Revista Argentina ALZHEIMER

Y OTROS TRASTORNOS COGNITIVOS

Nº 23

AÑO 2015

/ *Estimulación neurocognitiva en pacientes con esclerosis múltiple* **Pág 5**

/ *Pesquisaje de deterioro cognitivo en población mayor de 65 años. Intervenciones comunitarias* **Pág 10**

/ *El teatro ¿una estrategia de estimulación cognitiva?* **Pág 19**

/ *Deterioro Cognitivo Vascular* **Pág 25**

/ *Posibles aportes de la Danza Movimiento Terapia para abordajes en Neurorehabilitación de las demencias* **Pág 31**

ALZHEIMER ARGENTINA

Publicación Oficial de Alzheimer Argentina **www.alzheimer.org.ar**

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)

Recetario Solidario

PAMI

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

Revista Argentina
ALZHEIMER

STAFF

DIRECTOR- PRESIDENTE
Dr. Luis Ignacio Brusco

SECRETARIOS CIENTÍFICOS
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. Sandra Germani / Lic. Angel Goldfard / Dr. Ángel Golimstok / Dr. Salvador Guinjoan / Dr. Ramiro Isla / Dr. Guillermo Jemar / 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 / 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.

COMITÉ DE RELACIONES INSTITUCIONALES
Dr. Gustavo Gonzalez Ferreira / Dra. Guillermina Olavarria / Dra. Josefina Pernas Grenno / Dra. Florencia Reynoso / Dra. Evelina Schmidt / Dra. Agustina Varela.

SECRETARÍA DE REDACCIÓN
Lic. Cecilia Graves Ozan / Dra. Natividad Olivar

EDITORIAL

Cada vez más es aceptado que el tratamiento de una patología neurodegenerativa, ya sea Enfermedad de Alzheimer u otra alteración cognitiva, requiere de un abordaje interdisciplinario. Es decir que se busca conjugar la terapia farmacológica con los tratamientos no farmacológicos. Desde esta perspectiva son muchas las formas para estimular y realizar neurorehabilitación en un individuo, y cada terapéutica que se elija va a depender también de la creatividad del profesional que la lleve a cabo.

Es indiscutible que dependiendo del grado de evolución de la patología la evolución y resultados esperados van a ser diferentes, pero es importante remarcar que en la mayoría de los casos se cambios, por más mínimos que sea.

Es por ello que a través de este nuevo número de la revista la Revista Argentina de Alzheimer y otros trastornos cognitivos incluimos artículos sobre las terapias no farmacológicas para mostrar otras formas de neurorehabilitación distintas a las tradicionales, entre otros artículos que abordan diferentes temáticas.

Así mismo les recordamos que desde Alzheimer Argentina ofrecemos charlas e información para familiares con pacientes con Enfermedad de Alzheimer o que padezcan trastornos cognitivos en forma semanal y gratuita.

Asociación Alzheimer Argentina

SUMARIO

Estimulación neurocognitiva en pacientes con esclerosis múltiple PÁG 5
Lic. Carolina Ramírez. Lic. Aneley E. Vicino

Pesquisaje de deterioro cognitivo en población mayor de 65 años. Intervenciones comunitarias PÁG 10
Lic. Ana Sgavetti

El teatro ¿una estrategia de estimulación cognitiva? PÁG 19
Lic. Cecilia Gasque Justo

Deterioro Cognitivo Vascular PÁG 25
Dra. Paula Terraza

Posibles aportes de Danza Movimiento Terapia para abordajes en Neurorehabilitación de las demecias PÁG 31
Lic. Aldana Daniela Erausquin

Revista Argentina de ALZHEIMER y otros trastornos cognitivos. Nº 23 Año 2015. 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.

Editorial: EDANA

ALZHEIMER
ARGENTINA

XVIII

Congreso Argentino

de la Enfermedad de Alzheimer y otros trastornos cognitivos

18 de JUNIO | 2015

Facultad de Medicina
Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Auspician:

CENECON
Centro de Neuropsiquiatría y Neurología de la Conducta
Facultad de Medicina
Universidad de Buenos Aires

PRONADIAL
www.pronadial.org.ar
Programa Nacional de Datos, Docencia e Investigación en Alzheimer y otros Trastornos Cognitivos
Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires

INFORMES E INSCRIPCION

4553-2451

www.alzheimer.org.ar
E-mail: info@alzheimer.org.ar

IdeoGroup
Mobile: +54 11 6660 3965
ideogroup@hotmail.com
info@ideogroup.com.ar
www.ideogroup.com.ar

Estimulación neurocognitiva en pacientes con esclerosis múltiple

Lic. Carolina Ramírez
Lic. en Psicopedagogía
Lic. Aneley E. Vicino
Lic. en Terapia Ocupacional

INTRODUCCIÓN

Partimos de la definición que aporta la ONU sobre "rehabilitación"[1], para introducirnos en la temática de la neurorehabilitación, con la intención de abordar a una patología que afecta a adultos jóvenes, impactando significativamente en la etapa productiva de la vida: la Esclerosis Múltiple.

La neurorehabilitación tiene como objetivo que la persona pueda alcanzar el máximo nivel de funcionalidad e independencia que le sea posible.

Esta patología no solo presenta limitaciones físicas, las cuales mencionaremos al describirla, sino también cognitivas (ej. memoria, atención, funciones ejecutivas) y de la esfera afectiva y emocional.

Las lesiones neurológicas condicionan un tipo particular de deterioro y discapacidad diferente, relacionado con las propiedades exclusivas del tejido nervioso. Algunas de estas son la reserva funcional y la neuroplasticidad; esto quiere decir que el cerebro no es un órgano estático, sino que se puede adaptar para compensar los daños que pudo haber sufrido.

El sistema nervioso es susceptible a modificaciones en estructura y funcionamiento bajo condiciones apropiadas, las cuales posibilitan el aumento de conexiones neuronales manifestando en la persona una mayor y mejor adaptación al medio y sus cambios.

Ante lesiones o deterioro la respuesta del sistema nervioso es adaptarse a las nuevas situaciones, y la estimulación neurocognitiva brinda una herramienta valiosa para favorecer la modificación de su estructura y funcionamiento, optimizando el rendimiento y capacidad cognitiva.

La neuroplasticidad es desde dónde nos sostenemos al momento de proponer un taller de estimulación neurocognitiva para personas con esclerosis múltiple, con el objetivo de utilizar esta característica distintiva del sistema nervioso de adaptarse y valerse de otras conexiones supliendo la función alterada; pretendiendo alcanzar la mayor independencia posible en las diversas actividades que surgen de las necesidades humanas.

DESARROLLO

La Esclerosis Múltiple (EM), también llamada "Esclerosis en placa o diseminada", es una enfermedad desmielinizante, progresiva e inflamatoria que causa una degeneración extensa en el SNC. La desmielinización se produce en placas o fragmentos dentro de la sustancia blanca del cerebro, cerebelo, tronco encefálico y médula espinal.

Si la mielina[2] es destruida o dañada, la habilidad de los nervios para conducir las señales, desde y al cerebro, se interrumpe y este hecho produce la aparición de los síntomas de la enfermedad.

Es muy importante tener en cuenta que la EM...

- No es una enfermedad contagiosa
- No es hereditaria
- No es mortal
- No es un trastorno Psiquiátrico.

1. Proceso de **duración** limitada con un **objetivo** definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a **compensar** la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a **facilitar** ajustes o reajustes sociales.
2. **Lipoproteína** que constituye la **vaina** de los **axones** de las **neuronas**; permite la transmisión de los impulsos nerviosos gracias a su efecto aislante; producida por las **células** de Schwann.

Se caracteriza por exacerbaciones y remisiones de variadas y extensas alteraciones neurológicas.

Es la principal causa de discapacidad neurológica en adultos jóvenes y de mediana edad, durante su periodo de mayor potencial y productividad, por lo que es un trastorno de gran significación.

Las mujeres son más propensas a contraer EM que los hombres (3 mujeres porcada 2 hombres).

La edad media de aparición es de 20-40 años, pero la gama de edades de aparición de la misma es muy amplia, aproximadamente 10-59 años.

Aunque la causa de la enfermedad es desconocida, factores ambientales (geoclimáticos y socioeconómicos) infecciones virales y traumatismos pueden ser precipitantes. Se cree también que puede ser autoinmune. Aun no se dispone de ningún medicamento capaz de "curar" la enfermedad, pero existen diferentes tratamientos para afrontarla.

Clasificación de la EM:

EM remitente-recurrente	Se caracteriza por presentar recaídas leves recurrentes entremezcladas con periodos de remisión.
EM primaria progresiva	La evolución de la enfermedad es progresiva desde su inicio.
EM secundaria progresiva	La enfermedad se inicia como una forma remitente-recurrente y evoluciona a progresiva en un momento determinado.
EM benigna	Después de uno o dos brotes con recuperación completa, no empeora con el tiempo y n hay incapacidad permanente. Solo puede identificarse cuando hay una incapacidad mínima a los 10-15 años del comienzo y habría sido clasificada inicialmente como EM con recaídas o remisiones. Tiende a estar asociada a síntomas menos graves al comienzo (ej.: sensoriales).

El curso de la EM no se puede pronosticar. A continuación se muestra una clasificación según aparición de los síntomas:

Clasificación de la esclerosis múltiple

En cuanto a las manifestaciones clínicas se pueden destacar tres tipos de síntomas:

1- Los primarios (como resultado directo de la destrucción de la mielina):

   -trastornos visuales, problemas de equilibrio y coordinación, fatiga, alteraciones del lenguaje, deterioros cognitivos y emocionales (problemas con la memoria, alteraciones en la capacidad de aprendizaje, la concentración, discernimiento o razonamiento), incontinencia, afección de nervios craneales o de centros superiores, sexualidad e intimidad.

2- Los secundarios: (complicaciones que surgen a causa de los primarios): ulceras por presión, infecciones urinarias, déficit en el control de tronco y postural, desequilibrios musculares, disminución de la densidad ósea, problemas respiratorios.

3- Síntomas terciarios (complicaciones sociales, laborales y psicológicas que derivan de los dos tipos de síntomas anteriores): pérdida del trabajo o abandono de los estudios, afectación de las relación personales, depresión.

A continuación se menciona cómo las alteraciones cognitivas afectan a las personas con EM:

La disfunción cognitiva es común en la EM, afectando aproximadamente a la mitad de las personas con la enfermedad. Los déficits cognitivos en la EM son generalmente leves y afectan a uno o dos dominios cognitivos; los déficits cognitivos graves son raros. Sin embargo, aún déficits relativamente leves y específicos se han visto relacionados con la capacidad funcional de las personas con EM. Éstos se asocian a dificultades en la realización de actividades cotidianas (actividades del hogar, cuidado personal, mantener un empleo, participación en actividades sociales, entre otros).

La causa de los déficits cognitivos no se comprende bien en la EM; pero los factores primarios, tales como la extensión y localización de las lesiones de la sustancia blanca en el cerebro, así como los factores secundarios, tales como la depresión,

parecen ser los candidatos más probables. La depresión es casi tan frecuente como los déficits cognitivos por lo que es conveniente que sean tratados con especialistas.

Las áreas de cognición más comúnmente afectas incluyen la memoria, atención y velocidad de procesamiento, mientras que las funciones ejecutivas y visuoespaciales se afectan también significativamente, pero en un grado menor.

Memoria: presentan problemas de codificación y/o recuperación de la información tanto verbal como visual. En las tareas cotidianas, pueden manifestarse como problemas para recordar una historia, un programa de televisión, o un libro. Aunque inicialmente pueden no retener tanta información, recuerdan detalles de estos sucesos y retienen a lo largo del tiempo lo que recordaban inicialmente. Muestran capacidad para aprender información nueva con la repetición.

Atención/Velocidad de procesamiento de la información: muestran su mayor dificultad en tareas que requieren el procesamiento rápido y complejo de la información. Por ejemplo, en tareas que requieren realizar operaciones cognitivas rápidamente, como sumar números secuencialmente. Ésta última tarea, combina funciones de memoria de trabajo y velocidad.

Las dificultades de atención/velocidad pueden manifestarse en los pacientes como dificultad en el mantenimiento y el procesamiento del flujo de información en una conversación, al mirar televisión, o al leer. Cuando cambia la actividad, pueden todavía tratar de procesar lo que acaba de decirse, verse o leerse. Ésta área de la función cognitiva es una de las más comúnmente afectadas en la EM.

Lenguaje: los déficit de fluencia verbal son comunes en la EM, pero parecen estar asociados con dificultades de la memoria de evocación. En las tareas cotidianas puede manifestarse como dificultad para mantener un lenguaje fluido, ya que con frecuencia tienen problemas para generar con rapidez determinadas palabras.

Habilidades Visuo-Espaciales: estos tipos de problemas pueden manifestarse como dificultades para la conducción y para recordar las caras de las personas recientemente conocidas, reproducir patrones etc.

Habilidades Ejecutivas: las habilidades ejecutivas comprenden un gran número de funciones que involucran el razonamiento abstracto, la solución de problemas, la flexibilidad del pensamiento y la planificación. Las manifestaciones de estas dificultades en el día a día, engloban la dificultad para agrupar, planear detalles de un viaje, una cena, la agenda de trabajo y en el cambio de estrategias una vez que la solución aportada no es útil.

A partir de lo desarrollado se plantea una propuesta de trabajo que tiene como objetivo realizar intervenciones globales con el propósito de estimular, preservar y compensarlas funciones cognitivas, así como obtener un mayor rendimiento y una mayor autonomía personal.

TALLER DE ESTIMULACIÓN NEUROCOGNITIVA

Fundamentación:

El cerebro es un órgano extremadamente dinámico en permanente relación con el ambiente.

La plasticidad neuronal o neuroplasticidad es la capacidad que tiene éste para formar nuevas conexiones nerviosas en respuesta a la información nueva (estímulos).

Los seres humanos podemos crear nuevas conexiones neuronales a lo largo de toda la vida; esto puede incrementarse mediante la exposición de la persona al ejercicio de las funciones cognitivas. Dependiendo de la naturaleza de la actividad mental, las neuronas se multiplican con especial intensidad en distintas zonas cerebrales.

La actividad puede moldear la mente por lo que la estimulación cognitiva desempeña un papel esencial en el bienestar cognitivo.

A partir de lo mencionado se propone un taller de estimulación neurocognitiva orientado a motivar el máximo grado de autonomía y la autoestima teniendo en cuenta que la influencia de los valores, roles, hábitos, el sistema de soporte familiar, la situación económica y las influencias ambientales que están directamente relacionados con la calidad de vida de los participantes.

Por lo tanto, para que la autonomía sea posible, es necesario un mínimo de destrezas cognitivas y emocionales.

Se pretende brindar a los participantes recursos y estrategias para maximizar y mantener el potencial de las destrezas

cognitivas que preservan proporcionando beneficios psíquicos y emocionales mejorando el estado general de los participantes.

Población: dirigido a personas adultas jóvenes entre 25 y 45 años, independientes en su locomoción, evaluadas neupsicológicamente que arrojen como diagnóstico un deterioro cognitivo leve.

Diagnóstico: deterioro cognitivo leve por esclerosis múltiple.

Nivel de instrucción: primaria y secundaria completa.

Cantidad: 9 participantes

Dirigido por: 3 coordinadoras (Psicóloga, Terapista Ocupacional, Psicopedagoga).

Supervisado por un médico psiquiatra/fisiatra.

Frecuencia y duración: 1 1/2 hora una vez por semana durante 3 meses. (Total de 12 encuentros).

Objetivo:

> Estimular y entrenar las funciones cognitivas tomando en cuenta el registro, procesamiento y almacenamiento de la información y su restitución o evocación, a través del ofrecimiento de ejercicios y actividades que se enriquecen en el trabajo conjunto entre los participantes.

> Promover el desempeño funcional del participante, mejorando la eficacia de sus recursos y favoreciendo a un mayor sentimiento de confianza que evite la pérdida de habilidades.

Metodología de trabajo: se plantearan actividades de simples a complejas y de concretas a abstractas propiciando creciente dificultad sin generar frustración. Las mismas serán planificadas diariamente teniendo en cuenta los intereses y desempeño del grupo.

Estrategias y actividades: actividades socio recreativas, ejercicios cognitivos y AVD básicas e instrumentales.

> *Actividades socio recreativas:* se utilizaran como medio de estimulación distintos juegos, música, actividades artísticas, entre otros).

> *Ejercicios cognitivos para estimular funciones específicas:* se presentaran actividades de ATENCIÓN (teniendo en cuenta a la sostenida, dividida, alternada y selectiva, inhibición de distractores), MEMORIA (inmediata, de trabajo, episódica, semántica, procedimental y prospectiva), FUNCIONES EJECUTIVAS (organización, planificación, flexibilidad e iniciativa, razonamiento, categorizaciones), PRAXIAS, GNOXIAS Y LENGUAJE. Considerando que en cada actividad propuesta se ponen en juego, al momento de trabajar, todas en su conjunto.

> *AVD básicas y complementarias:* se trabajará grupalmente, según la demanda, estrategias que faciliten el desempeño de estas actividades. Para ello se tendrá en cuenta las necesidades particulares y grupales. Ejemplos de estrategias posibles: Utilización de ayudas externas (calendarios, relojes de pulsera con alarma) para rastrear y avisar de información importante, tales como citas, listas de cosas por hacer, y tiempo de toma de medicación; guardar cosas que deben recordarse en un lugar, o poner calendarios en lugares llamativos y permitir su uso por los familiares de tal modo que puedan seguir mejor las actividades familiares.

> Otra estrategia fundamental y pilar importante en el tratamiento rehabilitador de las personas con EM es la *participación de la familia/cuidadores* ya sea directa o indirectamente en las actividades del taller manteniendo contacto fluido con los mismos y escuchando las necesidades que se plantean en la vida diaria.

Materiales: se utiliza material escrito, verbal, visual, auditivo y táctil.

Contar con diversidad y variedad de materiales y su formato es sumamente importante ya que disminuye la monotonía e incrementa la atención pues en las sesiones deberán trabajar con una secuencia de actividades.

A modo de ejemplo se trabajará con:

- Ejercicios en papel.
- Nuevas tecnologías (tablets, celulares, otros).
- Materiales icónicos y auditivos.
- Textos seleccionados (laminas, imágenes ,libros, diarios, revistas, otros).
- Objetos de la vida cotidiana.
- Juegos didácticos para adultos.

Estructura del encuentro:

> Llegada de los pacientes.
> Presentación de pacientes.
> Corrección de tareas.
> Presentación de la función cognitiva a trabajar
  1- breve explicación teórica,
  2- dar la consigna de las actividades a trabajar,
  3- presentar los materiales.
> Corrección de la actividad/devolución.
> Tarea para el próximo encuentro para reforzar lo trabajado.
> Despedida.

Evaluación:

Luego del periodo programado para el taller, los participantes vuelven a ser reevaluados neuropsicológicamente para verificar el mantenimiento, la mejoría o el retroceso posibles de las funciones cognitivas.

De esta forma, se evidencia si la persona muestra o no mantenimiento de los beneficios del taller de rehabilitación a lo largo del tiempo.

CONCLUSIÓN

Ésta propuesta de trabajo surge de la necesidad de poder ofrecer de manera organizada a la población adulta-joven que padece esclerosis múltiple, un recurso más para complementar el tratamiento neurorehabilitador de manera específica en lo relativo a las funciones cognitivas superiores.

Para alcanzar el éxito del taller es importante que existan y se vinculen los tres pilares fundamentales de sostén: la voluntad de paciente, la participación de la familia y el aporte de profesionales especializados.

Resumiendo el trabajo aquí presentado podemos decir que tratamos con éste de ofrecer un aporte que contribuya a mejorar el desempeño en la vida cotidiana de estas personas y fundamentalmente su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- "Estimulación cognitiva". John Elber Tafur,versión compilada 2011. Lima, Perú .Neurohealth.
- "Rehabilitación para reducir el deterioro cognitivo en enfermos con EM". Revista digital, Hospital Universitario Virgen Macarena. N° 10.
- "Introducción a la Neurorehabilitación". Lic. Silvina Petrúngaro. Material perteneciente al Curso Superior en Neurorehabilitación Cognitiva. Asociación Neuropsiquiátrica Argentina. Año 2013
- "Neurobiología y Neurorehabilitación del envejecimiento, el deterioro cognitivo y las demencias". Lic. Anabel N. Orellano. Material perteneciente al Curso Superior en Neurorehabilitación Cognitiva. Asociación Neuropsiquiátrica Argentina. Año 2013
- "Niveles cognitivos". Dr. Luis Ignacio Brusco. Material perteneciente al Curso Superior en Neurorehabilitación Cognitiva. Asociación Neuropsiquiátrica Argentina. Año 2013
- "Taller de estimulación neurocognitiva". Lic. Stella Maris Sacallán. Material perteneciente al Curso Superior en Neurorehabilitación Cognitiva. Asociación Neuropsiquiátrica Argentina. Año 2013
- Apuntes de Cátedra "Neurología". Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina.
- Begoña Polonio López. Año 2004. "Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica". Editorial médica Panamericana.
- http://aedem.org/aedem/emhttp://dicciomed.eusal.es
- http://redpacientes.com/social/posts/view/45761/84
- http://www.asalfa.org.ar/uploads/articulos/Articulo%203.pdf
- http://www.neurofeedbackmarbella.com/plasticidad.html
- http://www.svt.es/fem
- Stokes, María. Año 2000. "Rehabilitación Neurológica". Colección de fisioterapia. Editorial Harcourt. España.
- Todo lo que usted siempre quiso saber acerca de la esclerosis múltiple y no se atrevió a preguntar". O. FERNÁNDEZ, V. FERNÁNDEZ, M. GUERRERO. Año 2008.EditorialLínea de comunicación, Madrid, España.

Pesquisaje de deterioro cognitivo en población mayor de 65 años. Intervenciones comunitarias

Lic. Ana Sgavetti
Lic. en Psicología

INTRODUCCION

El aumento de la expectativa de vida y el crecimiento significativo de la población de adultos mayores han propiciado el interés por la prevención de diversas enfermedades.

Lograr satisfacer las demandas de servicios sociales y la salud en esta etapa de la vida así como identificar sus características tanto biológicas, psicológicas como sociales constituyen un desafío el cual no se puede obviar.

En la actualidad las neurociencias cognitivas han generado un creciente interés por comprender las funciones y los sustratos neurales de las denominadas funciones cognitivas de alto nivel. En las dos últimas décadas, la neurología conductual y la neuropsicología han evolucionado considerablemente guiándose por los modelos teóricos provenientes de la Psicología Cognitiva, pero también por el avance de nuevos y sofisticados métodos que permiten estudiar la actividad cerebral durante los procesos cognitivos. Las técnicas de neuroimagen y los modelos computacionales de las funciones cognitivas de alto nivel han arrojado nuevos datos y modelos sobre el funcionamiento cerebral.

La psicología clínica en la actualidad tiene como problema emergente el cómo evaluar muchas personas en poco tiempo y que no se necesite de tantos recursos humanos y económicos; en estos momentos la solución es la realización de estudios los cuales se dividen en tres etapas: pesquisaje, diagnóstico e intervención.

DESARROLLO

Envejecimiento poblacional y deterioro cognitivo

Con el incremento de la esperanza de vida, han aumentado la incidencia y prevalencia de enfermedades que aparecen en edades avanzadas. Esto, unido a la revolución demográfica del mundo occidental caracterizada por el crecimiento explosivo de la población mayor de 65 años hace que las dimensiones del problema se tornen epidémicas en la primera mitad del siglo XXI. (Gómez Viera, Rodríguez, Gómez, Fernández y González Zaldívar, 2003; Quiroga, Albala y Klaasen, 2004). A consecuencia del envejecimiento poblacional se produce el aumento de la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas siendo las demencias las de mayor impacto en la salud pública por los elevados costos sociales y económicos que conlleva. (Butman, et al 2003; Ferreira, Ferreira; Campagna; Colmenares y Suárez, 2008; Busse, Hensel, Gujne, Angermeyer, y Riedel-Heller, 2006). Los individuos afectados, sus familiares y cuidadores deben enfrentar una importante carga económica y de pérdida de calidad de vida. Los costos de la demencia abarcan dos componentes: costos directos, asociados con el gasto en prestaciones médicas, es decir, consultas, medicamentos, estudios de diagnóstico, hospitalizaciones, pago a los cuidadores, residencias geriátricas, etc. Y costos indirectos contabilizados a partir de la pérdida de ingresos que debe afrontar el paciente o sus familiares y cuidadores como consecuencia de los cuidados y la atención que requieren las personas mayores con demencia. (Foro de investigación en Salud en Argentina, 2008). En Buenos Aires, el costo económico global anual de los pacientes con enfermedad de Alzheimer en el año 2006 fue de $8.069 en los que permanecían en la comunidad y de $11.698 en los institucionalizados. Esto muestra que toda intervención que permita retrasar la progresión de la enfermedad implicará a la vez un ahorro económico significativo (Butman, et. al. 2003).

Los trastornos neurodegenerativos no aparecen de manera repentina sino que están precedidos de un periodo de deterioro gradual que puede pasar inadvertido para la persona o familia en sus estadios iniciales. Su identificación temprana sería de gran utilidad para el manejo familiar y médico del futuro paciente. (Albert et al., 2011; Artero, Petersen, Touchon, y Ritchie, 2006)

Predictores de deterioro cognitivo

Los predictores de deterioro cognitivo se expresan en dominios diferentes. Estos pueden ser biológicos, psicológicos, sociosanitarios y neuropsicológicos (Samper; Llibre Rodríguez; Sánchez Catases y Sosa Pérez, 2011).

Predictores biológicos

Los reportes sobre pérdida de tejido cerebral en su relación con déficit cognitivos comienzan a ser más específicos a partir de los años 90, de modo que empiezan a aparecer datos de regiones más circunscritas del cerebro, además de las pérdidas globales a nivel de hemisferios donde se reporta atrofia de los lóbulos frontales (Coffey et al 2001), temporales, estructuras límbicas, de sustancia blanca y de sustancia gris.

Esta atrofia neuronal selectiva, conlleva a una disminución progresiva del árbol dendrítico y en el número de sinapsis, principalmente en la corteza cerebral más reciente filogenéticamente: la corteza prefrontal y parietotemporal. En algunas áreas, como el hipocampo, se produce un aumento del árbol dendrítico de las neuronas vecinas, hallazgo interpretado como un mecanismo de compensación funcional que ocurre hasta los 70-80 años (Mora 1992). En general, los hombres pierden el tejido cerebral durante el proceso de envejecimiento antes que las mujeres, y pierden más tejido en términos absolutos. Los hombres son particularmente propensos a perder tejido en los lóbulos frontales y temporales, y las mujeres en el hipocampo y en las áreas septales. Estas regiones tienen que ver sobre todo con la memoria y las habilidades visuoespaciales (Carter 1998), de manera que es posible que las mujeres tengan más dificultades que los hombres para recordar cosas y para orientarse a medida que envejecen (Duque 2003).

Numerosos son los cambios que ocurren en el envejecimiento pero gracias al desarrollo de la tecnología se han podido encontrar algunos marcadores. Ejemplo de esto es que los cambios en el volumen del hipocampo se han sugerido como un indicador sensitivo de la demencia temprana y puede ser actualmente medido *in vivo* mediante la resonancia magnética. Los marcadores electrofisiológicos han tenido un modesto éxito en la identificación de formas tempranas de demencia. No obstante, no está esclarecido cuán frecuentemente estos resultados anormales ocurren en casos con deterioro cognitivo ligero. Hay autores que destacan la ausencia de anormalidades en los potenciales evocados y en el electroencefalograma (Menor et al 2001, Casanova et al 2004).

De ahí el problema que existe en la actualidad en el estudio de esta etapa con respecto a la diferenciación entre el envejecimiento normal o patológico, pues como se había referido antes existen modificaciones anatómicas en el cerebro a medida que pasan los años y provocan cambios que se ven afectados en diferentes funciones, por tanto es difícil hablar de ausencia de enfermedad o una salud *completa* , pues la salud en los seniles se valora como la capacidad de atenderse a sí mismos y desenvolverse en el seno de la familia y la sociedad (Vera et al 2006).

La otra área que comprende los pesquisajes masivos de trastornos cognitivos son los marcadores biológicos. El cerebro es un órgano diana de cualquier alteración corporal y el normal funcionamiento de las funciones hepáticas, cardiacas, renales y metabólicas es esencial para el funcionamiento cognitivo adecuado en un adulto, por ello el examen de las mismas es primordial. Recientemente se ha destacado el valor del estudio de indicadores moleculares de daño neuronal, entre ellos se encuentran la proteína S100ß, la enolasa neuronal específica (NSE), así como indicadores moleculares de estrés oxidativo. Pero el uso de marcadores biológicos (moleculares y neurofisiológicos) para el pesquisaje está limitado por el costo de la infraestructura tecnológica y de su explotación y es por eso que se prefiere el uso inicial de pesquisaje cognitivo (Álvarez 2006).

En cuanto a los marcadores biológicos, investigaciones muestran que en sujetos con deterioro cognitivo leve se observa pérdida de volumen cerebral especialmente en el hipocampo, la amígdala cerebral y el córtex entrorrinal. Incluso, cambios estructurales cerebrales de las áreas anatómicas implicadas en los procesos cognitivos superiores preceden a los signos y síntomas clínicos del deterioro cognitivo leve (Smith, Andersen y Gold, 2012). Los marcadores electrofisiológicos han tenido un modesto éxito en la identificación de formas tempranas de demencia. No obstante, no está esclarecido cuán frecuentemente estos resultados anormales ocurren en casos con deterioro cognitivo leve. Hay autores que destacan la ausencia de anormalidades en los potenciales evocados y en el electroencefalograma (Rodríguez – Valdés, et. al. 2008). Se ha destacado el valor del estudio de indicadores moleculares de daño neuronal, entre ellos se encuentran la proteína S100ß, la enolasa neuronal específica (NSE), así como indicadores moleculares de estrés oxidativo. (Álvarez M, Morales C y González, 2014 en prensa).

Predictores neuropsicológicos

El uso de marcadores biológicos (moleculares y neurofisiológicos) para el pesquisaje está limitado por el costo de la infraestructura tecnológica y de su explotación y es por eso que se prefiere el uso inicial de pesquisaje cognitivo (Alvarez, et al 2014 en prensa).

Las recomendaciones para la valoración neurocognitiva previa a enfermedades neurodegerativas publicadas por los Institutos Nacionales de Salud de los estados Unidos sugieren la exploración de los procesos atencionales, de memoria y de funciones ejecutivas. (Albert et al, 2011).

Se conoce que hay una prevalecencia de síndromes predemenciales. Entre ellos encontramos el deterioro cognitivo leve (DCL) considerado como una fase prodrómica de la demencia y a la vez un preedictor para la conversión de esta enfermedad.

Se conoce como DCL a un síndrome caracterizado por la presencia de déficit cognitivos, con nula o mínima interferencia con la actividad cotidiana y que no cumple criterios de demencia. Este concepto se ha ido modificando hasta nuestros días, desde que se empezó a estudiar en la década de los sesenta. Lo que se entiende como DCL ha ido evolucionando, fundamentalmente, en cuanto a la naturaleza fisiológica o patológica del DCL en la senectud y, en respecto a su definición en función de la existencia de determinados déficit cognitivos, en concreto, los déficit mnésicos (Frutos et al 2007).

Este síndrome ha recibido diferentes nombres relacionado con su fisiología, por ejemplo tenemos "olvidos seniles benignos" (Kral1962), "deterioro de memoria asociado a la edad" (Crook et al 1988) o "deterioro de memoria compatible con la edad" (Blackford et al 1989). De manera general se trataba de cuadros con pérdidas de memoria asociados a la edad en el que los sujetos mostraban un rendimiento bajo pero a su vez no inferior al de otras personas de su edad.

Los síntomas cognitivos que se tienen en cuenta a la hora de diagnosticar un DCL está regido por dos criterios los cuales son: aquellos que exigen la presencia de pérdida de memoria, y aquellos que no lo hacen. Entre los primeros destacan, por la profusión de su uso, los del deterioro de memoria asociado a la edad y los de DCL de Petersen (Petersen et al. 1999). Este tipo de criterios selecciona a pacientes con alto riesgo de presentar enfermedad de Alzheimer (EA) a lo largo de su evolución y, por eso, se han utilizado para el reclutamiento de sujetos en los ensayos clínicos en DCL. Entre los segundos, surgen en la década de los noventa nuevas definiciones de DCL que no se centran ya únicamente en la memoria, sino que también atienden al declinar de otras áreas cognitivas, y comienza a hablarse de "deterioro cognitivo asociado a la edad" (Levy 1994) y de "deterioro cognitivo no demencia" (Ebly 1995) para referirse a las personas con un rendimiento cognitivo inferior al de otros sujetos de su edad, pero que no cumplen criterios de demencia.

Dentro del síndrome DCL existen tres subtipos del mismo: DCL amnésico puro (DCLa), DCL con afectación de múltiples áreas cognitivas con amnesia (DCLmf-A) y DCL con afectación de múltiples áreas cognitivas sin amnesia (DCLmf-noA). Algunos autores se refieren a este último como DCL no amnésico. (Frutos et al. 2007).

Existe la posibilidad como se había dicho anteriormente que la persona que tenga un DCL corra el riesgo de posteriormente tener algún tipo de demencia principalmente Alzheimer. Esta última es la más conocida aunque existen otras demencias como las vasculares y la enfermedad por cuerpos de Lewy entre otras.

Factores sociodemograficos

El deterioro cognitivo está sumamente vinculado a factores sociodemograficos. Hábitos relacionados con el estilo de vida actúan como factores de riesgo o protectores para el desarrollo de deterioro cognitivo. Algunos de los factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo son el bajo nivel educativo, el hábito de fumar, la hipertensión arterial (Dolcos, McDonald, Braslavsky, Camicioli, Dixon, 2012; Leeuw et al. 2002), la ingestión de bebidas alcohólicas, la diabetes (Aguirre-Acevedo, 2014) el antecedente de trauma craneal, la enfermedad tiroidea, antecedentes heredofamiliares, entre otros. (Mendoza et. al, 2011). Además, un factor de riesgo que debe siempre considerarse es la depresión pues existe una estrecha asociación de ella con el deterioro de la memoria asociado a la edad. (Sanchez Gil, 2009) Se ha señalado, que en el trastorno mnésico hay una fuerte asociación con la ansiedad y la depresión más que con un deterioro funcional en las pruebas de memoria objetiva. Las quejas de declinación de la memoria parecen estar más fuertemente correlacionadas con el afecto y la personalidad que con las actuales mediciones o estimaciones de su rendimiento (Llibre Rodriguez, 1998, Vázquez - Machado 2001, Casanova et al 2004).

En cuanto a factores protectores de deterioro cognitivo pueden nombrarse: el ejercicio físico regular (Lautenschlager ,2008; Singh-Manoux A, 2005) estilo de vida socialmente activo (Fratiglioni, Paillard-Borg, Winblad, 2004) el habito de la lectura (Estévez, Gil, 2013) la alimentación saludable (Eskelinen, 2011) y los años de escolaridad (Barrera, Donolo, Rinaudo, 2010).

Pesquisaje activo

Habitualmente, el diagnostico de deterioro cognitivo leve se efectúa través de baterías de tests neurocognitivos, exámenes clínicos, neuropsicológicos y de laboratorio y estudios de neuroimagen. No obstante, y considerando el alto costo y la elevada especialización que tales procedimientos implican, resulta de gran utilidad a *nivel comunitario* disponer de exámenes sencillos y manejables, que posean alta sensibilidad y bajo costo. En esta línea, el pesquisaje activo es un instrumento de la epidemiología y la medicina preventiva para investigar la prevalencia en una población de determinadas enfermedades mediante la utilización de pruebas que permitan identificar individuos con riesgo de padecer una enfermedad con o sin síntomas de la misma. (Cabrera Cruz; Toledo Fernández, 2008). La pesquisa activa constituye un método de trabajo en atención primaria de salud. Con ella se garantiza la intervención temprana con los pacientes y sus familias. Si las pruebas resultan positivas, entonces se realiza una prueba diagnóstica que nos dice si el paciente padece o no la enfermedad (Arnold, 2012). El pesquisaje tiene el propósito de identificar tempranamente a personas en riesgo y no el diagnostico especifico de una categoría como por ejemplo, el deterioro cognitivo leve.

Importancia del pesquisaje en etapas previas de grupos de riesgo

Debido a la creciente población envejecida que trae como consecuencia enfermedades neurodegenerativas, las neurociencias en general y la psicología en particular se encuentran ante un problema emergente: cómo evaluar muchas personas en poco tiempo y con un bajo costo.

Este nuevo problema, para el cual la psicología clínica tradicional no estaba preparada puede abordarse mediante proyectos a ciclo completo que comprenden tres fases: pesquisaje, diagnóstico e intervención.

Pesquisaje

El concepto de pesquisaje consiste en la identificación presuntiva de una enfermedad o discapacidad no reconocida hasta ese instante, mediante pruebas, exámenes u otros procedimientos que pueden ser aplicados rápidamente. Los procedimientos de pesquisaje clasifican personas que pueden padecer una enfermedad o discapacidad de las que no las tienen. (Cabrera Cruz; Toledo Fernández, 2008).

Un programa de pesquisaje está justificado cuando existen al menos tres condiciones:

1. La condición debe ser un problema de salud importante con una historia natural conocida de la enfermedad latente a la manifiesta.

2. Deben existir marcadores confiables.

3. Debe existir un tratamiento, intervención con los pacientes o con los familiares que justifiquen las acciones y los gastos.

Para poder realizar un pesquisaje es necesario poseer un sistema que sea:

> Simple, rápido y fácil de interpretar.

> Aceptable para el público.

> Procedimientos precisos (que midan correctamente) y repetibles (que sean confiables en el tiempo e inter aplicador).

> Con alta sensibilidad (que identifiquen las personas con el problema).

> Especificidad (que descarten las personas sanas).

Es conveniente que sea aplicado por personal no profesional calificado específicamente para aplicar el pesquisaje. Este aspecto disminuye los costos y califica personal comunitario.

El pesquisaje sirve entonces para *identificar grupos de riesgo* mediante procedimientos sencillos. Las pruebas de pesquisaje deben tener una alta sensibilidad aunque comprometan su especificidad.

Algunas pruebas breves de pesquisaje son:

- *Pequeño cuestionario portátil sobre el estado mental de Pfeiffer:* consta de 10 ítems que evalúan orientación, información, memoria y cálculo simple.

- *Mini-Mental State Examination (MMSE):* desde su introducción en 1975 por Folstein el MMSE ha sido el test cognitivo más utilizado en el mundo, y ésta es probablemente su mayor ventaja, ya que la mayor parte del personal sanitario involucrado en la evaluación de personas con deterioro cognitivo está familiarizado con su uso. Evalúa más dominios cognitivos que otros test breves: orientación (10 puntos), fijación (3), concentración y cálculo (5), memoria (3), lenguaje (8) y praxis constructiva (1). No obstante, sus desventajas son numerosas, como no ser aplicable a analfabetos, y la influencia del nivel cultural. También tiene el inconveniente de la falta de sensibilidad para detectar fases iniciales de demencia, ya que apenas evalúa funciones ejecutivas, y las medidas de capacidad visuespacial, memoria episódica y semántica son muy crudas, lo que le resta validez de contenido. Estas carencias son especialmente importantes en subtipos como la demencia frontotemporal o la enfermedad con cuerpos de Lewy. Incluso en el caso de la enfermedad de Alzheimer, al poseer sólo 3 ítems que exploran la memoria, su rendimiento puede ser bajo en fases iniciales o en personas con alto nivel educativo. (Villarejo, 2011)

- *Test de los 7 minutos. Es una batería de 4 test:* test de Buschke (memoria libre y facilitada) + test de Benton (orientación temporal) + TFV animales 1` (fluencia verbal) + test del reloj (atención, comprensión, capacidades visuoconstructivas y visuoespaciales, memoria, capacidad numérica, de abstracción y ejecutiva). Sensibilidad del 92% y especificidad de 96%. Es especialmente útil para la detección de demencia tipo Alzheimer leve y moderada.

- *Test del reloj:* la prueba del dibujo del reloj (PDR), ha sido empleada para la detección de demencia, siendo de fácil y rápida administración, permite evaluar las siguientes habilidades cognitivas: comprensión auditiva, planeamiento, memoria visual, reconstrucción de una imagen gráfica, habilidades visoespaciales, programación motora y ejecución, conocimiento numérico y concentración; pero no permite detectar deterioro cognitivo mínimo (DCM). (Cacho J, García- García R, Arcaya J, Vicente JL, Lantada N. 1999).

Escalas funcionales e instrumentales

Uno de los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de la demencia es que la alteración de las funciones cognitivas deben mostrar un deterioro significativo de la actividad social o laboral del individuo. La evaluación de las actividades de la vida diaria es un punto cardinal en la atención de los pacientes con demencia, tanto para su diagnóstico como para su evolución. En este sentido, al igual que los test breves se pueden considerar una parte de la exploración neurológica, las escalas funcionales representan una forma estructurada de recoger parte de la anamnesis. (Villarejo, 2011).

Algunas de ellas son:

- *Índice de Barthel*: es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de diez actividades básicas de la vida diaria (AVD). Es una medida fácil de aplicar, que aporta información tanto a nivel global como de cada una de las puntuaciones parciales. (Cid – Ruzafa, 1997)

- *Índice de Katz:* es una valoración de las actividades de la vida diaria: bañarse, vestirse, usar el retrete, movilidad, continencia y alimentación.

Diagnóstico

Posteriormente a esta identificación, las personas en riesgo deben pasar a la fase de diagnóstico, en la que se tiene información sobre la etiología y precisiones del trastorno y de esa manera se puede proceder a implementar tratamientos o intervenciones.

Por otro lado, el diagnóstico a diferencia de los pesquisajes debe tener una favorable especificidad en la medida en que van orientados a precisar la causa del déficit y a establecer la estrategia a seguir.

Las características óptimas de un proceder diagnóstico para trastornos cognitivos son:

1. Deben ofrecer información sobre la entidad principal presente que origina el trastorno.

2. Es conveniente que aporten información sobre los sustratos neurales o moleculares del trastorno.

3. Debe apoyarse en pruebas de diagnóstico como por ejemplo: el examen neuropsicológico de Luria (no versiones abreviadas), WAIS R, Clasificación de cartas, Stroop, etc. Las baterías diagnósticas deben ser construidas hipótesis dependiente de la entidad que se quiere identificar y por tanto deben ser cuidadosamente seleccionadas de manera conceptual en función del diagnóstico diferencial a obtener.

4. Deben ir orientados a ofrecer un tratamiento o estrategia de intervención sobre el paciente o la familia.

5. Requiere tiempo y experiencia profesional del evaluador

Intervención

Establecida la causa del trastorno se emplean las estrategias de intervención que pueden ser de rehabilitación, farmacológicas, orientación etc. (Álvarez 2006).

CONCLUSIÓN

La conferencia de la OMS – Unicef de Alma Ata (1978) estableció la siguiente definición para la atención primaria en salud "... Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad." Debe ser accesible y próxima, y adaptarse a las necesidades de cada comunidad y momento histórico. Se enmarca dentro del paradigma de la prevención y promoción de la salud.

La atención primaria de las demencias juega un papel fundamental dada su alta prevalencia y las implicaciones sociales y económicas que conllevan. Es muy importante en todas las fases de la enfermedad: prevención, diagnóstico temprano, seguimiento del tratamiento, información y apoyo a los cuidadores principales.

Las pruebas de pesquisaje de deterioro cognitivo son muy utiles en atención primaria en salud dado su bajo costo, sencillez y rapidez. Cabe aclarar que ningún instrumento de este tipo, cognitivo o funcional, es diagnóstico en sí mismo si se aísla de una cuidadosa evaluación clínica. La entrevista clínica de orientación diagnóstica es la base del diagnóstico del deterioro y demencias, y la puntuación que arrojan estos test es tan solo un complemento que ayuda a completar la evaluación. No obstante, y bajo esta premisa, su realización se recomienda por parte de los profesionales de Atención Primaria de Salud (APS), pues aumenta la capacidad de detección de demencia en individuos en los que se sospecha un deterioro cognitivo, en especial, si se compara con el juicio clínico del profesional sin la realización de los test.

BIBLIOGRAFIA

- Villarejo, Puertas Martin. Utilidad de los test breves en el cribado de demencia. Servicio de Neurología, Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España. 2011.
- Pfeiffer E. What is new in Alzheimer's disease? *Postgraduate Med* 1988 April; 83: 107-15.
- Cacho J, Garcia-Garcia R,Arcaya J,Vicente JL, Lantada N Una propuesta de aplicación y puntuación del Test del Reloj en la Enfermedad de Alzheimer *Rev Neurol* 1999;7: 648-55
- Contador I, Fernández-Calvo B, Ramos F, Tapias-Merino E, Bermejo-Pareja F. El cribado de la demencia en atención primaria. Revisión crítica. *Rev Neurol* 2010; 51: 677-86
- Amando Martín Zurro y Gloria Jodar Solà. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. 2011. Elsevier España, S.L
- Manual de Actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Capitulo 3: Instrumentos de evaluación neuropsicológica y funcional para la detección del deterioro cognitivo y demencias. Gobierno Islas Canarias.
- Álvarez M, Carvajal Martínez Francisco , Pérez Gesén Cecilia , Olivares Torres Ana , Fernández Yero José Luis , Robaina Álvarez René, Bencomo Gómez Fidel, Álvarez Fumero Roberto. Pronóstico de la cognición en el hipotiroidismo congénito tratado precozmente. Hipótesis del doble efecto. *Rev. Neuro*l., 38 (6): 513 – 517, 2004.

- Álvarez M et al. Episodes of over treatment during the first six months in children with Congenital Hypothyroidism and their relationships with sustained attention and inhibitory control at school age. *Horm Res Paediatr*. 2010;74(2):114-20
- Álvarez M, Gomez-Jarabo G, Quevedo L. Differential pattern of memory deficits in healthy aging. *Journal of the International Neuropsychological Society* (2008), 14, p 13 Suppl. 2.
- Alvarez M, Morales C, Gonzalez A. Enolasa especifica Neuronal como marcador de deterioro cognitivo. *Revista Cubana de Neurologia y Neurocirugía* 2014 (en prensa)
- Ariel Borges, Liliana Quevedo, Afina Wong, Teresa Cruz, Gregario Gómez-Jarabo, Miguel Álvarez (2012) Instituto de Neurología y Neurocirugía; Lic. Ruben O. Scandar y Lic. Mariano G. Scandar Fundación de Neuropsicologia Clínica. Memoria visual en el Envejecimiento Sano: Comparación de muestras de España y Cuba. *Revista Argentina Alzheimer y otros trastornos cognitivos.* N 15, 14 -19.
- Gómez Viera, N; Rodríguez, B; Gómez, M, Fernández, B; González Zaldívar, A. (2003) Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Rev Cubana Med*;42(1):12-7
- Pilar Quiroga L, Cecilia Albala B, Gonzalo Klaasen P. 2004 Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Rev Méd Chile* ; 132: 467-478
- Smith, Andersen, Gold, and Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (2012) Structural Brain Alterations before Mild Cognitive Impairment in ADNI: Validation of Volume Loss in a Predefined Antero-Temporal Region. *J Alzheimers Dis.* 2012; 31(0 3): S49–S58
- Melendez, J., Mayordomo, T. and Sales, A (2013). Comparación entre ancianos sanos con alta y baja reserve cognitive y ancianos con deterioro cognitivo. *Universitas Psychologica*, 12 (1) , 73 -80
- Custodio, Nilton; Herrera, Eder; Lira, David; Montesinos, Rosa; Linares, Julio; Bendezú, Liliana. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? Anales de la Facultad de Medicina, Sin mes, 321-330.
- Samper; Llibre Rodríguez; Sánchez Catases; Morales Jiménez, Emilio L.; Díaz Moreno, Rogelio M.; Águila Ruiz, Ángel. (2011). Predictores de enfermedad de alzheimer en pacientes con deterioro cognitivo leve. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, Abril-Junio, 201-212
- Samper; Llibre Rodríguez; Sánchez Catases; Sosa Pérez. (2011). El deterioro cognitivo leve. Un paso antes de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, Marzo, 27-36.
- García-Herranz, S., Díaz-Mardomingo, M. C., & Peraita, H. (2014). Evaluación y seguimiento del envejecimiento sano y con deterioro cognitivo leve (DCL) a través del TAVEC. anales de psicología, 30(1), 372-379.
- Aguirre-Acevedo, D. C., Henao, E., Tirado, V., Muñoz, C., Giraldo Arango, D., Lopera Restrepo, F., & Jaimes Barragán, F. (2014). Factores asociados con el declive cognitivo en población menor de 65 años. Una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría.*
- R. Rodríguez-Valdés, V. Manrique-Suárez, A. Álvarez-Amador L. Galán-García Y. Fernández-García, L. López-Cánovas, A.M. Riverón M.A, Bobes-León (2008) Análisis espectral del electroencefalograma en sujetos con deterioro cognitivo leve REV NEUROL; 46: 267-72
- Mendoza, Mendoza Milo, Tapia Arriaga, Cadena Torres, Ibáñez López, Gómez Cruz, Torres Cruz (2011)Probable deterioro cognitivo asociado a factores de riesgo en población mayor de 40 años *Enf Neurol* (Mex)Vol. 10, No. 3: 125-129
- Vázquez Machado A. (2001) Caracterización clínica epidemiológica del síndrome depresivo. *Rev Cubana Med Gen Integr*17(3):227-33
- Dr. Pedro Casanova Sotolongo, Dr. Pedro Casanova Carrillo y Lic. Carlos Casanova Carrillo (2004) Deterioro Cognitivo en la tercera edad. *Revista Cubana de Medicina General Integral* versión On-line ISSN 1561
- Menor J, Peraita H, Elosúa R. (2001) Trastornos de la memoria en la enfermedad de Alzheimer. Madrid: Trotta
- Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, Gamst A, Holtzman DM, Jagust WJ, Petersen RC, Snyder PJ, Carrillo MC, Thies B, Phelps CH. (2011) The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*.;7(3):270-9
- Butman J, Sarasola D, Loñ L, Serrano C, Arizaga RL, Taragano FE, Manes F, Casanuoco A, Machinicki G, Allegri RF.2003 Impacto económico de la enfermedad de Alzheimer: resultados preliminares. *Rev. Neurol*. Arg.; 28(1): 16-23.
- Sánchez-Rodríguez JL, Torrellas- Morales C. 2011 Revisión del constructo deterioro cognitivo leve: aspectos generales. *Rev Neurol* ; 52: 300-5.
- Ferreira; Campagna; Colmenares;Suárez. 2008. Indicadores neuropsicológicos de evolución a demencia tipo Alzheimer en pacientes diagnosticados con deterioro cognitivo leve. Revista de psicología - Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela v.27 n.2
- Busse, A., Hensel, A., Gujne, U., Angermeyer, M.C., y Riedel-Heller, S.G. (2006). Mild cognitive impairment: long-term course of four clinical subtypes. *Neurology*, 67, 2176-2185.
- Artero, S., Petersen, R., Touchon, J., y Ritchie, K. (2006). Revised Criteria for Mild Cognitive Impairment: validation within a longitudinal population study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22, 465-470.
- Albert, M.S., DeKosky, S.T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H.H., Fox, N.C., Gamsth, A., Holtzman, D.M., Jagust, W.J., Petersen, R.C.,Snyder, P.J., Carrillo, M.C., Thies, B., y Phelps, C.H. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer´s and Dementia*, 7, 270-279.
- Dolcos, S., MacDonald, S., Braslavsky, A., Camicioli, R., y Dixon, R.A. (2012). Mild cognitive impairment is associated with selected functional markers: Integrating concurrent, longitudinal, and stability effects. *Neuropsychology*, 26(2), 209-223.
- Lautenschlager NT, Cox KL, Flicker L, Foxter JK, Van Bockxmeer FM, Xiao J, et al. 2008 Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomized trial. *JAMA*; 300: 1027-37.

- Singh Manoux A, Hillsdon M, Brunner E, Marmot M. 2005 Effects of physical activity on cognitive functioning in middle age: evidence from the Whitehall II prospective cohort study. *Am J Public Health*. Dec;95(12):2252-8
- Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *The Lancet Neurology* 2004, 3(6):343-353
- Miguel Esteve EsteveÁngel Collado Gilb 2013 El hábito de lectura como factor protector de deterioro cognitivoReading as a protective factor against cognitive decline Gaceta SanitariaVolume 27, Issue 1, Pages 68–71
- Valentina Ladera, Ma. Victoria Perea 2012 Rastreo Cognitivo en Demencia Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias Vol.12, N°1, pp. 133-150 133
- María Laura de la Barrera, Danilo Donolo y María Cristina Rinaudo (2010) Riesgo de demencia y niveles de educación: Cuando aprender es más saludable de lo que pensamos. Anales de psicología vol. 26, nº 1, 34-40
- Foro de Investigación en Salud de Argentina.(2008) Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en Enfermedades Neurológicas. Alzheimer y Otras Demencias en Argentina. Autores: Centurión Estela María, Salera Constanza, Anciola Julia, Abriata María Graciela, Barbieri María Eugenia, Capriati Alejandro José, Olmos Martín Alejandro, Kochen Silvia. Primera Edición
- Ardila,A; Ostrosky, F (2012) Guía para el diagnóstico neuropsicológico.
- Cabrera Cruz; Toledo Fernández (2008) Los estudios de pesquisa activa en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* v.34 n.1
- Folstein,M; Folstein, S; Mc Hugh, P (1975) "Mini Mental State" A practical method for grading the cognitive state of pacients for the clinician. *J. Phychiat. Res.* Vol. 12, pp 189 – 198.
- Alberto Viveros Madariaga 2001 Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL Área de Población y Desarrollo del CELADE . Publicación de las Naciones Unidas LC/L.1657-P ISBN: 92-1-321956-3 ISSN: 1680-8991.

ANA

ASOCIACIÓN NEUROPSIQUIÁTRICA ARGENTINA

- ► 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 Enfermeria Psiquiatrica
- ► 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.

CEGS

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 teatro ¿una estrategia de estimulación cognitiva?

Lic. Cecilia Gasque Justo
Lic. en Psicología

«¿Qué es la vida sino una obra de teatro en la que cada uno hace un acto hasta que baja el telón?»

Erasmo de Rotterdam

INTRODUCCIÓN

Participo en la coordinación del Taller de Teatro del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Moyano desde el año 2009. El mismo es un dispositivo que forma parte de un programa del Servicio de Rehabilitación, coordinado además por dos terapistas ocupacionales –creadoras del programa- y su objetivo principal es la Reinserción Comunitaria.

Nuestro foco principal es la integración comunitaria, pero entendemos que para ello hace falta trabajar cada eslabón que permita la comunicación compartida. Consideramos pues que las facultades cognitivas constituyen los ladrillos sobre los cuales se hace posible articular la expresión y con ello dar salida a la emoción dentro de un marco escénico. La idea es trabajar con el significado personal, y que éste a su vez logre tener un sentido compartido.

Padecimiento psíquico: deterioro cognitivo o inhibición?

Este es entonces un taller que tiene la particularidad de dirigirse principalmente a una población con padecimiento psíquico. La mayoría de las participantes, con la que trabajamos día a día, tiene un nivel de deterioro, ya sea por su edad avanzada (muchas de ellas), por su propia patología o por los años de tratamiento con determinados fármacos. A esto se suman en varias oportunidades las complicaciones físicas que pudieran tener, también por su edad o bien muchas veces son secuelas de intentos autolesivos, que pudieran limitar su movilidad.

Los años de hospitalización, a su vez, también inciden negativamente en el empleo de habilidades cognitivas, ya que las condiciones de internación prolongada inhiben la producción de nuevas facultades y merman las preexistentes. Se van perdiendo paulatinamente determinadas coordenadas de orientación temporoespaciales en el afuera, ya que van circunscribiéndose a las necesarias para la adaptación en el ámbito hospitalario. Tienden a producirse lenta y progresivamente respuestas cada vez más estereotipadas, fijas. Se estrecha cada vez más el repertorio de respuestas posibles. El aislamiento y la ausencia de un entorno afectivo próximo son causa y consecuencia de este círculo vicioso.

Ante estas coordenadas ¿qué hacer?

Al trabajar con patología psiquiátrica, reconocemos la incidencia de la afectividad en el desempeño cognitivo, dadas las dificultades producidas por el fuerte decaimiento anímico, o bien, por el vigor afectivo depositado en la alucinación o delirio del que se trate. La impulsividad, la ansiedad, la labilidad emocional también pueden llegar a entorpecer su desempeño, tornándolo caótico. Asimismo, el aplanamiento afectivo dificulta también el proceso de la atención al no tener un caudal afectivo que motorice el interés hacia el mundo circundante.

Debemos tener en cuenta incluso, que la misma exposición implícita en la actividad, en donde la mirada, la voz y la emoción –que forman parte del fuero más íntimo- se ponen en juego, puede llegar a generar ansiedades que obstruyan un buen desempeño.

Es por ello que nos proponemos principalmente ofrecer un espacio de confianza, aceptación y así dar lugar al intercambio, creación y juegos dramáticos a fin de mantener las capacidades

remanentes, aumentar las capacidades disminuidas y recuperar aquellas que hubieran desaparecido.

Apostamos fundamentalmente al interés de la participante para desarrollar la tarea. Tomamos éste como punto de partida, ya que luego éste dará lugar al compromiso. De hecho, como veremos a continuación, es un criterio de inclusión fundamental, sin el cual la participación en el espacio no es posible.

FUNDAMENTACIÓN Y DESCRIPCIÓN

¿Por qué el teatro?

El arte -y por ende, el teatro- es una manifestación social que tiene la propiedad de ordenar y dar significado a la emoción, pensamiento y moral evocando los valores de las personas. Toda actividad va a tener un significado distinto según cada persona y ese significado va a estar influenciado por el contexto. A través del trabajo dramático se pretende aumentar la capacidad para manejar la emoción, pensamiento, contexto y organización de la conducta. La creatividad contiene la realidad vital y vivencial del sujeto. Sólo es posible llegar a una actitud o pensamiento creador, accionando. La expresión es siempre acción, un hacer, un construir, una manera de realizarse. Se busca a través del desarrollo creativo la transferencia de algún orden con significado en el mundo externo, al mundo interno. Muchas veces confrontamos con la dificultad de adaptarse a los cambios, debido a que estos aumentan un estado de alarma provocando parálisis por posibles temores. A través de improvisaciones, ejercicios dramáticos y realización de obras teatrales intentamos entonces facilitar la representación de la vida cotidiana, con los cambios que esta conlleva, a fin de aumentar la confianza, debido a que las cosas o situaciones pueden modificarse e integrarse sin que esto genere esta parálisis o aislamiento. Estos permitirán brindar a las personas con padecimiento mental un espacio en donde puedan desarrollar su creatividad potenciando sus capacidades para lograr expresarse, resocializarse e integrarse en la comunidad por sus intereses sociales comunes.

En síntesis, lo singular que el arte aporta tiene que ver con que se atraviesa la realidad con un lenguaje, un código simbólico que contiene y da sostén a las fantasías, sueños y posiciones personales.

Criterios de inclusión

Participan del taller las personas que se encuentren internadas en el Hospital Moyano.

El ingreso se da espontáneamente y si la persona refiere tener interés por el teatro.

- Por derivaciones de profesionales, estos deben tener en cuenta el interés del paciente por el teatro.
- No se incluyen personas que no resulten agrupables –sociopatías, impulsividad extrema- o con un severo compromiso cognitivo, dadas las características del dispositivo.

Objetivos Generales

> Brindar una estrategia artístico- social para favorecer la inserción comunitaria.

> Construir un espacio de promoción de la salud mental comunitaria.

> Entender que la salud mental es un estado que trasciende a las prácticas de los profesionales de la salud.

> Reemplazar el concepto de locura por el de padecimiento psíquico.

> Reducir el estigma social y miedo que hay sobre el padecimiento psíquico.

Objetivos Específicos

> Trabajar para mantener las capacidades remanentes, aumentar las capacidades disminuidas, recuperar las que se hubiesen perdido.

> Ofrecer un espacio de resocialización.

> Promover la integración comunitaria de los participantes y la creación de una trama social generando un espacio de pertenencia y contención.

> Lograr una actitud creadora y de intercambio durante al trabajo dramático y actoral.

> Facilitar los procesos de comunicación, cooperación y aprendizaje.

> Brindar oportunidades para el desarrollo de las potencialidades intelectuales, creativas, emocionales y operativas.

> Fomentar la colaboración de los integrantes con la tarea psicoterapéutica apuntalando lo comunitario- afectivo que la práctica profesional no puede dar por sí misma.

> Fomentar el cuidado recíproco, sostenido por el compañerismo.

> Ejercitar la capacidad de ser responsables y garantes de la propia salud mental y la de los otros.

> Reconocer que el tratamiento de las "patologías" es incumbencia de otras áreas. Se propiciará la comunicación entre el taller de teatro y dichas áreas.

> Realizar presentaciones y funciones de obras teatrales.

Etapas del taller

De un proyecto de trabajo a otro, atravesamos distintas etapas. Éstas no tienen una duración previamente estipulada, pero cíclicamente se repiten. Las etapas del taller son:

- EXPLORACIÓN: caldeamiento, ejercicios teatrales, improvisación.

- CONSTRUCCIÓN: caldeamiento, trabajo sobre texto.

- CONSOLIDACIÓN: caldeamiento y ensayo.

- PRESENTACIÓN: caldeamiento y presentación de una obra, escena o monólogo.

EXPLORACIÓN

Podría decirse que en esta etapa es en donde más intentamos favorecer el recurso de la imaginación, y a su vez, donde más apelamos a los estereotipos y acciones de la vida diaria, como referencia. Esto permite indagar representaciones de las participantes acerca del mundo que las rodea, así como sus modos de aproximarse al mismo. Asimismo, permite estrategias del estilo "role-playing" a fin de poner en práctica estas representaciones y trabajarlas.

En cuanto a los distintos momentos de esta etapa, entendemos por *caldeamiento* aquella instancia en a que se entra en contacto con el propio cuerpo, al registro del mismo, al registro del otro y del entorno. Intentamos propiciar de esta manera la disponibilidad hacia la tarea y los distintos niveles de registro de lo que sucede consigo mismo y con el entorno. Para esto, vale aclarar que ponemos un acento en colocar una distancia entre uno mismo y lo que ocurre afuera, generando un clima apto para la relajación, la confianza y la acción, como modo de corte con el cotidiano y conexión con la entrada a escena.

Lo llevamos adelante a través de la entrada en calor, juegos corporales, ejercicios, canciones y diversas herramientas que ayuden a la desinhibición y armar el código del cual partiremos para el desarrollo de la actividad.

Vale decir que es en esta instancia que rastreamos cómo se encuentra el registro propioceptivo, la atención, la concentración y la sensopercepción. Es un momento de gran actividad por parte del coordinador, dadas las características de la población, ya que debe ejercer una doble labor, clínica a la vez que artística, detectando desde tensiones físicas, el estado emocional, funcionamiento del esquema corporal, presencia de alteraciones de la sensopercepción y en base a esto destrabar puntos de inhibición, acotar excesos, regular las ansiedades a fin de dar lugar a lo creativo.

Un modo sencillo de comenzar a trabajar la concentración, así como la orientación en el espacio es, que fijen la mirada en un punto opuesto del salón, y sosteniendo la mirada allí, se dirijan hacia él. Al llegar, deben elegir uno nuevo rápidamente y dirigirse a él, y así sucesivamente. Vamos trabajando una mayor complejidad de la consigna al solicitar que, a la vez, vayan a ese punto caminando más rápido. Luego, se agrega que puedan aplaudir, y por último, que puedan pronunciar repetidamente una misma sílaba mientras se dirigen al punto elegido.

Otras funciones cognitivas que podemos trabajar en esta instancia pueden ser las praxias, por ejemplo, a través de ejer-

cicios con "objeto imaginario", representando con el cuerpo la utilización de un determinado elemento, dar cuenta de su dimensión y su función. Algunos ejemplos serían:

a) hablar por teléfono: implica levantar el tubo, marcar el número, conversar sosteniendo el tubo, colgarlo en el mismo lugar.

b) ducharse: implica abrir la canilla, ingresar a la ducha, colocarse el shampoo, enjabonarse, enjuagarse, salir, tomar una toalla y secarse.

c) subirse a un colectivo: implica subirse, colocar la tarjeta, ubicarse en un lugar.

d) jugar al tenis: implica tomar una raqueta, pegarle, es decir, a una pelota, esperar la respuesta del adversario, responder.

También favorecemos las gnosias, ya que resulta fundamental el empleo de los sentidos a la hora de lograr un reconocimiento del sí mismo, del entorno y de los otros. Solemos utilizar ejercicios en los que suprimimos uno de los sentidos para estimular los otros (por ejemplo, cerrar los ojos) y así percibir desde objetos -su olor, tu textura, su densidad, etc- hasta el sonido de los pasos del compañero a fin de descubrir de quién se trata. Ejercicios como "el lazarillo" -en el que uno guía a otro que camina con los ojos cerrados, preferentemente con su mano sobre su espalda- además de usarse para trabajar la confianza en el otro, pueden contribuir a la ubicación en el espacio, así como aumentar el registro del cuerpo y la voz del compañero que guía.

-*Ejercicios teatrales* nuestra tarea en este momento consiste en generar una mayor interacción. Implica un nivel mayor de exposición, ya que en la fase anterior, la acción suele darse en simultáneo. Otra diferencia consiste en que ya se asigna un rol determinado y se intenta ir enriqueciéndolo con características, rasgos, particularidades.

Un ejemplo de un ejercicio, a modo de ilustrar lo antedicho, puede ser un ejercicio que utilizamos muchas veces en instancias iniciales del taller que llamamos "El títere" y consiste en lo siguiente: De a dos, enfrentadas, una mueve a la otra mediante hilos imaginarios, tratando de ubicar preferentemente las articulaciones, cuello y cabeza. La otra, el títere, debe responder a los movimientos de su titiritero. Progresivamente, aportamos rasgos para la caracterización de cada uno de los personajes. Este ejercicio particularmente tiene como fin el trabajo sobre la concentración, el registro del otro y la atención.

Al llegar a la instancia de *improvisación*, se apunta a integrar lo trabajado en las fases anteriores. Se establece el encuadre de la improvisación, señalando los elementos indispensables: debe haber personajes definidos, un tiempo en el que transcurre la acción, un lugar, un conflicto. Se dan 5 minutos a fin de que puedan pautar los personajes, el lugar y el conflicto. Podríamos decir que en esta instancia se pone en juego el trabajo de las funciones ejecutivas, ya que requiere poder:

- Tomar decisiones.

- Planificar determinadas coordenadas -personajes, roles, lugar, conflicto.

- Anticipar –por ejemplo, el empleo de elementos de vestuario o escenografía.

- Inhibir otros estímulos –a fin de mantener la acción dramática y preservar el rol establecido.

- Secuenciar –que las acciones tengan un orden relativamente lógico.

Notamos que grandes detractores de una correcta ejecución de estas funciones suelen ser la impulsividad, la ansiedad, que no permiten tomar un tiempo adecuado para respetar los distintos pasos a seguir, y pueden derivar en una indiscriminación de roles y acciones, así como la autorreferencia, que suele desdibujar los límites entre lo representado y lo personal.

A su vez, aunque la acción se paute previamente, el hecho de que la acción dramática ocurra en el aquí y ahora requiere también de la capacidad de flexibilizar las estrategias y de adaptación a la novedad, ya que siempre surgen elementos que no estaban contemplados en la planificación. De hecho, una modalidad que solemos implementar implica la incorporación –sin cortar la escena- de elementos o personajes que lleven a una modificación de la idea original, modificación del conflicto o auxiliar a alguno de los personajes a sostener el mismo. La idea es trabajar sobre la rigidez y la tendencia a la estereotipia, a fin de generar nuevas respuestas.

Lo esencial de la fase de exploración es que no existe el error. Esto es lo que brinda confianza, ayuda a ir más allá del

propio límite e instaura nuestro código fundamental: *el escenario es el espacio de lo posible.*

CONSTRUCCIÓN

A lo planteado anteriormente respecto del caldeamiento, se incorpora el trabajo de texto. El texto puede ser de autores reconocidos, de autores reconocidos, textos producidos por ellas mismas o edición de lo trabajado a partir de las improvisaciones. Pero aunque lo hayan producido ellas mismas, la palabra en papel ya cobra una ajenidad respecto de la cual hay que trabajar, para poder darle cuerpo. Esto también implica un descentramiento, ya que ahora hay que apropiarse de la palabra de otro. Cuando nos proponemos abordar un texto y darle vida, intentamos trazar una suerte de mapa. Una hoja de ruta según la cual puedan orientarse. Para esta instancia, el trabajo con la memoria resulta fundamental.

Armamos entonces la secuencia del relato, lo dividimos en momentos, analizamos las transiciones de uno a otro y qué texto es el que determina esta transición, ubicamos los pie de letra, y trabajamos sobre la contextualización y expresión como un recurso mnésico más para poder recordar el material lo más fidedignamente posible. Asimismo, el trabajo con el cuerpo ayuda también a fijar el parlamento. Todo este trabajo contribuye a generar estrategias de improvisación en caso de saltear u omitir algún fragmento, y lo esencial de la trama siempre se mantiene.

CONSOLIDACIÓN

A lo antedicho, se le suma la constante repetición y la incorporación de los distintos elementos auxiliares de la representación, como ser, escenografía, vestuario y musicalización. Estos elementos –orientativos e informativos también para el espectador- también ayudan a fijar el texto, o bien favorecer su recuperación. Funcionan como soporte externo, a la manera de mojones de referencia, para transitar la escena, de ahí la importancia de trabajar estimulando los sentidos.

PRESENTACIÓN

La instancia de lucir el trabajo realizado. Aquí la repetición cobra un carácter distinto, ya que aunque intentamos poder dar la mayor cantidad de funciones posibles, la obra está ya armada y la secuencia se repite siempre de la misma manera, suelen darse entre función y función pequeñas diferencias que tornan cada representación única.

A MODO DE CONCLUSIÓN

A través de este escrito, intenté plasmar de un modo detallado la descripción del taller -sus principios, su ética y su técnica- a fin de poder dar cuenta de su capacidad para reforzar, desinhibir y recuperar determinadas aptitudes, que van desde lo cognitivo hasta lo interaccional.

Trabajando fundamentalmente desde el componente afectivo, muchas veces logramos un descentramiento del propio yo, de la patología, del delirio, de la alucinación, de la idea fija, del malestar, y con ello propiciamos las condiciones de posibilidad de un mejor desempeño cognitivo. Orientamos el foco de atención y dirigimos la concentración hacia otro objetivo. Es a partir de su motivación, su interés hacia la tarea, que la persona admite este descentramiento. Esto es lo que permite a la persona conectarse con su entorno inmediato, con el otro y con la actividad que se le presenta. Cabría incluso agregar algo que destacan ellas mismas, que el mero hecho de tener un propósito concreto las organiza, le da una entidad, un lugar de pertenencia, un grupo y una dirección. Una razón por la cual querer ampliar sus recursos ante la posibilidad de un encuentro con un otro que las aloje desde otro lugar.

Buscamos trabajar sobre la autoconfianza, así como la confianza en el otro. Cabe destacar que si bien este trabajo es imprescindible en cualquier espacio, la validación en personas con padecimiento psíquico cobra vital importancia debido a la estigmatización con la que suelen lidiar. El encasillamiento en el rol social de paciente genera a su vez en la persona una tendencia a adecuarse al rol, retroalimentando la expectativa planteada. Al apuntar a un corrimiento del rol de pacientes al rol de actrices, generamos un equívoco en el espectador, una confusión donde se esperaba una certeza. Un desplazamiento de la pena a la sorpresa. Este efecto genera también una retroalimentación, pero esta vez tendiente a generar cambios en la persona y en la relación con el otro, de allí su impacto positivo en la capacidad de socialización.

Para poder socializar son imprescindibles los recursos cognitivos. Pero también es preciso el trabajo sobre las condiciones que tornen necesario su uso. En situación de aislamiento, de soledad, de inercia, de falta de cualquier entorno afectivo o estimulación de algún tipo... cuál sería el interés por disponer de herramientas que no serán usadas?

REFERENCIAS

(1) Extracto del "Programa de Teatro para la Integración Comunitaria". Lic. Rozadas, J.; Lic, Mambrud, G. ; Lic. Gasque Justo, C.

(i) Blasco Bataller, S.; Meléndez Moral, J.C. "Cambios en la memoria asociados con el envejecimiento"

(ii) "Dentro de las anomalías neurológicas y neuropsiquiátricas asociadas a la esquizofrenia, se ha observado en las pruebas psicométricas avanzadas, no tanto alteración en la memoria e inteligencia, sino la capacidad de mantener la atención, test de aprendizaje visual y verbal, solución de problemas y memorización, todo ello con un patrón fronto-subcortical, muy característico" Victor M., Ropper A. Esquizofrenias y estados paranoides. En: Adams y Victor. *Principios de Neurologia*; 58: 1522-1540

(iii) "Es de especial importancia recordar que los pacientes ancianos y en politerapia son especialmente susceptibles a padecer un cuadro de deterioro cognitivo, que habitualmente es leve y cumple criterios de demencia. El diagnostico se basa en la clínica y en la historia de consumo de benzidiacepinas, antidepresivos tricíclicos, analgésicos, propranolol, etc. Sevilla Gómez MC., Fernández García C, Demencias secundarias, Capitulo 15: 131'150 en Guías en demencias, Grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias, Revisión 2002, SEN, MASSON.

(iv) Torres, L. "Violencia y victimización social. Nuevas y viejas formas de cronicidad en Salud Mental". *Revista Investigación en Salud*. Vol. 5, nº 1 y 2.

(v) Basile, E.; Esteban, F.; Ferrari, P.; Gasque, C.; Kleiman, M.; Oundjian, A; Singer, C. "Tiempo y espacio en la psicosis y su relación con la institución". Inédito

(vi) "Existe relación entre trastornos del ánimo y defectos cognitivos. Enla depresión existe retardo psicomotor y latencia en las respuestas, y los pacientes se quejan de la mala memoria y de la incapacidad para pensar o concentrarse; en casos extrfemos se llega a la pseudodemencia depresiva". Donoso, A.; Venegas, P.; Villaroel, C.; Vásquez, C, "Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer inicial en adultos mayores", *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria* 2001; 39(3): 231-238

(vii) Muñoz Cespedes, J; Tirapu Ustárroz, J. "Rehabilitación neuropsicologíca".

BIBLIOGRAFÍA

"Volver a empezar", L. Tárraga; M. Boada

"Hacia una pedagogía de lo teatral" J.HOLOWATUCK; D. ASTROSKY.

"Conceptos fundamentales en la obra de Moreno". S. Evans

"Espacio y creatividad" E. Pavlovsky

Deterioro Cognitivo Vascular

Dra. Paula Terraza
Lic. en Neurología

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se busca establecer la relación entre enfermedad cerebrovascular y deterioro cognitivo, como se sabe ambas a través de un trastorno neurodegenerativo pueden derivar en la demencia vascular. La cual aproximadamente es del 15,5% de los casos y constituye la segunda causa de demencia en el mundo.

Si bien el número de estudios que abordan los principales síntomas neuropsicológicos y neuropiquiatricos que aparecen en la demencia vascular son mucho menores que aquellos dedicados a la demencia tipo Alzheimer ,Esto puede explicarse porque esta última es la más frecuente en ocurrencia siendo la vascular la segunda en prevalencia y sus factores de riego (hipertensión, abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo, entre otros) Además hoy en día el riesgo de padecer una enfermedad cerebrovascular es mucho más frecuente a medida que avanza la edad.

Existe una relación evidente entre el tipo de lesiones neurológicas producto de la enfermedad cerebrovascular y su expresión en el funcionamiento mental o psicológico del enfermo.

El factor más importante para desarrollar una demencia es la edad, la población mayor a 80 años en los últimos años mostró un incremento de 5,2 veces manifestando un incremento aproximado del 9% cada 5 años. De acuerdo a estudios demográficos para el año 2050 se incrementará la población en un 25% y se duplicara el número de personas mayores de 65 años, el índice de envejecimiento se triplicara pero se habrá alargado la juventud.

La argentina se encuentra dentro de los tres países más envejecidos de américa latina, este envejecimiento demográfico resulta de una mayor expectativa de vida que alcanza los 75,7 años. Si bien las poblaciones no envejecen experimentan transformaciones que cambian la pirámide de la población, este envejecimiento lleva a grandes consecuencias sociales: la feminización, indiferencia constante entre la mortalidad de hombres y mujeres que aumenta a medida que la expectativa de vida es mayor, el sobre envejecimiento: crece el número de personas que alcanzan edades avanzadas siendo este grupo etario el que crece con más rapidez, la mayor dependencia (relación directa entre morbilidad y la edad.

Esta transformación en la pirámide poblacional parecería ser por una disminución en la tasa de mortalidad secundaria al mejor control de enfermedades cardiovasculares en especial en etapas agudas que es la principal causa de muerte en el mundo.

La expresión demencia vascular hace referencia a un deterioro cognitivo global atraves de una enfermedad cerebrovascular de tipo isquémico o hemorrágico siendo necesario un nexo temporario entre ambas.

Su etiopatogenia es multifactorial por una gran heterogeneidad de patología vascular cerebral, es muy relevante el papel de la enfermedad cerebrovascular como factor de riesgo y etiopatogenico en el desarrollo de deterioro cognitivo.

El 80% de los acv es de origen isquémico aterotrombotico o cardioembolico y en un 20% de tipo hemorrágico.

Los principales factores de riesgo son bien conocidos como la edad, la hipertensión, la diabetes la dislipemia y el tabaquismo el alcohol y las arritmias como la fibrilación auricular.

Controlando estos factores de riesgo se puede disminuir la incidencia y prevalencia de esta enfermedad.

EPIDEMIOLOGIA

En cuanto a la epidemiologia los estudios son poblacionales y detectan casos en una población para su posterior análisis. La comparación de los estudios esta sujeta a las diferencias metodológicas, las técnicas de muestreo utilizables, los cuestionarios aplicados y la continuidad de los equipos de investigación. También influye la duración del seguimiento y la adecuada definición de las variables y los criterios diagnósticos, la perdida de sujeto da lo largo del estudio.

Los estudios epidemiológicos son descriptivos establecen tasa de incidencia y prevalencia en un periodo.

Deben tener criterios de calidad como por ejemplo definición de demencia con criterios apropiados detección de casos por contacto directo con sujetos, tamaño adecuado de la muestra e inclusión de personas institucionales.

Con estos requisitos se obtienen las tasas de demencia vascular ajustadas por sexo para mayores de 60 años en un 2,6% de hombres y un 2,1 % para las mujeres. A mayores edades la prevalencia se invierte entre otras razones porque hay más porcentaje de Alzheimer a esa edad en los varones, la mortalidad es mayor en los ancianos varones y hay riesgos competitivos con la enfermedad cardiovascular y con la vascular cerebral dándose una mayor expresión de demencia vascular a esa altura en mujeres por factores genéticos u hormonales.

En los estudios de ámbito hospitalario las cifras de prevalencia se elevan a un 10%, y al cabo de 3 meses un 25% de los pacientes que sobreviven a un ictus desarrollan una demencia.

Los estudios de incidencia muestran un incremento de la misma con la edad y un predominio relativo en las mujeres a partir de los 80 años.

ETIOPATOGENIA E HISTOPATOLOGÍA

Las lesiones histopatológicas que clásicamente se relacionan con la demencia vascular son los infartos corticales, los infartos lacunares y la afectación isquémica difusa de la sustancia blanca, aunque el espectro de las lesiones subyacentes y su contribución al desarrollo de una demencia aún se encuentran sometidos a análisis.

Los infartos lacunares son lesiones cavitadas de entre 1 y 20 mm de diámetro producidas por la oclusión de arterias perforantes o por el desarrollo de pequeñas hemorragias, Son subcorticales y predominan en los ganglios basales, tálamo, protuberancia o sustancia blanca hemisférica. Son causa suficiente para el desarrollo de una demencia según su número y distribución topográfica, y cuando se presentan en determinadas localizaciones (lóbulos frontales, cuerpo calloso, tálamos) su relación con la demencia es más clara.

El estado criboso es el resultante de pequeñas y múltiples cavidades en la sustancia blancal. Representan dilatación de los espacios perivasculares de Virchow-Robin y su relación aislada con la demencia está menos establecida, aunque acompaña con frecuencia a otras lesiones vasculares isquémicas.

En la denominada encefalopatía arteriosclerótica subcortical o encefalopatía de Binswanger se encuentra rarefacción y desmielinización isquémica de la sustancia blanca de los centros semiovales, generalmente asociada a otros hallazgos relacionados con patología de pequeños vasos (lipo-hialinosis, fibro-hialinosis). Representa la afectación vascular crónica de la sustancia blanca a través de procesos como la hipertensión arterial. Las angiopatias hereditarias (CADASIL) y la angiopatia amiloide también pueden llevar a este cuadro de leucoencefalopatía isquémica.

El término de demencia multiinfárto introducido por Hachinski se define por la existencia de múltiples lesiones isquémicas en territorios de grandes vasos y/o lagunas. Las zonas más comprometidas para el desarrollo de demencia son el hipocampo, el sistema límbico, el tálamo y la corteza cerebral. Suelen ser lesiones bilaterales y estar asociadas a una afectación isquémica difusa de la sustancia blanca.

Es interesante comentar el término de «infarto incompleto» como otro sustrato propio de algunos pacientes con demencia vascular. Representa a fenómenos de necrosis isquémica selectiva con muerte neuronal pero sin reacción astrocitaria. Se ha relacionado con necrosis laminar cortical y con esclerosis hipocámpica, siendo por lo tanto más elocuente en las áreas más vulnerables a la isquemia, a través de procesos como hipotensión, bradiarritmias, hipoxia, etc. Hay otras formas de infarto que pueden dar lugar a demencia, como los existentes en los territorios frontera y la atrofia granular del córtex.

El concepto volumétrico de la demencia vascular de Tomlinson y colaboradores hacía referencia a la necesidad de afectación isquémica de un volumen crítico de parénquima cerebral (100 cm3) para el desarrollo de demencia. Este concepto se ha visto superado por hallazgos histopatológicos y radiológicos que demuestran que más importante que el volumen de las lesiones es su localización y su disposición estratégica para interrumpir importantes vías cortico-subcorticales implicadas en la cognición.

Existen otras hipótesis para establecer el nexo causal entre los procesos vasculares y la demencia, como los fenómenos de diasquisis (desarrollo de hipoperfusión e hipofunción en áreas distantes), la precipitación de apoptosis, la asociación con entidades degenerativas como el alzhéimer, etc.

CLASIFICACIÓN

El concepto de demencia vascular abarca todo un espectro de entidades con etiología, patogenia, clínica, neurorradiología y curso evolutivo diversos. Clásicamente se han distinguido dos patrones de deterioro cognitivo vascular, el cortical y el subcortical.

La demencia vascular cortical se origina a través de infartos corticales o córticosubcorticales de origen trombótico, embólico o hemodinámico. Son infartos en territorios de arterias de mediano o gran calibre y se encuentran déficits en el área del lenguaje, de la praxia, del cálculo, de las funciones visuoespaciales y de la memoria. Se añaden alteraciones de la conducta o psicológicas y el curso clínico suele ser escalonado. Por lo general se asocian datos de afectación focal de la vía piramidal, síndromes sensitivos, alteraciones por interrupción de radiaciones ópticas, etc.

La demencia vascular subcortical surge a partir de una afectación de pequeños vasos por HTA, diabetes, angiopatía amiloide, angiopatías hereditarias, etc. Su curso clínico puede ser insidioso sin evidencia de ictus en su evolución, planteando dificultades diagnósticas con otras demencias de origen degenerativo como el alzhéimer. La asociación con alteraciones de la marcha y del control de esfínteres ayudan al diagnóstico diferencial, y la neuroimagen muestra infartos lacunares en los ganglios basales o en la sustancia blanca y leucoaraiosis.

En los estudios neuropsicológicos los rasgos más significativos son las alteraciones de la función ejecutiva, de la evocación de la memoria, los trastornos de la atención y de la concentración, la apatía y los cambios afectivos. A través de mecanismos hemodinámicos se pueden producir episodios repetidos de hipoperfusión (arritmias, hipotensión) o de hipoxia (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, apnea del sueño) que a partir de una necrosis selectiva (hipocampo, necrosis laminar cortical) pueden ser origen de deterioro cognitivo.

CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA

1) Demencia multiinfarto.
2) Demencia por infarto estratégico.
3) Patología de pequeño vaso. Demencia subcortical senil. Lagunas múltiples. Enfermedad de Binswanger. -Antipatía amiloide.
4) Hipoperfusión. Isquemia global. Isquemia fronteriza. Infarto incompleto. Demencia hemorrágica.

Criterios diagnósticos de demencia vascular

La falta de uniformidad en los criterios diagnósticos crea dificultad a la hora de determinar si la presencia de enfermedad vascular cerebral en un paciente con demencia es la causa de la misma, o un factor agravante o sólo un hallazgo concurrente.

Las discordancias en la clasificación y las divergencias en la sensibilidad y la especificidad para el diagnóstico de la demencia vascular según qué criterios se usen han sido evidenciados recientemente por López y colaboradores en "Classification of vascular dementia in the cardiovascular health study cognition study". Neurology 2005; 64: 1539-1547.

Los criterios más utilizados para el diagnóstico de la demencia vascular son:

- Los criterios de diagnóstico de la cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) y los del National Institute of Neurologic Disorders and Stroke - Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences (NINDS-AIREN).
- La escala de isquemia de Hachinski para el diagnóstico de la demencia multiinfarto.
- Los criterios de la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (IDC-10).
- Los criterios de California. Criterios de California.

Se trata de los criterios diagnósticos de demencia vascular propuestos por los Centros para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer de California (ADDTC).

Demencia Vascular Isquémica Definitiva

- Evidencia clínica de demencia.
- Confirmación histopatológica de infartos cerebrales múltiples.

Si existe evidencia histopatológica de Alzheimer o de otra alteración que pueda ser responsable de la demencia el caso será considerado como demencia mixta.

Demencia Vascular Isquémica Probable

Criterios necesarios para el diagnóstico

- Demencia.
- Evidencia de 2 o más Eventos Vasculares Cerebrales (EVC) isquémicos o de un solo EVC que se relacione en el tiempo con el inicio de la demencia.
- Evidencia por Tomografía Axial Computarizada (TAC) o por Resonancia Nuclear Magnética (RNM) de al menos un infarto fuera del cerebelo.

Criterios que apoyan el diagnóstico

- Evidencia de infartos en las áreas relacionadas con los aspectos cognitivos.
- Historia de varios ataques isquémicos transitorios.
- Presencia de factores de riesgo para EVC.
- Puntuación elevada en la escala de isquemia de Hachinski.

Criterios que posiblemente apoyen el diagnóstico

- Alteraciones tempranas de la marcha y alteraciones en el control de esfínteres.
- Lucencias periventriculares en la RNM.
- Cambios focales en el electroencefalograma (EEG), potenciales evocados auditivos del tronco cerebral (PEAT), tomografía computarizada de emisión de fotón único (SPECT), tomografía de emisión de positrones (PET).

Criterios que ponen en duda el diagnóstico

- Afasia transcortical sensorial en ausencia de lesión correspondiente.
- Ausencia de signos y síntomas focales.

Demencia Vascular Isquémica Posible

Evidencia clínica de demencia más uno de los dos siguientes criterios:

- Evidencia de un solo EVC sin relación temporal con el inicio de la demencia.
- Presencia de síndrome de Binswanger (incontinencia urinaria y alteraciones de la marcha, presencia de factores de riesgo vasculares y evidencia de lucencias periventriculares en el TAC o en la RNM).

Cuadro comparativo de los principales criterios diagnosticos de demencia vasculñar

Caracteristicas	DSMIV	IDC-10	california	NINDS- AIREN
Infarto isquémico	+	+	+	+
Hemorragia cerebral	+	+	-	+
Hipoperfusión	-	-	+	+
Neuroimagen	-	-	+	+
Deterioro episódico	-	-	-	+
Déficit cognitivo multifocal	-	+	-	+
Signos neurológicos focales	+	+	-	+
Síntomas neurológicos focales	+	-	-	+
Evidencia de enfermedad cerebral vascular	+	+	+	+
Relación causal temporal	-	-	+	+
Características a favor y en contra	-	-	+	+
Niveles de certeza diagnostica	-	-	+	+

Factores de riesgo asociados a demencia vascular

Los factores de riesgo asociados a la demencia vascular incluyen a todos aquellos que lo son para el desarrollo de patología vascular: la edad avanzada (mayores de 65 años), la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las dislipemias, el tabaquismo y la enfermedad vascular cerebral.

Existen una serie de factores de riesgo considerados emergentes para el desarrollo de arteriosclerosis y, según datos de algunos estudios (Honolulu Asia Aging Study), también para la de Estudios de neuroimagen en la demencia vascular

El diagnóstico de demencia vascular lleva implícita la existencia de enfermedad vascular cerebral, haya sido ésta sintomática o no a través de ictus previos. La neuroimagen estructural pondrá de manifiesto la existencia de lesiones vasculares, el tipo de las mismas y su distribución (cortical, subcortical, estratégica, leucoaraiosis, infartos lacunares, etc.).demencia vascular: las lipoproteínas Sin embargo no existen datos de pruebas de imagen que permitan de forma inequívoca establecer la relación causa-efecto entre la enfermedad vascular cerebral y la demencia en el 23% de las Rmn de sujetos mayores de 65 años se pueden observar lagunas silentes y en el 95% se pueden hallar señales hiperintensas en t2 y flair. En las autopsias el 30 a 40% de los casos revela infartos cerebrales crónicos macroscópicos con una frecuencia mayor que la de los ACV evidentes clínicamente, si se agregan las lesiones vasculares de menor tamaño el porcentaje sube al 75% todos estos datos demuestran que la lesión vascular subclínica o asintomática es muy frecuente.

Erkinjuntti establece unos criterios de neuroimagen para el diagnóstico de la demencia vascular:

- Sustancia blanca.
- Halos > 10 mm.
- Halo irregular que se extiende hacia la sustancia blanca profunda.
- Hiperintensidades difusas o confluentes > 25 mm.
- Hiperintensidad difusa.
- Lagunas.
- Lagunas múltiples (> 5) y lesiones de sustancia blanca al menos moderadas teínas, la proteína C reactiva, y Criterios neurorradiológicos del NINDS-AIREN.

Según la localización

Territorio de grandes vasos

Arteria cerebral anterior bilateral.

Arteria cerebral posterior.

Areas asociativas parietotemporales y temporooccipitales.

Enfermedad de pequeño vaso

Ganglios basales y lagunas en sustancia blanca.

Lesiones extensas de la sustancia blanca peri ventricular.

Lesiones talámicas bilaterales.

Según la severidad

Lesiones de grandes vasos en el hemisferio dominante.

Ictus hemisféricos en los territorios de los grandes vasos bilaterales.

Leucoencefalopatía afectando al Tratamiento

En pacientes que han sufrido un accidente isquémico cerebrovascular, evitar los factores de riesgo como la HTA, diabetes mellitus, hiperlipemia, y cardiopatías embolígenascorresponde al tratamiento preventivo frente al desarrollo de demencia vasculdisminiyendo la posibilidad de nuevos eventos isquémicos.

Una vez que se ha establecido la demencia vascular, el objetivo se centra en controlar los síntomas y enlentecer la progresión del cuadro.

El tratamiento de los síntomas cognitivos se centra en el uso de agentes farmacológicos que potencien la transmisión colinérgica. Los inhibidores de la colinesterasa han demostrado su eficacia en la enfermedad de Alzheimer son objeto de numerosos estudios que parecen también refrendar su uso en la

demencia vascular. La mejoría encontrada con estos agentes puede ser debida a la potenciación de los circuitos colinérgicos alterados por las lesiones vasculares o a la potenciación colinérgica de un Alzheimer concurrente (demencia mixta).

El tratamiento de los síntomas psiquiátricos asociados (depresión, alteraciones del sueño, ansiedad, trastornos conductuales) debe realizarse con fármacos antidepresivos (evitando los que posean más efectos anticolinérgico), neurolépticos, hipnóticos, etc.

Hay una amplia relación de fármacos en ensayos clínicos con un supuesto papel neuroprotector, como los antagonistas del calcio, los antagonistas de receptores del N-metil-D-Aspartato (NMDA), los agonistas de los receptores del Ácido Gamma-Aminobutírico (GABA), los antioxidantes, los Inootrópicos y los factores neurotróficos. Por el momento no existen criterios permitan recomendar su uso sistemático y a largo plazo en los pacientes con demencia vascular.

En la actualidad con mejores métodos diagnosticos como los biomarcadores y Las imágenes se piensa que una proporción mas elevada de casos de demencia tiene origen mixto.

BIBLIOGRAFIA

- De la Vega, R. y Zambrano, A. Demencia vascular [en línea]. Circunvalación del Hipocampo, septiembre 2007 [Consulta: 23 de noviembre de 2014]. Disponible en: http:// www. hipocampo. org/ dv.asp. 25% de la sustancia blanca. fibrinógeno y la homocisteína.
- Apostolova LG, DeKosky ST, Cummings JL. Dementias. In: Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, Mazziotta JC. Bradley's Neurology in Clinical Practice. 6th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Saunders; 2012:chap 66.
- Hachinski Vc, Liff LD Zilhka Eet al cerebral blood flow in dementia arch neurol 1975,32:632-637.
- Hachinski VC, Lassen NA, Marshall J: Multiinfarct dementia. A cause of mental deterioration in the elderly. *Lancet* 1974; ii: 207-210.
- Loeb C: Vascular dementia. Dementia 1990; 1: 175-184.
- Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, et al. Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology* 199; 43: 250-260.
- Erkinjuntti T, Sulkava R. Brain imaging and diagnosis of dementia. En CG Gottfries, R Levy, G Clinke, L Tritsmans. Eds. Diagnostic and therapeutic assesments in Alzheimer's disease. Wrightson Biomedical Publishing Ltd. 1991. 17-34.
- Martínez Parra C: Demencia vascular. Rev Esp Neurol 1991; 6: 25.
- Bennett DA, Wilson RS, Gilley DW, Fox JH: Clinical diagno-sis of Binswanger's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1990; 53: 961-965.206-210.
- Tomlinson BE, Blessed G, Roth M: Observations on the brains of the demented people. *J Neurol Sci* 1970; 11: 205-242.
- Ettlin TM, Staehelin HB, Kischka U et al: Computed tomo-graphy, electroencephalography, and clinical features in the differential diagnosis of senile dementia. A prospective clinicopathological study. *Arch Neurol* 1989; 46: 1217-1220
- Martínez Parra C: Demencia vascular. Rev Esp Neurol 1991; 6: 25. Bennett DA, Wilson RS, Gilley DW, Fox JH: Clinical diagno-sis of Binswanger's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1990; 53: 961-965.206-210.
- FernándezConcepciónO, Fiallo Sánchez MC, Álvarez González MA, Roca MA, ConcepciónRojasM, Chávez L. La calidad de vida delpaciente con accidente cerebrovascular: una visión desde sus posibles-factores desencadenantes. *Rev Neurol* 2001; 32: 72531.
- Adams RD, Victor M. Principles of neurology. 2 nd ed. New York: McGrawHill;1981. p. 3489.
- Tsao CW, Seshadri S, Beiser AS, et al. Relations of arterial stiffness and endothelial function to brain aging in the community. *Neurology.* Sep 10 2013;81(11):984-991
- Is dementia incidence declining? Trends in dementia incidence since 1990 in the Rotterdam Study. E.M.C. Schrijvers, MD, B.F.J. Verhaaren, P.J. Koudstaal, A. Hofman, M.A. Ikram, M.M.B. Breteler. Neurology® 2012;78: 1456–1463
- Marin-Padilla M, Knopman DS. Developmental aspects of the intracerebral microvasculature and perivascular spaces: insights into brain response to late-life diseases. *Journal of neuropathology and experimental neurology* 2011;70(12):1060-1069.
- CIE-10, organización mundial de la salud. Decima revison de la clasificación internacional de enfermedades. trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnostico. OMS, división de salud mental, ginebra. meditor, Madrid 1994, 63-84.
- DSM-IV. American psyatric association. diagnostic and statistical manual of mental disorders american psychiatric association, whashington, 1994

Posibles aportes de la Danza Movimiento Terapia para abordajes en Neurorehabilitación de las demencias

Lic. Aldana Daniela Erausquin
Lic. en Psicología

INTRODUCCIÓN

Teniendo en consideración el creciente envejecimiento poblacional a nivel mundial, y que las estadísticas indican que esta tendencia se acentuará en los próximos años, uno de los temas fundamentales que atañen a la salud pública es el estudio y comprensión de las vicisitudes esperables para el envejecimiento normal y las patologías prevalentes de esta etapa vital. En este sentido, resulta fundamental diferenciar los indicadores que dan cuenta del diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve y las diversas demencias, en tanto estas últimas se constituyen en patologías crónicas cuyas afecciones terminan siendo discapacitantes, y aún hoy en día no tienen cura.

Para ello, las evaluaciones neuropsicológicas (junto a un exhaustivo examen clínico y neuroimágenes) permiten conocer el funcionamiento cognitivo de un individuo (fortalezas y debilidades), lo cual es indispensable para la planificación de las estrategias de neurorehabilitación cognitiva adecuadas. Los tratamientos no farmacológicos pueden variar en función de sus objetivos: restauración de las funciones alteradas, compensación de las funciones afectadas mediante estrategias alternativas o ayudas externas, sustitución de la función afectada por medio de la optimización de los sistemas cognitivos conservados.

En este contexto, a lo largo de este trabajo se intentará plasmar las características más significativas de las demencias, el impacto social, cognitivo, físico y emocional que tienen en el individuo y su entorno; para luego reflexionar acerca de posibles aportes de la Danza Movimiento Terapia (DMT), como transdisciplina que trabaja integralmente teniendo en cuenta todos los aspectos constitutivos del ser humano, y que podría enriquecer los tratamientos en Neurorehabilitación cognitiva, o bien ser una herramienta de intervención en la instancia de la promoción de la salud.

DESARROLLO

Los avances en Salud, educación, el desarrollo tecnológico y de la medicina, las políticas sanitarias, entre otros cambios socioculturales, han contribuido a que aumente la expectativa de vida; y sumado a la disminución de las tasas de mortalidad y natalidad, a nivel mundial hay una tendencia al **envejecimiento poblacional.** Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *"entre 2000 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad se duplicará, ya que pasará de aproximadamente el 11% al 22%. Se espera que el número de personas de 60 años o más aumente de 605 millones a 2000 millones en ese mismo periodo (...) En 2050 habrá en el mundo cerca de 400 millones de personas con 80 años o más"* (Salud, 2012)www.who.it

La **neuropsicología del envejecimiento** permite comprender los cambios a nivel cerebral esperables para la vejez como etapa vital, y su repercusión social, cognitiva, afectiva y conductual. Se habla de **envejecimiento "normal"** cuando no hay patologías neurodegenerativas, y la declinación cognitiva es propia de los cambios neurofisiológicos y neuroanatómicos que se van produciendo a nivel cerebral en el proceso de envejecimiento. Dichos cambios no son homogéneos no sólo a nivel interindividual, sino que también existe una variabilidad intraindividual, según la región cerebral y las funciones cogniti-

vas implicadas. Por el contrario, se define como **envejecimiento patológico** "*al que cursa con enfermedad neurodegenerativa, y en el que se sufre un deterioro cognitivo de mayor gravedad que el esperable para la edad del individuo*".[1]

Cabe mencionar que existen ciertos **factores protectores** tales como: estado de salud general de la persona, factores hereditarios, nivel de actividad física, nivel educativo y/o cultural, factores socioeconómicos, red sociofamiliar de apoyo, etc., que contribuyen al envejecimiento saludable; y que existen **factores de riesgo**(algunos prevenibles) tales como la edad avanzada, la falta de estimulación ambiental y lazo social, el estrés, la depresión, sedentarismo, traumatismos encefalocraneanos (TEC), trastornos endocrinos, obesidad, diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo, etc.

Se llama **Deterioro cognitivo Leve (DCL)** o **Mild Cognitive Impairment (MCI)** al estado transicional entre el envejecimiento normal y las demencias, cuando se detecta un trastorno en la esfera cognitiva pero sin afectación de la autonomía y capacidad funcional de la persona. Resulta de relevancia su diagnóstico precoz, en tanto puede convertirse en un factor de riesgo para el posterior desarrollo de demencia. Para ello, luego de una evaluación clínica y neurológica exhaustiva (con neuroimágenes de estimarse necesario), la **evaluación Neuropsicológica** permite obtener el perfil cognitivo del paciente, conocer sus fortalezas y déficits, lo cual es indispensable para el diseño de cualquier tratamiento de estimulación cognitiva.

Según la OMS, actualmente en el mundo hay unos 35,6 millones de personas que padecen **demencia**, y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos. Asimismo, las estadísticas preveen que "*el número total de personas con demencia prácticamente se duplique cada 20 años, de modo que pasaría de 65,7 millones en 2030 y 115,4 millones en 2050*".[2] De ahí la importancia de trabajar en la promoción de la salud y los factores protectores, así como también en la detección precoz de la enfermedad.

Según la definición del Grupo de Estudio de Neurología y de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología, la **demencia** *"es un síndrome clínico plurietiológico, que implica deterioro intelectual respecto a un nivel previo, por lo general crónico, pero no necesariamente irreversible ni progresivo. Este deterioro intelectual implica una afectación de las capacidades funcionales del sujeto, suficiente para interferir sus actividades sociolaborales" (SEN, 2002).* La demencia no atañe solamente a la esfera cognitiva, sino que afecta a la capacidad funcional de la persona, produciendo un impacto a nivel social, laboral, familiar, etc. A ese respecto es dable señalar que anteriormente, muchas definiciones de demencia ponían el acento en el deterioro intelectual que éstas producen, sobre todo en las fallas mnésicas, pero hoy en día es sabido que dependiendo del tipo de síndrome demencial, también pueden presentarse inicialmente síntomas neuropsiquiátricos, afectivos y conductuales.

Dado que la demencia *"es un síndrome de deterioro global cognitivo-conductual, adquirido degenerativo (en la mayoría de los casos), multietiológico, que va a repercutir en la vida laboral, familiar y social de la persona";*[3] a continuación se describirá brevemente las características más significativas de la Demencia de Enfermedad de Alzheimer, Demencia Vascular y Demencia FrontoTemporal, a fines de poder visualizar la heterogeneidad clínica que presentan, y que es necesario tener en cuenta para el diseño de los tratamientos en Neurorehabilitación.

La mayor causa de demencias en individuos mayores de 65 años es la **enfermedad de Alzheimer**, siendo generalmente la función cognitiva más afectada en las etapas iniciales la **memoria episódica**, con fallas en los recuerdos libres (a pesar de la ayuda con claves). También puede haber anomia (afectación del lenguaje) y deterioro visuoespacial. Por tratarse de una enfermedad neurodegenerativa, progresivamente también se desarrollan síntomas conductuales y/o afectivos (ejemplo: apatía, depresión), por los cuales el individuo se va despersonalizando, perdiendo contexto y su capacidad de autonomía funcional. Esto también produce un profundo impacto en el entorno del paciente, siendo muchas veces el comentario de los familiares "está pero ya no es el mismo..."

En el segundo lugar de prevalencia se encuentra la **demencia vascular**, en la que el deterioro cognitivo está relacionado con una enfermedad cerebro vascular, con presencia de signos focales y evidencia de lesiones vasculares en neuroimágenes, siendo su progresión fluctuante o escalonada.

1. José Barroso, Ruth Correia Delgado y Antonieta Nieto Barco (2011) en Neuropsicología del envejecimiento y las demencias. Cap. 16. Elsevier España.
2. OMS – www.who.it – nota 362, de abril 2012.
3. Acosta, Brusco, Fuentes y otros. (2011) La Enfermedad de Alzheimer: Diagnóstico y Tratamiento. Una perspectiva latinoamericana Ed. Panamericana. Pág. 4

Según la Organización Mundial de la Salud, el ACV – Accidente Cerebro Vascular- se define como *"la instalación aguda o rápida de signos clínicos que reflejan una disfunción focal (y en ocasiones global) del cerebro, de causa vascular, y que tienen una duración mayor de 24 horas"*.[4] Hay dos tipo de ACV: el tipo Isquémico, que sucede cuando un vaso sanguíneo que irriga sangre al cerebro queda obstruido por un coágulo de sangre, y el tipo Hemorrágico, producto de la ruptura de algún vaso sanguíneo. Se habla de accidente en tanto es un evento vascular agudo; que consiste en un cambio brusco en la irrigación del cerebro. El pronóstico depende del tipo de ACV, la duración del episodio, la cantidad de tejido afectado en el cerebro, qué funciones están afectadas, entre otros factores. Por lo que las secuelas variarán en complejidad, así como hay casos favorables, en que la persona logra recuperarse del episodio sin deterioro; muchas otras veces sucede que quedan secuela de diverso tipo como pueden Demencia por Infarto Estratégico, Demencia Multiinfarto o una Hemorragia Intracraneal, y puede producirse trastornos del lenguaje, de la conducta, de la memoria, hemiplejías, paraplejías, espasticidad, parestesias, etc. (dependiendo de la zona del cerebro afectada). No obstante, estas afecciones repercuten en la persona, produciendo una crisis vital, en tanto ya que su cuerpo y su modo de desenvolverse en la vida hasta entonces se ven alterados. Se produce una crisis de identidad y autoestima, por lo que la persona deberá elaborar el duelo por el cuerpo sano perdido, por el rol perdido en el ámbito social y familiar, etc.

Cabe mencionar que cada vez cobra más relevancia el diagnóstico de **demencia mixta**, ya que suelen presentar un compromiso clínico en el que coexisten síntomas de enfermedad de alzheimer con afecciones micro y/o macrovasculares.

Otro tipo de demencias que amerita ser mencionado brevemente es la **demencia frontotemporal**, la cual puede tener tres tipos de presentación: tipo desinhibido, apático y estereotipado, siendo el síntoma más significativo el severo cambio de carácter y los trastornos de conducta, con pérdida de empatía, severo trastorno de la cognición social y disfunción ejecutiva.

De ahí que, teniendo en consideración la complejidad y heterogeneidad clínica de las demencias, que producen síntomas cognitivos, conductuales y psicológicos que afectan al funcionamiento global del paciente, es importante implementar una **estrategia de abordaje multidimensional** que contemple todos los aspectos que hacen a la persona. Así como generalmente los tratamientos farmacológicos suelen ser complementados con otro tipo de abordajes no medicamentosos, cada vez es más amplio y enriquecedor el abanico de posibles intervenciones dentro de lo que se ha definido como **rehabilitación neuropsicológica**: rehabilitación y estimulación cognitiva, modificación de la conducta, intervención con familias, readaptación vocacional o profesional. Entre los mecanismos utilizados en estos tratamientos, puede recurrirse a la restauración de la función cognitiva comprometida, compensación de la función afectada, sustitución de la función alterada, estimulación de todo el sistema cognitivo (no dirigida) o de una función específica.

Tal como lo plantea el Dr. Arizaga Raúl "muchas patologías y condiciones médicas prevalentes en tercera edad no son agudas ni mortales pero tienen fuerte impacto sobre **la calidad de vida**".[5] De ahí que podría decirse en líneas generales, que más allá del tipo de tratamiento de estimulación cognitiva, el fin último es contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente, apuntalarlo a él y su entorno familiar, en pos de que puedan transitar la vida (y el curso de la enfermedad) del mejor modo posible.

En este contexto, uno de los propósitos centrales de este trabajo es reflexionar acerca de los posibles aportes de la **Danza Movimiento Terapia** (DMT de ahora en adelante) en el abordaje de las demencias. Para ello es dable explicar que la DMT es una disciplina relativamente "joven", surgida en la década de 1950, que poco a poco ha ido extendiendo sus campos de aplicación (niños, adolescentes, adultos, adultos mayores; pacientes psicóticos; personas con discapacidad motriz y/o mental; pacientes con trastornos de la alimentación; pacientes con enfermedad de Parkinson; etc.). La Asociación Americana de Danza Movimiento Terapia (ADTA) la define como el *"empleo psicoterapéutico del movimiento en un proceso que posibilita la integración física, emocional, cognitiva y social del individuo"*.[6] Se trata de un **abordaje integral del ser humano**, que se fundamenta en la premisa básica de la unión cuerpo-mente; lo cual implica que los procesos mentales y emocionales repercuten a nivel corporal, y a su vez las transformaciones en el cuerpo y el

4. Micheli, Nogues, Asconape, Pebet y otros (2002)en Tratado de Neurología Clínica. Cap. 29: Epidemiología y factores de riesgo. Ed. Panamericana. Pág. 390.
5. Arizaga Raúl en Deterioro cognitivo y demencias (2011), cap. 1: la problemática del deterioro cognitivo y la demencia. Ed. Polemos. Pág. 10
6. Reca, Maralia ((2005) en Qué es la Danza Movimiento Terapia. Ed. Lumen. Pág. 17.

movimiento generan cambios en los otros aspectos de la persona.

El **valor terapéutico del movimiento** puede rastrearse en las culturas más antiguas, en las que la danza tenía una gran relevancia en tanto generaba lazo social, permitía expresar los sentimientos, comunicarse con los demás, con los dioses y con las fuentes de la naturaleza. Retomando la palabra de Fran Levy *"...en el amanecer de la civilización, la danza, la religión, la música y la medicina eran inseparables"*. Se toma la palabra danza en su sentido más amplio e inclusivo, en cuanto a la capacidad innata del ser humano de moverse y expresarse a través de su movimiento. Y generalmente el movimiento va asociado con la **música**, y ésta puede provenir del exterior (instrumentos, bandas sonoras, etc.) o bien del interior (ritmo de la respiración, de los latidos del corazón). Tanto la música como el movimiento, pueden ser una herramienta de intervención muy importante en el abordaje de las demencias, ya que que la memoria procedural y emocional generalmente son las que se ven afectadas más tardíamente en ésta patología, por lo que el abordaje desde la DMT permitiría acceder y trabajar con la persona desde el lenguaje no verbal y verbal, permitiendo estimular cognitivamente a la persona a través del movimiento.

La DMT puede trabajar con consignas abiertas o semidirigidas, de manera individual o grupal, y esto va a ser definido en función de las características del grupo de trabajo. Las sesiones presentan una estructura similiar (caldeamiento, actividad principal y cierre), que le brindan al paciente un marco de confianza y estabilidad, a la vez que se irán presentando consignas novedosas a abordar. Tal como se ha mencionado anteriormente, antes de planificar un taller destinado a un grupo de pacientes con demencia (con un nivel similar de deterioro), es necesario contar con la evaluación neuropsicológica que proporcione el perfil neurocognitivo de cada uno, una evaluación médica previa, así como también efectuar una entrevista previa, en la cual se pueda realizar una breve anamnesis y también relevar los intereses del paciente.

Por ejemplo, para visualizar como podría ser una sesión de DMT, podría proponerse un caldeamiento focalizado en la percepción del propio cuerpo en el espacio o en el registro de la respiración, o bien con una caminata con variación en la velocidad y sensación de peso, etc. Luego se podría trabajar en consignas sencillas, brindando breves secuencias de movimiento que el paciente tiene que prestar atención, repetir, coordinar, secuenciar, copiar, etc. Se podría cerrar la actividad grupal, proponiendo que cada paciente invente un movimiento, y entre todos construir una breve y sencilla coreografía grupal.

Dado que la demencia impacta en todos los planos de la vida de la persona, la DMT al trabajar integralmente en la dimensión cognitiva, social, física y emocional, brinda un espacio de sostén en el que se propicia que el paciente se exprese dentro de sus posibilidades, ya sea a través del lenguaje verbal y no verbal, estimulando sus potencialidades y el ejercicio de las funciones cognitivas conservadas, e incluso facilitando procesos de compensación, frente a la imposibilidad de recuperar una función determinada. A través de las dinámicas de movimiento propuestas por la DMT, se puede **estimular funciones cognitivas** tales como: orientación temporal y espacial, percepción corporal, atención focalizada, atención interna y externa, memoria procedural, memoria a corto y largo plazo, funciones ejecutivas, praxias, gnosias, coordinación visomotora, habilidades psicomotrices, lenguaje no verbal, etc.

Una de las herramientas fundamentales de la DMT, es la **Empatía Kinestésica**, es decir, la capacidad de sintonizar con el otro desde el movimiento en sí, desde lo que el movimiento expresa y comunica, lo cual genera un sentimiento de alojamiento, comprensión y contención que es fundamental en este tipo de patologías en las que el sujeto se va despersonalizando. Entre los principales **objetivos de la DMT** podría consignarse:

- Estimular la autonomía de la persona
- Estimular el proceso creativo y la expresividad
- Estimular las funciones cognitivas (globalmente o de manera específica)
- Reducir la ansiedad y la depresión
- Mejorar los niveles atencionales
- Mejora el control de los impulsos
- Regular el estado de animo
- Favorece al equilibrio y a la postura adecuada del cuerpo
- Evitar la ruptura con el entorno y favorecer vínculos sociales

> Fortalecer autoestima y confianza

> Fortalecer la identidad personal

> Mejorar la calidad de vida

La DMT podría aplicarse entre las estrategias de abordaje del deterioro cognitivo, etapas iniciales y medias de la demencia, en el trabajo con los cuidadores (y el riesgo de burn out), así como también para promover la salud y los factores protectores.

CONCLUSIÓN

Debido al creciente envejecimiento poblacional, el abordaje de las demencias resulta un tema prioritario en la salud pública, en tanto se trata de una patología discapacitante, para la cual aún no se ha encontrado cura. De ahí la importancia del diagnóstico precoz y la promoción de los factores protectores de la salud.

Las demencias no sólo afectan al funcionamiento cognitivo, sino también repercuten a nivel conductual, social, familiar, emocional, etc.; por lo que es indispensable que las mismas sean abordadas desde un enfoque integral y multidimensional, que tenga en cuenta al ser humano en su totalidad. Los tratamientos no farmacológicos complementariamente con el accionar de algunos fármacos, buscan mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno. En este contexto, se han planteado posibles aportes que la Danza Movimiento Terapia podría brindar al abordaje de las demencias.

Dado que las investigaciones en neurociencias se encuentran en pleno desarrollo, y que la DMT es una disciplina relativamente joven, aún queda mucho por seguir descubriendo.

BIBLIOGRAFÍA

- **Arizaga Raul y otros** (2011) Deterioro cognitivo y demencias. Editorial Polemos. Cap. 1 La problemática del deterioro cognitivo y la demencia. Cap. 2 Neurobiología del envejecimiento. Cap4 epidemiologia del deterioro cognitivo. Cap. 6 Biomarcadores bioquímicos de la enfermedad de Alzheimer: el reto del diagnóstico precoz. Cap.9 evaluación cognitiva. Cap. 12 estimulación y rehabilitación cognitiva.
- **Berrol, C., Ooi, W. L., & Katz, S**. (1997). Dance/movement therapy with older adults who have sustained neurological insult: A demonstration project. American Journal of Dance Therapy, 19(2), 135-160.
- **Blasco Bataller S., Melendez Moral j.c**, en ¡cambios en la memoria asociados al envejecimiento (2006) Geriatrika, de la Universidad de Valencia, Facultad de psicología
- **Cummings Jeffrey L. y otros** (2004) en La neuropsiquiatría de la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas. Volumen 1,2,3
- **C. Talero-Gutiérrez, J.G. Zarruk-Serrano, A. Espinosa-Bode** en "Percepción musical y funciones cognitivas. ¿Existe el efecto Mozart?" extraído de Revista Neurologia (2004)
- **Dr. Brusco Luis Ignacio, Dra. Acosta Daisy, Dr. Mena Raul y otros** (2011) La enfermedad de Alzheimer, diagnóstico y tratamiento: una perspectiva latinoamericana. Editorial Médica Panamericana.
- **Carlos Mangone, Ricardo Allegri, Raúl Arizaga, Juan Ollari y otros en Demencia: Enfoque Multidisciplinario** (2005). Ed. Polemos: Cap. I: **Epidemiología de la demencia**. (Raúl Arizaga). Cap.II: **Factores de riesgo y protección asociados con la edad temprana**.(Pilar Quiroga López). Cap.III**: Factores de riesgo y protección asociados con la edad tardía.** (Raúl Arizaga). Cap. V: **La memoria en el envejecimiento, el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer**. (R.Allegri, B. Laurent, C. Thomas Anterior y Cecilia Serrano).Cap. XII: **Apraxia en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias corticales y subcorticales**. (Facundo Manes y Ramon Leiguarda).Cap. XIII: **Demencia. Concepto, clasificación, criterios y diagnóstico.**(Osvaldo Genovese).Cap. XIV: **Enfermedad de Alzheimer**.(Carlos Magnone)
- **Dr. Hackney, Peggy**(1998) en *Making Connectiones. Total Body Integration through Bartenieff Fundamentals*.
- **Fischman, Diana**(2005) en Danza Movimiento Terapia. *"Encarnar, enraizar y empatizar. Construyendo los mundos en que vivimos"*, extraído del Congreso de Artes del Movimiento del IUNA
- **Frankl Víctor** (1999) en *El Hombre en Busca del Sentido*. Ed. Paidos
- **Mihaly Csikszentmihalyi** (1990) en su libro Flow. Una psicología de la felicidad. Ed. Kairos.

- **Micheli, Nogues, Asconape, Pebet y otros (2002)**en Tratado de Neurología Clínica. Cap. 29: Epidemiología y factores de riesgo. Ed. Panamericana. Pág. 390
- **Reca Maralia** en Que Es la Danza Movimiento Terapia: El cuerpo en Danza (2005) Ed. Lumen
- **Sacks Oliver en Musicofilia.** Relatos de la música y el cerebro (2009). Ed. Anagrama Barcelona
- http://www.docsalud.com/articulo/3168/beneficios-de-la-danza-terapia-para-la-rehabilitaci%C3%B3n-cognitiva
- **Wengrower Hilda y Chaiklin Sharon** en La vida es Danza: el arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia (2008) Ed. Gedisa Cap 1: Hemos danzado desde que pusimos nuestros pies sobre la tierra. Cap 3: Relación terapéutica y empatía kinestésica. Cap 5: BASICS, un modelo intra/interactivo de DMT con pacientes psiquiátricos adultos. Cap.9: Danzando con esperanzas. La MT con personas afectadas por demencia. Cap 10: La DMT y la rehabilitación para personas con lesiones cerebrales
- http://www.investigacionyciencia.es/revistas/investigacion-y-ciencia/numeros/2008/9/neurociencia-de-la-danza-526

ASOCIACION NEUROPSIQUIATRICA ARGENTINA

INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC ASSOCIATION

26 - 27 - 28 de AGOSTO

2015

XVII Congreso Argentino de Neuropsiquiatría y Neurociencia Cognitiva

VI Congreso Argentino de Psicogeriatría

13º Congreso Latinoamericano de Neuropsiquiatría

3º Jornada de Investigación y nuevas estrategias en enfermedad de ALZHEIMER

Hotel NH City & Tower - Buenos Aires, Argentina

ASOCIACION NEUROPSIQUIATRICA ARGENTINA
www.neuropsiquiatria.org.ar

Tte. B. Matienzo 3121
C 1426 DBG Buenos Aires
Tel: +54 11 4554 9145
Tel/fax: +54 11 4553 4095
info@neuropsiquiatria.org.ar
congreso@neuropsiquiatria.org.ar

IdeoGroup
www.ideogroup.com.ar

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

Lirpan DONEPECILO

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

Lirpan DONEPECILO

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

Lirpan DONEPECILO

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

Lirpan DONEPECILO

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

IOMA PAMI Receta Solidaria

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

PAMI IOMA

Presentación

Carrier 20:
envases con 30 comprimidos.

Carrier:
envases con 30 y 60 comprimidos.

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

540N150031