



Revista Argentina

ALZHEIMER

Y OTROS TRASTORNOS COGNITIVOS

Nº 16

AÑO 2013

ALZHEIMER
ARGENTINA

/ La práctica del Mindfulness en el manejo del estrés y ansiedad en tercera edad

Pág 5

/ Rehabilitación Neurocognitiva en la Enfermedad de Alzheimer

Pág 12

/ Abordaje kinésico de la apraxia ideatoria en demencia basado en las investigaciones en Neuronas Espejo

Pág 17

/ El cuidado del cuidador

Pág 25

/ Anciano, síndrome confusional agudo y virus de la inmunodeficiencia humana. Una triada para tener en cuenta

Pág 33

CARRIER®

MEMANTINA - DONEPECILO

PLUS

*La forma más simple
de prolongar
los buenos momentos*



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

CARRIER®
20/10 PLUS

Memantina 20 mg / Donepecilo 10 mg
56 comprimidos
(28 comprimidos + 28 comprimidos)

CARRIER®
20/5 PLUS

Memantina 20 mg / Donepecilo 5 mg
56 comprimidos
(28 comprimidos + 28 comprimidos)



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

STAFF

DIRECTOR- PRESIDENTE

Dr. Luis Ignacio Brusco

SECRETARIO CIENTÍFICO

Dr. Janus Kremer

Dr. Carlos Mangone

COMITÉ CIENTÍFICO NACIONAL

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

COMITÉ DE RELACIONES INSTITUCIONALES

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

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

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

EDITORIAL

El envejecimiento es un fenómeno universal que comprende una reducción de la capacidad funcional. Esta pérdida es un proceso gradual que se manifiesta lentamente y cuya magnitud varía de un individuo a otro, influenciado por la presencia de distintos factores de riesgo y la resiliencia cognitiva de cada paciente. El deterioro cognitivo que se observa en los pacientes con Enfermedad de Alzheimer, representa una problemática que no solamente incluye a los profesionales de la salud, sino también a la familia y a la salud pública. Los derechos y necesidades de los pacientes afectados por esta enfermedad suelen entrar, por lo general, en conflicto con las necesidades de sus familiares o cuidadores. De forma tal que si se trabaja en relación al carácter progresivo y crónico de la demencia, realizando psicoeducación sobre la futura incapacidad por parte del paciente y de la familia, podrían evitarse muchos de los conflictos que surgen durante la evolución de la enfermedad. El papel que cumple la familia y/o el cuidador es esencial en la atención de estos pacientes. El cuidado que se les brinda es, muy frecuentemente, el centro de la existencia del cuidador, de modo tal que modifica, en forma negativa, su calidad de vida. En consecuencia es importante el desarrollo de estrategias que sirvan de apoyo para evitar el burn-out del cuidador. Por ello es que desde la Asociación Alzheimer Argentina creemos de gran relevancia la comunicación e intercambio, a través de nuestra revista, de los avances y herramientas para el abordaje del deterioro cognitivo, también consideramos fundamental brindar charlas abiertas a la comunidad para familiares de pacientes con deterioro cognitivo y enfermedad de Alzheimer y organizar las XVI Jornadas de Alzheimer y otros trastornos cognitivos, para facilitar la actualización profesional.

Asociación Alzheimer Argentina

Editorial: PUGNA - Cecys

SUMARIO

La práctica del Mindfulness en el manejo del estrés y ansiedad en tercera edad PÁG 5

Dra. Mariela A. de la Fuente. Dra. Gabriela M. Sucar

Rehabilitación neurocognitiva en la enfermedad de Alzheimer PÁG 12

Dr. Daniel Sulim

Abordaje kinésico de la apraxia ideatoria en demencia basado en las investigaciones en Neuronas Espejo PÁG 17

Lic. Daniel Marvaso

El cuidado del cuidador PÁG 25

Lic. Stella Maris Anchubidart

Anciano, síndrome confusional agudo y virus de la inmunodeficiencia: una triada para tener en cuenta PÁG 33

Dra. Silvana Gabriela Pace

Revista Argentina de ALZHEIMER y otros trastornos cognitivos. N° 16 Año 2012. Todos los derechos reservados. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en esta revista o notas no representan necesariamente la opinión de la revista y son exclusiva responsabilidad de sus autores.

ALZHEIMER 2013

XVI JORNADAS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER y otros trastornos cognitivos

21, 22 y 23
Agosto
9 a 19hs

Hotel NH & Tower
Buenos Aires
Bolivar 120

-Inscripción Previa-

2013

La práctica del Mindfulness en el manejo del estrés y ansiedad en tercera edad

Dra. Mariela A. de la Fuente
Médica-Neuróloga

Dra. Gabriela M. Sucar
Médica-Geriatra

“Que Dios me de la paciencia de soportar lo que no puedo cambiar, La capacidad de cambiar lo que puedo cambiar y La sabiduría de diferenciar lo uno de lo otro”.

(Hans Selye)

El termino Mindfulness no tiene una traducción exacta al español. Elegiremos la acepción “atención plena” como la más cercana al concepto. Así, Mindfulness o atención plena se define como: “prestar atención deliberadamente al momento presente con aceptación”.

La mente suele perderse en hechos pasados o futuros, calcula, especula, juzga. Rara vez estamos en el momento presente, abiertos y receptivos a lo que éste nos pueda traer. Solemos apegarnos a ciertos aspectos de nuestra experiencia y a rechazar otros, cerrándonos a la experiencia más inmediata y generando un patrón de desatención casi permanente.

Desde esta comprensión, la práctica de Mindfulness no intenta ir a ningún sitio ni sentir algo especial. La práctica disciplinada cultiva la capacidad de darse cuenta de lo que sucede mientras sucede, invitando a entrenar la mente para mantenerla en calma y tornarla progresivamente más atenta y concentrada para poder así desarrollar un cambio en la relación con la propia experiencia, momento a momento.

El Mindfulness es una práctica que busca concentrarse en adquirir una comprensión más profunda de lo que esta ocurriendo en el aquí y ahora y vivenciarlo tal cual aparece; una práctica de detenerse y ser consciente de todo aquello que se está viviendo, más que intentar modificar la situación o huir de ella. No se trata de una resignación pasiva, ni de una desesperanza aprendida sino más bien de un modelo de cambio que confía en el ser consciente en profundidad. Como palanca de cambio, la práctica de Mindfulness permite darle un nuevo sentido a la situación o encontrar alternativas genuinas de solución y no las mismas e insatisfactorias soluciones intentadas fallidas.

También marca un énfasis en la actitud del estar presente, de vivir comprometido, primordialmente con lo que aparece a cada instante y no con lo ya ocurrido o con lo que podría ocurrir.

INDICE

Introducción	4
¿Qué es el estrés?	6
¿Qué es la ansiedad?	11
Tratamiento de ansiedad y estrés en tercera edad	13
El rol del mindfulness en la regulación del estrés y la ansiedad	16
Conclusión	19
Bibliografía	20

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas ha habido, en occidente, un creciente interés en el estudio e integración de las prácticas contemplativas. Estamos siendo testigos de la irrupción de las prácticas meditativas orientales en la teoría y en la práctica de la psicología, de la psicoterapia y, en general, de la ciencia occidental. Estamos observando la introducción en estos campos del término Mindfulness y sus técnicas. Estos modelos abordan de una manera más integrada y humanizada los diferentes aspectos asociados a la salud, la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y el cuidado de las personas.

En este trabajo vamos a revisar qué es el estrés, la ansiedad, ciertas características que tienen estas patologías en la tercera edad y qué rol cumple la práctica de Mindfulness como parte del manejo de las mismas.



¿QUÉ ES EL ESTRÉS?

“Prevenir es mejor que curar”. Este conocimiento antiguo y simple no ha perdido su validez aun hoy en día. Sin embargo, los caminos concretos recorridos para su puesta en marcha práctica se han transformado.

El mejoramiento general de las condiciones de vida y los avances de la medicina moderna han conducido a que la expectativa promedio de vida casi se haya duplicado. Con ello, al mismo tiempo, se ha alterado decisivamente el espectro de las enfermedades predominantes. Las enfermedades infecciosas no están más en primer plano como era el caso hace 70 u 80 años sino que predominan, en general, las denominadas “enfermedades de la civilización”, de curso crónico. Entre ellas están las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, enfermedades degenerativas de los músculos y del esqueleto y también, enfermedades y dolencias psíquicas y psicosomáticas.

El comportamiento y las relaciones influyen en conjunto en el origen de las “enfermedades de la civilización”.

Si bien las enfermedades modernas pueden ser tan diferentes en sus causas, en sus cuadros de manifestación y en sus cursos, también tienen algo en común: se desarrollan lentamente en un proceso que frecuentemente dura años, con consecuencias de morbimortalidad elevada a la edad adulta y en la vejez, lo cual condiciona un deterioro marcado en la calidad de vida a esta edad.

El concepto de “estrés” ha experimentado, especialmente en las dos últimas décadas, una popularidad como casi ningún otro concepto de las ciencias humanas. No hay casi un ámbito de la vida cotidiana que no esté asociado con este concepto: desde el estrés del lugar de trabajo, en la escuela, en el jardín de infantes, hasta el estrés por el rendimiento, por las relaciones y el estrés de tiempo libre.

El médico y bioquímico austríaco-canadiense, Hans Selye, considerado hoy el padre de la investigación moderna del estrés, fue el primero en investigar sistemáticamente la reacción del estrés corporal. El lo define como *síndrome de adaptación general*. Lo que significa una reacción inespecífica de un organismo ante cualquier tipo de sobrecarga, cuyo fin es la adaptación.

La reacción al estrés se caracteriza por los siguientes indicadores:

- > El corazón recibe mayor irrigación y es capaz de mejor rendimiento.
- > Se eleva la frecuencia de latidos cardíacos, los bronquios se amplían y se acelera la respiración.
- > Se mejora la irrigación de la musculatura esquelética y se eleva la tensión muscular.
- > Aumenta la expulsión de las reservas de glúcidos del hígado a la sangre, posibilitando su utilización.
- > Se eleva la capacidad de coagulación de la sangre.
- > Disminuye la actividad excretora del estómago e intestinos.
- > Se restringe la respuesta a estímulos sexuales y el funcionamiento de los correspondientes órganos.
- > Se reduce la respuesta inmunológica.

Como término general, el estrés designa a todas las exigencias, tensiones y agresiones a la que es sometido un organismo humano o animal, en forma aguda o crónica. También se denomina estrés a la respuesta fisiológica y psicológica que manifiesta el individuo ante los diferentes estresores. Y por último, se considera al estrés como la sumatoria de la interacción de diferentes demandas o exigencias a la que es sometido el individuo y la respuesta específica o idiosincrática a las mismas.

La OMS describe al estrés como “el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción”. Estas respuestas, que disponen al animal y al hombre primitivo para la lucha o huida, son automáticas y ocurren también en el hombre civilizado con una diferencia fundamental: en este último, se producen los mismos cambios neuroendocrinos-vegetativos pero con una inhibición o socialización de la respuesta agresiva. A su vez, los órganos viscerales (cardiovascular, gastrointestinal, respiratorio, etc.), efectores terminales de la activación simpática, van acusando el impacto de la misma al no ocurrir una adecuada descarga motora del sistema músculo-esquelético.

Cuando las demandas del entorno psicosocial son excesivas, intensas y/o prolongadas, se supera la capacidad de resistencia y adaptación del organismo llegando al distrés o mal estrés. El distrés se produce cuando se llega al punto de inflexión de la curva de rendimiento humano, que es creciente primero, luego se va achatando y finalmente inicia su descenso. La

forma de esta curva es de U invertida y grafica cómo el rendimiento biológico se optimiza a medida que la activación crece, hasta llegar a un punto en que una demanda desmesurada lleva a un incremento excesivo de la respuesta conductual y biológica, situando al organismo al borde del fracaso adaptativo. A partir de este punto cualquier estímulo adicional, aunque pequeño, puede provocar disfunciones y en consecuencia, enfermedades; dado que el organismo comienza a claudicar en sus intentos de adaptación y cualquier estímulo resulta excesivo e implica un gran esfuerzo.

Habitualmente todos nos enfrentamos a diferentes niveles de exigencias o tensiones saludables que estimulan nuestro rendimiento y van optimizando la respuesta a medida que la activación crece. Cuando las respuestas se adaptan al estímulo y a nuestros parámetros fisiológicos, decimos entonces que hay un buen estrés que nos acompaña a lo largo de la vida; este estrés es indispensable para el desarrollo y funcionamiento psicofísico y para la adaptación con el medio. Pero puede llegarse a un punto en donde las exigencias sobrepasen a nuestros recursos y en el que los rendimientos que se intentan resultan insuficientes. Las diferencias pueden ser muy notables entre los individuos, ello se debe a que los seres humanos, ante estímulos de similar magnitud, presentamos reactividades distintas. De todas maneras, cuando a una persona se le hace sobrepasar el punto óptimo de la curva de rendimiento-activación, comienza un descenso de sus respuestas hasta llegar al punto de fracaso adaptativo, que representa el estado biológico de colapso o claudicación. Durante este período de descenso del rendimiento todos los individuos presentan un perfil de respuestas similar. El sujeto tiende a estar ansioso, irritable e insomne, con alteraciones del humor, disminución del rendimiento psicofísico y del apetito y sensación de cansancio principalmente a la mañana. Este estado implica mayor vulnerabilidad ante nuevos agentes estresantes, que se objetiva en diferentes parámetros biológicos reveladores de la falta de modulación cortical (hipercortisolismo con hiperglucemia, hiperlipemia, hiperuricemia hipercoagulabilidad, hipertensión arterial y retención hídrica).

Las personas mayores, en realidad, se encuentran ante menos situaciones de presión que los jóvenes. No obstante, muchas de las presiones de los jóvenes, como marcharse de la casa, casarse, comprar una casa, etc., suponen un reto y una gratificación mientras que las de los mayores son básicamente negativas: mala salud, ingresos bajos, la muerte del cónyuge. Además, el envejecimiento del sistema inmunitario los hace más vulnerables a los efectos del estrés y por tanto más propensos a responder desarrollando una enfermedad. El esfuerzo

se ve mayor sobre todo si padecen alguna enfermedad degenerativa, como problemas de corazón o diabetes.

Se pueden reconocer diferentes agentes estresantes, de diferente índole y duración, externos e internos que pueden afectar a la población geronte.

Pudiéndoselos dividir en:

Estrés somático o físico:

- Exceso de calor, frío u otras condiciones ambientales adversas.
- Exceso de ruido, contaminantes ambientales, agresiones visuales.
- Sedentarismo.
- Dolor y enfermedades somáticas.

Estrés psíquico:

- Éxitos o fracasos personales notables.
- Frustración, insatisfacción y ausencia de objetivos.
- Situaciones de cambio vital o de transición en los roles ejercidos (retirarse, jubilarse, enviudar, etc.)

Estrés sociocultural:

- Reducción del espacio vital, ingresos insuficientes, malas condiciones urbanas, pobreza, marginación social y familiar, pérdida del cónyuge y de seres queridos. Desocupación, etc.

De esta manera, podemos resumir algunas de las consecuencias evidenciadas ante la continuidad en el tiempo del estrés:

- Disminución de las defensas inmunológicas dejando a las personas con mayor exposición a las enfermedades.
- Alteraciones funcionales de los órganos, que más tarde se pueden convertir en daños orgánicos.
- Influencias sobre el sistema endócrino, modificando y



hasta anulando la secreción de algunas hormonas.

- Aparición de conductas compensatorias que intentan regular el nivel de estrés pero generan más daño, tales como exceso de alcohol, café, tabaco, etc.
- Alteraciones del sueño, apetito, del carácter y la aparición de la ansiedad.

¿QUÉ ES LA ANSIEDAD?

La palabra ansiedad proviene del latín “anxietas” y significa congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente. Podemos definir a la ansiedad normal como una sensación de aprehensión difusa, desagradable y vaga que suele estar acompañada por sintomatología autónoma como dolores de cabeza, palpitaciones, opresión en el pecho, molestias gástricas, inquietud, incapacidad de mantenerse sentado o de pie durante un rato, en un mismo sitio.

La ansiedad es una señal de alerta; advierte del peligro inminente y permite a una persona tomar medidas contra la amenaza. Su función es la de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación y su duración está en relación a la magnitud y a la resolución del problema que la desencadenó. A diferencia de ésta, la ansiedad patológica es una respuesta exagerada, no necesariamente ligada a un peligro, situación u objeto externo, que puede llegar a resultar incapacitante al punto de condicionar la conducta de un individuo y cuya aparición o desaparición son aleatorias. En otras palabras podemos decir que la ansiedad es una respuesta normal, ligada al instinto de conservación de la especie, pudiendo transformarse en una respuesta patológica cuando ocurre de modo innecesario y desproporcionado, interfiriendo negativamente en la vida laboral, social y familiar.

Los trastornos de ansiedad pueden manifestarse a través de cambios en las cogniciones, en el estado fisiológico, en el comportamiento y en las emociones. Los síntomas más comunes en la esfera cognitiva son, pensamientos persistentes que se imponen, sensaciones de fallar o vergüenza, entre otros. Los cambios fisiológicos más comunes incluyen palpitaciones, sudoración, contracturas musculares, náuseas y diarreas. Los cambios comportamentales incluyen comerse las uñas, mor-

derse los labios, presentar inquietud motora y finalmente los emocionales pueden incluir entre otros, angustia, miedos, aprensión e irritabilidad.

Es necesario destacar la importancia que tienen los distintos trastornos de ansiedad por la elevada morbilidad que presentan, por su habitual tendencia a la cronicidad o persistencia, al no ser adecuadamente reconocidos -y por lo tanto tratados- y por la alteración severa de la calidad de vida que suele comportar en las relaciones interpersonales, familiares, laborales y sociales. A su vez, es importante destacar que las diversas manifestaciones de la ansiedad tienen complejas interacciones con patologías médicas, afectando la funcionalidad de varios sistemas, especialmente el cardiovascular, respiratorio y digestivo.

Lamentablemente los trastornos de ansiedad han sido poco estudiados en poblaciones gerontes. La presencia de síntomas ansiosos aislados no lleva a la búsqueda de consulta. Otra dificultad frecuente es que los pacientes ancianos con trastornos de ansiedad se presentan con síntomas o quejas somáticas que enmascaran el trastorno subyacente.

En el caso de los ancianos, el reconocimiento de síntomas ansiosos y su aceptación es escaso porque habitualmente los atribuyen a una enfermedad física o debilidad. Por otra parte, existen numerosos test para agitación pero no para desórdenes por ansiedad, dificultando aún más el diagnóstico.

Numerosos factores como la pérdida de pareja, seres queridos, amigos, limitaciones físicas, la declinación intelectual, sentimientos de desamparo o desvalorización y pérdida del control acerca del entorno inmediato, vuelven a los ancianos particularmente susceptibles a padecer distintos estados de ansiedad, siendo estos estados, de manera altamente frecuentes, asociados con depresión.

TRATAMIENTO DE ANSIEDAD Y ESTRÉS EN TERCERA EDAD

No puede privarse a las personas mayores de las ventajas de un tratamiento farmacológico y no farmacológico, y los profesionales estamos obligados, desde el punto de vista ético, a considerar los tratamientos seguros y eficaces que pueden curar, enlentecer o mejorar su enfermedad, evitando iatrogenias y efectos adversos.

Los fármacos utilizados para los distintos trastornos de ansiedad y el estrés son similares a los utilizados en los adultos, aunque en estos casos las dosis utilizadas generalmente son algo menores (cercasas al 50%) y en el caso de las benzodiazepinas se recomienda utilizar dosis bajas y preferir aquellas de vida media corta. No se recomienda el uso de benzodiazepinas de vida media larga, dado que las mismas pueden llevar a acumulación con efectos no deseados. Tampoco se recomienda el uso de antihistamínicos ni de antidepresivos tricíclicos. Según los criterios de Brees, los fármacos psicoactivos, como barbitúricos, benzodiazepinas de acción corta y de acción larga, hipnóticos y antidepresivos tricíclicos, tienen un alto potencial de riesgo en este grupo etario.

Intervenciones farmacológicas utilizadas para la ansie-

ISRS:

- Sertralina: 25 a 200 mg
- Fluvoxamina: 25 a 200 mg
- Paroxetina: 10 a 40 mg
- Venlafaxina: 37,5 a 225 mg
- Nefazodona: 50 a 400 mg
- Citalopram: 20 a 40 mg

TRICÍCLICOS:

- Clomipramina : 25 a 150 mg

AZAPIRONAS:

- Buspirona: 10 a 60 mg

-BENZODIAZEPINAS:

- Alprazolam: 0,25 a 2 mg
- Clonazepam: 0,5 a 2 mg

BETABLOQUEANTES:

- Propanolol

ANTIRECURRENCIALES:

- Valproatos
- Carbamazepina

PREGABALINA

El objetivo es tratar pero evitando, en lo posible, riesgos en una población frágil.

Hay datos que informan que el 17% de los ingresos hospitalarios, en mayores de 65 años, se deben a reacciones adversas a fármacos y que el 18% de las muertes hospitalarias se atribuyen directa o indirectamente a reacciones adversas a fármacos. Además, la identificación y el reconocimiento de estas complicaciones resulta difícil en ocasiones; una iatrogenia se manifiesta como un empeoramiento de la enfermedad de base; en otras, se manifiesta de forma atípica y en otras, como un síndrome geriátrico. También hay que tener en cuenta que este grupo poblacional presenta una alta prevalencia de patologías crónicas que a su vez propician a la polimedición empeorando aún más, en muchos casos, la situación.

Por lo tanto es fundamental haber realizado una valoración geriátrica inicial integral, en la que no sólo se tienen en cuenta los diagnósticos clínicos sino también los diagnósticos funcional, mental y social, y disponer de los correspondientes registros. Antes de comenzar un tratamiento farmacológico resulta crucial descartar las posibles causas médicas de estrés y ansiedad y conversar con los pacientes acerca de los factores precipitantes. En ocasiones, el tratamiento de la patología clínica subyacente resuelve los sentimientos ansiosos concomitantes. Una serie de técnicas comportamentales son útiles para tratar a estos pacientes. La pauta terapéutica debe ser simplificada al máximo y, si es posible, hacer coincidir la toma de medicamentos con alguna actividad cotidiana, evitando interrumpir horas de descanso. Es precisa la reevaluación y revisión continua de los tratamientos. Hay que eliminar los medicamentos que no sean necesarios, evitar duplicidades y revisar medicamentos procedentes de automedicación. Es necesario revisar la utilización de psicofármacos, delimitando su uso en el tiempo y utilizando la menor dosis efectiva posible para evitar el alto riesgo que este tipo de medicamentos tiene en este grupo etario. Muchas veces esto podemos lograrlo teniendo en cuenta el uso concomitante de tratamientos no farmacológicos. También es importante tener en cuenta que muchos de los síntomas referidos por los ancianos no requieren tratamiento farmacológico y pueden ser controlados con otras medidas, considerando como parte de ellas a la práctica de Mindfulness.

EL ROL DEL MINDFULNESS EN LA REGULACIÓN DEL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD

Las terapias cognitivas y las neurociencias han estudiado cómo la desatención sistemática y la reacción de evitación pro-



ducen estrés y ansiedad, siendo ésta una de las respuestas más comunes para intentar regularla.

La persona evita conectarse cognitiva, afectiva o conductualmente con la experiencia que le genera estrés o ansiedad subyaciendo a la lógica infantil que *“lo que no se ve, no existe”*.

Dicha evitación ocasionalmente impide un incremento puntual de la ansiedad pero contribuye, a mediano y largo plazo, a su sostenimiento y perpetuación al impedir la habituación y el aprendizaje.

Se desarrolla una adaptación a la cronicidad del estrés que incluye la desatención a las señales del cuerpo, a los estresores internos y externos y a las consecuencias tóxicas de ese modo de vida.

Este es uno de los puntos donde opera el Mindfulness. La observación atenta y sin juzgar de los estresores y de las sensaciones de ansiedad sin realizar intentos de escapar o rechazarlas. Esto va generando una desensibilización a dicha ansiedad que logra una disminución de los mecanismos evitativos que subyacen al fenómeno ansioso.

El registro atento y con aceptación de emociones, sensaciones físicas y pensamientos genera un espacio para percibir los patrones de percepción, afectivos y de la conducta permitiendo a la persona pasar de la reacción automática a la respuesta elegida, pudiendo tener un distanciamiento a través del cual tiene mayor libertad para dar una respuesta diferente a la situación, tanto interna como externa.

Este mecanismo permite que se genere un cambio en la relación que la persona establece con la experiencia. Este nivel de conciencia y aceptación de la experiencia del momento presente desarrolla la flexibilidad psicológica necesaria para ensayar nuevos mecanismos de afrontamiento y dar nuevas respuestas.

Al ampliar la capacidad de percibir los estresores y su impacto sobre el cuerpo y la mente mientras suceden, se abre un espacio para desarrollar una visión más clara y, de esta manera, lograr una mayor capacidad auto regulatoria.

A través de la atención plena a las sensaciones del cuerpo, los pensamientos y emociones junto con una mayor conciencia de la información del entorno, la persona puede identificar de manera más temprana y precisa las señales de ansiedad y de la activación de estrés en el cuerpo.

Esta pausa que se genera entre el estímulo y la respuesta es central al momento de generar cambios en la conducta y en los patrones de funcionamiento habitual y automático que mantienen el nivel de ansiedad y estrés activados y que generan sufrimiento. De esta manera disminuye la rumiación propia de los estados de ansiedad en donde la mente queda atrapada en evaluar, juzgar, anticipar y controlar eventos en el futuro, impidiendo así un contacto directo con la experiencia del momento presente.

Uno de los modelos más aplicados e investigados en los últimos años, en el contexto de la medicina mente-cuerpo, es el modelo MBSR. MBSR es la sigla en inglés para *“Mindfulness based stress reduction”* y cuya traducción al español es *“reducción de estrés basada en Mindfulness”*. Este modelo tiene un enfoque psico-educativo, sistemático y bien definido, centrado en la persona, en el que cada participante toma un rol activo en el cuidado y/o restablecimiento de su salud. Invita a la persona a conocer a través de la propia experiencia directa, en qué consiste la práctica de Mindfulness para poder así integrarla en el cuidado de su salud y calidad de vida.

Las investigaciones demuestran que este enfoque es efectivo en la reducción del estrés, el alivio del malestar psicológico, la reducción de los niveles de ansiedad y en la mejora en el estado de ánimo y el bienestar general.

CONCLUSIÓN

Como vimos, no podemos privar a las personas mayores con estrés y/o ansiedad de los beneficios de un tratamiento psicoterapéutico, tanto farmacológico como no farmacológico, pero debemos tener ciertas consideraciones previas como comenzar con una correcta evaluación geriátrica integral, descartar causas médicas de estrés y ansiedad, revisar la utilización de psicofármacos -tratando de utilizar la menor dosis efectiva posible y delimitar su uso en el tiempo para evitar efectos adversos- y tener en cuenta que muchos de los síntomas referidos por los ancianos pueden controlarse con medidas no farmacológicas; a veces estas medidas deben ser utilizadas junto a un tratamiento psicofarmacológico y otras como monoterapia. El propósito de este trabajo es que se considere como parte de estas medidas a la práctica del Mindfulness.

En síntesis, podemos decir que la práctica sostenida de Mindfulness cultiva:

- > Habilidades de autorregulación que implican un mayor equilibrio y balance emocional para manejar y afrontar el estrés, la ansiedad, el dolor y las demandas de la vida cotidiana.
- > Una mayor toma de conciencia de la relación entre el cuerpo, la mente y las emociones dándose cuenta de cómo éstas influyen en el manejo del estrés, ansiedad, la salud y la calidad de vida.
- > Un rol activo y responsable en el mejoramiento de la salud y calidad de vida.

“¿Hacia dónde se dirige el interés actual en Mindfulness? Tal vez estemos siendo testigos del comienzo de un modelo más unificado en la psicoterapia. Es muy probable que leamos cada vez más investigaciones que identifican a Mindfulness como un elemento clave en los protocolos de tratamiento, un elemento crucial en la relación terapéutica y una nueva herramienta para los psicoterapeutas, para cultivar cualidades terapéuticas personales y bienestar general.” (Un modelo emergente en la psicoterapia, por Christopher Germer ,2005).

BIBLIOGRAFÍA

- Vicente M. Simón (2007) Mindfulness y Neurobiology. Revista de psicoterapia, XVII (66-67): P.5-30.
- Vallejo Pareja, Miguel Angel (2006) Mindfulness. Papeles del Psicólogo, Vol.27 (2): 92-99.
- Germer, Christopher.(2004) What is mindfulness? Psychology 24-29
- Kabat - Zinn, J (2007) Vivir con plenitud la crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad. Kairos, Barcelona.
- Dr. Cía, Alfredo H. (2002) La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico. Edición de gentileza destinada al cuerpo médico Argentino, productos Roche S.A.Q e I. , Buenos Aires
- Casquero Ruiz, Rafael; Sánchez Pérez, Manuel; López Chamón Silvia (2007) Psicogeriatría y demencia. Fascículo 3. EDIKA MED, S.L.
- Kabat-Zinn; Massion, A.O., Kristeller, J. Et al.(1992) Effectiveness of meditation based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. American Journal of psychiatry, 149: 936-943.
- Hoffman, Ellis et al. (1996) Psicología del desarrollo hoy. Sexta edición, vol.2. Mc. Graw- Hill interamericana
- Salvatorezza L. (1993) Psicogeriatría teoría y clínica, Paidós, Buenos Aires.
- Langer, Ellen J. (2007) Mindfulness, la atención plena. Paidós, Madrid.
- Harol I. Kaplan. Sinopsis de Psiquiatría. 8ª Edición. Editorial Panamericana. 2001. Pág. 657-658.
- Ps. Claudio Araya Véliz. Mindfulness y camino terapéutico (en línea). Recuperado en diciembre del 2011, de: <http://www.mindfulness-salud.org/articulos/mindfulness-y-camino-terapeutico/>
- Lic. María Noel Anchorena y lic. Javier Cándarle. Un cambio atento: el cultivo de mindfulness en el manejo del estrés y la ansiedad (en línea). Buenos Aires, Argentina. Recuperado en diciembre del 2011, de: <http://www.mindfulness-salud.org/articulos/un-cambio-atento-el-cultivo-de-mindfulness-en-el-manejo-del-estrés-y-la-ansiedad/>
- Sociedad mindfulness y salud .Un camino para la integración (en línea). Buenos Aires, Argentina. Recuperado en diciembre del 2011, en: <http://wwwa.mindfulness-salud.org/mindfulness>
- Stress Un Programa de Salud. Gert Kaluza, Carlos Cornaglia y Heinz Dieter Basler. 2001. Pág. 12-13-18 y 19.
- El tratamiento Farmacológico en Psiquiatría. Wikinski, Jufe. 2005. Edit Panamericana. Pág. 342.
- Psiquiatría Geriátrica. Luis Agüera Ortiz. Edit. Masson. 2006. Pág. 773 a 777.



Rehabilitación neurocognitiva en la enfermedad de Alzheimer

(*Dr. Daniel Sulim*
Médico-Geriatra)

La Enfermedad de Alzheimer (E.A.) es responsable de más del 50% de todas las demencias. Ésta se define como un trastorno neurológico degenerativo primario, caracterizado neuropsicológicamente por déficit cualitativos y cuantitativos de las funciones mnésicas, manifestaciones afásico-apraxo-agnósicas y alteración de las funciones frontales (capacidad de planificación y previsión, flexibilidad cognitiva, razonamiento abstracto, etc.).

Si bien el diagnóstico de la E.A. depende de un cuadro clínico característico, parece existir cierto consenso en que dentro de la enfermedad existe un grupo heterogéneo de subtipos clínicos que pueden diferenciarse en el grado y en el curso del deterioro. Es decir que, mientras algunos pacientes se mantienen durante muchos años con pequeños déficit funcionales, otros progresan rápidamente hasta llegar en pocos años a un estado vegetativo.

Si bien en la década de los años noventa aparecen los primeros fármacos específicos para el tratamiento de la demencia, ya desde mucho antes de ese avance comienzan a ensayarse la mayoría de los métodos y técnicas utilizados en lo que hoy se denomina rehabilitación neurocognitiva.

Los objetivos terapéuticos de la intervención neurocognitiva en la E.A. podrían resumirse en los siguientes postulados:

1. Estimular y/o mantener las capacidades mentales.
2. Evitar la desconexión del entorno y fortalecer las relaciones sociales.
3. Incrementar la seguridad y autonomía personal del paciente.
4. Estimular la propia identidad y fortalecer su autoestima.
5. Reducir el nivel de estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas.

6. Mejorar el rendimiento cognitivo.
7. Mejorar el rendimiento funcional.
8. Incrementar la autonomía personal para las actividades de la vida cotidiana.
9. Mejorar el estado general y la percepción del estado de salud.
10. Mejorar la calidad de vida del paciente y de sus familiares y/o cuidadores.

Está plenamente comprobado que el entrenamiento en habilidades de memoria, ya sea individual o grupal, proporciona una mejoría importante, no sólo en el caso de individuos en proceso de envejecimiento normal sino también en el caso de pacientes con alteraciones cerebrales adquiridas (ACV, TEC, etc.) y enfermedades degenerativas primarias, como es el caso de la E.A.

La base científica de la rehabilitación cognitiva en las demencias reside en la **capacidad plástica del cerebro** y la **reserva cerebral**. Cuando se habla de neuroplasticidad cerebral hay que entenderla como la respuesta que da el cerebro para adaptarse a las demandas y restablecer el desequilibrio secundario a una lesión cerebral. La neuroplasticidad constituye hoy un concepto básico para comprender procesos tan aparentemente diferentes como el aprendizaje y la recuperación de funciones tras una lesión.

Aunque se ha atribuido una nula capacidad plástica al cerebro del paciente con E.A., se ha sugerido que la presencia de neuritas anormales en las placas seniles es, en realidad, el resultado de intentos regenerativos fallidos. Algunos autores señalan que existe neuroplasticidad tanto en el cerebro del anciano como en el del paciente con demencia, aunque en menor medida que en el cerebro evolutivamente más joven. Ya en 1996, Becker y colaboradores estudiaron y valoraron, mediante PET, las regiones cerebrales que se activaban en

pacientes con E.A. en tareas de memoria episódica. Hallaron la existencia de una mayor activación en regiones de la corteza cerebral involucradas en la memoria auditiva verbal y otras áreas corticales que no se veían activadas en sujetos que presentaban un envejecimiento normal, evidenciando que las zonas lesionadas tienen cierta capacidad de regeneración y de establecer nuevas conexiones neuronales.

Estos hallazgos son concordantes con el hecho de que en el inicio de la E.A. exista un grado significativo de plasticidad cerebral y reubicación cognitiva y que, por tanto, los tratamientos de estimulación cognitiva favorecerían la neuroplasticidad mediante la presentación de estímulos, ejercitando de un modo integral capacidades intelectuales, emocionales, relacionales y físicas.

Dado que una de las primeras alteraciones que se observan en los pacientes con E.A. es el déficit mnésico, la mayoría de los estudios que se han realizado sobre la rehabilitación de pacientes con esta enfermedad se han centrado en los trastornos de memoria.

Las técnicas más utilizadas y estudiadas en el campo de la rehabilitación de las funciones mnésicas han sido las técnicas de repetición y práctica de ensayo, las técnicas de elaboración de estrategias para recordar (mnemotecnias) y las técnicas de recuperación espaciada de la información.

Por otra parte, también se ha estudiado la validez de la utilización de lo que se denominan ayudas externas o prótesis mnésicas.

TÉCNICAS DE REPETICIÓN Y PRÁCTICA

Las técnicas de repetición y práctica suponen el aprendizaje de cierta información sobre la base de repetir una y otra vez la información que se desea aprender. Esta técnica hace hincapié en la codificación de la información y parte de la premisa de que ejercitando algunos tipos de memoria y mecanismos mnésicos se obtiene una mejoría generalizada de la memoria. Estas técnicas han recibido atención por parte de los investigadores pero los resultados obtenidos no han sido concluyentes. Dichos estudios proponen que estas técnicas se centren en la adquisición de conocimientos en dominios específicos que sean relevantes para los déficit del paciente y no en tareas de repetición de información abstracta, general

y sin mucho sentido como son las listas de palabras, los números y las historias en general.

APRENDIZAJE DE ESTRATEGIAS O MNEMOTECNIA

El aprendizaje de estrategias o mnemotecnias supone el uso de diferentes estrategias para mejorar la codificación y la recuperación de la información (considerado uno de los aspectos más problemáticos que el almacenamiento mismo de la información en los pacientes con E.A.).

Las técnicas de mnemotecnia más utilizadas en la E.A. son:

1. Asociación de imágenes mentales y asociaciones verbales con la información que se quiere recordar como, por ejemplo, la asociación de nombres y rostros. Se ha observado que las elaboraciones verbales de las imágenes incrementan el poder que poseen las técnicas de asociación visual en su capacidad posterior de reconocer las imágenes registradas.
2. Completar frases u oraciones en las que palabras aisladas y no relacionadas adquieren fuerza al formar una unidad funcional. Por ejemplo, si queremos recordar las palabras “teléfono, llaves, mochila y playa” podemos integrarlas en la siguiente frase: “Daniel perdió el teléfono, las llaves y la mochila cuando paseaba por la playa”.
3. Etiquetar la información verbal: parte de la premisa de que resulta más fácil recordar si categorizamos y clasificamos la información que se desea recordar.
4. Desglose de la información: se fundamenta en que es más fácil recordar pequeñas unidades de información que unidades mayores. Por ejemplo, es más fácil recordar “325-693-438” que “325693438”.

La principal restricción de estas estrategias (que también son útiles y factibles de aplicar en Talleres de Memoria junto a personas con un proceso de envejecimiento normal) es que implican un gran esfuerzo para los pacientes con E.A. y se tornan infructuosas con el progreso de la enfermedad (al verse comprometidas las funciones ejecutivas frontales necesarias para elaborar y utilizar las estrategias de mnemotecnia).



RECUPERACIÓN ESPACIADA DE LA INFORMACIÓN

Esta técnica se fundamenta en el principio de que repetir continuamente el material aprendido, y con intervalos cada vez más largos entre las recuperaciones, puede mejorar la retención a largo plazo. Si en un intervalo determinado se produce una respuesta errónea, el paciente recibe *feedback* y el intervalo de retención se reduce a un nivel de recuerdo previo exitoso. El siguiente intervalo de evaluación se incrementa de manera más moderada. Como resultado, los participantes experimentan altas frecuencias de éxito dentro del procedimiento de entrenamiento y el aprendizaje ocurre sin mucho esfuerzo. Los éxitos obtenidos con esta técnica se han explicado porque el aprendizaje de la información requeriría principalmente la participación de los mecanismos de la memoria implícita y ésta podría estar relativamente preservada en la E.A.

La principal limitación de esta técnica, como ocurre en general con las técnicas de repetición y práctica, reside en que no se consigue una mejoría generalizada del proceso de recuperación de la información.

AYUDAS EXTERNAS

Este método parte de la concepción de que los déficit de memoria no se pueden abordar directamente en los pacientes con E.A. y que, por lo tanto, requieren ayudas externas compensatorias.

Las ayudas externas resultan útiles porque están dirigidas a aspectos conductuales que pueden mejorar el rendimiento adaptativo de los pacientes. Poseen la limitación de que la capacidad de metamemoria o de "acordarse de recordar", está alterada en estos pacientes.

Dentro de las ayudas externas que podríamos utilizar en pacientes con E.A., podemos incluir:

El libro de la memoria: un diario donde los pacientes anotan información relevante sobre su pasado, presente y futuro. Pueden anotarse nombres de familiares, números de teléfonos, horarios de la medicación, eventos pasados y futuros (dónde estuvieron ayer, dónde irán mañana). Estos libros resultan beneficiosos para el paciente debido a que, al repasarlos no se sienten desorientados y encuentran así una vida con sentido, con un pasado y futuro; en definitiva, cuentan con una historia vital.

La utilización de determinados objetos puede facilitar también el recuerdo. Los calendarios y agendas permiten anotar citas, cumpleaños, etc.; una simple libreta o un reloj despertador son muy útiles como ayudas mnésicas de la memoria prospectiva.

Otra estrategia utilizada es la de realizar algún tipo de actividad, como hacerse un nudo en el pañuelo, cambiarse un anillo de dedo, poner notas en lugares visibles, etc. a fin de "recordar" un evento.

Finalmente, también resulta útil recurrir a personas que viven en el entorno cercano del paciente para que le recuerden y guíen respecto a qué actividades realizar.

Los mejorías obtenidas con estas técnicas, si bien están dirigidas a aspectos conductuales, a mejorar el rendimiento adaptativo y la memoria episódica, repercuten también favorablemente en el estado de ánimo, disminuyendo la carga de stress y ansiedad y mejorando el desempeño en la actividades de la vida diaria.

Mención aparte merecen los programas de estimulación de la memoria procedimental (habilidades y hábitos). Estos programas parten de la concepción de que, al hallarse relativamente preservada la memoria procedimental en los pacientes con E.A. y dadas las limitaciones observadas en las técnicas que trabajan fundamentalmente la memoria episódica, resultaría más beneficioso y eficaz llevar a cabo programas de entrenamiento y estimulación de la memoria procedimental.

Zanetti y colaboradores hallaron que el entrenamiento en actividades de la vida diaria, como lavarse la cara, cepillarse los dientes, preparar café, colocar objetos en su lugar adecuado (cuchara, tenedor y cuchillo), abrir y cerrar una ventana, enviar una carta, etc., mejoraba significativamente su ejecución y enlentecía la progresión del deterioro de estas habilidades.

Además de las técnicas específicas de rehabilitación-estimulación de la memoria, existen otros métodos de intervención cognitiva reconocidos en la E.A. cuyo principal objetivo es rehabilitar las funciones cognitivas, modificarlas y/o perseguir una mejor adaptación de la conducta al medio.

Entre estas estrategias se destacan:

Orientación a la realidad. Es un método ampliamente utilizado en unidades y centros geriátricos desde que Taulbee y

Folsom lo describieran en 1966. Los contenidos de los programas de orientación a la realidad pueden variar pero todos ellos se basan en la idea de que determinado tipo de información de orientación básica es esencial en los pacientes confusos y necesaria para el desarrollo de otras funciones cognitivas. Enfatizan, por tanto, principalmente en la información referente al espacio y lugar donde se halla el paciente, el tiempo en el que vive y los datos personales y circunstanciales relevantes para él. Este método, llevado a cabo de forma individual o grupal, puede mejorar significativamente el grado de desorientación y comunicación. Se recomienda siempre como método inicial o paralelo a otros métodos de estimulación cognitiva siempre que el paciente esté desorientado.

Terapia de reminiscencia. La reminiscencia constituye otro método reconocido y utilizado en muchos centros geriátricos. Es un método agradable, bien aceptado y de fácil aplicación, ya que a partir de viejas fotografías, libros, revistas, vestimentas, artículos domésticos, etc., se rememoran acontecimientos históricos y vitales del paciente. Se priorizan las vivencias que suscitan al paciente frente a la precisión del recuerdo. Su objetivo es estimular la identidad y autoestima del paciente. Por ser un método generalmente aplicado de forma grupal, favorece las relaciones sociales y comunicativas.

Programas de estimulación cognitiva. Los programas de estimulación cognitiva tienen como objetivo la rehabilitación-estimulación de diferentes áreas cognitivas, no centrándose sólo en las áreas deterioradas sino trabajando también las que están preservadas o relativamente preservadas. Así pues, los programas de estimulación cognitiva trabajarán distintas funciones cognitivas, como las funciones atencionales, funciones mnésicas, lenguaje, funciones visuoespaciales, gnosias visuales, funciones instrumentales (lecto-escritura y cálculo) y razonamiento abstracto.

En nuestro medio contamos con material diseñado específicamente para llevar a cabo estos programas en centros geriátricos, instituciones y en el propio domicilio del paciente. Algunos estudios señalan que la estimulación cognitiva global es válida en los pacientes que presentan un proceso degenerativo primario, observándose una mejoría del estado mental evaluado con el *Mini-Mental State Examination* de Folstein y una mejoría de la memoria evaluada mediante listas de palabras y pruebas de memoria de asociación.

Modificación ambiental. Los programas de modificación ambiental se centran en el entorno en el que se desenvuelve el

paciente. El objetivo es realizar los cambios necesarios en ese entorno para que el paciente se encuentre más seguro, orientado, pueda ser más independiente y durante más tiempo y menos frustrado ante las demandas del entorno.

La modificación ambiental es una técnica práctica y económica con la que se consigue una mejoría conductual y del funcionamiento cognitivo.

Como lineamientos generales se deben considerar los siguientes aspectos:

- a) Realizar los mínimos cambios o modificaciones posibles. Los pacientes con E.A. en fase media-moderada tienen graves dificultades para orientarse espacialmente. Ello se agrava en caso de que el medio externo se modifique. Un medio externo estable facilita la orientación, la estabilidad y la seguridad del paciente.
- b) Adaptar el medio externo tomando medidas de seguridad y prevención en áreas del hogar donde existe mayor peligrosidad, como el cuarto de baño (colocando pasamanos o agarraderas en la bañera, sustituyendo la bañera por una ducha, etc.), la cocina, zonas en las que existan desniveles o escaleras y zonas poco iluminadas.
- c) Simplificar el medio reduciendo así la carga cognitiva que exige localizar, seleccionar y emplear determinados objetos e instrumentos.

Técnicas de comunicación y terapia de validación. Estas técnicas pretenden favorecer la comunicación positiva con el paciente, evitando entrar en conflictos; incrementar la autoestima ante el empeoramiento de las funciones cognitivas, reforzando la identidad del paciente, su dignidad personal e intimidad. Para ello se deberá hablar claro y pausado, ofreciendo mensajes cortos y claros (es mejor dos frases sencillas con una sola acción que una compleja), utilizar un tono de voz adecuado, solicitando las cosas de una en una y dando el tiempo que requiera para responder.

Musicoterapia. La musicoterapia constituye una técnica afable y poco utilizada en nuestros centros geriátricos. Hace uso de técnicas neuropsicológicas especializadas que incluyen la estimulación sensorial, la rehabilitación de la memoria, la terapia de entonación melódica, la estimulación auditiva rítmica, la estimulación sensorial de patrones y los ejercicios motores funcionales, mediante el uso terapéutico de tocar instru-



mentos, cantar y bailar para facilitar la recuperación-estimulación de las funciones cognitivas alteradas o para mantener las funciones que se están deteriorando.

Intervenciones psicosociales dirigidas a los cuidadores.

Este tipo de intervención va dirigida a los cuidadores de los pacientes y no a los pacientes mismos. El objetivo de estas intervenciones es la de contener las ansiedades, miedos y el estrés de los cuidadores en una labor muy agotadora y poco gratificante. Éstas intervenciones están encaminadas a

ofrecer información de la enfermedad a los familiares y/o cuidadores, brindar apoyo y facilitar medidas de descanso que permitan mejorar el estado emocional del cuidador y su calidad de vida. Si bien están dirigidas a los cuidadores formales y empíricos, repercuten favorablemente en el ambiente familiar del paciente, teniendo como efecto beneficioso colateral el retrasar la institucionalización y disminuir las contenciones o sujeciones físicas y/o farmacológicas necesarias para el control de los síntomas conductuales que acompañan a la E.A.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
2. Barbizet J, Duizabo Ph. Manual de Neuropsicología. Toray Masson, Barcelona, 1978.
3. Becker JT, Mintun MA, Aleva K et al. Compensatory reallocation of brain resources supporting verbal episodic memory in Alzheimer's disease. *Neurology* 1996.
4. Bergado-Rosado JA, Almaguer-Melian W. Mecanismos celulares de la Neuroplasticidad. *Rev Neurol* 2000.
5. Davis WB, Gfeller KE, Thaut MH. Introducción a la musicoterapia: teoría y práctica. Barcelona: Boileau, 2000.
6. Estévez-González A, García-Sánchez C. Estimulación Cognitiva-II. Barcelona: Lebón, 2000.
7. Fundación ACE. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer. Barcelona: Glosa, 1999.
8. García-Sánchez C, Estévez-González A. Estimulación Cognitiva-I. Barcelona: Lebón, 2000.
9. Labos E, Slachevsky A, Fuentes P, Manes F. Tratado de Neuropsicología clínica, Editorial Akadía 2008
10. León Carrión J. Manual de Neuropsicología Humana. Siglo XXI, Madrid, 1995.
11. Olazarán J, Reisberg B, Clareet L. et al, Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2010.
12. Peña-Casanova J. Activemos la mente. Barcelona: Fundació "La Caixa", 1999.
13. Peña-Casanova J. Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Fundamentos y principios generales. Barcelona: Fundación "La Caixa", 1999.
14. Zanetti O, Binetti G, Magni E et al. Procedural memory stimulation in Alzheimer's disease: impact of a training programme. *Acta Neurol Scand* 1997.

Abordaje kinésico de la apraxia ideatoria en demencia, basado en las investigaciones en neuronas espejo

Lic. Daniel Marvaso
Lic. en Kinesiología y Fisiatría
Neuro-rehabilitación
motora en adultos

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de las neurociencias -y en especial de las neurociencias cognitivas- pone al servicio de disciplinas como la kinesiología, herramientas útiles para el tratamiento de individuos que padecen trastornos motores derivados de diversas patologías. Podemos citar algunas de distinto origen etiológico como, por ejemplo, accidentes cerebro vasculares, encefalopatías crónicas no evolutivas, traumatismos craneoencefálicos, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer que, además del impedimento motor que conllevan, derivan en comorbilidades cognitivas a corto o largo plazo, derivadas de la propia patología.

Por otro lado, podemos mencionar disfunciones neurocognitivas (intelectivo-emocionales) que se manifiestan con trastornos motores, por ejemplo, los síndromes demenciales como las mencionadas enfermedades de Parkinson o Alzheimer, demencias frontotemporales y deterioros cognitivos leves o moderados de origen vascular o trastornos de estado de ánimo, como la depresión.

El propósito de este trabajo es indagar sobre los avances en neurociencias -en particular con respecto a las *neuronas espejo*- y su posible aplicación en el tratamiento kinésico, en pacientes con apraxias ideatorias consecuentes de patologías neurodegenerativas de perfil cortical como, por ejemplo, la demencia frontotemporal o la enfermedad de Alzheimer.

LA APRAXIA IDEATORIA EN LA DEMENCIA

Podemos definir a la apraxia ideatoria como la pérdida de las fórmulas del movimiento. Se caracteriza por un desorden en el plan ideacional de la acción y se manifiesta a través de la falla en el uso de los objetos cuando debe realizarse una

secuencia compleja de actos. Los pacientes con esta afectación presentan dificultades para la realización de gestos transitivos, con y sin el objeto, y para los intransitivos, tanto a la orden verbal como a la imitación (Burin, Drake y Harris, 2007). Gil define la apraxia ideatoria como el conjunto de alteraciones de los gestos que impliquen la manipulación de objetos reales, que deben identificarse claramente para eliminar la perplejidad o la incoherencia manipuladora del objeto, mal o no reconocido, visual y táctilmente (Gil, 2006). En estos casos, los movimientos son inapropiados e incoherentes a la función a realizar. Se atribuyen esos comportamientos a una desorganización mental de los actos elementales para la realización de la tarea proyectada. La alta frecuencia de estas apraxias en las demencias ha conducido a autores como Déjerine y Pierre Marie, a considerar que sólo las lesiones extendidas (deterioro mental) podían explicar la intensidad de esta desestructuración gestual. Sin embargo, los errores de manipulación pueden aparecer también en presencia de objetos aislados y de manipulaciones mono y plurisecuenciales. Esto ha conducido a considerar el déficit del plan ideatorio como secundario a la agnosia o a una amnesia de utilización.

Tomando el término de apraxia de concepción, Heilman propone distinguir cuatro tipos de errores. El primero concierne al conocimiento de la acción útil-objeto: un déficit de un gesto por mímica que puede testimoniar la apraxia ideatoria es, cuando al sujeto se le propone, por ejemplo, utilizar un destornillador y éste hace el gesto de golpear con un martillo. En cambio cuando cuando con la misma herramienta traza de forma poco hábil, vagos arcos de círculo demostrando que tiene el conocimiento del gesto, su déficit concierne a la producción del movimiento, correspondiendo a una apraxia ideomotora. El segundo tipo de errores se refiere al conocimiento de la asociación útil-objeto. Por ejemplo, cuando se le muestra al sujeto un trozo de madera con un clavo parcialmente clavado y se le pide continuar la tarea, éste elige un destornillador en lugar de un martillo. El tercer tipo de errores concierne al conocimiento



mecánico de los útiles: ¿cómo elegir entre varios martillos o destornilladores? ¿cuál es el más adecuado en función la tarea presentada? El cuarto tipo concierne a la fabricación de útiles, de los cuales sabemos que es una de las características del Homo sapiens, inseparable del Homo Faber.

Es frecuente este cuadro ideomotor en las patologías demenciales primarias o neurodegenerativas de rasgos corticales, como la enfermedad de Alzheimer y las demencias frontotemporales. Las demencias son enfermedades en las que existe deterioro de la memoria y otras capacidades intelectuales con respecto al estado mental previo de una persona. Éstas se acompañan por déficit en la memoria anterógrada y por anomias, por la visuopercepción y las alteraciones en la función ejecutiva de insight, juicio y capacidad de abstracción. Su evolución está determinada por la historia del deterioro y por las alteraciones apreciadas al examen clínico y tests neuropsicológicos. El diagnóstico de demencia debe reunir criterios para poder establecerse; se realiza mediante un abordaje clínico integral y no se determina por TC, EEG u otras pruebas de laboratorio utilizadas en forma aislada, aunque ciertas causas específicas de demencia pueden ser identificadas por estos medios. Los criterios diagnósticos más utilizados son los del DSM-IV (4° edición del manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría) que son:

1. Deterioro de la memoria a corto y largo plazo.
2. Al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas:
 - Afasia: alteraciones del lenguaje como comprender, denominar.
 - Apraxia: deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras pese a que la función motora en sí misma está conservada.
 - Agnosia: fallo en el reconocimiento o la identificación de objetos pese a que la función sensorial está intacta.
 - Alteraciones de la función ejecutiva: planificación, abstracción, organización de procesos.
3. Repercusión significativa de estos trastornos en la vida social y/o laboral del paciente.
4. Ha de suponer una merma o declive con respecto a la funcionalidad previa del paciente.
5. Los déficit no aparecen exclusivamente durante un estado de confusión mental, aunque éste puede superponerse a la demencia.
6. Existe una relación etiológica con una causa orgánica, con los efectos persistentes de una sustancia tóxica o con ambas cosas.

LAS NEURONAS ESPEJO Y LOS MODELOS DE ACCIÓN HUMANA

Desde hace muchos siglos se realizan indagaciones acerca del mecanismo por el que sabemos qué hacen, piensan y sienten las demás personas. A finales del siglo XX se descubrieron ciertos grupos funcionales de neuronas, denominadas *neuronas espejo*, que nos vinculan de modo mental y emocional. Estas células recrean para cada individuo dentro de sí, los estados emocionales, intelectivos, conductuales de los otros. Se cree que generan los fundamentos para comprender la empatía, la moralidad, el aprendizaje por imitación, etc. brindan una explicación neurofisiológica posible para las formas complejas de cognición e interacción social. Al ayudarnos a reconocer las acciones de los otros, también podemos reconocer las motivaciones que las generan y las intenciones de los otros individuos.

El modelo ideomotor de la acción humana toma como supuesto que el punto de partida de las acciones son las motivaciones que van asociadas a ellas y que las acciones deben considerarse, mayormente, un medio para el logro de esas intenciones (Prinz, 2005). Según los filósofos Rudolph Hermann Lotze y William James, las acciones voluntarias requieren una representación de qué va a lograrse y que no debe cuestionarse por ninguna otra idea que la contradiga. Al cumplirse estas dos condiciones, la representación de la meta es suficiente para activar la acción de forma directa. De acuerdo al modelo ideomotor, los humanos aprendimos sobre los efectos de nuestras acciones. Este modelo aparece como una descripción de lo que hacen las *neuronas espejo*: al observar las acciones de una persona y sus consecuencias deberían activarse las representaciones de nuestras propias acciones que, por lo general, están asociadas a las mismas consecuencias.

El modelo ideomotor difiere sustancialmente del modelo sensoriomotor, que es más tradicional y según el cual, el punto de partida de las acciones humanas es la estimulación sensorial, donde las acciones consecuentes se manifiestan sólo como respuesta al estímulo inicial. Este modelo sensoriomotor, sin embargo, es ampliamente reconocido y aceptado en los conceptos de tratamiento kinésico basados en el neurodesarrollo, de cómo el individuo va generando su motricidad ontogénicamente a partir de las influencias del medio ambiente. Las bases para el tratamiento motor, desde esta perspectiva, son otorgar las aferencias adecuadas para lograr las respuestas deseadas que se manifiestan en eferencias motoras. En cambio, teniendo en cuenta la mirada ideomotora, las aferencias pueden ser

inducidas por la comprensión de la actividad a desarrollar, los medios, el contexto y la motivación.

Algunas técnicas neuomotoras de tratamiento kinésico que se apoyan en la teoría ideomotora son, por ejemplo, la integración sensorial de Ayres, concepto Affolter y el ejercicio terapéutico cognoscitivo de Perfetti. Los conceptos para el tratamiento kinésico neuomotor que se apoyan en la teoría sensoriomotora son, entre otros, el concepto de neurodesarrollo Bobath, la técnica de Rood, el método de Brunnstrom, el método de Votja y la facilitación neuomuscular propioceptiva Kabat (Bisbe Gutierrez, 2012).

Considero que ambos modelos, sensoriomotor e ideomotor, no son excluyentes entre sí. La identificación de las *neuronas espejo* en humanos, que además de estimular lo sensoriomotor incluyen lo ideomotor, podrían complementarse durante el tratamiento conjuntamente con la aplicación de otras estrategias tradicionales. De esta forma, las experiencias que llevaron al hallazgo de las *neuronas espejo*, podrían favorecer el aprendizaje, la ejecución y reeducación de movimientos realizados, sobre todo, en las actividades manipulativas donde se realizaron la mayor parte de las investigaciones.

LAS INVESTIGACIONES EN NEURONAS ESPEJO

Las primeras investigaciones en la década de 1980 demostraron, mediante experimentación con aplicación de electrodos transcraneales en el área F4 y F5 del lóbulo frontal cerebral de monos macacos, que existe una vinculación entre la percepción y la acción. Algunas neuronas del área F5, se activan cuando los monos realizan u observan en otros, movimientos con las manos o la boca y también, cuando ambas regiones corporales están asociadas (lo que contradice a los antiguos modelos del localizacionismo estanco de las representaciones motoras en el cerebro). En el área F4 las células se activan, sobre todo, cuando el mono mueve el brazo, el cuello y el rostro. Esta correspondencia se relaciona con la función asociada de llevar los alimentos hacia la boca para su posterior ingestión. Esta relación se observa en las sincinesias motoras en algunos pacientes con lesiones corticales, cuando desean abrir su mano y también abren la boca.

Por otra parte, también se realizaron estudios en el área F5, que correlaciona los movimientos de las manos con los movimientos de la boca aunque de naturaleza gestual comunicati-

va, lo que otorga además, una significación social positiva entre los primates (Gentilucci, Fogassi, Luppino et al. 1988 y rizzolatti, Camarda, Fogazzi et al. 1988).

Además, este mismo grupo neuronal estudiado se activaba si la acción transcurría o se generaba dentro del campo receptor visual (espacio circundante en el que los estímulos visuales activan las células visuales) y el campo receptor táctil (parte del cuerpo que al ser tocada, activa las células táctiles), lo que generaría en esta relación, un mapa espacial peripersonal que rodea a todo el cuerpo, activando el potencial de movimiento del brazo del mono dentro de ese espacio (Rizzolatti, Scandolara, Matelli y Gentilucci, I y II, 1981). Se puede inferir a partir de esto, sobre la importancia de la proximidad de la acción al sujeto, que podría incidir en la capacidad de percepción de la acción y facilitar el acto motor.

La facilitación del movimiento a partir de la visualización de la acción motora ejecutada por otro individuo también fue demostrada en humanos. Mediante la experiencia de Fadiga, Fogassi y Pavesi, en 1995, se comprobó la excitabilidad de *neuronas espejo* en humanos, en el área premotora (al igual que en los monos), mediante la estimulación magnética durante la observación de actos prensiles. Y más aun, se verificó la excitación motriz en los mismos músculos del acto motor del sujeto que no estaba realizando la acción y sólo la observaba (Fadiga, Fogassi y Pavesi, 1995).

La atención, como capacidad cognitiva básica, aparece vinculada a las acciones motoras. Los primeros trabajos realizados en Parma, que condujeron al descubrimiento de las *neuronas espejo*, se originaron sobre los supuestos de Rizzolatti acerca del papel que tenían las áreas premotoras en la creación de los "mapas del espacio" que rodean al cuerpo. Llamó a esta teoría, la "Teoría premotora de la atención". Rizzolatti propuso un modelo de atención visuoespacial (la forma en que prestamos atención a un objeto o a un movimiento en una lateralidad de nuestro cuerpo y no en la otra) que fue confirmado por sus investigaciones posteriores (Rizzolatti, Riggio, Dascola et al. 1987 y Corbetta, Akbudak, Conturo et al. 1998). Otro dato significativo es que las *neuronas espejo* se activan durante todo el tiempo que dura el movimiento prensil y no en correspondencia con las contracciones de músculos específicos.

Al buscar mayor especificidad en relación con el segmento corporal y al tipo de movimiento que realiza la acción, lo que encontraron fue que algunas de estas neuronas se activaban con el gesto de pinza fina, como la de pulgar índice (entre inter-



falángicas distales), para asir el asa de una taza. Y otras neuronas diferentes se activaron ante una toma de objetos de mayor tamaño (como un vaso) con toda la mano. independientemente de la mano con que se tomaba el objeto, lo importante era la forma que debía adoptar la mano para hacerlo. Existiría entonces un “lenguaje” de movimientos simples, orientados a objetos y a escala unicelular (Rizzolatti, Camarda, Fogassi et al. 1988). Este hallazgo tiene importancia significativa a la hora de promover actividades manipulativas con objetos de diferentes formas y tamaños ya que desencadena un set de regulaciones posturales anticipatorias para ajustar la forma de la mano como continente a su contenido.

Se denominaron entonces neuronas canónicas a aquellas que se activan al ver ciertos objetos que tienen el potencial de ser tomados; a diferencia de las *neuronas espejo*, que se estimulan al ver la acción de tomar el objeto (el acto motor). Las neuronas canónicas son sensibles al tamaño y forma del objeto aprehensible. No se vio afectada la descarga neuronal por la identidad propia del objeto en cuestión, sí por su significado semántico o categórico.

En la relación de ambas clases neuronales, canónicas y especulares, se denominaron *neuronas espejo* estrictamente congruentes a aquellas que se activan cuando se observa un objeto con potencial de ser tomado; y cuando, además, se estimulan al realizar la propia acción. Y se denominaron *neuronas espejo* ampliamente congruentes a aquellas que se activan cuando se observa un movimiento que no es necesariamente igual al ejecutado pero que logra un objetivo similar (por ejemplo cuando un mono toma un elemento con la mano y cuando ve a otro tomarlo con la boca). No se observaron cambios significativos con respecto a la identidad de quién realizaba la acción observada, ya que podía llegar a ser una mano humana o la de otro mono. También se comprobó que la recompensa del acto prensil no afecta la respuesta de las *neuronas espejo*, ya que la estimulación neuronal resultó igual si el experimentador tomaba un objeto para dárselo a otro mono o al mismo mono que estaba siendo estudiado (Gallese, Fadiga, Fogasi et al. 1996 y Rizzolatti, Craighero 2004).

Existe un tipo de *neuronas espejo* que codifica los movimientos previos a la ejecución de una acción o los que están relacionados con la acción en forma lógica cuando el sujeto los observa. Por ejemplo, al ver que se coloca un alimento en una mesa y cuando el mono toma alimento y lo lleva a la boca (Di Pellegrino, Fadiga, Fogassi et al. 1992). Estas *neuronas espejo* lógicamente relacionadas podrían formar parte de cadenas

neuronales de células espejo que son importantes para codificar, además, la intención asociada. La utilización de elementos potencialmente significativos para realizar gestos motores, podría facilitar su ejecución posterior.

En los monos macacos también se observó que las *neuronas espejo* no activan descargas al ver una pantomima o simulación; es decir, al realizar un movimiento prensil en ausencia de un objeto. Pero los humanos sí realizamos simulaciones y podemos interpretar mayor cantidad de gestualidades abstractas a diferencia de los monos. Se cree que las *neuronas espejo* son precursoras de los sistemas neuronales del lenguaje y que podrían tener un rol importante en la capacidad de comunicación de los humanos y en la comprensión de comportamientos de otras personas (Arbib, 2005 y Ferrari, Gallese, Rizzolatti et al. 2003).

Otra experiencia fue la realizada por la investigadora Alessandra Umiltà, de la Universidad de Parma, quien demostró que se puede tener una comprensión de los movimientos aún cuando no son vistos en forma completa. Es decir, saber y entender una acción aun sin ser observada directamente. Los resultados demostraron que realizar una toma de un objeto reconocido detrás de una pantalla, sin ser observado directamente, activa casi un 50% de las *neuronas espejo* que se activan al ver el acto sin la pantalla. En otra experiencia, donde no había un conocimiento previo por el sujeto de la existencia o no de un objeto aprehensible detrás de la pantalla, y ante la acción oculta de supuesta toma detrás de ésta, no produjo descargas. El reconocimiento previo del objeto permitía predecir entonces, la posibilidad de acción oculta, al menos en parte. Esta conjetura planteó el interrogante sobre la capacidad de las *neuronas espejo* en la codificación de las intenciones de la persona que toma el objeto (Umiltà, Koheler, Gallese et al. 2001).

Nuestros movimientos están casi siempre asociados a intenciones específicas. Cuando se ve a otras personas realizar esos mismos movimientos, en nuestro cerebro se activan las mismas neuronas que se utilizan para realizar nuestros propios movimientos; por lo tanto pueden permitirnos comprender así sus intenciones. En una experiencia con monos, se determinó la preferencia por tomar alimentos para comer, en lugar de tomar objetos (no comestibles) para colocar. Los resultados de estos experimentos demostraron que la intención del experimentador sí marco una diferencia y que el patrón de activación neuronal durante la observación de ese movimiento prensil reflejaba estrechamente el patrón de activación neuronal que se producía cuando el mono ejecutaba las mismas acciones (Fogassi,

Ferrari, Gesierich et al. 2005). Las *neuronas espejo* nos permiten comprender las intenciones de otras personas.

Este hecho se demostró mediante experiencias en humanos, mediante la visualización de gestos motores en contextos potencialmente significativos en comparación de los mismos gestos sin contexto. Los resultados arrojaron una mayor excitación neuronal en las acciones con contexto y, mayor aún, si el escenario donde ocurría el acto motor tenía una mayor valencia de necesidad primaria como beber o comer (Iacoboni, Molnar-Szakacs, Gallese et al. 2005).

Este hecho se correlaciona con la relevancia que otorga Gordon al entorno dentro de la teoría de control motor. Los atributos del entorno que afectan al movimiento se pueden clasificar en ambientes regulados (laboratorio, consultorio, gimnasio) y no regulados (espacios naturales, urbanos) (Gordon, 1987). La posibilidad de replicar un movimiento para su posterior aprendizaje, demanda de procesos cognitivos como atención y memoria. Así también de procesos ejecutivos como la toma de decisiones, elaborar planes de acción en un interjuego entre percepción, cognición y acción (Shumway-Cook y Woollacott, 2007).

En su libro "Sobre lo verdadero, lo bello y el bien", Jean-Pierre Chandeux expresa, sobre las competencias del cerebro del hombre y, en particular, acerca de la atribución de estados mentales a los otros, lo siguiente: "El cerebro humano tiene una predisposición cuasi única en el mundo animal: puede reconocer en los otros intenciones, deseos, conocimientos, creencias, emociones, etc. Esa capacidad de atribuir estados mentales, "de ponerse en el lugar del otro", permite reconocer eventuales diferencias/identidades con sus propios estados mentales y planificar sus acciones con respecto al otro de una manera acorde (o no) a las normas morales que ha internalizado".

La capacidad de atribución, o Teoría de la mente, según Premack, se desarrolla en los niños entre los 4 y 6 años; estaría alterada en los niños autistas y en algunos pacientes esquizofrénicos y movilizaría preferentemente la corteza prefrontal. Semejante dispositivo participa, de manera crítica, en la evaluación de "sí mismo como un otro" (Ricoeur) y, de este modo, constituye una de las predisposiciones fundamentales del cerebro del hombre al juicio moral" (Changeux, 2010).

Otras experiencias realizadas en monos por Evelyne Kohler y Christian Keysers, intentaron determinar si las experiencias motoras orientadas a un objetivo, asociadas a los sonidos que

generan, tienen afectación en las respuestas motoras de las *neuronas espejo*. Las respuestas fueron que las *neuronas espejo* producían descargas en tres condiciones: visión del acto motor aislado del sonido, visión combinado con el sonido y escucha del sonido sin la visión del acto motor. La mayor solidez de respuesta se obtuvo en la combinación de visión con sonido (Kohler, Keysers, Umiltà et al. 2002 y 2003). La importancia de estas conclusiones revela que estas neuronas codifican los actos que realizan otras personas de una manera compleja, multimodal y abstracta. Cuando percibimos el sonido que genera un gesto motor, también se activa en el cerebro el plan motor necesario para realizarlo nosotros mismos. Esto es una demostración fehaciente que respalda la hipótesis del eslabón evolutivo entre las células del cerebro y el lenguaje, descrita anteriormente por Rizzolatti (Rizzolatti, 1998). Este hecho se basó inicialmente en la observación anatómica: el área F5 del cerebro del mono, donde se estudiaron las *neuronas espejo* por primera vez, es homóloga con el área de Broca del cerebro humano, que es una región importante sobre todo en lo referente a la producción del lenguaje. El argumento que sostiene que las *neuronas espejo* son precursoras del lenguaje también surge de la sutil consideración de que estas células, al codificar tanto el movimiento como su observación, parecen crear una suerte de código común y paridad entre dos o más individuos (Iacoboni, 2009, Iverson y Thelen, 1999). El investigador Alvin Liberman había propuesto, anteriormente a que se descubrieran las *neuronas espejo*, que: "dado que enviar y recibir un mensaje requiere, respectivamente, producción y percepción; ambos procesos deben estar ligados de algún modo y tener, en algún punto, el mismo formato" (Liberman y Mattingly, 1985). Esta población de neuronas parece brindar este formato común.

Con respecto a la utilización de agentes intermediarios para la consecución de un gesto motor a modo de herramienta, tan frecuente en las acciones cotidianas humanas, se demostró en monos chimpancés que el aprendizaje se realiza inicialmente por la observación y luego por la imitación. Aunque esta imitación le exige aprender un movimiento nuevo para el repertorio motor observado a alguien que lo realiza y es importante para su desencadenamiento, el realce del estímulo de la acción asociado al gesto. Característica que haría intervenir a las *neuronas espejo* en el proceso de observación, aprendizaje y acción (Whiten, Goodall, McGrew et al. 1999). Las *neuronas espejo* están más interesadas en los objetivos que en las acciones específicas que conducen al logro de tales objetivos. Por eso, en los monos, si bien no utilizan el mismo repertorio de herramientas que los humanos, una parte de las *neuronas espejo* (20% comparado con la acción sin la herramienta) se activaron duran-



te la utilización de intermediarios de acción (Ferrari, Rozzi y Fogazzi, 2005). Las *neuronas espejo* que responden al empleo de herramientas, probarían el comportamiento imitativo, el cual es un poderoso mecanismo de aprendizaje.

CONCLUSIONES

El tratamiento desde un abordaje kinésico tiene como objetivo fundamental otorgar, restablecer o mantener las funciones motoras que incluyen desde la alineación postural hasta los gestos motores correspondientes de las actividades de la vida diaria, laborales, recreacionales e instrumentales. Este tratamiento comienza con una adecuada evaluación del cuadro motor que presenta el paciente, teniendo en cuenta el diagnóstico médico, su historia clínica y una evaluación neurocognitiva tanto cuantitativa como cualitativa. En la evaluación cuantitativa puede realizarse un testeo básico que incluye el Mini Mental State Examination (Folstein MT, 1975) y el Clock Drawing Test (Sunderland T, 1989). También se puede realizar una evaluación más exhaustiva mediante escalas específicas de la capacidad de atención, en sus diferentes modalidades (Trail Making Test A y B, Spam de dígitos directos e inversos, test de cancelación); la memoria, en sus diversas formas; la habilidad visoespacial; las gnosias y las funciones ejecutivas. Todas éstas como capacidades relacionadas con las praxias simbólicas como la pantomima, y la objetal o instrumental, mediante imitación y/o comando verbal, evaluando también otras modalidades de praxias como la ideomotora (para gestos, habilidades de los miembros inferiores, tronco y miembros superiores). La evaluación neuropsicológica cualitativa es de importancia fundamental para el establecimiento de un programa de estimulación cognitiva individualizado, cuyo objetivo no es "curar" sino reforzar las funciones preservadas mediante la utilización de recursos disponibles internos y externos del paciente.

En la evaluación específica de las praxias podemos citar el Test de Boston (Goodglass y Kaplan, 1963), la batería de Ska (Ska y col. 1996, 1997), la batería de Florida (Gonzalez Rothi y col., 1992, 1997) y la batería de Evaluación Cognitiva de las

Apraxias (Politis, Margulis, 1997; Politis, 2003). El abordaje debe ser interdisciplinario, esto implica maximizar los canales comunicacionales entre el equipo de tratamiento, que involucra a diferentes áreas asistivas además de la kinesiología, la terapia ocupacional, la fonoaudiología, la psicología y las distintas especialidades médicas intervinientes en cada caso.

Hay que tener en cuenta, además, que los síndromes demenciales están caracterizados por el deterioro cognitivo y alteraciones conductuales progresivas que generan, no sólo dificultades al paciente sino también a su entorno.

Con el aumento de la expectativa de vida incrementa exponencialmente el número de casos de demencias degenerativas. Es necesario estar capacitado específicamente para un mejor logro de objetivos de prevención, tratamiento, seguimiento y desarrollo de estrategias compensatorias, de ser necesario.

El rendimiento cognitivo puede ocurrir en períodos cortos. Las actividades de abordaje deben ser breves ya que los sujetos con demencia se fatigan fácilmente. Además de la existencia de una latencia cognitiva, los tiempos de reacción son mayores, por lo que hay que saber esperar las respuestas solicitadas. Se debe destacar la importancia de un buen vínculo emocional con la persona y con todo su entorno afectivo. La flexibilidad y el acompañamiento también facilitan los procesos de asistencia.

La aplicación de los avances en neurociencias, por ejemplo los conocimientos generados en torno a las *neuronas espejo*, incrementan las herramientas y las estrategias para el tratamiento kinésico en los pacientes donde se requiere intervención para la facilitación motora y que, por consecuencia de una alteración cognitiva, se ve dificultada la ideación del movimiento. Las apraxias ideatorias, frecuentes en los cuadros demenciales, se manifiestan como un resultado eferente del déficit en la organización del gesto motor, aún ante aferencias externas o internas adecuadas para su consecución. Las experiencias que llevaron a reconocer las funciones múltiples de las *neuronas espejo* y las amplias consecuencias derivadas de su aplicación, permiten un abordaje más integral que fusiona la concepción ideomotora y sensoriomotora de la generación del movimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Arbib, M. A. (2005). From monkeylike action recognition to human language: An evolutionary framework for neurolinguistics. *Behavioural and Brain Science*, 28, 105-124; debate: 1-167.
- Bisbe Gutierrez, M., Santoyo Medina, C. & Segarra Vidal, V. T. (2012). Cap.3. Fisioterapia en Neurología. (53-74). Madrid, España. Editorial Médica Panamericana.
- Burin, D. I., Drake, M. A. & Harris, P. (2007). Evaluación de las praxias. Politis, D. G. & Rubinstein, W. Y. Evaluación neuropsicológica en adultos. (187-212). Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.
- Changeux, J. (2008). Neurociencias y normatividad ética. (pp. 75-83). Sobre lo verdadero, lo bello y el bien. (75-83). París, Francia. Katz Editores.

- Corbetta, M., Akbudak, E., Conturo, T.E. & al. (1988). A common network of functional areas for attention and eye movements. *Neuron*, 21, 716-773.
- Di Pellegrino, G., Fadiga, L., Fogassi, L. & al. (1992). Understanding motor events: A neurophysiological study. *Experimental Brain Research*, 91, 176-180.
- Fadiga, L., Fogazzi, L., Pavesi, G. & al. (1995). Motor facilitation during action observation: A magnetic stimulation study. *Journal of Neurophysiology*, 73, 2608-2611.
- Ferrari, P. F., Gallese, V., Rizzolatti, G. & al. (2003). Mirror neurons responding to the observation of ingestive and communicative mouth actions in the monkey ventral premotor cortex. *European Journal of Neuroscience*, 17, 1703-1714.
- Ferrari, P. F., Rozzi S. & Fogazzi, L. (2005). Mirror neurons responding to observation of actions made with tools in monkeys ventral premotor cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 17, 212-226.
- Fogassi, L., Ferrari, P.F., Gesierich B. & al. (2005). Parietal lobe: From action organization to intention understanding. *Science*. 308, 662-667.
- Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L. & al. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain* 119 (2), 593-609.
- Gentilucci, M., Fogassi, L., Luppino, G. & al. (1988). Functional organization of inferior area 6 in the macaque monkey. I. Omamotopy and the control of proximal movements. *Experimental Brain Research*. 71, 475-490.
- Gil, R. (2007). *Neuropsicología*. 4º ed. Barcelona, España: Editorial Elsevier Masson.
- Gordon, J. (1987). Assumptions underlying physical therapy intervention: theoretical and historical perspectives. In: Carr J. H., Shepherd, R. B., Gordon, J. & al., eds. *Movement Sciences: foundations for physical therapy in rehabilitation*. Rockville, MD: Aspen, 1-30.
- Goodglass, A. & Kaplan, E. (1986): *Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados*. 2ª ed., Madrid, España. Editorial Médica.
- Gonzalez Rothi, L., Ochipa, C. & Heilman, K. (1991). A cognitive neuropsychological model of limb praxis. *Cognitive Neuropsychology*, 8(6), 443-458.
- Gonzalez Rothi, L., Ochipa, C. & Heilman, K. (1997). A cognitive neuropsychological model of limb praxis and apraxia. En: Gonzalez Rothi, L. y Heilman, K. (eds.), *Apraxia: The Neuropsychology of Action*, Hove, Psychological Press.
- Gonzalez Rothi, L., Raymer, A. & Heilman, K. (1997). Limb praxis assessment, en González Rothi, L. y Heilman, K. (eds.), *Apraxia: The Neuropsychology of Action*, Londres, Psychology Press.
- Iacoboni, M. (2008). *Las neuronas espejo*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Katz.
- Iacoboni, M., Molnar-Szakacs, I., Gallese V. & al. (2005). Grasping the intentions of others with one's own mirror neuron system. *PLoS Biology* 3, E79.
- Iverson, J. M., & Thelen, E. (1999). Hand, mouth and brain. The dynamic emergence of speech and gesture. *J. Consciousness Stud*, 6, 19-40.
- Kohler, E., Keysers, C., Umiltà, M. A. & al. (2002). Hearing sounds, understanding actions: Action representation in mirror neurons. *Science* 297, 846-848.
- Kohler, E., Keysers, C., Umiltà M. A. & al. (2003). Audiovisual mirror neurons and action recognition. *Experimental Brain Research*, 153, 628-636.
- Liberman, A. M. & Mattingly, I. G. (1985). The motor theory of speech perception revised. *Cognition*, 21, 1-36.
- Politis, D. (2003). *Nuevas perspectivas en la evaluación de las apraxias*. Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.
- Politis, D. & Margulis, L. (1997). Evaluación de las praxias a partir de un modelo cognitivo. *Neuropsychologia Latina*, 3: 92.
- Prinz, W. An ideomotor approach to imitation, en Hurley S. & Chater, N. (2005). *Perspectives on Imitation: From neuroscience to social science*. vol I: Mechanisms of imitation and imitation in animals, Cambridge, MIT Press, 141-156.
- Rizzolatti, G. & Arbib, M. A. (1998). Language within our grasp. *Trends in Neuroscience*, 21, 188-194.
- Rizzolatti, G. & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169-192.
- Rizzolatti, G., Scandolara, C., Matelli, M. & al. (1981). Afferent properties of periarcaute neurons in macaque monkeys. I. Somatosensory responses. *Behavioural Brain Research*, 2, 125-146.
- Rizzolatti, G., Scandolara, C., Matelli, M. & Gentilucci, M. (1981). Afferent properties of periarcaute neurons in macaque monkeys. II. Visual responses. *Behavioural Brain Research*, 2, 147-163.
- Rizzolatti, G., Camarda, R., Fogazzi L. & al. (1988). Functional organization of inferior area 6 in the macaque monkey. II. Area F5 and the control of distal movements. *Experimental Brain Research*, 71, 491-507.
- Rizzolatti, G., Riggio, L., Dascola I. & al. (1987). Reorienting attention across the horizontal and vertical meridians: Evidence in favor of a premotor theory of attention. *Neuropsychologia*, 25, 31-40.
- Shumway-Cook, A. y Woollacott, M. (2007). *Motor Control*. Estados Unidos. Lippincott Williams & Wilkins. (1-15).
- Ska, B., Caramelli, P., Croisle, B., Fontaine, F. S., Pineau, H., Renaseau-Leclerc, C. & Sellal, F. (1996). *Protocole d'évaluation de la reconnaissance de gestes (versión revisada)*. Montréal, Centre de recherche du Centre hospitalier Cote-des-Neiges et École d'orthophonie et d'audiologie, Université de Montréal.
- Ska, B., Caramelli, P., Croisle, B., Fontaine, F. S., Pineau, H., Renaseau-Leclerc, C. & Sellal, F. (1997). *Protocole d'évaluation de la production de gestes (versión revisada)*, Montréal, Centre de recherche du Centre hospitalier Cote-des-Neiges et École d'orthophonie et d'audiologie, Université de Montréal.
- Umiltà, M. A., Kohler, E., Gallese V. & al. (2001). I know what you are doing: A neurophysiological study. *Neuron*, 31, 155-165.
- Whiten, A., Goodall, J. McGrew, W. C. & al. (2000). Cultures in chimpanzees, *Nature*, 399, 682-685.

CURSOS – Ciclo Lectivo 2013

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



Instituto de Posgrado

Informes e inscripción:

Asociación Neuropsiquiátrica Argentina

+54 11 4554-9145 / 4553-4095

Lunes a Viernes de 10 a 17 Hs.

anainfo@fibertel.com.ar -

ana@fibertel.com.ar

www.neuropsiquiatria.org.ar

El cuidado del cuidador

(*Lic. Stella Maris Anchubidart*
Licenciada en Psicología)

“La mayor enfermedad hoy día no es la lepra ni la tuberculosis, sino más bien el sentirse no querido, no cuidado y abandonado por todos”.

Madre Teresa de Calcuta

INTRODUCCIÓN

Me pareció interesante hacer previamente unas reflexiones acerca de la vejez.

Años atrás, mi visión era muy negativa. Establecía una relación directa: vejez-enfermedad, por lo tanto evitaba el contacto con los ancianos enfermos; me era difícil mirarlos, vincularme con naturalidad y espontaneidad. Varias veces me pregunté: “¿por qué me sucede esto?” Hasta que un día recordé que, cuando yo era niña, escuchaba con bastante frecuencia a varios ancianos de mi familia decir: “qué fea es la vejez, qué feo venir viejo y enfermo”. Este recuerdo fue muy revelador para mí. Si bien era cierto que veía viejos enfermos, sólo algunos lo estaban; otros, estaban sanos, alegres y divertidos.

Empecé a cambiar “la creencia” y a partir de eso me relacioné con ellos de una manera diferente: agudicé la escucha, la observación y me acerqué desde otro lugar. Un mundo nuevo se abrió. Me dí cuenta de que la persona llega a “vieja” tal como ha sido a lo largo de la vida o, como dice Ajuriaguerra: “Se envejece de acuerdo como se ha vivido”.

Además, cada cultura produce su propio envejecimiento (Leopoldo Salvarezza).

Me parece que estas consideraciones, si se tienen en cuenta al abordar el cuidado del enfermo dependiente, pueden ayudar tanto al cuidador familiar como al cuidador profesional. Este último, en particular, podrá cuidar al enfermo sin prejuicios, entendiendo que las patologías se inscriben en personas con una estructura y una matriz de personalidad única e irrepetible. Se acercará de una manera libre y le posibilitará descubrir aspectos impensados de esa persona y de sí mismo.

Características de los cuidadores

En muchos cuidadores se presenta, desde que toman ese rol, una conciencia distorsionada de la realidad. Vuelcan toda su energía y dedicación a esa labor y obvian todo espacio que les pueda brindar, aunque sea, pequeños placeres de la vida cotidiana.

Me estoy refiriendo al cuidador familiar principal de pacientes con Enfermedad de Alzheimer u otras enfermedades crónicas y/o degenerativas. Dicha persona, por lo general, responde e estas características:

- > Mujeres mayores de 50 años.
- > Tienen relación de parentesco con la persona en situación de dependencia y están vinculadas afectivamente a ella. Son hijas, nueras, etc.
- > Prestan ayuda diaria.
- > No suelen recibir ayuda de otras personas, hay escasa rotación con otros miembros de la familia.
- > No tienen remuneración económica.
- > No cuentan con el apoyo de instituciones socio-sanitarias inmediatas (médico de cabecera con poca presencia y centros de día no disponibles).

Una de las principales razones por la que hay mayor proporción de mujeres cuidadoras es que, debido a la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece el concepto de que la mujer está más preparada que el hombre para el cuidado porque se le adjudica más capacidad de abnegación y voluntad.

A pesar del evidente predominio de las mujeres en el ámbito del cuidado, los hombres participan cada vez más, bien como cuidadores principales o bien como ayudantes, lo que significa un cambio progresivo en esta área.

Dado el aumento de la esperanza de vida, así como el mayor número de ancianos y el aumento de riesgo asociado a los problemas de salud física, es lógico que cada vez sea más necesaria la figura del cuidador. Figura que escasea debido a diferentes razones, tales como: la incorporación de la mujer al mundo laboral, las distancias entre los diferentes miembros de la familia, etc.



Situaciones a las que se enfrenta el cuidador familiar

Gran desgaste físico y mental:

Para el cuidador principal comienza un período de múltiples tareas: ayudar en las actividades de la casa, en los traslados dentro y fuera del domicilio, en la higiene personal, la administración de dinero, la medicación, etc., con una carga horaria muy alta.

Cabe consignar que en muchas dependencias, el curso es progresivo y variable, esto hace que las labores se incrementen haciendo necesaria una reorganización del esquema de cuidado.

Muchos enfermos cursan una demencia profunda con alucinaciones, delirios, agresividad, agitación, alteración del dormir por la noche. Padecen múltiples dolencias médicas, incontinencia, vómitos, escaras.

Necesidades de la persona dependiente y el tiempo que le dedica el cuidador

Es de suma importancia objetivar y detectar cuáles son las auténticas necesidades del paciente y el tiempo que realmente requieren. Suministrarle más dedicación que la debida es reforzarle su dependencia.

Es típica la imagen de un enfermo/a que no para de llamar, buscando la atención permanente, abrumando a la persona que lo cuida, a veces con pedidos absurdos e imposibles de satisfacer. De ahí la importancia de detectar las "verdaderas necesidades".

La falta de tiempo es una de las mayores preocupaciones de los cuidadores: tiempo para sus propias necesidades, para cuidar a su familiar, para atender a otras personas de la familia, para su trabajo, para estar con amigos, etc.

En muchas ocasiones se sienten superados por múltiples obligaciones y actividades que deben realizar a la vez. Una de sus preocupaciones más intensas es la falta de tiempo para hacer "todo" lo que deberían y/o les gustaría hacer.

La dificultad para organizar el tiempo es una fuente importante de ansiedad y estrés.

Algunas ideas basadas en experiencias de cuidadores, son las siguientes:

¿Cómo organizar el tiempo?

- > Preguntarse: ¿Es necesario hacer esto? Así se puede decidir qué actividades son importantes y a cuáles se puede decir NO.
- > Marcarse objetivos realistas.
- > Contar con otros miembros de la familia.
- > Elaborar un plan de actividades.

¿Cómo puedo elaborar un plan de actividades?

Priorizar:

- > Hacer una lista de todas las tareas relacionadas con la persona cuidada, el propio cuidador, otras personas.
- > Ordenarlas según la importancia.
- > Estimar el tiempo necesario para cada tarea.
- > Hacer otra lista de actividades que le gustaría realizar.
- > Anotar el tiempo aproximado que se necesita para cada actividad.
- > Hacer ahora una lista única con las tareas que "debe" realizar y con las que "desearía" realizar, siguiendo el orden de importancia.
- > Empezar con las primeras actividades de la lista.
- > Si hay algo más de tiempo continuar con las demás.
- > Si no hay tiempo para todas las tareas, posponer para otro momento las últimas de la lista y cuando se disponga de tiempo extra, dedicarse a ellas.

Ser realista

Comprender y, fundamental, aceptar que no se puede satisfacer todas las necesidades de la persona cuidada y de los demás miembros de su familia.

Delegar

Es recomendable pedir y aceptar la ayuda de familiares, amigos u otras personas.

Usar los recursos y servicios de la comunidad

Centros de día, asistencia domiciliaria, médicos de cabecera pueden ser un gran apoyo para los cuidadores.

Organización

Establecer planes alternativos. Establecer una guía para cada semana.

Evaluación periódica

Evaluar la forma en que se está organizando el tiempo y, si es necesario, realizar cambios.

Tomarse descansos

Reservarse un tiempo cada día para sí mismo/a.

Necesidad de abandonar el ámbito laboral

En algunas situaciones, el familiar cuidador tiene que abandonar su trabajo o reducirlo, incrementando con ello el aislamiento. Se pierde así una fuente de estimulación, de autoafirmación personal, de contacto, etc. Esto suele suceder después de un largo período en que compatibilizó ambas tareas, por lo que el nivel de agotamiento es ya notable.

Reducción de horas de tiempo de esparcimiento

Las horas de tiempo libre se reducen, se extiende el horario de cuidado y aumenta la sensación de asfixia personal.

Conflictos interpersonales

Con la nueva situación a veces surgen conflictos con los familiares, propiciando aun más el retraimiento.

Pueden aparecer conflictos por el desacuerdo entre la persona que cuida y otros familiares en relación con el comportamiento, decisiones y actitudes de unos y otros hacia la persona mayor o por la forma en que se dan los cuidados.

Otras veces el malestar pasa porque el cuidador siente que los otros familiares no valoran su esfuerzo. Otro cambio es la inversión de roles, las hijas/hijos pasan a ser "madres" de su madre/padre. Esto exige un esfuerzo de adaptación.

Si la persona asistida se va a vivir con el cuidador y su familia, este cambio también es otra fuente de conflictos puesto que el resto de los integrantes también se ven afectados seriamente.

Dedicación full time

Si la persona cuidada se convierte en el centro de la vida del cuidador, el resultado será el empobrecimiento de la existencia de ambos.

Autoabandono físico y anímico

Ligado con lo anterior, a veces el enfermo es más importante que la persona que lo cuida, por lo cual deja de lado sus pro-

pios aspectos físicos y psíquicos. Acompaña a su familiar a la consulta médica y no solicita turno para sus propios malestares y dolencias. Tampoco se hace el tiempo para atender sus aspectos personales: ir a la peluquería, comprarse ropa etc.

Falta de reemplazo

A veces hay dificultades de reemplazo reales; otras, los cuidadores se resisten a ser reemplazados porque creen que eso debe darse de forma espontánea o simplemente, coincidir con la forma en la que ellos esperan ser ayudados.

Otra posibilidad es la creencia de que nadie va a hacerlo como ellos/ellas lo hacen. Ante estas circunstancias, la sensación de sobrecarga y resentimiento sigue aumentando.

La carencia de recursos económicos también agrava la situación al no poder contratar especialistas y personal que ayude en las tareas.

Otros actores que contribuyen a la sobrecarga de los cuidadores son:

Enfermos con:

- > Demencia intensa o profunda.
- > Larga duración de la enfermedad.
- > Alucinaciones, delirios.
- > Escaras, vómitos, incontinencia.
- > Insomnio.
- > Múltiples dolencias médicas.

En cuanto al cuidador:

- > Mala salud física previa.
- > Historia previa de depresión o trastorno de personalidad.
- > Anciano.
- > Desconocimiento de la enfermedad.

Cuando un cuidador empieza a manifestar malestar o la siguiente sintomatología, puede estar necesitando ayuda:

- > Aumento de irritabilidad.
- > Problemas de sueño.
- > Aislamiento.
- > Pérdida de energía, sensación de fatiga.
- > Problemas de memoria
- > Consumo excesivo de alcohol.
- > Problemas físicos, palpitaciones, temblores.
- > Problemas digestivos.
- > Dificultad para concentrarse.



- > Aumento o disminución del apetito o peso.
- > Cambios de humor.
- > Disminución del umbral de tolerancia con personas de la familia.
- > Vulnerabilidad frente a sentimientos de tristeza.
- > Pérdida de interés por actividades que antes eran motivantes.

El primer paso para pedir ayuda: ¡Pedirla!

La mayoría de los cuidadores, al pedir ayuda, se encuentran con obstáculos asociados generalmente a “creencias” que tienen hacia el hecho de pedir ayuda a otras personas. En otras ocasiones es posible que, a pesar de todos los esfuerzos que hagan los cuidadores, los familiares se nieguen a colaborar.

Algo que puede ayudarlos es aceptar esta situación y pensar que estas personas pueden tener sus razones para negarse, aunque las desconozcan.

Algunas causas pueden ser:

- > No son capaces de ver el problema en toda su magnitud e importancia.
- > Se sienten culpables por no colaborar más y por ello se desentienden o se escapan de la situación.

ASPECTOS BASICOS QUE PUEDEN FACILITAR EL AUTOCUIDADO

Darse cuenta que es necesario cambiar

El punto de partida es “tomar conciencia” de la necesidad de cuidarse más. Las razones que suelen dar son: cuidarse para cuidar mejor y cuidarse para mantener la propia salud.

Muchos cuidadores se sienten culpables al atender sus propias necesidades porque piensan que son egoístas. No se dan cuenta de que cuidándose están cuidando mejor a su familiar. Aquellas personas que tienen sus deseos de descanso, ocio y apoyo emocional satisfechos podrán disponer de mayor energía para los cuidados del enfermo.

Los que afrontan el cuidado con más éxito son aquellos que aceptan el hecho de que el autocuidado es una dedicación digna y que requiere el mismo esfuerzo que la atención diaria de su familiar enfermo.

Aceptar la situación y los cambios que se sucederán en el progreso de la enfermedad

Se debe cuidar al enfermo desde la realidad y no desde el deseo de recuperar a la persona tal y como era antes de la dependencia.

Valorar lo más objetivamente posible las necesidades reales de la persona dependiente

En el caso de Enfermedad de Alzheimer, dependiendo del grado, la persona no podrá salir sola de su casa, cocinar o elegir adecuadamente su vestimenta, pero sí podrá ir al baño, comer, etc.

Vale citar el caso de una señora de 50 años que cuidaba de su madre de 82 con EA, en sus estadios iniciales. No presentaba problemas de motricidad, se desplazaba normalmente de un lugar a otro, sin embargo, su hija le facilitaba todas las tareas, incluso no la dejaba realizar actividades manuales como bordar por temor a que se pinchara sus dedos o que dejara las agujas fuera de su lugar y se pudiera lastimar ella o algún miembro de la familia. Estaba controlando cualquier movimiento que su madre hacía. Iba fomentando la dependencia hacia ella, día a día, con su sobreprotección; se sentía nerviosa y con sensación de asfixia.

Valorar lo más objetivamente posible las necesidades del cuidador principal junto a los límites personales

Esto se relaciona con tomar una posición. Entendiendo por “posicionamiento”: darme cuenta de dónde estoy en mi vida a nivel personal, cómo puedo y quiero ayudar, cuáles son mis límites. Discernir entre culpabilidad y responsabilidad. Cambiar el “deber” por la “elección”. Cuando actuamos con culpa no hay elección responsable y el resultado es el agotamiento y la autoexigencia desmesurada.

Disponer de personas reemplazantes

Es muy común escuchar a cuidadores sentirse solos. Pero ellos mismos boicotean la ayuda porque otros no hacen el trabajo correctamente o lo hacen mal.

Es real que hay personas con mayor predisposición y habilidad para el cuidado, pero en lugar de “descalificar” o “hacer por”, se puede dejar practicar o enseñar a hacer. Siempre que la persona no esté en peligro, que en general no lo está, cada uno hace lo que puede.

No ignorar a la persona dependiente, compartir las preocupaciones y miedos

Obviamente dependiendo, en cada caso, de la enfermedad y de la persona. Hay enfermedades en las que hay que poner límites por la seguridad física del paciente y es necesario decirle qué se puede y qué no se puede hacer y cuál es el motivo.

Es necesario poner límites al cuidado cuando la persona dependiente:

- > Culpa al cuidador.
- > Finge síntomas para llamar la atención.
- > Reprocha al cuidador cuando éste pone límites a su petición.
- > Culpa a otros de sus problemas.
- > Rechaza ayudas técnicas que facilitarían las tareas de cuidado (silla de ruedas, andadores, etc).
- > Empuja o golpea.
- > Crea un gasto económico a la familia (exceso de llamadas telefónicas, etc).
- > Se niega a gastar su dinero en servicios necesarios (por ej.: contratación de personal doméstico).
- > Pide más ayuda de la necesaria.

Hay que aprender a decir NO. Cómo decir NO:

Algunas personas tienen dificultades para decir "NO" y es así que acceden a las demandas de otros sin desear hacerlo. Otras veces, cuando no quieren acceder a ellas, ofrecen excusas relacionadas con su incapacidad para satisfacer las peticiones.

Contrariamente otras personas pueden ser agresivas y desagradables al rechazar la petición. Los NO deben ser argumentados y no excusados.

Fomentar la implicación de la persona dependiente en el cuidado

Debemos tener en cuenta que ayudar es apoyar, facilitar y no es sustituir a la paciente en lo que aun es capaz de hacer.

Ser cuidador de los demás puede ser una importante fuente de gratificación narcisista y una situación de riesgo para la salud del que cuida como para quien es objeto de los cuidados. El beneficio narcisista que el cuidador encuentra al cuidar a otro puede hacer que se enganche adictivamente a su función.

Un número importante de cuidadores adultos han sido en su infancia "niños parentalizados" (en el sentido del término

y concepto desarrollados por Boszormenyi-Nagy 1993). Han sido niños que precozmente se han convertido en cuidadores de los propios padres, al precio de descuidar su propio desarrollo. Estos cuidadores pueden ser cuidadores vocacionales con una actitud adicta en su rol, descuidando sus propios cuidados y los de los suyos. Pueden tener importantes dificultades para potenciar la independencia y autonomía de la persona que cuidan. Esta actitud podría interpretarse como un mecanismo de defensa contra su propia avidez y necesidad de ser cuidado.

Ser cuidador familiar supone la mayoría de las veces una obligación que hay que ejercer incluso si no se está preparado.

Ser cuidador supone poner a prueba en la realidad externa, lo interiorizado de la experiencia (realidad interna) de haber sido y de ser cuidado por el otro.

Todos los humanos hemos nacido para ser cuidados. Cuidar forma parte del "Ser", de la naturaleza profunda del ser humano, del instinto de conservación de la especie humana o, si se prefiere, de la pulsión de autoconservación. Es algo que tenemos potencialmente desde nuestro nacimiento.

La forma en que se desarrolla nuestra función de cuidador está influenciada por la forma en que hemos sido cuidados y sobre todo por lo que hemos hecho y estamos haciendo "de y con" esos cuidados.

Fomentar la ampliación de las relaciones sociales

Si la persona cuidada mantiene contacto con la realidad y se relaciona socialmente con facilidad, será muy beneficioso para ambos.

La entrada de otras personas con las cuales pueda expresarse permitirá al cuidador renovar su energía física y mental. De esta forma se sentirá más relajado, favoreciendo y enriqueciendo el vínculo entre ambos.

Obtener información confiable sobre la enfermedad

Es importante consultar con profesionales, asociaciones y servicios sociales acerca del desarrollo de la enfermedad y ayudas disponibles. La información suministrada puede facilitar la elaboración de un plan de acción.



Algunas de las preguntas que suelen tener los cuidadores son:

- > ¿En qué consiste la enfermedad que sufre su familia? ¿Cuáles son sus causas?
- > ¿Cómo evoluciona su enfermedad?
- > ¿Qué es lo que pueden hacer por su familiar? ¿Qué tipo de ayuda deben darle?
- > ¿Qué recursos pueden utilizar y en qué servicios pueden encontrar algún tipo de ayuda? ¿Cómo pueden acceder a esos servicios?
- > ¿Cómo pueden solucionar determinados tipos de comportamiento? ¿Cómo deben abordar las conductas problemáticas?
- > ¿Cómo pueden solucionar determinados conflictos familiares, laborales, económicos?

Los cuidadores pueden:

- > Averiguar todo lo posible acerca de la enfermedad que padece el familiar.
- > Conocer como evolucionará la enfermedad.
- > Preguntar qué pruebas se deberían hacer para conocer más acerca del problema.
- > Preguntar acerca de los recursos que pueden utilizar.
- > Preguntar qué gastos relacionados con el cuidado tienen cobertura social.

ANÁLISIS DE SENTIMIENTOS Y EMOCIONES FRECUENTES EN CUIDADORES

La situación de cuidado suele llevar asociada la experiencia de múltiples y variados sentimientos y emociones por parte de los cuidadores. Considero que éste es un punto medular en el tema que nos ocupa.

La forma en que un cuidador/a interprete una situación, los pensamientos y creencias que tenga respecto de ésta, tiene mucho que ver con los sentimientos que surgen en él/ella. Según los recursos que se posean para la experiencia del cuidar aparecerán sentimientos positivos y de bienestar o negativos.

Cuidar a una persona anciana, con relación de dependencia, puede ser una experiencia satisfactoria, especialmente cuando supone luchar por alguien que se ama. También lo es cuando implica superar situaciones difíciles a base de fuerza y constancia. Muchos cuidadores expresan haber evolucionado como seres humanos a través de las situaciones de cuidado.

Por otro lado, también aparecen sentimientos negativos tales como: enojo, resentimiento, tristeza, culpa, ansiedad, miedo y autocompasión. Primer paso para aceptar los sentimientos negativos: **reconocer que existen estos sentimientos y que eso es algo lógico.**

TRISTEZA: Observar el deterioro de la persona a la que se cuida, la pérdida de su compañía por la enfermedad, la falta de contacto con otras personas y la insatisfacción de las necesidades personales son los motivos más frecuentes.

Estrategias útiles para controlarla: identificar las situaciones en las aparece el sentimiento. Tratar de evitar estas situaciones y, de no ser posible, hacer algo para cambiarlas. Si no pueden ser modificadas, aceptarlas e intentar buscar los aspectos positivos que pudieran tener.

- Tolerancia con uno mismo: no marcarse metas excesivas.
- Evitar frases que contengan "debería, deberían".
- Darse tiempo, mantener el sentido del humor.

CULPA: Los motivos para sentir culpa son varios: hechos del pasado, metas demasiado altas, la no aceptación de sentimientos negativos, considerar que el autocuidado es una actitud egoísta. Otras causas pueden ser, pensar que se es responsable de la enfermedad del familiar, desear que éste muera para que deje de sufrir.

Estrategias útiles para controlarla: aceptar estos sentimientos como normales y comprensibles, luego expresarlos y buscar sus razones.

ENOJO: Los motivos frecuentes de enojo son: formas de comportarse de la persona cuidada, falta de colaboración de otros familiares, falta de reconocimiento de su esfuerzo, sensación de estar "atado", "injusticia" por lo que le ha tocado vivir.

Estrategias útiles para controlarla: aceptación del sentimiento, reconocer que sentir enojo proviene de experimentar algún tipo de daño ayuda a los cuidadores, ya que les permite dirigir su atención hacia las situaciones que han hecho surgir tales sentimientos y poder modificarlas en caso que sea factible.

Dejar de lado la frase "¿por qué a mí?"

Interpretar los comportamientos agresivos de los familiares enfermos como manifestación de su enfermedad y no como "ganas de molestar".

Expresar el enojo sin perder el control. Evitar guardarlo mucho tiempo porque se convertirá en resentimiento y es más difícil de controlar.

Emplear el sentido del humor y REIR.

CONCLUSIONES

El tratamiento psicoterapéutico individual del cuidador basado en técnicas cognitivas conductuales es fundamental ya que siempre se tiene que perseguir el cambio de aquellos patrones de pensamiento y de la conducta que están interfiriendo en el mal afrontamiento del proceso degenerativo de la enfermedad.

Por otra parte es importante empatizar y comprender la situación por la que está pasando. Es necesario que se sienta comprendido y escuchado permitiendo, de este modo, que todos sus sentimientos y emociones salgan a la luz.

En esta instancia es interesante la implementación de instrumentos gestálticos. Trabajar con los opuestos: cuidador-cuidado, darse cuenta aquí y ahora, etc. Otra contribución son ejercicios de relajación combinados con visualizaciones y meditación.

Trabajar con grupos tiene las siguientes ventajas y beneficios:

1. Reduce la ansiedad inicial al estar con otras personas que pasan por lo mismo.
2. Facilita el afrontamiento del problema que se quiere tratar por la identificación que se produce entre los miembros del grupo.
3. Aumenta la sensación de apoyo, fundamental para iniciar un cambio de hábitos. En la psicoterapia individual esa sensación de apoyo viene del psicoterapeuta. En los grupos, viene de las personas que están pasando por la misma situación.

A lo anterior hay que agregarle el aporte a nivel institucional y los trabajos psicoeducativos.

El desafío, y a su vez lo más difícil para el psicoterapeuta, es lograr que el cuidador familiar (también el profesional) se pare a tiempo suficiente como para tomar conciencia de su situación y de la necesidad de cuidarse a sí mismo para poder cuidar.

Todo lo demás vendrá por añadidura.

BIBLIOGRAFÍA

- ICARRASCO Teorías Racionales y de Reestructuración Cognitiva. Compiladores: F. LABRADOR Y J A CRUZADO. Editorial Oiradime Madrid 1993.
- SAFRAN Y SEGAL: El Proceso interpersonal en terapia Cognitiva. Editorial Paidós
- FERNANDEZ ALVAREZ.: Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia. Editorial Paidós.
- SALVAREZZA LEOPOLDO: Psicogeriatría Teoría y Clínica. Editorial Paidós.
- TORRE DIAZ J. La Limitación del esfuerzo terapéutico en Mayores. Lecciones de Gerontología N° 25.(2009).
- LOPEZ J. Y CRESPO M. Intervención con Cuidadores. Lecciones de Gerontología N° 54 (2006).
- FUNDACION " LA CAIXA" Un Cuidador Dos vidas. Programa Atención a la Dependencia. (2008).
- POLSTER E. Y POLSTER M (2008) Terapia Gestáltica . Perfiles Teoría y Práctica .
- PEÑARRUBIA F (1999) Terapia Gestalt La Vía del Vacío Fértil Ed. Alianza Editorial.
- BOSZORMENYI-NAGY Y COLS (1993) Lealtades Invisibles. Reciprocidad en Terapia Intergeneracional. Ed. Alianza Editorial.

XV Congreso Argentino de Neuropsiquiatría y Neurociencia Cognitiva

XVI Jornadas de la Enfermedad de Alzheimer
y otros trastornos cognitivos

11 ° Congreso Latinoamericano
de Neuropsiquiatría

IV Congreso Argentino de Psicogeriatría

21, 22 y 23 de Agosto de 2013

Hotel NH City & Tower
Buenos Aires - Bolivar 120
Horario: 9 a 19 hs

INSCRIPCION PREVIA

Anciano, síndrome confusional agudo y virus de la inmunodeficiencia humana. Una triada para tener en cuenta

Dra. Silvana Gabriela Pace
*Médica - Especialista Universitaria
en Medicina Interna*

INTRODUCCIÓN

La pirámide poblacional en el mundo, Argentina incluida, se ha modificado en las últimas décadas por el envejecimiento poblacional; en la jerga estadística, se entiende como el incremento de personas de edad avanzada y el aumento de la edad media de la población esperándose, para el año 2025, una expectativa de vida de 110 años. Este eminente crecimiento es un fenómeno que se dio en los últimos cincuenta años, significando que habrá más ancianos sanos pero también más ancianos enfermos con las implicancias sociales, económicas, medicas y científicas que esto traerá como consecuencia, convirtiéndose el envejecimiento no sólo en una situación orgánica, sino en una nueva e importante etapa de la vida que merece ser conocida y entendida. Este envejecimiento es consecuencia de diversos factores como: la disminución en las tasas de mortalidad, aumento en la esperanza de vida, disminución de la natalidad y los movimientos migratorios. Esta nueva situación demográfica es un verdadero desafío y problema para los países latinoamericanos en vías de desarrollo porque son éstos los que presentan las poblaciones más envejecidas y las que no son acompañadas de un crecimiento socio-económico justo. Este aumento en la edad poblacional hace que surjan enfermedades que generan no sólo la muerte sino situaciones discapacitantes y de un gran desconsuelo para el enfermo y todo el entorno familiar, acarreado un alto costo para los distintos sistemas de salud. Entre las patologías crónicas se pueden discriminar las enfermedades neurodegenerativas, enfermedad cerebrovascular y, tímida y caprichosamente, me atrevo a mencionar la infección por HIV en los ancianos, acompañado o no, de las enfermedades infecciosas oportunistas asociadas. Pongo relevancia en este último punto porque no se piensa con frecuencia esta entidad nosológica en los gerontes pero, sorpresivamente, cada vez son más los casos encontrados, siendo esto la punta del iceberg para proyectar trabajos serios de investigación y

así generar programas de sexualidad responsable en adultos mayores.

Se describirá un caso clínico, elegido arbitrariamente, de un paciente que permaneció internado en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Parmenio T. Piñero, durante el mes de mayo del año 2011.

Datos filiatorios: masculino de 68 años de edad, argentino.

Situación socio-económica: divorciado, sin pareja estable, jubilado (PAMI), sin ninguna actividad laboral o recreacional (ex ajedrecista), reside solo en habitación de hotel, por severos conflictos familiares. Escolaridad primaria y secundaria completa. Ex consumidor de alcohol, ex tabaquista.

Antecedente personales de enfermedades: Hipertenso y diabético, sin tratamiento farmacológico ni dietético.

Motivo de internación: fiebre (5 días de evolución), astenia, adinamia, mal estado general, negativismo a la ingesta, deshidratación y trastorno global del estado de conciencia, asociada a trastornos en la personalidad y de la esfera afectiva.

Examen físico: paciente en regular estado general, adelgazado, postrado, febril, con signos de deshidratación, poco colaborador al interrogatorio y examen físico. SNC: bradipsíquico, con estado de conciencia fluctuante, orientado parcialmente en persona, desorientado en tiempo y espacio. Desatento, con curso desorganizado y con frases de relleno. Nomina con dificultad, comprende un comando, no repite. Sin signos meníngeos, sin foco motor, pares craneanos conservados. Inestabilidad e imposibilidad para deambular y mantener el tono postural. Sensibilidad no evaluable. ACV: TA: 110-60mmhg. FC: 100 por minuto FR: 28 por minuto T°: 38.5°, soplo sistólico 3/6 en mesocardio, choque de punta desplazado, piel y mucosas secas.



AP. RESPIRATORIO: taquipneico, hipoventilación global, sin ruidos agregados. ABDOMEN: excavado, simétrico, blando, deprimible, indoloro, sin visceromegalias. Catarsis negativa de tres días. Diuresis concentrada y menos de 50 ml/hora por sonda vesical, dolor a la palpación profunda en región de hipogastrio.

Impresión diagnóstica inicial:

> Síndrome confusional agudo (SCA) del anciano (Cuadro clínico y CAM – Confusional Assessment Method- compatible)

> Síndrome febril asociado a Síndrome de impregnación neoplásico vs. Infeccioso.

A partir de esta situación clínica, y considerando el SCA como una emergencia médica en el geronte, se realiza en forma simultánea estudios complementarios básicos y avanzados para detectar la o las causas que lo generaron.

Para descartar causas metabólicas, endocrinas y nutricionales se analizan:

Función renal, función hepática, Ionograma (Na, K, Ca), Glucemia: normal
Albumina: 2.9 gr. Estado ácido base: normal. Hormonas tiroideas: normales
Hemograma: anemia normocítica- normocromica .Sin leucocitosis.
Eritrosedimentación y Proteína C Reactiva: Normales

Se descartan causas medicamentosas y tóxicas porque:

No hay consumo de drogas ilícitas, ni de alcohol
Se descarta el uso de psicofármacos con efecto anticolinérgico

Para apartar trastornos eléctricos en SNC se realiza electroencefalograma:

El Trazado marcadamente desorganizado. Con actividad lenta general y paroxismos.
Foco de ondas agudas a nivel occipital bilateral.

Se descartan problemas generales:

No se constata dolor.
Se realiza tacto rectal sin impactación fecal.
Sin globo vesical, vejiga evacuada con sonda vesical.

Para descartar enfermedad cerebrovascular

RMN con gadolinio y difusión: Sistema ventricular supra e infra tentorial y cisternas encefálicas de amplio aspecto involutivo. Leucoaraiosis periventricular y pequeñas imágenes focales puntiformes hiperintensas en T2 y Flair periventriculares compatibles con lesiones por microangiopatía. Difusión y espectroscopia sin anomalías. Marcadores tumorales negativos.

Lesiones traumáticas de SNC y neoplasias primarias o secundarias se realiza:

Por la fiebre y el SCA para descartar infecciones sistémicas se realizan:

Hemocultivo y Urocultivo: negativo
Serologías: Hepatitis. A , B, y C: no reactivas
Toxoplasmosis. VDRL: No reactivo
HIV: ELISA/Western Blott: POSITIVO

Considerando este resultado positivo, el cuadro febril, la ausencia de foco infeccioso visible y la tórpida evolución clínica del paciente; no mejorando el estado de conciencia incluso atravesando por períodos de lucidez, excitación psicomotriz llegando por momentos al estupor, se realiza **PUNCIÓN LUMBAR PARA ESTUDIO DE LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR):** Análisis fisicoquímico: Glucorraquia: 26mg/dl, CL: 113, Proteínas: 2.47g/l, Recuento Celular: 624cl. (95% MN). VDRL: Negativa. Análisis bacteriológico: Tinta china positiva. Cultivo para *Criptococo Neoformas* positivo.

El diagnóstico definitivo: SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL ANCIANO SECUNDARIO A INFECCIÓN POR RETROVIRUS (HIV) CON ENFERMEDAD OPORTUNISTA DE SNC: CRIPTOCOCOSIS MENINGEA.

Evolución: favorable, realizando tratamiento con Anfotericina B y Difenilhidantoina con mejoría clínica, CAM negativo y negativización del LCR. El paciente se externa de la luego de 45 días de internación.

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO- DELIRIUM

La palabra Delirium deriva del latín. "d" significa: "fuera de" y "lira": "camino entre dos porciones de tierra inundada", "fuera de ruta", aunque tiene otros sinónimos como: *desviarse del camino, volverse loco y locura reversible*, entre otros; por lo que antiguamente se lo consideraba como una patología psiquiátrica en sí misma pero realmente es expresión de una enfermedad aguda subyacente cuyo propio tratamiento resuelve el cuadro confusional. Aunque el síndrome es un estado transitorio, sus consecuencias tienen un impacto negativo que se puede percibir con el correr del tiempo y la causa puede ser multifactorial: desde situaciones clínicas graves hasta el impacto fecal, dependiendo del grado de vulnerabilidad del paciente. El SCA o Delirium es una verdadera emergencia médica en el anciano. ¿Por qué? Porque los pacientes que lo sufren no sólo se mueren más, sino que lo hacen más rápido. Es por este motivo que el diagnóstico temprano y oportuno es crucial ya que la intervención rápida y agresiva cambia el pronóstico y la sobrevivencia del enfermo, como en la mayoría de las patologías neurológicas, y, aunque es una entidad muy prevalente en la población anciana, muchas veces es subdiagnosticada y es en esta situación en la que el trabajo y entrenamiento, no sólo del médico, sino también del equipo multidisciplinario de salud, es de vital importancia para la veloz resolución, recuperación y rehabilitación

del paciente. Cuando aparece este cuadro hay que considerar al paciente frágil, con pocas herramientas para responder convenientemente a una noxa, con mayor posibilidad de hospitalización, mayor estadía institucional, mayor deterioro funcional, con aumento en el número de reinternaciones, aumento de la mortalidad a los 12 meses, mayor incidencia de demencia a los tres años y mayor incrementos en los costos de los distintos sistemas de salud.

El DSM IV (DSM IV Text Revisión) define que el SCA se manifiesta como un empeoramiento agudo de la atención, desorganización del pensamiento y discurso incoherente. El paciente usualmente se presenta con alteración de la conciencia, alteraciones perceptivas, problemas en el ciclo sueño vigilia, agitación psicomotriz o letargia y desorientación temporoespacial secundaria a una causa médica subyacente. (American Psychiatric Association, 2000). Dentro de las distintas definiciones encontradas considero ésta la más apropiada porque no sólo describe un conjunto importante de síntomas a buscar en el paciente, sino que también orienta a que las acciones sean dirigidas a la búsqueda de la causa subyacente porque resolviendo ésta se resuelve el SCA.

Epidemiología: la incidencia y prevalencia varía según el tipo de población que se analice. En la población general la prevalencia es del 1% en mayores de 60 años y compone el 10 al 20% de admisiones hospitalarias. Los pacientes durante la internación lo pueden presentar entre un 15% a 30%. Los pacientes hospitalizados por cáncer, en un 25%; los pacientes con HIV, entre un 30 a 40%. Los paciente mayores de 75 años que se encuentran institucionalizados pueden padecerlo en un 60% de los casos, en algún momento de la internación y en los pacientes post-operatorios, en un 10%. En este punto es importante considerar que las cirugías ortopédicas de cadera lo presentan en un 30 a 60%; cirugía cardíaca abierta, 30% y ortopedia global, 25%.

Fisiopatología: Aunque existen muchas hipótesis, las evidencias son escasas. Pero se sabe que el envejecimiento y posiblemente las lesiones cerebrales acumuladas generan una disminución de la reserva funcional cortical que hacen que el cerebro sea más vulnerable a efectos adversos. Dentro de las teorías se esgrime que hay una alteración en el metabolismo cerebral de la glucosa por lo que existiría un trastorno metabólico global cerebral. Existe también una alteración en la concentraciones de neurotransmisores como son la acetilcolina y serotonina. Es por esto que hay que tener cuidado con las medicaciones anticolinérgicas porque los pacientes son más susceptibles



a padecer SCA. Se halla también mayor o menor actividad del GABA, según se asocie a encefalopatía hepática o abstinencia alcohólica respectivamente. Las citiquinas (IL 2) y el FNT son también considerados mediadores del SCA, sobre todo en los pacientes con cáncer o infecciones. Y se describe también aumento de los opioides endógenos, del cortisol y catecolaminas.

Etiología. Factores de riesgo y factores predisponentes: la etiopatogenia es multifactorial y para que un paciente presente SCA debe coincidir un estado de vulnerabilidad asociado a factores predisponentes y expuestos a factores desencadenantes. El factor predisponente es aquella situación personal del enfermo que aumenta el riesgo de SCA. Como muchas veces no es evidente, la búsqueda sistemática de esta situación es uno de los pilares en el manejo de esta patología. Los factores desencadenantes son los que se deben tratar para controlar el delirium y a pesar de que las causas son múltiples, los fármacos son las más frecuentes, dado que prácticamente casi todas las drogas pueden provocar SCA y los ancianos están polimedcados. Cabe destacar la superposición entre los factores predisponentes y los precipitantes.

Factores predisponentes: *Características demográficas:* varones - mayores de 60 años. *Status cognitivo previo:* deterioro cognitivo - demencia - depresión - antecedente de síndrome confusional. *Status funcional:* inmovilización - enfermedad terminal. *Deprivación funcional:* alteraciones visuales - auditivas. *Disminución de la ingesta oral:* Deshidratación - desnutrición. *Drogas:* polifarmacia - adicciones- drogas psicoactivas. *Condiciones médicas concomitantes:* fiebre- enfermedad grave - ACV - fracturas - trastornos metabólicos - insuficiencia renal o hepática

Factores desencadenantes: *Drogas:* polifarmacia - hipnoticos - anticolinergicos - alcohol o abstinencia. *Enfermedades en SNC:* meningoencefalitis - ACV - hemorrágico - tumores. *Intercurrencias:* fiebre - hipotermia - anemia - deshidratación-hipoxemia - hipoglucemia - hipercalcemia - shock - sepsis-Enfermedad aguda grave - trastornos hormonales. *Cirugías:* Ortopédica - Cardíaca - Cirugía no cardíaca. *Ambientales:* dolor-deprivación del sueño -stress - contención física - cambios de ambiente - internación en unidades cerradas - catéteres urinarios - viudez - mudanza - institucionalización - aislamiento.

Cuadro clínico y tipos de presentación: el paciente presenta el cuadro en forma aguda y brusca en horas o días (generalmente dentro de las primeras 24 horas) y éste es uno de los

datos determinantes en el diagnóstico. El curso es fluctuante con variabilidad en los síntomas y en la intensidad de los mismos a lo largo del día, empeorando habitualmente al atardecer o por la noche, pudiendo el enfermo presentar períodos de lucidez y períodos sintomáticos, otra característica típica del SCA, que lleva muchas veces a no diagnosticarlo oportunamente. Las particularidades mencionadas ayudan a realizar un adecuado diagnóstico diferencial con otras alteraciones cognitivas como es la demencia. Muestran también desatención con incapacidad para focalizar o mantener la atención, se distraen muy fácilmente, el pensamiento es desorganizado con discurso incoherente, fuga de ideas y construcciones ilógicas y se evidencia alteración global del área cognitiva con desorientación en tiempo y espacio, lenguaje pobre, acompañados de neologismos, parafasias y alteración en la estructura de la oración. En lo referente al estado de conciencia, no queda libre de alteración con letargia, somnolencia, dificultad para mantenerse despierto, llegando al estupor y coma, o bien pueden presentarse con el nivel de conciencia exacerbado encontrándose en un estado de hiperalerta, exitado, insomne y con reacción ante cualquier estímulo. Los enfermos confusos pueden poseer, hasta en un 30%, alteraciones en la percepción como alucinaciones e ilusiones. Las alteraciones emocionales pueden aparecer desde el comienzo como síntomas afectivos como tristeza, apatía, miedo, enojo o irritabilidad. Asimismo es posible diferenciar tres formas clínicas: **Delirium Hiperactivo:** (15-21%): Agitación, delirios, alucinaciones. Es la forma clínica más florida por lo que hace más fácil el diagnóstico de esta entidad. Diferenciar con esquizofrenia y psicosis. **Delirium Hipoactivo:** (19-71%): somnolencia, ánimo deprimido, confusión, letargia. Es la forma más frecuente y la más sub diagnosticada. Mejor evolución, menor mortalidad. **Delirium Mixto** (43-53%).

Diagnóstico y diagnóstico diferencial: el diagnóstico es clínico y el subdiagnóstico oscila entre el 32% y 67%. Para diagnosticarlo hay que pensarlo! A pesar de que ningún estudio complementario lo confirma, con el fin de homogenizar criterios se utiliza como herramienta el CAM, diseñado en 1990 por Inouye. Es el método más probado, validado, reproducible, con poca variabilidad del operador, sencillo y efectivo para realizar en la cama del paciente. Tiene una sensibilidad del 94 a 100% y especificidad del 90 a 95%. No se usa para medir la severidad del cuadro. Este método se construye tomando: 1) comienzo agudo y curso fluctuante, 2) inatención, 3) desorganización del pensamiento, 4) nivel de conciencia alterado. Para una respuesta afirmativa se necesita la presencia de los puntos 1 y 2 junto con alguno de los ítems 3 ó 4. Una vez diagnosticado, es trascendental determinar el estado previo del paciente, los fac-

tores que lo predisponen a esta situación y la causa que lo genera; es importante ganar tiempo para asegurarse el éxito de la recuperación.

Duración, pronóstico y diagnósticos diferenciales del

SCA: El delirium dura ente 1 a 6 días, en un 60%; de 7 a 13 días en un 20%; de 2 a 4 semanas, en un 15% y mayor a 1 mes, en el 5% de los casos. En lo concerniente al pronóstico la mortalidad al mes es de 14% y del 22% a los 6 meses. En los pacientes con Delirium y con un cuadro demencial de base, el riesgo relativo de mortalidad es de 1.8 y la sobrevida media es a 3 años; en los pacientes sin demencia el riesgo relativo de mortalidad es de 1 y la sobrevida media 1.4 años. Es importante tener en cuenta que existe el riesgo de demencia post delirium; en los pacientes que ya presentaron episodio de delirium el riesgo es de 18%, al año y los que no presentaron este cuadro antes, el riesgo es de 5.6%.

	DEMENCIA	DELIRIUM	PSICOSIS	DEPRESION
COMIENZO	Insidioso	Agudo	Subagudo	Subagudo
CURSO	Estable	Fluctuante	Estable	Estable
CONCIENCIA	Vigil	Alterada	Vigil	Vigil
ORIENTACION	Alterada	Alterada	Conservada	Conservada
MEMORIA	Deterioro	Deterioro	Conservada	Conservada
ATENCION	Déficit parcial	Déficit grave	Déficit parcial	Déficit grave
DELIRIO Y ALUCINACIONES	Poco frecuentes	Frecuentes	Frecuentes	Frecuentes

Tratamiento: debe enfocarse desde varios aspectos: 1) saber diagnosticarlo en tiempo y forma, 2) reconocer los facto-

res predisponentes y tratar la causa descompensante, 3) apostar a las medidas preventivas y, por último salvo indicación precisa, 4) tratamiento farmacológico. En lo que respecta a las medidas preventivas se consideran: internar al paciente en habitación iluminada, con cama baja y barandas y con protección de ventanas; es importante la presencia de familiares y de cuidadores conocidos, reorientar al paciente, favorecer actividades de estimulación cognitiva, evitar privación de sueño, evacuar la vejiga y asegurar deposiciones cada 48 hs., uso de audífonos y anteojos, evitar uso de psicofármacos salvo que sean necesarios, manejo de dolor, movilización temprana, adecuada nutrición, hematocrito mayor a 30 y saturación de oxígeno adecuada. El tratamiento farmacológico con neurolépticos se debe indicar en los casos en que las medidas no farmacológicas son insuficientes y en los pacientes con excitación psicomotriz grave que ponen en riesgo su seguridad o la de terceros, en pacientes con alucinaciones y delirio que generen angustia y

sufrimiento y en los casos donde se manifiesta alteración del ritmo sueño-vigilia. El Haloperidol es el fármaco más usado y estudiado; se puede administrar VO, IM o EV. Esta última es la más indicada a dosis de 0.5 a 1 mg. Cada 12hs. puede repetirse cada hora hasta alcanzar una dosis máxima de 5mg. Las benzodiacepinas no serían los fármacos de primera elección. Dentro de los antipsicóticos, la droga más usada es la risperidona a 0,5 mg cada

12 horas. Dentro de esta línea también se utiliza olanzapina, quetiapina y clozapina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arizaga, RL. La Problemática del deterioro cognitivo y la demencia. En Arizaga R.L et al. Deterioro Cognitivo y Demencias. Edición primera. Buenos Aires. Argentina: Polemos; 2011. Capítulo 1. Pag. 9-13.
2. Curso Superior Bial de Especialista en Medicina Geriátrica. Sociedad Argentina de Geriátria y Gerontología. Cambios demográficos del envejecimiento. Dr. Isidoro Fainstein. 2011.
3. Jauregui JR, Rubin RK. Introducción. Concepto de Síndrome Geriátrico. En Jauregui JR., Rubin RK, Kaplan R. Emergencias en el anciano. Edición primera. Buenos Aires. Argentina: Edimed - Ediciones medicas; 2011. Cap.1. Pag. 1 -14.
4. Jauregui JR., Rubin RK, Kaplan, R. Síndrome Confusional Agudo en el Anciano. En Jauregui JR., Rubin RK, Kaplan R. Los Grandes Síndromes Geriátricos. Edición primera. Buenos Aires. Argentina: Edimed -Ediciones medicas; 2009.Cap.7. Pag. 1 -14.
5. Diagnostic end Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed. Text Revision American Psychiatric Association ,Washington DC,2000
6. Inouye SK. Delirium in older persons. N Engl J. Med 2006; 354: 1157-65
7. Inouye SK. A Practical Program for preventing Delirium in hospitalized patients. Cleveland Clinic Journal of Medicine 2004; 71 (11): 890
8. Inouye SK. Clarifying Confusion: The Confusion Assesment Method. Ann.Intern. Med.1990; 113: 941-948.
9. Quezel, MA. Síndrome Confusional Agudo. En Jauregui JR., Rubin RK, Kaplan R. Emergencias en el anciano. Edición primera. Buenos Aires. Argentina: Edimed - Ediciones medicas; 2011. Cap.4. Pag. 41 - 61.



Carrera de Especialización Derivada en Neurología Cognitiva y Neuropsiquiatría

DIRECTOR: PROF. DR. LUIS IGNACIO BRUSCO

DURACION: 2 Años

RESOLUCION: CS 2537/07

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

Para mayor información ingresar a:

http://www.fmed.uba.ar/posgrado/especialistas/m_especialistas.htm

Secretaría de Posgrado

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

Lirpan

DONEPECILO

Facilita la integración



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



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



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



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



Presentaciones

LIRPAN 5 mg: envase conteniendo 30 comprimidos recubiertos.

LIRPAN 10 mg: envase conteniendo 30 comprimidos recubiertos.

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

CARRIER® 20

MEMANTINA

Retrasa el deterioro cognitivo

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

*1 vez
al día*



Presentación

Carrier 20:
envases con 30 comprimidos.

Carrier:
envases con 30 y 60 comprimidos.



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