le damos a un paciente un cálculo para efectuar de manera verbal y no lo logra, pero sí lo hace de manera escrita, sabremos que el paciente presenta un déficit 1º en la atención y 2º en el cálculo.
- Nivel de autonomía (distinguir las actividades que desarrolla sólo, aquellas para las cuales necesita supervisión y aquellas en las que precisa ayuda concreta)
- Grado de anosognosia (determinar hasta qué punto es conciente de sus deficits)
- Características de la personalidad premórbida (es esencial saber cómo era el paciente, qué hacía y cómo actuaba frente a algunas situaciones para poder determinar que podrá lograr y que se podrá esperar del paciente en este proceso)
- Estado emocional y conductual del paciente.

A partir de ello el equipo interdisciplinario (integrado por neurólogo, psicólogo, terapista ocupacional, fonoaudiólogo, psiquiatra) podrá diseñar un plan de tratamiento.

Los objetivos en cualquier proceso de Rehabilitación Neuropsicológica, estarán relacionados con:

- Mejorar las funciones cognitivas alteradas para lograr los máximos rendimientos intelectuales, a través del uso de diferentes estrategias y técnicas de rehabilitación cognitiva.
- Modificar las conductas desadaptativas, abordando los posibles trastornos conductuales.
- Abordar las alteraciones emocionales que presente el paciente.
- Brindar acompañamiento y asesoramiento a la familia, integrándola en el proceso de rehabilitación.

Los objetivos de cada tratamiento se determinarán en conjunto con el paciente y la familia de acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación, es decir, de acuerdo a las necesidades del paciente y el entorno.

Estos objetivos (metas a corto, mediano y largo plazo) requerirán de evaluaciones periódicas que permitan dar cuenta de los avances y logros obtenidos y en caso de ser necesario determinar si tienen que ser reformulados. Dichas evaluaciones incluyen nuevamente: los testados, las entrevistas, las escalas y los cuestionarios.

armado alzheimer 6-12 pergola.qxd 26/02/2008 15:14 Página 6

El rol de la familia

Los pacientes con demencia suelen presentar síntomas complejos que no sólo afectan a si mismos sino también a su entorno: delirios persecutorios, alucinaciones, conductas agresivas, cambios bruscos del humor y modificaciones en el ritmo sueño-vigilia.

Por ello el rol de la familia en el trabajo de Rehabilitación Neuropsicológica es vital, por un lado, necesitamos contar con ellos a lo largo del tratamiento como corehabilitadores, es decir, participando activamente de dicho proceso como una parte integrante del mismo y por otro, es esencial el trabajo de Psicoeducación, es decir, los familiares necesitan información, orientación y apoyo emocional que les permita sobrellevar el impacto tan significativo, sufrido en su entorno.

Recordando las palabras de Bárbara Wilson, entendemos a la Rehabilitación Neuropsicológica "como una sociedad, ya que constituye un proceso donde la persona con limitaciones cognitivas trabaja con un equipo de profesionales, familiares y miembros de la comunidad para aliviar los déficits y lograr el mayor bienestar general posible."

El trabajo en rehabilitación Neuropsicológica siempre deberá estar integrado por el paciente, la familia y el equipo que lo aborde, sin alguno de estos tres pilares difícilmente se obtengan los resultados esperados.

Por último es necesario señalar la importancia de la generalización en el trabajo de Rehabilitación Neuropsicológica. Esto es la capacidad que tiene el paciente de hacer uso de lo aprendido (en el consultorio en una tarea específica) para desarrollar otras tareas.

Se considera que el paciente generaliza una estrategia aprendida cuando:

- Puede ser reproducida con los mismos materiales en ocasiones separadas
- Puede ser efectuada con materiales o tareas similares a las ya realizadas
- Se transfieren a las actividades de la vida diaria

A modo de **conclusión**, diremos entonces que el objetivo de nuestro trabajo será **ayudar a que el paciente transfiera a su vida diaria los logros obtenidos y las técnicas y estrategias aprendidas** pudiendo responder a las dificultades que se le presenten en su entorno, de manera adecuada, apuntando la mejora en su calidad de vida y a su reinserción familiar y social.

Referencias Bibliográficas:

1. Acuña, R. Risiga, M. "Taller de activación cerebral y Entrenamiento de la memoria.. Guía para profesionales que trabajan con personas mayores." Ed. Paidós, BsAs año 1997.
2. Brusco Luis Ignacio: "Estrategias en la Enfermedad de Alzheimer".Revista Cognitiva, Noviembre, 2004.
3. López Luengo, Beatriz. " Orientaciones en Rehabilitación Cognitiva" (Depto. de psicología de la Univ de Jaén) en "Unión 99" First Congress on Neuropsychology in Intenet, año 1999.
4. López, M. F "Estimulación Cognitiva. ¿Qué es?. ¿A quien está destinada?¿Cuál es su finalidad? Revista Cognitiva, Junio de 2005.
5. Lezak, M. "Daño cerebral, un problema familiar", Universidad de Creegan, USA, año 1987.
6. Lorenzo Otero,J. y Fontán Sheitler, L "La rehabilitación de los trastornos cognitivos" Revista Médica del Uruguay, año 2001.
7. Katzman, R. y otros en "Advances in diagnosis of Dementia", Raven Press Publish NY año 1989
8. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales: DSMIV (año 1995)
9. Mateer Catherine "Introducción a la Rehabilitación Cognitiva" (Univ de Victoria, Canadá) en "Avances en Psicología Clinica Latinoamericana", año 2003.
10. Namura, García y otros "Rehabilitacao Neuropsicológica" en "Neuropsiquiatría geriátrica" de Forlenzo y Caramelli, Sao Paulo año2000.
11. Tárraga Mestre, Lluis "Terapias Blandas. Programa de Psicoestimulación integral. Alternativas terapéuticas para personas con Enfermedad de Alzheimer" en "Unión 99",First Congress on Neuropsychology in Internet, año 1999.
12. Wilson, B.A. "Coping with memory impairment", en "Memory in everyday life" año 1993.
13. Wilson, B.A. "Theory, Assessment, and Tratment in neuropsicological Rehabilitation", año 1993.
14. Clases del Curso de Posgrado de Psicología Cognitiva y Neuropsicología, Universidad Favaloro,año 2005.

armado_alzheimer_46.qxd 12/03/2008 18:48 PÆgina 1

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

De la Psicología Cognitiva a la Neuropsicología

Lic. Mariela A. Licitra
Lic. María Fernanda López
Directoras de CECYS (Centro de Estudios de Cognitivos Asociada a INEAR - Instituto de Neurología Cognitiva de la Argentina)

Anteriormente el tratamiento de un paciente con Enfermedad de Alzheimer (EA) estaba a cargo exclusivamente del médico neurólogo y se suscitaban discusiones acerca si el campo de acción era desde lo neurológico o desde lo psiquiátrico. Posteriormente el paciente concurría a distintos tratamientos los cuales eran llevados a cabo en forma independiente uno de otro con escasa o nula comunicación entre los profesionales tratantes.

En la actualidad, el abordaje de este tipo de pacientes se realiza en forma conjunta e interrelacionada por parte de un Equipo Interdisciplinario el cual está compuesto, desde la parte médica, por psiquiatras, neurólogos y clínicos y, desde el punto de vista terapéutico, por neuropsicólogos, neurorehabilitadores, psicólogos, terapistas ocupacionales, fonoaudiólogos, musicoterapeutas, nutricionistas, psicopedagogos, kinesiólogos, enfermeros y asistentes geriátricas. Este cambio de modalidad de abordaje está relacionado con que la EA es considerada como una enfermedad neurodegenerativa que produce declinación intelectual progresiva, como así también una variedad de alteraciones neuropsiquiátricas y conductuales. El paciente es abordado en forma inter y transdisciplinaria para optimizar el tratamiento y mejorar la calidad de vida de dicha persona y su entorno familiar.

A su vez, el acompañante ya no tiene el rol de "llevar y traer" al paciente a la consulta sino que su participación es activa, involucrándose en el tratamiento y además es contenido, asesorado y tratado por profesionales capacitados para tal fin.

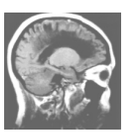
De esta forma se busca no sólo una mejor atención integral del paciente sino también tener mejores y más variadas herramientas para la asistencia a este tipo de problema que no sólo afecta a la persona si no al sistema al que pertenece.

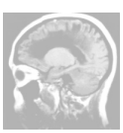
El médico trabaja sobre los síntomas, el control farmacológico, con los datos obtenidos durante el desarrollo de la consulta médica (la observación clínica) y los diversos estudios que

armado_alzheimer_46.qxd 26/02/2008 15:51 PÆgina 2

el paciente se realice (estudios de laboratorio, estudios genéticos, resonancia magnética, Tomografía Computada, SPET, Evaluación Neuropsicológica, etc.) Además la riqueza de este trabajo interdisciplinario es que tendrá la información brindada por los distintos especialistas sobre el desempeño del paciente y el rol de la familia en el cumplimiento del tratamiento, en la atención y contención del paciente.

La riqueza de este trabajo interdisciplinario es que tendrá la información brindada por los distintos especialistas sobre el desempeño del paciente y el rol de la familia en el cumplimiento del tratamiento, en la atención y contención del paciente.





Rol del Psicoterapia Cognitiva en la EA

Si bien en los comienzo de la enfermedad el psicólogo puede trabajar con el paciente con EA en función que el impacto emocional que le genera darse cuenta que sus funciones cognitivas se están deteriorando (aunque no sepa el diagnóstico), el trabajo fundamental del psicólogo está orientado a trabajar con el Cuidador y con el Sistema Familiar.

En este artículo haremos referencia a cómo se trabaja con el Cuidador informal (es decir, aquel no pago, que generalmente es un familiar del paciente) y como esta labor enriquece también el tratamiento del paciente.

El trabajo con los cuidadores desde lo que es el trabajo terapéutico lo dividiremos operativamente en dos puntos u objetivos (que coexisten en el tiempo):

El **primer objetivo** del tratamiento que tiene que ver con el Cuidador, con él o ella como individuo frente a una situación estresante y dolorosa, es decir, el objetivo estará centrado en la persona del que cuida. Es decir, el familiar se convertirá en paciente. Se busca que el Cuidador no sufra de Sobre Carga ni termine con el padecimiento del Síndrome de Burn Out. Para ello es necesario generar recursos de afrontamiento a tal problemática. El estrés no sólo tiene que ver con la sobrecarga física sino también por el impacto emocional que genera la pérdida del rol del ser querido.

La historia del vínculo con el paciente afectado con EA se tiene en cuenta para que nos aporte datos que puedan enriquecer la labor, pero fundamentalmente se trabaja en el aquí-ahora como toda terapia cognitiva.

Existen factores a tener en cuenta que pueden hacer que los Cuidadores desarrollen Sobrecarga o patología (ya sea física o mental), es decir, que los hacen más vulnerables. Dichos factores son:

En relación al enfermo

- demencia ya intensa o profunda
- larga duración desde el diagnóstico de la enfermedad
- alucinaciones, delirios o confusión
- síndrome del Atardecer
- agresividad, agitación y negativismo
- incontinencia, vómitos y escaras
- alteración del dormir por la noche
- con múltiples dolencias médicas

En relación al cuidador

Subjetividad e interpretación idiosincrásica (punto central en el trabajo terapéutico cognitivo)

- mala salud física previa
- historial previo de depresión o de trastornos de personalidad. Se trabaja con la Evaluación Multiaxial del DSM IV. Es importante hacer un diagnóstico de la personalidad del Cuidador, ya que aquellos por ejemplo que tienen características de Personalidad dependientes serán más vulnerables a desarrollar un vínculo de Co-Dependencia (vínculo particular en que un miembro padece una

armado_alzheimer_46.qxd 26/02/2008 15:51 PÆgina 3

enfermedad y el otro ocupa el rol de rescatador enfermando por ello), es decir, los rasgos de personalidad van a ser lo que nos van a guiar el trabajo terapéutico en función de tener en cuenta cuales son las posibilidades del Cuidador de generar recursos o enfermar por no tener dicha capacidad. La historia de patología psicológica-psiquiátrica también es fundamental tenerla por que son factores que pueden hacer más vulnerable al cuidador a desarrollar psicopatologías frente a este estresor como es vivir y cuidar a un paciente con EA. Nos permite tener una visión de que tan resiliente puede el Cuidador

- sin cónyuge, pareja o amigos íntimos
- ya mayor o anciano (es importante tener esto en cuenta por que recordemos que la capacidad de flexibilidad cognitiva y de cambio disminuye con el pasar de los años).
- sin otra actividad aparte del cuidar
- sin otros parientes que convivan en el domicilio
- bajo nivel económico
- ausencia de apoyos socio-sanitarios inmediatos (en especial médico de cabecera poco accesible y centros de día no disponibles)
- desconocimiento de la enfermedad y de su manejo práctico. Por eso es fundamental desde el inicio hacer psicoeducación de la EA, es importante que el cuidador conozca de que trata la enfermedad, que explicite todas sus dudas y sus fantasías. Por eso la necesidad que el terapeuta cognitivo esté bien informado sobre la enfermedad si bien se lo incentiva al cuidador que realice todas las preguntas que necesite a los distintos profesionales que trata al paciente.

Como parte de la psicoeducación se le da material además de cómo puede ser más funcional su casa (organizar el guardarropas, ubicación de los muebles, manejo del toilette, etc.). Los objetivos son dos, hacer más fácil su tarea de cuidar y proteger al paciente de los potenciales riesgos que se pueden originar.

Se utilizan diferentes Escalas de Sobre Carga como por ejemplo el Cuestionario de Zarit que nos permite conocer con que grado de sobre carga llega el cuidador a consulta e ir monitoreando si esto se modifica con el tratamiento.

A partir del trabajo interdisciplinario, el psicólogo se informa del avance del deterioro del paciente con EA, datos que utilizará en psicoterapia con el Cuidador.

El neuropsicólogo administra al cuidador el Cuestionario Neuropsiquiátrico (NPI) de Cummings que tiene un ítem que mide el estrés o impacto emocional que le genera al Cuidador de cada síntoma evaluado en el paciente con EA. Ese dato es pasado al psicólogo para trabajar con el Cuidador en terapia. En general, los que mayor impacto emocional generan son los que tienen que ver con estados de productividad psicótica y agresividad en el paciente con EA.

Un punto central a trabajar es cuando profesionales del Equipo Interdisciplinario empiezan a creer necesario institucionalizar al paciente con EA. Este es un temor en los Cuidadores desde el comienzo de la enfermedad. En el trabajo terapéutico se tiene en cuenta y se trabaja las creencias que tienen acerca de esta posibilidad, pero se la ve puntualmente llegada la hora. La situación de internar al paciente genera muchas culpas. Por eso, los psicólogos piden, si consideran, al Equipo Interdisciplinario que explique la necesidad de tomar esta decisión para que el Cuidador pueda interpretar esta situación como cuidado al paciente y no como castigo ni abandono. Creencias y distorsiones que se trabajan cognitivamente.

En síntesis podríamos decir que el trabajo de la terapia cognitiva en el **primer objetivo** del tratamiento es:

- Aceptar la enfermedad del paciente
- Elaborar el "duelo" de la pérdida del rol del ser querido.
- Aceptar el agotamiento y stress y pedir ayuda.
- Entenderse más que cuestionarse
- Trabajar sobre los pensamientos y sentimientos (tarea fundamental de la terapia cogniti-

armado_alzheimer_46.qxd 26/02/2008 15:51 PÆgina 4

va) para que aprendan la relación que hay entre ellos. Se trabajan las distorsiones cognitivas
- Sentimientos negativos hacia el paciente
- Sentimientos de culpa y del deber
- No vivir anticipadamente el deterioro
- Si tener cierto tipo de planificación
- Desarrollar recursos de afrontamiento. Lo importante de crear momentos propios "tomar oxígeno".
- Técnicas de relajación
- Trabajar las creencias acerca de la posibilidad de la necesidad de institucionalizar al paciente en algún momento.

El **segundo objetivo** tiene por finalidad mejorar la eficacia del tratamiento de la persona afecta con EA a partir de los datos obtenidos del trabajo en el equipo interdisciplinario. Se sabe, por ejemplo, que la estimulación diaria es fundamental para hacer el deterioro más lento, pero el psicólogo dirá si el Cuidador está en condiciones o no de tomar el rol de estimulador informal teniendo en cuenta el estado emocional del mismo.

Rol de la Neuropsicología en la EA

Si consideramos a la Neuropsicología desde su aspecto clínico, podemos decir que la misma intenta comprender la expresión del comportamiento individual como expresión de una disfunción cerebral subyacente ya es definida como "La ciencia que estudia las Funciones Mentales Superiores (cognitivas - emocionales) y sus relaciones con el cerebro".

Ahora bien, cuando nos preguntamos cuales los objetivos de la neuropsicología en el tratamiento de paciente con EA podemos destacar los siguientes:

1 Identificar la presencia del deterioro cognitivo y contribuir al diagnóstico diferencial;
2 Brindar información acerca de qué capacidades están alteradas y cuales preservadas;
3 Colaborar en el preparado de las recomendaciones para el tratamiento y manejo de los trastornos cognitivos y conductuales;
4 Proveer una medida base para juzgar los efectos del tratamiento y comparar la progresión de la enfermedad;
5 Brindar la base para la realización de un tratamiento de Neurorehabilitación;
6 Investigación.

La Neuropsicología puede dividirse en dos: Evaluación neuropsicológica (ENP) y Neurorehabilitación.

La ENP es un estudio complementario a otros estudios (neurológicos, psiquiátricos, etc.) y es lo que nos permite procesar clínicamente las características tanto cuantitativas (es el puntaje obtenido en cada test el que nos brinda una idea objetiva del déficit para después comparar con evaluaciones posteriores) como cualitativas (estrategias que utiliza el paciente durante la evaluación, etc.) de un déficit cognitivo. Los resultados de dicha evaluación no solamente

//// *Continúa en pág. 31*

armado_alzheimer_46.qxd 26/02/2008 15:51 PÆgina 5

ayudan al diagnóstico diferencial, sino que también son una herramienta fundamental para que el Neurorehabilitador pueda planificar el tratamiento adecuado según las características del paciente, el psicólogo pueda asesorar a la familia sobre como proceder con su familiar afectado y para que cada miembro del equipo sepa realmente cual es el grado de deterioro cognitivo y funcional del paciente y actuar en consecuencia.

Dentro de la Neuropsicología se encuentra la Neurorehabilitación o también llamada Estimulación Cognitiva la cual puede ser definida, en líneas generales, como un proceso a través del cual se pretende proveer a la persona de un serie de procedimientos, estrategias y técnicas que contribuyan a mejorar o mantener los déficit producidos en las capacidades cognitivas con el fin de alcanzar los máximos rendimientos intelectuales y la mejor adaptación tanto familiar, laboral como social. Hay mucho modelos teóricos pero los mas destacados son dos: **1.- Programas de Estimulación Cognitiva y Activación Cerebral, 2.- el de Actividades Significativas y AVD.** Este último es más usado en pacientes con deterioro cognitivo moderado a severo.

El Neurorehabilitador, utilizando los datos obtenidos de la ENP, arma un plan de estimulación acorde a los déficit encontrados en dicha evaluación y a las funciones cognitivas preservadas sobre las cuales se va a basar principalmente para diagramar el tratamiento de estimulación. A su vez, brindará información al Equipo sobre cuales son la estrategias que utiliza el paciente para compensar sus déficit y cuales son los logros que alcanza dentro del tratamiento. Mas allá de que el Neurorehabilitador lleve a cabo reuniones con la familia, es principalmente el psicólogo es el que asesora a la familia y/o cuidador sobre como implementar, en el manejo diario, el uso de estas estrategias para obtener un mejor desempeño del paciente y una mejor calidad de vida tanto del paciente como del cuidador ya que es importante recordar que es fundamental que el paciente realice en forma independiente sus actividades y el cuidador debe adaptarse a los "nuevos tiempos del paciente". Si se le comienzan a quitar actividades al paciente debido a la lentitud de este en su realización lo que se logra es favorecer el deterioro del mismo y por ende aumentar la carga del cuidador. A su vez, el psicólogo, nos brinda información sobre el desempeño y conducta del paciente en su vida diaria.

Los tratamientos de Neurorehabilitación pueden ser en forma individual o en forma de taller. Muchas veces se usa la combinación de ambas ya que en una sesión individual se puede trabaja puntualmente sobre las falencias del paciente y en los Talleres de Memoria se trabaja sobre las dificultades generales del grupo.

Tanto cuando hablamos de Sesiones Individuales como de Talleres lo importante es **siempre** partir de una ENP para saber con exactitud que funciones están alteradas y en que medida, tener en cuenta los intereses del paciente a la hora de planificar las actividades y principalmente, saber que la planificación es totalmente personalizada por lo cual no puede ser utilizada para diferentes pacientes sino que el tratamiento se va armando sesión por sesión teniendo en cuenta el rendimiento del paciente y la aceptación o no de las diversas propuestas que uno le ofrece.

En general las Sesiones individuales de Neurorehabilitación tienen una duración de entre 45 minutos y una hora. En cuanto a los Talleres de Memoria, los mismos se dividen en dos tipos: Taller de Prevención y Taller de Memoria propiamente dicho. Las sesiones son de una hora y media o dos con una frecuencia de una vez por semana.

Los Talleres de Prevención actúan como espacios en donde entrenarse en estrategias que faciliten el recuerdo y dar contención a los fantasmas que se asocian a la pérdida de memoria. En cambio, los Talleres de Memoria forman parte de un programa mas integral y el objetivo del mismo estaría enfocado a lograr una ligera estabilización del síntoma y un enlentecimiento de la pendiente de deterioro. A su vez, dentro de estos últimos, hay subgrupos que tiene que ver con el nivel cognitivo de los pacientes ya que deben tener un nivel cognitivo similar para obtener los mayores beneficios con esta modalidad de tratamiento. El participar en Talleres favorece y estimula la socialización del paciente con deterioro cognitivo lo que es uno de los puntos claves a trabajar, ya que este tipo de pacientes tiende a asilarse y perder grupos de pertenencia.

Bibliografía

- Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales. Cuarta Edición. (American Psychiatric Association)
- Zarit, SH. Reever, KE. Bach - Peterson,J: "Relatives of the imparied elderly: Correlates of feeling of burden"
- Cummings, J. Mega, M. Gray, K: "The neuropssyquiatric inventory: Comprehensive assessmente of psychophatology in dementia"
- Beck, A: "Terapia Cognitiva de la Depresion"
- Barigonltz, F: "Aportes en psicoterapia cognitiva"
- Pena- Casanova: "Intervención Cognitiva en la Enfermedad de Alzheimer" Libro 4 y 5.
- Ginarte. Arias: "Rehabilitación cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos".
- Lezak: "Neuropsychological Assessment"

armado alzheimer 32-42.qxd 26/02/2008 16:20 PÆgina 2

HTA & deterioro cognitivo vascular en pacientes

La Hipertensión Arterial es un importante factor tratable de riesgo cardiovascular y el de mayor contribución al desarrollo de enfermedad coronaria, accidente cerebral y deterioro cognitivo.

La hipertensión sistólica aislada es muy frecuente en los adultos mayores por aumento de la rigidez de los grandes vasos, y junto con el aumento de la presión de pulso (>65 mmhg) representan marcadores pronósticos de morbimortalidad cardiovascular y cerebral. **(ver. Fig. a)**

Ciertas particularidades de la hipertensión arterial de los adultos mayores quizás contribuyan a una mayor imprecisión diagnóstica. Por ejemplo, la presión arterial es mas variable, el fenómeno de alerta (respuesta hipertensiva durante la entrevista médica) es de mayor magnitud, los adultos mayores presentan a menudo una disfunción anatómica que favorece la hipotensión ortostática, y la excesiva rigidez de la pared de la arteria puede generar valores tensionales falsamente elevados (pseudohipertensión). Esto exige recaudos especiales para medir la P.A. Es preciso hacer más determinaciones, en ambos brazos y, si es posible, recoger datos obtenidos fuera de la consulta médica, en mediciones domiciliarias o ambulatorias para compensar la mayor variabilidad y el fenómeno de alerta.

Se deben examinar las carótidas sistemáticamente por auscultación y eventualmente por ecografía Doppler, sobre todo antes de iniciar un tratamiento antihipertensivo intenso, para evitar fenómenos isquémicos secundarios al descenso de la presión arterial en sujetos con lesiones obstructivas graves.

Muchos estudios han establecido a la Hipertensión Arterial como factor de riesgo vascular. En la hipertensión la presión sistólica elevada es un factor de riego mayor

armado alzheimer 32-42.qxd 26/02/2008 16:20 PÆgina 3

junto con AIT previo y enfermedad cardíaca coexistente.

En la actualidad, debido a la tendencia mundial del envejecimiento de la población, el deterioro cognitivo, definido como la disminución del rendimiento de una o mas de las capacidades mentales o intelectuales (memoria, orientación, atención, lenguaje, percepción, cálculo, pensamiento abstracto y el juicio, junto a dificultades en el control emocional), asociado con demencia está alcanzando proporciones epidémicas, siendo causa de morbilidad y de un considerable número de muertes e incapacidades en individuos que se encuentran en las edades medias y avanzadas de la vida.

La Organización Mundial de la Salud estima que 25-29 millones de personas en el mundo padecen demencia. La prevalencia media de demencia por encima de los 65 años de edad varía entre 2,2% en África, 5,5% en Asia, 6,4% en América del Norte, 7,1% en América del Sur y 9,4% en Europa. En países en desarrollo se esperan incrementos de demencia de 300% en la población mayor en los próximos 30 años.

Desde este punto de vista, teniendo consideración del crecimiento poblacional y el avance de metodología diagnóstica mas sensible, junto al farmacológico ponen en evidencia la importancia de abordar esta problemática, crónica y aparentemente silenciosa, para la prevención del deterioro cognitivo brindando una mejor calidad de vida.

El incremento poblacional y el aumento de la expectativa de vida hacen de esta enfermedad un problema socioeconómico de importancia. La población global >65 está aumentando a razón de 9 millones por año.

La edad modifica las propiedades estructurales y funcionales del corazón y las arterias. Estos cambios se asocian con los factores de riesgo de ateroesclerosis sobre los mismos sistemas, por lo cual resulta difícil diferenciar el efecto que cada uno de ellos tiene por separado.

La HTA produce cambios en la BHE y FSC. Se conoce que existe una asociación entre HTA a los 70 años y demencia 10-15 años posteriores. La presión sistólica como diastólica son responsables del 52% de los strokes al año. Importantes contribuciones científicas señalan que la prevalencia de hiper-

adultos

Dr. Mauricio Ariel Bosch
Médico Neurólogo
I.T.M.C. Investigación en Trastornos de Memoria y Conducta.
Curso de Postgrado en Psicología cognitiva, Neurociencias y Neurología Cognitiva. Rosario, Argentina. Marzo de 2007

armado alzheimer 32-42.qxd 26/02/2008 16:20 PÆgina 4

tensión sistólica aislada aumenta con la edad, del 7% a la edad de 60 a 69 años, al 25% en los mayores de 90 años; que la enfermedad cardiaca y cerebro vascular es la causa de mas del 50% de las muertes en los mayores de 65 años; y que la enfermedad hipertensiva en el anciano disminuye la expectativa de vida en alrededor de 10 años.

Las alteraciones vasculares tienen un rol importante en el desarrollo de las demencias. La población con stroke tiene riesgo aumentado de EA y DV. Existen cambios anatomopatológicos que las relacionan a tal punto que se cuestionan los cambios vasculares como parte de una misma enfermedad neurodegenerativa. Se producen cambios microscópicos que están relacionados con los factores de riesgo vasculares que las imágenes de RMI no alcanzan a detectar.

Dentro de las enfermedades neurodegenerativas, la demencia vascular es la segunda causa de demencia. En poblaciones como Japón es la primera causa de demencia por la alta incidencia de accidentes vasculares cerebrales. Si el paciente tiene factores de riesgo vasculares la incidencia aumenta a más del doble.

Los pacientes son muy heterogéneos clínicamente y es muy importante que exista interacción entre: diferentes factores de riesgo vascu-

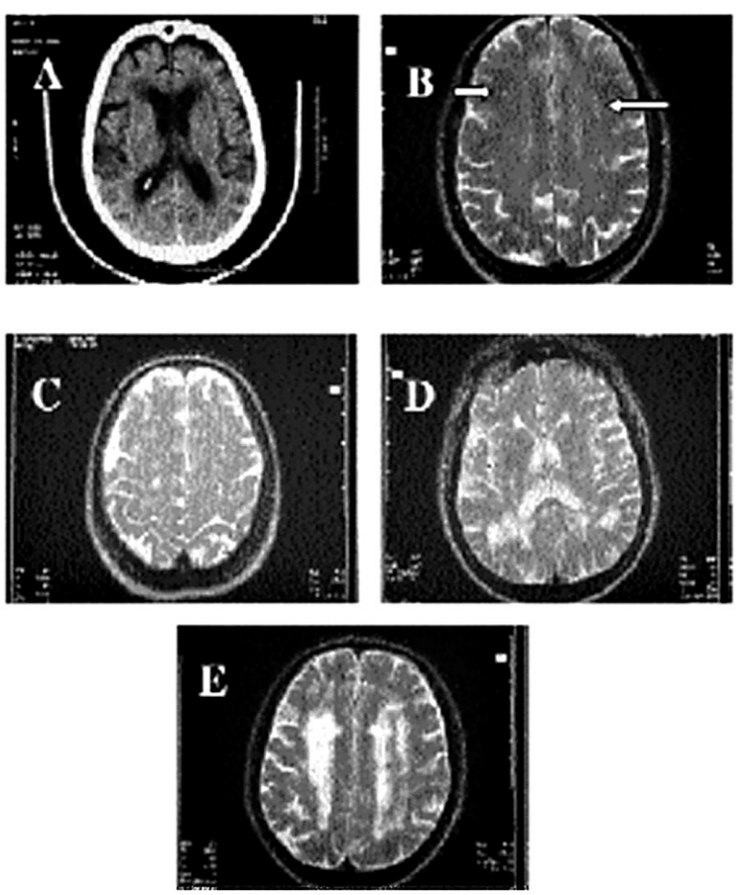
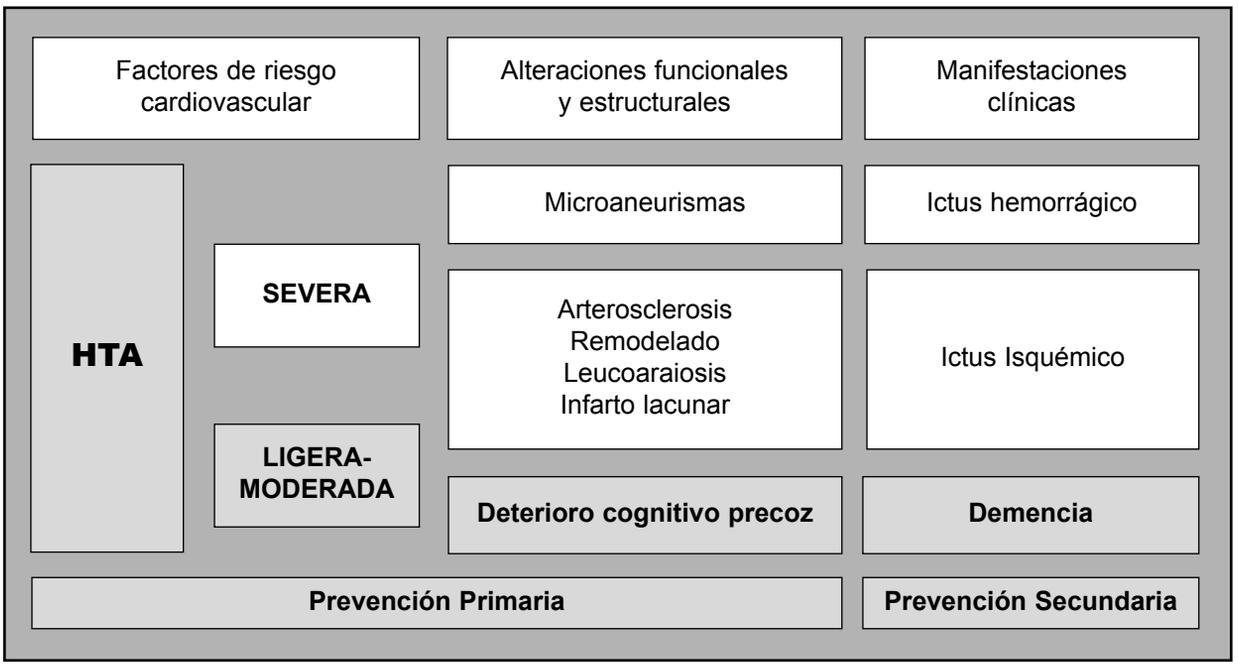


Figura 5. Leucoaraiosis. (A) TC, hipodensidad periventricular en astas frontales y occipitales. (B) RM, lesiones hiperintensas puntiformes; (C) RM, lesiones parcheadas; (D) RM, lesiones parcheadas y confluentes; (E) RM, lesiones difusas.

armado alzheimer 32-42.qxd 26/02/2008 16:20 PÆgina 5



lares, la ubicación de lesiones cerebrales y factores del huésped (edad, educación, cognición).

Esta enfermedad no tiene un patrón específico motor, sensitivo o de imágenes que pudiera avisarnos sobre un deterioro vascular. En este sentido existen factores predictores de enfermedad cognitiva vascular como son la edad avanzada, deterioro cognitivo previo, infartos silentes, lesiones de hemisferio izquierdo y bajo nivel educacional. Tanto los infartos silentes como las lesiones periventriculares y en sustancia blanca podrían constituir indicadores de daño en estadios tempranos de la hipertensión arterial.

Entre los principales factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad cognitiva, el stroke es un punto sobre el cual debemos actuar en la prevención, ya que de la misma forma que es causa también es efecto, siendo la demencia degenerativa un factor de riesgo para el desarrollo de stroke y stroke recurrente. Los factores de riesgo para stroke son la edad, sexo, raza y genética (debemos tenerlo muy presente para personas jóvenes que tienen historia familiar de riesgo vascular, ya que es en ellos en quienes haremos hincapié sobre el concepto de neurología preventiva).

La fisiología de la lesión cerebral en la hipertensión señala que los microaneurismas causarán accidente vascular cerebral hemorrágico, pero que la arteriosclerosis, remodelado, leucoaraiosis e infarto lacunar causarán infartos de tipo isquémico. Todas estas lesiones son propias de la hipertensión grave. En cambio, la hipertensión leve a moderada suele manifestarse sólo por un deterioro cognitivo precoz, que terminará en demencia. La prevención primaria se debe realizar mientras están presentes estas alteraciones, porque cuando sobreviene el infarto es casi imposible volver a la normalidad y sólo queda por haber la prevención secundaria, que sólo es paliativa.

Pero sin dudas el factor de riesgo de mayor importancia para el desarrollo de una enfermedad demencial vascular es la Hipertensión Arterial. Otros son la diabetes, dislipemia, tabaquismo, AIT previos, enfermedad coronaria, arritmias cardiacas (FA la mas frecuente), obesidad (factor de riesgo independiente), síndrome metabólico, stress, ronquido (causa de apnea del sueño que aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular), hiperhomocisteinemia.

El estudio ROTTERDAM,

armado alzheimer 32-42.qxd 26/02/2008 16:20 PÆgina 6

donde se evaluaron pacientes con patología vascular y sin ella, y también con factores de riesgo y no (en total 1015 pacientes), determinó que la presencia de valores aumentados de homocisteina en sangre tenían un 40% mas de riesgo de deterioro cognitivo. También se demostró que el consumo de grasa basal, saturadas y colesterol elevado producían riesgo de demencia. La presencia de infartos silentes asociados a ateroesclerosis producían un incremento al doble del riesgo de deterioro cognitivo y demencia; y la prevalencia de Alzheimer relacionaba con el grado de ateroesclerosis. A su vez estos pacientes tenían una asociación importante con la APOE e4. Por lo tanto la presencia de infartos silentes debe alarmarnos sobre la evolución posible de esta patología. Los pacientes que mostraban lesiones en sustancia blanca desarrollaron un deterioro mayor de la función cognitiva en pruebas que evaluaron función ejecutiva y velocidad mental.

El estudio de FRAMINGHAM muestra que la evolución de la diabetes en asociación con hipertensión arterial son factores de riesgo importante para deterioro cognitivo, principalmente en pruebas de organización visual y memoria. El incrememento de procedimientos invasivos neurológicos y cardiovasculares se han convertido en factores de riesgo ya que producen lesiones solamente visualizadas por difusión inmediatamente después del estudio, que pueden persistir en el tiempo o desaparecer, y estos pacientes desarrollan cuadros psiquiátricos o neurológicos que pueden evolucionar a deterioro cognitivo.

El estudio HONOLULU incluyó 3.703 pacientes de origen japonés y americano, y se estudió la relación entre la presión arterial en el adulto joven con el riesgo incrementado de demencia al llegar a la ancianidad, principalmente en el no tratado por su hipertensión arterial. Los autores concluyeron que la presión arterial puede ser un mediador importante en el desarrollo de la patología que finalmente lleva a la demencia.

Las estrategias para el abordaje de esta patología apuntan a la prevención ya que se sabe que la enfermedad vascular contribuye a cualquier tipo de demencia, por lo tanto controlando los factores de riesgo estamos actuando sobre la evolución tanto de la demencia vascular como la de tipo Alzheimer.

Estudios realizados sobre los factores de riesgo vasculares y deterioro cognitivo con evaluaciones periódicas durante un lapso de tiempo, vieron que tanto la diabetes como la Hipertensión Arterial estaban asociadas con deterioro cognitivo sin stroke mientras que la dislipemia, IMT (índice intima media de carótidas) y tabaquismo no lo estaban.

El estudio PROGRESS y el SYST-EUR demostraron que el tratamiento activo de la Hipertensión Arterial disminuye en forma significativa la incidencia de deterioro cognitivo o demencia incidental.

En 2001 Jacobson et al. comunicaron en la Sociedad Americana de Hipertensión los resultados de 66 pacientes enrrolados en el estudio

El estudio de FRAMINGHAM muestra que la evolución de la diabetes en asociación con hipertensión arterial son factores de riesgo importante para deterioro cognitivo, principalmente en pruebas de organización visual y memoria.

armado alzheimer 32-42.qxd 26/02/2008 16:20 PÆgina 7

FOCUS realizado sobre pacientes con Hipertensión Arterial con deterioro cognitivo y lesiones en sustancia blanca. Este fue el primer estudio que sugirió que el estricto control de la presión arterial (valores no mayores a 140/90 mmHg) producía una mejoría significativa en todas las áreas cognitivas.

El estudio SCOPE demostró que el tratamiento antihipertensivo con candesartan (un bloqueante de los receptores de angiotensina) disminuía la declinación cognitiva en áreas tales como la atención y la memoria episódica, en tanto la memoria de trabajo y la función ejecutiva no mostraron diferencias entre grupos. El estudio SYST-EUR se realizó sobre una población >65 años con hipertensión arterial "sistólica aislada" concluyó que el adecuado tratamiento redujo la incidencia de demencia, enfermedad tipo Alzheimer y formas mixtas en los pacientes >85 años, desde 7.4 a 3.3 casos por 1000 pacientes/año.

Se estima que tratando 1000 pacientes HTA durante 5 años se previenen 20 casos de demencia (Lancet 1998, 352.)

El objetivo de PA a conseguir es similar que para los sujetos mas jóvenes <140/90 mmHg, pero es mas difícil alcanzarlo. Se considera aceptable el valor más bajo que el paciente tolere, siempre que mantenga una buena calidad de vida. En pacientes con HA sistólica aislada se ha recomendado limitar el descenso de la presión sistólica si la diastólica alcanza valores por debajo de 65 mmHg. Hoy por hoy las cifras aceptadas como norma son 130/80 y en DBT menos aún. Por lo tanto un tratamiento correcto y específico podría retrasar la aparición de lesiones mas serias y así mejorar las conductas y el pronóstico en este grupo de la población que será el más prevaleciente.

Perfil neurocognitivo

Se ha comunicado que la hipertensión arterial es una de las causas mas frecuentes de aparición de encefalopatía vascular por incremento del proceso de aterogénesis en las zonas de turbulencia hemodinámica y por los cambios en la pared vascular sometida a variaciones de la presión arterial, con incrementos de la misma, tal estado produce hipoperfusión tisular del tejidos nervioso.

El riego de presentar alteraciones cognitivas es 1,29 veces mayor por cada 10

memoranda
imágenes fotográficas para la estimulación cognitiva
www.memoranda.com.ar

armado alzheimer 32-42.qxd 26/02/2008 16:20 PÆgina 8

mmHg de incremento de la presión arterial diastólica, independientemente de otras variables.

Distintos estudios evidencian un patrón de deterioro cognitivo relacionado con dificultades en mediciones de flexibilidad cognitiva, recuerdo verbal y reconocimiento, funciones ejecutivas con errores perseverativos, dificultades en atención sostenida con errores de omisión y falsas alarmas. Tiempos de reacción prolongados.

Clasificación etiológica de demencia vascular

1 Demencia multi-infarto
2 Demencia por infarto único en lugar estratégico
  a) Girus angulares
  b) Territorio a. cerebral posterior y tálamo-perforantes
  c) Territorio a. cerebral anterior
  d) Territorio a. cerebral media derecha
  e) Oclusión carotídea bilateral
  f) Lóbulo parietal
  g) Tálamo (N. intralaminares)
  h) Regiones fronto-basales
3 Demencia por enfermedad de pequeño vaso (cortical/subcortical)
  a) D. subcortical senil
    • Conexiones con sustancia blanca
    • N. ventromedial talámico
    • N. Caudado
    • Córtex frontal dorsolateral
  b) Lagunas múltiples
  c) N. basales; puente; frontales; etc.
  d) Enf. Bisnwanger
  e) Angiopatía amiloide
  f) CADASIL
  g) Otras
4 Demencia por hipoperfusión cerebral
  a) Isquemia cerebral global
  b) Fallo cardíaco
  c) Hipotensión arterial
  d) Isquemia cerebral focal en territorios frontera
  e) Infartos incompletos (s. gris; s. blanca)
5 Demencia secundaria a hemorragia cerebral
  a) HSA
  b) Hematoma subdural crónico
  c) Hematoma cerebral por angiopatía amiloide
  d) Otras
6 Demencia por otras lesiones vasculares cerebrales
  a) Combinaciones
  b) Otras

Casos Clínicos

A continuación se presentan 2 casos clínicos que tienen como factor de riesgo hipertensión arterial crónica el primero, y dislipemia con hipertensión arterial episódica el segundo. Ambos pacientes concurrieron a la consulta con quejas subjetivas de lentitud cognitiva y dificultad atencional, sin mayores quejas en el dominio mnésico.

pacientes

• Paciente 1

Paciente varón de 78 años, 10 años de educación, dominancia manual derecha, actualmente jubilado, derivado por Departamento de Tránsito de la Municipalidad de Rosario, para evaluación por dificultades en pruebas para renovación de carnet de conductor. Como antecedentes personales relacionados es hipertenso en tratamiento crónico. Al examen físico no presenta dificultades en la evaluación de pares craneales, fuerza o sensibilidad. Sus reflejos profundos son normales. Sin reflejos de liberación cortical. En pruebas de coordinación presenta disdiadococinesia. Sin antecedentes familiares.

Se realizaron MMST 29/30 (corte: 24), ACE 81/100 (corte: 86), Screening de Funciones Frontales (F.A.B.) 15/18 (corte: 15), Figura Compleja de Rey, Prueba de Aprendizaje Verbal-Auditiva de Rey, Continuos Performance

armado alzheimer 32-42.qxd 26/02/2008 16:20 PÆgina 9

Evaluaciones cognitivas realizada a pacientes 1, 2 y 3

a) A.C.E (Screening cognitivo)

PACIENTE	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
PRUEBAS	PUNTUACION	PUNTUACION	PUNTUACION
Orientación			
Tiempo	5/5	3/5	5/5
Espacio	5/5	4/5	5/5
Atención y Concentración	8/8	8/8	8/8
Memoria			
C. P. (working memory).	2/3	0/3	3/3
L.P. (memoria episódica).			
Anterógrada M. Inm.	13/21	9/21	17/21
M. Difer.	7/7	0/7	4/7
Retrógrada (personajes políticos).	3/4	0/4	1/4
Fluencia verbal			
Letra P.	4/7	3/7	6/7
Categoría animales	4/7	3/7	6/7
Lenguaje			
Denominación	10/12	11/12	12/12
Comprensión simple	6/6	6/6	6/6
Comprensión compleja	2/2	2/2	2/2
Repetición	5/5	5/5	4/5
Lectura	2/2	2/2	2/2
Escritura	1/1	1/1	1/1
Habilidades visuo-espaciales	4/5	3/5	3/5
Cálculo	5/5	1/5	4/5
Scores totales:			
MMSE	29/30 (24)	24/30 (24)	29/30 (24)
A.C.E	81/100 (86)	60/100 (68)	85/100 (86)

b) Screening Frontal (funciones ejecutivas)

PRUEBAS	PUNTUACION	PUNTUACION	PUNTUACION
1- Series motoras (programación)	3/3	1/3	3/3
2- Instrucciones conflictivas (sensibilidad a la Interferencia)	3/3	2/3	3/3
3- Go-No-Go (Control inhibitorio)	1/3	2/3	3/3
4- Memoria de trabajo verbal (Meses hacia atrás)	2/2	0/2	2/2
5- Memoria de Trabajo Espacial	3/4	3/4	2/4
6- Refranes (abstracción)	2,5/3	2/3	2,5/3
7- Hayling test:			
Etapa 1: Iniciación	2/2	2/2	2/2
Etapa 2: Inhibición	2/6	4/6	5/6
8- Semejanzas (Conceptualización)	2/3	0/3	1,5/3
9- Conducta de Prehensión (Autonomía ambiental)	3/3	3/3	3/3
Score total	23,5/32	19/32	27/32
Score F.A.B.	15 /18	10/18	16,5/18

F.A.B (1+2+3+8+9+fluencia verbal): Punto de corte propuesto: 15.

Test bajo Stress

- ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN
  [Continuos Performance Test **]**

Primera parte

PACIENTE	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Respuestas correctas	34	26	35
Falsas alarmas	3	0	3
Errores de omisión	6	14	5
Promedio del tiempo de reacción	551.47	592.96	496.93
Desviación standard	122.50	74.72	96.40
Coeficiente de variación	22	13	19
d'	1.11	-	1.16

armado alzheimer 32-42.qxd 26/02/2008 16:20 PÆgina 10

Segunda parte

PACIENTE	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Respuestas correctas	37	40	36
Falsas alarmas	5	11	3
Errores de omisión	3	0	4
Promedio del tiempo de reacción	557.41	591.51	538.65
Desviación standard	153.26	142.12	141.22
Coeficiente de variación	27	24	26
d'	1.16	-	1.23

[Atención dividida **]**
Tarea principal

PACIENTE	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Respuestas correctas	6	5	1
Respuestas incorrectas	6	3	2
No respuestas	9	10	14
Promedio del tiempo de reacción	1352.84	1497.47	1951.38
Desviación standard	587.11	146.39	0.00
Coeficiente de variación	43	10	0

Tarea distractora

PACIENTE	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Respuestas correctas	8	5	10
Respuestas incorrectas	0	0	1
No respuestas	7	10	5
Promedio del tiempo de reacción	1576.08	1292.88	1663.39
Desviación standard	218.58	276.72	308.43
Coeficiente de variación	14	21	19

[Emparejamiento dígito - símbolo **]**

Numero de respuestas correctas	**28**	**78**	**69**
Promedio de respuestas correctas	**2.80**	**7.80**	**6.90**

- FUNCIONES EJECUTIVAS

[Amplitud de memoria **]**

Nivel de memoria hacia delante	3	4	6
Nivel de memoria hacia atrás	3	3	4

[Trail Making Test B **]**

Número de puntos acumulados	18	12	21
Respuestas incorrectas	3	0	2
Tiempo total de Ejecución	180000	180000	180000

[Stroop Test **]**
Palabra

	Total	Total	Total
Respuestas correctas	24	22	23
Respuestas incorrectas	0	1	0
No respuestas	0	1	1
Promedio del tiempo de reacción (ms)	1012.24	1071.96	935.64
Desviación Standard (ms)	318.44	246.45	241.74
Coeficiente de variación	31	23	26

Color

	Total	Total	Total
Respuestas correctas	18	16	24
Respuestas incorrectas	5	5	0
No respuestas	1	3	0
Promedio del tiempo de reacción	1342.14	1363.72	979.04
Desviación standard	403.12	354.01	489.45
Coeficiente de variación	30	26	50

armado alzheimer 32-42.qxd 26/02/2008 16:20 PÆgina 11

Test, Atención Dividida, Emparejamiento Dígitos-Símbolos, Stenberg, Digit Spam, Trail Macking Test, Stroop Test, Wisconsin Card.

También se realizaron pruebas de evaluación adicional como N.P.I., Cuestionario de Depresión de Beck y C.D.R.

Las pruebas evidenciaron dificultades en atención sostenida (con errores de omisión), selectiva (con falsas alarmas) en menor medida y dividida en forma marcada (tiempos de reacción prolongados). Memoria inmediata, aprendizaje verbal, recuerdo libre para memoria visual y reconocimiento verbal. Fluencia verbal. Marcadas dificultades para funciones ejecutivas (memoria de trabajo, flexibilidad, cambio de set, inhibición de conducta automática, toma de decisiones con mayor cantidad de errores no perseverativos). Promedio de tiempo de reacción prolongado.

Todas estas dificultades se evidencian cuando el paciente es evaluado por "Test bajo Stress" (computarizados).

El cuestionario C.D.R. puntuó 0,5. El N.P.I. solo evidenció irritabilidad de severidad leve. La escala de Depresión de Beck no evidencia dificultades. La escala de Lawton lo clasificó como autónomo.

• Paciente 2

Paciente de 75 años, sexo femenino, 6 años de educación, dominancia izquierda, actualmente jubilada. Como antecedente medico relacionado sufre de hipertensión arterial esporádica sin tratamiento y dislipemia. El examen físico no arroja datos positivos.

Se realizaron MMST 24/30 (corte: 24), ACE 60/100 (corte: 68), Screening de Funciones Frontales (F.A.B.) 10/18 (corte: 15), Figura Compleja de Rey, Prueba de Aprendizaje Verbal-Auditiva de Rey, Continuos Performance Test, Atención Dividida, Emparejamiento Dígitos-Símbolos, Stenberg, Digit Spam, Trail Macking Test, Stroop Test. También se realizaron pruebas de evaluación adicional como N.P.I., Cuestionario de Depresión de Beck y C.D.R.

Las pruebas evidenciaron dificultades en orientación; atención sostenida, selectiva y dividida; aprendizaje, recuerdo libre y reconocimiento verbal y visual; fluencia verbal; calculo; praxias y marcadas dificultades para funciones ejecutivas.

El cuestionario C.D.R. puntuó 1,4. El N.P.I. no pudo realizarse. La escala de Depresión de Beck no evidencia dificultades.

• Paciente 3

Paciente de 62 años, sexo femenino, más de 12 años de educación, dominancia manual derecha, actualmente ama de casa. Como antecedentes relacionados presenta HTA, vasculopatía periférica e hipotiroidismo en tratamiento. Concurrió a la consulta por episodio de confusión de breve duración con astenia generalizada. El examen físico no arrojaba datos positivos.

Se realizaron MMST 29/30 (corte: 26), ACE 85/100 (corte: 86), Screening de Funciones Frontales (F.A.B.) 16,5/18 (corte: 15), Figura Compleja de Rey, Prueba de Aprendizaje Verbal-Auditiva de Rey, Continuos Performance Test, Atención Dividida, Emparejamiento Dígitos-Símbolos, Digit Spam, Trail Macking Test, Stroop Test. También se realizaron pruebas de evaluación adicional como N.P.I., Cuestionario de Depresión de Beck y C.D.R.

Las pruebas evidenciaron dificultades en atención sostenida, selectiva y dividida; praxias y funciones ejecutivas.

Todas estas dificultades se evidencian cuando el paciente es evaluado por "Test bajo Stress" (computarizados).

El cuestionario C.D.R. puntuó 0,16. El N.P.I. evidencia leve apatía. La escala de Depresión de Beck no evidencia dificultades. La escala de Lawton evidencia dependencia ligera.

pacientes

armado alzheimer 32-42.qxd 26/02/2008 16:20 PÆgina 12

Se realizaron estudios de imágenes cerebrales de RMI con espectroscopia para ambos pacientes y determinaciones sanguíneas con protocolo para deterioro cognitivo.

En el **paciente 1** se evidenciaron imágenes de leucoaraiosis en ambos centros semiovales y disminución del pico de NAA en hipocampo derecho. Se determinaron marcadores de laboratorio con protocolo para deterioro cognitivo que evidencio valores marcadamente aumentados de homocisteina en sangre.

En el **paciente 2** las imágenes concluyeron leucoencefalopatía vascular, atrofia de parénquima a nivel central, disminución del volumen de estructuras profundas con incipiente atrofia cortical fronto-temporal. Los valores de laboratorio marcaron aumento ligero de colesterol en sangre.

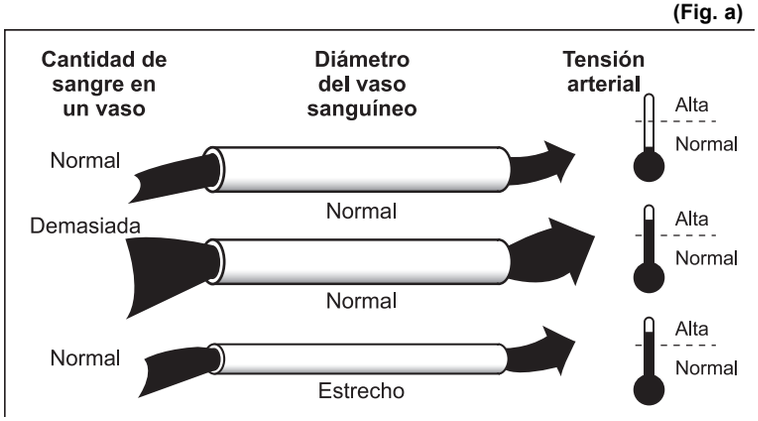
En la **paciente 3** la RMI de encéfalo evidencio imágenes en protuberancia parasagital izquierda. Pequeñas lesiones hiperintensas subcorticales periventriculares compatibles con lesiones vasculares en región bifrontal. Espectroscopia de lóbulos temporales con leve disminución de la relación NAA/creatina. En la perfusión se observo mínima hipoperfusión subcortical.

Conclusión

La prevención primaria de la hipertensión arterial es posible modificando hábitos de vida, como el tabaquismo, el sedentarismo, el excesivo consumo de sal y de alcohol, y el alto consumo calórico que lleva a la obesidad. Puesto que uno de los objetivos de la prevención primaria es reducir el aumento de PA con la edad, es imprescindible orientar sobre hábitos saludables de vida a todo paciente que llegue a la consulta, haciendo énfasis en el paciente joven, con el propósito de reducir la hipertensión en el anciano.

Identificar y tratar a pacientes con antecedentes familiares de patología vascular realizando prevención primaria a temprana edad son los lineamientos actuales y sobre los cuales se debe concientizar a la población médica y general.

(Fig. a)



Referencias

1- Taragano, Fernando; Allegri, Ricardo; Vicario, Augusto; Bagnati, Pablo; Pereyra Redondo, Juan; Kremer, Janus; Serrano, Cecilia; Sarasola, Cecilia; Loñ, Leandro. ARTERIAS, CORAZON Y CEREBRO. Fisiopatologia vascular de los trastornos neuropsiquiatricos.

2- Arch Clin Neuropsychol. 2004 Sep; 19(6): 745-57. The neuropsycological profile of vascular cognitive impairment-no dementia: comparisons to patients at risk for cerebrovascular disease and vascular dementia.

3- Arch Clin Neuropsychol. 2004 Feb; 18(1): 41-9. The pattern of neuropsychological deficits in Vascular Cognitive Imparment-No Demencia (Vascular CIND).

4- Curr Opin Neurol. 2006 Dec; 19(6): 559-64. Cognitve function following stroke and vascular cognitive impairtment.

5- Factores de riesgo vascular y metabólicos en sujetos con antecedentes de enfermedad de Alzheimer esporádica. Mangone, C.A. y colaboradores. Revista Neurológica Argentina.

6- Potenciales Evocados Cognitivos en pacientes con hipertensión Arterial no complicada. M. E. De Quesada-Martinez, M.Blanco-Garcia, L. Diaz-De Quesada. Revista de Neurología Española. 2005; 40 (9): 523-531.

7- Hipertensión Arterial y Deterioro Cognitivo en el anciano. Artículo de Revisión de la Revista Argentina de Cardiologia. Weissman, Paula; Consalvo, Damian; Solis, Patricia; Baglivo,Hugo; Ramirez, Agustin; Sanchez, Ramiro. 2002

8- Int J Geriatr Psychiatry. 2004 Nov; 19 19(11): 1053-7. Neuropsycological characteristics of mild vascular cognitive impartment and demencia after stroke.

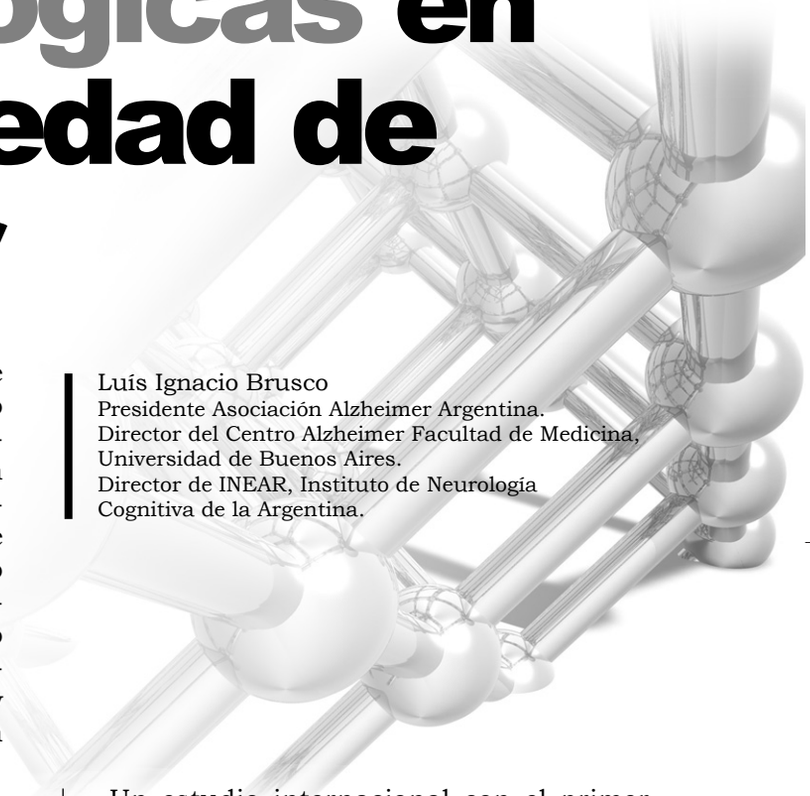
9- Stroke. 2002 Aug; 33(8): 1999-2002. Neuropsycological predictors of incident dementia in patients with vascular cognitive imparirment, without demencia.

10- Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. R. Alberca- S. Lopez Pousa. 2ª edición.

armado alzheimer 43-45.qxd 13/03/2008 15:01 PÆgina 1

FÁRMACOS NUEVOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Nuevas posibilidades farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer



Luís Ignacio Brusco
Presidente Asociación Alzheimer Argentina.
Director del Centro Alzheimer Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
Director de INEAR, Instituto de Neurología Cognitiva de la Argentina.

Existe un grupo de los mismos que pueden beneficiarse del tratamiento con inhibidores de la acetilcolinesterasa, siendo estos aquellos pacientes con comienzo tardío del cuadro, estadios iniciales de la enfermedad y ausencia de enfermedad orgánica asociada. Este grupo de farmacos incluye Galantamina, Donepezilo y Rivastigmina. Las nuevas fórmulas o de liberación prolongada en parches prometen una mayor facilidad de aplicación y principalmente una mejor tolerancia con menos efectos adversos de estos fármacos.

Rivastigmina

Es un inhibidor cerebral selectivo de la acetilcolinesterasa cerebral, con escasa acción sobre la enzima periférica. Su vida media es corta (alrededor de 50 minutos), si bien el efecto puede prolongarse de 10 a 12 horas, debido a que inhibe pseudo irreversiblemente a la enzima, persistiendo el bloqueo luego que se elimina la droga. Las dosis efectivas son las más altas de 6 a 12 mg/día. Sus Beneficios se obervan, al igual que galantamina y donepezilo, en todas la etapas de la enfermedad. Mejorando no sólo la cognición sino la conducta del paciente. Son los efectos adversos más frecuentes nauseas, vómitos, cefaleas, mareos, agitación e insomnio. Pero los mismo podrían ser mitigado a través de una nueva vía de aplicación: Los Parches Transdérmicos.

Un estudio internacional con el primer parche transdérmico para pacientes con enfermedad de Alzheimer (una enfermedad cerebral degenerativa que se calcula que afecta a más de 15 millones de personas en todo el mundo) indica que puede constituir un nuevo y prometedor modo de tratamiento.

Según el ensayo IDEAL de seis meses de duración, en el que participaron 1.195 pacientes con enfermedad de Alzheimer, Exelon Patch proporcionó efectos beneficiosos en una serie de síntomas y la dosis diaria fue bien tolerada. Los resultados los ha presentado la Asociación madrileña de Alzheimer en la X Conferencia Internacional sobre la enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados (ICAD, International Conference on Alzheimer's Disease and Related Disorders).

Los pacientes tratados con Exelon Patch

armado alzheimer 43-45.qxd 26/02/2008 16:43 PÆgina 2

(parche transdérmico de rivastigmina) mostraron mejorías importantes de la memoria y tuvieron más capacidad para mantener las actividades cotidianas que los pacientes que recibieron placebo. También tardaron hasta 20 segundos menos en completar una tarea de concentración en comparación con los pacientes que recibieron placebo, y los médicos consideraron que los pacientes que usaron Exelon Patch tuvieron una actividad general mejor.

Por otro lado, más del 70% de los cuidadores del estudio IDEAL prefirieron el parche a las cápsulas como método de administración del fármaco porque les permitía seguir mejor la posología, por su facilidad de uso general y por su menor interferencia con la vida diaria2, según un cuestionario del estudio. "El parche constituye una nueva e importante opción para los pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus familias", dijo el Prof. Bengt Winblad del Instituto Karolinska de Estocolmo e investigador principal del estudio. "La dosis diaria del parche de rivastigmina proporcionó una eficacia similar a la conseguida con las dosis más elevadas en cápsulas y produjo un número tres veces menor de comunicaciones de náuseas y vómitos. Un parche transdérmico puede ser el mejor modo de administrar la rivastigmina para tratar la enfermedad de Alzheimer". Los parches transdérmicos están diseñados para proporcionar una administración continua y controlada del fármaco a través de la piel. Con ello se mantiene una concentración sanguínea estable del fármaco, lo que puede reducir los efectos secundarios y en consecuencia permitir el acceso a dosis más elevadas. Además, los parches pueden ayudar a los cuidadores a vigilar el cumplimiento terapéutico porque proporcionan una seguridad visual de la toma del medicamento.

La FDA ha autorizado el Parche (sistema transdérmico rivastigmina) de Novartis para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y también aprobó el fármaco como una terapia para la demencia asociada con enfermedad de Parkinson leve a moderada.

La aprobación de la FDA se fundamentó en los datos del ensayo IDEAL, el cual examinó al fármaco en el tratamiento de casi 1.200 pacientes sufriendo formas leves a moderadas de la enfermedad de Alzheimer.

Los resultados mostraron que el producto tiene un nivel similar de eficacia terapéutica a la dosis máxima de la formulación de rivastigmina en cápsulas, en términos de concentraciones de rivastigmina en el flujo sanguíneo logradas durante 24 horas.

Galantamina

Es una amina terciaria fenantrénica, usada en el tratamiento de paresias, parálisis y miastenia gravis, recomendándose dósis de entre 20 y 60 mg/día. Su vida media es de 8 horas, y entre los efectos adversos más habituales se encuentran la agitación, insomnio e irritabilidad.

Un alcaloide terciario, es un inhibidor selectivo, competitivo y reversible de la acetilcolinesterasa. Además, la galantamina mejora la acción intrínseca de la acetilcolina sobre los receptores nicotínicos, probablemente a través de la unión a un sitio alostérico del receptor. Como consecuencia, puede conseguirse un aumento de la actividad en el sistema colinérgico asociado con una mejoría de la función cognitiva en

armado alzheimer 43-45.qxd 26/02/2008 16:43 PÆgina 3

pacientes con demencia del tipo Alzheimer.

Estudios Clínicos

Las dosis de Reminyl® ER que mostraron ser efectivas en los ensayos clínicos fueron 16, 24 y 32 mg/día. La eficacia de la galantamina ha sido estudiada usando 4 medidas específicas de resultados: ADAS-cog (medida cognitiva basada en desempeño), CIBIC-plus (evaluación global realizada por un médico independiente basada en una entrevista clínica con el paciente y el cuidador), diversas mediciones de las actividades del diario vivir y el Inventario Neurosiquiátrico (NPI, una escala que mide los trastornos del comportamiento). En estudios clínicos, el rendimiento de los pacientes tratados con galantamina según ADAS-cog y CIBIC-plus fue constante y significativamente mejor estadísticamente que los pacientes que estuvieron con placebo. Los pacientes que fueron tratados con galantamina por 6 meses tuvieron resultados ADAS-cog significativamente mejores comparado con sus resultados iniciales. Comparado con los pacientes no tratados hubo un beneficio substancial y sostenido en la función cognitiva. El tratamiento con galantamina también protegió significativamente las actividades del diario vivir, tales como vestirse, higiene, preparación de la comida, etc. Estos fueron evaluados usando la Evaluación de la Discapacidad en Demencia (DAD) y el Inventario ADL del Estudio Cooperativo. Además de mejorar la adherencia al tratamiento del paciente, las cápsulas de liberación prolongada se adecúan mejor a los ritmos de liberación de la acetilcolina. Así se produce una liberación mayor durante las horas diurnas y esta se reduce al llegar la noche", aclara el doctor José Luis Molinuevo, Jefe de la Unidad de Alzheimer y Otros trastornos cognitivos del Hospital Clínicas Provincial de Barcelona.

La Agencia Española del Medicamento ha aprobado la dosis única diaria de galantamina, una nueva versión de este tratamiento contra la enfermedad de Alzheimer comercializado en nuestro país por Janssen-Cilag como Reminyl. Esta nueva forma farmacéutica (Reminyl cápsulas de liberación prolongada) ofrece a los pacientes con enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente un tratamiento eficaz y seguro en una sóla dosis.

Disponer ahora de galantamina de liberación prolongada, remeda lo que ocurre fisiológicamente a nivel cerebral, es decir que durante el día haya más cantidad de acetilcolina libre en las neuronas y por la noche se reduce esta concentración, facilita además que esta nueva fármaco mejore el perfil de sueño del paciente. Reducir el número de dosis simplifica la administración del tratamiento, y garantiza la cantidad global de fármaco que el enfermo ingiere, ya que evita muchos olvidos. Este hecho revierte en una mejor calidad de vida del familiar por la tranquilidad que le supone. De hecho, según los test de estrés y sobrecarga del cuidador, una de las cosas que más estrés le produce al familiar es saber que quién está cuidando al enfermo le ha dado su mediación. Con una dosis única es fácil que el propio familiar pueda administrar la mediación sin necesidad de delegar".

armado alzheimer 29- 31 (1) gutierrez.qxd 26/02/2008 16:52 PÆgina 2

Por
Dra. Graciela Beatriz Gutiérrez
Diputada Nacional

DIPUTADOS SANCIONÓ EL PROYECTO LEY Nº 1803-D-07

143 diputados votaron por la afirmativa

El día 28 de noviembre la Honorable Cámara de Diputados sancionó el proyecto Nº 1803-D-07, en esa sesión de los 148 diputados presentes, 143 votaron por la afirmativa y 5 se abstuvieron.

Ya está dando frutos el trabajo iniciado hace algún tiempo, de esta manera comienzo a cumplir con la palabra empeñada. Este es el primer paso hacia una ley que ayudará a muchas personas que sufren el Mal de Alzheimer y por supuesto ayudará a sus familias que viven día a día con ellos esta enfermedad.

Quisiera compartir con ustedes las palabras que pronuncié en el recinto, en aquel momento tan importante: Demencia: se refiere a la pérdida significativa de las funciones mentales, asociado a cambios psicológicos y de pérdida del comportamiento, respecto de las capacidades previas del sujeto.

La Enfermedad de Alzheimer es una demencia progresiva y degenerativa del sistema nervioso central, los estudios epidemiológicos la registran como la más frecuente de las demencias.

La prevalencia de esta enfermedad en la población de más de 65 años es del 5 al 10 % (1 a 2 de cada 10 pacientes) y esta cifra aumenta hasta el 50% en los mayores de 85 años (1 de cada 2 pacientes). Si consideramos que la expectativa de vida ha aumentado en forma considerable en estos últimos tiempos se calcula que de aproximadamente 12 millones de afectados en todo el mundo la cifra aumentará en los próximos 25 años a cerca de 22 millones. El crecimiento demográfico de la población de adultos mayores es un hecho debido al aumento de la cada vez

armado alzheimer 29- 31 (1) gutierrez.qxd 26/02/2008 16:52 PÆgina 3

mayor expectativa de vida, se estima que para el 2020 la población de adultos mayores de 65 años alcanzará entre 20-25 % de la población total, la Argentina en la actualidad tiene aproximadamente 500.000 enfermos de Alzheimer; si consideramos la proyección realizada por el INDEC al 2007 respecto al número de habitantes en base al censo 2001 se calcula que la Argentina tiene 40 millones de argentinos; con estas cifras podemos presumir que el 1,25 % de la población argentina presenta mal de Alzheimer.

Con estas cifras alarmantes me propuse trabajar en este proyecto buscando a través de las diferentes instituciones que atienden esta temática los problemas más urgentes. Identificando a través de un diagnóstico de situación los puntos más importantes a considerar en un proyecto de ley que fuera lo más abarcativo posible, surgió en primer lugar que esta es una realidad que aumenta con la longevidad como mencione anteriormente.

El segundo punto a considerar es que cuando se hace el diagnóstico de mal de Alzheimer la mayoría de las veces se realiza en las etapas tardías de la enfermedad, el paciente llega a la consulta muy deteriorado, en un estado general malo y las herramientas terapéuticas que se podrían haber usado en una etapa temprana ya no son útiles, la familia llega angustiada, estresada y desesperada. Una familia destruida, una persona con una salud muy endeble y un paciente sumamente costoso en todo punto de vista: terapéutico, social, económico y psicológico hechos que son prevenibles con un diagnóstico temprano.

1803-D-07

Otro de los puntos fundamentales es la problemática familiar, queda claro que esta es una enfermedad que no afecta solo al enfermo, este está inmerso en un grupo familiar que también enferma y en una comunidad que también es afectada por un integrante de la misma al principio el desconocimiento y la incomprensión de los que rodean al paciente de mal de Alzheimer puede traducirse en enojo, ira vergüenza, luego en incomprensión, pena y culpa y finalmente por la falta de contención en impotencia y soledad. El estrés físico y emocional de la familia del enfermo de Alzheimer es muy grande por ello es importante la información temprana para que de esta manera se pueda planificar cuidados futuros, compartir los problemas con otras familias, reconocer sus limitaciones y sentirse acompañada en el proceso de esta enfermedad.

armado alzheimer 29- 31 (1) gutierrez.qxd 12/03/2008 19:02 PÆgina 4

El cuarto punto a tener en cuenta, es que el tratamiento de estos enfermos no es reconocido por la mayoría de las obras sociales con lo cual se profundiza aun más la problemática familiar y el correcto cuidado de estos enfermos.

Y finalmente el último punto es la situación de los geriátricos que albergan en todo el territorio nacional a estos enfermos, solo a título de recordatorio de los casi mil geriátricos existentes en la Capital Federal solo el 60 por ciento están habilitados ya que la mayoría se declara como hogares o casa de familia que a lo sumo pueden alojar hasta 4 abuelos aunque sabemos que clandestinamente alojan a más convirtiéndose en geriátricos no habilitados, de este 60 % habilitado sabemos que no hay diferenciación entre las personas que no tienen con las que tiene la enfermedad, todos están en el mismo sector pero sabemos que los pacientes con Alzheimer requieren ciertas medidas físicas y de precauciones especiales, de ahí la necesidad para determinar si estos están preparados para recibir pacientes con esta enfermedad que algunas veces se convierten en depósitos de abuelos que son dopados para que no generen situaciones de peligro para ellos y para los demás abuelos.

Es por ello que el objeto de la presente ley tiene dos pilares fundamentales, por un lado el paciente de mal de Alzheimer y por otro lado los familiares directos y convivientes; en ambos pilares consideré medidas de prevención, tratamiento e inclusión social creándose en el ámbito del Ministerio de la Nación el Programa Nacional de la enfermedad del mal de Alzheimer.

Es por ello que el objeto de la presente ley tiene dos pilares fundamentales, por un lado el paciente de mal de Alzheimer y por otro lado los familiares directos y convivientes; en ambos pilares consideré medidas de prevención, tratamiento e inclusión social creándose en el ámbito del Ministerio de la Nación el Programa Nacional de la enfermedad del mal de Alzheimer.

Dentro de la prevención es fundamental no solo la difusión a través de campañas destinadas a la población en general ya que son los familiares el primer eslabón de esta cadena detectando los primeros síntomas, también la difusión académica científica que permita elaborar estadísticas informar a los profesionales sobre los avances de la ciencia, tratamientos y carreras disponibles a nivel nacional así también la formulación de convenios con centros de salud universidades etc., a fin de contar con personal médico y asistencial capacitado en esta patología.

Con respecto al tratamiento especifico la incorporación en el Plan Médico Obligatorio (PMO) de esta enfermedad resulta fundamental no solamente para la asistencia médica, psicológica y farmacológica del enfermo sino también de su entorno familiar y finalmente la inclusión social y familiar a través del desarrollo de actividades deportivas, recreativas y otras destinadas a fomentar el fortalecimiento de lazos familiares y sociales, ya nadie duda de los efectos cualitativos benéficos de la intervención no farmacológica bajo la modalidad de estimulación o entrenamiento intelectual que científicamente comprobado prolongan la aparición de los síntomas de esta enfermedad .

Alguien me dijo una tarde en Santa Cruz, (esa Santa Cruz que según algunos yo no conozco) doctora no olvide nunca a los que no pueden recordar,

Antes de finalizar mi discurso en el recinto deje en claro que quizás muchos de nosotros no recordemos que ese DIA avanzamos en una ley tan importante para nuestros adultos mayores pero les pedí que piensen que quizás es una ley para nosotros mismos.