



Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Trabajo Final de Integración

Deterioro Cognitivo Leve: descripción y análisis de un caso único

Tutora: Dra. Luisa Acrich de Gutman

Autor: Elida B. Caminos

Febrero 2011

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS.....	5
2. 1 Objetivo General:.....	5
2. 2 Objetivos Específicos:.....	5
3. PERSPECTIVA TEÓRICA.....	5
3. 1 Demencia. Definición y Características. DSM-IV.....	6
3. 1. 1 Diagnóstico diferencial.....	7
3. 1. 2 Algunas aproximaciones a la demencia.....	9
3. 2 Deterioro Cognitivo Leve.....	11
3. 3 Teorías comportamentales en la vejez.....	12
3. 4 Red social personal.....	13
3. 5. Terapia cognitiva.....	15
3. 5. 1 Enfoque cognitivo-conductual.....	17
3. 6 Institucionalización.....	18
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	19
4. 1 Tipo de Estudio:.....	19
5. PARTICIPANTE.....	19
5. 1 Instrumentos:.....	20
5. 2 Procedimiento:.....	20
6. CASO CLÍNICO.....	22
6. 1 Exposición del caso.....	22
6. 2 Pre-entrevista.....	29
6. 3 Entrevistas: 1, 2, 3, 4, 5 y 6.....	29
6. 3. 1 Análisis de las entrevistas.....	31
6. 4 Entrevistas: 7 y 8.....	32
6. 4. 1 Análisis de las entrevistas.....	33
6. 5 Entrevistas: 9, 10 y 11.....	33
6. 5. 1 Análisis de las entrevistas.....	33
6. 6 Entrevista 12.....	34
6. 7 Entrevistas: 13, 14 y 15.....	34

6. 8 Entrevista 16.....	35
6. 9 Entrevistas 17, 18 y 19.....	35
6. 9. 1 Análisis de las entrevistas.....	35
6. 10 Entrevistas 20 y 21.....	36
6. 10. 1 Análisis de las entrevistas.....	36
6. 11 Entrevista 22.....	36
6. 12 Entrevista 23.....	37
6. 12. 1 Análisis de la entrevista.....	37
6. 13 Entrevista 24.....	38
6. 13. 1 Análisis de la entrevista.....	38
6. 14 Entrevista 25.....	39
CONCLUSIÓN.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
A N E X O S.....	47

1. INTRODUCCIÓN

La práctica de habilitación profesional V se realizó en un Hogar, donde se brinda atención integral y cuidados de primera calidad a casi trescientos adultos mayores, ofreciendo servicios asistenciales, terapéuticos y sociales. La intervención está centrada en la persona, se le realiza una evaluación completa cognitiva y neuropsicológica. Se realizan los informes que sirven para orientar al equipo interdisciplinar, y como base de orientación para el conjunto de estrategias terapéuticas con fines de *rehabilitación* de las capacidades cognitivas, las cuales están dirigidas a los aspectos biopsicosociales de la persona.

Los objetivos planteados por la institución son retrasar el deterioro, mejorar el rendimiento cognitivo y funcional, evitar la desconexión del entorno, dar seguridad a la persona, estimular la propia identidad y autoestima, minimizar el estrés, incrementar la autonomía personal en actividades de la vida diaria y aumentar la calidad de vida del paciente y sus familiares. Establecer una buena adaptación a la institución es una de las prioridades, ya que la misma será la base para establecer el acercamiento paciente-terapeuta. Se ha de tener informada a la familia y si fuera necesario intervenir dando soporte emocional.

La intención de este trabajo fue describir y determinar a través de las diferentes intervenciones cognitivo-conductual que eventos de su entorno influyeron en las emociones y conductas de Manuel, 93 años, viudo hace tres años. Hasta su institucionalización vivía con una cuidadora informal en su departamento, su única hija está radicada en Estados Unidos, y su estado de salud orgánica estaba muy deteriorado. En la admisión a través de una evaluación neuropsicológica se diagnosticó *deterioro cognitivo global leve*.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

El objetivo del presente trabajo es describir las características de la red social personal y su influencia en las emociones y conductas de un adulto mayor institucionalizado que presenta deterioro cognitivo leve.

2.2 Objetivos Específicos:

- Describir los indicadores del deterioro cognitivo leve y el diagnóstico diferencial en personas con demencia.
- Analizar la influencia de la red familiar en las emociones y conductas de un adulto mayor con deterioro cognitivo leve.
- Describir desde el modelo cognitivo-conductual las técnicas de Psicoeducación y Reestructuración de un adulto mayor institucionalizado que presenta deterioro cognitivo leve.

3. PERSPECTIVA TEÓRICA

La vejez no es algo que ocurre de repente, se trata de un cambio que se va produciendo gradualmente, es un proceso normal de la vida, la cual puede llegar a ser un camino hacia la sabiduría o por el contrario hacia la declinación de la persona. Estos cambios no se presentan en forma uniforme en todas las personas. La diferencia no está dada solamente por la diversidad orgánica, sino también por la estructura psíquica de cada persona y la manera como se posiciona frente a las vicisitudes del envejecimiento, lo cual implica que en él intervendrán gran cantidad de variables o factores (Carretero y cols., 1991).

Podemos encontrar algunas aproximaciones teóricas para la intervención cognitiva en adultos mayores en determinado momento de este proceso de envejecimiento para

mejorar su estado emocional y comportamental. Al ingresar a una institución se ha de realizar una evaluación neuropsicológica para detectar su rendimiento cognitivo y funcional. Detectar una alteración neuropsicológica como es el deterioro cognitivo leve antes que desarrolle una demencia, y poder alargar con medicación e intervenciones cognitiva-conductual este primer estadio, y lograr una mejor calidad de vida.

El subcomité de Evaluación de Terapéutica y Tecnológica de la Academia Americana de Neurología (1996) “sostuvo que la evaluación neuropsicológica es de gran ayuda en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencias, siendo particularmente valiosa para discriminar entre envejecimiento normal y demencias leves” (Allegri, Harris & Drake, 2002, p. 2). El objetivo es el diagnóstico, manejo del paciente, planificación de sus cuidados, evaluar la efectividad de un tratamiento y estrategias farmacológicas y no farmacológicas.

3. 1 Demencia. Definición y Características. DSM-IV

El término demencia implica históricamente un curso progresivo e irreversible. Sin embargo para el Manual de Diagnostico Mental-IV (DSM-IV) se basa en un patrón de déficit cognoscitivo y no conlleva connotaciones acerca del pronóstico. La demencia puede ser progresiva, estática o en remisión. La reversibilidad de la demencia está en función de la patología subyacente y de la rapidez y disponibilidad de aplicación de un tratamiento eficaz.

En dicho manual se define la demencia como “deterioro de múltiples funciones cognoscitivas, incluida la alteración de la memoria”, sin alteración de la conciencia. Las funciones que pueden estar afectadas son la inteligencia global, aprendizaje y memoria, lenguaje, resolución de problemas, orientación, percepción, atención y concentración, juicio y habilidades sociales. Un diagnóstico de demencia requiere, además, que los síntomas den una alteración en el funcionamiento social, laboral y/o académico respecto al nivel de funcionamiento previo. Se enumeran de acuerdo con su presumible etiología: demencia debida a una enfermedad médica; inducida por sustancias; debida a etiologías múltiples o no especificada para aquellos cuadros clínicos en los que no se pueda determinar una etiología específica que explique los múltiples déficit cognoscitivos.

La característica esencial de una demencia es el desarrollo de múltiples déficit cognoscitivo que incluyen un deterioro de la memoria, además, tiene que tener al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución; pero el síntoma más precoz y prominente es la memoria. En el examen clínico se puede examinar la memoria preguntando al sujeto acerca de su capacidad para registrar, retener, recordar y reconocer información, que se puede evaluar dándole al sujeto una lista de palabras para que se las aprenda, luego se le solicita que repita la lista de palabras para evaluar la capacidad de registro, que la recuerde después de unos minutos para observar la capacidad de retención y recuerdo, y que reconozca palabras de una larga lista para ver su capacidad de reconocimiento. La memoria de largo plazo se puede evaluar preguntando al sujeto si recuerda información personal o material de su interés. Todo esto teniendo en cuenta el impacto que causo en la vida social y actividad del sujeto. Con respecto al lenguaje este puede ser vago o vacío, con largos circunloquios y términos indefinidos. Pueden estar comprometidas tanto la comprensión del lenguaje hablado y escrito como la repetición del lenguaje. Pueden presentar apraxia: deterioro de la capacidad de ejecución de las actividades motoras. Su capacidad para el uso de objetos podría estar deteriorada, así como la actividad constructiva de actos motores, por ejemplo, movimiento de la mano para decir adiós, el sujeto puede presentar déficit para cocinar, vestirse y dibujar. Otra característica a presentar puede ser la agnosia, fallos en la identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta pero ha perdido la capacidad para reconocer objetos como un lápiz, una lámpara. Con mayor gravedad es incapaz de reconocer a sus familiares o a su propia imagen en el espejo. Las alteraciones de la actividad constructiva, de ejecución, son manifestaciones habituales de la demencia y pueden estar especialmente relacionadas con trastornos del lóbulo frontal o de las vías subcorticales asociadas. Afecta el pensamiento abstracto, para planificar, iniciar, secuenciar y detener un comportamiento complejo.

3. 1. 1 Diagnóstico diferencial

El primer paso para llegar al diagnóstico real, es realizar el diagnóstico diferencial, ya que los múltiples deterioros cognoscitivos se suelen asociar a ansiedad, depresión y trastornos del sueño. Las ideas delirantes son frecuentes, las alucinaciones sensoriales, las visuales y, hay que tener en cuenta que los individuos con demencia son especialmente vulnerables a los factores estresantes.

Según la American Psychiatric Association (1994), cuando hay anomalías cognoscitivas y de la memoria se pueden evaluar mediante exámenes del estado mental y pruebas neuropsicológicas. La neuroimagen ayuda a realizar el diagnóstico diferencial de demencia. La tomografía computada o la resonancia magnética pueden revelar la presencia de atrofia cerebral, lesiones cerebrales focales, hidrocefalia o lesiones cerebrales periventriculares isquémicas. La causa más frecuente de demencia es la enfermedad de Alzheimer, seguida por la demencia vascular y, por último, las etiologías múltiples. Otras causas de demencia incluyen la enfermedad de Pick, la hidrocefalia, la enfermedad de Parkinson, la corea de Huntington, lesiones traumáticas cerebrales, tumores cerebrales, anoxia, enfermedades infecciosas, enfermedades por virus lentos, enfermedades endocrinas, deficiencias vitamínicas, trastornos inmunológicos, enfermedades hepáticas, enfermedades metabólicas y otras enfermedades neurológicas.

Es de suma importancia al realizar la evaluación del individuo tener en cuenta la educación y cultura, porque puede que no estén familiarizados con la información que se utiliza en algunas pruebas. Asimismo se estima que la edad de inicio de la demencia depende de la etiología, por lo general es tardía, por encima de los 85 años.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con:

- El *delirium* ya que el deterioro en la memoria se presenta en ambas, la diferencia se da en que mientras los síntomas del *delirium* fluctúan, los de la demencia son relativamente estables.
- El *trastorno amnésico* se caracteriza por un grave deterioro de la memoria, sin otros deterioros significativos de la función cognoscitiva.
- En la demencia debida a *etiologías múltiples* se debe utilizar los distintos códigos según las demencias específicas.
- En la *demencia vascular* existen signos neurológicos focales y pruebas de laboratorio referentes a la enfermedad vascular.
- La *demencia debida a otras enfermedades médicas* requiere la demostración a través de la historia, de la exploración física o de pruebas de

laboratorio apropiadas de que la enfermedad médica está relacionada etiológicamente con la demencia.

- El diagnóstico de la *enfermedad tipo Alzheimer* se hace habitualmente por exclusión tras descartarse otras posibles causas de demencia. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.

- Se codificará *demencia no especificada* cuando no haya suficientes pruebas para determinar si la demencia es debida a una enfermedad médica o a la acción de sustancias. Estos cuadros clínicos deben codificarse como *trastorno cognoscitivo no especificado*.

- Diferenciar la demencia de un *trastorno depresivo mayor*, el mismo puede acompañarse de quejas sobre el deterioro de la memoria, la dificultad en el pensamiento y la capacidad de concentración y de reducción global de la capacidad intelectual. En personas mayores a menudo es difícil determinar si los síntomas cognoscitivos se explican mejor por la demencia o por el episodio depresivo mayor.

- La demencia debe diferenciarse del deterioro fisiológico de las funciones cognoscitivas que se produce con el envejecimiento (como el déficit cognoscitivo relacionado con la edad). Para el diagnóstico de demencia tiene que haber pruebas evidentes que demuestren que el deterioro cognoscitivo y de la memoria es mayor que el que se espera debido al proceso normal de envejecimiento, y si los síntomas provocan un deterioro de la actividad social, laboral y/o académica.

3. 1. 2 Algunas aproximaciones a la demencia

En Argentina existe un elevado porcentaje de sujetos mayores de sesenta años aproximadamente 12,5% de la población y para el dos mil veinticinco se espera que sea igual al 16 %. La expectativa de vida para los sujetos de sesenta y cinco años es aproximadamente 14,3 años más.

Un estudio realizado por el INSSJP (1998), reportó que de cuatrocientos ochenta y cuatro sujetos estudiados los cuales no referían experimentar trastornos cognitivos, a través de la aplicación del test de Pfeiffer, concluyeron que sesenta y nueve personas presentaban

deterioro cognitivo. Por lo que entre el 9.2% y el 10,9% de la población mayor de sesenta años puede tener un cuadro demencial. Dada la pirámide invertida en nuestra población el porcentaje de sujetos con demencia es alto y semejante al de países desarrollados (Mangone, Arizaga, Allegri & Ollari, 2000).

Hay determinados criterios que caracterizan el envejecimiento normal del patológico. Según Famulari (1999), en un sujeto normal, hay menor quejas subjetivas, ausencia de fallas en la evaluación objetiva a través de una evaluación neuropsicológica, ausencia de enfermedad del sistema nervioso central (SNC) que causen empeoramiento cognitivo, ausencia de fármacos que causen variabilidad en el rendimiento intelectual, ausencia de antecedentes de injuria cerebral por ejemplo haber padecido un accidente cerebro vascular o un traumatismo encefalocraneano (TCE). El autor ubica a las demencias en el envejecimiento patológico donde la alteración de la memoria genera alarma en los adultos mayores, ya que este trastorno cognitivo es una de las características más sobresaliente en las demencias. Para el diagnóstico de un síndrome demencial hay que tener en cuenta los siguientes criterios:

- La demencia es un síndrome que no connota etiología alguna
- Alude a un déficit adquirido, que no concuerda con los estados de naturaleza congénita y tampoco con su funcionamiento cognitivo-conductual previo
 - Para su diagnóstico se requiere el compromiso simultáneo de más de un dominio cognitivo
 - Tiene que estar presente la dificultad para mantener una adecuada relación social, familiar, laboral y/o académica
 - Para su diagnóstico se requiere que el paciente se encuentre vigil y alerta
 - El diagnóstico debe apoyarse en una evaluación neuropsicológica lo más amplia posible y efectuada con instrumentos reconocidos y validados.

Para González y Ramos (1995), “la demencia no es sinónimo de envejecimiento, ni siquiera de vejez”. En un mundo tan estresado, pequeños olvidos son normales a medida que envejecemos, los cuales no tienen que interferir en nuestras vidas. Una pérdida severa de memoria no debe ser considerada jamás una característica normal del envejecimiento.

Las quejas de pérdida de memoria son muy frecuentes en el adulto maduro y en el anciano, constituyendo un trastorno subjetivo que depende del estado emotivo, nivel

cultural, concepto de envejecimiento y demás (Gómez Romero, 1991, citado por Gonzales & Ramos, 1995).

Estos autores describen algunos conceptos fundamentales de las demencias, como que no son una consecuencia natural del envejecimiento, sino que están causadas por enfermedades específicas e identificables, proponen la realización de un diagnóstico para identificar las enfermedades que no son curables hasta la fecha.

3.2 Deterioro Cognitivo Leve

Harris, Drake y Allegri (2001), mencionan que el deterioro cognitivo es mínimo en sujetos con buena salud sobre todo antes de los setenta años, que suelen sufrir un declive especialmente para ciertas capacidades cognitivas, pero este declive no afecta a todas las personas y tampoco a todas las capacidades. Describen el recorrido de ciertos autores hasta llegar al deterioro cognitivo leve:

- Kral y cols. (1962) utilizaron el término *olvido benigno de la senectud* para denominar a aquellos individuos que si bien presentaban alteraciones mnésicas que afectaban su desempeño en la vida cotidiana, no progresaban hacia formas más severas de deterioro intelectual. Esta entidad nunca fue definida desde el punto de vista operacional con pruebas neuropsicológicas ni validada por estudios longitudinales.

- Luego surgió el término *deterioro de memoria asociado a la edad* donde se incluía a sujetos mayores de cincuenta años con quejas de pérdida de memoria con un rendimiento en las evaluaciones neuropsicológicas de un desvío por debajo de la media en comparación con sujetos jóvenes. El concepto pierde utilidad al comparar el rendimiento de sujetos ancianos con sujetos jóvenes (Crook, 1986).

- Y por último surge el concepto de *deterioro cognitivo leve* para referirse a aquellos individuos con trastornos cognitivos que no alcanzaban a ser clasificados como un síndrome demencial. Para diagnosticar un deterioro cognitivo leve tienen que estar presente los siguientes criterios:

1. Queja de pérdida de memoria corroborada por un informante.

2. Deterioro de memoria por debajo de 1,5 desvío en relación con sujetos de la misma edad y educación.
3. Normalidad en el desempeño de actividades de la vida diaria.
4. Ausencia de demencia.

El concepto de deterioro cognitivo leve (DCL) se usa para caracterizar un síndrome clínico que se da en sujetos de la tercera edad. La mayoría de los criterios desarrollados para caracterizar el DCL requieren la presencia de trastornos de memoria. Se podría decir que los criterios actuales para el diagnóstico de DCL siguen dos modelos conceptuales: uno asociado sólo con déficit de memoria y el otro, vinculado a una gama más amplia de perturbaciones como memoria y otras áreas de la cognición (López, 2003).

Cuando se ha detectado en el diagnóstico un deterioro cognitivo leve es necesario realizar un seguimiento a la persona cada seis meses o un año.

La diferencia entre deterioro cognitivo leve y demencia, es que en el deterioro cognitivo leve hay alteración de la memoria, pero ésta no altera la vida cotidiana del adulto mayor, mientras, que en la demencia hay alteración de la memoria más dos funciones superiores que afectan el nivel de funcionamiento de la persona en la vida cotidiana (en Harris, Drake & Allegri, 2001).

3. 3 Teorías comportamentales en la vejez

Dentro del proceso de envejecimiento, podemos encontrar algunas aproximaciones teóricas al estudio del comportamiento en la vejez tales como las teorías de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961) y de la actividad (Havighurst, 1963), previas a un tercer modelo más actual que las sintetiza, postulado por Berghorn, Schafer, Steere y Wiserman (1978), (citadas por Fernández Ballesteros, 1990).

La teoría de la desvinculación afirma que el envejecimiento normal se caracteriza por ser un proceso de separación en que el individuo y su entorno desarrollan un rechazo mutuo y que, por lo tanto, el medio idóneo para el anciano sería aquel que hiciera posible o favoreciera dicha separación. Por su parte, la teoría de la actividad establece que existe una relación positiva entre la actividad y el mantenimiento del funcionamiento general y el nivel de satisfacción en la vejez; el entorno calificaría entonces según el grado de actividad que es capaz de producir. En ambos casos se da una explicación del proceso de

envejecimiento que considera los elementos del entorno junto con las características personales identificadas como propias de la vejez. Las limitaciones de estas teorías, probadas empíricamente por diversos estudios posteriores (Madoxx, 1965; Lowenthal y Haver, 1968), llevaron a concluir que el proceso de envejecimiento no es tan sencillo como para ser explicado únicamente por una u otra teoría, proponiéndose el tercer modelo mencionado, que sintetiza las dos anteriores, considerando que tanto la actividad como la desvinculación son mecanismos de afrontamiento, entre los cuales actúa el principio de continuidad a fin de realizar las modificaciones requeridas por el hecho de envejecer.

A posteriori, otros modelos teóricos adoptaron un enfoque interactivo en la explicación de las relaciones persona-ambiente en la vejez, tratando de identificar los componentes personales y ambientales intervinientes (Fernández Ballesteros, 1990).

3.4 Red social personal

Sluzki (1998) hace un recorrido histórico de la palabra “familia”, en su origen denotaba a la servidumbre. Aproximadamente en el siglo XV su significado abarcó a todos los miembros de la familia, en la cual el vínculo era un convenio tácito de protección y lealtad. A medida que se fue haciendo más estable, el término evolucionó hacia el contrato familiar que conocemos. Las familias en las cuales hay sentido de pertenencia y que hoy se estudian, es un constructo contemporáneo en evolución. Evolución que la mayoría profesa, esa conciencia evolutiva que está unida al ciclo vital, evocando conjuntos consensuales, legales, culturales y, también emocionales.

Según el autor el vínculo familiar persiste si las personas de ese núcleo están ligadas por ese vínculo y, en tanto, las personas de su red sean significativas.

La red social de una persona es todo aquello con lo que interactúa, además, contribuye sustancialmente a su propio reconocimiento como individuo, constituyendo una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad.

Sluzki (1998), destaca el concepto de red social desarrollado por varios autores como Kurt Lewin (1952) y su teoría del campo; Jacob L. Moreno (1951) creador del sociodrama para desarrollar un mapa de la red de relaciones; John Barnes (1954, 1972) pionero en un estudio acerca de redes informales y formales, familiares y extrafamiliares; Elisabeth Bott (1957) desarrolló metodologías para analizar las prácticas de interacción

informal de la red familiar extendida; Erich Lindermann (1979), el creador de la “teoría de crisis”, escribió sobre la posición central de la red personal-familiar y extrafamiliar.

Luego siguieron otras investigaciones epidemiológicas que confirmaron la correlación positiva entre red social y salud. Diversas investigaciones han demostrado que ante manipulaciones médicas - medido con electrocardiogramas y otras variables fisiológicas- la reactividad es mucho menos cuando el paciente está acompañado por familiares que cuando está solo con el médico. Una primera evidencia acerca de esta correlación fue aportada por el estudio de Durkheim (1897) sobre el suicidio, donde demostró que hay mayor probabilidad de suicidio en los individuos más aislados socialmente, que en los que poseen una red social más amplia e integrada (citado por Sluzki, 1998).

La red personal está constituida por la familia, amistades, relaciones laborales, de estudio, los servicios en la comunidad de salud y/o religión. Por supuesto que las relaciones familiares son las más íntimas, donde el individuo se siente reconocido, “constituyendo una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis” (Sluzki, 1998).

Con respecto a la red social de los adultos mayores, se ha observado que los miembros comienzan a evitar el contacto para evitar la sobrecarga, ya que la red se reduce por “debilitamiento o muerte de sus habitantes”, y por falta de renovación, porque las oportunidades y la motivación para renovar la red social se va disminuyendo progresivamente. Por lo cual, la gente mayor se va replegando cada vez más en las relaciones familiares, más allá de los vínculos familiares que hayan logrado. La reducción drástica de la red social en la vejez realza y sobrecarga el valor de las relaciones que quedan. Por lo general, las pérdidas que acompañan la vejez tienden a ser minimizadas por nuestra cultura, por los trabajadores de la salud mental y por los pacientes mismos.

Dentro de la estructura de las redes, las redes medianas son más efectivas que cuando la composición de la red está centrada solamente en la “familia”, son menos flexibles y efectivas. Igualmente, cuando hay distancia geográfica en los miembros, esto afecta la sensibilidad de la red como la eficacia y velocidad de respuesta ante las situaciones de crisis. Asimismo se considera funciones de la red, cuando ésta puede cumplir

determinadas funciones como: de compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, regulación social, ayuda material y de servicios, y acceso a nuevos contactos (Sluzki, 1979; 1998).

Para Henry y Stephens (1977), los sujetos superan los cambios negativos a través de la calidad de sus redes de comunicación, y su capacidad de manejar situaciones sociales (citado por Fernández Ballesteros, 1990).

Fernández Ballesteros (1989) destaca los hallazgos del trabajo longitudinal realizado por Berkman y Syme (1979) que vinculan salud con recursos sociales, mostrando una asociación inversa entre recursos sociales y mortalidad en individuos de más de setenta años; también menciona las propuestas de Cassel (1974), que atribuyen a las relaciones sociales próximas de los individuos, funciones protectoras contra la enfermedad.

A su vez, estas investigaciones se ven corroboradas con estudios más recientes como los publicados por Nebot y Cols (2002) y la CEPAL (2003) que estudiaron respectivamente el efecto protector del apoyo social sobre la mortalidad en población anciana (estudio longitudinal), y las redes de apoyo social de las personas mayores.

Con todo lo expuesto, podemos considerar a la red social personal como un factor importante dentro del proceso de envejecimiento, ya que condiciona la evolución del mismo en las personas mayores.

3. 5. Terapia cognitiva

La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas, donde los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino, más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones (Beck, 1964; Ellis, 1962; citado en J. Beck, 2000).

Las terapias cognitivas, incluyen pensamientos, lenguaje interior, fantasías, creencias, valores y demás (Beck, 1973,1979), siendo uno de los principales representantes de ésta corriente, resalta tres aspectos básicos en los que se debe apoyar la psicoterapia cognitiva: la conducta y los afectos en los cuales intervienen procesos cognitivos, la conducta y los afectos maladaptativos que se correlacionan con los procesos cognoscitivos, y la tarea que debe cumplir el terapeuta en identificar dichos procesos cognoscitivos

maladaptativos y, en su lugar proporcionar experiencias de aprendizaje que los modifiquen (citado en Krassoievitch, 1993).

Asimismo, la teoría del aprendizaje resalta el modelo de reciprocidad triádica, donde las variables conducta, personalidad y situación están en interacción permanente. La conducta es una función de la personalidad interactuando en una situación determinada. Las condiciones modifican situaciones del mundo externo, pero, al mismo tiempo, las situaciones modifican nuestro modo de actuar. En este modelo se concibe el modo de pensar del ser humano, donde, examinar la interacción entre pensamiento y acción es examinar las concepciones, creencias, autopercepciones, e intenciones que dan forma a la conducta (Bandura, 1983).

Por este motivo, cuando las metas y la identidad del adulto mayor se ven seriamente afectadas aparece la anomia que lleva a la desadaptación y la enajenación. La anomia psicológica se expresa por un sentimiento de falta de metas, ansiedad y soledad. De hecho, cuando se presenta una contradicción entre las metas personales y las oportunidades sociales para alcanzarlas, el individuo puede caer en desequilibrios conductuales y emocionales. Este estado de anomia en el adulto mayor, suele acompañarse de rumiaciones nostálgicas referidas al pasado, apatía y de rechazo al compromiso con nuevas interacciones sociales (Krassoievitch, 1993).

Según J. Beck (2000), las creencias influyen en la forma de ver una situación, y esa visión a su vez influye en el modo como piensa, siente y se comporta la persona. Esto se origina en las primeras etapas del desarrollo, al tratar de organizar su experiencia coherentemente para adaptarse al entorno que lo rodea (Rosen, 1988; en J. Beck, 2000). Estas interacciones con el mundo externo llevan a la persona a ciertos aprendizajes que van a ir conformando sus creencias. Estas creencias disfuncionales pueden ser desaprendidas y en su lugar se pueden aprender otras creencias más reales y más funcionales con la realidad presente de la persona, que puedan ayudarlo a adaptarse y lograr una mejor calidad de vida.

Para Mahoney y Freeman (1988), lo primordial de la evaluación clínica, está puesto en lo racional y se dirige a la identificación y al cambio de las creencias desadaptativas. Para ello, cobra importancia la tarea de identificar las estructuras y los procesos a través de los cuales los pacientes construyen e interpretan su existencia cotidiana. Para acercarse a este cambio debe utilizarse una buena dosis de inducción a la

relajación basada en el logro de la confianza, interrumpiendo los informes del paciente para iluminar y/o motivar los temas significativos. El equilibrio que se busca, se localiza más a menudo en los procesos emocionales. Durante mucho tiempo se ha reconocido a la activación emocional como un facilitador del cambio de creencias (Frank, 1973; Nichols y Zac, 1977; Sargant, 1957; citado por Mahoney & Freeman, 1988).

Según Raimy (1988), lo único esencial para la terapia cognitiva es el intento de descubrir y cambiar aquellos conceptos erróneos que, según se cree, son centrales para los problemas del cliente y, estos conceptos son los instrumentos psicológicos que se utilizan para organizar y manejar no sólo el mundo externo, sino también los pensamientos y sentimientos del paciente. No obstante, los conceptos falsos van a entorpecer probablemente, tanto el mundo interno como externo, porque son mapas o guías erróneas y, los conceptos erróneos pueden producir fracasos y rupturas en todos los campos, incluyendo la vida social.

En la terapia cognitiva, el trastorno es entendido como una forma distorsionada donde operan ciertas ideas, razones y creencias. Las cuales hacen sufrir a la persona por la tendencia a cometer errores en la interpretación de los distintos sucesos, y los trastornos emocionales como consecuencias de esas alteraciones cognitivas (Fernández Álvarez, 1998).

3. 5. 1 Enfoque cognitivo-conductual

Las hipótesis de trabajo de la terapia cognitivo-conductual se basa en los patrones de pensamientos distorsionados o denominados distorsiones cognitivas, que ejercen un efecto adverso sobre las emociones y conductas de la persona. Para cambiar o flexibilizar estas conductas desadaptativas, evitativas, de distorsiones cognoscitivas y de errores habituales, la terapia cognitivo-conductual utiliza técnicas de modificación de conducta y procedimientos verbales. Por medio de intervenciones psicoeducativas se puede trabajar la reestructuración cognitiva, modificando las emociones negativas y, la puesta en práctica de nuevas modalidades de conducta para una mejor calidad de vida del paciente.

El modelo cognitivo-conductual basa su práctica en la terapia breve; centrada en el problema presente del paciente para darle una solución; tiene carácter preventivo; tanto el

paciente como el terapeuta colaboran activamente; el proceso incluye tareas de autoayuda; el enfoque es altamente didáctico, con lo cual el paciente quedará entrenado para enfrentarse a futuros problemas (Oblitas & Contreras, 2005).

Según Wainstein (2000), el reenmarcamiento es una sutil técnica de persuasión que pone el acento en las creencias que tienen las personas acerca de los problemas que los aquejan, asignando una connotación positiva a conductas negativas, un ejemplo clásico es señalar la media copa llena en vez de la media copa vacía.

Para la corriente psicodinámica “en la reminiscencia interviene una serie de mecanismos psicológicos, defensivos, adaptativos y protectores, lo que hace que los diferentes ancianos la utilicen de acuerdo a su personalidad” (Krassoievitch, 1993).

A través de un estudio McMahon y Rhudick (1973) demostraron que la reminiscencia tiene durante el envejecimiento un efecto adaptativo, tanto en las condiciones externas como internas, proporcionando un efecto protector contra la ansiedad y la depresión. El recordar experiencias anteriores de la vida permite mejorar el estado de ánimo frente a la disminución de la capacidad física e intelectual (en Krassoievitch, 1993).

3.6 Institucionalización

El ingreso a una institución puede suponer uno de los cambios capaces de generar más estrés en los adultos mayores, debido que en la mayoría de los casos no desean estar allí, y repiten su deseo de volver a sus hogares, donde se sienten conviviendo con sus pertenencias y sienten que es su lugar. El ambiente de la institución les es extraño como artificial, en el que el adulto mayor es un extraño, un total desconocido (Pszemiarower & Pszemiarower, 1999).

El Instituto de neurociencia Buenos Aires (2006), realizó un estudio comparativo con adultos mayores argentinos institucionalizados, y no institucionalizados con respecto al estrés, los estilos de afrontamiento, la influencia del contexto en el cual se encontraban y con qué estrategias les hacían frente a las situaciones percibidas como amenazantes. La conclusión del estudio dio como resultado que los adultos mayores que vivían en sus domicilios pudieron resolver y hacer frente a las situaciones estresantes mucho mejor que los adultos mayores institucionalizados (Stefani & Feldberg, 2006).

Según Palmore (1988) uno de los estereotipos más extendidos o creencias irracionales sobre la vejez es que la mayor parte de los adultos mayores habitan en residencias. Cuando vivir en su domicilio o trasladarse a una residencia son alternativas que pueden considerarse después de los sesenta y cinco años. Sin embargo, mientras que para algunos la opción es libre, para otros se convierte en una necesidad injustificable: una enfermedad crónica, alguna discapacidad funcional, o la soledad, son algunas de las razones que obligan al adulto mayor a dejar su hogar, esto parece ser vivido con mucho dolor (citado por Fernández Ballesteros & Zimarrón, 1998).

Parece que los efectos del ingreso a una residencia comienzan a sentirse en el mismo momento de la institucionalización, ahí ya es considerado por el adulto mayor como una amenaza. El autor lo llama “síndrome del primer mes”, a estos primeros esfuerzos que hace el paciente para adaptarse a este ambiente nuevo y desconocido. Muchos adultos mayores sufren un proceso confusional mientras que otros continúan un progresivo deterioro hasta el momento de la muerte (Tobin, 1989; citado en Salvarezza, 1998).

Por todo lo expuesto, se puede considerar que el lugar más beneficioso para transitar esta última etapa de la vida, es la familia, donde el adulto mayor debe sentir el apoyo, contención y mucho afecto.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudio:

Descriptivo transversal.

5. PARTICIPANTE

Un adulto mayor institucionalizado, de 93 años. Presentó al momento de admisión un deterioro cognitivo global leve, resultado de la evaluación neuropsicológica. (Ver anexo)

5. 1 Instrumentos:

El “Mini-Mental State Examination” de Folstein (1975) consta de una serie de tests que evalúan orientación autopsíquica en tiempo y espacio; memoria de corto y largo plazo, fijación y recuerdo diferido; atención; lenguaje, comprensión verbal y escrita y habilidad visuoespacial. Se utilizó el “Mini-Mental State Examination” en español, Normas para Buenos Aires de (Butman et al., 2001).

El test del reloj, según Gigena, Mangone, Baumann, DePascale, Sanguinetti y Bozzola (1993), evalúa visuoespacialidad, praxia constructiva, el contenido y procesamiento del código específico de la hora, los procesos de transcodificación semántica y la programación frontal.

Pruebas de Fluencia Verbal Semántica y Fonológica en Español Normativas en Argentina por Butman, Allegri, Harris y Drake (2000), son usadas para evaluar la capacidad de almacenamiento semántico, la habilidad de recuperación de la información y la integridad de las funciones ejecutivas.

Ficha de Evaluación de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, Lawton y Brody (1969), adaptada para adultos mayores institucionalizados, para la evaluación del deterioro funcional según la severidad del deterioro (Burin, Drake & Harris; 2008).

El Inventario Neuropsiquiátrico (NPI), Cummings et al (1994), validado en español por Vilalta French y cols. (1999). Este inventario fue desarrollado con el fin de recoger información sobre la presencia de síntomas conductuales en pacientes con cualquier tipo de demencia.

La Escala Geriátrica Yesavage (1986), versión abreviada, para valorar la depresión en pacientes ancianos.

5. 2 Procedimiento:

Se llevaron a cabo dos sesiones semanales de una hora y media de duración dentro de la institución, trabajando con el paciente. Las intervenciones se hicieron a través de las técnicas de psicoeducación y reestructuración; técnica de reenmarcamiento y se favoreció la reminiscencia.

Se mantuvo la comunicación familiar a través de la informática.

6. CASO CLÍNICO

6.1 Exposición del caso

El paciente nació en 1916. Se caso a los 28 años. Tiene una hija radicada en el exterior hace cuarenta años. Trabajó hasta los 75 años, momento en que tuvieron que realizarle un triple by pass. Con un buen nivel cultural, ha tenido una vida social-económica muy buena, que le ha permitido viajar por muchos lugares del mundo. Hace aproximadamente tres años enviudó y, hasta la institucionalización vivía con una acompañante que hace años trabaja para la familia.

Ingresó a la institución en 2009, con estado confusional, aceleración del pensamiento y verborrágico. Para determinar el diagnóstico, se combinó información de diferentes fuentes. Se realizó una anamnesis dirigida, examen mental, diagnóstico diferencial, evaluación funcional, y a través de la información dada por la acompañante del paciente se recabo información para conocer el estado mental previo del mismo. La evaluación neuropsicológica se realizó a través del Mini-Mental, el Test del Reloj, la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, Pruebas de Fluencia Verbal Semántica y Fonológica; Ficha de Evaluación de las ABC de Lawton y El Inventario Neuropsiquiátrico (NPI).

- Mini Mental State Examination (MMSE), a través de este test se realizó la valoración cognitiva del paciente, el estado mental general, se evaluó la orientación, el registro de información, la atención y el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la construcción. Las áreas evaluadas fueron: orientación temporal, donde el paciente solamente contestó una pregunta de cinco, estaba desorientado en tiempo; y orientado en espacio y autopsíquicamente; fijación-recuerdo, donde se le nombró tres palabras: pelota, bandera y árbol, y se le solicitó que las enunciara lentamente, luego se le solicitó que las repita varias veces hasta aprenderlas (seis intentos); luego de unos minutos se le solicitó que las repita, o sea, si podía recordar las tres palabras que antes había repetido (evocación), donde falló en una; en atención-cálculo se le solicitó al paciente que reste de a siete a partir de cien, obtuvo tres respuestas correctas sobre cinco; en lenguaje:

nominación: se le mostró un lápiz y un reloj, respondiendo correctamente; repetición: “en un trigal había cinco perros”, respuesta correcta; orden de tres comandos: comprensión, se le solicita al paciente que tome un papel con su mano derecha, doblarlo por la mitad y ponerlo en el suelo, pudo realizarlo correctamente; lectura: se le solicita que lea la siguiente orden (escrita previamente), y la obedezca, no debe decirlo en voz alta (este ítem del test se debe explicar solamente una vez), “Cierre los ojos”, se repitió una vez más la orden, se lo noto lento en el procesamiento de la información; escritura: se le solicitó que escribiera una frase (con sujeto y predicado) obteniendo buen resultado; en la copia de los pentágonos intersectados donde debía estar presente los diez ángulos, no obtuvo puntaje. La puntuación total fue de 20/30, por debajo del valor de corte, donde en 24 ó menos hay sospecha patológica.

- Test del Reloj: es una evaluación rápida y sensible del deterioro incipiente. En este caso se aplicó el test del reloj “a la orden” y “a la copia”. A la orden se le solicitó al paciente que dibujara un reloj, con tranquilidad, prestándole toda la atención posible. Se le dio una goma para que pueda rectificarlo y se le indicó que lo hiciera en los siguientes pasos:

1. Dibujar la esfera, redonda y grande
2. Ahora coloque dentro de ella los números correspondientes a las horas del reloj, cada uno en su sitio
3. Ahora dibuje las agujas del reloj, marcando las once y diez.

En este ítem el paciente no logró realizarlo correctamente.

El test del dibujo del reloj “a la orden” y “a la copia” proporciona información acerca de diversas áreas cognitivas activadas en la ejecución de esta prueba que corresponden a funciones cognitivas como: organización viso-espacial y orientación, conceptualización de la hora y conocimiento semántico, atención, concentración y planificación de la tarea, donde intervienen las funciones ejecutivas y praxias motoras. Se considera el test como positivo porque el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y agujas) es menor a 6. Las funciones ejecutivas, viso-construcción, aprendizaje y memoria son las más alteradas.

- Test de Fluencia Verbal: este test evalúa el pensamiento flexible, implica también la capacidad creativa y de productividad cognitiva. De ambas modalidades (semántica y fonológica), la fluencia fonológica es la que más requiere del funcionamiento ejecutivo, dado que la evocación de palabras se realiza habitualmente de acuerdo a un criterio semántico, por lo cual una búsqueda por criterio fonológico sería una actividad nueva, no-rutinaria, de mayor exigencia. La prueba de fluencia verbal fonológica se trata de una tarea compleja, donde intervienen procesos lingüísticos, mnesicos y ejecutivos. Ambas pruebas neuropsicológicas brindan información acerca de la capacidad de almacenamiento del sistema mnésico semántico, la habilidad para recuperar información guardada en la memoria y la organización de las funciones ejecutivas, particularmente a través de la capacidad de organizar el pensamiento y las estrategias utilizadas para la búsqueda de palabras. Esta capacidad de generar palabras refleja la actividad de las regiones cerebrales frontal (funciones ejecutivas) y temporal (sistema mnésico semántico) del hemisferio izquierdo. En fluencia verbal semántica se le solicitó al paciente que evocara la mayor cantidad de animales en un minuto, donde respondió 8/10; y en fluencia verbal fonológica aquellas palabras que se inicien con la letra “p”, con resultados: 0.

- Escala de Depresión Geriátrica Yesavage: se utilizó la versión abreviada que consta de quince preguntas afirmativas/negativas, para valorar la depresión en pacientes ancianos. El paciente contestó catorce de las quince preguntas, lo cual indica una clasificación normal.

- Ficha de Evaluación Instrumental de la Vida Diaria: está adaptada para adultos mayores institucionalizados, para la evaluación del deterioro funcional. Se le solicitó al paciente que contestara una serie de preguntas en presencia de su acompañante, para saber si el paciente era totalmente dependiente o no, donde las preguntas apuntan al desempeño en la vida diaria como: hacer uso del servicio; comer sin asistencia; vestirse y desvestirse, con mínima asistencia en el afeitado; deambulación a veces sólo y otras veces acompañado; en la higiene diaria se lava la cara y manos por sí mismo, pero necesita ayuda para el resto del cuerpo. El total del puntaje fue de 18/24: semidependencia con asistencia mínima.

- Se utilizó el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI), para recoger información sobre la presencia de síntomas conductuales en el paciente, estos cambios conductuales observados tienen que haber estado presentes durante el último mes en forma constante. La información se obtuvo a través de la cuidadora que conocía bien al paciente y vivía con él hasta el momento de su institucionalización. Cada una de las áreas exploradas incluye una pregunta exploratoria. Si se contesta de forma negativa se pasa a la siguiente pregunta, y si la respuesta es afirmativa se explora la frecuencia (en una escala de 4 puntos; donde 0=ocasionalmente, 1= a menudo, 3=frecuentemente, y 4= muy frecuentemente e intensidad (en una escala de 3 puntos; 1= leve, 2= moderado, y 3= severo) de la alteración. La puntuación de cada subescala se obtiene multiplicando el valor de la frecuencia por el de la intensidad del síntoma. Este inventario también cuenta, con una escala para evaluar la sobrecarga de la enfermedad sobre el cuidador. Las áreas alteradas significativamente fueron: depresión/disforia; alteraciones motoras (deambulación) y comportamientos nocturnos.

A través de la entrevista y evaluación neuropsicológica se le diagnosticó deterioro cognitivo global leve. El cuadro estaba acompañado por sintomatología ansiosa, disforia, alteraciones motoras y comportamentales clínicamente significativas. No había indicador de depresión. El paciente era semidependiente, con asistencia mínima. Las áreas evaluadas fueron: orientación personal, espacial y temporal; viso-construcción (a través de la copia de figuras); atención, aprendizaje y memoria; lenguaje (fluidez semántica y fonológica); y las funciones ejecutivas o frontales, ya que se hallan relacionadas con el lóbulo frontal, como: estrategias en la resolución de problemas, planificación, capacidad de razonamiento abstracto, toma de decisiones, regulación de la conducta y flexibilidad cognitiva. El paciente tenía menos afectada la memoria episódica y la recuperación de la información de la memoria semántica; y más alteradas las funciones ejecutivas-frontales y conceptualización. Se lo medicó con Clonazepam, Risperidona y Valcote. Se sugirió realizar nueva evaluación neuropsicológica en seis meses, para controlar la evolución de los síntomas y recontrol farmacológico.

En el diagnóstico de deterioro cognitivo global leve al paciente, se tuvieron en cuenta los criterios de:

- Queja de pérdida de memoria corroborada por la acompañante del paciente
- Deterioro de memoria por debajo de 1,5 desvío en relación con sujetos de la misma edad y educación. En este caso puntual una gama más amplia de perturbaciones en otras áreas de la cognición.
- Normalidad en el desempeño de actividades de la vida diaria
- Ausencia de demencia

El concepto de deterioro cognitivo leve se refiere a aquellos individuos con trastornos cognitivos que no alcanzan a ser clasificados como un síndrome demencial. Es un paso previo, que puede desencadenar en un síndrome demencial, dada la edad del paciente, o no, pero, por este motivo, cuando se ha detectado un deterioro cognitivo global leve es necesario realizar un seguimiento al paciente cada seis meses (Harris, Drake & Allegri, 2001).

El concepto de deterioro cognitivo leve (DCL) se usa para caracterizar un síndrome clínico que se da en sujetos de la tercera edad (López, 2003).

Se tiene en cuenta que la característica esencial de la demencia es el desarrollo de múltiples déficit cognoscitivo que incluyen un deterioro de la memoria, además, tiene que tener al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución. Y requiere que los síntomas alteren el funcionamiento social, laboral y/o académico de la persona con respecto al nivel de funcionamiento previo. En el caso del paciente no se puede hablar de demencia porque el deterioro no alcanza para alterar el funcionamiento social, y además, se tiene en cuenta la edad avanzada de noventa y tres años.

El diagnóstico diferencial es muy importante para diferenciar la demencia de un trastorno depresivo mayor, el mismo puede acompañarse de quejas sobre el deterioro de la memoria, la dificultad en el pensamiento y la capacidad de concentración y de reducción global de la capacidad intelectual. En personas mayores a menudo es difícil determinar si los síntomas cognoscitivos se explican mejor por la demencia o por el episodio depresivo mayor. También debe diferenciarse del deterioro fisiológico de las funciones cognoscitivas que se produce con el envejecimiento, como el déficit cognoscitivo relacionado con la

edad. Para el diagnóstico de demencia tiene que haber pruebas evidentes que demuestren que el deterioro cognoscitivo y de la memoria es mayor que el que se espera debido al proceso normal de envejecimiento, y si los síntomas provocan un deterioro de la actividad social (DSM-IV, 1994).

Después de dos semanas derivan al paciente al área de psicología, dado que se lo observaba aislado, preocupado, triste, ansioso y un poco irritable. Haciendo notar su enojo hacia la hija que fue la que lo internó, manifestando que él no necesitaba estar en ese lugar.

El paciente estaba ubicado en tiempo y espacio, atravesando un envejecimiento con reacciones rígidas, con pocos recursos de afrontamiento y, sobre todo sin el apoyo familiar en esa etapa difícil, ya que su salud orgánica estaba delicada, tenía problemas cardíacos e insuficiencia renal crónica, y a nivel funcional deterioro cognitivo, donde las variables como la institucionalización y la distancia geográfica de sus familiares fueron gradualmente agravando el cuadro. En cuanto a la red social del paciente estaba drásticamente reducida, debido a su edad, había sobrevivido a su amistades, parientes y su única hija no vivía en el país. Por lo tanto, las características sobresalientes de la red social estaba constituida en una estructura pequeña, centrada solamente en la familia, más precisamente en su hija, que durante seis meses solamente estuvo con su padre diez días; la distancia geográfica afectó la sensibilidad de la red en su eficacia, y desde la función de red no hubo compañía, ni apoyo emocional en el contacto cara a cara; donde, además, se han inferido ciertas características de familia desvinculada, falta de apoyo, afectividad y poca flexibilidad para comprender el proceso de envejecimiento del adulto mayor. Se pudo inferir falta de atención para cubrir las necesidades afectivas, que le hubieran dado un mayor bienestar al paciente, esto no ayudó y se veía reflejado en sus emociones negativas y conducta agresiva hacia algunos colaboradores de la institución y con su hija. Se observó una red familiar con escaso afecto en cantidad y calidad, con falta de estímulos para satisfacer las necesidades básicas de comunicación e intimidad, y que el adulto mayor interactuara con su familia, ya que ellos formaban el núcleo más significativo de la red, teniendo en cuenta que la misma constituye una de las claves centrales de la experiencia individual, dependiendo de esos vínculos para experimentar las emociones en las crisis y en los procesos de adaptación y cambio, en los cuales se encontraba el paciente.

Para Sluzki (1979), las relaciones familiares son las más íntimas, donde el adulto mayor se siente reconocido, siendo una de las claves centrales de la experiencia de bienestar, competencia y protagonismo para lograr una mejor calidad de vida.

Asimismo, trasladar a un adulto mayor a una residencia es una alternativa que puede darse, sobre todo por la edad del paciente y la falta cercana de una red personal que lo contenga, esto generalmente es vivido con mucho dolor (Palmore, 1988; citado por Fernández Ballesteros & Zimarron, 1998).

A veces, los efectos del ingreso a una residencia son considerados como una amenaza, y muchos residentes sufren un proceso confusional en progresivo deterioro hasta la muerte (Tobin, 1989; citado por Buendía & Riquelme, 1998).

Según Sluzki (1998), algunas investigaciones epidemiológicas confirmaron la correlación positiva entre red social y salud. La reactividad es mucho menos cuando el paciente está acompañado por sus familiares.

Con respecto a la red social de los adultos mayores, se ha observado que los miembros comienzan a evitar el contacto para evitar la sobrecarga, ya que la red se reduce por debilitamiento o muerte de sus habitantes, y por la falta de renovación, porque las oportunidades y la motivación para renovar la red social se va disminuyendo progresivamente. Por lo cual, la gente mayor se va replegando cada vez más en las relaciones familiares. Pero, cuando la red está centrada solamente en la familia y hay distancia geográfica como en el caso del paciente, son menos flexibles y efectivas; por lo general esto afecta a la red, en la eficacia y velocidad de respuesta ante las situaciones de crisis (Sluzki, 1998).

Por todo lo expuesto, se puede considerar a la red social personal como un factor importante dentro del proceso de envejecimiento, ya que condiciona la evolución del mismo en las personas mayores, pero, en este caso, los aspectos emocionales negativos en el paciente mostraron una clara asociación con una red social poco sólida.

En las entrevistas, se observó que el paciente hacía evaluaciones incorrectas de algunos sucesos, con un pensamiento absolutista y creencias ilógicas, esta irracionalidad se expresa en el pensamiento, con consecuencias emocionales y en su comportamiento interfiriendo en su calidad de vida y haciendo más complicado el abordaje. Este abordaje desde el modelo cognitivo-conductual donde las percepciones de los eventos influyen sobre

las emociones y los comportamientos, y tiene que ver con el modo que tiene el paciente de interpretar las situaciones (Beck, 1964; Ellis, 1962; citado por J. Beck, 2000).

En la terapia cognitiva, el trastorno es entendido como una forma distorsionada donde operan ciertas ideas, razones y creencias. Las personas sufren debido a la tendencia a cometer errores en la interpretación que hacen de los sucesos, donde los trastornos emocionales son la consecuencia de esas alteraciones cognitivas y, en este caso agravado por el deterioro cognitivo que se le diagnosticó al paciente (Fernández Álvarez, 1998).

Para cambiar o flexibilizar estas conductas desadaptativas, evitativas, de distorsiones cognoscitivas y de errores habituales, la terapia cognitivo-conductual utiliza técnicas de modificación de conducta y procedimientos verbales; donde por medio de intervenciones psicoeducativas se puede trabajar la reestructuración cognitiva, modificando las emociones negativas y, la puesta en práctica de nuevas modalidades de conducta para que la persona afronte en vez de evitar y obtenga una mejor calidad de vida (Oblitas & Contreras, 2005).

6.2 Pre-entrevista

Pasaron quince días desde la institucionalización del paciente hasta su derivación al área de psicología, se encontraba compensado en tiempo y espacio.

M era un adulto mayor, de pelo blanco, con aspecto cuidado de su persona y vestimenta.

Después del saludo y la presentación inicial, se tomó ubicación en un lugar cómodo. Se le preguntó, si él sabía por qué se encontraba en la institución, a lo que refirió que él estaba en la institución por poco tiempo, hasta que se recuperara, y que cuando su hija viniera, él volvería a su departamento.

Se acordó con el paciente verlo al día siguiente, explicándole el comienzo de un tratamiento psicológico con el fin de poder ayudarlo, para que pueda sentirse mejor. Se le informó que se iba a tratar de hacer todo lo que se pudiera, dentro de las posibilidades, para que tuviera una mejor calidad de vida.

6.3 Entrevistas: 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Aproximadamente a las dos semanas de la intervención farmacológica, estando ubicado en tiempo y espacio, el paciente se dio cuenta que se encontraba en un hogar para ancianos. Él creía que estaba en una clínica. El paciente reconoció que su opinión no tuvo peso en la decisión de ingresar en la institución y habló de engaño, además de lo que implicaba que su familia este lejos. Su úhija hace más de cuarenta años está radicada en el exterior donde formó su familia. M tiene dos nietos varones de los cuales está muy orgulloso, ya que ambos ocupan puestos gerenciales en importantes empresas ; no obstante, mostró su descontento por encontrarse en la institución, asimismo habló sobre lo poco estimulante del ambiente, de la falta de privacidad y libertad, dejando claro que él no necesitaba estar allí, esto fue algo recurrente durante el tratamiento.

En las primeras entrevistas las intervenciones estuvieron enfocadas en:

- Dar prioridad a la escucha con el objetivo de rescatar sus conflictos, creencias y deseos, de este modo poder intervenir y contenerlo, estableciendo un espacio de confianza, donde se establezca una relación cálida y empática.
 - Trabajar la ubicación témporo-espacial.
 - Favorecer la reminiscencia.
 - Reconstruir y/o recuperar redes vinculares con sus familiares separados por la distancia geográfica. Trabajar el proceso de adaptación a una nueva situación, a través de la informática (internet), además, de las llamadas telefónicas cuando el paciente lo crea necesario.

Las creencias disfuncionales pueden ser desaprendidas y en su lugar se pueden aprender otras creencias basadas en la realidad y más funcionales para la persona. La terapia cognitiva en los inicios del tratamiento pone más énfasis en los pensamientos automáticos, que son conocimientos más cercanos a la conciencia, influyen sobre las emociones y luego influyen sobre la conducta que puede llevar a respuestas fisiológicas desagradables.

Las respuestas fisiológicas del paciente, con emociones de ansiedad, miedo e irritabilidad son consecuencia de los pensamientos automáticos. Todo esto tiene que ver con raíces muy profundas como las creencias centrales; pasando hacia las creencias

intermedias donde se encuentran las actitudes, reglas, concepciones; y los pensamientos automáticos donde a través de una situación, aparecen estos pensamientos que son breves y veloces, y además, es posible que no seamos demasiados concientes de ellos, y sólo se tome conciencia de la emoción que los pensamientos automáticos producen, conduciéndonos a reacciones comportamentales desagradables como la reactivación de síntomas fisiológicos (Beck, J., 2000).

Para Acrich (1998), mantener la memoria es una forma de educación permanente y, cuando el adulto mayor pierde su memoria no puede manejarse con autonomía.

Con respecto a la historia de vida o reminiscencia, estas no son posesiones del individuo solamente, sino de las relaciones, producto del intercambio social (Gergen, 1996).

6. 3. 1 Análisis de las entrevistas

Se buscó trabajar siempre en un espacio tranquilo, agradable, respetando las características e interés individual del paciente, cuando se observó que alguna tarea le generaba ansiedad y rechazo, como por ejemplo ir al taller ocupacional, se suspendió. Siempre se manejó la sesión con mucho respeto, buscando un buen clima de relación, poniendo una sonrisa ante cualquier problema. En cada sesión se trabajó utilizando las capacidades preservadas del paciente, estimulándolo, animándolo y sobre todo acompañándolo. Se hicieron las cosas al ritmo adaptado del paciente, con paciencia. Se han hecho notar los éxitos para reforzar su seguridad. Se buscaron los temas de su interés, ya que le gustaba hablar sobre política, la historia de las migraciones, el origen de las familias, leer e ir al cine.

Después de las primeras seis entrevistas un objetivo estaba cumplido, el de cubrir el espacio vacío del residente, sobre todo desde el área psicológica, el *estar* con el paciente y contenerlo, el haber logrado empatía.

Se logró que el paciente junto con su acompañante se comunicara más seguido con su hija por internet, aunque esto a veces resultara un poco complicado, por la insistencia del paciente para que lo sacaran de la institución.

En todas las sesiones, a través de la lectura del diario, se observaba que el paciente estuviera ubicado en tiempo y espacio, ya que son capacidades que se pierden en los casos de pacientes institucionalizados con escaso contacto con el exterior; se comentaban las notas de interés para el paciente, se trataba de favorecer la reminiscencia y temas de su interés.

6.4 Entrevistas: 7 y 8

Técnica de psicoeducación y reestructuración. El objetivo fue aprender a manejar las diferentes situaciones en ese momento de su vida.

- Se le solicitaba trabajar la relajación a través de la respiración y, enseñarle a reconocer su malestar emocional prestando atención a sus pensamientos, (e.g. qué es lo que lo ponía de mal humor o qué situación o evento puntual lo enojaba). Se le dio una tabla como tarea, para ver los patrones de situaciones que desencadenaban la o las conductas.

- Se le hablaba sobre el proceso de envejecimiento, de los cambios físicos y psicológicos.
- Se favorecía la reminiscencia.

En Terapia Cognitiva Conductual la detección y cambio de los pensamientos automáticos es una de las tareas centrales. Lentamente, los pensamientos automáticos van delineando creencias y supuestos básicos como reglas de vida muy poco conocidas por nosotros mismos, pero sobre las cuales las personas armamos nuestra interpretación del mundo y damos sentido a nuestra experiencia cotidiana. Para cambiar los estados emocionales negativos es muy importante aprender a identificar los pensamientos automáticos, pues, son ellos los que anteceden al disparo de las emociones y, en parte, provocan esas emociones negativas (Beck, J., 2000).

En los Adultos mayores al realizar la revisión de vida, aparecen con mayor frecuencia temas referentes a pérdidas, enfermedades físicas, conflictos con la familia,

dependencia y muerte. La dependencia trae como consecuencia una disminución de la autonomía que repercute en forma negativa en la autoestima (Krassoievitch, 1993).

6. 4. 1 Análisis de las entrevistas

El objetivo principal fue identificar y esclarecer los problemas del paciente, para lograr en lo posible el bienestar psicológico, la adaptación a las diversas circunstancias existenciales, la aceptación de cierto grado de dependencia y, realizar alguna actividad significativa, para incrementar el sentimiento de dignidad, así como el control sobre sí mismo y el entorno, tratando de bajar el grado de ansiedad, enojos y juicios negativos que él mismo creaba.

6. 5 Entrevistas: 9, 10 y 11

Técnica de psicoeducación y reestructuración. Se continuó trabajando sobre su malestar emocional. El objetivo fue determinar qué eventos situacionales lo conducían a la activación del enojo.

- Se le propuso hablar sobre los pensamientos que lo ponían de mal humor, o qué situaciones o eventos ocurrían que a él lo enojaban.

La teoría del aprendizaje social de Bandura (1983), resalta el modelo de reciprocidad triádica, donde las variables conducta como función de la personalidad, están permanentemente interactuando con situaciones del mundo externo. Las condiciones modifican situaciones, pero las situaciones modifican nuestro modo de actuar.

Los psicólogos cognitivos que exploran la interacción entre pensamiento y acción examinan las concepciones, creencias, autopercepciones e intenciones que dan forma a la conducta. Lo que la gente piensa, cree y siente afecta a cómo se comporta (en Mahoney & Freeman, 1988).

6. 5. 1 Análisis de las entrevistas

Se lo notaba extremadamente exigente consigo mismo y con el entorno, dado que poseía escasos recursos de afrontamiento que le permitieran hacer frente a las situaciones de frustración, manejándose con agresividad en algunas situaciones. Alternaba entre sentirse culpable de lo que percibía como fracasos y adjudicar a terceros la responsabilidad por sus propias frustraciones. Repetía estereotipadamente las reacciones de enojo, lo cual estaba relacionado con el deterioro cognitivo del paciente.

6.6 Entrevista 12

Por prescripción médica el paciente tuvo que manejarse en silla de ruedas. Estaba esperando que vengan del laboratorio a extraerle sangre para nuevos análisis. La intervención fue acompañarlo y apoyarlo emocionalmente. (Ver anexo)

6.7 Entrevistas: 13, 14 y 15

Técnicas de psicoeducación y reestructuración. El objetivo era reducir el estrés, la ansiedad y los pensamientos negativos.

- Registro de pensamientos verbales, ya que el paciente no quería llevar un registro escrito.
- Se trabajó sobre las emociones de ansiedad y enojo.
- Técnica de relajación a través de la respiración para lograr tranquilizar y bajar la ansiedad del paciente.
- Técnica de reenmarcamiento: se le hizo notar que todo no era tan malo, que tratara de ver la parte positiva de estar en la institución, ya que esto era un tema central en el paciente. Se insistió que en ese momento, su salud necesitaba de mucha atención de los distintos profesionales, y se creía que lo más beneficioso para él, era permanecer en la institución. Se puso énfasis en el afrontamiento de los problemas. Se le dio el ejemplo de la copa.

El paciente se sentía triste y temeroso, porque pensaba: “Que venga mi hija, y me saque de aquí”. Se ha demostrado que las personas en estado de tristeza o miedo tienden a buscar y concentrarse inconscientemente en estímulos amenazantes del ambiente externo.

Pero, si bien el significado otorgado a la situación a través del pensamiento se revela a través de la producción de emociones, el nivel de estrés plantado por el contexto físico y social también resulta de crucial importancia. En este caso un estresor importante para el paciente fue su institucionalización.

6.8 Entrevista 16

No se realizó la entrevista porque al paciente le estaban realizando una transfusión de sangre. Se solicitó autorización del médico y del paciente para pasar a saludarlo.

6.9 Entrevistas 17, 18 y 19

Técnica de psicoeducación. El objetivo fue la socialización para relacionarlo con sus pares y rescatarlo de su aislamiento.

- M fue reacio a intentar una actividad. No asistió al taller ocupacional como se había pactado, entonces se le propuso asistir al taller para realizar alguna actividad que él tuvo que elegir. Aceptó la propuesta.

6.9.1 Análisis de las entrevistas

Se realizó la actividad en el taller ocupacional pero, no le gustó porque había demasiado mujeres. A través de sus palabras se infirió una cultura machista muy arraigada, igualmente realizó una pintura con témperas, comentando que no pintaba desde cuarto grado. Cuando terminó se le propuso que la firmara y pusiera la fecha. Sacando su lapicera enganchada en el bolsillo superior de su camisa, firmó, aclaró la firma y debajo puso la fecha completa.

Los miércoles asistía al cine y al taller para relajación a través de la respiración; de vez en cuando asistía a algún taller que se realizaba en los distintos pisos, como de música o algún juego para la memoria pero, a pesar que no le gustaba participar, se veía como positivo que concurriera a las distintas actividades grupales, para que trabajara la resocialización, favoreciendo la comunicación entre pares, apostando a la revalorización de

sí mismo que confluía indefectiblemente en la valoración del otro, compartiendo un tiempo y espacio real en común.

6. 10 Entrevistas 20 y 21

Técnicas de Psicoeducación. El objetivo fue la relación entre pensamiento, emoción y conducta

- Entrenar en nuevas conductas y pensamientos que iban a promover las emociones positivas
- Se siguió trabajando la integración con sus pares
- Se habló sobre las cosas que le gustaban y las que le disgustaban

6. 10. 1 Análisis de las entrevistas

Comenzó hablando de política, la película que había visto el miércoles pasado, un libro que estaba leyendo y el paseo por el jardín con su acompañante, esto era recurrente en el paciente.

Lo que le disgustaba era estar en la institución, no poder salir y manejar sus horarios. Al finalizar la sesión comentó que llegaba su hija y que iba a hablar con ella para que lo sacara de la institución, ya que él quería volver a su casa.

6. 11 Entrevista 22

M concurrió a la entrevista con su hija, fue una de las pocas veces que se lo vio sonreír. La presentó, agregando: “cómo van sus business”, broma que solía hacer M al encontrarse con la profesional en las entrevistas.

Se acordó con la hija verla el viernes a las 11,00 horas, ya que era el horario que venía para quedarse con su papá.

No se realizó la sesión con M programada para ese día, considerando más importante el espacio de encuentro entre padre e hija.

6. 12 Entrevista 23

Técnica de psicoeducación, el objetivo fue ir relacionándolo con los problemas cotidianos que iban apareciendo, dadas las limitaciones por el estado de salud agravado de Manuel.

- Se habló sobre su estado de salud, estado de ánimo, sobre su hija y su acompañante.

6. 12. 1 Análisis de la entrevista

Se registró una mejoría en el estado de ánimo que se relacionó con la llegada de su hija, así como una mejoría en el estado cognoscitivo y conductual. Se lo notó más tranquilo, menos ansioso, más allá que había comentado que discutía mucho con su hija, se infirió una forma de relacionarse entre ellos, de poca tolerancia, terminando casi siempre en discusiones. El paciente agregó que ella era muy dura y cuando tomaba una decisión era difícil que cambiara de opinión. Esta discusión se había dado en relación al pedido del paciente de dejar la institución. Pero él pensaba que al final iba a firmar para que él pudiera volver a su casa. Comentó que Shirley (su acompañante) no estaba viniendo porque estaba con síntomas gripales.

En la entrevista con la hija, ella comentó que se le estaban practicando nuevos análisis al padre, ya que los anteriores no habían dado bien. Su corazón estaba delicado y no estaba respondiendo bien a su cuadro de insuficiencia renal crónica.

Se le preguntó sobre qué posibilidades había para que M volviera a su casa con su acompañante y, contratar dos cuidadores formales para que estuviera las veinticuatro horas cuidado. Su no fue rotundo, ella no quiso correr el riesgo que su papá se descompensara y la llamaran de urgencia, estando ella viviendo en otro país, haciendo hincapié en su tranquilidad de que estaba bien atendido en la institución. Se la observó apurada y esquiva a seguir conversando, según informó tenía muchas cosas que hacer en esas dos semanas, además tenía programada una entrevista con la coordinadora del lugar. Antes de irse dejó la invitación para la fiesta de cumpleaños que le estaba preparando a su papá .

6. 13 Entrevista 24

Técnica de psicoeducación. Se siguió promocionando conductas más saludables

- M comenzó quejándose de dolor en el pecho, y comentó que estaba triste. Cuando se le preguntó el por qué, al principio respondió que no sabía, pero luego comunicó que la hija no quería sacarlo de la institución por su estado de salud . Comentó que tenía que seguir manejándose con la silla de ruedas y, que le habían puesto barandas a los costados de la cama para que no se levantara sólo al baño, lo que no comentó es que habían comenzado a ponerle pañales. Se le contestó que la hija no podía llevarlo al exterior ya que hay que tener seguro médico y esto a su edad es un trámite casi imposible, además que en sus condiciones de salud, los médicos no le permitirían trasladarlo, ni dejarlo ir a su departamento, porque él necesitaba muchos cuidados de los profesionales las veinticuatro horas. Contestó que su vida se estaba terminando, que ya había vivido demasiado, y que para vivir así era mejor morir. Además agregó que estaba muy molesto y enojado con el personal auxiliar, porque no lo dejaban levantarse sólo para ir al baño. (Ver anexo)

6. 13. 1 Análisis de la entrevista

El paciente presentó un estado de abatimiento derivado de su baja tolerancia a la frustración producido por la impotencia que le producía el hecho de no poder salir de la institución. Se lo escuchó resignado, manifestando un profundo pesar, albergando intensos sentimientos de incertidumbre. Por otro lado, se lo notó triste, pero respondiendo de modo rígido y estereotipado, recurriendo a la impulsividad, que en muchas ocasiones se volvía contra sí mismo (e.g. deslizándose por la cama, y cayendo bruscamente al suelo, para ir al baño sólo). Para la personalidad del paciente que no le permitieran ir al baño sólo y los pañales fue un revés a su autoestima, tenía sentimientos de pena e impotencia frente a sus limitaciones, y una exigente necesidad de autonomía que sentía que iba perdiendo.

6. 14 Entrevista 25

No hubo sesión. La institución suspendió todas las pasantías, acompañantes y cuerpo de voluntarios, por la gripe A H1N1, hasta nuevo aviso.

Pasaron dos semanas y se recibió un email de la hija de M. (Ver anexo)

La acompañante de M. solicitó la presencia del área de psicología, ya que M estaba en coma. Se lo acompañó hasta el último momento, en que falleció.

CONCLUSIÓN

En la era de las comunicaciones paradójicamente prolifera la incomunicación. La tecnología permite salvar distancias físicas, pero no salva a las personas de la distancia emocional ni de la soledad. Un componente importante de la salud mental radica en la posibilidad de construir y sostener vínculos sociales. Y dentro de esos vínculos nos encontramos con la red social personal, con un núcleo significativo de afectos, donde el apoyo familiar se hace indispensable en ciertos momentos críticos de la vida de las personas, para lograr el bienestar psicológico, con emociones que ocupan un lugar importantísimo para mantener el equilibrio necesario en el continuum salud-enfermedad. Esta distancia emocional, producida por los cambios introducidos en la familia, pasando del grupo patriarcal en el que convivían con sus mayores, al grupo de familia “nuclear” o “atomizada”, donde el egoísmo y el individualismo caracteriza a los seres humanos de esta sociedad moderna, la cual pareciera no disponer de tiempo para los adultos mayores. Y esta distancia lo alcanzó a M, en un momento difícil de su vida, una distancia geográfica que no le dio respiro, que no lo salvó del impacto psicológico causado por la institucionalización. Un cambio que le generó demasiado estrés, debido a que no deseaba estar allí, repitiendo incesantemente su deseo de volver a su casa, donde estaban sus pertenencias, sus recuerdos y donde él percibía que era su lugar, y no este ambiente que le fue extraño, como artificial, en el que él mismo era un extraño.

En esta institución, en la cual la estructura física del lugar está muy bien adaptada para las necesidades del adulto mayor; donde el cuerpo médico, taller ocupacional, enfermeras, servicio de mantenimiento y limpieza cumplen eficazmente su tarea; no así, los auxiliares de enfermería que son los que más tiempo atienden las necesidades del adulto mayor, no están preparados lo suficiente para atender a determinados pacientes y, la persona que está a cargo de este personal, no está lo suficientemente capacitada para tener gente a cargo. Pero la gran ausencia por los diferentes pisos se observó en el área psicológica, donde no se atiende suficientemente al adulto mayor como propone la institución, siendo que es un área muy importante por la función de apoyo y contención a

dichos pacientes. Es necesario que el principal objetivo sea el apoyo psicológico a los adultos mayores.

No en vano Krassoievitch (1993), dice que en lo posible la institucionalización del paciente debe evitarse, ya que el medio más adecuado para el adulto mayor es la familia, y se ha demostrado que el entorno institucional provoca en los dos o tres primeros años una gran mortalidad.

No quedan dudas que la institucionalización produce efectos no deseados sobre los adultos mayores, producto del cambio y del desarraigo. Cualquier institucionalización para un adulto mayor significa una prueba psicológica tremenda, la cual se vive como una despedida del pasado, asociado a un sentimiento de humillación; así se infirió que lo vivió Manuel.

Por todo lo expuesto, a la pasante le resultó difícil transmitir lo que sucedía en la sesión, a veces no eran las palabras del paciente durante la intervención sino el tono en que fue dicho, el gesto o la mirada que la acompañó. Y otras veces lo que no decía, pero que se infería a través de su conducta.

Al mismo tiempo, reconociendo las limitaciones que se tienen acerca de los procesos psicológicos y biológicos de la mente humana, sería lógico reflexionar mucho más a la hora de aplicar un tratamiento. En el escaso recorrido por esta tarea, se ha tratado de ver al paciente desde un punto de vista más biopsicosocial, teniendo prioridad lo relacional. Con esto se deja entrever que los pacientes son personas inmersas en una familia y en una sociedad que les aportan las bases de las futuras relaciones, estableciéndose un modelo de relación. Desde allí se puede comenzar a pensar en el paciente como un individuo separado del resto pero en constante contacto con el medio.

Además, se sabe que no todas las personas tramitan de la misma manera la angustia que genera el envejecimiento. Depende de los recursos de afrontamiento de cada uno y la actitud frente a la vida. Reconocer la propia angustia permite su elaboración y la puesta en marcha de los mecanismos necesarios para compensar las pérdidas con ganancias, lo cual nos permitiría un envejecimiento normal. Se observó permanentemente la recurrencia de abandonar la institución y las discusiones con su hija referido a este tema. La falta de consideración y flexibilidad de la hija es el reflejo del cambio del rol en la familia.

Lamentablemente no alcanzaron las intervenciones ni el tiempo para crear el espacio donde el paciente pudiera escuchar y ser escuchado acerca de sus vicisitudes de la

tercera edad, y comprobar que uno no está sólo y que a los otros les pasa lo mismo, tratando con esto de facilitar cierto alivio. M rechazó las actividades grupales, no se relacionó con sus pares, prefería aislarse, relacionarse con los profesionales médicos y de psicología. Quizás estos mitos y prejuicios funcionaron en el paciente como una doble vía, desde y hacia el adulto mayor, morador de la misma sociedad, en un mundo atrapado por el predominio de la imagen, el aislamiento y el individualismo.

La tarea que se cumplió en la mayoría de las entrevistas fue la de acompañar y sostener al paciente en momentos de tristeza y ansiedad, por sobre todas las cosas, ya que la salud del paciente estaba muy deteriorada. El objetivo principal fue lograr un vínculo no de dependencia, sino de confianza y escucha, que sintiera que podía contar con la pasante a cargo del tratamiento psicoterapéutico para cualquier imprevisto que surgiera. Se trató que la intervención fuera algo más flexible, basándose principalmente en el día a día, ya que los problemas de salud del paciente no ayudaron. Hubo muchos días en los que no se pudo realizar la entrevista.

La enfermedad cardíaca de M se fue agravando con su estadía en la institución y la falta de cariño de su familia; se dice que el corazón es el cofre de tesoros de los sentimientos como amor y odio, miedo y coraje, duelo y alegría, celos y compasión. El factor emotivo, los afectos, es la disposición interna o el aspecto emocional de la conciencia. La falta del núcleo familiar, la red de apoyo, la cual incluye apoyar y ser apoyado por aquellos que consideramos cercanos a nosotros, nuestra familia y amigos, no estuvo presente.

M murió solo, sin sus afectos más significativos. No pudo o no quiso seguir luchando, la muerte lo alcanzó o él fue al encuentro de ella. Por supuesto que hubiese muerto, ya había superado ampliamente el promedio de vida para un adulto mayor, tenía noventa y tres años, y su salud orgánica ya no respondía al tratamiento. Pero tenía el derecho de elegir dónde y con quién estar acompañado, cosa que no se le permitió. No se escuchó su deseo, ni se respetó su voluntad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acrich Gutman, L. (1998). Posibilidades de intervención frente a los trastornos de memoria asociados a la edad. En L. Salvarezza (Ed.), *La vejez, una mirada gerontológica actual* (pp. 279-292). Buenos Aires: Paidós.

Allegri, R.; Harris, P. & Drake, M. (2002). Evaluación Neuropsicológica. P. Quiroga & G. Rohde (Eds.) *Psicogeriatría. Bases Conceptuales Clínica y Terapéutica Integral*. Santiago de Chile.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, D.C.

Bandura, A. (1983). *Principles of Behavior Modification*. Nueva York, Holt, Rinehart Winston, 1969 (trad. Cast.: *Principios de la Modificación de la Conducta*. Salamanca: Sígueme.

Bandura, A. & Walters, R. (1990). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad* (10^a Ed.). Madrid: Alianza Editorial.

Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.

Butman, J.; Allegri, R.; Harris, P. & Drake, M. (2000). Fluencia Verbal en español normativos en Argentina. Dirección de Capacitación, Secretaria de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Servicio de Neuropsicología (SIREN), CEMIC; Servicio de Neurología, Hospital Británico, Buenos Aires. *Revista Neurológica Argentina* 60:561-564

Butman, J.; Allegri, R.; Harris, P. & Drake, M. (2001). El Mini-Mental State Examination en español. Normas para Buenos Aires. Dirección de Capacitación, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Sección Neuroepidemiología, INSSJP, Buenos Aires. Servicio de Neuropsicología. SIREN, CEMIT y CONICET. *Revista Neurológica Argentina* 26: 11-15.

Carretero, M.; Palacios, J. & Marchesi, A. (1991). *Psicología Evolutiva III*. Madrid: Alianza Psicológica

CEPAL (2003). *Redes de apoyo social en las personas mayores*. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/Población/3/LCG2213P/lclg2213_p2.pdf Recuperado el 3 de Octubre 2010.

Cummings et al (1994). Neuropsychiatric Inventory (NPI). Validado en español por Vilalta French y cols. (1999). En D. Burin; M. Drake & P. Harris (Eds), *Evaluación Neuropsicológica en Adultos (2008)*. (pp 365-366). Buenos Aires: Paidós.

Famulari, A. (1999). El Abordaje Clínico de los Síndromes Demenciales. *Revista Neurológica Argentina*. 24 (1):8-13

Fernández Álvarez, H. (1998). El panorama de la terapia cognitiva. (p.73). *Teoría de la psicoterapia*. Compilador H. Mesones. Buenos Aires: Anaké.

Fernández Ballesteros, R. (1989). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Madrid: Martínez Roca.

Fernández Ballesteros, R. (1990). *Anales de Psicología: Modelos ambientales sobre la vejez*. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v06/v06_2/07-06_2.pdf Recuperado el 17 de Julio de 2010.

Fernández Ballesteros, R. & Zimarrón, M. (1998). Vivir en una Residencia: Algunas Expectativas. 14: (p.333). En L. Salvarezza (Ed), *La Vejez una Mirada Gerontológica Actual*. Buenos Aires: Paidós.

Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones*. Buenos Aires: Paidós.

Gigena, V.; Mangone, C.; Baumann, D.; DePascale, A.; Sanguinetti, R. & Bozzola, F. (1993). El test del reloj. Buenos Aires. *Revista Neurológica Argentina*. 18: 35-42.

Gonzalez, H. & Ramos, F. (1995). Las demencias seniles. En Belloch, A. et al. (1995). *Manual de Psicopatología*; vol.1, 23: (pp. 770-789). Madrid; España: Mcgraw-Hill.

Harris, P.; Drake, M. & Allegri, R. (2001). *Deterioro cognitivo leve: en búsqueda de la predemencia*. Acta psiquiátrica psicológica Am lat. 47(1): 11-20. Buenos Aires.

Krassoievitch, M. (1993). *Psicoterapia geriátrica*. México: Fondo de cultura.

Lawton, M. & Brody, E. (1969). Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. En D. Burin; M. Drake & P. Harris (Eds), *Evaluación Neuropsicológica en Adultos* (2008). Buenos Aires: Paidós.

López, O. (2003). Clasificación del deterioro cognitivo leve en un estudio poblacional. *Revista de Neurología*; 37 (2): 140-144. Barcelona.

Mahoney, M. & Freeman, A. (1988). *Cognición y Psicoterapia. Cognición y desarrollo humano*. España; Barcelona: Paidós.

Mangone, C.; Arizaga, R.; Allegri, R. & Ollari, J. (2000). *La demencia en Latinoamérica*. Rev. Neurol. Argentina. Vol. 25,3 (pp. 6-9). Buenos Aires.

McMahon y Rhudick (1973). Estudio sobre la reminiscencia en el envejecimiento. En M. Krassoievitch (Ed.), *Psicoterapia Geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica.

Nebot, M.; Lafuente, J. & Tomas, Z. (2002). *Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: un estudio longitudinal*. Rev.Esp. Salud Pública. Disponible en:

http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/3/LCG2213P/lclg2213_p2.pdf

Recuperado el 20 de Octubre de 2010.

Oblitas & Contreras (2005). Terapia cognitiva conductual: teoría práctica. www.librosdepsicologia.com/product_details.php?...Recuperado 18/10/10

Ollari, J.A. (1997). Bases neurobiológicas del envejecimiento, el deterioro y la demencia. En C.A. Mangone (Ed.), *Demencias enfoque multidisciplinario*, 4: (pp. 41-53). Buenos Aires: Sagitario.

Pszemiarower, N. & Pszemiarower, S. (1999). Maltrato institucional. 6: (pp.106-122). En *Ancianidad y derechos humanos "Violencia, Abuso y Maltrato en la Vejez"*. (Ed.) N. Pszemiarower. Buenos Aires: Candil.

Raimy, V. (1988). Conceptos erróneos y terapia cognitiva. En M. Mahoney & A. Freeman (Eds), *Cognición y psicoterapia. Cognición y Desarrollo Humano*. España; Barcelona: Paidós.

Sluzki, C. (1998). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. España: Gedisa.

Stefani, D. & Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Instituto de Neurociencias Buenos Aires. Vol. 22,2 (pp.267-272)*.

Wainstein, M. (2000). *Intervenciones con individuos, parejas, familias y organizaciones*. Universidad de Buenos Aires: Eudeba.

Yesavage, J. & Sheikh, R. (1986). Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage. Versión abreviada. *Revista Médica de Chile v.128 n.11 Santiago de Chile 2000*.

A N E X O S

21-4-09 – EVALUACION NEUROPSICOLOGICA – Lic. Adriana

Paciente con discurso coherente y habla fluente, aspectos formales del lenguaje preservados. Desorientado en tiempo (1/5) y orientado en espacio (5/5) y autopsíquicamente. Sin quejas mnésicas, se mantiene entrevista de evaluación en presencia de la hija.

Minimental Test de Folstein: 20 / 30. Por debajo del valor de corte

Test del reloj:

A la orden: 3** M 9.5 DS 0.97

A la copia: 3** M 9.7 DS 0.48

FV Semántico: animales 8 **: M 14.7 DS 3M

FV fonológico: 0** / M 37.3 DS 9.8

Escala de depresión geriátrica Yesavage: 1/ 15. Sin indicador de depresión

NPI-Q

4) Depresión/disforia: severidad 2, frecuencia 4, sobrecarga 1. Pje: 8. Clínicamente significativo

10) Alteraciones motoras: severidad 2, frecuencia 3, sobrecarga 2 (deambulación). Pje: 6 Clínicamente significativo

11) Comportamientos nocturnos: severidad 3 , frecuencia 4, sobrecarga 2 (no computa)

Ficha de evaluación de las ABC de Lawton: 18 / 24 . Semidep. C/ asist. Min

Conclusión: Según screening inicial, presenta indicador de déficit cognitivo global, de grado leve. Se releva déficit del conocimiento del código horario (test del reloj a la orden y a la copia), de la memoria episódica (Minimental) y en la recuperación de la información de la memoria semántica (FV) Sin indicador de depresión (Escala de depresión geriátrica Yesavage). Semidep. C/ asist. Min. (Lawton). Alteraciones comportamentales depresión/ disforia; deambulación, comportamientos nocturnos (NPI-Q)

<---21/04/2009 04:47:51 p.m.-- Adriana--->

Entrevistas 1-6

Manuel niega permanentemente su estadía en la institución y, dentro de una sesión, se realizó esta intervención:

P: solamente voy a estar aquí hasta que mi salud se restablezca. Este no es mi lugar.

T: Y... ¿cuál es su lugar Manuel?

P: Mi casa, con mis cosas. Ya que no puedo estar con mi familia, porque, yo soy consciente que se hace difícil mi traslado a EE.UU y, también el traslado de Shirley (acompañante), pero tampoco quiero estar acá, quiero irme a mi casa. No puedo salir a una confitería, ahora no puedo nada. Hay que cumplir órdenes como en el ejército.

T: ¿Es cómo si lo hubieran sacado de una película y apareció en otra?

P:... Si, así es, la sensación es esa, no sé con qué tiene que ver, pero me siento así.

T: Pareciera que la internación hubiera marcado una ruptura, un antes y un después.

Hoy se encuentra con algunas limitaciones pero sigue siendo usted.

P: Si... pero, no me puedo reconocer, es horrible todo lo que me pasa, yo no soy así, no me encuentro, y mucho menos en este lugar, yo quiero que mi hija, que fue la que firmó, me saque de aquí.

T: Manuel, usted habló de ejército, ¿a usted le parece que esto se parece a un ejército?

P: Sí, porque todo el tiempo hay que cumplir órdenes, a todos los bañan en el mismo horario, el desayuno, la comida, hacen lo que a ellos se les da la gana.

T: Manuel, ¿no será que usted está un poquito enojado, y ese enojo le hace ver todo mal? ¿Puede ser que a usted algo no le guste y todavía no lo ha manifestado?

P: estoy enojado con mi hija... a usted le parece bien no autorizar ni siquiera salir de vez en cuando con Shirley afuera, a caminar...

T: Bueno, eso se podría tratar de hablar con su hija cuando venga; pero, sabe Manuel, a veces uno cree que lo que piensa es así y no hay otra manera, o no aceptamos lo que el otro piensa, y no es tan así, porque no hay una sola verdad, no hay verdades absolutas, sino parciales, y las verdades parciales pueden ser muchísimas. Esto quiere decir: que no hay que ser tan absolutista, que todo no es blanco o negro, sino que hay grises también. Que le parece si en la próxima sesión hablamos sobre lo que a usted le gusta y sobre lo que no le gusta. Quizás se pueda arribar al suceso o evento, que a usted lo hace sentir mal.

Entrevista 12

Manuel aparece por primera vez en silla de ruedas y mientras se espera que vengan del laboratorio para la extracción de sangre, se dio esta intervención:

T: Manuel ¿qué emoción le produce esta nueva situación que hoy le toca vivir? No se apure a responder, piense, puede reconocer la sensación, lo que siente.

P: ... estoy enojado, porque vengo caminando bien, despacio, pero bien, y me ponen en esta silla de ruedas. Yo puedo caminar sin esto.

T: pero hoy no puede. ¿Por qué pensar que todo lo tiene que poder? Hoy sus piernas no pueden sostenerlo, pero es hoy. Por qué cree usted que todo lo tiene que poder... nadie puede todo. Me imagino que exigente debe ser para usted creer que siempre tendría que poder con todo... ¿cómo no se va a sentir enojado!

P: Si, puede ser, creo que es algo que tengo que aceptar, aunque los años nunca me pesaron tanto.

T: Alguna vez pensó en sus años, en cómo iba a estar a los 85, a los 92 años y, ¿qué iba a tener ganas de hacer a esa edad?

P: No, la verdad que nunca me puse a pensar en eso, ni en los años, ni en ser viejo, ni tampoco que no iba a poder hacer nada.

T: Veamos, Manuel, no se trata de “ahora no se puede hacer nada” sino de que “nunca se pudo todo”. Ahora se puede distinto. No vayamos a los extremos, se puede todo o no se puede nada, o es blanco o negro; hay grises también, solamente tenemos que aprender a verlos. Si usted mira a su alrededor descubrirá la cantidad enorme de actividades que le brinda la institución. Cierre los ojos Manuel, respire profundo, relájese, y observe de nuevo, pero pensando en positivo.

Han llegado del laboratorio, se dio por terminada la sesión.

Entrevista 24

T: ¡Hola! Manuel, ¿Cómo le va? ¿Cómo fueron estos días?

P: Mas o menos, me despierto muy temprano, y...quiero levantarme y no me dejan, eso me pone mal

T: A ver Manuel, ¿por qué cree usted que no lo dejan levantarse?

P: No se, acá hay que hacer lo que ellos quieren

T: Manuel, ¿Que horario es temprano para usted?

P: ...las 3, 4 o 5 de la mañana

T: Usted se da cuenta que no es un horario habitual que uno se levante a esa hora, ¡es demasiado temprano!, Manuel, tenemos que aprender a aceptar que no siempre las

cosas funcionan como uno quiere. Además, imagínese por un momento, si todos sus compañeros quisieran levantarse a las 4 ó 5 de la mañana, sería un caos. Más allá, que el cambio de personal se realiza a las 6:00 horas de la mañana, o no, Manuel.

P: Sí, tiene razón, pero ¿qué hago en la cama despierto?, me pongo mal.

T: Manuel, no tiene una radio chiquita, porque sería bueno que cuando se despierta, tan temprano, escuche radio. ¿Le gusta a usted escuchar radio?

P: Si, puede ser.

T: Manuel hace un ratito me dijo que se pone mal, cuando las cosas no se hacen como usted quiere, ¿es así Manuel?

P: Sí, pero porque yo en mi casa me levantaba a la hora que yo quería, ó cuando me despertaba.

T: Dígame Manuel, que siente usted cuando no lo dejan levantarse.

P: Me pongo mal.

T: Y, ¿qué significa para usted ponerse mal?

P: Me da bronca y me pongo nervioso, tengo ganas de gritarle...

T: Y me imagino, que este nerviosismo y bronca ó enojo, hacen que usted se sienta mal, que le duela el pecho. Manuel qué tal si trata de identificar esos pensamientos negativos e irracionales que es lo que hace que usted se sienta mal, que le duela el pecho, que este triste, que se irrite. Cuando usted identifique esos pensamientos, y los relacione con las emociones y conductas, podrá ir cambiando esos pensamientos negativos, por otros pensamientos más positivos, para adaptarse al momento que hoy le toca vivir y de esa manera sentirse mejor.

Manuel, para no irritarse, ni ponerse nervioso, que además, no le hace bien ese estado de nerviosismo a su salud. ¿Qué cosas le gustaría cambiar en este momento, aquí y ahora, para sentirse mejor?

P: me gustaría sentirme bien y no estar aquí.

T: Sí como usted dice se sintiera bien, ¿Qué estaría haciendo ahora?

P: Me gustaría estar con mis nietos, mi familia... Yo sé que a mi edad es muy difícil viajar en avión y radicarme allá, dónde el sistema de salud es muy distinto y caro, por eso en EEUU todos tienen seguros. Además, no podría llevar a Shirley, y para mi hija sería un problema buscar a alguien para que me cuide o acompañe como lo hace Shirley, pero, ya que no puedo estar con mi familia, por lo menos que me dejen ir a mi casa. Quiero estar en mi casa.

T: Y, ¿qué otra cosa le gustaría hacer para sentirse mejor?

P: tomar el cortadito con una medialuna en una confitería de Belgrano.


Yahoo! Mi Yahoo! Correo Más

Hola, elida_caminos Salir Correo Nuevo Ayuda



Buscar

Buscar en Y!


[Correo](#) [Contactos](#) [Agenda](#) [Bloc de notas](#) [¿Qué hay de nuevo?](#) [Opciones](#)
[Revisar correo](#)[Escribir](#) ▾[Buscar en mensajes](#)[Búsqueda en la Web](#)
 Descenso Rápido
Bajá de Peso
[Anterior](#) | [Siguiente](#) | [Volver a los mensajes](#)[Marcar como no leído](#) | [Imprimir](#)[Eliminar](#)[Responder](#) ▾[Reenviar](#)[Spam](#)[Mover...](#) ▾

miércoles, 15 de julio de 2009, 05:24 pm

Carpetas[\[Agregar\]](#)[Buzón \(67\)](#)[Borradores](#)[Enviados](#)[Spam \(14\)](#)[\[Vaciar\]](#)[Papelería](#)[\[Vaciar\]](#)**Chat**[\[Mostrar\]](#)

Yo estoy Disponible

[Configuración](#)**Buscar atajos**[Mis fotos](#)[Mis archivos adjuntos](#)


Mira a los ganadores de Chef por un Día cocinando junto a Ariel Rodríguez Palacios.

YAHOO! COCINA Ver videos

De:

Para: elida_caminos@yahoo.com.ar

Hola Elida,
Como estas? Espero que la gripe te haya salteado tanto a vos como a tus seres queridos.

Hace una semana estuve a punto de volver a BsAs. Mi papa estaba con muchos problemas. Lo pasaron al segundo piso y esta mas estabilizado. Asi que cancele mi viaje. Pero me ha dicho la Dra Dahl que esta muy poco cooperativo, enojado. Maltrata al personal.

Por la noche no alcanzan a llegar las enfermeras para llevarlo al banio, que el ya se tira de la cama. Lo han encontrado varias veces en el suelo, caido. Y el peligro por su debilidad y fragilidad es que se rompa un hueso. Si lo atan se pone muy violento. No quiere usar la chata. Es parte de su dignidad. No acepta sus limitaciones ni su edad.

Si vas por el Hogar, te agradecería lo visites. El siempre te aprecio mucho. Ahora esta en la habitacion 248.

Un abrazo,

PS: Aqui estamos ansiosos a la llegada en estos dias de nuestro primer nieto/a.

[Eliminar](#)[Responder](#) ▾[Reenviar](#)[Spam](#)[Mover...](#) ▾[Anterior](#) | [Siguiente](#) | [Volver a Selección](#) | [Encabezados completos](#)[Revisar correo](#)[Escribir](#) ▾[Buscar en mensajes](#)[Búsqueda en la Web](#)

Copyright © 2009 Yahoo! Todos los derechos reservados. Condiciones del Servicio - Ayuda

ATENCIÓN: En este sitio se recopila información personal.

Si deseás saber más sobre la forma en que usamos tu información, consultá nuestra Política de privacidad