

## SEGUNDO PARCIAL PSICOLOGIA EVOLUTIVA Y VEJEZ

### UNIDAD V: PROCESOS COGNITIVOS EN EL ENVEJECIMIENTO (DECLIVE Y DETERIORO COGNITIVO)

**Cognición y Envejecimiento:** Memoria, inteligencia y atención. Declive Cognitivo. Mecanismos básicos de la memoria. Conceptos de Inteligencia Fluida y Cristalizada. El concepto de pérdida y ganancia asociado al funcionamiento cognitivo en la vejez. Estudios transversales y longitudinales.

**TEXTO:** Mecanismos básicos que explican el declive del funcionamiento cognitivo con el envejecimiento-Denise C. Park

□ Existe evidencia científica que indica que, **a medida que envejecemos, los procesos mentales son menos eficientes** □ También existe evidencia de que con la edad se alcanzan un conocimiento y una experiencia que pueden ser útiles para la solución de problemas morales y sociales complejos. (Aumento de conocimiento, declive de procesamiento).

#### Revisión de hallazgos a partir de la bibliografía sobre envejecimiento cognitivo



□ Declive sistemático en el rendimiento a lo largo de la vida en velocidad del procesamiento, memoria operativa y tareas de recuerdo libre y con claves. El descenso es regular.

□ El conocimiento general / inteligencia cristalizada (vocabulario) no manifiesta descenso en relación con la edad

□ No varía tampoco el reconocimiento.

#### □ Mecanismos de envejecimiento cognitivo

Los principales mecanismos propuestos para explicar las diferencias de edad en el funcionamiento cognitivo son 4:

1. La velocidad con la que se procesa la información (van mas lentos)
2. El funcionamiento de la memoria operativa (olvidan cosas)
3. La función inhibitoria (hacen algo y luego lo inhiben)
4. El funcionamiento sensorial

□ Estos mecanismos pueden conceptualizarse como tipos de recursos cognitivos o de procesamiento.

- **La variabilidad en la actuación de las personas se debe a varios factores:** las diferencias de educación, la experiencia previa en ese tipo de tareas, la edad (los jóvenes la ejecutarán mejor que las personas mayores).

Las **teorías sobre el rendimiento cognitivo** están interesadas únicamente en la explicación de la parte de la variabilidad atribuible a la edad, por eso mismo nos interesaremos en comprender si la parte de la varianza que está relacionada con la edad puede ser explicada o está mediada por alguno de los 4 mecanismos.

## Teoría de la velocidad de procesamiento.

- Salthouse basándose en Birren □ Sugiere que el mecanismo fundamental para explicar la varianza relacionada con la edad es un **descenso generalizado en la velocidad con que se llevan a cabo las operaciones mentales**. Las personas son rápidas en tareas de velocidad perspectiva.
  
- Salthouse (1996) planteó la hipótesis de que hay dos mecanismos importantes responsables de la relación entre velocidad de procesamiento y cognición:
  1. Mecanismo del tiempo limitado: sugiere que el tiempo para realizar operaciones posteriores se ve muy limitado cuando una parte importante del tiempo disponible está ocupado en la ejecución de operaciones previas.
  2. Mecanismos de simultaneidad: sugieren que los productos del procesamiento previo podrían haberse perdido para cuando se finaliza el procesamiento posterior.

### TEXTO: "Lenguaje y Envejecimiento"

Lic. Uriel Wilwert Lic. Paulina Rolfo Paula Manfredi

¿Hay en la vejez normal cambios a nivel del lenguaje? ¿influye el envejecimiento en la producción y comprensión del discurso?

□ Los cambios que se producen a nivel cognitivo en la vejez han sido una de las mayores preocupaciones desde la Psicología en general.

El lenguaje es uno de los elementos que componen la **cognición humana** como son la **memoria**, la **atención** y las **funciones ejecutivas**.

### □ Nociones básicas fundamentales:

#### El Lenguaje: DOS ASPECTOS O NIVELES DE ANALISIS.

Cuando hablamos de Lenguaje (y Comunicación) debemos identificar y tener en claro que el mismo se conforma de dos aspectos o niveles de análisis

#### 1) Nivel o aspecto lingüístico gramatical/ estructural/formal.

□ Este nivel considera el lenguaje **como un sistema** y teniendo en cuenta las reglas que lo configuran como código lingüístico.

□ Dentro de los aspectos lingüísticos/gramaticales/estructurales, encontramos:

- a) La fonología (estudio de los fonemas o sonidos de una lengua),
- b) La fonética (estudio de la realización individual de dichos fonemas en el acto de habla)
- c) La morfología (estudio de las reglas de formación y creación de palabras)
- d) La sintaxis (estudio de las reglas de organización de oraciones, frases y demás unidades superiores)
- e) La semántica (aspecto relacionado al significado de las palabras)

## 2) Nivel o aspecto paralingüístico.

□ Nivel que tiene en cuenta al lenguaje **como instrumento para la interacción comunicativa** (“habilidades comunicativas”). Se llaman aspectos paralingüísticos porque abarcan tanto aspectos verbales/ lingüísticos (presuposiciones, inferencias), como no verbales/ extralingüísticos (como énfasis, entonación, etc). Dentro de estos aspectos se resalta como muy importante el aspecto contextual-interaccional.

□ Dentro de los aspectos paralingüísticos se distinguen:

- a) La pragmática (estudia las modalidades de enunciación, la presuposición, la inferencia)
- b) La prosodia (estudia las características supralingüísticas de las expresiones habladas como ser: la entonación, el énfasis, la intensidad, la frecuencia, las pausas, la duración y la velocidad de palabras y oraciones).

## **FUNCIONES LINGÜÍSTICAS Y SU REPERCUSIÓN EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO**

1. Aspectos lingüísticos gramaticales/estructurales.
  - Producción del lenguaje en el envejecimiento
  - Comprensión del lenguaje en el envejecimiento
2. Aspectos paralingüísticos o comunicativos:
  - Pragmática: “inferencias” y comprensión de metáforas en el envejecimiento
  - Prosodia: “procesamiento prosódico” en el envejecimiento
3. Habilidades de lectura y escritura
  - “Lectura y escritura en el envejecimiento” (aunque no son campos estrictamente lingüísticos, se consideran muy relacionados al mismo y por ello se estudian en esta sección)

## **PRODUCCIÓN DEL LENGUAJE EN EL ENVEJECIMIENTO.**

□ Procesos que permiten la expresión del lenguaje en los viejos

### ○ **Verbosidad fuera de tema**

- Característica en el habla de una **minoría** de viejos sin patologías neuropsicológicas □ Se trata de un aumento en el habla, por cambios súbitos y repetidos de tema.
- Los viejos con Verbosidad fuera de tema hablan “copiosamente” y exhiben una pérdida continua del foco del discurso, realizando diversos cambios de tema, y demostrando falta de coherencia en el discurso.
- Hallazgos sobre la producción del discurso de individuos viejos demuestran que la Verbosidad fuera de tema surge en discursos de viejos en conversaciones que tienen temas autobiográficos.

### □ **2 hipótesis:**

#### a) **Hipótesis sobre un déficit en la inhibición:**

-La hipótesis del déficit en la inhibición **postula que una minoría de viejos sanos sufre declinación específica en el mecanismo inhibitorio**, considerado una función ejecutiva del **lóbulo frontal** del cerebro. El mecanismo de inhibición es fundamental en la expresión y comprensión del lenguaje, además de otras habilidades.

-Según estos estudios los factores psicosociales no actúan como causa de la verbosidad fuera de tema, sino como un facilitador.

-La combinación de estrés e inhibición puede llevar a un aumento del habla irrelevante, exponiendo el ya deficitario control inhibitorio.

b) Hipótesis de los cambios pragmáticos.

-Postulan **que la intención comunicativa es determinante en la calidad y en el estilo del discurso**. Lo determinante del cambio de tema es el discurso de los viejos en **el contexto social y en la identidad del hablante**.

-Afirman que los resultados muestran que la verbosidad fuera de tema puede ser atribuida a **factores como vocabulario disminuido y aspectos psicosociales**. Además sugieren que hay una serie de cambios positivos en la producción y en la comprensión de la narrativa en el envejecimiento □. Aunque ocurre una disminución en el tiempo que le resta al viejo por vivir nuevas experiencias, reduciendo las expectativas de construir nuevas historias, la “narrativa interna” no deja de expandirse y no hay una disminución de la capacidad de interpretar su historia personal □ Por el contrario, con el envejecimiento, aparece un tiempo para encontrar significado en la historia de la vida.

Puede haber un aumento en la complejidad de las expresiones subjetivas

o Producción discursiva

Estudios sobre producción sintáctica de los viejos, demostraron que **la habilidad de producir un mayor número de frases complejas** □ parece **declinar con el avance de la edad** y que los viejos emiten un número menor de frases complejas que los jóvenes. Esta demostración es acompañada de la hipótesis de que la memoria de trabajo impone restricciones al número de relaciones entre oraciones que podemos formular en un determinado tiempo.

□ Como la memoria de trabajo declina con el avance de la edad, la complejidad sintáctica también se reduce.

o Recuperación discursiva: el fenómeno de punta de la lengua

-Una queja frecuente de los adultos es el “fenómeno de punta de la lengua”.

-Las dificultades de **recuperación verbal** ocurren mucho más en viejos que en jóvenes. Palabras menos frecuentes o no utilizadas frecuentemente provocan con mayor facilidad este fenómeno. Este problema de recuperación discursiva en viejos está relacionado con el acceso a la información fonológica,

-Los viejos presentan dificultades en la recuperación de nuevas palabras, en cambio pueden acceder a aquellas que fueron recientemente usadas.

## COMPRESIÓN DEL LENGUAJE EN EL ENVEJECIMIENTO

*El declino en el procesamiento lingüístico tiende a ser más evidente a nivel de la producción del lenguaje que en el entendimiento. El declinar de la comprensión lingüística, incluso llegan a representar un queja de la población de edad avanzada, como destaca Woodruff-Pak (1997).*

o Estudios sobre el procesamiento al nivel de la palabra

- Cambios positivos en el procesamiento léxico-semántico en la población de edad avanzada. Hay, generalmente, **un aumento del vocabulario asociado a una creciente experiencia lingüística.**
- La única diferencia encontrada entre los jóvenes y los viejos fue la disminución de la velocidad de los últimos en la interpretación de los significados de las palabras en una oración.
- Hay **dos factores que probablemente contribuyen a un buen desempeño de los viejos en tareas de pruebas semánticas.**
  1. El primer factor es respecto a la representación de la primer palabra oída.
  2. Un segundo factor está relacionado con la frecuencia lingüística de las palabras

Por lo tanto **el procesamiento léxico-semántico parece ser realizado con eficacia por los viejos.** El buen desempeño de la población en las habilidades de comprensión a nivel de la palabra sugiere una adecuada aplicación del conocimiento verbal y un adecuado efecto *priming*.

- **Estudios sobre el procesamiento a nivel de la oración**

Kynette y Kemper (1986) estudiaron el desempeño en la comprensión sintáctica de oraciones.

. Los viejos presentaban más dificultades en corregir las oraciones gramaticalmente incorrectas cuando las *oraciones subordinadas* estaban localizadas a la izquierda que cuando eran presentadas a la derecha de la oración principal (las oraciones localizadas a la izquierda demandan mayor sobrecarga de memoria de trabajo)

. Las dificultades que se evidencian en la literatura ocurren probablemente por el hecho de que los estímulos sintácticos son presentados de forma descontextualizada

- **Estudios sobre el procesamiento a nivel del discurso**

-En lo que concierne a la comprensión del discurso narrativo, Parente, Capuano y Nespoulous (1999), realizaron su estudio a partir la narración de historias, se identificó que los jóvenes recuerdan una mayor cantidad de información narrada.

-Tanto los jóvenes como los viejos recuerdan mejor las macroestructuras que las microestructuras

-Los jóvenes prefieren el relato de hechos y que los viejos el relato subjetivo.

-Los viejos presentan mayor dificultad en cuanto a **la velocidad en que el discurso expresado**

Una diferencia cuantitativa encontrada en el recuerdo de historias leídas a escuchadas, generalmente se asocia a una **disminución en las habilidades en la memoria de trabajo propias del envejecimiento.**

**En fin:** Muchos autores atribuyen las diferencias de desempeño en la comprensión lingüística entre los viejos y los jóvenes al prejuicio de los procesos cognitivos no lingüísticos, tales como las funciones ejecutivas, principalmente la atención, inhibición y memoria de trabajo, cuya demanda de uso tiende a aumentar cuando mayor es la complejidad del estímulo lingüístico □ Además de eso, los cambios en la velocidad de procesamiento de las habilidades perceptivas auditivas también pueden contribuir para las dificultades encontradas en la comprensión lingüística de la población vieja.

Además de estas variables cognitivas-biológicas, factores culturales como hábitos de lectura y escritura

también parecen representar un papel significativo en el desenvolvimiento de la comprensión lingüística en la fase de la adultez tardía

### **ASPECTOS PARALINGÜÍSTICOS O COMUNICATIVOS:**

Vemos la importancia de lo **no verbal** en el lenguaje. Y decimos entonces que hay que tener en cuenta que hay lenguaje más allá de la palabra. Dos aspectos:

#### **1. “Inferencias y comprensión de metáforas” en el envejecimiento**

*El proceso de comunicación debe estudiarse como un todo: es necesario enfocar tanto los aspectos lingüísticos, como los paralingüísticos (contextuales) y extralingüísticos (prosódicos). No solo, como se hace en general, en los componentes formales del lenguaje verbal (sintaxis, morfología y fonología)*

##### ○ **Estudios sobre el procesamiento de inferencias**

Dentro de la competencia lingüística pragmática se encuentra la capacidad de realizar inferencias, o sea, **comprender el significado no dicho en lo dicho**, es decir, comprender lo implícito (metáforas).

**Metáfora:** La metáfora es una expresión que describe algo con palabras que originalmente significan otra cosa.

La comprensión de metáforas nuevas o poco familiares requieren de una actividad cognitiva compleja, mientras que las metáforas familiares tienen un significado fijo que se comprende por el uso común.

**Actos de Habla:** Además de ser esenciales para la comprensión de metáforas, las habilidades de procesamiento de inferencias son importantes también para el entendimiento de actos de habla. Así se plantea que el mensaje verbal no está limitado a la transmisión de información literal, sino que también se usa para comunicar una “intención”.

Searle (1979), Clark y Lucy (1975) y Harley (2001) dicen que **el lenguaje no literal se procesa en 3 estadios:**

- a. **El primero:** en un sentido literal aprendido.
- b. **El segundo:** se compara entre el sentido literal y el contexto para verificar si hay consistencia entre ambos.
- c. **El tercero:** en el caso de que el sentido literal no sea coincidente con el contexto, se considera el significado metafórico.

### **CONCLUSIONES:**

-Aunque hay posiciones encontradas, **se puede decir que los viejos no presentan dificultades propiamente dichas en cuanto a las habilidades de comprender inferencias, sino que más bien poseen “un estilo cognitivo diferente” (mas subjetivo) del que es característico de los más jóvenes** (más objetivo).

-Fonseca (2004) encontró diferencias significativas entre los jóvenes y los viejos en cuanto a la comprensión de metáforas (cuestiones más cognitivas) pero no en cuanto a la comprensión de actos de habla indirectos (cuestiones más emocionales).

  
**Esto se explicó con lo antes dicho:** predomina en los viejos un estilo cognitivo más subjetivo que permite conectarse e interpretar mejor todo aquello relacionado con las emociones.

La autora destaca también una gran variabilidad / heterogeneidad dentro del mismo grupo de viejos (variabilidad individual en el proceso de envejecimiento), que debe ser siempre considerada.

## 2. “Procesamiento prosódico en el envejecimiento”

**Prosodia:** se llama prosodia a las características supralingüísticas de las expresiones habladas como ser: **la entonación** (curva melódica: combinación de tonos bajos, altos, descendentes, ascendentes), **el énfasis, la intensidad** (suave, fuerte), **la frecuencia** (agudo, grave), **las pausas, la duración** (cortos, largos) y **la velocidad** (rápido, lento) de palabras y oraciones.

- La Prosodia lingüística: consiste en el uso de una entonación específica que permita diferenciar entre oraciones declarativas, afirmativas, interrogativas e imperativas.
- La Prosodia emocional: consiste en el uso de una entonación diferenciada para expresar distintos sentimientos tales como tristeza, alegría, rabia, sorpresa entre otros.

□ Para que la intención de dos interlocutores sea adecuadamente comprendida, es necesario que los individuos tengan competencia en el establecimiento de una relación entre el contenido verbal del mensaje y la variación melódica utilizada en su emisión. De tal forma, **para lograr una comunicación efectiva las habilidades lingüísticas y las supralingüísticas deben ser ambas producidas y comprendidas.**

### Conclusiones:

Los resultados de los estudios realizados por la autora muestran que las dificultades encontradas no se deben tanto a una falla de la habilidad prosódica en sí misma, sino más bien revela influencias de dificultades de análisis psicoacústico (presbiacusia: pérdida parcial de audición característica del envejecimiento biológico); o de expresión, como consecuencia de alteraciones anatómicas del aparato fonoarticulario (presbifonía: pérdida de las características vocales de la fase adulta propia del envejecimiento biológico del aparato fonador).

□ También se enfatiza la relación de la falta de prosodia con cuadros de depresión

□ No hay que confundir una disminución en la capacidad de audición con una **disminución en la capacidad de comprensión/ ni una disminución en la capacidad de emisión con una disminución en la capacidad de expresión. Son cosas diferentes).**

## LECTURA Y ESCRITURA EN EL ENVEJECIMIENTO

La lectura y la escritura son consideradas como formas de entrenamiento cognitivo.

### Lectura:

Los autores destacan que la lectura exige varios procesos perceptivos y cognitivos y un buen conocimiento de la lengua y la gramática □ Además, **exige determinados movimientos oculares y procesos de transformación del estímulo gráfico al fonológico**

□ Respecto de los **movimientos oculares necesarios para la lectura, se mencionan dos tipos:** sacádicos (movimiento de ojos, en general hacia adelante) y fijaciones (o pausas). Los autores mencionan que la información es extraída del texto durante las fijaciones.

□ En cuanto a la teorización del proceso de lectura, se toma el Modelo de los Módulos de Ellis: Propone que el reconocimiento de palabras sería el producto de una actividad organizada que ocurre dentro de diversos

subsistemas cognitivos que operan, al menos en parte, de forma independiente. Ellis llama a esos subsistemas “módulos” □ Según este modelo habría **tres vías posibles para la transformación del estímulo gráfico al fonológico**. Por un lado, **la vía lexical**, que tomaría a la palabra en su totalidad, recurriendo a la memoria semántica para poder comprender su significado. Otra **vía es la lexical directa**, la cual no requiere el paso por el sistema semántico, por ser la utilizada para palabras como preposiciones, etc. las cuales no requieren de tanto procesamiento. La tercera vía sería **la perilexical**, la cual toma a la palabra en unidades más pequeñas, como ser las sílabas o las letras.

**Escritura:** El procesamiento de la escritura puede ser dividido en **dos partes**: Por un lado, el **procesamiento central/lingüístico**, que determina la secuencia de grafemas que constituirá una palabra escrita, es decir, la ortografía. Por otro lado, el **procesamiento no lingüístico/periférico** es el que posibilita la ejecución motora del grafismo.

○ **Alteraciones en la lectura y escritura en el envejecimiento normal:**

Aunque los mayores de 70 años podrían presentar un declive en algunos aspectos de sus capacidades de lectura, **la habilidad permanece suficientemente preservada para permitir una calidad de vida aceptable**.

De todas formas, **habría características que parecen declinar con la edad, a saber: velocidad de lectura y comprensión de textos**.

□ Los autores proponen que las dificultades en la lectura se deberían a problemas de abstracción, a la dificultad para hacer inferencias sobre el significado de palabras no familiares y a la mayor dependencia del contexto para la comprensión.

□ Además, habría una **reducción de la capacidad de la memoria de trabajo y de la capacidad inhibitoria**. Por lo tanto proponen que el desempeño en la lectura podría verse afectado por las dificultades para inhibir pensamientos personales u otros estímulos al momento de realizar la tarea.

□ Respecto de la escritura, habría algunas **alteraciones caracterizadas por mudanzas lingüísticas y periféricas**. Las primeras impactan en el contenido de la producción y se refieren a las dificultades en aspectos lexicales y en la construcción de frases y textos. Las segundas se refieren a aspectos de forma (características del grafismo).

□ En cuanto al **contenido**, habría una progresiva reducción de la complejidad sintáctica de las frases y alteraciones en el acceso al conocimiento ortográfico, las cuales serían comparables al déficit de acceso lexical observado en la producción oral, frecuentemente descrito por los viejos (“punta de la lengua”).

Los autores proponen que **las funciones de lectura y escritura** (en tanto capacidad de transcodificación entre la representación sonora y la gráfica y viceversa) **están conservadas en el envejecimiento normal**. Las particularidades que puedan presentar estarían derivadas de dificultades en otros aspectos.

Las **fallas en la lectura parecen ser oriundas de dificultades de la memoria de trabajo y la atención**, que pueden afectar particularmente la comprensión textual y la elaboración sintáctica (dificultad para comprender frases complejas o improbables, disminución de la velocidad de lectura).

### **CONCLUSIONES GENERALES:**

- Cuando hablamos de lenguaje (como de otros aspectos de la vejez), es necesario tener sobre esté una **VISION INTEGRAL** que considere tanto los aspectos biológicos, como los psicológicos, los sociales y los

individuales. Hay que entender el discurso como una interfase entre aspectos sociales, cognitivos y lingüísticos.

- **TEXTO: El entrenamiento cognitivo en adultos mayores: Efectos subjetivos desde el enfoque de la psicología positiva**

Jaskilevich, Judith; Lopes, Monica Ana; Pepa, Marcela Julia Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

### Fundamentación Teórica

**Neurociencia cognitiva:** se ha constituido un campo científico a partir de la convergencia la psicología cognitiva, que estudia las funciones mentales superiores, y la neurociencia, que estudia el sistema nervioso que las sustenta.

La neurociencia cognitiva aborda el estudio del funcionamiento cerebral desde una perspectiva multidisciplinar.

El objetivo de la neurociencia cognitiva es el estudio de las bases biológicas de la cognición humana.

□ El desarrollo cognitivo de una persona depende del desarrollo cerebral y del desarrollo de redes neuronales adaptadas que permitan responder ante el medio. Que esto sea posible depende de la información de tipo genético que viene con cada individuo, pero también de los mecanismos de adaptación del entorno □ neuroplasticidad o plasticidad cerebral que consiste en la capacidad de las células nerviosas de modificar la intensidad y el número de sinapsis. El resultado es que la información que se procesa en el circuito cerebral cambiará para incorporar la nueva experiencia.

### Talleres de memoria

□ Persiste un fuerte **prejuicio social que supone al deterioro cognitivo como un destino inevitable del envejecimiento**, de modo que se incrementa el temor a fallas cognitivas que son interpretadas por la población como el inicio de una etapa patológica.

□ El interés y la asistencia de las personas en dispositivos psicoeducativos llamados talleres de memoria, se relaciona con la **preocupación que genera la aparición de ciertos olvidos especialmente en la población de mayores de 60 años**.

□ Los talleres de Entrenamiento Cognitivo es un dispositivo psico-educativo que ofrece estrategias para que las personas mayores optimicen y mantengan su performance cognitiva. Este, tienen la finalidad de optimizar el funcionamiento cerebral, a partir de las ejercitaciones y el aprendizaje de estrategias para mejorar el funcionamiento en su vida cotidiana

□ A través de los **popularmente conocidos “talleres de memoria”**, nos proponemos con este dispositivo



psicosocial, entrenar la cognición entendida en un sentido amplio; esto es, como “aquellos procesos involucrados en la adquisición, retención y/o manipulación de la información, es decir el procesamiento de la misma (funciones corticales superiores) y la conducta adaptativa que de tal procesamiento depende.

**Las esferas más importantes de la cognición incluyen:** atención, memoria, lenguaje, percepción, funciones ejecutivas y praxis

Como profesionales de la salud, buscamos a través de nuestros talleres generar procesos de **“envejecimiento activo”** y como consecuencia de ello, **“empoderar”** a los adultos mayores a través de intervenciones técnicas, con el objetivo de **“envejecer en casa de manera competente”**.

#### □ **Acerca del dispositivo de Psicoestimulación cognitiva**

El taller está dirigido a personas que presentan quejas subjetivas de memoria y cierto temor de perder su funcionamiento intelectual actual e histórico, personas que perciben un rindiendo que no está de acuerdo a su performance cognitiva, ya sea por crisis vitales, depresiones, jubilación o falta de oportunidad para poder activar sus capacidades preservadas. Sin embargo, **no están dirigidos a personas que presenten deterioro cognitivo**, para ello consideramos el abordaje de estimulación en otros espacios

#### □ **Modo de implementación del taller**

Las actividades están **diseñadas para brindar conocimientos sobre cómo funciona la memoria en sí**, propiciando siempre actividades de autoconocimiento, de reflexión sobre la metamemoria; y brindando las oportunidades para mantener y potenciar una memoria activa □ Este conocimiento baja los niveles de ansiedad y activa la implementación de técnicas y estrategias aprendidas para adquirir seguridad, control sobre sí mismo y ser competente.

Nuestros objetivos son aplicar los conocimientos producto de las investigaciones, de la psicología y de la gerontología, con el objetivo de promover el bienestar de las personas mayores.

#### **Resultados:**

Los adultos mayores han experimentado nuevas situaciones de aprendizaje, han practicado la metamemoria, han ejercitado **la autorregulación, se han apropiado y, en consecuencia, se potenciaron recursos y fortalezas cognitivas. La exposición a estos nuevos desafíos posibilita la “neuroplasticidad cerebral”** □ En base a los resultados de las encuestas finales administradas, los participantes refieren mejorías en la atención, la memoria a largo plazo, la función ejecutiva y los aprendizajes de estrategias

□ También refieren haber disminuido el miedo que tenían frente a un temido deterioro, del mismo modo han valorado positivamente la participación en un grupo y haber ampliado su red social

**Mejoría en la atención; mejoría en la memoria a largo plazo; mejoría en funciones ejecutivas y aprendizaje de estrategias para la vida cotidiana.**

El formato de taller de memoria grupal tiene un impacto positivo en **tres dimensiones** del capital psíquico:

1. En las **capacidades cognitivas** para adquirir y usar formas de conocimiento (creatividad, curiosidad y motivación para aprender)
2. En las **capacidades para establecer vínculos interpersonales** (impacto en el desarrollo de “la inteligencia emocional”. Trabajar sobre la comunicación y la cognición social para mejorar las interacciones sociales con los pares y la familia, promoviendo la integración del adulto mayor a su comunidad, a fin de evitar el aislamiento social)
3. En las **capacidades emocionales** para desarrollar proyectos superando obstáculos. (impacto en la autoestima de los participantes, mejorías en el “autoconcepto” o “autoimagen positiva”)

## UNIDAD VII: DETERIORO COGNITIVO/SINDROME DEMENCIAL

**Cambios cognitivos en el envejecimiento:** declive y deterioro cognitivo. Deterioro Cognitivo Leve. Concepto de demencia. El síndrome demencial. Demencia tipo Alzheimer. Síndrome Confusional Agudo. Aspectos clínicos de las demencias. Evaluación neuropsicológica. Diagnóstico y tratamientos.

### TEXTO: Deterioro Cognitivo Y Demencias

Licenciadas Ana Bonifacio Y Judith Jaskilevich

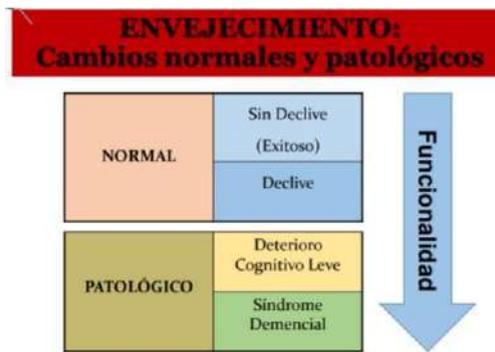
Texto que tiene el objetivo de introducirnos en el campo del deterioro cognitivo y las demencias

#### ¿Qué le sucede a las personas mayores?

- ✓ Crisis vitales
- ✓ Duelo
- ✓ Duelos complejos (patológicos)
- ✓ Ansiedad
- ✓ Hipocondría
- ✓ Trastorno depresivo mayor

#### Cambios cognitivos

- **NO PATOLOGICOS (ESPERABLES):** No comprometen la autonomía de la persona, no interfieren en el diario vivir
- **Declinación Cognitiva:** Declinación cognitiva relacionada a la edad, cambios fisiológicos, NO PATOLOGICO, NO INTERFIERE EN EL DIARIO VIVIR.
- **PATOLOGICOS**
- **Deterioro Cognitivo Leve (o conductual):** Déficit cognitivo o conductual sin implicancia significativa sobre el funcionamiento social u ocupacional.
- **Demencia – Síndrome Demencial :** Síndrome de Insuficiencia cognitiva y/o conductual, con impacto en la vida social, laboral y familiar.
- **Síndrome demencial Debido a síndrome depresivo**
- **Síndrome demencial en comorbilidad con síndrome depresivo**
- **Síndrome Confusional Agudo o Delirium**



**COGNICION:** Se llama cognición al conjunto de habilidades psicológicas que dan cuenta de toda la vida mental.



Abarca aquellos **procesos involucrados en la adquisición, retención y/o manipulación de la información**, es decir, el procesamiento de la misma y la conducta adaptativa que de tal procesamiento depende.

-Es a través de la cognición que procesamos información proveniente del medio interno como externo.

-Nos permite la adaptación al mundo. Inseparable de la motivación, emoción y afectos

**Incluye:** La atención, emoción, percepción, memoria, movimientos voluntarios, razonamiento, juicio, toma de decisiones, lenguaje, cognición social, regulación emocional, las funciones intelectuales, lo sensorial, lo motor, las funciones ejecutivas: capacidades para formular metas, planificación para lograrlas y los pasos para realizarlas de un modo eficaz

o **Quejas de memoria, envejecimiento y vejeismo**

Muchas veces el problema de memoria en la vejez se encuadra en el vejeismo (Salvarezza 1988)

*El prejuicio vejeista lleva a muchas personas, a los propios viejos, y a los propios agentes de salud a aceptar el deterioro intelectual como una evolución inexorable de los años.*

Por tal motivo es muy importante la educación sobre estos temas en tercera edad, tanto para desarmar los prejuicios de los propios viejos, como brindar oportunidades de acceso a actividades de entrenamiento cognitivo.

Los olvidos son habituales en las personas mayores sin deterioro cognitivo pero es también el síntoma más frecuente de inicio de la Enfermedad de Alzheimer. Por eso es **muy importante discriminar si las quejas subjetivas se corresponden objetivamente a declive o deterioro, en qué grado y perfil se presentan**

o **Cambios cognitivos en el envejecimiento y neurociencias**

-Actualmente no puede sostenerse más la visión tradicional de que el envejecimiento se asocia inexorablemente a pérdida neuronal.

--Un envejecimiento cognitivo saludable es biológicamente posible.

**El anciano normal no tiene deterioro cognitivo significativo, ni tampoco alteraciones neuropatológicas degenerativas de consideración.**

-Muchos de los llamados cambios relacionados a la edad pueden reflejar la influencia de otros fenómenos patológicos.

La queja de memoria en el adulto mayor no presupone normalidad sino, por el contrario, *debe ser estudiada para distinguir a qué causas se debe.*

## DECLIVE COGNITIVO / CAMBIOS COGNITIVOS ESPERABLES EN EL ENVEJECIMIENTO

Al envejecer se observa una **declinación normal** de las habilidades intelectuales determinada por múltiples factores, que no implican un deterioro, ni un impacto significativo en la vida cotidiana del sujeto.

Pensar que siempre hay deterioro cognitivo en la vejez es prejuicioso y tiene consecuencias iatrogénicas.

Se puede envejecer con declive o manteniendo una performance cognitiva constante hasta una edad muy avanzada

### DECLIVE COGNITIVO:

- Declinación cognitiva relacionada a la edad, cambios fisiológicos, NO PATOLOGICO, NO INTERFIERE EN EL DIARIO VIVIR.
- Son cambios esperables en el sistema cognitivo.
- Es una **disminución del desempeño cognitivo** relacionada a cambios fisiológicos, no son cambios patológicos.
- Este declive se traduce en **menor eficiencia al realizar tareas intelectuales**, las que insumen más tiempo y más esfuerzo cognitivo, pero que de todos modos alcanzan el resultado correcto.
- Los cambios cognitivos esperables en el envejecimiento no comprometen la autonomía de la persona, **no interfieren en el diario vivir.**
- Los cambios en la inteligencia en la adultez y el envejecimiento no ocurren para todas funciones por igual ni para todas las personas.

### Mecanismos afectados en el envejecimiento

□Salthouse plantea 4 mecanismos responsables del declive cognitivo:

1. Disminución en la Velocidad de Procesamiento de la Información
2. CAMBIOS Funcionamiento de la Memoria de Trabajo
3. Disminución sensorial
4. Cambios en la Función Inhibitoria: dificultad para mantener la atención en la info relevante

### Ejemplos de cambios esperables en adultos mayores sin patología:

- Mayor dificultad para **encontrar palabras o nombres de personas conocidas o personajes famosos.**

A este fenómeno se lo llama “tener la palabra en la punta de la lengua” o “anomia”; lo que sucede es una dificultad en el proceso de recuperación, pero la persona sabe quién es el actor o qué palabra quiere decir y busca un sinónimo o al rato la recuerda espontáneamente.

-También se observa mayor **lentitud para resolver situaciones complejas.**

-La persona **olvida parte de situaciones o eventos**, que pueden ser recordados ante ayuda externa con alguna pista, - ( empezaba con... el nombre era Juan...) o aparecen espontáneamente más tarde.

-Hay una preocupación por la disminución en el rendimiento de la memoria aunque no provoquen impacto en ámbitos sociales, familiares y laborales.

-**Dificultades atencionales y de organización de la información** que produce fallas en el registro de la información nueva en memoria con la consiguiente dificultad para su evocación.

-**Enlentecimiento en la velocidad de tratamiento de la información** (procesamiento cognitivo) y en el aprendizaje de nueva información.

-**Disminución en la capacidad de atención dividida** (hacer dos tareas casi simultáneamente).

- Dificultad para inhibir información poco relevante o inapropiadas** (mayor distractibilidad).
- Mayor dificultad en la flexibilidad mental y abstracción.
- No hay episodios de desorientación espacial o temporal.
- Las dificultades son relativamente estables en el tiempo.
- No aparecen trastornos de la conducta.
- Las quejas de memoria muchas veces corresponden más a rasgos ansiosos o depresivos que a fallas de memoria propiamente dichas.
- La ansiedad interfiere con los mecanismos de búsqueda y con el aprendizaje.

#### **DIFERENCIA DECLIVE Y DETERIORO:**

- Cambios debidos al envejecimiento (declive)
- Cambios debido a una situación que excede lo esperable para la edad, nivel educacional y cultural (deterioro)

La diferenciación entre la **demencia** y el **deterioro cognitivo leve** descansa en la determinación de si hay o no una interferencia significativa en la capacidad funcional, en el trabajo o en las actividades cotidianas usuales.

#### ● **DETERIORO COGNITIVO**

- El **deterioro cognitivo** consiste en alteraciones o cambios de distintos grados, en las funciones psicológicas, tales como memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento, regulación conductual, funciones ejecutivas, cognición social, que interfiere en algún grado con la actividad e interacción social de la persona afectada.

- Cambios debido a una situación **que excede lo esperable** para la edad y nivel educacional y cultural

. Este impacto en las actividades de la vida cotidiana puede tener un grado leve hasta impedirnos realizar nuestras actividades en sociedad o nuestro propio autocuidado.

-Según el grado de deterioro y sobre todo según el impacto funcional va a encuadrarse dentro de una de las siguientes categorías de deterioro cognitivo, que luego describiremos en detalle:

1. *Deterioro Cognitivo Leve*
2. *Síndrome Demencial*

#### **DETERIORO COGNITIVO LEVE O MINIMO (DCL O DCM) (Mild Cognitive Impairment – MCI)**

- DCL es una condición patológica, que describe un déficit cognitivo de severidad insuficiente para cumplir criterios internacionales de síndrome demencial.
- No es un proceso normal asociado a la edad
- Es un **estado intermedio entre los cambios cognitivos del envejecimiento normal y un estadio temprano de la demencia**
- Las personas con DCL presentan cierto compromiso cognitivo cuya severidad resulta insuficiente para cumplir criterios de demencia ya que **no presentan un impacto significativo en las actividades de la vida diaria**, sin implicancia significativa sobre el funcionamiento social u ocupacional.

## Criterios Diagnósticos de Deterioro Cognitivo Leve (Petersen, 2011)

- **Preocupación por cambios en la función cognitiva:** reconocidos por la persona que los experimenta y en ocasiones reconocidos por un informante que conoce bien a la persona
- **Deterioro en uno o más dominios cognitivos** (memoria, funciones ejecutivas, atención, lenguaje, visuoespacialidad, etc.).
- **Preservación de la independencia en la funcionalidad** (leves problemas en las tareas complejas). Normalmente es capaz de realizar la administración del dinero, organizar una comida, etc. Las actividades cotidianas (AVD actividades de la vida diaria) pueden llevar más tiempo, ser un poco menos eficientes, o cometer algún error menor comparando con el pasado. Mantiene su independencia cotidiana de manera autónoma o con mínima ayuda.

**Ausencia de demencia.** No cumple con los criterios de demencia. Los cambios deben ser lo suficientemente leves, no haber evidencia de deterioro social u ocupacional.

### □ Actualmente se reconocen cuatro categorías o subtipos diferentes de DCL:

DCL amnésico dominio único - DCL amnésico dominio múltiple - DCL no amnésico dominio único - DCL no amnésico dominio múltiple.

### *¿Cuál es la importancia de tener en cuenta el deterioro cognitivo leve?*

-Las personas mayores con DLC tienen más probabilidades de desarrollar un síndrome demencial que aquellos que no tienen ninguna alteración cognitiva, pero no todas las personas a las que se diagnostica DLC llegan a desarrollar demencia.

-Dentro del grupo de personas con diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve un **subconjunto con mucha mayor probabilidad de avanzar a Alzheimer** □ A este subconjunto se lo llama *DCL debido a enfermedad de Alzheimer*.

## **SINDROME DEMENCIAL**

Definiremos a la **demencia** (las demencias) como un síndrome neuropsiquiátrico que consiste en el deterioro adquirido de la esfera cognitiva y/o alteraciones conductuales de tal magnitud que **interfiere en las actividades de la vida diaria**, y que es independiente del nivel de conciencia (**el sujeto puede no ser conciente de los cambios o ser parcialmente conciente**).



Las demencias tienen **impacto en la vida social, laboral y familiar**. El curso de estas es crónico.

□ Estas, aluden a un "déficit adquirido" ya que resaltan una modificación respecto de un funcionamiento cognitivo previo estimado o conocido y alteraciones conductuales.

□ Se considera cambio, tanto si la conducta sintomática estaba presente, y por lo tanto es una **exacerbación de características de la personalidad previa**, como si se trata de conductas nuevas.

- Afectación de dos o más funciones cognitivas y/o conductuales con compromiso predominantemente temprano de la memoria (sin excluir formas de compromiso en otro dominio cognitivo)
- y síndrome afasia-apracto-agnóstico (afecciones en lenguaje, ejecución de actos y reconocimiento de cosas o personas) ulterior en ausencia de delirium (síndrome confusional) o enfermedades que

podieran ser la causa del estado mental.

***El síndrome demencial es la expresión manifiesta de la enfermedad o condición patológica que está afectando la función cerebral.***

□Decimos que es un **síndrome** ya que abarca un **conjunto significativo de síntomas y signos**, que conforman un cuadro patológico que puede tener diversas causas o etiologías

□La demencia al ser un **síndrome, no connotan etiología alguna**. Responde a múltiples etiologías vinculadas con alguna patología cerebral.

□En la mayoría de los casos **su curso es crónico** y en general afecta a personas de edad avanzada.

**Es independiente del nivel de consciencia:** El diagnóstico clínico de síndrome demencial requiere a un paciente vigil y alerta. El paciente es capaz de responder espontáneamente a todos los estímulos del medio, nos puede explicar qué fue lo que sucedió y su conversación será coherente.

#### **Actividades de la vida diaria (AVD)**

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria** – ABVD: Son el conjunto de actividades que realizamos relacionadas con el cuidado personal (vestirse, arreglo personal, comer, control de esfínteres) y con el funcionamiento físico (Andar, movilidad en el interior del domicilio), que se ejecutan de forma cotidiana y cuya realización es imprescindible para que la persona viva de forma autónoma y adaptada a su entorno.

- **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria** – AIVD: Son las actividades que indican la capacidad de la persona para vivir de forma autosuficiente en su entorno habitual, para adaptarnos al entorno y mantener la independencia en la comunidad (ej: pagar las cuentas, usar el teléfono, organizar una comida o una dieta particular, utilizar el transporte público, administrar y controlar la medicación y el dinero, entre otros)

- **Actividades avanzadas de la vida diaria** – AAVD: no son indispensables para el mantenimiento de la independencia sino que están en relación con el estilo de vida de la persona. Son las actividades relativas al trabajo y al ocio, a la participación en grupos, contactos sociales, viajes, deportes, etc.

#### **. Curso de las demencias**

*El criterio evolutivo (curso) ha dejado de exigir la irreversibilidad del cuadro como se hacía antiguamente. El modo de inicio y el curso subsiguiente dependerán de la etiología subyacente.*

#### **El síndrome demencial puede ser:**

- *Síndrome Demencial Progresivo en este caso el curso sería irreversible,*
- *Síndrome Demencial Estático*
- *Síndrome Demencial en Remisión*

#### ***¿Por qué puede pensarse que un síndrome demencial está en remisión?***

Porque existen una **variedad de condiciones que pueden causar demencia y con un trato oportuno y adecuado tiene probabilidad de remitir**. A estas se las llama *demencias potencialmente reversibles*. Entre las más frecuentes se encuentran la depresión, la hidrocefalia, el abuso de alcohol, tumores, enfermedad de la glándula tiroides, deficiencia de vitamina B12, causas tóxicas o quirúrgicas.

*La reversibilidad de la demencia está en función de la patología subyacente y de la rapidez o no aplicación de un tratamiento eficaz para la causa subyacente.*

¿Por qué es importante para los psicogerontólogos tener en cuenta la reversibilidad de las demencias?

**La demencia**, cualquiera sea el curso y etiología, aunque no tenga cura, siempre es tratable. Es un campo donde el psicólogo tiene mucho para aportar al paciente, a las familias, al equipo de salud y a las instituciones.

□ Este punto da lugar a instalar los **siguientes postulados**:

*Las demencias que son potencialmente reversibles, otras tienen curso irreversible, pero todas son tratables y deben ser tratadas aunque en la actualidad no haya cura para la mayoría de ellas.*

La **importancia de un diagnóstico temprano y oportuno** del síndrome demencial es que tanto las demencias reversibles como irreversibles pueden tener mayor posibilidad de retardo del inicio de síntomas y consecuente disminución del deterioro funcional con tratamientos farmacológicos y psicosociales.

## **DIAGNÓSTICO**

□ El diagnóstico es un proceso interdisciplinario. Podemos pensarlo en dos grandes etapas y reflexionar cuál es el rol del psicólogo en la etapa diagnóstica:

**Etapas 1:** Identificación del **“síndrome demencial”**. Para ello deberá verificarse si la persona cumple con los **criterios diagnósticos** descritos a continuación.

**Etapas 2:** Búsqueda de la etiología. El médico solicitará distintos estudios para arribar a una hipótesis respecto de la causa o enfermedad subyacente al síndrome (estudios complementarios como laboratorios, Evaluación Neuropsicológica, Resonancia magnética nuclear, Tomografía axial computada, Electroencefalograma, etc.).

**Se pueden presentar síntomas en los siguientes dominios:**

- **COGNITIVOS:** memoria, atención, lenguaje, reconocimiento (gnosias), organización del movimiento voluntario (praxias), planificación y organización de actividades complejas, regulación conductual y demás funciones ejecutivas y orientación temporal y espacial.
- **CONDUCTUALES:** agresión física y verbal, agitación, gritos, comportamientos sexuales inapropiados, caminar sin propósito definido (vagabundeo o wandering), alteraciones del sueño, apatía, sun-downing, otros.
- **PSICOLÓGICOS:** apatía, depresión, ansiedad, alucinaciones y delirios, trastornos en la identificación de personas conocidas, etc.
- **FUNCIONALES:** alteración de las actividades laborales, sociales y de autocuidado y relaciones familiares.

### **Criterios diagnósticos de síndrome demencial**

Según el National Institute on Aging (NIA) and the Alzheimer's Association (AA) se requiere para **identificar el síndrome demencial la presencia de síntomas cognitivos o conductuales (neuropsiquiátricos) que:**

- interfieren la capacidad funcional en el trabajo o en las actividades usuales, y
- representan un descenso con respecto a los niveles previos de funcionalidad y rendimiento, y
-

No se explican por la presencia de un delirium ni de un trastorno psiquiátrico mayor;

El deterioro cognitivo es detectado y diagnosticado a través de la combinación de:

1. La realización de una historia clínica con datos del paciente y de un informador reconocido
2. Una evaluación cognitiva objetiva, ya sea un examen del estado mental breve o una evaluación neuropsicológica.

Debería llevarse a cabo una evaluación neuropsicológica cuando la historia clínica rutinaria y el examen de cabecera del estado mental no puedan aportar un diagnóstico fiable.

**El deterioro cognitivo o conductual incluye un mínimo de dos de los siguientes dominios:**

A. Deterioro de la **capacidad para adquirir y recordar información nueva**  los síntomas

incluyen: preguntas o conversaciones repetitivas, colocación errónea de pertenencias personales, olvido de sucesos o citas, perderse en una ruta familiar.

B. **Deterioro del razonamiento y del manejo de tareas complejas, juicio empobrecido**  los

síntomas incluyen: mal entendimiento de riesgos de seguridad, incapacidad para el manejo de finanzas, capacidad empobrecida para la toma de decisiones, incapacidad para planear actividades complejas o secuenciales.

C. **Deterioro de las capacidades visuoespaciales** ( incapacidad para reconocer rostros u objetos comunes, o para encontrar objetos que están a la vista, incapacidad para operar con herramientas simples, o para orientar la ropa al cuerpo)

D. **Deterioro de las funciones del lenguaje** (hablar, leer, escribir)  los síntomas incluyen:

dificultad para encontrar las palabras adecuadas mientras se habla, vacilaciones; errores en el habla, en el deletreado y en la escritura.

E. **Cambios en la personalidad, la conducta o el comportamiento**  los síntomas incluyen:

fluctuaciones insólitas del humor tales como agitación, deterioro de la motivación e iniciativa, apatía, pérdida de la iniciativa, retraimiento social, interés reducido en actividades anteriores, pérdida de empatía, conductas compulsivas u obsesivas, comportamientos socialmente inaceptables.

## CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS

Los criterios más comunes son: edad de inicio , fisiopatología, neuroanatomía, topografía de la lesión, etiología, reversibilidad o no del cuadro, grado de severidad o repercusión clínica funcional, entre otras.

**Edad de inicio**, las podemos clasificar en:

. Demencias preseniles son aquellas que iniciaron la presentación de los síntomas antes de los 65 años.

. Demencias seniles aquellas cuyo inicio es posterior a los 65 años de edad.

**Fisiopatología** o proceso biológico comprometido en su patogenia:

. Demencias neurodegenerativa o primarias: el factor fisiopatológico principal radica en la hipofunción o pérdida de sinapsis o de neuronas debido a alteraciones intrínsecas del metabolismo neuronal (la más frecuente es la degeneración de proteínas del citoesqueleto). Ejemplo. Demencia tipo alzheimer, demencia frontotemporal, etc.

. Demencias no degenerativas o secundarias: también hay disfunción o pérdida neuronal pero por causas externas al metabolismo de las.

. Demencias mixtas: corresponde a un deterioro de tipo vascular y neurodegenerativo, coexisten demencia tipo alzheimer y demencia vascular especialmente en la población más añosa.

**Neuroanatomía o predominio topográfico de la lesión:** Esta clasificación tiene en cuenta el área donde reside el mayor impacto patológico de la enfermedad de base.

Los síntomas neuropsicológicos dependen de la localización de las lesiones y no de la patología de base,

.Demencias Corticales: síndrome “afasia-apraxia-agnósica”,

.Demencias Subcorticales: se caracteriza por: bradifrenia (enlentecimiento del pensamiento), retraso psicomotor, disminución de la capacidad de ejecución que lleva al déficit del pensamiento abstracto, déficit en la flexibilidad cognitiva para cambiar estrategias, disminución en la capacidad de planificar, disminución del lenguaje espontáneo, marcha anormal y rigidez, así como un patrón particular de alteración de memoria con mayor dificultad en la evocación de la información que en el almacenamiento de la misma.

.Demencias Córtrico-Subcorticales Combinadas: esta clasificación no es del todo precisa y es un poco arbitraria

### Reversibilidad o Irreversibilidad

### Severidad

**Etiología:** el síndrome demencial puede estar causado por diversas enfermedades específicas e identificables con diversos grados de certeza

### Prevalencia de las demencias

-La prevalencia representa la cantidad de pacientes con demencia o deterioro cognitivo en un momento dado.

-La prevalencia de la demencia aumenta significativamente con la edad.

El abordaje de los psicogerontólogos para pensar la demencia e intervenir en una situación clínica es: centrarse en la persona, en la relación con ella y no en la enfermedad, en el deterioro □ Además, iluminar la dimensión interpersonal de la relación, **considerar las diferencias individuales** y las consecuencias que esto supone para la evolución de la enfermedad y del sujeto que la padece.

La **demencia** afecta de modo singular y diferenciado a cada persona.

□ **Nuestra práctica debe considerar, que si bien la persona sufre una desestructuración cognitiva, no pasa lo mismo con otros aspectos psicológicos, vinculares y emocionales.** Por lo menos de forma sincrónica

*“debe buscarse la conexión con la totalidad de la vida de la persona y no sólo el componente de la demencia”.*

□ *El bienestar de las personas con demencia es resultado directo de la calidad de las relaciones que mantienen con quienes les rodean* (Kitwood, 1997)

□ “Intervenciones psicosociales malignas” (Kitwood): se da cuando se desintegra el entorno psicosocial de la persona o cuando se realizan intervenciones que atentan contra la autoestima y dignidad de la persona □ la infantilización, intimidación, alienación cultural, estigmatización, decepción, invalidación, cosificación y exclusión.

### DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza por la presencia de deterioro cognitivo y conductual cuyo **inicio es insidioso y su curso progresivo**. Su aparición es en la edad adulta, principalmente en la vejez □ Es considerada como la causa más frecuente de demencia neurodegenerativa y su prevalencia se incrementa con la edad.

□ Su **causa (etiología) aún es desconocida**, aunque se conoce sus procesos patológicos o fisiopatología.

Es considerada una enfermedad de causa multifactorial y compleja, siendo la edad el principal factor de riesgo no modificable.

☐ Existe una presentación típica que consiste en un deterioro progresivo de la memoria episódica y otras funciones cognitivas, si bien existen también presentaciones atípicas donde la memoria no es la función alterada al inicio del cuadro.

. El inicio es insidioso y su curso progresivo ☐ pueda presentar ocasionales períodos de relativa estabilidad clínica.

**Actualmente el diagnóstico de demencia en la EA es clínico (neurológico, psiquiátrico y neuropsicológico).**

**Caracterización de la presentación típica queda definida por:** *El déficit temprano y progresivo de la memoria episódica que se mantiene dominando el cuadro hasta estadios tardíos de la enfermedad, a lo cual se le suma o asocia otros trastornos cognitivos (disfunción ejecutiva, trastornos del lenguaje, praxias y procesamiento visual complejo) y trastornos neuropsiquiátricos.*

### **Características clínicas**

La demencia tipo alzheimer **requiere de la presencia del síndrome demencial**, que es determinado por la afección de dos o más funciones cognitivas y/o conductuales con compromiso predominantemente temprano de la memoria y síndrome afaso-apracto-agnósico o enfermedades sistémicas que pudieran ser causa del cambio del estado mental.

### **Características clínicas (SNA; 2010)**

☐ El síntoma inicial más frecuente es la queja de trastornos mnésicos, **afectando particularmente la memoria episódica reciente con dificultad para retener nueva información**. La memoria semántica también se compromete en forma relativamente temprana.

☐ El compromiso del lenguaje

☐ Las alteraciones en la función ejecutiva

☐ Los trastornos atencionales

☐ Las habilidades visuoespaciales y las agnosias (sobre todo visuales) tienden a presentarse tardíamente.

☐ Los síntomas neuropsiquiátricos o síntomas no cognitivos tales como la apatía, agresión/irritabilidad, depresión, agitación, ansiedad, actividad motora aberrante, ideación delirante, alteraciones del sueño, desinhibición, trastornos alimentarios, euforia y alucinaciones pueden presentarse en distintos momentos de la enfermedad.

☐ La ansiedad, apatía y/o la depresión

☐ Las ideas delirantes pueden asociarse con agresividad en pacientes con demencia.

**Las cinco ideas delirantes más características de la enfermedad de Alzheimer son:**

- Idea delirante de hurto: “la gente le está robando”
- Paramnesia reduplicativa “la casa no es su casa”.
- Síndrome de Capgras “su cónyuge o cuidador es un impostor”.
- Sentimiento de abandono “mis hijos me abandonaron, me dejaron sola”

- Idea delirante de infidelidad del cónyuge

Las falsas percepciones y falsas identificaciones:

**Presencia de extraños en la casa** “*phantom boarder syndrome*”

**Dialogar con la propia imagen en el espejo como si se tratara de otra persona** “*mirror sign*”

**Las personas no son quienes pretenden ser:** Síndrome de Capgras (un extraño pretende ser su

familiar/cuidador) o Síndrome de Frégoli (su familiar/cuidador pretende ser otra persona)

Considerar que los personajes vistos en la televisión se hallan presentes en la habitación

*Como producto de los trastornos cognitivos y conductuales se compromete el estado funcional de la persona, inicialmente las actividades más complejas y, con la evolución, las básicas.*

### **Criterios Diagnóstico del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales TR (DSM IV TR)**

**Criterio A1:** Deterioro de la memoria a corto y largo plazo.

**Criterio A2:** La presencia de por lo menos uno de los trastornos cognitivos que se enumeran a continuación:

Criterio A2a: Afasia.

Criterio A2b: Apraxia.

Criterio A2c: Agnosia.

Criterio A2d: Trastornos en la función ejecutiva.

**Criterio B:** Los trastornos A1 y A2 deben ser lo suficientemente severos como para causar un deterioro significativo en la actividad social u ocupacional y debe representar una declinación del nivel previo de funcionamiento.

**Criterio C:** Los hallazgos enunciados no deben aparecer exclusivamente durante el curso de un estado confusional agudo (delirium).

### **Criterios Diagnóstico del National Institute on Aging (NIA) and the Alzheimer's Association (AA) del 2011.**

El objetivo de la comunidad científica ha sido poder identificar la causa del síndrome demencial lo antes posible para poder intervenir con conductas terapéuticas que si bien no atacan la causa directamente, tratarán de proteger al órgano cerebral disminuyendo la probabilidad de aparición de los síntomas y el retraso de la expresión clínica de los mismos.

□ **La Enfermedad de Alzheimer comienza alterar la función cerebral mucho antes que su manifestación clínica se exprese** (síndrome demencial) □ Por tal motivo, el objetivo es detectar en las fases pre-clínicas (sin síntomas clínicos evidentes) la enfermedad subyacente.

### **Caracterización de los Estadios de la Demencia Tipo Alzheimer**

. Demencia leve      . Demencia moderada      . Demencia severa.

#### □ **Estadio Leve del síndrome demencial debido a EA**

- Déficit en la memoria reciente
- Dificultades con el manejo del dinero, desorientación geográfica, pérdida de la habilidad para hacer su trabajo o tareas domésticas.
- La habilidad para recordar información del pasado está mínimamente afectada.
- Son frecuentes los hallazgos psiquiátricos (apatía, aislamiento social).
- Rinden entre 20 y 26 en el MMSE

- Lenguaje espontáneo conservado e intacta comprensión de la conversación.

- No encuentran ciertas palabras, esto puede ser detectado con pruebas de denominación.
- Si tiene un buen nivel intelectual y ocupacional previo compensa tests de denominación o razonamiento abstracto.
- Déficit en funciones visuoespaciales son observados en una detallada evaluación neuropsicológica.

#### □ Estadio Moderado del síndrome demencial debido a EA

- Depende de otros para las AVD complejas como finanzas, compras o transporte. Ocasionalmente requieren de aviso para bañarse, o vestirse apropiadamente.
- En este estadio no deben manejar. Los trastornos neuropsiquiátricos pueden ser prominentes (delirios, alucinaciones, irritabilidad y paranoia).
- Dificultades en la denominación son evidentes en la conversación.
- En el MMSE rinden entre 10 y 19.
- Si tienen cuidadores competentes o familiares razonables pueden permanecer en el hogar.

#### □ Estadio Severo del síndrome demencial debido a EA

- Necesitan supervisión de 24hs.
- Déficit severos en memoria para eventos, conversaciones, y desafortunadamente familiares cercanos.
- Pueden estar mudos.
- Necesitan asistencia para bañarse, comer, vestirse etc.
- Rinden menos de 10 en el MMSE.
- Pueden tener rigidez, y dificultades en la marcha.
- Lenguaje expresivo muy reducido

El **delirium o síndrome confusional agudo** es una de las manifestaciones más comunes de enfermedad aguda o toxicidad por drogas en los ancianos. Es un cuadro de alteración cognitivo-conductual de naturaleza no persistente y reversible. Se caracteriza por alteración del nivel y contenido de la conciencia con dificultad para mantener la atención y se asocia a trastornos perceptivos, de orientación, de lenguaje, del ciclo sueño- vigilia y de la actividad motora del organismo, **con comienzo brusco y evolución fluctuante**. Es fundamentalmente de causa orgánica. Requiere la inmediata intervención médica. Cuando se prolonga más allá de lo considerado habitual (Aproximadamente 1 mes) puede ser confundido con la demencia.

#### SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO O DELIRIUM

##### Criterios diagnóstico según DSM IV TR

- Obnubilación de la conciencia con **imposibilidad de focalizar, sostener o cambiar la atención**.
- **Alteraciones cognitivas** (déficit de memoria, desorientación, trastornos del lenguaje) o desarrollo de disturbios perceptuales no atribuibles a una demencia preexistente o en curso.
- Los trastornos se desarrollan en un corto período de tiempo, con tendencia a la fluctuación a lo largo del día.
- Existen evidencias a través de la historia clínica, examen físico o laboratorio, que el cuadro clínico se **debe a una condición médica general o intoxicación (medicamentos u otros tóxicos)** o por combinación de distintas etiologías.

□ **Características:** Comienzo agudo- Curso fluctuante- Trastornos de atención- Pensamiento desorganizado-

Alteración de la conciencia- Déficit cognitivos- Alteraciones de la percepción- Alteraciones psicomotoras-  
Alteraciones del ciclo sueño vigilia- Alteraciones emocionales - Puede ser SUBSINDROMATICO

□ **Factores Predisponentes:** Edad avanzada - Múltiples comorbilidades - Paciente terminal - Paciente institucionalizado - Polimedicación, psicofármacos - Alteración sensorial (visión, audición) - Antecedente de delirium - Deterioro cognitivo - Discapacidad

□ **Factores de riesgo para desarrollo de delirium superpuesto en dementes:** Cirugías – Estrés - Pérdidas (muerte de un familiar, mudanzas) - Dolor intenso - Benzodicepinas

□ **Factores Desencadenantes:** Hospitalización - Post quirúrgico (cadera, corazón) – Deshidratación - Polifarmacia - cambios de entorno - Etc.

□ **Duración del Delirium:** breve.

### Diagnóstico Diferencial de síndrome demencial

□ El diagnóstico y por consiguiente el diagnóstico diferencial de cualquier entidad nosológica implica partir de una definición o conceptualización clara y precisa que enmarca el cuadro en cuestión para poder diferenciarla de entidades nosológicas o cuadros cercanos □ Por tanto, **para llegar a un correcto diagnóstico del síndrome demencial, es importante tener en cuenta y poder diferenciar las demencias de otras entidades que cursan con sintomatología cognitivo-conductual similar.**

□ Lo primero que hay que hacer es identificar si estamos en presencia de un síndrome demencial. El posterior diagnóstico etiológico será responsabilidad médica.

□ Para realizar el diagnóstico de síndrome nos remitiremos a los criterios diagnósticos citados en el apartado de demencia □ **Tendremos presentes si** los síntomas son adquiridos (cambios en relación a una situación previa), la forma de inicio de los síntomas, cuantas funciones están implicadas (trastorno específico de una función o demencia) o si es persistente (delirium o demencia), si el curso es estático o evolutivo, si hay alteración de la conciencia, cual es el impacto en la autonomía para las actividades de la vida diaria, en fin, debemos realizar las caracterizaciones que se indican en los criterios diagnósticos del National Institute on Aging (NIA) and the Alzheimer's Association citados precedentemente.

### **Diagnóstico diferencial para el síndrome demencial (Mirete, 2011; Carrasco, 2005):**

- **Envejecimiento:** las personas mayores pueden presentar disminución de la velocidad de procesamiento, dificultades en encontrar palabras, leves alteraciones en la memoria episódica, alteraciones en la atención selectiva (inhibir información no relevante), rendimiento disminuido en tareas de resolución de problemas □ Sin embargo **la diferencia fundamental es que en el envejecimiento no se da una progresión y generalización del declive cognitivo, la persona puede realizar las tareas. Los cambios no afectan la autonomía de la persona, que puede continuar las actividades sociales y ocupacionales que venía realizando.**
- **Delirium:** es de carácter agudo o subagudo, que se caracteriza por alteración de la conciencia y un curso fluctuante. Para diferenciarlo del síndrome demencial es importante tener en cuenta la forma de presentación, la velocidad de evolución y la fluctuación de los síntomas. Puede aparecer un cuadro de delirium dentro del contexto de una demencia.
- **Depresión:** la depresión y la demencia son dos trastornos que pueden surgir de forma independiente o

estar relacionados entre sí □ (depresión en el curso de una demencia. En los adultos mayores la depresión puede cursar con alteraciones en la memoria, atención disminuida y enlentecimiento del pensamiento. Sin embargo, cuando la depresión remite estos síntomas disminuyen. La prominencia, la historia de alteraciones anímicas previas y persistencia de los síntomas afectivos son determinantes a la hora de hacer diagnóstico diferencial

- **Deterioro Cognitivo Leve:** no se observan o valoran alteraciones relevantes en la funcionalidad de la

persona a partir de los cambios cognitivos. Los déficit cognitivos no son tan prominentes

**Diagnóstico diferencial entre delirium, síndrome demencial y síndrome demencial debido a síndrome depresivo.**

Diagnóstico diferencial entre delirium, síndrome demencial y síndrome demencial debido a síndrome depresivo			
	<b>Delirium</b>	<b>Demencia</b>	<b>Demencia debido a síndrome depresivo</b>
<b>Forma de aparición</b>	Brusca. Con fecha precisa.	Gradual. Primero aparecen las alteraciones cognitivas	Primero aparecen las alteraciones del estado de ánimo.
<b>Curso</b>	Fluctuante. Agudo. < de 1 mes.	Crónico. Dura años.	Estable con antecedentes. Dura meses. A veces, años
<b>Progresión</b>	En horas	En meses	En semanas
<b>Ritmo circadiano</b>	Alterado	Normal	Normal
<b>Memoria</b>	Inmediata alterada	Reciente Alterada	Solo evocación y no siempre.
<b>Pensamiento</b>	Desorganizado	Empobrecido	Enlentecido
<b>Lenguaje</b>	Incoherente	No halla palabras	Lenguaje enlentecido, quejas
<b>Estado de Animo</b>	Inestable. Posibles quejas	Inestable. Pocas quejas	Disforia permanente. Quejas frecuentes de los trastornos cognitivos. Melancólico, depresivo
<b>Emociones y afecto predominantes</b>	Ansiedad, tristeza, irritabilidad	Ansiedad, tristeza, ira.	Tristeza
<b>Alucinaciones</b>	Frecuentes	Poco frecuentes	Muy poco frecuentes
<b>Delirios</b>	Breves, esporádicos	Poco frecuentes	Muy poco frecuentes
<b>Reversibilidad/irreversible</b>	La mayoría de las veces reversible	Mayormente Irreversible	Posiblemente reversible o crónica
<b>Cooperación en las pruebas</b>	Variable	Coopera pero impreciso, errores	No colabora, no se esfuerza
<b>Desorientación</b>	Precoz	Tardía	No desorientación
<b>Afasia</b>	No	Sí	No
<b>Nivel de conciencia</b>	Alterado, gran fluctuación	Progresivamente eclipsado.	No Alterada.
<b>Atención</b>	Alterada. Fluctuante	Normal	Algo menor

<b>Conciencia de Enfermedad</b>	No	No	Sí
<b>Capacidad de disfrute</b>	Condicionado por el cuadro	Sí	Anhedonia
<b>Ciclo de sueño-Vigilia</b>	Alterado. Irregular. Sueño desestructurado	Inversión del ritmo del sueño. Sueño fragmentado.	Insomnio de despertar. O Hipersomnia
<b>Conducta</b>	Muy variable	Variable. Indiferente, o catastrófica.	Más estable. Triste. Inhibido o agitado.
<b>Cambios Fisiológicos</b>	Importantes	Menos Importantes	Menos cambios
<b>Psicomotricidad</b>	Alterada. Hipo o Hiperactividad	Alterada en fases avanzadas	Alterada. Frecuentemente Hipoactividad.
<b>Tratamiento farmacológico</b>	Antipsicóticos	Anticolinesterásicos	Antidepresivos

**SINDROME DEMENCIAL DEBIDO A SÍNDROME DEPRESIVO O DETERIORO COGNITIVO DEBIDO A SÍNDROME DEPRESIVO.**

Según Caine (1981) definía a la **pseudodemencia** como “un deterioro intelectual en sujetos con trastorno psiquiátrico primario” □Llamaremos **síndrome demencial debido a síndrome depresivo** a las condiciones clínicas que pueden ser *incorrectamente diagnosticadas* como demencias, cuando en realidad la enfermedad de base que ocasiona el deterioro cognitivo, es la depresión que, con el tratamiento pertinente, puede restituir, total o parcialmente, el perfil cognitivo previo del paciente.

*Es relevante conocer las diferencias y vinculaciones existentes entre deterioro cognitivo y depresión, ya que son cuadros frecuentes en la práctica clínica de un psicogerontólogo, y habitualmente se presentan relacionados.*

**La presencia de deterioro cognitivo y demencia**

- plantea una dificultad diagnóstica
- implicaciones diferentes a futuro dado la posibilidad de reversibilidad de los síntomas cognitivos si la depresión es tratada adecuada y oportunamente.
- **Abordajes diferentes.** Un persona con trastorno depresivo mayor que como parte de los síntomas presenta deterioro cognitivo, no puede ser tratado terapéuticamente de la misma forma que una persona en fases iniciales de demencia que, al vislumbrar sus déficit cognitivos y su pérdida de autonomía, desarrolla un síndrome depresivo como reacción a la pérdida.

- **Interface Demencia y Depresión:** Relaciones entre demencia y depresión.

□Se debe diferenciar las siguientes situaciones, por lo menos conceptualmente, aunque a veces en la clínica sea complejo:

- La depresión que se presenta con síntomas neuropsicológicos de demencia e induce a este diagnóstico.
- **La demencia que presenta sintomatología depresiva en fases iniciales:**
  - como reacción frente a las pérdidas de las capacidades cognitivas y funcionales (secundaria y reactiva al desarrollo del deterioro cognitivo, sobre todo en los primeros periodos donde los pacientes son perceptivos de su entorno y realidad).

- como síntoma conductual dentro de la demencia.

- La demencia con comorbilidad de depresión.

- **Depresión que se presenta con síntomas cognitivos de demencia**

□ Es importante remarcar que las depresiones de inicio tardío tienen más componentes neurológicos, más alteraciones neuropsicológicas, es un factor de riesgo para demencia, mayor tasa de progresión a demencia, más alteración sensorial auditiva, mayor tasa de suicidio, mayor probabilidad de riesgo vascular (Quaglia, 2011).

*Como psicogerontólogos es sumamente **importante indagar sobre los antecedentes personales**. Pacientes con depresión suelen tener historia de trastornos afectivos previos.*

- **Demencia que se presenta con sintomatología depresiva en fases iniciales**

**La demencia conlleva pérdida en la autonomía de las actividades de la vida.** Es por eso que en estadios iniciales las personas **pueden reaccionar con sintomatología depresiva al reconocer estas pérdidas.** Por otro lado, la depresión puede incluso aparecer como un síntoma psicológico dentro de la demencia, por su misma etiopatogenia.

□ En lo que refiere a escalas psiquiátricas destinadas a pesquisar depresión, las personas con demencia suelen tener puntuaciones más baja a comparación de los casos de depresiones primarias.

*Lo importante en este punto es determinar de qué forma los síntomas depresivos una vez tratados permiten dilucidar una enfermedad de base demencial.*

## **SINDROME DEMENCIAL CON COMORBILIDAD CON SÍNDROME DEPRESIVO / DEMENCIA CON COMORBILIDAD DE DEPRESIÓN**

En ocasiones la demencia y la depresión **pueden coexistir** como entidades diferenciadas.

□ En estos casos, se observó presencia de mayor cantidad de “síntomas negativos” tales como: anergia, enlentecimiento motor o mental, apatía y escasa expresividad □ Además, suelen aparecer con menor frecuencia el llanto, los sentimientos de culpa o el insomnio matinal. Todos estos síntomas repercuten en el rendimiento cognitivo de la persona.

□ **Así pues, la demencia puede darse con comorbilidad de la depresión. No obstante, es importante recordar que:**

*La presencia de una enfermedad concomitante como la demencia empeora la evolución del cuadro depresivo, al mismo tiempo que la depresión concomitante empeora la evolución de otras patologías.*

### **¿Cómo podemos diferenciar si se trata de una depresión o demencia?**

Para realizar un diagnóstico diferencial entre la depresión con síntomas cognitivos y la demencia que se presenta con sintomatología depresiva, es de gran utilidad tener presente las diferencias semiológicas, y la utilización de test neuropsicológicos y de escalas psiquiátricas para caracterizar detalladamente ambas situaciones.

□ Las **siguientes diferencias** nos ayudan a caracterizar las depresiones en los adultos mayores que cursan con síntomas neurocognitivos y ciertas diferencias con las demencias:

- Los **pacientes con depresión** presentan alteración de la atención, enlentecimiento del

pensamiento o bradipsiquia, alteración en las funciones ejecutivas y falla en la evocación de la memoria episódica □ Se observa que los pacientes con depresión suelen tener preservada la visuoespacialidad y el almacén semántico, viéndose éstas afectadas en las demencias.

- Las personas con **demencia de tipo alzheimer** en el transcurso evolutivo de la enfermedad, van

ir desarrollando alteraciones en las capacidades afaso-apracto-agnósicas y en la capacidad de juicio.

- Otras características semiológicas que ayudan a realizar el diagnóstico diferencial entre depresión y demencia, es el comienzo insidioso que este último presenta versus un comienzo más claro e identificable de la depresión.
- La actitud frente a la evaluación de un paciente con **depresión** y síntomas cognitivos suele ser diferente que la de un paciente con demencia

□ Los **pacientes con depresión** presentan menor interés en su entorno, más desinterés por realizar la tarea, respuestas del tipo “no lo sé” en vez de proporcionar una respuesta incorrecta.

- Un **punto relevante es la historia previa de las alteraciones del ánimo**. Muchas veces si profundizamos en la historia de la persona veremos que tuvo cuadros depresivos a repetición desde mucho antes que la vejez.
- Al ser interrogados sobre su estado de ánimo mostrarán más pensamientos negativos sobre su futuro y su autoestima.
- El **paciente depresivo suele acudir de manera espontánea y por voluntad propia a consulta**, mientras que las personas con **demencia** pueden permanecer más ajenos a sus dificultades, llegando a consulta traídos por algún familiar.

*Lo importante como psicogerontólogos es: Tener presente las relaciones existentes en la interface demencia-depresión y la posibilidad de la presencia un trastorno cognitivo potencialmente reversible. Indagando acerca de los antecedentes personales, solicitando interconsulta cuando corresponda, se podrá proponer el plan terapéutico acorde a las necesidades individuales y familiares de cada persona.*

## INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

□ Intervenciones terapéuticas **con el paciente y con la familia**

La aparición de un síndrome demencial tiene amplios efectos sobre la persona que la padece y su familia:

**imprime modificaciones en la dinámica familiar** dado que, se debe disponer tiempo y energía para el cuidado, hay cambios de roles, se reviven viejos temas en el presente, se producen conflictos por el cuidado, la herencia, los bienes, etc.

La familia comienza a **realizar un duelo** □ Hay una reorganización de roles dado que el paciente va a necesitar apoyo para actividades que antes realizaba por sí mismo. Estos cambios hacen aflorar conflictos antiguos que pueden dar lugar a situaciones problemáticas que requieran de diferentes intervenciones.

*Tenemos que diseñar **una estrategia terapéutica para el paciente y su familia**.*

□ *No hay tratamientos estandarizados, **deben ser personalizados** teniendo en cuenta:*

*particularidades del paciente, su familia, su nivel educacional, social, cultural, sin desestimar el momento de la enfermedad en que se encuentra.*

○ En general **se observa una interacción inapropiada entre el sujeto y su entorno:**

- hay una distancia atroz entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente, **se le pide más de lo que puede o menos de lo que es aún capaz y se lo perjudica sobreprotegiéndolo.**



Cuando se le pide menos de lo que puede la persona se pierde de trabajar y estimular las funciones cognitivas y las AVD que aún conserva; cuando se le pide más de lo que puede, el paciente se angustia

frente a la dificultad porque no puede responder a la exigencia del ambiente.

Desde nuestro rol como psicólogos debemos en un marco terapéutico realizar diferentes intervenciones en relación al paciente y a su familia:

- ✓ El trabajo terapéutico con personas con deterioro cognitivo, persigue tanto: el **mantenimiento** y la **recuperación de algunas funciones cognitivas** como la **integración social de la persona** enferma, así **también el alivio del dolor psíquico**
- ✓ Debemos establecer **directivas claras sobre el cuidado que requiere el paciente:**
  - **Protegerlo** en su integridad pero **permitirle todavía lo que está en condiciones** de hacer por sí mismo.
  - Debemos **promover un ambiente estimulante**, libre de riesgos, que apunte al bienestar emocional y a preservar la identidad del paciente.
- ✓ **intervenciones psicoeducativas** (psicoeducación): se trata de proporcionar información sobre la enfermedad.
- ✓ **Ampliación de redes:** en la medida que se integra a las personas con demencia en diversas redes sociales participando de actividades placenteras y significativas se producen tanto efectos directos como indirectos de apoyo social en la vejez □ *La integración impacta en el bienestar.*
- ✓ **Trabajar sobre las reacciones:** de negación, culpa, enojo, frustración, autocompasión, ansiedad, miedo, agotamiento, vergüenza, depresión, que aparecen cuando un familiar presenta un cuadro de deterioro cognitivo.
- ✓ **Acompañar el duelo anticipado**



El equilibrio a lograr es delicado: la familia debe proteger en su integridad a un paciente con demencia pero permitirle hacer todavía, lo que está en condiciones de hacer por sí mismo.

□ En relación con la **persona que padece demencia**, podemos pensar nuestro rol como psicólogos:

- **Como parte de un equipo interdisciplinario** □ colaborando con el diagnóstico de la enfermedad desde la evaluación neuropsicológica del paciente, tarea clave en el diagnóstico diferencial.
- **Trabajar en psicoterapia**
  1. Trabajando con la pareja del paciente con demencia
  2. Desde la psicoestimulación
  3. Diseñar y pensar en conjunto rutinas diarias en las cuales encuentre actividades que pueda disfrutar, que le permitan organizar el día, bajando niveles de angustia y ansiedad perjudiciales, brindando oportunidad de mantener habilidades conservadas, promoviendo la conexión con el entorno, sosteniendo su estilo de vida hasta cuando sea posible.
  4. Trabajar con la familia y los cuidadores (formales e informales)
  5. Pensar y diseñar dispositivos terapéuticos personalizados para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia

Intervenciones en la Institución Geriátrica □ Las **intervenciones del psicólogo** que trabaja en una residencia geriátrica y recibe a una persona con **demencia** que ingresa pueden ser:

- Facilitando la integración del nuevo residente a los ritmos, actividades y compañeros de la

institución.

- Es clave **realizar entrevistas familiares y con el residente**. La evaluación psicogerontológica de la persona con demencia debe ser integral: cognitiva, emocional, funcional y social.
- Las entrevistas individuales nos permitirán conocer al residente para ofrecerle actividades apropiadas.
- Nuestra intervención en familias con pacientes muy deteriorados o largamente institucionalizados puede ser simplemente **MEDIAR** entre ellos para cortar el silencio y poner palabras a este malestar.

### Integración en las actividades grupales

Nuestras intervenciones deben tender a **promover la mayor autonomía personal** y autogobierno del residente, **ayudando a aceptar los límites** que se imponen producto de la enfermedad.

La persona debe estar motivada para hacer una actividad significativa, que tenga un objetivo, que no lo infantilice, que le permita pasar un momento placentero o de reflexión.

#### Las actividades de estimulación cognitiva:

□ Los **Talleres de estimulación cognitiva**, están dirigidos a personas que padecen trastornos cognitivos tanto por presencia de un síndrome demencial, falta de estimulación ambiental por internaciones prolongadas, bien por soledad o aislamiento social.

**Las intervenciones cognitivas:** “deben centrarse en alcanzar metas relevantes que mejoren la funcionalidad, socialización e integración del paciente de mutuo acuerdo.” (Mateer, 2003)

**Los objetivos de un programa de psicoestimulación deben ser integrales:** orientarse a mejorar el funcionamiento cognitivo y así también apuntar al bienestar psicológico, comportamental, reducir la dependencia, ralentizar el deterioro, como también mejorar la integración social y afectiva del paciente.



Es importante trabajar en grupos pequeños y homogéneos que permitan una dedicación personalizada.

**Los Grupos de reflexión a través de las reminiscencias** tienen como objetivo:

□ recuperar la identidad, romper el aislamiento, promover la comunicación, estimular a los residentes a contactarse con temas de actualidad que arman “puentes a la realidad exterior”,

□ Debemos **trabajar con temas generales**, no personalizar, ni ahondar en la intimidad, cuidando que el paciente no se exponga demasiado dado que no es un grupo terapéutico.

□ A través del relato de reminiscencias los pacientes dejan de ser objetos pasivos de cuidados y seres anónimos para ser personas con saberes, valores, experiencias, intereses que pueden compartir con otros pares.

#### Capacitación del personal en la institución geriátrica y a los cuidadores.

-La capacitación del personal que trabaja con el adulto mayor enfermo es de una importancia capital para la calidad de vida del residente.

-La capacitación en gerontología una de las claves para mejorar la calidad de atención, evitar maltrato y violencia, cuidar al cuidador del stress que implica la tarea.

#### Psicoeducación comunitaria: Una mirada más amplia

Seguimos pensando al **viejo dentro del nuevo paradigma que implica la aplicación del enfoque de**

|

|

**derecho** □ el cual promueve el empoderamiento de las personas mayores y una sociedad integrada desde el punto de vista de las edades.

“...para que el psicólogo pueda elaborar un programa social deberá adoptar una mirada gerontológica y una perspectiva desde la psicología comunitaria.”

Los psicólogos debemos *repensarnos* en nuestro rol **como agentes de salud y de cambio.**

La **participación de la comunidad toda en actividades educativas respecto del envejecimiento normal y patológico**, especialmente de agentes que están en contacto permanente con los adultos mayores es **facilitadora de la integración e interacción de las personas de edad dentro del sistema social.**

— **Estas actividades deben promover la deconstrucción de prejuicios** y el aprendizaje de habilidades, destrezas, actitudes, conductas, formas de comunicación que ayudarán a mantener a las personas mayores activas e integradas el mayor tiempo posible.

### Conclusiones

□ Todavía persiste un prejuicio muy extendido respecto de que la pérdida de memoria es inevitable en el envejecimiento □ Por tal motivo insistimos en: **diferenciar el declive cognitivo propio del envejecimiento habitual, del deterioro cognitivo leve y de los síndromes demenciales.**

*Es esencial el trabajo en **equipos interdisciplinarios** en los cuales el psicólogo tiene un papel relevante tanto en la etapa diagnóstica, como en el diseño terapéutico, el **trabajo con la familia y el paciente**, y un desafío: el pensar programas sociales que integren y protejan a los adultos mayores con demencia hasta el último momento en que sea posible.*

□ En tal sentido es esencial no **solo preservar las capacidades y ralentizar el declive** de las personas con demencia sino **realizar intervenciones para que la persona enferma pueda sentirse valorada, ayudada y socialmente capaz**, considerando especialmente aquellas dimensiones psicológicas que se vinculan con la historia de vida de cada persona y con su identidad.

□ *Buscar la conexión con la totalidad de la vida de la persona y no sólo el componente de la **demencia** o del **deterioro.***

— **Por tal motivo, el bienestar emocional, la integración en la comunidad, la productividad, la calidad de vida, pasan a ser ejes del cuidado**

*Ir más allá de la demencia nos permite conectarnos con la persona que sigue existiendo aunque a veces está impedida de comunicación habitual (Kitwood, 1997, citado en Deming, 2008).*

## UNIDAD VI: DOLOR PSÍQUICO (DUELOS, DEPRESION, ANSIEDAD)

Duelo Normal y Patológico. Depresión y vejez: principales teorías y enfoques terapéuticos. Ansiedad, hipocondría, problemas de personalidad y psicosis en la vejez.

Dolor psíquico en el envejecimiento, Ricardo Iacub

**Crisis:** cambio de posición a nivel de la identidad que acarrea cierto trabajo psíquico para su resolución y el cual puede relacionarse con el malestar o dar lugar a una patología psicológica.

Butler (1998) propone algunas de las **situaciones vitales asociadas al dolor psíquico:**

- La viudez - Los cambios en la pareja - Los cambios a nivel sexual - La jubilación - Los cambios económicos
- Las pérdidas a nivel de los sentidos y capacidades - Las enfermedades y discapacidades - El temor frente a la hospitalización o la institucionalización - La preocupación y ansiedad frente al cambio en la imagen o de la capacidad física - El miedo a la muerte.

**LOS DUELOS :** *El duelo es el proceso de pasar de perder lo que tenemos a tener los que hemos perdido (Stephen Fleming)*

Las pérdidas nos acompañan a lo largo de la vida □ aunque con el envejecimiento, pueden resultar más frecuentes.

□ Estas pueden ser de: seres queridos, roles, espacios, ideales, capacidades, recursos que nos daban una cierta imagen, afecto, valor o apoyo, es decir aquellos vínculos que conformaban la identidad.

**Algunas pérdidas pueden:**

- dar lugar a **duelos**,
- mientras que otras a **depresión o ansiedad**.

Es importante considerar que en el **proceso de duelo existen momentos de depresión y ansiedad**

Desde una **perspectiva narrativista** el **proceso del duelo** implica un **cambio en la identidad**, ya que modifica las creencias, los modos de vinculación y las representaciones de sí y los otros. El **duelo** implica que la persona deba rever una serie de supuestos que ordenaban su mundo, la representación de sí mismo y los modos de interacción con los otros.

Iacub afirma que *“El duelo es el proceso de refiguración y configuración (reconstrucción de significados) ante la pérdida de un vínculo que brinda sostén a la identidad (emocional, cognitiva e instrumentalmente)”*.

□ El **duelo**: es un proceso multidimensional, que no solo afecta a los sujetos psicológicamente sino también a nivel fisiológico, social y su recuperación puede implicar un tiempo indeterminado con resultados diversos.

La vertiente psicoanalítica plantea que el **duelo** se define como: es “*la reacción a la pérdida de un ser querido o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc.*”. Freud (1988)

□ La explicación que brinda es que el duelo es un examen de la realidad en donde el objeto amado no existe más y la libido debe abandonar sus antiguas posiciones, teniendo la dificultad de retirar la libido de dichos objetos.

### Las significaciones del duelo:

□ Las personas no transcurren necesariamente por estos estadios, o no lo experimentan en la misma secuencia.

□ Por el contrario las secuencias y duraciones difieren notoriamente según las reacciones

El **proceso de duelo** parece ser más una **superposición y alternancia** de intervalos de búsqueda, bronca, culpa, ansiedad, tristeza y depresión que un proceso escalonado. Incluso, las emociones positivas pueden concurrir, apareciendo la sensación de alivio, confianza y orgullo con momentos de afrontamiento y de alegría.

emocionales a la pérdida .

Neimeyer, Keese y Fortner (1997) proponen 6 supuestos básicos para la elaboración del duelo desde un modelo conceptual constructivista/ narrativo:

1. *Cuando una muerte es esperable*, como la de un padre para un hijo adulto, puede resultar más aceptable para nuestro orden de creencias, que la muerte de un hijo.

**Cuando la pérdida sucede por fuera de dichos esperables fallan los mecanismos de validación en nuestro mundo de presupuestos.**

2. El **duelo** sólo puede entenderse dentro del contexto cotidiano de la construcción, mantenimiento y cambio de los aspectos fundamentales de la misma.

□ Las teorías e interpretaciones personales que generamos sobre las experiencias de la vida se ven cuestionadas cuando se produce una pérdida, ya que afecta los modos de conocer y entender al sí mismo y al mundo.

□ De allí que la búsqueda de interpretaciones que den coherencia a la situación de cambio, desde las teorías e identidades disponibles, es una de las formas de respuesta. Si fracasamos, perdemos el control de una realidad que ya no resulta familiar, produciendo temor, inseguridad y desasosiego.

3. Ante la evidencia de la pérdida, el **duelo** implica *cientos de elecciones concretas* que definen caminos alternativos.

□ Hay múltiples elecciones con caminos alternativos, y supone tomar decisiones que podrían haberse evitado previamente y donde el sujeto no siempre siente estar preparado.

□ En algunas situaciones tomar una decisión puede implicar un apresuramiento ante lo cual el sujeto puede no sentirse preparado, en tanto que, en otras ocasiones se toman decisiones por el sujeto por considerarlo incapaz de hacerlo.

4. El sujeto o “autor del relato” debe realizar cambios que tornen comprensible lo sucedido y que vuelvan predecible el futuro.

□ Las *narrativas* contienen indicaciones concretas y útiles respecto a la visión que se puede asumir sobre el proceso de duelo y los modos en que puede ser facilitado.

5. Las “emociones transicionales” (Kelly, 2001) son sentimientos que tienen por función construir significado.

□ Kelly define las “emociones transicionales” como la función que cumple cada sentimiento y el modo en que se integra a un proceso de reconstrucción de significados:

la **negación** busca posponer un acontecimiento difícil de asimilar; la **depresión** limita la atención, volviendo el contexto más manejable; la **hostilidad** fuerza los acontecimientos a un tipo de comprensión.

**6. Todos construyen y reconstruyen su identidad como sobrevivientes de la pérdida y en relación a los otros.**

□ Se suele pensar el duelo en el sujeto, sin tener en cuenta el marco o contexto en el que sucede dicha pérdida, la familia o la comunidad.

### Las fases del duelo (Freud y Bowlby (1983) y ciertas teorizaciones del psicoanálisis)

Freud y Bowlby encontraban *fases* de elaboraciones progresivas.

□ La **búsqueda del objeto y la progresiva cesación** del mismo caracterizaban este **proceso** y la **victoria de la realidad era el dinamizador del proceso**.

El desconocimiento y la búsqueda incesante eran propias del duelo patológico.

Éstas permitirán comprender y visualizar la dinámica de las relaciones entre el sujeto, el objeto perdido y la transformación de su identidad a lo largo de este proceso, sin considerar que estas fases sean un destino.

- o Fase de embotamiento: se manifiesta por la sensación de shock, tensión, temor y de fuerte angustia.

□ Aparecen conductas defensivas maníacas, con preponderancia de la negación. Lo disociativo y proyectivo prevalecen, echándole la culpa a los médicos, familia, etc.

- o Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida: se comienza a aceptar la realidad de la pérdida, lo que produce anhelo, congoja o accesos de llanto.

□ Se pueden percibir señales y pensamientos obsesivos asociados con la presencia de la figura concreta.

□ Los sueños con imágenes de la persona viva se confrontan con la realidad y el dolor al despertar.

□ cólera aparece como una de las características de esta etapa.

□ En esta fase, es común que la persona alterne entre dos estados de ánimo:

- por un lado la creencia de que la muerte es real, con el dolor y el anhelo desesperanzado,
- y por el otro, la incredulidad acompañada por la esperanza de que todo vaya a arreglarse y la imperiosa necesidad de buscar la persona y recuperarla.

La relación con los objetos externos se hace más laxa e incluso puede llegar a interrumpirse.

Otra de las formas de buscar una cercanía, es recorrer los lugares que identifiquen simbólicamente al objeto o acercándose a sus restos.

- o Fase de desorganización y desesperanza y fase de organización: para que el duelo tenga un resultado positivo es necesario que el duelo acepte la pérdida, así como que aminore la búsqueda. Como señalaba Freud, su mundo se encuentra desierto.

□ La persona en duelo revive continuamente los recuerdos del fallecido y la aceptación de que sólo quedan recuerdos provoca una sensación de desconsuelo.

Bowlby (1983) señalaba que esto permite examinar la nueva situación en la que se encuentra y considerar las posibles maneras de enfrentarla, lo que implica nuevas definiciones de sí mismo y de su situación.

□ Hay una redefinición de sí: Los modelos representacionales internos, o de figuración deben ser adecuados a la nueva situación.

- o Fase de mayor o menor grado de reorganización: Esta última fase promovería una nueva forma de relación con el objeto perdido y fundamentalmente un cambio a nivel identitario que posibilite una organización del sí mismo capaz de restablecer proyectos, con mayores grados de serenidad y menos inhibiciones.

□ El individuo comienza a experimentar la sensación de reincorporarse a la vida, de recordar a la persona fallecida con una sensación combinada de alegría y tristeza e internalizar la imagen de la persona perdida.

### El duelo como “proceso dual” (Stroebe, Shut y Stroebe 1988)

- Por un lado, está el “proceso orientado a la pérdida”: se realiza el proceso de duelo, conectándose con el recuerdo de la pérdida, descargando emocionalmente los sentimientos, en un intento por entender el sentido que tienen en su vida.
- Por el otro, está el “proceso orientado a la restauración”: describe aquellos procesos que el duelo utiliza para desconectarse de la pérdida.  
-Esto implica afrontar y aprender nuevos roles e identidades y, a menudo, incluye la necesidad de manejar nuevas tareas, tomar decisiones importantes, encontrar nuevas posibilidades de roles, tomar una iniciativa de auto cuidado.

**Las dos fases están a menudo interrelacionadas.**

Duelos significativos en la vejez Diversas pérdidas pueden resultar significativas en esta etapa vital, y cada una promueve cambios y necesidades particulares.

□ De todas las pérdidas familiares, las de *un esposo y un hijo* se presentan como las *más disruptivas y potencialmente estresantes*.

**-La pérdida de una pareja:** Este evento ha sido identificado como el **más estresante de las transiciones vitales** y requiere más ajuste que cualquier otro □ ya que se refleja de una manera central a nivel de la vida cotidiana, generando una carencia de apoyos que producen limitaciones y dificultades.

□ El “efecto viudez” (Christakis, Allison, 1991) describe la mayor probabilidad de muerte que se puede experimentar en los duelos recientes por una pareja.

-Las **razones** van desde motivos, falta de apoyo emocional, económico y social que pueda acentuar el estrés, menores controles en la salud, ejercidos entre los cónyuges y finalmente afectando el sistema autoinmune.

□ Las **consecuencias** de la pérdida de una pareja en la vejez, consideradas en un largo término, registran una notable variabilidad □ Algunos elementos comunes emergen, como la tristeza, el

fijarse al fallecido, el humor depresivo, la identidad alterada, resultados de salud negativos, soledad y retiro de redes de apoyo. Hay también evidencia de estrés relacionado con el cambio de roles, especialmente aquellos que afectan los patrones de vida y la rutina diaria.  
-Hay cambios en la dinámica familiar.

☐ Se presentan **diferencias de género** en el modo de abordar la viudez.

Hay interrelación entre el duelo y la vulnerabilidad, tanto en lo físico como en lo emocional. Esta pérdida ha sido considerada como el elemento más crucial en la predicción de declive y de falla en el funcionamiento físico y mental de las personas.

☐ **Otras consecuencias** ocurren con la muerte de una pareja por razones económicas, sociales y familiares.

- **La muerte de un hijo:** Experiencias muy intensas, con reacciones adversas y de larga duración.

☐ La muerte de un hijo **rompe con el mundo de supuestos y puede culminar con la pérdida de sentido, llevando a sobrepasar la barrera de la depresión y ubicando la pérdida a nivel psicosomático.**

☐ Se describe la sensación de haber fallado, culpa, autoreproche y pérdida de sentido. Algunos cambios que pueden suceder: la salud autopercebida puede empeorar, trastornos del sueño, problemas de apetito, depresión, intenso dolor, desesperación y rumiación, ansiedad, sentimientos de culpa.

☐ Los padres adultos mayores en duelo expresan falta de sentido y propósito en la vida, limitando su capacidad para manejar sus problemas y relaciones familiares.

- **La muerte de un amigo:** La muerte de un amigo puede servir para confrontar al individuo con su propia mortalidad, evocando el miedo de *“esto me podría haber pasado a mí”*, y el alivio de que no fue así.

☐ La muerte de un amigo no es solamente la pérdida de una relación, sino también la de un rol en esa relación y la de un importante punto de comparación, que permita describir la propia identidad en relación a un par.

- **LOS DUELOS NO LEGITIMADOS** La muerte de una mascota Tiene una incidencia negativa tanto por el apoyo emocional que brindan las mascotas; la organización de lo cotidiano, como por el sentirse útiles y valiosos

### **Factores que inciden en la elaboración**

Una serie de variables inciden en las formas de tramitar el proceso de duelo, entre las que se destacan las siguientes (Iacub, 2011)

- ✓ **Las expectativas de luto:** cada sociedad establece ritos y modalidades acerca de cómo se debe elaborar el luto.  
Esta particular sensibilidad hacia la temática reduce y a su manera quita recursos

simbólicos para aquellos que deben sobrellevar su propia expectativa ante la muerte y el proceso de duelo.

- ✓ La incidencia del género, educación y clase social: Las diferencias de género, educación y clase social tienen importancia en la duración y los efectos del duelo en la vejez.

□ En dos investigaciones de tipo longitudinal de padres en duelo, mostraron que las mujeres tienen menores niveles de salud mental que los varones, tomando en cuenta factores como auto eficacia y control.

□ Arbuckle y de Vries (1995) sostiene que el género también incide en la dimensión de la esperanza, en tanto las mujeres sienten que el duelo interfiere más en sus planes que los varones. Las mujeres también reportan mayores niveles de depresión.

□ La **educación** emerge como un poderoso predictor en muchas variables del funcionamiento personal, proveyendo una mayor habilidad para aclarar problemas, para identificar recursos y para tomar acción hacia posibles soluciones.

Diversos estudios sugieren que el ingreso puede ser una variable primaria del bienestar psicológico y por ello incidiría en la calidad de los duelos.

- ✓ La integración psicosocial del sujeto: los vínculos, las relaciones sociales y el nivel de actividad pueden incidir positiva o negativamente en la resolución del duelo. Las diversas formas de integración permiten que el sujeto pueda ir encontrando afectos, apoyos e intercambios que habiliten nuevas formas de dar sentido al sí mismo.

- ✓ La forma en que se produjo el suceso

- ✓ La capacidad psíquica previa: es el nivel de tolerancia que pueda tener un sujeto a lo largo de su vida para afrontar determinados tipos de pérdidas.

□ Dicha capacidad se relaciona con múltiples factores entre los cuales se encuentran los eventos traumáticos y sus modalidades específicas de resolución a nivel familiar; la estructura psíquica o de personalidad que posibilita mayores o menores recursos para resolver o elaborar estas situaciones.

Las personas con alto nivel de dependencia. Las situaciones de dependencia y los vínculos de pasión. Alcoholismo, ludopatía, drogas.

- ✓ La significación del objeto perdido: es una continuidad del significado que tuvo el vínculo, con variantes explícitas e implícitas. La falta que puede producir una pérdida no suele ser totalmente explicable ni previsible, por lo cual los procesos de comprensión pueden redimensionarse *a posteriori*.

**La consecuencia de un duelo puede acarrear una transformación en el sí mismo**, lo que desde la noción de identidad narrativa, □ se denominó **refiguración**.

□ El sujeto encarna una cierta figuración del sí mismo que, ante la pérdida de un vínculo sufre una profunda desestabilización. Dicho vínculo aseguraba, desde su interpretación, sostén y afecto, una cierta validación del sí mismo del sujeto.

□ Dicha falta pone en duda todo aquello que el individuo representaba en ese vínculo en términos de objeto de amor, deseo o valor.

□ Frente a una pérdida puede resultar habitual que el sujeto sienta que ya no tiene lugar o importancia. Por esta razón la elaboración, o configuración, que va a tener que realizar el duelo es para quién va a resultar, de ahora en más, objeto de amor, interés, preocupación, cuidado, deseo, valor, etc.

El significado que se haya otorgado al otro y el significado que el otro haya provisto al sujeto, de maneras más o menos conscientes o explícitas.

Todos estos significados, que engloban lo que el otro fue para el sujeto, como lo que el sujeto fue para ese otro, ponen en juego la capacidad subjetiva de resolución. Esto implica que los tiempos y las formas de aceptación resulten peculiares a dicha situación.

### Resoluciones, cambios y continuidades

Poner el foco en los significados atribuidos al duelo, permite comprender el conjunto de respuestas emocionales, conductuales y fisiológicas.

□ El **duelo** podría ser pensado como la continuidad de un vínculo, ya que como sostiene Anderson (1974) la muerte marca el final de una vida y no el de una relación:

□ El **duelo** se continúa en las múltiples resignificaciones que el duelo realiza de la persona fallecida y donde el conflicto por encontrarle un lugar en la vida cotidiana sigue latente.

□ Podríamos pensar en resoluciones entendidas en término de cambios en el vínculo y en el sí mismo.

Estas resoluciones podrían suponer tanto cambios permanentes, como otros que remitan con el tiempo; cambios en relación a la perspectiva del otro y cambios en la identidad, así como padecimientos que cesen y otros que continúen en grados y formas diversas.

Este planteo teórico nos llevaría a ampliar las posibilidades de recorridos como de los resultados.

Una de las formas de comprender el final del duelo: es como la recuperación de cierto grado de eficacia personal, a la que Weiss (1993) define de este modo:

1. poseer el deseo y la capacidad de tener estímulos en el presente y encontrar desafíos cotidianos adecuados;
2. experimentar confort psicológico, especialmente aquellos asociados a manejar los pensamientos relativos al dolor de la pérdida;
3. sentirse gratificado frente a situaciones habituales y futuros eventos vitales, y
4. tener esperanza frente al futuro, entendida como una perspectiva positiva que permita planear y cuidar los proyectos.

**El padecimiento del duelo** □ Existe una amplia literatura psicopatológica que consideró que había resoluciones normales y patológicas del duelo, estableciendo tiempos, características particulares o teorizaciones.

□ Aun cuando hoy se ponga en duda una clara división entre lo normal y lo patológico, sabemos que □ *hay niveles de padecimiento que pueden prolongarse o resurgir en diversos momentos y frente a los que ciertas distinciones teóricas pueden ayudar a conocer mejor las alternativas de resolución y brindar herramientas a profesionales y a la comunidad en general frente a estos casos.*

Los denominados **duelos patológicos** pueden aparecer en cualquier estructura psíquica y comparten características comunes con una depresión con altos montos de ansiedad.

Para Bowlby (1983) las formas patológicas serían el *resultado de la persistencia activa del impulso de búsqueda del objeto* es decir la imposibilidad de abandonarlo, que tiende a expresarse en una variedad de formas encubiertas y deformadas.

Para el psicoanálisis sería el resultado de un tipo de vínculo y ciertas características de personalidad.

En **el duelo patológico**, a diferencia del normal, existe un **vínculo altamente ambivalente** (de amor y odio) y de gran intensidad hacia el objeto.

□Esta posición llevaría a que el nivel de autonomía psíquica se empobrezca y que los reproches que el sujeto se realiza sean transformaciones de críticas por el abandono que el dueloante percibe y por la falta que el otro le produce.

### **Las características más importantes del duelo patológico son:**

- **sensación de ansiedad y angustia**
- **malestar en el dormir, pesadillas y sensación de que el objeto perdido viene a buscar al sujeto**
- **necesidad de reencontrar al objeto perdido**
- **debilitamiento físico pronunciado y peligro de somatizaciones como: disfagia, dispepsia y constipación, malestares cardíacos, deseo sexual disminuido con anorgasmia e impotencia**
- **sensación de vacuidad y de un mundo desierto.**
- **sentimientos de culpa y reproches sobre los últimos cuidados.**
- **posibilidades de suicidio**
- **posibilidades de delirios hasta en un 23% de los casos.**

Todo **duelo** implica la aceptación de una pérdida al tiempo que una perspectiva de cambio o cierta posibilidad de hallar otro objeto. Cuando ciertas formas de duelos no encuentran dichos reemplazos y la perspectiva que se presenta es de soledad o de una notoria carencia, puede haber resoluciones peculiares.

□La carencia de vínculos y proyectos que se presentan en algunos adultos mayores, así como en ciertas estructuras de personalidad, favorece que surjan variantes de duelos que no parecieran resolverse.

□La perspectiva de soledad y la carencia de vínculos llevan a una cierta fijación al objeto perdido y a la identidad que ese vínculo produjo.

□Una de estas formas son los duelos inconclusos o patologizados en los que se torna particularmente difícil terminar el duelo ya sea por falta de objetos reemplazantes, por la cantidad de duelos que se producen o por formas defensivas de apoyo constituidas en la pareja.

□Estas variantes pueden ser pensadas como respuestas depresivas frente a la pérdida de objetos de deseo actuales, que impiden aceptar la nueva situación, y que pueden ser vivenciadas como abandono, falta de recursos y apoyo o como miedo frente a una situación desconocida y donde el sujeto siente que carece de recursos.

□Para algunos sujetos terminar un duelo implica encontrarse con un vacío de objetos que puede resultar más atemorizante que seguir llorando por alguien a quien se amó y por quién fue amado.

**Morir de a dos** Existe una mayor frecuencia en adultos mayores, de muertes seguidas del fallecimiento de un Otro (cónyuges principalmente), sin una explicación biológica precisa.

□ La especulación que se ha realizado es que fueron parejas que armaron un sistema defensivo de a dos, con fuertes identificaciones y proyecciones, que pueden dificultar la individualidad.

□ La falta del otro es sentida como una alta vulnerabilidad personal que incide en el deterioro físico.

□ El incremento en adultos mayores del “efecto viudez” se debe para Callaway (2010) al efecto del estrés que debilita el sistema autoinmune, afectando las defensas del sujeto frente a las infecciones y enfermedades en un organismo más frágil.

### **Aspectos positivos del duelo**

La experiencia del duelo, aun siendo un evento estresante de larga duración □ puede potenciar a los viudos y viudas a conocer sus capacidades e incrementar su sentido de confianza, dando lugar a comprender mejor los mayores niveles de autoeficacia.

□ La evidencia científica muestra que algunos individuos pueden reconstruir sus vidas obteniendo mayor fortaleza, así como reasignando prioridades que les otorguen niveles de bienestar más elevados, particularmente por estar más relacionadas con el afecto o buscando metas más realizables.

□ Los estudios mostraron que los recursos personales más relacionados con este tipo de crecimiento surgieron de la autoestima, las creencias (religiosidad, espiritualidad, proyectos) y el apoyo social.

EN FIN La cultura incide en los modos en que un duelo puede sobrevenir, entendiendo que sus significados y reacciones emocionales, no pueden aislarse de otros fenómenos sociales y del momento del curso de la vida en el que toman lugar (Averill & Nunley, 1993; Rosenblatt, 1993; Stroebe et al., 1993).

## LA DEPRESIÓN Una de las formas más claras en las que se expresa el **dolor psíquico** es la depresión.

### Los síntomas de la depresión (tomados del DSM IV):

1. **Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día**, el sujeto se siente triste y vacío. Muchas veces aparece el llanto y en otras ocasiones el deseo de llorar pero sin lágrimas.

☐ La depresión puede expresarse a través de un estado de ánimo irritable.

2. **Disminución acusada del interés** o de la **capacidad para el placer** en todas o casi todas las actividades y durante la mayor parte del día. Según se desprenda de las referencias realizadas por el propio sujeto o desde la observación de los demás

3. Los **trastornos en el apetito son constantes**, pueden manifestarse por perder el apetito o incrementarlo (especialmente ingiriendo azúcares o hidratos de carbono).

4. El **insomnio o la hipersomnia** son frecuentes.

5. La **agitación o enlentecimiento psicomotores**, sin ser meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido.

6. La **fatiga o pérdida de energía**, siendo habitual el cansancio y la fatiga, incluso sin hacer ningún esfuerzo.

7. **Sentimientos de inutilidad y culpa excesivos con auto reproches** que pueden llegar a ser inapropiados y delirantes.

8. **Disminución de la capacidad para pensar y concentrarse, así como indecisión y falta de voluntad.**

9. **Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida** recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

Estos síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### Es importante tener en cuenta que:

- los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica

- los síntomas no se explican mejor por la presencia de un **¿?**

- los síntomas persisten durante más de 2 meses y se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

**El curso y la duración de las depresiones es variable y dependerá, tanto de las características de la personalidad de cada sujeto, como del contexto sociocultural donde se desarrolle.**

**La depresión en la vejez** Es el diagnóstico más frecuente en las personas de edad y constituye un problema serio que entraña el sufrimiento y el aislamiento social, una tasa elevada de suicidio y un aumento de la morbilidad y la mortalidad

□ Uno de los **prejuicios** más habituales consiste en calificar a todo viejo de depresivo

Debido a las creencias viejistas ciertos síntomas depresivos son confundidos con “cambios debidos a la edad” o con síntomas físicos. Incluso la depresión puede ser tomada como una consecuencia normal del envejecimiento.

□ Existe suficiente evidencia que nos indica que hay más síntomas depresivos en la vejez, pero estos se encuentran más relacionados con enfermedades terminales que con el envejecimiento en sí.

□ Los adultos mayores parecen tener tasas más bajas de todo tipo de psicopatología que los demás grupos de edad.

□ Un estudio reciente muestra que los mayores parecen vivenciar una **mezcla de emociones más complejas** que los más jóvenes por lo cual es probable que indiquen sensaciones positivas y negativas. Esto fue denominado "patetismo" que indica reacciones emocionales más diferenciadas, así como una mejor regulación de las emociones que lleva a que los episodios de tristeza duren menos tiempo y que tengan menor tendencia a que se desarrolle una depresión (Carstensen y otros, 2003).

□ Esta perspectiva coincide con la investigación que muestra que con el paso de los años disminuyen las depresiones pero aumentan los síntomas depresivos (Mental Health, 1998, en Salvarezza, 2002), lo cual estaría dando cuenta de este modo de regulación mental.

**Diferencias de género y edad:** Las características de la depresión en la vejez, se diferencian por edad y género. Los viejos- viejos tienen más posibilidades de padecer depresión que los más jóvenes, y las mujeres viejas-viejas más que los hombres del mismo grupo etario.

□ Es importante remarcar que los *síntomas depresivos en el hombre suelen estar más influenciados por la pérdida de roles laborales, de capacidad física y de vigor, mientras que en la mujer aparecen más asociados con la ida de los hijos, el no sentirse amadas o deseadas, etc.*

### **Diversas teorías acerca de las depresiones en la vejez**

Son múltiples las causas que explican el origen de las depresiones en los adultos mayores, desde las explicaciones biológicas o asociadas a patologías específicas, hasta las causas psicológicas y sociales. Señalaremos solo algunas de ellas, las cuales fueron verificadas por múltiples investigaciones.

**COLLAGE**

○ **Perspectivas desde los eventos traumáticos y estresores vitales negativos:**

□ La mayor probabilidad de deprimirse en la vejez de aquellos padecieron situaciones traumáticas tempranamente (el haber vivido en campos de concentración, ser sometidos a torturas, haber estado en guerras, etc).

□ **Los estresores de la vida cotidiana** han sido ubicados como la primera causa de los síntomas depresivos y del sentimiento de vulnerabilidad. (jubilación, enfermedades, duelos, malas relaciones)

○ **La teoría de la Selectividad Socioemocional y su lectura de la depresión:** La TSS considera que cuando un sujeto considera que tiene menos tiempo de vida, busca afectos más seguros que proporcionen gratificaciones más cercanas.

□ Los adultos mayores a podrían volverse mas dependientes de ciertos otros.

○ **Perspectivas desde la integración social y los intercambios**

□ Por Integración Social se comprende los lazos interpersonales con que cuente un sujeto, tales como el número de miembros de la red de relaciones personales o el número de papeles sociales que un individuo posee o desempeñe.

□ También este concepto puede ser referido a la pertenencia o sentimiento de inclusión social.

Esos **lazos facilitan la integración** ofreciendo oportunidades de participar en la vida comunitaria e intercambiar un soporte social.

Estas formas de integración social son importantes y deben ser consideradas porque:

- A) la falta de integración social le quita sentido a la vida, generando depresión o estrés;
- B) la integración social fortalece el acceso a las fuentes de ayuda y
- C) la integración social fortalece un contexto dentro del cual las relaciones de soporte y ayuda pueden desenvolverse fuera de la familia.

**Cuanto mayor sea la integración social, menor el número de síntomas depresivos.**

Esta hipótesis ha sido corroborada en diversas investigaciones, las cuales nos muestran que las relaciones sociales:

- ✓ están asociadas con el bienestar psicológico en la fase adulta y del envejecimiento, particularmente cuando las condiciones de salud fallan y las limitaciones físicas aumentan
- ✓ moderan el estrés de los viejos con problemas de salud, de los viudos y de los que tienen problemas financieros.
- ✓ permite que se sientan amados, más capaces de lidiar con los problemas de salud y mejorar su autoestima.

○ **Teoría de la equidad:** Los desbalances en los intercambios entre actores son problemáticos. La salud mental es afectada negativamente por falta de interdependencia entre miembros de una familia (hay desbalance)

□ **Los intercambios sociales negativos y positivos:** Los intercambios de ayuda aunque sean necesarios dejan al sujeto en relación de dependencia.

□ **La desintegración social y sus efectos:** La exclusión llega en algunos casos a situaciones extremas. Las consecuencias que la invisibilidad produce a nivel psicológico afectan el estado de ánimo y la autoestima e incluyen además ira, vergüenza, aislamiento, indefensión aprendida, depresión y suicidio.

-Estos cuadros inciden negativamente sobre el bienestar de las personas incrementando las posibilidades de enfermedad y muerte”.

Ej: síndrome de invisibilidad y síndrome de diógenes

- **Teoría de la pérdida de control:** Una de las formas más acusadas por las cuales los sujetos expresan haber comenzado con síntomas depresivos es ante la **falta de control** que sienten por haber perdido fuerza física, belleza, capacidad, etc. y creer que no pueden manejar su vida tal como lo hacían previamente.

□ Limitaciones psicofísicas, económicas y sociale. Esta pérdida de control se encuentra íntimamente relacionada con la sensación de pérdida de reconocimiento y de validación externa.

### **Tratamientos de la depresión**

Implica el apoyo en tres grandes ejes:

la psicoterapia,  
las redes de apoyo social  
y el farmacológico.

*Cada uno de estos debe ser evaluado a la hora de pensar su terapéutica, tomando en cuenta la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.*

□ El tratamiento de la depresión implica el apoyo de tres grandes ejes: la psicoterapia, las redes de apoyo social y el farmacológico.

-La evaluación y mapeo de la red de apoyo social constituye una herramienta primordial en el trabajo con adultos mayores. Brinda información detallada de los sostenes de que disponen los adultos mayores, permitiendo conocer de antemano si es factible que la red pueda responder adecuadamente y brindar los apoyos suficientes frente a situaciones críticas o a una problemática, ya sean puntuales o que se extiendan en el tiempo.

-En este sentido, la evaluación de la red puede aportar información valiosa en la elaboración de un diagnóstico prospectivo.

□ La depresión requiere dicha evaluación y mapeo por parte del rol profesional. Esta patología plantea **riesgos a la hora de pensar un tratamiento**, razón por la cual la evaluación y el mapeo deben ser muy bien hechos, ya que de lo contrario deberíamos pensar en una internación transitoria o diurna si el cuadro así lo requiere.

*Las opciones psicoterapéuticas disponibles son múltiples. Desde las psicoanalíticas hasta de orden cognitivo-conductual. Los enfoques individuales o grupales son importantes de determinar en relación a una serie de factores tales como la mayor gravedad.*

## LA ANSIEDAD

El psiquiatra suizo Jean Wertheimer (1997) lo define como un afecto caracterizado por tres órdenes de fenómenos:

- 1- el sentimiento de un **peligro inminente, el temor de algo indefinido o desconocido.**
- 2- una **actitud de espera frente al peligro.**
- 3- el **desconcierto por la incertidumbre en la experiencia vivida o anticipada de algo que se encuentra oculto.**

La ansiedad se acompaña de fenómenos somáticos.

La ansiedad puede ser flotante o puede estar asociada a fobias definidas.

Este problema es caracterizado por un sentimiento continuo de tensión y de aprehensión, una tendencia a subestimar y a denigrar, un miedo a ser criticado o rechazado, un evitamiento de los contactos sociales y profesionales por miedo a ser desaprobado.

### La ansiedad en la vejez

**Cuando el envejecimiento promueve altos niveles de incertidumbre, existe un riesgo potencial aumentar la ansiedad.** Ciertos factores contribuyen a dicha emergencia

1- **la personalidad:** la personalidad ansiosa es un factor favorable a las descompensaciones, especialmente en las situaciones de estrés.

Así también aquellas dominadas por trazos obsesivos, histéricos o fóbicos.

La historia individual, la experiencia acumulada, los modos de reacción anterior juegan un rol considerable.

2- **la afectividad:** el estado del humor determina el grado de resistencia a la fragilidad psicológica. Por ejemplo la depresión, por los fuertes sentimientos de culpa que produce, genera altos niveles de ansiedad.

3- **el funcionamiento intelectual:** las limitaciones intelectuales son factores que predisponen a la ansiedad, por la vulnerabilidad que produce la restricción de recursos para comprender situaciones nuevas.

Lo cual aparece de un modo muy claro cuando existen déficits cognitivos debido a importantes restricciones a nivel de la memoria.

4- **la vida de relación:** la vejez puede acarrear un aislamiento progresivo por la pérdida de la pareja y de amigos. Estas carencias afectivas pueden resultar ansiógenas debido a la falta de recursos seguros con los que se encuentra un sujeto.

5- **la percepción del cuerpo:** las pérdidas de eficacia y de control del propio cuerpo pueden producir una pérdida de seguridad y una serie de limitaciones en las actividades que pueden llevar a incrementar los montos de ansiedad frente a la carencia de recursos.

6- **la enfermedad física:** encontrarse enfermo, discapacitado o accidentado produce un sentimiento de vulnerabilidad y angustia.

También es importante destacar que la ansiedad puede ser un síntoma de numerosas enfermedades físicas (cardiovasculares, respiratorias, endocrinas, neurológicas y por

medicamentos)

7- **la vida social:** el corte con la vida social, la perspectiva de discapacitarse, las miradas prejuiciosas sobre la vejez llevan a que la imagen de si se ponga en duda y se vea de un modo

negativo.

☐ Particularmente la entrada en una institución geriátrica u otros hechos que arrebatan el sentido del control personal pueden ser altamente ansiógenos.

Cath (1965) describió la “ansiedad por vaciamiento”, en la que el viejo percibe la amenaza de una aniquilación total, porque siente que su sí mismo interno se vacía gradualmente en tanto que van desapareciendo los objetos externos y se pierde la capacidad operativa para resolver este estado (Krassoievitch, 1993)

**Manifestaciones clínicas:** La ansiedad es frecuente en la vejez, aunque sus modos de expresión y duración sean variables.

☐ Su clínica de base no tiene diferencias por edad aunque cuenta con algunos rasgos particulares.

. **Preocupaciones subjetivas:** resultan de un **sentimiento de vulnerabilidad** y conciernen a **temas que tocan la integridad** en los dominios de la salud, del cuidado de los bienes, de la propia persona y de los seres queridos.

☐ La ansiedad suele ser frecuente detrás de una queja de memoria.

. **Síntomas somáticos:** Además de los que se producen en todas las edades, de naturaleza neurovegetativa, como la taquicardia, el temblor, la inestabilidad motriz, se escucha a menudo quejas por náuseas, disfagia, constipación, la sensación de tener la garganta cerrada, la opresión torácica o la impresión de la cabeza vacía.

☐ El sueño puede estar perturbado, manifestándose en la dificultad para dormir y las pesadillas.

. **Consecuencias comportamentales:** Los comportamientos de evitamiento predominan.

☐ El repliegue en los hábitos y en la rutina, forman parte de los mecanismos y evitan las confrontaciones con situaciones nuevas.

☐ Las fobias específicas son más raras en la vejez, aunque es más habitual **la agorafobia**.

☐ Uno de los comportamientos típicos son las iniciativas abortadas, es decir se proyectan cosas que difícilmente vayan a realizarse.

**Los viejos suelen referir su preocupación por cuestiones concretas y en gran medida la ansiedad se vuelve muy clara en la lucha por el control de las situaciones que el sujeto enfrenta.**

#### 4.3 Tablas clínicas con ansiedad predominante (ansiedad primaria)

Distinguiremos según el **CIM-10** (Clasificación Internacional de las Enfermedades) aquellas patologías en donde la edad avanzada tenga incidencia.

1. **los problemas ansiosos fóbicos son más frecuentes entre las mujeres y su prevalencia disminuye después de los 75 años.** En la mayoría de los casos las fobias específicas aparecen en la adultez temprana, pero un tercio aparecen por primera vez después de los 60 años.

☐ Este es el caso de la agorafobia, el cual a menudo es consecuencia de acontecimientos o experiencias vitales tales como una enfermedad, un accidente o un hecho de violencia. Ella también se explica por una situación crónica de discapacidad o deficiencia.

□El miedo al mundo exterior y al alejamiento del domicilio van a la par, por lo que se busca conservar la seguridad protectora que experimentan en su hogar.

2. En el cuadro de otros problemas ansiosos, el pánico es raro después de los 60 años y le afecta a personas que ya lo han sufrido de jóvenes. **La ansiedad generalizada es probablemente con la agorafobia, la más frecuente de las tablas clínicas de este grupo.**

**El trastorno obsesivo compulsivo comienza raramente después de los 50 años**, lo cual no significa que esté ausente en este grupo etario. Generalmente encuentran un equilibrio con el tiempo, aunque frente a un cambio importante puede detonar un fuerte acceso de ansiedad.

**La ansiedad puede interferir con el funcionamiento de la memoria.** La inquietud frente al olvido de una palabra puede generar que la persona deje de buscarla. Así también puede estar en el origen de un funcionamiento mnésico perturbado, por la falta de atención y disminución de la concentración.

**Ansiedad secundaria:** La ansiedad puede ser el resultado de múltiples cuadros entre los que se destacan los comienzos de las demencias, frente a la toma de conciencia de la aparición de problemas.

□ En el delirium, por ejemplo, la ansiedad es uno de sus síntomas y está ligada a una percepción caótica de la realidad.

**Acercamiento clínico**

En la clínica resulta importante tener en cuenta:

- si la ansiedad es primaria o secundaria.
- si no es consecuencia de una eventual causa física.
- analizar el contexto de vida del enfermo, tratando de contar con los múltiples factores etiológicos que pueden estar presentes.

#### **Abordaje terapéutico:**

Es necesario considerar tres dimensiones básicas: La psicoterapia, el apoyo social, teniendo en cuenta el apoyo familiar y comunitario así como los programas socio-recreativos y por último el tratamiento medicamentoso.

## LA HIPOCONDRIA

□ El enfermo está convencido que está afectado, o tiene posibilidades de estarlo, de una o varias enfermedades.

□ Expresa **quejas múltiples, repetidas, a menudo alimentadas por sensaciones o signos físicos normales o anodinos**

□ La ansiedad y la depresión pueden acompañar este cuadro.

En los reportes del entorno el paciente se muestra dependiente y tiránico, sus innumerables quejas son acompañadas de actitudes defensivas hacia los próximos como la indiferencia, la agresividad o el abandono.

**La queja hipocondríaca no excluye que haya enfermedades reales, particularmente en personas mayores donde puede haber una pluripatología.**

Muchos estiman a la **hipocondría** como un síntoma de la depresión por la atención exagerada al cuerpo y su funcionamiento, así como la detección de trastornos en la esfera somática □ Sin embargo como veremos existen otras posibles causas.

Según Krassoievitch (1993) la **hipocondría** tiene una alta función adaptativa:

□ ya que le permite desplazar a la ansiedad hacia una enfermedad imaginaria que pareciera darle un papel más aceptable socialmente;

□ por otro lado permitiría una expiación de sentimientos de culpa por el malestar que siente con su entorno,

□ y por último implicaría un goce autoerótico por los cuidados corporales que se brinda.

Una serie de factores favorecen su desarrollo en la vejez:

- los cambios físicos asociados al envejecimiento,
- la pluripatología,
- la pérdida de familiares y seres queridos,
- la carencia de actividades importantes,
- la vivencia de un descontrol psíquico acerca del propio cuerpo e incluso de la muerte.

El Síndrome de Cotard aparece como una forma extrema de manifestación de la hipocondría en tanto se manifiesta por la negación de órganos o de funciones vitales.

Síndrome de Ekbom o Delirio de Parasitación en el cual la persona piensa y cree que se encuentra infectada por pequeños animalitos que recorren su piel.

**Conclusión** El **dolor psíquico** en esta etapa vital no resulta exclusivo, aunque si pudimos notar que tiene características particulares, relativos a los contextos sociales y culturales, a los cambios biopsicológicos que suceden y a las peculiares circunstancias vitales.

**La experiencia delirante en los ancianos** □ Las ideas delirantes son relativamente frecuentes en la población geriátrica, afectando aproximadamente al 10% de los ancianos no demenciados que residen en la comunidad.

Cuando nos estemos refiriendo a las ideas delirantes en los ancianos podremos incluir también

□ las falsas identificaciones, las confabulaciones, los falsos recuerdos, las ideas estructuradas en torno a alteraciones de la senso-percepción...

**Formas y contenidos de la ideación delirante en los mayores** Ideas delirantes de aparición tardía.

**Delirios Paranoides:** Las ideas paranoides son las más prevalentes en este grupo de población. ▬

Factores de riesgo para la aparición de ideas paranoides: Al deterioro cognoscitivo, focalizado en áreas específicas que determinan la formación de las ideas;

□ debemos añadir **otros factores** que con frecuencia se “acumulan” en los mayores: el aislamiento social, el nivel educativo relativamente bajo, la comorbilidad somática o los síntomas depresivos.

□ En **personalidades predisuestas** (esquizoides o esquizoparanoides) contemplamos con relativa frecuencia cómo, al hacerse mayores, sus dolencias físicas son atribuidas a “enemigos”, vecinos o familiares, que pretenden producir daño o sufrimiento en el paciente.

□ Así una enfermedad somática, un dolor o una disfunción corporal, pueden desencadenar en una estructura delirante de tipo paranoide.

□ Un tema de radical importancia en el desencadenante paranoide de los ancianos son las **deficiencias sensoriales**. □ Parece ser que la aparición de las ideas paranoides tiene más que ver con un **defecto de información**.

### **Los contenidos somáticos:**

Las **ideas delirantes** referentes a temas somáticos son frecuentes en los ancianos; quizá tras los temas paranoides (persecución y perjuicio) las ideas más prevalentes sean las hipocondríacas.

□ Un cúmulo de factores favorecen el desarrollo de trastornos delirantes con este contenido en la vejez; el propio declinar físico, la pluripatología, la comorbilidad somática asociada a la patología psíquica, el enfermar y la pérdida de familiares y seres queridos;

□ pero también la dinámica personal asociada al propio envejecimiento: la personalidad previa, el declinar de la imagen de uno mismo o auto concepto o la proximidad de la muerte.

- El extremo de este tipo de delirios supone un **auténtico síndrome de negación de órganos o de funciones vitales**, conocido como **Síndrome de Cotard**.
- Otro de los delirios con mayor prevalencia en los ancianos es el denominado **Síndrome de Ekblom o Delirio de Parasitación**.

□ **Psicosis de tipo esquizofrénico de inicio tardío y muy tardío:** Las ideas delirantes que predominan en la esquizofrenia de inicio tardío son delirios persecutorios, autorreferenciales , de control, de grandiosidad o posesión de propiedades extraordinarias o de naturaleza hipocondríaca, delirio de tabiques o particiones.

□ **Lo que caracteriza a las ideas delirantes de la esquizofrenia de inicio tardío** es esta gran riqueza fenomenológica y descriptiva, con todo tipo de detalles visuales y un complejo y estructurado entramado delirante.  
Generalmente los delirios de la esquizofrenia de inicio tardío presentan una importante carga afectiva

### **Trastornos mentales orgánicos: delirium, demencia y enfermedades cerebrovasculares**

□ Las ideas delirantes son altamente prevalentes en los trastornos mentales orgánicos afectando a más de la mitad de los pacientes con demencia y a más del 20% de los pacientes con delirium.

□ Nos resulta de mayor interés destacar la **influencia de los trastornos orgánicos y cognoscitivos que subyacen a esta patología y que desencadenan una sintomatología** que, aún dentro del contexto delirante, genera la **producción de confabulaciones y fantasías, de falsas memorias**.

□ La confusión, la alteración de la conciencia y las vívidas alucinaciones que se producen en estos trastornos matizan y favorecen la experiencia delirante de los mismos.

### **Ideas delirantes en los pacientes con demencia:**

Las ideas delirantes en los pacientes con demencia presentan una clínica particular □ ligada a las alteraciones cognoscitivas de base, a los déficits en los procesos mnésicos.

□ Además, la presencia de patología delirante en los pacientes con demencia desencadena importantes repercusiones en la asistencia socio-sanitaria de los mismos.

□ Delirios autoreferenciales, delirio de robo y de perjuicio, trastornos de las identificaciones (Síndrome de Capgras / Síndrome de Frégo).

### **Ideas delirantes en los accidentes cerebrovasculares:**

Se han estudiado casos de síntomas esquizofrenia-like secundarios a un accidente cerebrovascular (ACV).

□ Se ha comprobado, además, que los pacientes que presentaron delirios y alucinaciones tras el ACV eran significativamente más mayores, tenían más facilidad para desarrollar convulsiones, presentaban más defectos visuales, atrofia subcortical y lesiones predominantes en el hemisferio derecho.

□ También tras los ACV se producen trastornos de las identificaciones (delusional misidentification síndromes) y síndromes de Capgras y Fregoli;

□ y los diferentes tipos de paramnesias reduplicativas, y la sensación de “miembro extraño”.

**Los esquizofrénicos envejecen:** Un tema interesante para abordar es el de la evolución y la estabilidad de las ideas delirantes con el transcurso del tiempo.

□ **Las esquizofrenias** en su evolución natural no finalizan inexorablemente en cuadros de demencia.

Se ha observado cómo la **productividad delirante esquizofrénica** se va atenuando con la edad para dejar paso a la sintomatología negativa y residual.

□ Esta idea demostrada entraría en contradicción con esa vulnerabilidad delirante del

envejecimiento que venimos planteando y permitiría enriquecer el debate sobre el diagnóstico de la esquizofrenia de aparición tardía y diferenciar con rango propio los trastornos psicóticos que surgen en los más mayores de aquéllos que aparecen en la juventud.

□ La **productividad delirante efectivamente se mantiene en los pacientes con trastornos por ideas delirantes persistentes y esquizoafectivos, mientras que tiende a atenuarse en los pacientes esquizofrénicos** (muchos de ellos excluidos del estudio por su ausencia de sintomatología productiva en la actualidad).

## UNIDAD VIII: EL ROL DEL PSICOLOGO

El rol del psicólogo en la mediana edad y vejez. Estrategias psicoterapéuticas: individual, grupal y familiar. Intervenciones sociosanitarias, comunitarias e institucionales para Adultos Mayores.

**TEXTO:** El Rol Del Psicólogo En El Geriátrico (Dr. Ricardo Iacub)

### o EL GERIATRICO

□ Con la **Modernidad** encontramos que el Geriátrico aparece como un nuevo dispositivo social para la vejez, que deriva, en gran medida de la reconversión de los Asilos, ahora asociado al control de las enfermedades. El **geriátrico actual**, como institución para este sector etario, es el de mayor espectro temporal, en tanto que, agrupando la vejez, no diferencia al viejo sano de aquel que padece demencia, psicosis u otras patologías psíquicas o físicas.

El geriátrico como institución, actualmente persiste en una **indeterminación con respecto a su objetivo**, en el cual no puede precisar si cura, hospeda o simplemente asila un margen poblacional inespecífico de seres. Y lo que es importante considerar es la poca o ninguna determinación de los sujetos en entrar a las mismas.

□ Es importante remarcar que en nuestro país aun existe un vacío jurídico que vele por cuestiones que atañen a esta nueva institución □ El vacío jurídico sumado a la indeterminación institucional de la misma desnuda su forma prejuiciosa y el sentido ético que le otorga esta sociedad.

Sin embargo es importante remarcar que **hay instituciones públicas y entidades privadas que apuestan por otro tipo de establecimientos**, con una ética y un criterio gerontológico totalmente opuesto al aquí mencionado. Lamentablemente al no existir leyes que regulen estas instituciones termina quedando en la buena voluntad y criterio de sus directivos, sin que sea posible un proyecto institucional socialmente compartido.

### o LAS INSTITUCIONES TOTALES Y EL GERIÁTRICO

□ **Podría ubicar al geriátrico, con los parámetros de Goffman, como "Instituciones Totales":** "Una institución total puede definirse, como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten una rutina diaria, administrada formalmente.



Las indicaciones que brinda Goffman se refieren a aquellas características comunes como: un tiempo común administrado de un modo centralizado, una serie de normas propias que a su vez implican sistemas de castigos y privilegios, una regulación de las entradas y salidas y una conminación a ciertas actividades.

□ Por otra parte, da cuenta de la función iatrogénica (daño secundario) de estas instituciones.

□ **Esta serie de elementos resultan elocuentes dentro del geriátrico**, desde los modos de dependencia a la figura del director o incluso de la mucama o enfermera; la falta de dinamismo propio que se traduce en una espera permanente de actividades ofrecidas por el establecimiento, en este sentido podríamos ubicar la falta de interrelación entre los internos; temores de venganza frente a cualquier conducta independiente; resignación frente al deseo personal; regresión a modos de goce pregenital e incluso una declinación del pensamiento abstracto.

Toda esta serie de fenómenos dan cuenta de la **transformación que se opera en la subjetividad**, situación que Goffman denomina "**mortificación del yo**", la cual nos enfrenta a un sujeto distinto determinado por una serie

extensa de vivencias propias de estas instituciones.

### EL ROL DEL PSICÓLOGO:

□ El rol del psicólogo, en particular, y el del resto del equipo interdisciplinario no debe dejar de tener en cuenta los efectos subjetivos en los residentes, derivados de los discursos que crearon y sostienen a las instituciones geriátricas, así como los que estos en particular sostienen y crean cotidianamente.

□ La entrada del psicólogo deviene del pedido de una institución geriátrica que por muy diversos motivos puede creer necesario este rol profesional y de un modo impreciso decidir que es lo que se le requiere.

**El psicólogo tendrá como objetivo provocar modificaciones en la subjetividad de los residentes, que por las propias características de esta institución, terminará incidiendo sobre la misma.**

□ Para saber acerca de las subjetividades utilizaremos técnicas que van desde: la historia clínica, entrevista donde se detallan los motivos de la internación y el modo de ingreso (voluntario o no); el llamado a la familia.

□ Debemos considerar que **usualmente** no hay una decisión personal de entrar al geriátrico y que también las salidas son reguladas por los familiares. Aumentando de esta manera el valor de lo relativo a la familia ya que deviene un lugar de poder efectivo sobre los residentes.

□ Hay **otra manera de acceder**, y que considero de gran importancia, a través del diálogo ocasional □ tenemos que ir diseñando una oferta de posibilidades desde lo que oigamos de queja, no solo de los viejos, sino de todos los grupos de la institución.

### **OFERTAS Y DEMANDAS**

*La oferta que propondremos deberá contar con una planificación en la que nuestra ubicación, ligada al rol, irá variando tanto como las demandas.*

□ **¿Cuál es nuestro objetivo?** Evidentemente será el **producir modificaciones subjetivas en los sujetos**, en especial en su atravesamiento institucional ya que a menudo nuestro primer tropiezo son las quejas ligadas a la misma (aburrimiento, soledad, sentimiento de abandono, etc.).

□ **Nuestra labor será construir con los residentes**, en el marco más o menos amplio o acotado de sus posibilidades individuales e institucionales: - recursos que les permitan armar sus propios espacios  
- ampliar su capacidad de decisión  
- sostener sus diferencias como válidas  
- encontrar los modos de encontrarse con el otro y no con otros generalizados.

**Nuestro rol es amplio y sumamente valioso pudiendo recorrer lo asistencial a nivel individual, grupal o familiar e intervenir en situaciones diagnósticas para evaluar al residente.**

□ Las **intervenciones cognitivas**, ya sea a nivel de la atención o memoria, resulta fundamental que las realicemos con serios criterios validados sabiendo abordar y diferenciar los grupos y las capacidades de cada uno.

*Nuestra tarea resulta necesaria pensarla en el marco interdisciplinario compartiendo con otros profesionales e intercambiando enfoques.*

o **TEXTO: Estrategias desde la Psicología de la Salud con los Adultos Mayores**

Licenciadas Baro Silvana, Petrongolo Myriam y Rochman Eleonora.

□ Con el aumento en los índices de longevidad se fueron promoviendo nuevas inserciones para los profesionales que trabajamos con Adultos Mayores.

□ Hay que destacar (y tener siempre presente) la **responsabilidad que nos cabe como profesionales psicólogos de rescatar las subjetividades particulares y respetar las diversidades que se presentan dentro de cualquier población con la que trabajamos, y los viejos no son la excepción.**

El trabajo de **promoción de la salud y del bienestar**, así como los aportes relativos al envejecimiento activo y a la calidad de vida en la vejez, son sin ninguna duda, lugares posibles para poder pensarnos como agentes de la salud mental.

□ Para la Gerontología Crítica el aumento de la esperanza de vida es un logro de la humanidad y no un problema a resolver, es encontrar nuevas perspectivas para las sociedades y sus viejos □ Se piensa en **recuperar una visión humanística de la vejez.**

□ Abordar el proceso de envejecimiento desde las posibilidades de comprender las situaciones en toda su

Pensamos, por lo tanto, a los viejos en sus diferentes realidades y posibilidades y desde allí planificamos y pensamos nuestras prácticas.

complejidad, implica tener en cuenta para trabajar, múltiples paradigmas.

o **La Perspectiva de la Salud Pública:**

□ Las estrategias de trabajo, desde la mirada de la **APS**, parten de un **diagnóstico para obtener los datos epidemiológicos de la comunidad en la que se va a intervenir** □ para poder dar prioridad a los problemas que realmente afecten la salud de los adultos mayores, y finalmente, planificar, no sólo en el ámbito de la prevención secundaria (detección precoz y tratamiento de la enfermedad) y prevención terciaria (mejorar la calidad de vida de enfermos crónicos), sino también en lo referente a actividades de prevención primaria (teniendo en cuenta factores de riesgo y evitar el desarrollo de la enfermedad) y de promoción de la salud (acciones que permiten a las personas mejorar su salud y tener un mayor control sobre ella)

Todo esto, en el marco de la articulación intersectorial.

□ A su vez, **estimular la participación social de los adultos mayores en tareas comunitarias** en donde puedan desarrollarse como multiplicadores sociales y, al mismo tiempo **se transformen en agentes de su propia salud**, también repercute positivamente en su autoestima y en la valoración de sí mismos (carácter individual) y en sus vínculos interpersonales (carácter social).

□ Para esta participación social, es **necesario que los viejos asuman una responsabilidad en la definición de sus necesidades, en la identificación de soluciones y en la movilización de los recursos locales.** Cabe citar aquí el concepto de empoderamiento.



La tarea principal es la de **fomentar en cada miembro de la comunidad**, la posibilidad de hacerse responsable de sus propias problemáticas, es decir, que el trabajo sea en conjunto con la comunidad, desde

la comunidad y hacia la comunidad.

□Nuestro rol también abarca la posibilidad de facilitar en nuestro intercambio con los viejos, sugerencias relacionadas con anticipar decisiones que afecten la labor sobre la comunidad como sobre su vida.

□ Las **formas de intervención** (estrategias) **no son rígidas**, necesitan de creatividad y amplitud de criterios manteniendo siempre una coherencia interna y externa.

□ Las **Políticas Públicas de Salud y Desarrollo de la Tercera Edad** promueve este tipo de actividades formando agentes de salud y profesionales multidisciplinariamente para trabajar en terreno concreto empoderando a los propios miembros de la comunidad.

## **TEXTO: El rol del psicólogo en las Políticas Sociales para adultos mayores: un enfoque desde la Psicología Comunitaria**

### **El contexto de inserción:**

Las **políticas sociales atienden las necesidades de grandes conjuntos poblacionales**, razón por la cual resulta importante tener en cuenta los □ datos demográficos.



□ Nuestro país tiene una **estructura poblacional envejecida**.

Esta estructura presenta dos características concurrentes: “envejecimiento del envejecimiento” y “feminización del envejecimiento”.



- ✓ Hablamos de “**envejecimiento del envejecimiento**” cuando dentro del grupo de los adultos mayores, se incrementa la población más vieja. Este dato es relevante dado que las personas de más edad tienen mayor probabilidad de necesitar políticas sociales que atiendan crecientes niveles de discapacidad.
- ✓ La “**feminización del envejecimiento**” es visible en los datos demográficos ya que después de los 60 años, la esperanza de vida es de 19,97 años en total, para los varones es de 17,38 años y para las mujeres 22,33 años. Lo cual nos indica que esos 5 años de diferencia, implican políticas ajustadas a esas necesidades específicas que se deben cubrir, tales como la seguridad económica, habitacional, el desarrollo de redes sociales de apoyo, entre otras.

### **LA PUESTA EN MARCHA DE UNA POLÍTICA SOCIAL:**

Los **proyectos sociales** producen y/o distribuyen bienes o servicios (productos), para satisfacer las necesidades de aquellos grupos que no poseen recursos para solventarlas automáticamente, con una caracterización y localización espacio- temporal precisa y acotada. Sus productos se entregan en forma gratuita o a un precio subsidiado. Se define por ser una unidad organizada de gestión que busca solucionar un problema.



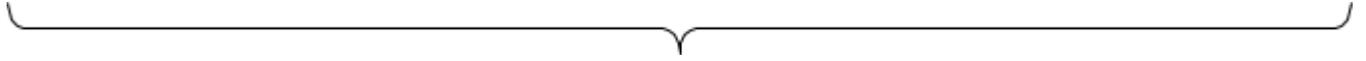
**Un proyecto social es la unidad mínima de asignación de recursos**, que a través de un conjunto integrado de procesos y actividades pretende transformar una parte de la realidad disminuyendo o eliminando un déficit o solucionando un problema.

□ Un proyecto social debe cumplir con las siguientes condiciones:

- ✓ **Definir el, o los problemas sociales, que se persigue resolver** (especificar cuantitativamente el problema antes de iniciar el proyecto).
- ✓ Tener **objetivos de impacto** claramente definidos.
- ✓ **Identificar a la población objetivo** a la que esta destinada el proyecto.
- ✓ **Especificar la localización espacial** de los beneficiarios.

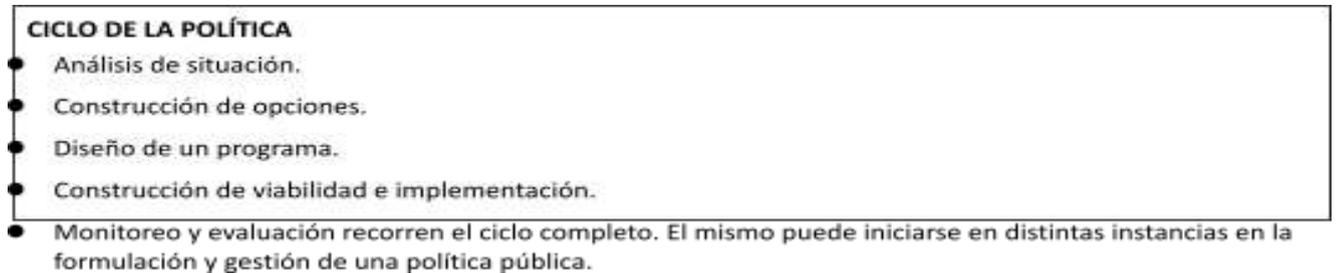
- ✓ Establecer una fecha de comienzo y otra de finalización.

□ Un **programa social** es un **conjunto de proyectos que persiguen los mismos objetivos**, pero que pueden diferenciarse por trabajar con poblaciones diferentes y/o utilizar distintas estrategias de intervención.



□ La **política social** es un conjunto de programas que pretenden alcanzar los mismos fines □ Da las orientaciones sobre qué problemas priorizar y define las principales vías y/o límites para la intervención que la política plantea.

Los programas y proyectos sociales, se enmarcan en una política social, de la que constituyen su traducción operacional, vía la asignación de recursos que permiten su implementación.



Al planificar una intervención en la comunidad es necesario pensar en el **contexto**, en que será aplicado, quienes serán los implicados en la implementación □ cual es el **objetivo** para que se ejecuta; el **significado**, que indaga el porqué esta intervención es necesaria; y el **subtexto**, que son los supuestos teóricos, ideológicos, políticos que subyacen a la propuesta.

#### **POLÍTICAS SOCIALES CON Y PARA ADULTOS MAYORES:**

Las políticas sociales intentan promover la participación activa de los actores para dar respuestas a las problemáticas de la comunidad.

□ **Incluir a los adultos mayores como participantes activos** y no únicamente como destinatarios pasivos de programas es uno de los desafíos de los expertos de las distintas disciplinas que se abocan a la temática del envejecimiento poblacional. El trabajo será necesario enmarcarlo como una tarea conjunta **CON y no simplemente PARA los adultos mayores, donde todas las voces sean escuchadas.**

Será necesario **desnaturalizar las “supuestas necesidades de esta población”** producto de una mirada prejuiciosa y simplista, tanto del proceso de envejecimiento como de la vejez en sí misma.

#### **La Investigación Acción Participativa (IAP): El rol del psicólogo en la comunidad**

□ A fin de que el psicólogo pueda elaborar un programa social deberá adoptar una mirada gerontológica y una perspectiva desde la psicología comunitaria.

“... el psicólogo comunitario debe ser un agente de cambio, un activista político y un participante que colaborará con la labor de conceptualización...” (Ardila, 1993, p. 399).

**El rol del Psicólogo es ser un agente de cambio y el centro del control está puesto en la comunidad, no se limita solo a los problemas de salud mental.**

“Unir la reflexión a la acción en los programas de política social y dar cabida en ellos a los propios **“necesitados”, como principales “protagonistas”** □ “La Investigación Acción Participativa (IAP), aplicada al trabajo social y al desarrollo comunitario, responde a este “replanteamiento” de la política social.

□ La **IAP** es un enfoque o estrategia general de intervención que se puede plasmar en muchas prácticas concretas que dependerán de la creatividad de los protagonistas y de las circunstancias presentes en cada caso” (p. 20).

**□ Durante todo el proceso de la IAP, la relación entre los agentes externos y los miembros de la comunidad tiene que ser dialógica.**

De este modo la IAP incorpora tanto el conocimiento científico como el saber popular, al socializar los

saberes científicos, sus técnicas y herramientas e incluir las contribuciones de saberes que se han producido histórica y culturalmente en la comunidad (Montero, 2006).

□ **La investigación socio-comunitaria es importante a fin de pesquisar las necesidades que el adulto mayor presenta** □ Estas podrán ser manifestadas directamente por ellos (a través de la investigación acción) o deducidas a través de datos estadísticos, pues hay necesidades o problemáticas que son invisibles para los adultos mayores dado que ellos también están influenciados, y en algunos casos determinados, por el **prejuicio viejista**.

**El rol del psicólogo será familiarizar a la comunidad sobre la temática**, así como conocer y aprender la temática que los adultos mayores plantean □ El trabajo en el territorio tendrá como objetivo que los adultos mayores se conviertan en participantes y colaboradores activos del proceso de cambio para lograr una mejor calidad de vida. **El rol del psicólogo será escuchar, investigar, evaluar, intervenir y monitorear en las necesidades de los adultos mayores a fin de producir cambios que mejoren su calidad de vida.**