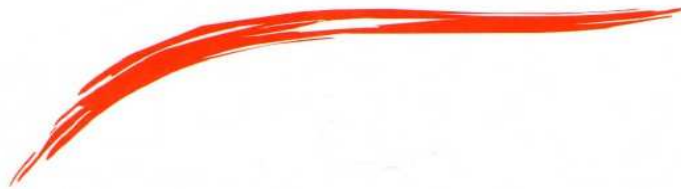


Versión texto sin editar

Alzheimer **y Psicoterapia** Clínica e investigación



Fernando Berriel y Robert Pérez Fernández


PSICOLIBROS
Universitario

Este libro está dedicado a mis padres Basilia y Elbio,
de quienes conocí las primeras matrices de
la dignidad y lo nuevo.
Robert Pérez Fernández

A la fuerza de Iris, mi madre. A la memoria que se me escurre y renace de Juan
Carlos, mi padre. Y a mis viejos queridos: Julia Artazúa, mi abuela, y Vicente
Medaglia, el *tano*. Ellos van conmigo.
Fernando Berriel Taño

Los autores queremos agradecer y reconocer lo brindado por los pacientes y familiares
que confiaron y confían en el trabajo que podemos hacer juntos.

*Pero el hombre abre los ojos y mira.
¿Qué tiempo ha pasado? ¿Qué cataclismo ha sobrevivido en el mundo?
¿Qué trastorno de la naturaleza trasuda el horrible acontecimiento?*

Horacio Quiroga

*No sé quién soy.
Mi nombre
ya no me dice nada.
No sé qué estoy haciendo.
Nada tiene que ver ya más
con nada.
Tampoco yo
tengo que ver con nada.
Digo yo
por decirlo de algún modo.
Idea Vilariño*

ÍNDICE

Prólogo	.....
Introducción	.....
Capítulo 1: Las demencias. Diferentes paradigmas y teorías	.....
El envejecimiento poblacional y los nuevos desafíos en salud - enfermedad mental	.....
Las demencias desde el enfoque biológico. Un paradigma hegemónico	.....
Los nuevos paradigmas científicos emergentes y la crítica a los tradicionales dogmatismos	.....
Las demencias desde el enfoque psicológico: el modelo multidimensional y mapa de ruta de la intervención	.....
La elaboración de un plan de abordaje psicoterapéutico integral	.....
Capítulo 2: La investigación en psicoterapia con familias y pacientes con Alzheimer	
La clínica y la investigación. Algunos recorridos	.....
Preguntas guía de la investigación	.....
Metodología	.....
Resultados	.....
Conclusiones	.....
Capítulo 3: Dispositivo psicoterapéutico en el campo de las Demencias Tipo Alzheimer. La experiencia clínica.	
La perspectiva hegemónica de las Demencias Tipo Alzheimer: un callejón sin salida para la intervención	.....
Modelo de intervención psicológica con Demencias Tipo Alzheimer	.....
La práctica clínica y sus hallazgos: una nueva mirada a las DTA	.....
Capítulo 4: La construcción narrativa en el encuentro clínico con pacientes con diagnóstico de Demencia Tipo Alzheimer. Por María Noel López y Adriana Rovira	

Categorías diagnósticas
Otras estrategias de intervención
Acerca de la construcción narrativa
Dimensiones de la Construcción Narrativa
Doble registro sostén de la fragmentación
Acerca de la modalidad discursiva

Referencias bibliográficas

PRÓLOGO

La palabra demencia es un derivado del latín *de-mentis*, que puede ser traducido como *perder la mente*. A lo largo de la historia de la humanidad y de la medicina en particular, la palabra demencia, además de haber sido usada para definir la pérdida de memoria, también definió – y en muchas situaciones lo sigue haciendo- la pérdida de la razón, o sea que también fue y sigue siendo usada para definir estados de *locura*. Es interesante notar también que en italiano, el verbo *dimenticare* quiere decir justamente olvidar.

En la mitología griega existe un mito según el cual en el infierno existen dos fuentes: Mnemósine, fuente de la memoria y Lethe, fuente del olvido. Es justamente de esta fuente del olvido que los muertos van a beber para olvidar su vida en la tierra, su historia de vida. Por otra parte, las almas que vuelven al mundo de los vivos, beben de Lethe para olvidar el mundo de los muertos. Vemos que en las dos acepciones, tanto para los que llegan, como para los que parten, Lethe, tiene la capacidad de provocar el olvido del pasado con el objetivo de evitar el sufrimiento excesivo que los recuerdos podrían ocasionar. Lethe, es hija de Eris -la discordia - y hermana de la muerte y del sueño.

En otra versión también de la mitología griega es Mnemósine que provoca tanto el olvido cuanto el recuerdo. En ésta, la memoria sería un don divino ofrecido a los poetas que a través de las reminiscencias del pasado pueden olvidar el presente, transportarse a otro tiempo, al tiempo de los dioses y así alejarse del tiempo humano marcado por el cansancio, la angustia y el sufrimiento.

Avanzando algunos siglos, Solón, 500 años antes de Cristo, y Platón, 150 años más tarde, ya afirmaban que la demencia senil era motivo suficiente para invalidar un testamento. Pero fue Galeno en el siglo II d.c., quien la incluyó por primera vez en las enfermedades mentales y, hace 300 años, la literatura científica todavía definía como “demente” a todo sujeto que mostrase algún nivel de pérdida de razón, locura, producción delirante y conductas extrañas.

Ya más próximos de los conceptos actuales, Kraepelin, en 1910 incluye las demencias seniles entre las “locuras de la edad involutiva” junto con la melancolía y algunos tipos de delirio. Esta clasificación, propia de la psiquiatría clásica, entiende que

las alteraciones de conducta y las transformaciones psíquicas son meras manifestaciones de desórdenes biológicos y pone énfasis en la descripción sintomática restándole importancia a los criterios etiológicos que habían predominado durante la primera mitad del siglo XIX. Siguiendo esta línea de raciocinio, todas las demencias seniles serían resultado de un desgaste “natural” del cerebro o de problemas vasculares. Como tales, serían “cosas de la edad” y por lo tanto inevitables.

Pero como, afortunadamente, en el campo científico siempre hay una rica polifonía (aunque muchas de esas voces nunca sean escuchadas) en la misma época, mas precisamente, en 1911, Emmanuel Regis, un médico francés, gran lector de Freud y el primer psiquiatra que asume públicamente el psicoanálisis, dice que las enfermedades psíquicas de involución o decadencia se *caracterizan por la disolución del ser psíquico*, y que no se trataría de una *degeneración congénita*, y sí de una *debilidad adquirida* de las facultades mentales.

A pesar de estos esfuerzos para ampliar el campo de comprensión sobre las demencias, Brion, en la Enciclopedia Medica-Quirúrgica de 1978, define las demencias como un deterioro global, progresivo e irreversible de las funciones intelectuales y agrega que, *por definición*, se trata de un fenómeno crónico e incurable. A pesar de que en la versión de 1988 se eliminó la expresión “por definición”, el estigma de irreversibilidad continua presente. De esta manera el diagnóstico de demencia se transforma en una condena.

Me parece que, por principio, no deberíamos pensar que hay enfermedades incurables. Lo que las hace incurables es el hecho de que hasta ese momento no se haya descubierto la cura. Por otro lado, los científicos que dedican su vida a la investigación de las demencias, generalmente lo hacen con una visión que acepta la etiología neurológica como punto pacífico y como esta hipótesis comanda la dirección de la investigación, son considerados válidos solamente los resultados que corroboren las hipótesis iniciales. Esto lleva a que no se produzca una ampliación del campo del conocimiento, lo que podría permitir la formulación de otras ideas que complementen y enriquezcan el tratamiento y la comprensión del fenómeno demencial.

También no deja de ser sorprendente que cuando no es posible determinar causas neurológicas, frecuentemente aparezca el diagnóstico de *pseudo demencias* como si la posibilidad de un síntoma de origen psicosocial lo transformase en algo falso.

Cuando los familiares reciben este tipo de diagnóstico, suelen sentirse manipulados por el paciente y acaban culpabilizándolo de su propio sufrimiento. Oímos muchas veces la frase: “*el médico dice que él no tiene nada, es un viejo mañoso*”. Pero ese *no tiene nada* se refiere a no tener nada en el cuerpo biológico. Sin embargo, la persona que se deprime y se demencia tiene mucho, tiene un exceso de sufrimiento, de angustia, de pérdidas, de miedo.

Los mejores métodos diagnósticos, las mejores imágenes, no nos dicen nada sobre los pensamientos, los afectos, las emociones, el tenor de los recuerdos, los duelos imposibles y el significado de los olvidos. Sólo pueden detectar modificaciones morfológicas y funcionales de ese substrato material de funciones psíquicas tan insustanciales.

Dominados por este pensamiento hegemónico, siempre que nos enfrentamos con un cuadro demencial, la primera cosa que pensamos es en la presencia de un deterioro neuronal. No pretendo negar esta constatación, simplemente circunscribirla a su verdadera dimensión y preguntarme sobre otros enfoques posibles.

Generalmente se atribuye apenas un 15 % de las demencias a causas psicológicas, pero, toda vez que su etiología todavía no fue totalmente establecida, podemos pensar que este porcentaje puede ser mayor. Por otra parte, es lícito considerar que frecuentemente, los análisis necroscópicos o los diagnósticos por imagen no evidencian el grado de daño neurológico esperado para la gravedad del cuadro presentado y viceversa. O sea que no siempre existe una correlación absoluta entre las lesiones orgánicas y las perturbaciones psíquicas.

Podemos pensar en una hipótesis psicogénica en la cual el deseo de olvidar puede ser tan fuerte que acabe provocando una pérdida neuronal. Podemos ampliar nuestro siempre poco saber sobre las demencias si también pasamos a entenderla como una producción subjetiva paradójica donde el sujeto históricamente constituido, para salvarse, se pierde. Podemos darnos la libertad de pensar cómo los duelos no elaborados nos empujan al olvido traumático y cómo el duelo anticipado por la propia vida próxima al fin nos lleva al aislamiento, al encapsulamiento, al corte de los vínculos y nos hace preferir olvidar que el mundo existe. En fin, podemos pensar que la fuerza del funcionamiento psíquico puede provocar una muerte histórica y social, o sea, una muerte simbólica, antes de que la muerte biológica sea posible.

Me parece parcial atribuir los procesos demenciales únicamente a factores psicosociales (sería cometer el mismo error de los que defienden la monocausalidad

neurológica) pero tampoco podemos negar la importancia fundamental que éstos tienen en la eclosión de un cuadro demencial.

Para apoyarme en esta posición, recorro al concepto freudiano de “Series Complementarias”. Esta expresión es utilizada por Freud para comprender y explicar la multiplicidad de factores que van a desencadenar una neurosis, pero que me parece adecuada para explicar muchos otros cuadros clínicos.

La idea de series complementarias nos permite superar la falsa oposición entre factores externos e internos. Estos, no sólo no se oponen sino que se complementan en una relación dialéctica. Estos factores varían de modo inverso, o sea que, mientras uno de ellos adquiera mayor importancia, la del otro será menor. En los extremos de la serie encontraríamos un único factor desencadenante del cuadro. De esta forma, la disposición constitucional, las experiencias de los primeros cinco años de vida y las vivencias actuales constituirían los tres pilares básicos del camino para la formación de los síntomas.

A partir de este tipo de abordaje de la situación, no resulta difícil comprender que la angustia que la proximidad de la muerte provoca es un fenómeno vivido de forma singular por cada sujeto; que mucho va a depender de las características de su funcionamiento libidinal, de los caminos posibles para la satisfacción y la angustia. Y la reacción ante esta angustia dependerá de la forma en que cada uno maneje la frustración ante la perspectiva de la pérdida de la propia vida, así como lo que cada persona haga con esto, va a depender también de las condiciones sociales de su existencia.

Cuando ante las primeras señales de pérdida cognitiva, falta de atención, angustia, confusión o sufrimiento excesivo y profunda sensación de desamparo, tenemos la oportunidad de realizar un diagnóstico de forma interdisciplinar y multidimensional, dejando en suspenso el diagnóstico condenatorio de progresividad e irreversibilidad, podemos comenzar una intervención terapéutica precoz que demuestra la posibilidad de recuperación, no sólo de la memoria, sino también del placer por la vida.

Estas experiencias trabajosamente construidas en el cotidiano clínico de los consultorios, de las instituciones, en la salud pública, en los acompañamientos terapéuticos, nos lleva a pensar que la especificidad de la demencia no está determinada únicamente por un déficit orgánico que afecta la memoria como función neurológica, sino también por un conjunto de factores que deben incluir la existencia de un trastorno

de la identidad que tenga efecto sobre la memoria en su función historizadora y constructora del sujeto psíquico.

La psicología, en sus diversas líneas de comprensión de los fenómenos humanos y del inconsciente, nos permite estudiar este tipo de memoria, pero no podemos dejar de prestar mucha atención a todo lo que la investigación científica nos aporta con los estudios de la neurología, la genética, la farmacología, la informática y tantos otros campos del saber que puedan colaborar para que alcancemos nuestro objetivo de ampliar el conocimiento sobre la cuestión demencial y las posibles intervenciones terapéuticas. Debemos trabajar entendiendo que nos encontramos ante campos epistemológicos diferentes, con objetos de estudio bien diferenciados pero absolutamente complementarios.

La idea central es traer de vuelta para el campo de la psicopatología, un tema que ya constituyó un objeto de estudio, pero fue abandonado por los propios responsables de su desarrollo. Las resistencias existen y tienen sus motivos.

Es por esta y otras razones que propongo abrir el campo de investigación de forma que podamos formular un nuevo punto de vista para la etiología y consecuente tratamiento de las demencias. Otra posición de investigación multifactorial que permita agregar a todo el esfuerzo científico ya realizado, una nueva hipótesis etiológica que coexista con las genéticas, tóxicas, y tantas otras que puedan surgir sin que necesariamente se excluyan mutuamente.

Es en este sentido que este libro nos trae un aporte esencial dando un importante paso al frente en el estudio del modelo multidimensional para las demencias a través de una investigación seria y consistente; profundizando el análisis de diferentes formas de intervención psicológica; ampliando las perspectivas clínicas y transmitiendo generosamente las experiencias de sus protagonistas.

A los autores, mis felicitaciones y agradecimiento por el esfuerzo realizado

Buena lectura ...

Delia Catullo Goldfarb
San Pablo, octubre de 2007.

INTRODUCCIÓN

*... y si soñamos,
fue con realidades.*

Juan Cunha

El abordaje de las demencias, y en particular de la enfermedad de Alzheimer, ha sido uno de los desafíos más exigentes que, como docentes e investigadores universitarios, como psicólogos clínicos, y como seres humanos, hemos emprendido. En el año 1990, cuando aún éramos estudiantes, comenzamos a trabajar y a pensar en el campo del envejecimiento y la vejez, y nuestros primeros acercamientos a las personas que, padeciendo demencia, estaban institucionalizados en el entonces Hospital Hogar Piñeyro del Campo, en la ciudad de Montevideo, nos parecían casi irreales: Personas con miradas perdidas, algunos deambulando mal vestidos con rostros inexpresivos, otros atados a las camas, balbuceando sonidos incomprensibles. Sentíamos que poco teníamos que hacer.

Hoy podemos decir que lo siniestro de aquellas situaciones que tanto impactaron en nosotros no estaba en la enfermedad que esas personas padecían y que hoy, a la distancia, ni siquiera estaríamos tan seguros de determinar. Lo siniestro estaba en el tratamiento institucional del que eran objeto. Lo siniestro radica en que ese destino, era un destino social, producto de una sociedad injusta.

La demencia, y en concreto la de tipo Alzheimer, es otra cosa. Los pacientes llegan a nuestros consultorios, a nuestros centros de asistencia, habitan sus hogares, transitan nuestras calles, con sus pasiones y sus sueños, aún con su poesía. Es mucho lo que se ha avanzado en Uruguay en los últimos años en la humanización del trato del enfermo mental en general y del demente en particular, pero es demasiado aún lo que nos falta. La humanización de los vínculos de los agentes de salud con estas personas pasa fundamentalmente por la simetría de los vínculos, por no cerrar preguntas, por rescatar la poesía, en tanto pasión, metáfora y deseo. No se trata de administrar mejor lo enfermo, se trata de desear el despliegue de ese sujeto que habita aún en ese ser enfermo. El despliegue de un sujeto para que exceda los límites de *ese constructo llamado individuo enfermo*, se agencie y devenga otro, y devenga grupo y multiplicidad.

Las páginas de este libro hablan de un recorrido. Recogen una línea de investigación que desde el Servicio de Psicología de la Vejez de la Facultad de Psicología, Universidad de la República, venimos desarrollando desde 1996 en forma sistemática. Desde los primeros contactos con la Asociación Uruguaya de Alzheimer y Similares (AUDAS), desde las primeras enseñanzas de la Dra. Susana Romero, discípula del Dr. Mendilaharsu, empezamos a pensar en que era posible investigar e intervenir en este ámbito, ya no sólo en el campo del diagnóstico, de la psicoeducación y los cuidados paliativos, como pacíficamente la Psicología Disponible prescribía.

Posiblemente nuestra ignorancia y curiosidad de entonces y la audacia y apoyo de Juan Carlos Carrasco y Susana Romero, nuestros primeros Maestros, nos permitieron ver que las personas con Demencias no son un cúmulo de déficits o cerebros lesionados, sino que son, por sobre todo, seres humanos con sus alegrías y tristezas, que ríen, se divierten, sufren, lloran, quieren. De esta forma, ante las primeras oportunidades de trabajo psicoterapéutico con estas personas, nos propusimos de entrada trabajar con todos los recursos técnico metodológicos con que contábamos en ese entonces. Fue así que, ante un pedido de trabajar con familiares de personas con Alzheimer, nos planteamos un abordaje combinado, que incluyera también a los pacientes. Partíamos de la base de que, mientras no se demostrara lo contrario, con los pacientes con demencia se podía trabajar en forma grupal y también en psicoterapia individual.

“¿En psicoterapia con pacientes con Alzheimer?”, preguntaban escépticamente varias personas en aquel momento. “¿Cómo es posible hacer esto, si los pacientes a los pocos minutos ya no recuerdan nada?”. “¿En grupo?”, cuestionaban otros. “Eso es un peligro, pues por los trastornos de memoria y la desintegración de las funciones superiores, pueden entrar en una confusión enorme, que será contraproducente para su enfermedad”, dijeron algunos expertos del tratamiento sintomático y funcional de ese entonces. Otros iban aún más lejos en sus cuestionamientos, preguntándose: “¿qué tienen que hacer los psicólogos en esta enfermedad orgánica?”, a la vez que nos advertían: “¡¡Cuidado, no vayan a movilizar algo que los angustie, porque se van a descompensar...!!”.

¿Y porqué no?, pensábamos nosotros, con el apoyo de nuestros maestros. ¿Acaso el recordar cognitivo es un fenómeno definitorio para la psicoterapia? ¿No hay otras formas de registro que no pasan exclusivamente por lo consciente? ¿Qué pasa con la dimensión afectiva y con el vínculo?, nos preguntábamos. ¿Porqué tenerle miedo a los despliegues de los potenciales enunciativos que habilita la grupalidad? ¿Qué es lo

que se teme? ¿Y si en vez de “descompensarlos”, el grupo los sostiene solidariamente? Algo sí teníamos muy claro desde el principio: no nos interesaba en lo más mínimo reproducir los modelos funcionales y secundarios de la psicología organicista, dominante en este tema.

Pues bien, con estas primeras interrogantes y posicionamientos, comenzamos este camino de trabajo psicoterapéutico con personas con demencia y sus familias. De esta forma fueron nuestras primeras aproximaciones a este tipo de problemáticas desde diferentes dispositivos individuales y grupales, que inicialmente fueron muy experimentales. Sin embargo, los primeros resultados del trabajo clínico eran alentadores, por lo que decidimos profundizar esto desde una investigación que nos permitiera delimitar y sistematizar algunos elementos que iban surgiendo de ese trabajo.

Nuestro primer estudio, denominado *Factores Afectivos y Vinculares en la Enfermedad de Alzheimer* aportó algunos hallazgos primarios pero importantes: Muchos de los pacientes eran diagnosticados como *probable Alzheimer* cuando no cumplían con los criterios diagnósticos. Las historias de los pacientes con esta enfermedad presentaban episodios altamente dramáticos en el pasado individual y familiar que parecían no haber sido adecuadamente elaborados. Era posible y beneficioso trabajar con un método individual de psicoterapia psicodinámica con pacientes y cuidadores. Era posible y beneficioso trabajar en grupos psicoterapéuticos con los enfermos. La estructura familiar sufría una transformación caracterizada por el vínculo de *dependencia psíquica mutua* con el cuidador principal y el régimen de depositaciones familiares que, tal vez, indicaba la existencia de antecedentes en el pasado.

Esta primera investigación de campo tuvo un cierto impacto en el medio. Por ejemplo, tal vez algo haya incidido en que las condiciones de los diagnósticos mejoraran notoriamente en el campo emergente de las clínicas especializadas. Sin embargo, fue raramente citada. Pero su principal efecto fue a lo interno del grupo de investigación: Junto con los aportes que aisladamente íbamos recogiendo de otros investigadores del exterior, nos proporcionó a nosotros mismos las bases de un discurso psicológico, por ese entonces casi inexistente, sobre el problema que estábamos investigando.

Los resultados de esa investigación los incorporamos inmediatamente al trabajo clínico, en un nuevo período de observación e intervención, que nos permitió ir construyendo un modelo comprensivo y de intervención de las Demencias Tipo Alzheimer (DTA). Con estas ideas ya claramente definidas, y en un momento donde la psicología comienza a ganarse un lugar en estos temas, es que en el año 2004

formulamos, junto a nuestra colega Ana Charamelo, un nuevo proyecto de investigación titulado “Factores afectivos, cognitivos, funcionales y psicosociales en la Enfermedad de Alzheimer”, donde ponemos a jugar todos estos aprendizajes. Este nuevo estudio, financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República, se desarrolló durante los años 2005 y 2006 e implicó una intervención psicológica con personas con Alzheimer y sus familias durante un año y medio.

Uno de los principales resultados de esta línea de investigación, ha sido la posibilidad de construir e introducir una perspectiva psicológica de las DTA y otros trastornos cognitivos, tanto en sus condiciones de producción como en el curso de la patología. El presente libro es resultado de todos estos periplos. En el mismo presentamos nuestra concepción psicológica de Demencias y un modelo de intervención. Está estructurado de forma tal que, pretende generar un flujo diálogo entre investigación y clínica. Consta de cuatro capítulos:

En el *capítulo 1 “Las demencias. Diferentes paradigmas y teorías”*, realizamos una actualización de las Demencias desde el paradigma biológico hegemónico, analizando los potenciales y límites del mismo, para luego introducirnos en la presentación de los nuevos paradigmas científicos emergentes y en el modelo psicológico, finalizando con el planteo de un plan de abordaje integral.

El *capítulo 2, titulado “La investigación en psicoterapia con familias y pacientes con Alzheimer”* es dónde revisamos, por medio de una investigación de diseño cuasi experimental con personas y familias con Alzheimer, nuestros referentes teóricos y de intervención. Presentamos el diseño, la metodología, los resultados y una serie de conclusiones muy alentadoras para este trabajo.

En el *capítulo 3, “Dispositivo psicoterapéutico en el campo de las Demencias Tipo Alzheimer. La experiencia clínica”*, es donde presentamos en profundidad el complejo dispositivo de intervención que venimos llevando adelante y los principales resultados de la práctica clínica, que retroalimentan el marco teórico y metodológico.

El *capítulo 4, “La construcción narrativa en el encuentro clínico con pacientes con diagnóstico de Demencia Tipo Alzheimer”*, recoge el trabajo realizado por María Noel López y Adriana Rovira en la clínica con demencias, mostrándonos de forma clara y didáctica, varios aspectos que hacen al encuentro clínico con este tipo de pacientes, tales como la capacidad narrativa, el papel de la repetición en la misma, así como varios aspectos de la clínica psicológica.

Invitamos al lector a que, además de informarse sobre nuestras experiencias y perspectivas sobre el problema, de tomar contacto directo con una clínica posible que involucra en procesos de cambio a personas de carne y hueso en unos y otros roles, se interroga a partir de las páginas que siguen. Si esto último ocurre, estaremos más cerca, más entremezclados en esta pasión por interrogar e interrogarnos. De eso se trata, de quedar un poco más hermanados en eso que también está ahí en las preguntas que abren las demencias, en las pasiones, en la poesía, en el deseo por otros mundos.

Fernando Berriel y Robert Pérez
Montevideo, octubre de 2007

CAPÍTULO 1:

LAS DEMENCIAS. DIFERENTES PARADIGMAS Y TEORÍAS

*Mientras, la flecha
del pensamiento
en nada acierta*

*No acierta en nada
Cae herida, la víctima
menos pensada*

Circe Maia

EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y LOS NUEVOS DESAFÍOS EN SALUD - ENFERMEDAD MENTAL

Desde la segunda mitad del siglo pasado, el desarrollo tecnológico y el avance de algunas disciplinas científicas, han permitido un envejecimiento en la población del mundo. Los datos presentados en la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento realizada en el año 2002 en Madrid son muy significativos al respecto: en los últimos 50 años, la esperanza media de vida al nacer, ha aumentado en 20 años, previéndose que para el año 2050 se incremente 10 más. En el 2000 había en el mundo aproximadamente 600 millones de personas mayores de 60, población que, en los próximos 50 años, se estima llegará a ser de casi 2000 millones (ONU, 2002).

En este escenario, se prevé que el aumento de la población de más edad será más acelerado en los países subdesarrollados, estimándose que cuadripliquen su población mayor para el año 2050. Para esa fecha, se proyecta un porcentaje de personas mayores de sesenta igual al de los niños, pasando los adultos mayores del 10% al 21%, mientras que el porcentaje de niños disminuirá de 30% a 21% (ONU, 2002). El grupo de los mayores de 80 años es el que crecerá de forma más acelerada, estimándose que, de casi 70 millones que había en el año 2000, se pase a más de 350 millones para el 2050 (ONU, 2002). Como se advierte en dicha Asamblea, “una transformación demográfica mundial de este tipo tiene profundas consecuencias para cada uno de los aspectos de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional. Todas las facetas de la humanidad - sociales, económicas, políticas, culturales, psicológicas y espirituales - experimentarán una evolución” (ONU, 2002: 10).

En este contexto, Uruguay con el 17.3% de su población mayor de 60 años, es el país de mayor edad de América. En el año 2000 había más de 424 mil personas de 65 o más años (13%), siendo la esperanza de vida al nacer de 78 para las mujeres y 70 años para los hombres. Se estima que en los próximos 20 años, se incremente en 5 años la vida media de la población, lo que llevaría a que la población de 65 años y más sea de aproximadamente 150.000 personas (15%). Para ese año, se prevé que la relación entre la población menor de 15 años y la de 65 y más sea 1,44. (CEPAL, 2000). Dentro de este proceso de envejecimiento de la población de Uruguay, el grupo que tendrá un mayor crecimiento, será el de 80 años y más, estimándose que para el 2025 se duplique (CEPAL, 2000).

Estos datos, marcan una singularidad de Uruguay en la región: una población envejecida, similar a la de los países desarrollados, dentro de una estructura socio – económica, sanitaria y organizacional de país subdesarrollado. Este hecho señala el enorme desafío social y político a que se verá enfrentado nuestro país, para lograr una mejor calidad de vida de la población. Desafío que nos obliga a investigar las problemáticas de este sector etario, como forma de producir cambios programados en diferentes áreas: organización del sistema productivo, servicios socio sanitarios, capacitación de Recursos Humanos calificados, entre otras. De allí la importancia y el impacto socio - sanitario de las acciones y políticas que se orienten hacia este grupo poblacional, así como la necesidad de desarrollo planificado de los diferentes actores e instituciones sociales y políticas (Pérez Fernández, 2004).

Dentro de estos desafíos y por su impacto en la calidad de vida de la población, una de las áreas que aparece como clave, es la de la salud. Como plantea CEPAL, “es precisamente en el área de la salud en la que se plantean los mayores desafíos para prevenir las enfermedades y discapacidades que permitan lograr que los años agregados a la vida lo sean en condiciones de calidad...” (2000: 11).

Dentro de las problemáticas de Salud de los adultos mayores, una de los aspectos prioritarios refiere a la Salud Mental. Como ya lo formulara Naciones Unidas su Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento del año 2002, dentro del apartado dedicado a las necesidades relacionadas con la Salud Mental de las personas de edad, “en todo el mundo, los problemas de salud mental se cuentan entre las causas principales de discapacidad y de reducción de la calidad de vida” (ONU, 2002: 35).

Dentro de las patologías que tienen un aumento de la incidencia en las personas más viejas, se encuentran las demencias, las cuales, según las proyecciones poblacionales, en los próximos años tendrán un impacto creciente. Actualmente se estima en el mundo que un 7% de los mayores de 65 años presenta deterioro cognitivo, ascendiendo a entre 20% y 30% en el caso de los mayores de 80 años (OMS, 2003, citada por Castellón, 2003).

En Uruguay, la prevalencia de los síndromes demenciales asciende a un valor que representa un 5 por mil de la población mayor de 40 años, siendo para la franja 70 - 79 años del 18 por mil, y ascendiendo a 87 por mil para la franja mayor de 80 años (Ketzoian y Romero, 1992). Estas cifras son similares a las de España que tiene una prevalencia global de casi 8% (Barquero y Payno, 2001). Esta patología, por lo que

significa a nivel de su pronóstico y evolución, por la cantidad creciente de personas que cada año la padecen, y por su efecto directo sobre las personas e instituciones vinculadas con el paciente, se ha transformado en uno de los grandes desafíos científicos planteados a las diferentes disciplinas vinculadas a la salud. (Berriel y Pérez, 1996).

LAS DEMENCIAS DESDE EL ENFOQUE BIOLÓGICO. UN PARADIGMA HEGEMÓNICO¹

Ahora bien: ¿qué es una demencia? Etimológicamente, la palabra demencia deriva del latín y significa “privado” de “inteligencia” (Manito y Funes, 1996). Kabanchik (1996) y Catullo Goldfarb (2004) han señalado cómo a lo largo de la historia este término fue utilizado por la medicina de diferentes formas, pero siempre vinculado a la pérdida de la razón. En términos generales se puede plantear que, para el paradigma médico biológico, una demencia es “un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en el que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio” (Portnoy, 1995:1). Franco y Criado, citando diferentes estudios, plantean que es “un síndrome adquirido, producido por una patología orgánica que, en un paciente sin alteraciones del nivel de conciencia, ocasiona un deterioro persistente de varias funciones mentales superiores provocando una incapacidad funcional en el ámbito social y/o laboral. Esta alteración de funciones se refleja al menos en tres áreas de actividad mental de las siguientes: memoria, lenguaje, función espacial, personalidad, abstracción y razonamiento matemático” (2002: 19).

Estas definiciones médicas de las demencias, han llevado a **diferentes agrupamientos de los cuadros**. Los principales las clasifican:

1 - Por la edad de la persona al momento de aparición del cuadro: se dividen en preseniles o seniles, según aparezcan antes o después de los 65 años. Esta clasificación, por los pocos datos que aporta, prácticamente no se utiliza.

¹ Respecto al enfoque biomédico de las Demencias, las investigaciones y bibliografía es extensa y accesible, por lo que no nos detendremos mucho en este apartado. Simplemente señalaremos los puntos principales de esta perspectiva y sus fundamentos.

2 - En función del área cerebral de mayor impacto patológico de la enfermedad en el plano somático. Desde esta perspectiva, las demencias pueden dividirse en:

2.1 – Corticales: Asociadas a síndromes neuropsicológicos de disfunción: déficits tempranos en los diferentes sistemas de memorias, asociados a déficits en la función ejecutiva (atención, concentración, juicio, razonamiento, etc.), y progresiva instalación de afasias, agnosias y apraxias. La enfermedad de Alzheimer (EA) es una de las más representativas de este grupo.

2.2 – Subcorticales: En este tipo de demencias no aparece el síndrome afaso-apraxo-agnóstico. Según Manito y Funes, los trastornos de la memoria “está dado más por el retardo e inhibición que por la pérdida” (1996: 2). Se observa un enlentecimiento generalizado de las respuestas, trastornos de movimiento, trastornos motores en el habla, marcha inestable, etc. La demencia por enfermedad de Parkinson es representativa de este grupo

2.3 – Por afectación de sustancia blanca: Disminuye la atención, la memoria de trabajo y de otros sistemas de memoria a medida que avanza, fundamentalmente en los aspectos de evocación. Suelen ser secundarias a otras patologías, tales como esclerosis múltiple (Portnoy, 1995)

2.4: Mixtas. En general comparten síntomas corticales y subcorticales, en función del lugar de mayor impacto de las lesiones cerebrales.

3 – Según su pronóstico y terapéutica, en reversibles e irreversibles. Las primeras son manifestaciones secundarias a otros trastornos que, cuando son tratados, puede revertir el cuadro de demencia. Por su parte, las irreversibles son patologías crónicas, donde desde el enfoque biomédico solo se puede realizar tratamiento sintomático.

4 – Según su etiología y evolución. Pérez Martínez (2006) realiza una reciente revisión bibliográfica², agrupándolas en:

a) Degenerativas: Las más comunes en este grupo son la enfermedad de Alzheimer (EA), demencia por cuerpos de Lewy (DCL), enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington y Parálisis supranuclear progresiva.

² Remitimos a este artículo para un mayor desarrollo de este punto.

b) Vasculares: las más representativas de este tipo son las demencias multi-infarto y enfermedad de Binswanger o encefalopatía subcortical arteriosclerosa .

c) Infecciosas: Complejo demencia-SIDA, encefalopatía progresiva múltiple, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, entre otra.

d) Traumáticas: Traumatismo craneoencefálico

e) Otras, tales como tóxicas (por ejemplo por abuso de alcohol); desmielinizantes (como la esclerosis múltiple); etc.,

En relación al diagnóstico de estas patologías, desde esta perspectiva biológica, a nivel internacional existen algunos consensos en función de los síntomas cognitivos, dentro de los cuales se destacan dos: déficit en los diferentes sistemas de memoria y trastornos en la función ejecutiva, fundamento en el juicio. Desde esta perspectiva, una demencia se presenta como una enfermedad orgánica que produce un deterioro en varias de las funciones cognitivas, produciendo una incapacidad social o laboral.

El diagnóstico de demencia al día de hoy es clínico, apoyado por pruebas paraclínicas. Actualmente los criterios diagnósticos utilizados internacionalmente son los del CIE-10 (O.M.S., 1994) utilizado principalmente en Europa, los del DSM-IV (A.P.A., 1994), utilizados en EEUU y América, y, en el caso de la Enfermedad de Alzheimer, los criterios NINCDS/ADRDA (McKhann et al., 1984).

Según el **CIE-10**, para diagnosticar una demencia es necesario:

1 - Presencia de demencia de un determinado nivel de gravedad basada en:

a) Deterioro de la memoria: incapacidad de aprender nueva información o de recordar la previamente aprendida, incluyendo material verbal y no verbal;

b) Déficit de la capacidad intelectual, caracterizado por un deterioro del pensamiento y de la capacidad de procesar información.

2 - Ausencia de obnubilación de la conciencia.

3 - Deterioro del control emocional, motivación o un cambio del comportamiento social: Labilidad emocional, Irritabilidad, Apatía, Embrutecimiento del comportamiento social.

4 - El criterio 1 debe estar claramente presente durante al menos seis meses.

A su vez, el **DSM-IV** plantea los siguientes criterios:

1 - Desarrollo de un déficit cognitivo múltiple caracterizado por un deterioro de memoria y uno o más de los siguientes trastornos cognitivos: afasia, praxia, agnosia, alteración de funciones ejecutivas (abstracción, cálculo, juicio).

2 - Los síntomas anteriores deben provocar un deterioro significativo en la relación social y/o laboral y representan un cambio importante respecto del nivel funcional previo.

3 - El curso se caracteriza por un inicio gradual y un declinar cognoscitivo continuo.

4 - Los déficits cognoscitivos no deben ser secundarios a otros trastornos (p.e.: enfermedad cerebrovascular, hipotiroidismo, hidrocefalia, etc)

5 - No obedece a alteración por sustancia o fármacos ni ocurre en el curso de un delirio.

6 - Ningún otro trastorno podría explicar mejor las características del enfermo (como depresión mayor por ejemplo)

Por su parte, **los criterios NINCDS-ADRDA** establecen de inclusión y exclusión para la enfermedad de Alzheimer:

A) Enfermedad de Alzheimer probable:

1. Presencia de demencia establecida por examen clínico, por un cuestionario estándar de estado mental y confirmada con marcadores neuropsicológicos.

2. Déficits en dos o más áreas cognitivas.

3. Hay un deterioro progresivo de la memoria y de otras funciones cognoscitivas.

4. No hay trastorno de conciencia (delirium).

5. El inicio de la enfermedad ocurre entre los 40 y 90 años de edad.

6. No hay una enfermedad sistémica o cerebral que justifique el deterioro progresivo del estado mental.

7. El diagnóstico de enfermedad de Alzheimer se apoya en los siguientes parámetros: a) Deterioro progresivo del lenguaje (afasia), habilidad motora (apraxia) y reconocimiento perceptivo (agnosia); b) Alteración de patrones de conducta e incapacidad para realizar tareas cotidianas (AVD); c) Historia familiar de trastornos similares, sobre todo si hay confirmación neuropatológica de enfermedad de Alzheimer; d) Pruebas de laboratorio.

8. El diagnóstico de enfermedad de Alzheimer se hace improbable con los siguientes parámetros: a) Comienzo súbito; b) Hallazgos focales motores precoces (crisis, parestias, trastornos de la marcha).

B) Enfermedad de Alzheimer posible:

1. Hay variaciones en el inicio, presentación y curso clínico de una enfermedad demenciante, que es inusual en la enfermedad de Alzheimer, pero para la cual no hay explicación alternativa (diagnóstico de exclusión).

2. Hay un trastorno sistémico secundario o una enfermedad cerebral capaz de producir un síndrome de demencia que no es considerado como causa primaria de demencia en el caso del enfermo.

3. Existe un déficit gradual progresivo de las funciones cognoscitivas.

C) Enfermedad de Alzheimer definitiva:

1. El paciente reúne los criterios clínicos de enfermedad de Alzheimer probable.

2. Hay evidencias histopatológicas (biopsia/autopsia) compatibles con EA.

Respecto a las causas de las Demencias Tipo Alzheimer (DTA), hasta el momento poco se ha avanzado desde la perspectiva biomédica, más allá de ensayar

algunas hipótesis sobre factores que podrían estar vinculados a la etiología de las mismas, pero no demostrados científicamente hasta el momento. Como plantearon recientemente en su estudio Martínez Rivera y Menéndez González (2006) “en la EA subyace un sustrato complejo aún sin resolver. Su etiología es hasta ahora desconocida y para comprender el origen de las alteraciones funcionales responsables del cuadro cognitivo y comportamental presente en esta enfermedad se han formulado diversas teorías que suponen una alteración del funcionamiento normal del SNC”.

Buscando siempre desde la perspectiva biológica de la enfermedad, se ha planteado la vinculación de la misma con aspectos biológicos (genéticos, neuroquímicos, neuroanatómicos, etc.) que serían la causa última del cuadro global y sus efectos. De esta forma, se ha estudiado y descrito con mucha precisión los fenómenos orgánicos que acompañan una DTA, tales como degeneración neurofibrilar, sustancia amiloide, apoptosis neuronal, déficits de neurotransmisores, gen APOE 4 del cromosoma 19 en la forma familiar de la enfermedad, etc.. La hipótesis de esta línea de investigación es que, si se pudieran manipular estos aspectos, se pueden producir cambios en evolución de la enfermedad.

Ventajas y límites del paradigma biológico hegemónico de las Demencias

Como se desprende del resumen que hemos hecho hasta aquí de los principales aspectos de lo que hemos dado en llamar paradigma biológico hegemónico de las Demencias, el mismo parte de una noción de salud y enfermedad cuyas causas son individuales y biológicas, que afectan a un individuo, encapsulado en sí mismo, desde un déficit biológico. Las demás personas, cuando son incluidos, lo son a partir de los efectos que genera la enfermedad orgánica de una persona. Por lo tanto, su idea fuerza de investigación se centra en producir cambios biológicos para detener o eliminar los déficits en esta área.

Este tipo de construcción de la realidad tiene, como todo paradigma, *aspectos positivos y aspectos negativos*. Dentro de los primeros, los dos más importantes son:

- 1) Conocer el desarrollo de estas patologías en el plano biológico (tal como señalamos antes) y presentar acciones terapéuticas que apoyen en este plano. En esta línea, al día de hoy, el grado de conocimiento científico de las distintas disciplinas biológicas ha habilitado a una serie de intervenciones farmacológicas en las DTA que,

básicamente tiene tres componentes: a) neuroprotectores; b) fármacos que facilitan la neurotransmisión, tales como los inhibidores de la acetilcolinesterasa, y c) fármacos de control de síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia (SPCD): ansiolíticos, antidepresivos, neurolépticos, que se indican según cada caso. Esos son los tratamientos farmacológicos actuales, con distintos nombre, pero básicamente esos y no hay mucha movilidad en este momento. En el caso de las DTA, más allá de los efectos comerciales y de marketing, clínicamente sabemos que los fármacos que integran el grupo señalado en a son protectores y los nombrados en b, logran una mejora global de la función cognitiva en los primeros meses, para luego comenzar un paulatino descenso. En el caso de los psicofármacos que integran el grupo c, estos sí han demostrado una mejora funcional en el tratamiento de varios de los SPCD, principalmente en estadios medios y avanzados de la enfermedad.

2) Permite definir criterios homogéneos de clasificación de los cuadros, lo cual habilita a trazar diversas rutas de intervención en función de los mismos. Por ej., no es lo mismo plantearse un escenario de una DTA, que otro de una depresión que sintomáticamente presenta una disminución de las funciones cognitivas.

Por su parte, dentro de los aspectos negativos de este modelo, también ubicamos principalmente dos aspectos:

a) Al centrarse en los procesos biológicos, toma sólo una de las realidades de las personas y pretende explicar el conjunto de la misma desde allí. Aquí la dificultad no es el paradigma biológico (que puede aportar mucho al diálogo interdisciplinario), sino su pretensión de hegemónico, pues desde aquí produce varios efectos iatrogénicos, derivados de concebir mecánicamente al ser humano como una “máquina biológica”.

b) Muy vinculado con el aspecto anterior de hegemonismo, desde esta perspectiva se construye una realidad en sí misma. Una realidad catastrófica, que en muchos casos actúa como profecía de autocumplimiento³. Desde las certezas se plantean determinadas etapas que va a pasar una persona con DTA y como va a

³ En este aspecto, resulta muy interesante ver determinados manuales de autoayuda y de información para familiares de personas con Alzheimer, donde se describen diferentes etapas de la enfermedad que finalizan con la persona en posición fetal y succionándose el dedo. Este tipo de difusión basada en este modelo biológico hegemónico, no genera un efecto de capacitación o de anticipación como se pretende, sino que colabora a construir esa realidad..

finalizar. Sin embargo, sabemos que esto no tiene por que ser así, ya que hay múltiples formas personales, familiares y sociales de transitar por una DTA.

LOS NUEVOS PARADIGMAS CIENTÍFICOS EMERGENTES Y LA CRÍTICA A LOS TRADICIONALES DOGMATISMOS

En el plano científico y de los paradigmas imperantes respecto a la investigación de las DTA, es necesario ubicar claramente la problemática este aspecto: la dificultad en el avance del conocimiento no se da en el plano técnico de la investigación biológica en sí misma. Muy por el contrario, como recién veíamos, este enfoque ha permitido comprender varios aspectos orgánicos que intervienen en estas patologías. El obstáculo lo ubicamos en el plano epistemológico y de la acción política de estas perspectivas, pues al presentarse el paradigma positivista como única forma de conocimiento y construcción de realidad hegemónica y excluyente, se produce un tipo de pensamiento simple que empobrece y obstaculiza el avance del verdadero conocimiento científico crítico.

Actualmente, nadie se atrevería a dudar que el ser humano es un ser complejo por esencia, donde intervienen diferentes procesos biológicos, psicológicos y sociales. Por lo tanto, si queremos comprender algunas de sus problemáticas y afecciones desde una perspectiva integral, toda propuesta que se pretenda hegemónica - y por lo tanto, reduccionista y ahistórica de la realidad, funcional a las relaciones de dominación propias del sistema capitalista y las leyes del mercado - deja de tener un valor comprensivo para convertirse en un simple dogma, paradójicamente contrario al verdadero pensamiento científico que debería ser crítico.

Afortunadamente, en la actualidad se está produciendo un cambio en esto. Como planteara ya hace algunos años Ilya Prigogine, en su conferencia pronunciada en 1995 en el Forum filosófico de UNESCO: “nos encontramos al final de esa era de la historia de la ciencia que se abrió con Galileo y Copérnico. Un período glorioso de verdad, pero que nos ha dejado una visión del mundo demasiado simplista. La ciencia clásica enfatizaba en los factores de equilibrio, orden, estabilidad. Hoy vemos fluctuación e inestabilidad por todas partes. Estamos empezando a ser conscientes de la complejidad inherente del universo. Esta toma de conciencia, estoy seguro, es el primer paso hacia una nueva racionalidad. Pero solo el primer paso” (p.1)

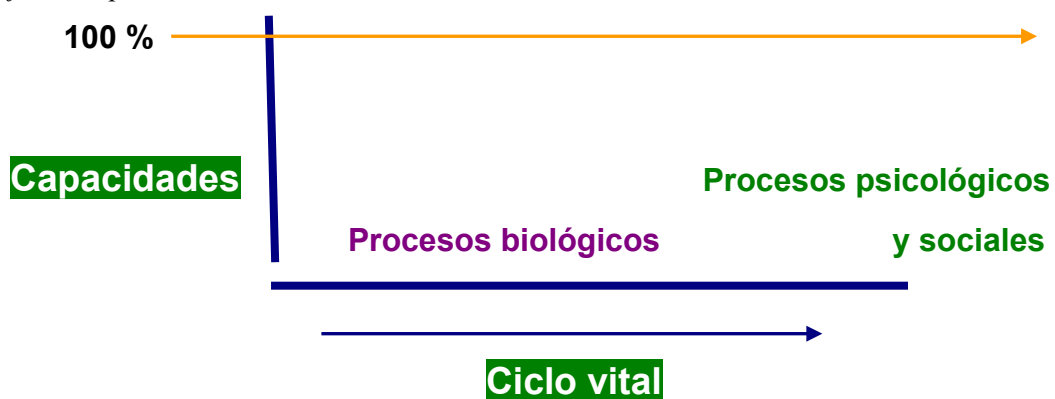
Recientemente Miguel Gallegos ha presentado una actualización en este tema: “en un esfuerzo por comprender la complejidad que entraña la realidad humana, diversas disciplinas están produciendo un proceso de cambio en toda su plataforma epistémica. Varios de estos cambios vienen siendo impulsados a partir del agotamiento de las viejas premisas de la racionalidad positivista” (2005: 347). Dicho autor continúa más adelante sosteniendo que, “en la actualidad ya no existe fenómeno alguno que pueda ser pensado aisladamente ni sometido a un análisis fragmentario. El pensamiento de la síntesis y la reducción ha sido generalizado y ha atravesado todas las disciplinas científicas, independientemente de las problemáticas abordadas y las respuestas elaboradas. En efecto, los antiguos vicios reduccionistas del paradigma positivista no solo han impedido contar con una visión de conjunto, sino además, aún persisten y obstaculizan las respuestas adecuadas a nuestras problemáticas contemporáneas” (p. 350).

Al respecto, Tomás Ibáñez Gracia, desde su curso de doctorado aporta: “no hay un método para las Ciencias Sociales y otro para las Ciencias Naturales, es el mismo método. Lo que pasa es que ese método nada tiene que ver con el método positivo que se ha venido celebrando como lo propio de la producción de conocimientos científicos. La diferencia no se expresa, efectivamente, en términos de metodología sino de tipo de objeto. Si el objeto es de tipo complejo, tanto si se aborda desde las Ciencias Físicas o Naturales, como si se aborda desde las Ciencias Humanas, Ciencias Sociales, requiere el mismo procedimiento de abordaje que nada tiene que ver con el método positivo” (1996: 19-20)

Estas discusiones filosóficas en el campo de las ciencias se están jugando actualmente en el terreno de las DTA. De esta forma, el paradigma hegemónico de la reducción y del ser humano individual, sostenido por múltiples intereses económicos, es hoy el principal obstáculo para avanzar en un conocimiento integral de estas patologías. Estos obstáculos se basan en varios errores teóricos y epistemológicos que ha cometido - y comete, como todo dogma - la investigación en este terreno, y que se trasladan a errores teóricos, técnicos y de intervención, al pretender explicar hechos complejos, desde paradigmas teóricos y metodológicos reduccionistas. Señalaremos aquí los tres principales:

a) Pretender explicar los procesos psicosociales desde la lógica y perspectiva de los procesos biológicos. Numerosos estudios longitudinales⁴ han demostrado que los procesos psicológicos y sociales no siguen el mismo patrón de envejecimiento que los biológicos. Mientras que en estos últimos el modelo es de desarrollo seguido de paulatino e irreversible declive hasta la muerte, los procesos sociales y psicológicos luego de un gran desarrollo inicial, pueden mantener a lo largo de toda la vida una estabilidad o incluso de un crecimiento, de acuerdo a diversos factores culturales, sociales, económicos, etc., que hacen a la variabilidad individual (Pérez Fernández, 2001). Un posible esquema gráfico de esto sería el siguiente:

Los diferentes procesos en el ciclo vital



De este error básico de concepción, se desprenden los siguientes dos errores:

b) Confundir y pretender explicar el cuerpo desde las lógicas y dinámicas del organismo. Investigaciones provenientes de diferentes campos científicos (Bruchon – Schweitzer, 1992; Pally, 1998; Catullo Goldfarb, 1998; Berriel y Pérez, 2005 y 2006) han puesto de manifiesto que mientras el organismo remite al sustrato biológico, el cuerpo refiere a la representación mental, a la significación y producciones de sentido, a la historia de cada persona, a los afectos y la sexualidad.

c) Querer explicar e intervenir en el psiquismo y en la subjetividad humana desde el estudio e intervención en el plano del Sistema Nervioso Central (SNC). O tal vez, en algunos casos extremos, algo más catastrófico: pretender asimilar el psiquismo al SNC. Aquí, al igual que en el caso anterior, la diferenciación es bastante obvia y este

⁴ Para un amplio panorama de los mismos, remitimos a los clásicos trabajos de Lehr, 1988; Fernández Ballesteros, 1996; Belsky, 1996

error sólo puede ser mantenido en relaciones de poder y por regímenes de verdad y ocultamiento, al decir de Foucault (1988), pues mientras el psiquismo remite a la dimensión deseante, a las producciones subjetivas de significados y sentidos (categorías psicosociales), el SNC remite a una parte importante de la dimensión biológica de estos procesos, pero no la única y, ni siquiera, la más relevante⁵.

Estos errores, que como veíamos basan su “saber científico” en un circuito de poder hegemónico, producen múltiples efectos negativos en la población y en los profesionales, pues capturan la perspectiva de las demencias en un modelo individual y biológico de la enfermedad. Estos efectos de verdad, hacen que tanto los profesionales como los pacientes y familias que sufren estas patologías queden capturados dentro de un círculo de desesperanza, que intentan paliar con “remedios” y “consejos”. O, para ser más rigurosos, fármacos y medidas funcionales adaptativas, tales como psicoeducación, de entorno, etc. Desde esta perspectiva no existe mucha posibilidad de cambio en estas situaciones. Muy por el contrario, se refuerza el deterioro a partir de la desesperanza que se instala paulatinamente al ir transitando hacia un destino que ya está definido de antemano desde este saber único. Es común que los familiares lleguen inicialmente a la consulta psicológica con un discurso muy estructurado respecto a que a su familiar “ya no se le puede hacer nada, pues se va deteriorando día a día”, con un “saber único” de la enfermedad, que a su vez construye el destino de la misma.

Joaquín Rodríguez Nebot, en el año 2004, nos llamaba la atención respecto a un tipo de clínica que presenta como sedentaria. La misma, heredera de la Psiquiatría, la Medicina y la Psicología del “two bodies” (sic), define criterios excluyentes de salud y enfermedad, utilizando determinados dispositivos para diagnosticar, evaluar y clasificar los pacientes, incluyéndolos en categorías fijadas a priori, donde la realidad está construida de antemano en forma cristalizada y ahistórica. Si bien como veíamos anteriormente, este tipo de clínica permite determinados códigos compartidos en las clasificaciones, en la medida que se las presenta como única y excluyente, termina reforzando, “... los circuitos del poder del imaginario, que refrendan y potencializan una repetición, la estereotipia y permiten por su acción tecnológica categorizar a los sujetos sufrientes, dominarlos en una suerte de violencia simbólica y que promueven encierros reales, concretos o simplemente encierros discursivos, tautológicos, que en última instancia no ayudan en nada a los propios pacientes o a aquellos que sufren y que

⁵ No existe un psiquismo sin un soporte biológico. Pero un SNC sin psiquismo, no es otra cosa que un conglomerado de tejido orgánico totalmente estéril.

reclaman con su dolor algún tipo de alivio, algún tipo de ayuda.” (Rodríguez Nebot, 2004: 19)

Las clínicas médicas y psicológicas derivadas de los diferentes manuales clasificatorios (en el caso de las demencias, el CIE-10, DSM-IV, o criterios NINCDS/ADRDA), son representativas de este tipo de clínica sedentaria. Se parte de la base de clasificar una patología por su impacto en el SNC de una persona, la cual, desde su dimensión biológica, irradia sus efectos a la esfera cognitiva y social.

Sin embargo, ya hace muchos años que sabemos que las relaciones entre organismo y subjetividad responden a lógicas altamente complejas y nunca lineales. Bader Sawaia (1999), retoma viejos planteos de Vigotsky respecto a cómo el cerebro está regido por redes semánticas y no apenas por redes neurológicas. “Se puede inferir de esta afirmación que las sustancias responsables de las funciones del cerebro que promueven la emoción y armonía de los movimientos, las cuáles hoy se las denomina neurotransmisores como serotonina o dopamina, son de orden simbólico. El significado penetra la comunicación neurobiológica, llevando a un hombre a hacer, no en respuesta de una estructura y organización biológica, sino de una idea” (Sawaia, 1999: 103⁶). Al respecto, dicha autora cita diversos ejemplos de cómo un sufrimiento ubicado en la esfera psicosocial, puede llevar a la muerte biológica⁷.

LAS DEMENCIAS DESDE EL ENFOQUE PSICOLÓGICO: EL MODELO MULTIDIMENSIONAL Y MAPA DE RUTA DE LA INTERVENCIÓN⁸

Anteriormente fundamentamos lo complejo del Ser Humano. Hace unos años, Carl Sagan (2000) se refería al cosmos, como “una historia de 15.000 millones de años que ha transformado la materia en vida y conciencia, haciendo posible que el cosmos se interrogara acerca de sí mismo”. En esta historia que ya lleva 15.000 millones de años,

⁶ En portugués en el texto original. Traducción libre de los autores.

⁷ Tal como el “banzo”, misteriosa dolencia que mataba al negro esclavo brasilero en un contexto de esclavitud social. Hoy en día, en nuestras sociedades occidentales tenemos numerosos ejemplos de esto, como la muerte de los Charrúas que fueron exiliados, puestos en prisión y sometidos al escarnio público en la Francia del siglo XIX. Las depresiones profundas, las enfermedades “psicosomáticas”, etc., son también actuales ejemplos de cómo un sufrimiento psicosocial puede llevar directamente a la muerte biológica. La influencia de la salud subjetiva en la expectativa de vida también es un ejemplo de esto (al respecto, véase Lehr, 1988 y Belsky, 1996)

⁸ Este apartado es una versión revisada y corregida para este libro, del trabajo de Robert Pérez “Avances y perspectivas del tratamiento psicoterapéutico integral de las demencias tipo alzheimer”, presentado en VII Congreso Virtual de Psiquiatría, realizado del 1 al 28 de Febrero de 2006.

el ser humano es sólo un momento. Diversos estudios antropológicos han ubicado hace aproximadamente medio millón de años, la época en que una especie de primates comienza a evolucionar en forma diferente, dando surgimiento al Homo Sapiens.

Y sin embargo, en estos “pocos” años hemos aprendido a transformar el medio y esa transformación nos ha ido cambiando a nosotros. Es así como a partir de afectos primarios muy ligados a necesidades fuimos aprendiendo a manejar herramientas para dominar el medio y ese cambio fue modificando nuestra biología, nuestro cerebro, nuestro psiquismo y nuestro medio. Fuimos perfeccionando los movimientos, haciéndolos cada vez más precisos y controlados, construyendo nuevas estructuras neuronales que habilitaron el desarrollo de praxias cada vez más complejas. Adquirimos conciencia de nosotros mismos como diferentes de los otros y también de nuestra finitud. Construimos una noción de tiempo y fuimos organizando mentalmente el mundo, categorizando las cosas, dándoles un ordenamiento conceptual que nos permitió identificar los objetos, complejizando nuestras gnosias. Logramos comenzar a controlar cada vez más nuestros impulsos, a postergar la descarga de las pulsiones, apareciendo la función yoica.

Finalmente logramos separarnos cada vez más de los objetos y creamos el lenguaje, que nos permitió desprendernos conceptualmente de ellos, abriendo paso al mundo de lo simbólico. Con el desarrollo del lenguaje pasamos de antiguas redes neuronales, a nuevas redes semióticas de comunicación que modificaron la biología. De esta forma, nos convertimos en los únicos seres vivos capaces de imaginar, proyectar y construir nuevas realidades. Aparece así el pensamiento y la planificación secuenciada. La necesidad de estas funciones hizo que fuésemos cambiando nuestra biología, desarrollando la corteza cerebral y el lóbulo frontal. Estos cambios nos permitieron independizarnos cada vez más de las limitaciones geográficas y comenzar a transmitir conocimientos de una generación a otra, lo cual dio paso a la cultura, que a su vez modificó las diferentes formas de pensar, sentir y significar el mundo.

Es así como en este proceso, hemos modificado radicalmente el ambiente y en esa acción, transformamos dialécticamente nuestra biología y nuestro psiquismo. Estas modificaciones son las que nos han llevado a pasar del antiguo primate a esto tan terrible y a la vez tan maravilloso que nos hemos convertido como especie humana: el único ser viviente con capacidad de planificar y ejecutar las peores crueldades, pero también el único capaz de dar la vida por algo tan abstracto como una idea o un valor.

En este recorrido, es interesante ver como el ser humano en gran medida ontogenéticamente, reproduce el largo camino que ha recorrido filogenéticamente, complejizándolo más. Actualmente sabemos que al nacer, el genoma tiene una influencia muy importante en el llamado cerebro primitivo. Las investigaciones de las neurociencias en las últimas dos décadas han puesto de manifiesto que, mientras en los sectores evolutivamente más arcaicos del cerebro - tales como el tallo cerebral, hipotálamo y amígdala - la mayoría de las conexiones neuronales tienen al nacer un ordenamiento bastante acabado, las redes neuronales de comunicación con los sectores más evolucionados - tales como la corteza - así como el ordenamiento definitivo de las mismas, se construyen después del nacimiento en función de los intercambios con el medio ambiente, o sea con la educación, alimentación, afectos, etc. (Bechara y otros, 1995; Damasio, 1996; Pally, 1998; Domínguez, 1999). Ejemplos cotidianos éstos de cómo lo psicosocial moldea lo biológico.

En este punto, resulta muy interesante incluir los planteos de J. Bruner y sus colaboradores respecto a que lo que nos distingue como seres humanos es la producción de sentido (1991) y la capacidad de narrativa (2003): “el sustrato biológico no es la causa de las acciones sino, cuando mucho, una condición de las mismas. Son la cultura y la búsqueda de significado las que constituyen la mano moldeadora, en tanto la biología es la que impone las limitaciones, pero que, la cultura tiene incluso, el poder de ablandar esas limitaciones” (1991: 37).

Pues bien, con lo planteado hasta aquí, tal vez ahora estemos en condiciones de retomar una pregunta que hicimos varias páginas antes: **¿Qué es una Demencia Tipo Alzheimer?**

Desde la perspectiva psicológica, si nos descentramos del modelo biológico e individual, una demencia es una compleja construcción histórica que culmina en una desorganización de un grupo o colectivo en, al menos, cinco planos: somático, cognitivo, psicoafectivo, psicosocial y sociocultural/histórica. Cada uno de estos planos⁹ tendrá múltiples zonas de impacto en cada integrante del grupo afectado, apareciendo uno de los sujetos como “depositario” de esta situación¹⁰.

En el plano somático, habrá una persona que es la que emerge con una mayor afección en el SNC, donde aparecerán diferentes fenómenos propios de cada patología (por ej., placas amiloides, degeneración neurofibrilar, etc.). En esta persona, en el plano

⁹ Que insistimos, son parte de un fenómeno global, discriminados al sólo efecto de su análisis e intervención.

¹⁰ En el sentido que lo plantearan Pichón Rivière (1985) y Scherzer (1994)

cognitivo se da una pérdida de las capacidades en un sentido inverso a como se han adquirido. Primero se pierde lo último que se adquirió, como puede ser el pensamiento abstracto, luego la noción de volumen, peso, sustancia, etc., hasta que finalmente aparecen los síntomas neurológicos y el reflejo de presión. Este fenómeno, ya señalado en los años sesenta por Julián de Ajuriaguerra en sus trabajos sobre desintegración homogénea conjunta (Mendilaharsu, 1981), es retomado hace algunos años por Reisberg et Al. (1999), como retrogénesis.

Desde el punto de vista psicoafectivo, una DTA es una desestructuración yoica y una desintegración de la identidad en la persona que emerge como enfermo. Asistimos de esta forma a procesos de desnarcisización (Berriel, Leopold y Pérez, 1998; Pérez, Berriel, Charamelo, 2005). Al disminuir el control yoico, que permite una comunicación compartida a partir del manejo de determinados códigos y universo simbólico socio-cultural, aparece todo lo que tiene que ver con el orden inconsciente, con la dimensión afectiva en forma no elaborada y el proceso primario. De esta forma, comienzan a cobrar cada vez mayor visibilidad, determinados rasgos de personalidad previos¹¹, que van a marcar en gran medida las características de expresión de la enfermedad y las modalidades de afrontamiento. Se va dando paulatinamente un creciente proceso de desubjetivación, donde la persona va perdiendo su condición de sujeto, quedando cada vez más “cosificado” en la esfera de los vínculos.

En el plano psicosocial surge paulatinamente una “dementización” del vínculo, donde afloran viejas modalidades de comunicación estereotipadas, antiguos pactos familiares de silencio ante situaciones traumáticas, afectos reprimidos o encapsulados, en muchos casos, por más de una generación y que no han podido tener una tramitación psíquica¹². En este plano es también en el que puede apreciarse cómo esta desestructuración yoica se expresa en una pérdida de la promesa narcisística que implica el sostener un proyecto identificador (Aulagnier, 1994). Los emblemas identificatorios (Berriel, 2003), proporcionados por el imaginario social, no pueden ser anudados por un deseo que ya no tiene habilitado el camino del nuevo proyecto. Desde esta perspectiva,

¹¹ Cuando nos referimos a “rasgos de personalidad”, hacemos referencia a fenómenos subjetivos que nunca son “intrapíquicos”, o por fuera de lo social. Muy por el contrario, son contruidos a lo largo de la vida en un contexto social cultural que favorecerá o no la expresión de determinadas características y conflictivas. Aquí los utilizamos en su aspecto operativo, referidos a las relaciones que establece el sujeto con algunas conflictivas psíquicas, la incidencia de las mismas en la construcción del proyecto de vida y los planos de repetición puestos en juego en el mismo y en su historia psicoafectiva. Al respecto ver Pérez Fernández (2007)

¹² Respecto al tema de transmisión transgeneracional y los efectos en el psiquismo, remitimos al trabajo de Eguier, Carel, André-Fustier, Aubertel, Ciccone y Kaës (1997).

el trastorno de memoria y la desorientación temporal manifestadas en repeticiones constantes de los pacientes, aludiendo a un pasado presentificado, cumplen la función de ser los últimos sostenes de la identidad del sujeto¹³.

En el área sociocultural e histórica es donde se podrá apreciar más claramente como el curso de la enfermedad en cada uno de los planos anteriores, estará fuertemente afectado por la red de significaciones culturales y contenidos simbólicos e imaginarios contruidos colectivamente por la comunidad de pertenencia, y que regula en gran medida, las redes semióticas y neuronales de comunicación. Estas cristalizaciones de sentido serán los que le otorguen una determinada significación a la demencia. De esta forma, será muy diferente cómo una persona y su comunidad transiten una DTA si pertenecen a un medio urbano o rural; a una sociedad que produce bienes de consumo u otra que produce bienes de intercambio; a una comunidad donde domine el saber científico occidental o a otra donde impere el saber mágico. En todos estos casos, tal vez la DTA presente los mismos déficits en el SNC¹⁴. Sin embargo, los efectos sobre la subjetividad o lo social serán muy diferentes según cada caso, y no tienen por que ser negativos en sí mismo¹⁵. Como planteara en 1990 Emiliano Galende, “las cuestiones relativas a la salud mental no tienen su origen en datos naturales, es decir que las normas de relación en las cuáles se producen estos valores no son normas biológicas sino sociales (...). Los modelos causalistas de la psiquiatría organicista, aun de la moderna psiquiatría biológica, postulan una generación de la enfermedad en un orden extralingüístico, natural, pero tal causalidad, de ser cierta, no exime de comprender que todo sufrimiento subjetivo está mediatizado por la relación del individuo con los símbolos que lo unen al mundo, a los otros individuos y a sí mismo” (pp. 89 – 90). Eficacia del imaginario social y de las producciones colectivas de sentido en la construcción de la subjetividad, decimos nosotros. Las imposiciones y demandas sociales hacia el sujeto que emerge como “enfermo” hacen a las dificultades en la elaboración de pérdidas, en tanto ello implica muchas veces la transfiguración o el trastocar los esquemas regulativos y las identidades cristalizadas desde donde el sujeto se ha posicionado. Estos aspectos los ubicamos en esta dimensión socio-cultural e histórica.

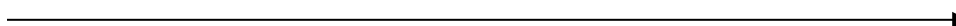
¹³ Este tema lo desarrollaremos en el tercer capítulo

¹⁴ Aunque esto es simplemente una hipótesis sostenida en el paradigma biomédico, pues, hasta dónde conocemos, no ha sido investigado específicamente.

¹⁵ Esto sí ha sido suficientemente estudiado. Por la misma razón que alguien, desde nuestro saber científico y cultural sería capturado en la categoría de “enfermo mental” y excluido socialmente, en algunas culturas antiguas (imperialmente llamadas “primitivas”), tendría un rol necesario y valorado socialmente.

La siguiente tabla intenta sintetizar los principales componentes de estas cinco dimensiones, cada una de las cuales contiene a las otras y, a la vez, aumenta su nivel de complejidad, y por tanto, el de la metodología de estudio:

La perspectiva multidimensional de las demencias				
Somático	Cognitivo	Psicoafectivo	Psicosocial	Sociocultural e histórica
Déficit en el SNC (Placas amiloides, degeneración neurofibrilar, etc.)	- Desintegración Homogénea Conjunta - Retrogénesis	- Desestructuración yoica - Desintegración de la identidad. Rasgos de personalidad - Desnarcisización - Desubjetivación	- Desestructuración y dementización . vincular - Modalidades de comunicación estereotipadas - Viejos afectos no tramitados psíquicamente. - Elementos transgeneracionales - Emblemas identificatorios	- Red de significaciones culturales y contenidos simbólicos e imaginarios - Lugar asignado a la enfermedad en la comunidad de pertenencia Cristalizaciones colectivas de sentido



Nivel de complejidad creciente

Sabemos que la relación entre cognición, afecto y sustrato biológico nunca fue lineal ni simple. Ya los primeros trabajos de Freud de fines del siglo XIX ponían de manifiesto esto. Si observamos el anterior cuadro veremos que, a pesar de las definiciones que se dan de la enfermedad por los dos primeros planos (somático y cognitivo), lo que causa mayor sufrimiento familiar y grupal responde a los otros dos (psicoafectivo y psicosocial), que se encuentran muy vinculados al siguiente plano (sociocultural). De esta forma, mientras el modelo biológico busca las causas en el plano somático y toma los otros cuatro como consecuencias de ese, *si invertimos esta relación*, buscando las condiciones de producción de estas patologías en los tres últimos y tomamos a los planos somático y cognitivo como secundarios a ellos, se nos abre toda una nueva línea de conceptualización e intervención en este campo. Esto es lo que denominamos *el modelo multidimensional de intervención psicológica*, donde los

diferentes planos se afectan mutuamente, ya no en un individuo, sino en un determinado colectivo real o fantaseado.

Sin duda a quien no este familiarizado con este tipo de construcciones le resultará extraño, pues implica concebir la realidad desde otro paradigma. Sin embargo, el conocimiento desarrollado al día de hoy por el paradigma biológico, es un conocimiento descriptivo que permite la duda respecto a si los múltiples déficit biológicos son causa o consecuencia de las alteraciones en los otros planos.

LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO INTEGRAL.

Tárraga, ya en el año 2001 planteaba el importante consenso respecto a combinar intervenciones psicoterapéuticas con tratamientos farmacológicos. Consideramos imprescindible combinar ambas terapéuticas en un plan integral de abordaje, el cual debería ser *orientado desde un equipo interdisciplinario real*, y no desde una fragmentación disciplinaria. Este equipo interdisciplinario, que debe estar constituido desde un enfoque de complementariedad y potenciación, debería poner en juego en cada intervención todo el arsenal técnico - farmacológico y psicoterapéutico - siempre al servicio de un plan integral de abordaje. Concebimos la elaboración de este plan integral en dos momentos: diagnóstico y estrategia de intervención. Veamos cada uno de estos momentos.

1) El momento diagnóstico. La construcción del mapa de ruta de la enfermedad

Constituye un momento clave en el proceso, donde el equipo interdisciplinario realiza un análisis lo más amplio y claro posible de la complejidad que el caso singular despliega. El diagnóstico consta de dos dimensiones.

1.1 - Diagnóstico Clínico - clasificadorio.

Refiere al diagnóstico clásico de la patología realizado desde una clínica sedentaria (Rodríguez Nebot, 2004). Basado en criterios validados internacionalmente, en esta etapa se debe definir claramente el cuadro patológico, realizando un estudio neurocognitivo y psicológico, con el apoyo de la paraclínica de laboratorio pertinente.

Se debe aquí definir que se trate efectivamente de una demencia y especificar de qué tipo (degenerativa, vascular, mixta, etc.). Este diagnóstico se realiza a la persona que identificamos como “paciente”, con el apoyo de quien identificaremos como “cuidador principal”.

1.2 - Diagnóstico Clínico - situacional

Este diagnóstico implica ya una intervención desde un enfoque de clínica móvil (Rodríguez Nebot, 2004). Aún a riesgo de ser redundantes, nos parece necesario insistir en esto una vez más: para realizar correctamente este tipo de diagnóstico, es imprescindible realizar un descentramiento de la concepción individual de la patología, que nos habilite a visualizar el impacto de la misma en el grupo familiar y en la red social más cercana del paciente. El diagnóstico situacional implica una visión global de la enfermedad en el grupo familiar y en la red, identificando las personas afectadas, así como los recursos de las mismas. Se debe aquí realizar un análisis de la afección y recursos en cada una de las personas identificadas. Tomando los cinco planos implicados en la patología desde el modelo multidimensional, se identificará en el “paciente” y en cada persona de su red más próxima, aquellos aspectos que enferman y los que se mantienen sanos en cada uno de estos planos.

En el plano somático, se identificarán los déficit y si existen repercusiones en este plano en las personas de la red. **A nivel cognitivo**, se tratará de identificar lo más claramente posible los déficit cognitivos del paciente, en qué áreas se dan y visualizar si existe alguna repercusión en este plano en la red inmediata, identificando en ese caso la causa.

En el plano psicoafectivo, se busca conocer el impacto en la vida anímica y en los afectos de cada uno de los implicados. Visualizar como cada uno va transitando la patología y de que forma la misma impacta en una historia vincular y sobre determinadas estructuras de personalidad. Se buscará identificar los tipos de mecanismos defensivos que se ponen en juego, así como los aspectos de salud mental implicados. En caso de existir Síntomas Psicológicos y Conductuales Asociados a la Demencia, se deben ubicar en este ítem, analizándolos en el conjunto del mismo.

En la dimensión psicosocial, muy ligado al anterior, es necesario identificar las ansiedades predominantes en el grupo familiar, el juego de depositaciones de las

mismas (Pichón Rivière, 1985; Scherzer, 1994), los elementos de transmisión generacional puestos en juego (Eiguer y col., 1997), los mensajes inconcientes en la comunicación (Scherzer, 2004).

En el área sociocultural/histórica, se analizará la construcción de sentido de la patología, tanto desde la perspectiva del grupo (como la significa “esa” familia), como desde la socio cultural (cómo la significa “esa” red social, “esa” comunidad, que será diferente si pertenece a un medio urbano o rural, etc.). Se analizarán aquí las fantasías construidas colectivamente respecto a la enfermedad, así como los miedos y los procesos identificadorios puestos en juego.

Una vez definidos estos diferentes impactos de la patología en el grupo afectado, se podrá realizar un mapa de ruta de la enfermedad, identificando las diferentes zonas de impacto de la misma en cada una de las personas y en cada área. Este mapa de ruta, será un insumo básico a la hora de definir una estrategia de intervención.

2) La estrategia de intervención

Una vez definido el mapa de ruta en la anterior etapa, se debe construir un plan integral de tratamiento, singularizado para cada caso. Este plan se construye a partir de la formulación de tres preguntas: ¿dónde intervenimos, sobre qué áreas?; ¿para qué, cuáles son nuestros objetivos?; ¿cómo vamos a intervenir, que tipo de intervención es la más adecuada?.

Las áreas de intervención, refieren a las dimensiones donde procuramos producir cambios: somática, cognitiva, psicoafectiva, psicosocial y sociocultural e histórica. A partir de ubicar el impacto de la patología en cada una de las cinco áreas de afección para el colectivo involucrado, se debe definir que áreas se deben priorizar desde el plan de intervención.

Los objetivos deben definirse diferenciados según cada área y cada caso. A modo de ejemplo, en el área cognitiva, el trabajo con el “paciente” tendrá como objetivo principal, mantener las funciones y retrasar el proceso de deterioro. La intervención en cada área no debe tomarse como algo estático o como un fin en sí mismo, sino ubicarla dentro del plan general de intervención, en forma sinérgica al mismo. En el ejemplo anterior, se puede dar que exista una disminución del potencial cognitivo conservado debido a factores afectivos o vinculares. En estos casos, el trabajo desde el área

psicoafectiva puede fortalecer el llegar al máximo de este potencial, desde una intervención que apunte a producir cambios psíquicos en el paciente y su red inmediata. Por cambios psíquicos, nos referimos a la intervención en los procesos afectivos implicados, en los duelos no elaborados, en los procesos de narcisización, etc., produciendo un nuevo posicionamiento subjetivo de cada uno de los implicados en la patología y favoreciendo los procesos de simbolización de los conflictos. En este punto, tomamos distancia de los planteos que promueven únicamente una adaptación funcional (acrítica y ahistórica) a la situación. En nuestra propuesta, uno de los principales objetivos operativos es lograr, al decir de Pichón Riviére, una adaptación activa. Respecto a los objetivos en el área de los vínculos, estos refieren a la posibilidad de producir y sostener grupalmente los cambios psicológicos en la persona, así como los funcionales en la red.

El tipo de intervención es el resultado de los dos pasos anteriores. Es en este momento cuando el equipo técnico pone en juego el arsenal técnico que dispone y en función del cual orientará la intervención. Como decíamos anteriormente, esta debe incluir un abordaje combinado farmacológico y psicoterapéutico.

Respecto a las potencialidades y límites del tratamiento farmacológico (anticolinesterásicos, neuroprotectores y psicofármacos), ya ha sido suficientemente abordado y abunda la literatura científica al respecto, por lo que no nos interesa en este libro detenernos en el mismo. Lo que sí nos interesa dejar planteado es que, al contrario de lo que se sostiene habitualmente desde el modelo biológico hegemónico, este tipo de tratamiento, por ser sintomático, debe estar subordinado como apoyo a la principal línea de intervención, que es la psicoterapéutica, orientada desde este plan integral.

En relación al tratamiento psicoterapéutico, en los últimos años ha tenido un interesante desarrollo, existiendo varios en estos momentos. Las diferentes propuestas responden a distintas concepciones de Psicología y Psicoterapia en diferentes regiones del mundo. Es así como en la intervención sobre las estructuras cognitivas contamos con terapias de orientación a la realidad, tratamientos de estimulación cognitiva y talleres lúdicos creativos, entre otros. Respecto a la intervención en la vida anímica, existen psicoterapias de corte psicodinámico, psicoanalíticas y cognitivo – conductual.

Finalmente, en el área de los vínculos, contamos con psicoterapia familiar con diferentes orientaciones (psicodinámica, sistémica, etc.), intervenciones en red, asesoramiento familiar y psicoeducación, entre otras.

En lo que refiere a nuestra propuesta, en función de la experiencia clínica y retomando los aportes de anteriores investigaciones (Kabanchik, 1996; Berriel, Leopold y Pérez, 1998; Tárraga, 2000; Franco Martín y Criado del Valle, 2002, Catullo Goldfarb, 2004) hemos diseñado una batería de intervención basada en el modelo multidimensional y el mapa de ruta, la cual ha demostrado una buena efectividad en el tratamiento de las DTA. Esta batería de intervención fue probada a través de una investigación de diseño cuasi experimental. En el siguiente capítulo presentamos esa investigación y sus resultados, para luego, en el capítulo tres, detenernos nuevamente en los hallazgos clínicos que nos ha dejado ese proyecto.

CAPÍTULO 2: LA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA CON FAMILIAS Y PACIENTES CON ALZHEIMER

*Estoy vivo, respiro
tiro mi propio carro
ahí ando
con mi cuerpo de viaje
y nunca llego*

Enrique Estrázulas

LA CLÍNICA Y LA INVESTIGACIÓN: ALGUNOS RECORRIDOS

Como señaláramos en la introducción, hace ya varios años que nos aproximamos al tema de las demencias desde la perspectiva psicológica y en este tiempo hemos ido diseñando paulatinamente un modelo de comprensión, abordaje e intervención en las mismas. La construcción de esta perspectiva ha tenido diferentes etapas y combinado distintas metodologías.

Efectivamente, luego de un período inicial de trabajo clínico con grupos de pacientes con Enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales, surgieron una serie de interrogantes que plasmamos en una investigación inicial que titulamos “Factores afectivos y vinculares en la enfermedad de Alzheimer”. Ya en ese entonces nos llamaba la atención que el desarrollo del conocimiento científico sobre esta patología fuese, hasta ese momento, dominio casi exclusivo de las disciplinas biomédicas, limitándose la psicología, únicamente al tratamiento de aspectos funcionales y secundarios de la enfermedad. Por lo tanto, partiendo de una concepción de Psicología y de Clínica (que abordaremos en el siguiente capítulo), ya en esa primera investigación exploratoria nos propusimos estudiar la incidencia de factores afectivos y vinculares en el desarrollo de la enfermedad, evaluando el efecto de introducir intervenciones psicoterapéuticas que los abordaran, en la evolución de la patología.

Lo alentador de los resultados obtenidos (Berriel, Leopold y Pérez, 1998), nos llevó a nuevas preguntas e interrogantes sobre estas patologías y sus condiciones de producción. Decidimos entonces volver al trabajo clínico como forma de profundizar las mismas. En ese período fuimos construyendo un marco teórico de referencia y una operatividad en cuanto a la intervención (Pérez 2004 y 2005), pues la clínica cada vez nos demostraba con mayor fuerza la incidencia de los factores psicológicos en la construcción de estas patologías.

Es en este período que, inicialmente sin muchos contactos entre sí, comienzan a desarrollarse en la región una serie de investigaciones que trabajan en líneas alternativas muy similares. Los estudios pioneros de Kabanchik (1996), los de Catullo Goldfarb (2004), Sánchez (2005 y 2006) y Zarebski (2005), comienzan a arrojar resultados muy afines con lo que estábamos trabajando nosotros aquí. Esto nos llevó a la necesidad de realizar una nueva investigación que nos permitiera poner a prueba estas ideas y preguntas que estábamos construyendo.

Lo que sigue a continuación, es un resumen de la investigación “Factores afectivos, cognitivos, funcionales y psicosociales en la enfermedad de Alzheimer¹⁶”, que desarrollamos entre los años 2004 y 2006 en conjunto entre dos centros de la Universidad de la República dedicados a la investigación en torno al envejecimiento y la salud: el Servicio de Psicología de la Vejez, Facultad de Psicología y el Departamento de Geriátrica, Facultad de Medicina. Este estudio fue financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República, en su programa de I + D.

PREGUNTAS GUÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

Como decíamos anteriormente, la intención fue evaluar el modelo multidimensional, tanto en sus aspectos teóricos como de intervención. Para ello partimos de las siguientes preguntas: ¿cuál es la incidencia de factores afectivos, cognitivos, funcionales y psicosociales en el curso de la EA? ¿Se pueden identificar los mismos desde el mapa de ruta de la enfermedad? Si tenemos en cuenta que existe evidencia empírica respecto a la efectividad de determinados tratamientos no farmacológicos en la mejora, de algún aspecto parcial de lo de los factores señalados: ¿qué efectividad tendrá un tratamiento psicoterapéutico no farmacológico que realice un abordaje multidimensional? Si este tratamiento logra mapear y controlar los principales aspectos afectivos, cognitivos, funcionales y psicosociales que se instalan en la E.A.: ¿podrá enlentecer el curso esperado de la misma? ¿contribuirá a elevar la calidad de vida de los involucrados?

METODOLOGÍA

Nuestra intencionalidad fue contrastar los efectos de la intervención psicológica, con los efectos de los tratamientos médicos y de apoyo realizado habitualmente en nuestro medio a personas con EA. Como forma de evaluar los resultados, además de la evaluación clínica, nos interesó especialmente tener un nivel de evaluación con las

¹⁶ Investigadores responsables de las diferentes áreas del estudio:

-Intervención psicológica, análisis de datos e informe CSIC: Prof. Adj. Psic. Fernando Berriel y Prof. Adj. Psic. Robert Pérez. Servicio de Psicología de la Vejez, Facultad de Psicología

-Evaluación y recogida de datos: Asist. Psic. Ana Charamelo. Departamento de Geriátrica, Facultad de Medicina

mismas técnicas médicas, neurocognitivas y conductuales que se evalúa habitualmente en el ámbito internacional, a pesar de que esas escalas responden a concepción biomédica y neurocognitiva de estas patologías. Nuestra hipótesis sostenía que, si la intervención psicológica era efectiva, debía producir cambios también en esas dimensiones. Por lo tanto optamos por realizar un estudio psicológico, de diseño cuasi – experimental, con un grupo de intervención y un grupo de control. Los sujetos fueron seleccionados por características comunes, definidas a partir de la aplicación de pruebas baremadas, validadas internacionalmente, atendiendo a la homogenización de la muestra. La misma fue constituida por sujetos con EA y sus cuidadores principales. El criterio de inclusión para los pacientes fue de EA diagnosticada por estudios neuropsicológicos, psicológicos y médicos, con un nivel de evolución de grado 4 y 5 en la escala GDS de Reisberg.

En el grupo de intervención, durante 13 meses se aplicó un tratamiento psicoterapéutico no farmacológico para pacientes y cuidadores. Por su parte, el grupo de control, sólo fue evaluado en las instancias definidas. Los sujetos pertenecientes a este grupo, continuaron con los tratamientos habituales del medio en el caso de la EA (control médico, fármacos en los casos indicados, etc.), pero no recibieron ningún tratamiento psicológico.

Sujetos

Los criterios de inclusión en la investigación (grupo intervención y control) fueron los siguientes: a) tener diagnóstico clínico neuropsicológico de EA, apoyado con diagnóstico imagenológico (TAC y/o SPECT); b) Aquellos pacientes medicados con inhibidores de la acetilcolinesterasa, para ser incluidos debían tener un período de medicación continua de por lo menos 6 meses, de modo que los cambios no sean por el efecto del fármaco, sino por la intervención psicológica; c) nivel de escolaridad mínimo de 3 años, que hubieran accedido al código de la lectoescritura; e) No tener afasia.

En base a estos criterios de inclusión, se conformó un grupo de intervención y otro control. A su vez, el grupo de intervención lo podemos dividir, en dos grupos:

1 - *Grupo de intervención propiamente dicho (grupo 1)*, compuesto por nueve pacientes y nueve cuidadores que participaron del tratamiento psicológico la mayor parte del tiempo (entre 8 y 13 meses).

2 – *Grupo de intervención parcial (Grupo 2)*, compuesto por seis pacientes y seis cuidadores que participaron tratamiento psicológico por un período breve (entre uno y tres meses) y abandonaron el tratamiento;

El grupo control (Grupo 3) estuvo integrado por once pacientes y once cuidadores que no participaron del tratamiento psicológico.

En total participaron del estudio 26 pacientes y 26 cuidadores principales. Fueron evaluados al inicio, a los 8 meses y al finalizar la investigación. En la tabla 1 se presentan los sujetos de los tres grupos.

Tabla 1: Sujetos por grupo, según evaluaciones

		Sujetos Inicio	Segunda evaluación	Tercera evaluación	Total
Grupo 1: intervención Completa	Pacientes	9	9	8 ¹⁷	9
	Cuidadores	9	9	8	9
Grupo 2: intervención parcial	Pacientes	6	6	6	6
	Cuidadores	6	6	6	6
Grupo 3: Control	Pacientes	11	11	11	11
	Cuidadores	11	11	11	11

Corresponde señalar que en la tabla 1, se indican únicamente los cuidadores principales que participaron de todo el proceso y fueron evaluados. Sin embargo, en diferentes instancias del dispositivo psicoterapéutico participaron también otros cuidadores y familiares. Fue común que, en las instancias grupales, hubiera más de un cuidador por paciente. A su vez, en las intervenciones familiares que se realizaron en el grupo 1, participaron varias personas. De acuerdo a esto, en la Tabla 2 se indica el total de personas que participaron del grupo 1.

¹⁷ En la tercera evaluación son ocho personas, debido al fallecimiento de un paciente que había recibido la mayor parte del tratamiento.

Tabla 2: Total de cuidadores y familiares del Grupo 1, por paciente y por tipo de intervención

Paciente ¹⁸	Número de Cuidadores por pacientes que participaron del grupo de intervención	Número de personas que participaron en las intervenciones familiares
1	3	7
2	1	2
3	1	--
4	3	3
5	1	4
6	3	4
7	2	3
8	2	2
9	2	----
Total	9	25

Instrumentos De Evaluación

En la evaluación de los pacientes con EA de ambos grupos, se aplicó la siguiente batería de pruebas:

- Aspectos cognitivos: Mini Escala de Estado Mental de Folstein (MMSE) y Alzheimer's Disease Assessment Scale (Subescala Cognitiva: ADAS - Cog).
- Aspectos funcionales: Índice de Barthel
- Aspectos Afectivos y Síntomas Psicológicos y Conductuales de las demencias (SPCD): Escala de Depresión de Yesavage y Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q)
- Aspectos psicosociales: NPI - Q (estrés) y Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit, ambas aplicadas a los *cuidadores* de ambos grupos.

Dispositivo de Intervención Psicológica

Se aplicó un dispositivo combinado de intervención psicológica para pacientes y cuidadores. El mismo implicó una concurrencia de ambos dos veces por semana a los consultorios de la Facultad de Psicología, lugar dónde se desarrolló la intervención.

¹⁸ Para mantener el nombre de cada paciente en reserva, le adjudicaremos un número, que será el mismo en las diferentes tablas, a los efectos de permitir realizar un seguimiento comparado de cada paciente en las diferentes pruebas.

Se conformaron dos equipos técnicos de trabajo. Uno de ellos, integrado por una Psicóloga¹⁹ y una Médica Geriatra²⁰ fue el encargado de las diferentes evaluaciones de los tres grupos, así como del control médico y farmacológico. Funcionó en el Hospital de Clínicas, en el Departamento de Geriátrica y trabajó en forma independiente de las intervenciones psicoterapéuticas.

El otro equipo estuvo integrado por siete psicoterapeutas²¹, Licenciadas en Psicología y cuatro docentes. Para supervisar el trabajo clínico de las psicoterapeutas, se conformaron dos grupos, cada uno de ellos supervisado por uno de los investigadores responsables de la intervención²². Cada grupo de supervisión funcionó con una frecuencia de una vez por semana, durante dos horas. Además se realizó un seminario y ateneo clínico semanal de dos horas de duración, en el cual participaban docentes y terapeutas de este equipo y donde se presentaban y discutían colectivamente los diferentes casos.

Los sujetos con EA, participaron de una sesión semanal de 50 minutos de psicoterapia psicodinámica individual, y otra sesión semanal grupal de 75 minutos, de desarrollo de los procesos creativos y rehabilitación cognitiva. La psicoterapia individual fue realizada por las Lic. en Psicología. La actividad grupal estuvo a cargo de dos docentes²³.

Los cuidadores principales tuvieron una sesión individual semanal de 50 minutos de psicoterapia psicodinámica y una sesión grupal semanal, de 75 minutos, de apoyo psicoterapéutico y psicoeducación. La psicoterapia individual fue realizada por las Lic. en Psicología y la actividad grupal estuvo a cargo de otros dos docentes²⁴.

Intervenciones familiares: En función de las necesidades planteadas por las situaciones clínicas, se realizaron intervenciones psicoterapéuticas familiares con los pacientes que integraron en forma estable el grupo de intervención. Esta actividad estuvo a cargo de psicoterapeutas y docentes.

¹⁹ Asist. Psic. Ana Charamelo

²⁰ Asist. Dra. Miriam Ceppi

²¹ Licenciadas en Psicología: Ma. Noel López, Ana Lucía Parma, Adriana Rovira, Sandra Silveira, Leticia Vallarino, Rosana Rodríguez Perlas y Rosana Viglione

²² Profs. Adj. Psics. Fernando Berriel y Robert Pérez

²³ Prof. Adj. Psic. Robert Pérez y Asist. Psic. Carmen De Los Santos

²⁴ Prof. Adj. Psi. Fernando Berriel y Asist. Psic. Rita Amaral

RESULTADOS

A continuación presentamos los resultados obtenidos organizados por cada escala empleada en la evaluación de la evolución de los sujetos. Al final del capítulo presentamos las principales conclusiones que pueden extraerse de los resultados.

1 - Mini Escala de Estado Mental de Folstein (MMSE)

Considerando la media de cada paciente en las tres evaluaciones, obtenemos los siguientes resultados:

En el Grupo 1, siete de los nueve sujetos que lo constituyen (78%) presentan un mejor rendimiento en las tres sucesivas evaluaciones. Los dos restantes disminuyen los puntajes obtenidos.

Tabla 3. Puntajes MMSE Grupo 1.

Paciente	MMSE-1	MMSE-2	MMSE-3
1	9	11	
2	19	20	22
3	21	22	22
4	8	10	10
5	22	17	20
6	20	18	16
7	26	27	27
8	24	25	29
9	21	16	22
Media	18.89	18.44	21

En el Grupo 2, tres de los seis sujetos mantiene el puntaje, disminuyendo los demás el mismo.

Tabla 4. Puntajes MMSE Grupo 2.

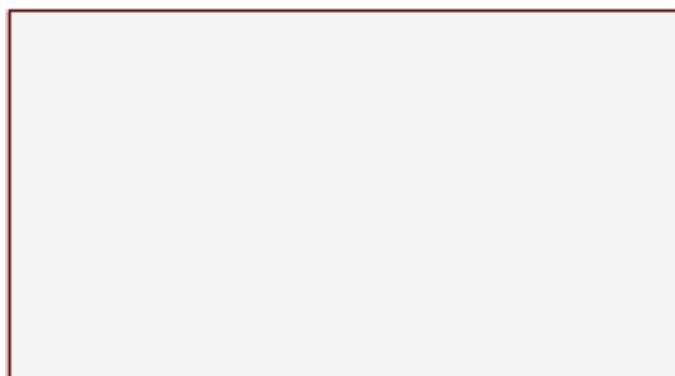
Paciente	MMSE-1	MMSE-2	MMSE-3
10	26	26	24
11	10	12	10
12	26	26	26
13	23	23	23
14	23	20	19
15	23	21	19
Media	21.83	21.33	20.17

En el Grupo Control, ninguno de los sujetos mejora su puntaje inicial en la última evaluación. Únicamente una persona mantiene el puntaje obtenido, mientras que diez de los once sujetos (91%) descienden su rendimiento cognitivo.

Tabla 5. Puntajes MMSE Grupo Control.

Paciente	MMSE-1	MMSE-2	MMSE-3
16	14	12	11
17	14	8	0 (Fallo total)
18	17	14	13
19	14	12	10
20	15	23	9
21	17	16	14
22	20	18	17
23	23	21	18
24	22	22	19
25	19	20	19
26	18	16	15
Media	17.55	16.55	13.18

Si consideramos las medias obtenidas en las tres evaluaciones para el conjunto de sujetos del estudio, se puede observar que, de acuerdo a las mismas, el grupo de pacientes que siguieron todo el curso de la intervención (grupo 1) es el que presenta una mejor evolución, seguido del grupo de pacientes que adhirieron sólo a un fragmento del tratamiento (grupo 2) y, en última instancia por el grupo con el que no se intervino (grupo control). En el gráfico 1 se presentan estos resultados comparados.



En resumen el grupo 1 presenta una estabilidad con tendencia a una mejora al final, el grupo 2 una estabilidad con una leve caída al final y el grupo control empeora progresivamente su rendimiento en las tres evaluaciones²⁵.

2 - Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS - Cognitivo)

Considerando la media de cada paciente en las tres evaluaciones, obtenemos los siguientes resultados.

En el Grupo 1, siete de los nueve sujetos que lo constituyen (78%) presentan un mejor rendimiento en las tres sucesivas evaluaciones. Los dos restantes empeoran su rendimiento.

Tabla 6. Puntajes ADAS Grupo 1.

Paciente	ADAS-1	ADAS-2	ADAS-3
1	46	45	
2	21	18	18
3	28	29	30
4	50	46	43
5	22	22	25
6	40	33	33
7	23	16	17
8	19	14	9
9	28	28	24
Media	30,78	27,89	24,88

²⁵ A pesar de que este es un estudio clínico de casos, en el que se persigue una mejor evolución en la mayoría de los sujetos respecto a los estándares de la enfermedad, cabe destacar que esta evolución es, para los resultados del MMSE, estadísticamente significativa ($p < 0.01$).

Por su parte, mientras en el Grupo 2, la totalidad de los sujetos que lo constituyen (100%) disminuyen su rendimiento en las tres sucesivas evaluaciones, en el Grupo Control diez de los once sujetos que lo constituyen (91%) descienden su rendimiento cognitivo en las tres tomas, mejorando únicamente una persona.

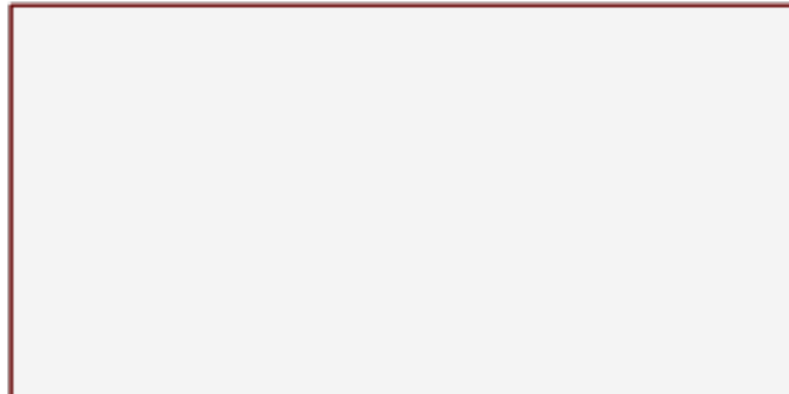
Tabla 7. Puntajes ADAS Grupo 2.

Paciente	ADAS-1	ADAS-2	ADAS-3
10	13	15	18
11	38	41	43
12	17	15	19
13	25	27	27
14	21	23	23
15	39	40	42
Media	25,5	26,83	28,67

Tabla 8. Puntajes ADAS Grupo Control.

Paciente	ADAS-1	ADAS-2	ADAS-3
16	37	46	46
17	41	58	77
18	21	24	24
19	36	30	35
20	37	35	39
21	21	21	24
22	25	27	32
23	21	24	30
24	15	20	21
25	20	21	21
26	39	43	47
Media	28,45	31,73	36

Los resultados obtenidos respecto a la escala ADAS – Cog. indican que, considerando las medias obtenidas en las tres evaluaciones para el conjunto de sujetos del estudio, el grupo de pacientes que siguieron todo el curso de la intervención (grupo 1) es el único que presenta una mejoría. Si bien los otros dos grupos empeoran, el grupo control es el que presenta la evolución más negativa.



Es de destacar que el grupo uno es el que presenta los peores valores en la primera evaluación y que, al final de la intervención invierte esta relación, obteniendo un mejor rendimiento tanto respecto a sí mismo como en relación a los otros dos grupos.

3 - Índice de independencia de Barthel

Considerando la media de cada paciente en las tres evaluaciones, obtenemos los siguientes resultados.

En el Grupo 1, siete de los nueve sujetos que lo constituyen (78%) presentan un rendimiento entre igual y mejor en las tres sucesivas tomas. Los dos restantes empeoran su rendimiento. Corresponde señalar respecto a los resultados de este grupo, que de los sujetos que mantienen su rendimiento, la mayoría se encuentra en los niveles máximos de independencia funcional.

Tabla 9. Puntajes Barthel Grupo 1.

Paciente	Barthel-1	Barthel -2	Barthel -3
1	75	85	
2	100	100	100
3	90	90	90
4	75	70	70
5	100	100	100
6	95	90	90
7	100	100	100
8	100	100	100
9	90	100	95
Media	91,67	92,78	93,13

En el Grupo 2, si bien ninguno de los sujetos mejora, cuatro de ellos (67%) se mantienen en su puntaje inicial, descendiendo su independencia funcional en los otros dos casos.

Tabla 10. Puntajes Barthel Grupo 2.

Paciente	Barthel-1	Barthel -2	Barthel -3
10	90	90	90
11	70	70	70
12	90	90	90
13	85	80	80
14	90	90	90
15	85	85	70
Media	85	84,17	81,67

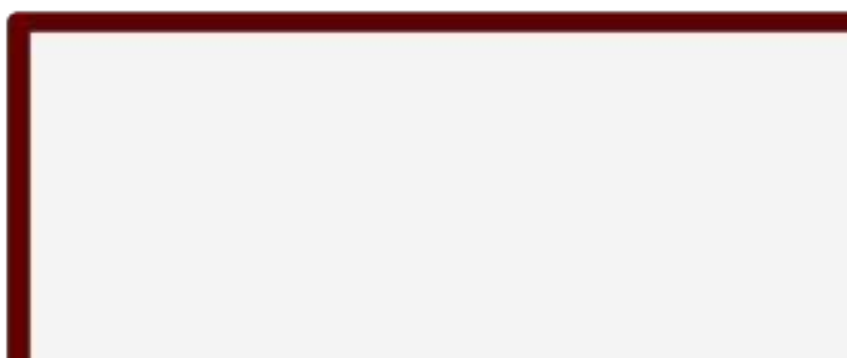
Por su parte, en el grupo control, ocho sujetos (73%) descienden su rendimiento, y en los tres restantes se mantiene.

Tabla 11. Puntajes Barthel Grupo Control.

Paciente	Barthel-1	Barthel -2	Barthel -3
16	85	80	70
17	80	75	70
18	95	90	90
19	90	85	80
20	90	90	90
21	95	95	95
22	90	90	90
23	100	95	90
24	100	95	95
25	100	95	95
26	80	70	70
Media	91,36	87,27	85

Considerando las medias obtenidas en las tres evaluaciones para el conjunto de sujetos del estudio, obtenemos que el grupo de pacientes que siguieron todo el curso de la intervención (grupo 1), es el único que presenta una mejoría, manteniéndose un gran porcentaje de ellos dentro del máximo índice de independencia funcional.

Por su parte los otros dos grupos presentan una progresiva disminución funcional en el tiempo, siendo más acentuado el descenso en el grupo control.



4 - Escala de Depresión de Yesavage

Considerando los puntajes obtenidos en las tres evaluaciones por cada uno de los sujetos del estudio, obtenemos que la Escala de Yesavage no muestra indicadores

significativos de depresión a excepción de dos sujetos, uno perteneciente al grupo uno y otro al de control.

Tabla 12. Puntajes Escala de Depresión de Yesavage. Grupo 1.

Paciente	Yesavage -1	Yesavage -2	Yesavage -3
1	0	0	
2	0	0	0
3	11	6	2
4	4	2	0
5	2	0	0
6	1	1	1
7	2	0	0
8	0	0	0
9	0	4	3

Tabla 13. Puntajes Escala de Depresión de Yesavage, Grupo 2.

Paciente	Yesavage -1	Yesavage -2	Yesavage -3
10	0	0	0
11	0	0	0
12	2	1	2
13	0	0	1
14	0	0	0
15	0	0	0

Tabla 14. Puntajes Escala de Depresión de Yesavage, Grupo Control.

Paciente	Yesavage 1	Yesavage 2	Yesavage 3
16	6	4	4
17	2	4	4
18	12	5	6
19	6	4	4
20	8	2	2
21	2	2	2
22	5	4	4
23	4	3	3
24	3	0	0
25	0	0	0
26	3	4	3

5 - Neuropsychiatric Inventory Questionnaire NPI-Q

Considerando la media de cada paciente en las tres evaluaciones, obtenemos los siguientes resultados.

En el Grupo 1, siete de los nueve sujetos que lo constituyen (78%) presentan un puntaje que disminuye en las sucesivas tomas, lo que estaría indicando una disminución de la gravedad de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la Demencia (SPCD) de acuerdo a la visión de los cuidadores. De los dos casos restantes uno mantiene el mismo puntaje y otro aumenta el mismo.

Tabla 15. Puntajes NPI - Q, Grupo 1.

Paciente	NPI-Q - 1	NPI-Q - 2	NPI-Q -3
1	5	4	
2	2	2	16
3	4	4	4
4	20	13	10
5	9	9	8
6	12	6	6
7	5	3	3
8	7	3	2
9	9	4	4
Media	8,11	5,33	6,63

En el Grupo 2, tres sujetos mantienen los mismos puntajes en la última evaluación respecto a la primera. Los otros tres sujetos aumentan los puntajes obtenidos.

Tabla 16: Puntajes NPI - Q, Grupo 2.

Paciente	NPI-Q - 1	NPI-Q - 2	NPI-Q -3
10	7	7	7
11	11	8	11
12	9	9	9
13	10	10	13
14	6	7	7
15	15	16	18
Media	9,67	9,5	10,83

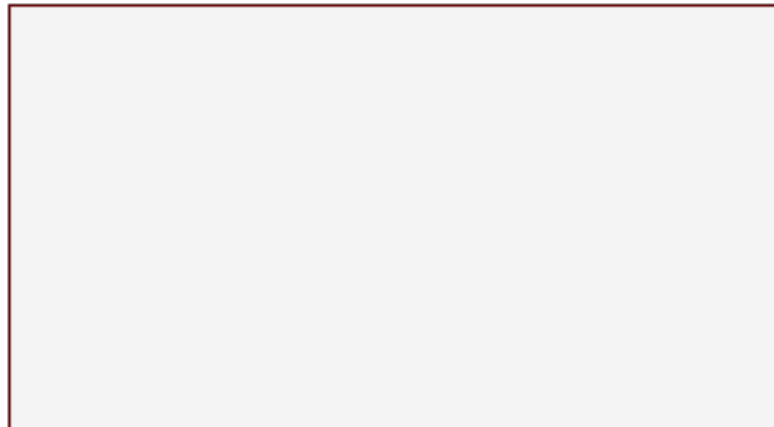
El Grupo Control es el que presenta más variabilidad. Seis de los once sujetos (55%) aumentan empeoran sus SPCD, en tanto cuatro (36%) los disminuyen y uno se mantiene estable.

Tabla 17. Puntajes NPI - Q, Grupo Control.

Paciente	NPI-Q - 1	NPI-Q - 2	NPI-Q -3
16	16	16	16
17	11	4	8
18	1	4	3
19	5	3	3
20	12	7	5
21	26	3	10
22	9	10	12
23	12	16	21
24	7	7	9
25	9	10	10
26	11	17	18
Media	10,82	8,82	10,45

Considerando las medias obtenidas en las tres evaluaciones para el conjunto de sujetos del estudio, obtenemos que el grupo de pacientes que siguieron todo el curso de la intervención (grupo 1), presenta una clara disminución de la gravedad de los SPCD. Esta disminución es muy acentuada entre la primera y segunda evaluación (los primeros 8 meses del tratamiento psicoterapéutico), aumentando algo al final. Por su parte, el Grupo Control, si bien presenta una leve mejora en los 8 primeros meses (posiblemente debido al tratamiento médico sistemático, que incluyó el uso de psicofármacos), finaliza casi con el mismo puntaje inicial.

Un hecho a señalar es la variabilidad que presenta el grupo control respecto a los grupos que recibieron al menos una parte del tratamiento psicológico. Esto nos estaría señalando el papel de sostén y continentación emocional de la psicoterapia, tanto para los pacientes con EA, como para sus cuidadores.



6 - Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

Considerando la media de cada paciente en las tres evaluaciones, obtenemos los siguientes resultados.

En el Grupo 1, ocho de los nueve sujetos que lo constituyen (89%) disminuyen en forma muy notoria los valores obtenidos en las sucesivas tomas, lo que estaría indicando una disminución de la sobrecarga de los cuidadores. El caso restante aumenta en sobrecarga en la última evaluación. En este último caso, si bien en función del proceso psicoterapéutico podemos afirmar que el aumento de la sobrecarga de esta persona no se puede relacionar directamente con el estado del paciente, nos vemos imposibilitados de mayores explicitaciones a los efectos de preservar la identidad de la persona.

Tabla 18. Puntajes de Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit Grupo 1.

Paciente	Zarit - 1	Zarit - 2	Zarit -3
1	48	25	
2	8	8	16
3	54	26	20
4	54	46	30
5	60	45	23
6	38	22	26
7	22	16	10
8	48	21	16
9	50	35	24
Media	42,44	27,11	20,63

En el Grupo 2, cinco de los seis sujetos (83%) mantienen los mismos puntajes en la última evaluación respecto a la primera. El sujeto restante aumenta.

Tabla 19. Puntajes de Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, Grupo 2.

Paciente	Zarit - 1	Zarit - 2	Zarit -3
10	21	22	21
11	30	28	32
12	48	48	48
13	58	58	58
14	40	40	40
15	45	45	45
Media	40,33	40,17	40,67

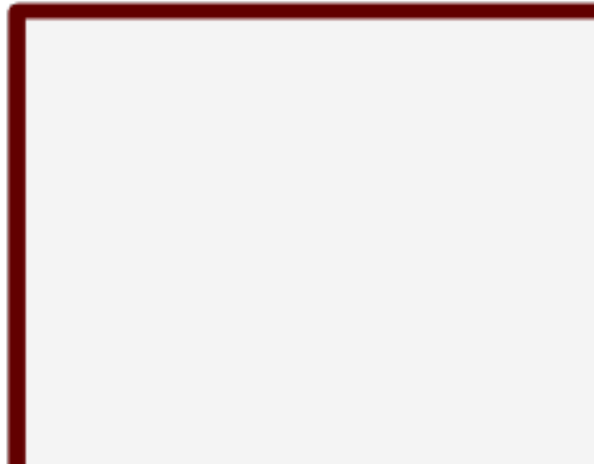
El Grupo Control es nuevamente el que presenta más variabilidad. Cuatro de los ocho sujetos relevados (50%) disminuyen su puntaje, aunque, salvo en un caso, esta disminución es menor a la observada en el grupo 1. Dos mantienen igual puntaje y los otros dos lo aumentan.

Tabla 20. Puntajes de Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, Grupo Control.

Paciente	Zarit - 1	Zarit - 2	Zarit -3
16	48	55	55
17	25	36	36
18	38	25	23
19	45	36	30
20	20	18	18
21	15	16	15
22	----	----	----
23	----	----	----
24	----	----	----
25	48	48	48
26	58	58	56
Media	37,13	36,5	35,13

Considerando las medias obtenidas en las tres evaluaciones para el conjunto de sujetos del estudio, obtenemos que el grupo de pacientes que siguieron todo el curso de la intervención (grupo 1), a pesar de ser el grupo que inicialmente presentaba una mayor

sobrecarga, es el que presenta una clara disminución en la misma, finalizando muy por debajo de los otros dos grupos.



7 - Neuropsychiatric Inventory Questionnaire NPI-Q Estrés

Considerando la media de cada paciente en las tres evaluaciones, obtenemos los siguientes resultados.

En el Grupo 1, ocho de los nueve sujetos que lo constituyen (89%) presentan un puntaje que disminuye en las sucesivas evaluaciones, lo que estaría indicando una disminución del estrés de los cuidadores. Sólo un caso presenta un mayor estrés al finalizar.

Tabla 21. Puntajes NPI - Q, Estrés. Grupo 1.

Paciente	NPI-Q Estrés - 1	NPI-Q Estrés - 2	NPI-Q Estrés -3
1	8	3	
2	5	3	11
3	10	5	3
4	29	24	18
5	19	14	3
6	15	6	4
7	3	1	0
8	10	3	1
9	12	5	2
Media	12,33	7,11	5,25

En el Grupo 2, cuatro sujetos (67%) aumentan su puntaje, uno lo mantiene y otro lo disminuye.

Tabla 22. Puntajes NPI - Q, Estrés. Grupo 2.

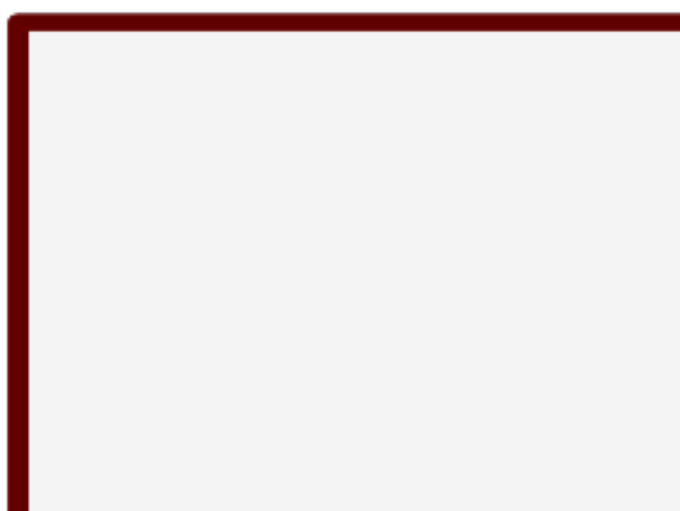
Paciente	NPI-Q Estrés- 1	NPI-Q Estrés- 2	NPI-Q Estrés -3
10	6	5	5
11	6	5	7
12	16	16	16
13	18	16	20
14	11	12	12
15	29	24	32
Media	14,33	13	15,33

El Grupo Control es el que nuevamente presenta más variabilidad. Cuatro de ocho casos relevados (50%) disminuyen su estrés. Dos se mantienen y dos aumentan.

Tabla 23. Puntajes NPI - Q, Estrés. Grupo Control.

Paciente	NPI-Q Estrés - 1	NPI-Q Estrés – 2	NPI-Q Estrés-3
16	23	23	23
17	14	6	8
18	3	8	3
19	14	3	4
20	15	7	5
21	28	13	13
22	----	----	----
23	----	----	----
24	----	----	----
25	8	8	9
26	16	21	21
Media	15,13	11,13	10,75

Considerando las medias obtenidas en las tres evaluaciones para el conjunto de sujetos del estudio, obtenemos que el grupo de pacientes que siguieron todo el curso de la intervención (grupo 1), es el que presenta una mayor y más homogénea disminución del estrés de los cuidadores. El grupo control también obtiene una disminución del estrés, algo menor que el grupo 1. En cambio, el grupo 2 es el único que presenta un claro aumento en el estrés de los cuidadores.



CONCLUSIONES

En la presente investigación se empleó un dispositivo psicoterapéutico combinado que integra instancias de psicoterapia individual y grupal con pacientes con DTA y sus cuidadores principales, así como intervenciones psicológicas familiares tal como se describe en el apartado “Metodología”. Los resultados obtenidos permiten concluir que:

1 - *La mayoría de los sujetos del grupo que recibió la totalidad del tratamiento psicológico, presenta mejoría en los diferentes aspectos tratados, respecto a los sujetos del grupo control que tienden a empeorar.* El hecho de que el grupo control, al igual que los demás pacientes, siempre recibió los tratamientos médicos habituales en el medio para la EA, señala que la única diferencia terapéutica entre ambos grupos fue el tratamiento psicoterapéutico. La forma en como se comporta el grupo 2, constituido por sujetos que recibieron una parte del tratamiento pero no pudieron continuar, estaría apoyando la eficacia de la intervención psicoterapéutica: presentan mayoritariamente un perfil de pacientes con menor deterioro cognitivo que el grupo control, pero con cuidadores que los perciben más deteriorados y que presentan una mayor sobrecarga y estrés.

2 - Retomando las preguntas iniciales que dieron lugar a este estudio, los resultados nos permiten afirmar que *el dispositivo psicoterapéutico combinado de intervención implementado, produce efectos claramente positivos en los sujetos tratados, tanto en los aspectos cognitivos, afectivos, funcionales y psicosociales de los pacientes, como en los aspectos afectivos y de sobrecarga de los cuidadores.* Esto se expresa no sólo en la comparación de la evolución de los sujetos tratados en comparación con la de los sujetos no tratados (Grupo Control), sino también en la mejoría que presentan los pacientes que siguieron todo el curso del tratamiento (Grupo 1) respecto a sí mismos, en algunos aspectos que están muy comprometidos con el propio cuadro demencial, tales como los aspectos cognitivos o funcionales:

2.1 - *A nivel cognitivo siete de los nueve sujetos con EA que recibieron tratamiento (78 %) muestran una mejoría global tanto evaluados con el MMSE como con la ADAS.* Mientras tanto, el Grupo Control, como era de esperar, evoluciona con un avance del deterioro cognitivo en diez de los once casos que lo componen (Gráficos 1 y 2).

- 2.2 *En el plano de lo funcional, de acuerdo al índice de Barthel, siete de los nueve sujetos del Grupo 1 mejoran progresiva y sostenidamente su estado. El Grupo Control, por su parte, muestra un progresivo y sostenido deterioro (Gráfico 3).*
- 2.3 *En cuanto a los aspectos afectivos y conductuales se constata una mejoría en el grupo de sujetos tratados psicoterapéuticamente. Los datos obtenidos con el NPI-Q muestran que esta mejoría es más acentuada en los primeros tiempos del tratamiento, decreciendo algo al final, aunque manteniéndose a una notoria distancia de los valores iniciales. El grupo control, por contrapartida, luego de una pequeña mejoría en la segunda evaluación, vuelve a valores equivalentes a los del comienzo en la tercera (Gráfico 4).*
- 2.4 *Respecto a la sobrecarga y estrés del cuidador, los resultados obtenidos tanto por la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, como por el NPI – Q - estrés, demuestran una significativa y sostenida disminución del estrés de los sujetos que participaron del proceso psicoterapéutico (grupo 1). Por su parte, el grupo control, si bien también presenta una disminución del estrés en el correr del tiempo, esta es, en el NPI – Q – estrés, muy menor respecto al grupo uno, siendo casi inexistente en los resultados de la Escala de Zarit (Gráficos 5 y 6).*

3 - La perspectiva teórica y de intervención de este estudio se basó en el tratamiento psicoterapéutico de factores afectivos y vinculares, y no en el tratamiento conductual de los síntomas o en el abordaje cognitivo como método principal. Teniendo en cuenta esto, *los resultados nos permiten sostener la incidencia de factores afectivos, cognitivos, funcionales y psicosociales en el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer.* El control de los mismos permitió disminuir los efectos negativos y de deterioro de la EA en estas dimensiones, al menos por el tiempo que duró este estudio.

4 - La presente investigación desarrolló su modelo de intervención en personas que ya tenían una EA. Teniendo en cuenta que, como veíamos anteriormente, el tratamiento de factores psicológicos ha demostrado una mejora en diferentes planos de la EA, tanto en los pacientes como en sus cuidadores, *se abre una nueva pregunta*

respecto a el papel que juegan estos factores en las condiciones de producción de la EA. Esto debería ser investigado específicamente en futuros estudios.

5 - Finalmente, el *presente estudio deja planteada la validez y utilidad del modelo multidimensional de las demencias y la intervención desde el mapa de ruta de la enfermedad*, como una contribución que permita ampliar la forma en que se ha venido conceptualizando e interviniendo en la EA. El dispositivo de intervención aplicado en el presente estudio fue diseñado a los efectos del mismo y ha demostrado su eficacia en ese contexto. En ese sentido, no debería tomarse como dispositivo único ni acabado, sino que, por el contrario, debería analizarse el mismo en función del contexto de aplicación (por ej. su desarrollo en un contexto de aplicación masiva), partiendo de la base conceptual del modelo multidimensional y el mapa de ruta, que habilita el despliegue de múltiples dispositivos.

En síntesis, podemos decir que la presente investigación ha estudiado una serie de aspectos pocos considerados hasta el momento en la instalación y evolución de las DTA: la incidencia de factores psicológicos de tipo afectivo, cognitivos, funcionales y psicosociales. Los resultados son altamente alentadores, en la medida que este proyecto ha permitido identificar la relevancia de los mismos, así como demostrar que es posible disminuir el proceso de deterioro cuando estos factores son tratados.

En ese sentido, el presente proyecto aporta un modelo teórico explicativo de la constitución de las DTA y una posible terapéutica no farmacológica de las mismas, que demostró su eficacia, al menos durante el tiempo que duró el tratamiento. Estos resultados deberían cotejarse con nuevos estudios similares, que permitan seguir a una población durante mayor tiempo.

CAPÍTULO 3:

DISPOSITIVO PSICOTERAPÉUTICO EN EL CAMPO DE LAS DEMENCIAS TIPO ALZHEIMER. LA EXPERIENCIA CLÍNICA

*Ya tengo puestas
las cosas del morir.
Pero no hay prisa*

Iris Sclavo

*¿En qué tinieblas te envolvés?
.../Me forjan/
los martillazos de tu ausencia.*

Juan Gelman

LA PERSPECTIVA HEGEMÓNICA DE LAS DEMENCIAS TIPO ALZHEIMER: UN CALLEJÓN SIN SALIDA PARA LA INTERVENCIÓN.

En el presente capítulo presentamos el dispositivo de abordaje psicoterapéutico para las DTA que hemos ido construyendo en más de una década de práctica clínica en equipo. Hacia el final, el lector encontrará también algunos de los hallazgos clínicos que el desarrollo de este dispositivo nos ha permitido producir junto con los pacientes, sus familiares y los miembros de su red vincular que han solicitado nuestra asistencia y se han plegado al trabajo terapéutico. Como veremos esta perspectiva estratégica resulta muy compleja y exigente, cuanto estimulante a partir de sus resultados, tanto para el equipo profesional como para quienes acuden a él. Para presentar este modelo de intervención psicoterapéutica, se hace necesario volver sobre algunos de los temas abordados en el capítulo 1, pero no ya en cuanto a los aspectos eminentemente teóricos, sino para analizar lo que se ha configurado como una calle cerrada en el campo de la asistencia a pacientes que cursan una DTA: la instrumentación de medidas terapéuticas.

Actualmente, sin desconocer el peso de lo biológico en las demencias, concebirlas simplemente desde una perspectiva orgánica constituye un reduccionismo muy difícil de sostener, al menos fuera de las relaciones de poder que han cristalizado en los ámbitos profesionales y científicos internacionales. Este paradigma organicista se ha orientado, muchas veces tozudamente, a dar cuenta de los procesos “mentales”, confundiendo o simplemente ignorando la dimensión psicológica (Pérez Fernández, 2004b). Esto ha generado efectos de captura y desagregación incluso de los planteos que, justamente en respuesta al materialismo continuista que aquel paradigma sustenta, ha desarrollado por ejemplo la psicología cognitiva, en su esfuerzo de superar una perspectiva funcionalista de los procesos cognitivos.

Para resumir, podemos decir que esta perspectiva hegemónica es errónea si se considera que puede dar cuenta cabalmente de las DTA, ya que un enfoque así de abarcativo conlleva tres errores conceptuales que representan un callejón sin salida al momento de abordar la enfermedad y a las personas, grupos e instituciones que, afectadas por la misma, demandan atención. A saber:

- a. Concibe a la DTA como *una forma de envejecimiento patológico*. Esto tanto considerando a una persona como a una globalidad (el individuo o las poblaciones constituyen los campos más amplios y complejos de comprensión que llega a

delimitar) como en un plano micro (a nivel celular e intracelular). Como cualquier gerontólogo formado puede claramente visualizar, esta perspectiva parte del error de considerar al envejecimiento en clave de declive, de donde se sigue que un envejecimiento lo suficientemente malo sería patológico y viceversa, cuando el enfoque adecuado es considerar al envejecimiento como un proceso normal en el que podrán o no producirse enfermedades. Resulta clara que esta visión implica un posicionamiento prejuicioso (de seguro impensado) sobre el envejecimiento.

- b. Considera, como ya hemos planteado, que la DTA constituye *una enfermedad individual* producida en sujetos que, a lo sumo, interactúan con otros. Esto es así también en los enfoques que buscan integrar una perspectiva epidemiológica, ya que aún en ellos se elude la pregunta sobre los procesos subjetivos (individuales y colectivos) que están involucrados en la producción de un cierto tipo de funcionamiento psíquico y social que imbrican los procesos ligados a la enfermedad antes, durante y después de la constatación de la configuración de la misma.
- c. Este paradigma se da por satisfecho cuando considera a la DTA como una *enfermedad definida por su dimensión biológica* que tiene su fundamento explicativo en las bases químicas de los procesos biológicos, *aún cuando los resultados obtenidos en la resolución de los problemas que la DTA implica son considerablemente reducidos*. Este es tal vez, considerando la dimensión ética de la actividad científica, su principal error. Los aportes de las disciplinas que más seriamente sustentan esta perspectiva tradicional son innegables, tanto cuanto injustificables son sus pretensiones totalizadoras y la notoria prescindencia de las contribuciones de las disciplinas que estudian los procesos fuera de los cuales los seres humanos y sus circunstancias, incluidas las enfermedades, no tienen lugar como tales, esto es: los procesos psicológicos y sociales.

La producción científica actual sobre las DTA continúa avanzando y produciendo conocimientos relevantes. Sin embargo, el tributo que debe pagar por la

existencia de este paradigma hegemónico se expresa al menos en tres efectos no deseados del abordaje de las DTA que determina:

- a. La asistencia que se brinda a los pacientes con DTA y sus familias suele ser *prejuiciosa*, básicamente por dos razones. Porque como recién veíamos, ofrece a los pacientes, en su mayoría adultos mayores, y sus familias, un abordaje basado en una visión prejuiciosa del envejecimiento, en tanto lo entiende en clave de declive, de donde se sigue que la psicoterapia con adultos mayores se vea como algo superfluo o con pocas perspectivas (Berriel, 2000). Y porque, al inscribirse en dispositivos institucionales de atención que sitúan al paciente y en general al sujeto de consulta (familia, pareja, grupo) en un lugar pasivo, se refuerza aquella visión prejuiciosa del envejecimiento.
- b. La terapéutica ofrecida es, por fuerza, también *reduccionista*, ya que exilia a la dimensión subjetiva del paradigma comprensivo de la enfermedad a un rol accesorio o, en el mejor de los casos, a un plano meramente sintomático, *convirtiendo a los agentes y servicios de salud en verdaderas presas de sus propias limitaciones de pronóstico e intervención*.
- c. La labor técnico – profesional que no excede los límites de este paradigma resulta en muchos casos *patogénica*, ya que muchas de sus intervenciones tendrán el efecto de cristalizar algunos mecanismos psicosociales que el paradigma ignora que intervienen en el proceso de la enfermedad, convirtiendo muchos de sus pronósticos, emanados de las experiencias que va recogiendo entre sus límites de comprensión, en verdaderas profecías autocumplidas emanadas, al menos parcialmente, de sus propias indicaciones.

Una forma de posicionarnos ante esta realidad de la aproximación científico – profesional al campo de las DTA es la de esperar a que el arsenal de la investigación financiada por el complejo tecnológico – industrial que le da sustento económico y social al paradigma hegemónico dé, por fin, algunos frutos sustanciales. Este posicionamiento sin duda ofrece un lugar relativamente confortable a los aportes de las disciplinas psi y a los fenómenos por ellas estudiados y abordados. De hecho, es

también con la connivencia de las propias tendencias hegemónicas a lo interno de nuestras disciplinas que esta situación se mantiene incambiada.

No es éste sin embargo el posicionamiento por nosotros adoptado. Por el contrario, consideramos que las disciplinas que abordan los procesos psicológicos y sociales están llamadas antes bien a contribuir a superar este estado de cosas en la comprensión y el tratamiento de las DTA, claro está, en forma articulada con las neurociencias. De otro modo estaríamos insistiendo en avanzar por lo que, al menos por ahora, se presenta como una vía muerta, un callejón sin salida.

MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON DEMENCIAS TIPO ALZHEIMER

En efecto, la estrechez de los resultados obtenidos en el abordaje clínico de las DTA no debe verse solamente como un campo externo a las ciencias sociales ni a las disciplinas psi. La propia Psicología, en sus diferentes vertientes, y en tanto disciplina relativamente nueva en el campo científico, ha tenido una serie de limitaciones para abordar clínicamente el envejecimiento (Salvarezza, 1988) y en particular algunas patologías que presentan una fuerte impronta, ya desde su definición, de los abordajes biológicos. Tal vez las demencias sean uno de los ejemplos más claros de esto, en tanto en la producción científica respecto a ellas la pregnancia de la perspectiva biológica es tan fuerte que ha hecho perder la dimensión de sujeto de las personas afectadas y también ha invisibilizado la dimensión subjetiva puesta en juego en la producción y curso de la propia enfermedad.

En este sentido, nuestra disciplina se ha ubicado mayoritariamente en un plano instrumental respecto a concepciones hegemónicas de los procesos de salud y enfermedad que provienen de otras disciplinas. Cualquier búsqueda bibliográfica muestra que son escasas excepciones los estudios que no se limitan a estudiar los procesos psicológicos involucrados en la etiología y desarrollo de la DTA como secundarios a los procesos biológicos considerados como “básicos” y que consiguientemente las medidas terapéuticas que de allí pueden emanar se centran en abordajes fundamentalmente paliativos o reductores del daño. Sin restar mérito a tales esfuerzos, parece ser al menos poco responsable con su propio objeto de estudio este rol secundario autoasumido de nuestras disciplinas psi. Por el contrario, si logramos abstraernos de este escenario dado y ubicamos a los elementos psicológicos y

psicosociales en el mismo estatuto de realidad que los biológicos y, por lo tanto, en el mismo plano de eficacia en los procesos de producción de la enfermedad, se abre otra perspectiva que nos obliga a construir un verdadero aporte específico de la Psicología en este campo.

Por otra parte, en el campo interdisciplinario de la Psicogerontología, se han desarrollado algunas investigaciones en la última década que fundamentan la importancia de factores psicológicos, psicosociales y sociales en la etiología y evolución de la DTA (Berriel, Leopold y Pérez, 1998; Kabanchik, 1996; Conde Sala, 2001; Charamelo, 2004; Catullo Goldfarb, 2004; Zarebski, 2005; Sánchez, 2005 y 2006). Estos estudios son congruentes con una serie de hallazgos desde las neurociencias que, desde una perspectiva amplia del cerebro humano, han señalado el relevante papel de los afectos y emociones, a la hora de conocer el mismo. Los trabajos de Bechara et al. (1995), A. Damasio (1996) y R. Rally (1998) son algunos de los pioneros en ese sentido.

Teniendo en cuenta los aportes científicos referidos, actualmente existe suficiente masa crítica para conceptualizar las demencias degenerativas de tipo Alzheimer (DTA) como una patología multicausal y multidimensional, que se manifiesta a nivel de los procesos biológicos, psicológicos y sociales, donde el curso de la enfermedad dependerá mayoritariamente de cómo se conjuguen estos procesos entre sí. Esta nueva forma de concebir la patología toma distancia de la concepción de enfermedad individual, para plantear que lo que enferma no es sólo el SNC, sino que enferman también la vida anímica, los vínculos, las relaciones, la red social y las instituciones que incluyen/excluyen al sujeto designado como enfermo.

Desde este modo, hoy puede afirmarse que la DTA se construye e impacta en diferentes dimensiones de los sujetos: En la biológica, el impacto mayor de la patología es en el SNC de una persona, donde existe un déficit orgánico a nivel de las áreas terciarias y cuaternarias del cerebro. Este déficit progresivo afecta las estructuras y funciones superiores, los instrumentales de la inteligencia (memoria, lenguaje, gnosis, praxias) y las funciones ejecutivas, que es el sistema neurocognitivo que los regula (atención, juicio, capacidad de planificación, etc.). En la dimensión psicológica, la enfermedad se manifiesta en toda la vida anímica, en los afectos y las relaciones familiares y en todo el campo de manifestación deseante en la que el sujeto se agencie (desestructuración yoica, desnarcisización, pérdida de identidad, actuación de contenidos psíquicos antes reprimidos, manifestación de viejas fantasías, temores y

duelos no elaborados, des – articulación y re – articulación del universo vincular). Aquí, la patología no es sólo en el paciente, sino que se desarrolla también en las personas cercanas, “dementizándose” los vínculos y los ámbitos microsociales y sociodinámicos. Lo mismo sucede en el área social, donde la enfermedad se desarrolla, y de alguna forma *está ya ahí*, en la red social de la persona, en su entorno inmediato, en la comunidad, en sus soportes institucionales y simbólicos (Pérez, 2004).

Este enfoque, que hemos desarrollado en el Capítulo 1, recibe la denominación de *modelo multidimensional de las DTA*²⁶. Concomitantemente a la formulación de ese modelo, hemos construido un dispositivo de intervención psicológica que pretende articular las dimensiones más comprometidas en la producción de la enfermedad, habilitando una nueva perspectiva de intervención psicoterapéutica en la patología, en un campo donde, hasta hace poco tiempo atrás, la Psicología se limitaba simplemente a medidas funcionales de entorno.

Consistentemente con el modelo multidimensional de las DTA, el dispositivo que sustentamos contempla los siguientes abordajes: Psicoterapia individual del paciente y el cuidador principal; psicoterapia en grupos de pacientes que contemple, además de los aspectos psicodinámicos, las dimensiones de estimulación cognitiva y de desarrollo de los procesos creativos; psicoterapia en grupos de cuidadores que contemple aspectos de psicoeducación; intervenciones psicoterapéuticas familiares; intervenciones en red.

La pertinencia del abordaje del paciente en un *dispositivo individual de psicoterapia psicodinámica* se fundamenta en los desarrollos psicológicos que sitúan en la producción de la demencia a una elaboración fallida de una serie de conflictos ubicados en el plano del *proyecto identificador* (Aulagnier, 1994). Esta elaboración fallida traería aparejada en algunos sujetos una *huida de la depresión* (Catullo Goldfarb, 2004), en tanto ésta sería tan insoportable y el vacío identificador tan absoluto que fracasarían todas las estrategias de elaboración. De este modo, el sujeto se somete a sí mismo a una especie de paulatina muerte subjetiva que, sin embargo, permite conservar una vida biológica a la que no puede renunciar. El elemento central del enfoque que postulamos respecto a la psicoterapia individual es que lo que va a estar en tratamiento no es un “enfermo de alzheimer”, sino un sujeto que se irá produciendo en el curso del tratamiento, de manera que la DTA es sólo una de las circunstancias de su historia individual, familiar y social. Tratamos a un sujeto que ha sido diagnosticado como

²⁶ Véase también Pérez, 2005

enfermo de Alzheimer, pero descentrándonos de tratar *la enfermedad* para tratar al *sujeto* de consulta, que se configura en el curso del tratamiento. De ahí que la psicoterapia psicodinámica con elementos tomados del *psicoanálisis*, de la *psicología social rioplatense* (Scherzer, 1997) y del socioanálisis (Rodríguez Nebot, 2004) desde un enfoque de clínica móvil.

El *espacio psicoterapéutico individual con el cuidador principal*, por su parte, basado en las mismas concepciones teóricas, permite abordar tanto las transformaciones psíquicas que el desempeño de ese rol, con sus consiguientes dimensiones de adjudicación y asunción del rol, conlleva para quien lo ocupa, como los niveles de implicación del cuidador en el proceso de producción de la propia enfermedad. A la vez habilita y promueve el descentramiento de la concentración afectiva que suele producirse sobre el vínculo con el enfermo como *salida*, paradójicamente bajo la forma de una *captura*, para la conflictiva individual actualizada en el cuidador a partir de la nueva configuración que conlleva el enfermar del paciente.

La implementación de un espacio de *psicoterapia grupal* con los pacientes con DTA ha sido uno de los primeros hallazgos en el programa de investigación que venimos desarrollando desde 1996 (Berriel, Leopold y Pérez, 1998). El fenómeno de la grupalidad ha sido ampliamente estudiado en ambas márgenes del Río de la Plata (Berriel, 2004b) y en otros ámbitos académicos, como un dispositivo de alto potencial en el campo de las psicoterapias. La especificidad del *dispositivo grupal* (Del Cueto y Fernández, 1985) radica en que en situación de grupo se producen fenómenos de índole psicológica que superan los recursos de cada integrante, en cuanto a producciones imaginarias grupales, redes identificatorias y transferenciales, juegos de roles, acontecimientos de transversalidad y estrategias complejas de comunicación y cooperación. Estos elementos son de alta complejidad para el manejo del sustrato afectivo, intelectual y cognitivo que subyace al despliegue manifiesto de contenidos y dinámicas grupales pero, a la vez, permiten contar con esos mismos instrumentos para el despliegue deseante y enunciante en situación colectiva, circunstancia de la que las personas en situación de estar diagnosticadas de DTA suelen estar excluidas casi en forma absoluta. Al representar un medio exigente y estimulante de las habilidades sociales y comunicacionales, al aportar, en la medida que avanza el *proceso grupal*, el continente y el estímulo afectivo de la cooperación, este espacio se presenta como particularmente adecuado para el trabajo con pacientes con DTA en sus estadios iniciales y medio (GDS 4 - 5). El grupo, como es sabido, se presenta asimismo como un

dispositivo altamente favorecedor para el empleo de técnicas psicodramáticas, de expresión corporal y de desarrollo de los procesos creativos mediante recursos plásticos. Además, estas metodologías de desarrollo de los procesos creativos elevan el potencial de las técnicas de estimulación cognitiva logrando un compromiso afectivo e intelectual más integral en lo individual y colectivo.

El *dispositivo terapéutico grupal* ha mostrado asimismo su efectividad en el trabajo con los *cuidadores principales*. Desde las mismas bases teórico – metodológicas que el grupo de pacientes, el manejo técnico en este caso reposa, sin embargo, en una mayor apelación a lo verbal, lo que lo acerca, en el enfoque de la coordinación por parte de los terapeutas, a la técnica operativa de grupos (Pichón Rivière, 1985). Destacamos el hecho de *que el dispositivo psicoterapéutico se revela como muy superior al grupo de autoayuda en el tratamiento del proceso que los cuidadores principales desarrollan a partir del vínculo con el paciente con DTA* - el que hemos descrito en otro lugar como de *dependencia psíquica mutua* (Berriel, Leopold, Pérez, 1998) - junto con el impacto familiar que implica el trastocamiento de roles y discursos identificatorios individuales y colectivos que la enfermedad, tanto como sus condiciones de producción, traen aparejados. La situación grupal con otras personas que ocupan este *lugar asignado – asumido* de cuidador principal favorece, si está coordinado por dos terapeutas grupales entrenados, el descentramiento de la posición de queja y el discurso fatalista o maniaco (cristalizado) que suele consolidarse (no sin la complicidad involuntaria de la perspectiva hegemónica de la DTA) aportando al deterioro de la situación general y del paciente en particular. Por otra parte, este dispositivo permite no limitarse a un espacio de psicoeducación, sino a elaborar colectiva e individualmente los *obstáculos epistemofílicos* (Pichón Rivière, 1985) que estereotipan la forma de posicionarse ante la enfermedad y ante sí mismos.

Las *intervenciones psicoterapéuticas familiares* constituyen un punto nodal del dispositivo global (Pérez, 2004b). Según varios autores relevantes, los grupos familiares en su evolución genealógica, constituyen la *unidad mínima de los procesos de “enfermedad mental”* (Bauleo, Monserrat y Suárez, 2005). En la familia se producen los mecanismos psíquicos de orden grupal que, mediante complejos procesos de asunción y adjudicación de roles, resuelven conflictos que por algún motivo exceden las posibilidades de los recursos disponibles para la elaboración colectiva, mediante la configuración de un depositante que tarde o temprano se constituye en *enfermo designado*. Desde esta perspectiva, entonces, *el enfermo es un emergente* de su grupo

familiar o, más precisamente, de la historia y de la dinámica de su familia. La familia como campo de regularidades, es decir, como institución, produce un imaginario familiar que anuda con el imaginario social, de manera que el proyecto identificatorio será posible por la disponibilidad de *emblemas identificatorios* (Berriel, 2003 y 2004) que este imaginario proveerá. Estas producciones imaginarias familiares, en su expresión narrativa, constituyen lo que se ha denominado *novela familiar*.

Ya habíamos mencionado que el conflicto que, desde una perspectiva psicológica, da condiciones subjetivas para la producción de una DTA, radica en un conflicto identificatorio. Por lo tanto, el trabajo sobre las condiciones de posibilidad de ese proyecto a partir del imaginario familiar resulta central. De allí la necesidad de problematizar a partir de un dispositivo de intervención de este tipo la articulación de la(s) novela(s) familiar(es) con los efectos que la demencia luego produce. El trastorno cognitivo que implica la DTA en uno de los integrantes de la familia da lugar a que se trastoque la lógica de silencios y versiones de la historia familiar, saliendo muchas veces a luz secretos, perturbándose el sistema de red vincular – identificación – alianzas – roles, poniendo en acto fantasías inconscientes fundantes de disposiciones afectivas, alterando el régimen de enunciabilidad – visibilidad (Foucault, 1989; Deleuze, 1987) a lo interno del grupo y también en el afuera. Esto da lugar a nuevas e inéditas fricciones que ponen de manifiesto lo siniestro atrapado en las lógicas prácticas, de una manera que desborda las posibilidades de simbolización y procesamiento afectivo por parte del colectivo.

La intervención terapéutica familiar, implementada estratégicamente en el marco de un dispositivo complejo pluridimensional, permite a la vez abordar el sustrato histórico familiar que antecede y da lugar en parte al proceso de enfermar, y también la crisis actual. Un aspecto concreto en cuanto a ganancia terapéutica que este nivel de intervención aporta, lo constituye el descentramiento que favorece la depositación en el “enfermo” de los aspectos insoportables para el grupo y en el cuidador principal del movimiento reparador y el encargo grupal del cuidado, aumentando de este modo el índice potencial de transversalidad del grupo, ya no sólo respecto a la enfermedad, sino a su historia, sus condiciones sociales y deseantes de existencia, su dinámica, su imaginario, sus narrativas.

Este modelo que venimos planteando se plasma por tanto en un dispositivo complejo integrado a su vez por diversos dispositivos psicoterapéuticos. No se propone sustituir el abordaje médico de la enfermedad, sino aportar dialógica, simétrica y

complementariamente al mismo. Si se producen fricciones con algunos agentes ubicados en la perspectiva tradicional de asistencia en el campo, siempre que las mismas puedan enfocarse hacia el bienestar de las personas asistidas y no en el campo de una lucha por hegemonías disciplinarias y campos profesionales, ellas son las lógicas y necesarias contradicciones productivas que van implícitas en los abordajes múltiples.

Nuestro enfoque se define, por lo tanto, como multidimensional. De hecho, retoma los antecedentes y planteos que, desde la década del '70 se vienen formulando en el Río de la Plata, y más concretamente en Uruguay, como “psicoterapias combinadas”, “abordajes terapéuticos múltiples” o, más acá en el tiempo y más precisamente “*estrategias terapéuticas de abordaje pluridimensional*” (Scherzer, 1997; Frechero, 2004) en el marco de una perspectiva de “*clínica móvil*” (Rodríguez Nebot, 2004; Berriel y De Los Santos, 2004). Se trata de “un vasto capítulo dentro de los niveles de prevención secundaria y terciaria en el cual se articulan simultáneamente diferentes recursos terapéuticos: psicoterapias individuales, grupales, familiares, farmacológicos, institucionales, etc., hacia y con una común ideología y hacia una forma de asistencia cualitativamente diferente a la unión aislada de técnicas terapéuticas” (Scherzer, 1987: 63).

Esta tradición de trabajo se constituye a partir de una serie de descentramientos (Scherzer, 1997). Desde el polo del sujeto de consulta *se descentra el abordaje de la enfermedad de su encapsulamiento en un paciente designado*. Esto dicho no sólo en términos de concepción teórica de la enfermedad, sino trasuntado en una estrategia clínica que busca consustanciarse con la misma. El otro descentramiento importante se ubica en el polo técnico – profesional, en tanto implica pasar de un terapeuta o un conjunto más o menos coordinado de terapeutas designados a la conformación de *un equipo psicoterapéutico* con un esquema referencial plural pero necesariamente habilitante de una dinámica dialógica de trabajo.

LA PRÁCTICA CLÍNICA Y SUS HALLAZGOS: UNA NUEVA MIRADA A LAS DEMENCIAS TIPO ALZHEIMER

Eduardo, el hijo menor de la familia Sánchez, consulta porque su padre, ha recibido hace ya un año el diagnóstico de “probable alzheimer”. Solicita atención psicológica “para papá, porque la familia ha decidido brindarle toda la atención posible”. El Sr. Sánchez, de 82 años, es atendido por un médico geriatra. Lo que más preocupa a la familia, en términos de Eduardo y su esposa, es que “papá está siempre con esas ideas de que quiere volver a Toledo²⁷ a ver a los padres y cuando la señora que lo cuida, que tiene orden de no permitirle salir solo, se interpone, él ha llegado a ponerse violento con ella. Además es como monotemático con esto de que quiere ir a Toledo, yo lo he llevado y mi hermana también, pero claro, vamos, la casa pertenece a una familia muy amable que nos deja pasar y todo pero cuando él ve a esa gente saluda, preguntan cómo andan y dice que se quiere volver”.

El trabajo clínico en estos casos suele comenzar con un pedido de asistencia al paciente que encierra la esperanza de una mejoría. Pero, ¿qué mejoría? Básicamente suelen plantearse dos tipos de motivo de consulta en estos casos, motivos que suelen presentarse combinados: una apuesta a que una técnica novedosa con el paciente pueda surtir algún efecto de mejoría o enlentecimiento de la enfermedad; o bien una situación de desborde familiar no ocasionado en general directamente por la DTA sino por lo que suele denominarse *trastornos psicológicos y conductuales* (SPCD) En efecto, la asistencia médica de calidad en general brinda información importante para que las familias puedan conocer la información básica sobre la enfermedad, incluido el capítulo de pronósticos. Esto sin duda abre un período de transformaciones en todo el grupo familiar con facetas más ligadas a los procesos de duelo y sus etapas (negación, dolor, aceptación) y con la emergencia de nuevos conflictos. Una de las aristas centrales de esto lo constituye lo que hemos conceptualizado en términos de *dimensión institucional*

²⁷ Toledo es una población del Departamento de Canelones cercana a Montevideo, Uruguay, ciudad donde se desarrolla la intervención.

del diagnóstico (Berriel, Leopold y Pérez, 1998). Una vez establecido un diagnóstico, y por ese solo hecho, un conjunto de transformaciones tendrán lugar:

- Cambios en el vínculo con el paciente: Quien hasta ese momento era el padre, la madre, el cónyuge, pasará paulatinamente a convertirse en un objeto de cuidado, y en una persona cuyas conductas pasarán cada vez más a explicarse a partir de la enfermedad que padece. Estos nuevos roles comienzan a re – matizar la realidad preexistente.
- Cambios en los tránsitos institucionales: La determinación del diagnóstico, a la vez que hace posible el comienzo de una atención adecuada, implicará un conjunto de nuevos tránsitos institucionales y de asignación de lugares para las personas involucradas, a la vez que otras inscripciones comienzan a verse obturadas.
- Cambios en los códigos de interpretación: La información sobre la enfermedad, muchas veces parcialmente aportada y comprendida da lugar a un *nuevo contexto de codificación y sobrecodificación* de situaciones cotidianas que trastoca el sistema de significados en el que las relaciones interpersonales tienen lugar. Además, la formulación del diagnóstico, como enunciado, tiene *carácter performativo*. Esto es, *constituye un acto de habla*, da lugar a una realidad a partir del hecho de ser enunciado en el contexto institucional y semántico en el que el diagnóstico se establece. En cierto modo, alguien pasa a estar enfermo de DTA a partir de que el diagnóstico se pronuncia y la realidad que de ahí en más tendrá lugar será en cierta medida producto de ese pronunciamiento y no sólo de la realidad “objetiva” que da lugar a ese enunciado.

Un primer nivel de intervención, por lo tanto, consiste en problematizar el conjunto de certezas con las que el sujeto de consulta llega. Esto no se logra meramente informando y “discutiendo” informaciones, como suele hacerse desde los mejores dispositivos de intervención en el campo de las DTA fundadas en la perspectiva hegemónica. Lo que vamos a encontrar en el espacio clínico de los grupos terapéuticos de pacientes y familiares y en el ámbito de la clínica individual es que todo el conjunto de nuevas racionalizaciones fundadas en la institución del diagnóstico configura una nueva producción defensiva respecto a la nueva realidad, pero sobre todo, respecto a los viejos conflictos. Es decir, desde una perspectiva psicológica, y esto es muy difícil de entender desde otros abordajes, *el conjunto de nuevas configuraciones defensivas a*

partir del diagnóstico no responde tanto a enfrentar la nueva realidad en un sentido creativo, sino a la necesidad de encontrar nuevas maneras de manejar viejos conflictos ante una realidad que hace inviables los viejos recursos.

Las primeras entrevistas con el Sr. Sánchez muestran la idea perseverante de volver a Toledo, lugar de origen y lugar en donde constituye, junto a Sara, su pareja, su propia familia. Sara había fallecido hacía unos cinco años de cáncer a los 71. “– Tengo que volver porque me espera mi madre”, repite varias veces en las entrevistas y por momentos se desdice: “- Cuando mi madre vivía...”. Por otra parte, no reconoce que esté padeciendo ningún nivel de trastorno.

La actitud clínica lleva a adjudicarle a la reiteración y perseveración en el discurso de los pacientes, al menos el beneficio de la duda en cuanto a la presunción de sentido. Habíamos señalado que los trastornos psicológicos y conductuales suelen ser un motivo de consulta más poderoso que los síntomas más “propios” de la enfermedad. Curiosamente, la mirada técnico – profesional hegemónica habitual, junto con la lógica preocupación por suprimir la mayor cantidad de trastornos posibles, disocia estas manifestaciones de la enfermedad considerada globalmente cuando las toma como meramente secundarias al núcleo (biológico) de la enfermedad. Sin embargo, en el campo de la enfermedad mental, especialmente en el campo de las psicosis, estamos habituados a encontrar un polo productivo usualmente llamado positivo (ideico, perceptivo, práxico, afectivo) coexistiendo con un polo de antiproducción²⁸ o negativo (dado por el empobrecimiento de capacidades). Desde una perspectiva dinámica del psiquismo, el polo productivo encierra, como el sueño en el campo de las neurosis, algunas claves para comprender el correlato afectivo profundo en la configuración de la enfermedad. El polo negativo, si se lo considera como antiproducción, sería el resultado

²⁸ Desde la perspectiva de Deleuze y Guattari (2002), la producción y antiproducción se relacionan con el concepto de *Cuerpo Sin Órganos*. Este cuerpo de *intensidad cero* representa un extremo de desarticulación de los diagramas de captura del deseo, la desestratificación absoluta del deseo. En tal sentido, la producción de la locura, y también de la DTA, puede pensarse como una desestratificación salvaje. Por ello estos autores, en bellas páginas, nos advierten: “Mimad los estratos... Lo peor no es quedar estratificado – organizado, significado, sujeto – sino precipitar los estratos en un desmoronamiento suicida o demente, que los hace recaer sobre nosotros, como un peso definitivo” (p. 165).

del intento fallido por desarticular estratificaciones subjetivas de alguna manera insoportables para el sujeto (Deleuze y Guattari, 2002).

Pero ¿es esta reiteración y/o perseveración discursiva de los pacientes con DTA una producción, o estaremos, como señala la ortodoxia, ante una manifestación del deterioro del lenguaje y el pensamiento que la enfermedad conlleva? La evidencia clínica nos responde: ambas cosas. El posicionamiento clásico respondería que el trastorno cognitivo implica una desarticulación yoica que empobrece el discurso y el pensamiento. Sin embargo, cuando se trabaja con estos pacientes y sus familias y se incluye el espacio para la reiteración, ésta comienza a estructurarse con otras producciones de sentido que muestran que la desestructuración subjetiva o, más correctamente, la estructuración subjetiva en torno a un núcleo no elaborado que produce un nivel de falla en la formulación del proyecto identificadorio, antecede al proceso de enfermar que denominamos DTA. Suele pensarse que el trastorno grave de memoria propio de la DTA conlleva a que se olvide lo que se dice y que los pacientes reiteren muchas veces lo mismo en un corto lapso. Sin embargo, no es cualquier contenido el que se reitera y no es cualquier deseo el que vuelve a manifestarse, no es la misma escena la que se inviste, no es cualquier enunciado el que define, pauta, puebla, satura, colma el espacio clínico con el paciente.

A nivel de la personalidad pre mórbida, la indagación clínica permite identificar elementos que parecen inscribirse en lo que algunos autores denominan como “identidad unívoca” (Zarebski, 2005) y que ha sido señalado como un factor de riesgo contrario a un envejecimiento saludable desde el punto de vista psíquico. Junto con este elemento se destaca una visión negativa del envejecimiento que comparten el paciente y su entorno antes de la emergencia de la enfermedad.

Eduardo: “Papá siempre fue el mismo, un tipo de trabajo y claro, verse así, viejo, como que él no se lo bancó. Es un tipo que no puede vivir sin laburar, y nosotros (se refiere a los hermanos) somos iguales. Yo si tengo que dejar de laburar no sé lo que hago, ... enloquecer a mi mujer”. (Risas)

Estas apreciaciones, además de ser consistentes con algunas investigaciones contemporáneas (Conde Sala, 2001; Sánchez, 2005), vincularían a los fenómenos que tienen lugar en las demencias con los procesos identitarios vinculados a la capacidad narrativa (Bruner, 2003; Pérez Fernández, 2005) y a los procesos identificadorios

(Catullo Goldfarb, 2004). Es en este plano que se puede apreciar claramente cómo lo que en el funcionamiento cognitivo puede ser considerado como una pérdida de memoria y desorientación temporal, psicológicamente se traduce como una falla en la formulación del proyecto identificatorio (Aulagnier, 1994). En la medida que existe una forma particular de fracaso en las posibilidades de sostener la esperanza narcisista de *ser yo, en el futuro, el ideal*, el deseo y los emblemas identificatorios, cristalizaciones colectivas de sentido que se asientan en el plano de la identidad y que el imaginario social proporciona²⁹, no pueden ligarse a un proyecto identificatorio, por lo que quedan presos de un circuito de repetición sin un ordenamiento temporal. Esto se aprecia con mucha claridad cuando, en un determinado momento de la Enfermedad de Alzheimer, es común que la persona que emerge como “enfermo” se instale, como el Sr. Sánchez, en un discurso estereotipado y repetitivo sobre determinados hechos de su historia y sobre sí mismo. “Trastorno de memoria y desorientación temporal” diría la neuropsicología. Desde nuestra perspectiva de clínica psicosocial, estas repeticiones cumplen la función de ser los últimos sostenes de la identidad del sujeto. Si esto no se trabaja desde una posición que pueda sostener psicoterapéuticamente esta repetición, habilitando que pueda hacerse un movimiento psíquico de integración yoica para que surja lo nuevo, es común que la repetición dé lugar a una producción delirante, que no es otra cosa que un paso más en este proceso de desestructuración yoica.

Luego de unas entrevistas iniciales, el equipo de intervención decide tener una serie de sesiones familiares conjuntas para generar un ámbito donde se despliegue y comparta la perspectiva de cada uno - incluido el paciente designado - sobre el estado del Sr. Sánchez, sobre cómo cada integrante está “novelando” la situación actual y futura y sobre la manera en que esto se liga con la(s) novela(s) familiar(es) que preexiste(n) a este nuevo capítulo se abre.

A las dos primeras entrevistas familiares asisten, además del Sr. Sánchez: Máximo (hermano mayor, de 48 años), Clara (segunda hermana, de 46), Eduardo (hermano menor, de 42) con su esposa Mariana (46) y Victoria (la hija de ambos, de 19).

²⁹ Respecto a los aspectos psicosociales del proyecto identificatorio y el rol de los modelos identificatorios véase: Berriel, 2003, 2003b, 2004 y 2007.

Hay dos polos en la lectura de la situación: Máximo y Eduardo sostienen una lectura amable, minimizadora de la enfermedad de su padre, en tanto Clara y Mariana presentan una lectura muy dura de la enfermedad, llegando a insinuar que habría un final previsible y casi ineludible que resumen en la imagen del Sr. Sánchez en una cama en posición fetal. Ante esto, el Sr. Sánchez asume una posición de cierto desprecio por los aportes de sus hijos, ante quienes adopta un aire de superioridad. Abundan las expresiones de los hijos en términos de “papá es genial”, “papá es maravilloso”, “ah... este papá, mirá que sos ¿eh?”.

Aparece una historia oficial familiar más o menos en estos términos: “Mamá era una mujer buenísima pero con pocos recursos culturales, ella siempre trabajó, y eso que tuvo que bancar la pobreza de su casa, y el suicidio de la abuela, que se suicidó bien, se suicidó porque igual se iba a morir, pero igual es duro. Mamá se deprimió cuando nos vinimos a La Unión desde Toledo, donde ella había vivido toda la vida, pero igual salimos adelante. Gracias a papá salimos adelante, él fue como padre y madre de todos nosotros, y siempre apoyando a mamá, un crack el viejo. Después la que asumió la posta fue Clara, trabajando y generando fuentes de ingreso para toda la familia, y cuidando la casa y apoyando a todos los hermanos”. Victoria casi no interviene, pero escucha.

La investigación clínica en el tratamiento individual de Sánchez; en el de Eduardo, autodefinido como cuidador principal; en los espacios familiares que se instrumentan y en los grupos terapéuticos de pacientes y de cuidadores (donde participan Eduardo y Clara), permite reconstruir las escenas relacionados al suicidio de la suegra de Sánchez, preservadas por una lectura familiar heroica (“se mató bien, sabiendo lo que tenía que hacer”), y recuperar la memoria del período de la depresión de la Sra. Sánchez, la que parece no haber concluido sino con su muerte. Este episodio del comienzo de la depresión de la Sra. Sánchez se desencadena por el encarcelamiento de Máximo, el hijo mayor, en el marco de la persecución política que llevó adelante la dictadura militar que asoló el Uruguay entre 1973 y

1984. Lo padecido por Máximo en el semestre que duró su detención nunca fue hablado por la familia.

Las observaciones clínicas permiten destacar la existencia, en la historia de los pacientes, de instancias de pérdidas no elaboradas o duelos patológicos. En los casos estudiados, las historias familiares presentan también conflictos claramente no elaborados, con poco procesamiento psíquico individual y colectivo, dando lugar a limitaciones en las posibilidades de subjetivación de lo conflictivo, expresado ello en el poco espacio de tramitación psíquica ante instancias traumáticas o circunstancias de pérdidas relevantes para los sujetos.

En el ejemplo clínico en el que estamos apoyando esta exposición, puede apreciarse claramente esta concatenación de duelos no elaborados adecuadamente. Podría establecerse que para que se den las condiciones subjetivas que no habilitan a la adecuada elaboración de una pérdida altamente significativa, es necesario que haya en la historia familiar otros duelos no elaborados. Esto se cumple claramente en el caso de la familia Sánchez, elaborándose una lectura idealizada de los episodios más dramáticos que la reconstrucción genealógica de la historia familiar desde el espacio clínico permite identificar, de una manera que ya deja de ser sucesiva, en la medida en que una nueva pérdida no elaborada hace aún más difícil la elaboración de las pérdidas pasadas. El término *genealogía* resulta adecuado porque este trabajo clínico incorpora un análisis sobre las condiciones de enunciabilidad y visibilidad pero no sólo a lo interno de la familia, sino en el afuera constitutivo que representan las prácticas y hechos sociales en los que los sujetos están involucrados. Un ejemplo de ello es el silenciamiento del episodio de detención política de Máximo, como puede apreciarse en la siguiente viñeta de una sesión con Eduardo:

Eduardo: Nunca hablamos de eso, yo me puedo imaginar lo que pasó, pero nunca lo hablé con mi hermano.

Psicoterapeuta: ¿Nunca lo hablaron?

E: No, me parecía que iba a ser doloroso para él, entonces yo trataba de hablarle de otras cosas, más del futuro que del pasado, ¿se entiende?

Además no era un tema para hablar en esa época en familia porque era peligroso, a los chiquilines no se lo contábamos porque mirá si lo repetían en la escuela o algo así, capaz que nos venían a buscar.

...

P: Tampoco hablaron del suicidio de su abuela, o de la depresión de su madre, o de la estafa de la que su padre fue objeto...

E: Bueno pero eso es porque eran temas que no nos iban a llevar a nada, como que había que mirar para adelante... (silencio) ... Son excusas, ¿no? Son excusas...

Los elementos de transmisión transgeneracional se transmiten de un espacio psíquico a otro, como verdaderas “configuraciones de objetos psíquicos (afectos, representaciones, fantasías) es decir, objetos provistos de enlaces y que incluyen sistemas de relación de objeto” (Kaës, 1998, en Eiguier y otros, 1998: 14) En la viñeta clínica, puede apreciarse cómo los episodios que se apartan de la lectura idealizada de la historia familiar, aquéllos episodios que han sido fuente de una angustia que excede un cierto umbral, deben ser silenciados, encriptados (Rodríguez Nebot, 2004), y cómo este mecanismo, lejos de ser individual, compromete a todo el grupo familiar desde distintas posiciones y, yendo aun más allá, se coliga con mecanismos que, buscando preservar la seguridad familiar en el contexto de la represión política, también imponen el silencio, cerrando aún más el camino de la elaboración de los episodios dolorosos. Pero este verdadero dispositivo de producción de *una cierta historia* está lejos de ser solamente represivo. *Produce una historia, una familia y una(s) vida(s)* sobre la base de ciertos enunciados.

De una sesión familiar:

Máximo: Es como dice Clara, hay que mirar para adelante, nosotros siempre fuimos una familia que miraba para adelante y acá estamos, desde que se enfermó papá sacándonos el cuero entre nosotros como que fuéramos extraños.

Clara: Mirá loco, yo siempre dije eso pero de estúpida lo dije.

Terapeuta: Tal vez eso de “sacarse el cuero” no sea tan propio de extraños. Sacarse el cuero puede ser algo que conduzca a ver qué hay debajo, a verse de una forma que no se han visto.

Clara: ¿Mirar para adelante adónde nos llevó? Vos no tenés 50 y ya estás con cardiólogo mirando para adelante como un idiota que no ve lo que

tiene alrededor, meta laburar, meta sonreír, haciéndote el gran empresario que papá no fue pero que vos decís que fue.

Máximo: Yo no digo que fue, él fue, lo que pasa que lo jodieron y tuvo que arrancar de nuevo. Eso es lo que digo yo.

Terapeuta: Y Ud. Sánchez ¿qué dice?

Sr. Sánchez: Estos siempre se pelean y siempre dicen lo mismo. Me tienen aburrido.

Terapeuta: Siempre se pelean, o sea que esto de “sacarse el cuero” no es tan nuevo.

Eduardo: Claro que no es nuevo, pero sin sacar el cuero de verdad, ese es el estilo Sánchez (Silencio)

Clara: Bueno papá, pero vos seguís con estos líos de volver a Toledo y nosotros estamos medios alteraditos, ¿entendés?

Sr. Sánchez: Yo no quiero volver a Toledo.

(Silencio)

Máximo: Yo sí quiero volver a Toledo (risas)

Terapeuta: De pronto hay que volver a Toledo para salir de Toledo, para sacarse el cuero y ver qué se siente andar sin cuero.

Eduardo: ¿Volver a Toledo? ¿No habrá que olvidarse de Toledo? Es como ver a mamá de vuelta llorando porque extraña Toledo. ¡Es una mierda Toledo! Parece que toda nuestra vida es irse de Toledo y nunca poder irse de Toledo.

(Silencio)

Máximo: ¿Vos decís que no miramos para adelante, que miramos para Toledo?

Ya en 1970 Bleger planteaba la existencia de “formaciones no integradas al psiquismo individual, que son depositadas en todo vínculo y puestas en juego en todo grupo” (André-Fustier y Aubertel, en Eiguer y col., 1988: 124). Estos elementos son subjetividad, pero muchas veces son procesos inconscientes, clivados, a los efectos de permitir el funcionamiento, y no interferir en el despliegue, de otras formaciones psíquicas. Una de las funciones de la intervención familiar y de grupo es recoger y permitir la inscripción, en la cadena asociativa grupal, de las huellas de lo que ha quedado en suspenso en la elaboración, en la transmisión psíquica familiar. “Estas

huellas, probables efectos de contrainvestiduras originarias frente a un exceso traumático, mantienen a cada sujeto de la familia en la imposibilidad de hacer propio algo que está grupalmente sostenido ... y que, no obstante, lo afecta” (ídem: 123). En tal sentido lo grupal es psíquico.

Mirar para adelante e irse de Toledo son, en este ejemplo clínico, dos enunciados estructurantes de una historia que, lejos de cristalizar el tiempo, la lanzan hacia el futuro pero sin la posibilidad de reelaborarla, dando lugar a una libertad sin libertad. En el proceso de trabajo conjunto de todas las instancias del dispositivo puede comprenderse de otra manera lo que el paradigma hegemónico sólo ve como un déficit: La repetición del Sr. Sánchez como reiteración verbal o como idea estereotipada representa lo no elaborado a partir de lo cual se produce una historia y una familia. Recordando lo mencionado respecto a la visión negativa del Sr. Sánchez sobre el envejecimiento, puede establecerse entonces que la producción de la enfermedad es la respuesta de Sánchez ante un futuro insoportable, fundado en un pasado no soportado por un psiquismo, no soportado vincularmente por una familia, no soportada institucionalmente por una sociedad, luego desgarrada por el terrorismo de Estado.

El trabajo con el Sr. Sánchez fue mostrando un progreso en cuanto a los recursos expresivos que él pudo ir introduciendo en el espacio clínico tanto individual como grupal. En más de una oportunidad confunde a su esposa fallecida con su madre. Cerca del año de trabajo el paciente comienza a poder hablar de la muerte de su esposa y, concomitantemente comienza a dejar de manifestar el deseo recurrente “volver a casa a ver a mamá”. En su lugar aparece un apego afectivo muy grande por sus hijos, que al principio, encuentra una cierta resistencia de parte de ellos. En las pruebas cognitivas realizadas un año y tres meses después de comenzado el tratamiento se registra una leve mejoría.

Consideramos que los alentadores resultados que habilita el tipo de abordaje psicoterapéutico que postulamos radica en que, además de contemplar las dimensiones que la perspectiva tradicional y hegemónica “admite” con relevancia central, considera con la misma relevancia algunos de sus puntos ciegos, a saber: *Lo psicoafectivo, lo grupal, la dimensión familiar, la red vincular, la red social, los procesos creativos y la multiplicación de recursos de registro y expresión* (cuerpo, plástica, literaria, entre otros). Sin embargo, este dispositivo no está exento de algunos inconvenientes que es necesario considerar:

- El cuidador principal, la familia y el sistema de asistencia sanitaria suele presentar serias *resistencias al descentramiento* del abordaje de la enfermedad del paciente designado. Ello debe contrarrestarse con un equipo donde existan recursos para pensar las variables institucionales intervinientes y para desarrollar la capacidad de visualizar las ganancias de la participación en el dispositivo por parte de las personas que sostienen la consulta.
- A veces los pedidos de asistencia no llegan a formularse sólidamente hasta que *la enfermedad ha avanzado* tanto que los efectos favorables que pueda tener el dispositivo se ven comprometidos.
- *Los procesos son largos* y ello lleva a que sea difícil sostenerlos con el mismo nivel de compromiso. En general el abandono del tratamiento, cuando tiene lugar, no se produce a partir del paciente con DTA, el que suele mostrar gran adhesión al dispositivo, sino de parte del cuidador principal. Esto puede pensarse a partir de la *dependencia psíquica mutua* (Berriel, Leopold, Pérez, 1998) que se desarrolla a menudo y que configura un vínculo que necesita que el enfermo permanezca exactamente en la misma posición dependiente con la que llega a la consulta. Tómese en cuenta que más allá de los déficits directamente ligados a la enfermedad, suele haber una sobre-disfuncionalidad como consecuencia de este vínculo de dependencia psíquica mutua.

Aún con estos inconvenientes, el dispositivo funciona en la mayoría de las consultas en las etapas iniciales y medias de la enfermedad, siempre que se atienda a la *instrumentación de los profesionales como equipo de trabajo* y que la estrategia clínica de cada intervención se maneje con la flexibilidad que requiera. Sin duda es mucho lo que queda por recorrer en el desarrollo de recursos psicoterapéuticos en el campo de las DTA y otros trastornos cognitivos graves. Pero el camino ha comenzado.

CAPÍTULO 4
LA CONSTRUCCIÓN NARRATIVA EN EL ENCUENTRO CLÍNICO CON
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

Por: María Noel López y Adriana Rovira

*aunque nada ni nadie los desangre en voz alta
ni el de amparo ni el dolor se borran
y las lealtades y traiciones giran
como satélites del sacrificio
.....
hay quienes imaginan el olvido
como un depósito desierto/ una
cosecha de la nada y sin embargo
el olvido está lleno de memoria*

Mario Benedetti

LAS CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

Pensar una intervención psicoterapéutica que pueda dar cuenta de aspectos trabajados metodológica, técnica, ética y clínicamente con pacientes que presentan un diagnóstico de Demencia Tipo Alzheimer (DTA) requiere tener presente múltiples y complejos niveles.

En todos los casos, un diagnóstico genera efectos técnicos y contratransferenciales a nivel clínico, por lo tanto habrá que problematizar como éstos se reproducen y atraviesan en nuestra intervención. Asistimos así al encuentro de un paciente que es ya sujeto de otros abordajes (médico, farmacológico, etc.) y a partir de los cuales se intervendrá con distintos dispositivos y tecnologías. Establecer diagnósticos es construir modelos explicativos, pero también de poder, que no serán únicamente médicos sino además discursivos y subjetivos.

Un diagnóstico es una construcción que incide, en forma oculta o manifiesta, en los acontecimientos presentes del sujeto. Es una matriz de pasaje significativa que configura procesos de subjetividad, genera efectos reales y simbólicos en un complejo entramado de entrecruzamientos cognitivos, somáticos, psicológicos, vinculares, sociales y culturales, y que a partir de ellos una persona adquiere ciertos componentes objetivantes.

Hay configuraciones subjetivas determinadas que influyen en la forma en como ese sujeto piensa su proceso de enfermedad, diagramaciones familiares que confluyen en torno a éste, y situaciones afectivas y vinculares que se construyen entre el sujeto que ha enfermado y aquellos que son parte de su historia afectiva significativa.

El Alzheimer como categoría diagnóstica tampoco escapa a lo planteado, construyendo también efectos asistenciales, políticos y subjetivos, que deberemos en cada uno de los casos tener presente. Realizar un diagnóstico de DTA es definir una patología, esto quiere decir establecer la construcción de un dispositivo de captura que genera a partir de allí formas de ser, lugares de pasaje y permanencia, que tendrán componentes instituyentes e instituidos dentro de la sociedad. Según Castoriadis (1990), el primero supone la creación permanente de significaciones imaginarias sociales, mientras que lo instituido expresa la estabilidad de ciertas formas de ser a partir de las cuales lo *imaginario radical* encuentra existencia que tienden a la autopropagación, por la cual se conforman procesos identificatorios ajenos a las decisiones del propio sujeto.

Decidimos comenzar por este punto porque en el marco de nuestro trabajo dentro de la Investigación la primer información con la que entramos en contacto del paciente es su diagnóstico e historia clínica. Creemos que a partir de allí algo se configura ética y afectivamente en nuestra intervención. Evitar que nuestra mirada y escucha quedaran atrapadas en estos niveles fue nuestra permanente búsqueda.

El encuentro se produce, en todos los casos, con un sujeto que ha devenido a partir de diferentes estrategias asistenciales *paciente-enfermo*. Esto lo ubica en la pérdida de cierta categoría de enunciabilidad donde requiere un *Otro* que lo enuncie (*sujeto sano*) que cuente y detalle sus olvidos, lo que no recuerda, lo que pierde, lo que no transita. El diagnóstico de Alzheimer produce un proceso de construcción real y simbólica de un *Otro* discursivo que se genera a partir de diferentes dispositivos de intervención. Esto tiene lugar desde un paradigma positivista, el cual organiza una búsqueda de verdad intentando confrontar el síntoma en el mundo cotidiano del paciente, construyendo desde este modelo de intervención un *Otro-sano discursivo* que se vuelve imprescindible. Que tiene como tarea una reconstrucción cotidiana ordenada y lineal que permita dar cuenta de ciertos niveles de existencia objetivos del paciente. Esto produce como consecuencia una continúa dicotomía entre un *paciente-enfermo-cuidado* (al cual se le ha sustraído su capacidad narrativa) y un *Otro-sano-cuidador* (al cual se le ha adjudicado el poder de narrar a un *otro-paciente*). Este modelo biomédico de intervención deposita permanentemente en el paciente con Alzheimer un artefacto de sospecha y desconfianza, su textualidad discursiva pierde categoría de verdad y con ella también el sentido de pertenencia de su discurso que a partir de ser valorado exclusivamente desde el síntoma se vuelve vacío, teniendo el *Otro* el control narrativo de su subjetividad. Este punto surge como sumamente interesante para reflexionar desde dónde y cómo nos ubicamos clínicamente cuando el paciente con el que debemos trabajar es un sujeto que está atravesado subjetivamente -y no solo orgánicamente- por un proceso de enfermedad como el Alzheimer.

OTRAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Tomando en cuenta los elementos planteados, deberemos pensar estrategias de intervención psicoterapéuticas que sean capaces de restaurar desde una escucha compleja el valor de la categoría narrativa de este sujeto devenido paciente. El espacio de intervención deberá pensarse como un encuentro comunicacional en donde el sujeto

se reencuentre con su capacidad dialógica a partir de una clínica que favorezca la articulación entre la mirada y la acción, facilitando el encuentro con un *otro* capaz de enunciar-se y no únicamente de ser enuncia-do. Ya no será el *Otro* con una categoría de discurso completa y verdadera sino que deberemos estar abiertos al encuentro desde un paradigma dialógico que permita pensarlo como protagonista de sus propios niveles de enunciación y productor de una narrativa intersubjetiva.

Al igual que con sujetos que transitan otros procesos de enfermedad, éste tendrá que ser tomado en cuenta en el trabajo clínico, pero no deberá ser el *objeto* de nuestra intervención. Entendemos que la psicoterapia puede aportar aspectos sustanciales en el trabajo con pacientes que presentan un cuadro de DTA, ya que a diferencia de otros dispositivos, no es la enfermedad lo que se aborda sino que hay una búsqueda de trabajo con una persona que sufre las consecuencias subjetivas de determinado proceso de enfermedad, y tomar en cuenta esto, habilita un tipo de encuentro distinto.

Nuestra intervención tendrá como búsqueda continua una clínica que habilite la escucha para que el paciente pueda construir narraciones desde donde pueda aferrarse en su proceso de resignificación. Esto permite pararnos en la búsqueda de un soporte que le permita al sujeto sostener una historia y proyectar un futuro en el presente. Tan importante como el sujeto (analizado) que abre una historia, que la arma narrativamente en el espacio de consulta, es el sujeto (analista) que la sostiene, que la escucha, que la interpela, que le da posibilidades de existir, o que por el contrario puede cerrarla... Esa situación adquiere una particular atención en el caso de trabajar clínicamente con personas que presentan una DTA. Esto se debe a que el acontecimiento discursivo de los pacientes que tienen este tipo de patología se construye de forma bien distinta a otros que no presentan dicha enfermedad.

La forma en que el sujeto construye su proceso narrativo y cómo se ubica dentro de éste permite ver como se piensa a *sí mismo*. Un paciente que se presenta narrado por el *Otro* es un paciente desalojado de su cadena signifiante y de su proceso histórico, así como también de su posibilidad de proyectarse a futuro. En este sentido, se hace imprescindible asistir a un trabajo permanente de *construcción-reconstrucción* (Piera Aulagnier, 1994) de un pasado propio sobre el que se pueda sostener y que le garantice a su vez ser propietario de esa historia.

Irma dice: “*Yo hay cosas que no recuerdo, pregúntele a mi hija, ella sabe todo de mí, es como la dueña de mi pasado*” (Se ríe).

Marta: “¡Mamá no digas eso! ¡Por Dios! Antes se ponía rebelde frente al médico y me porfiaba las cosas que yo contaba de ella. Decía que yo no sabía, porque aún no había nacido. ¡¡Pero claro que sé!! La abuela me contaba cosas de ella cuando yo era chica. Ahora acepta que yo hable y explique las cosas que no se acuerda”.

Este ejemplo muestra claramente como se desaloja a partir de los dispositivos familiares y terapéuticos al sujeto de su construcción narrativa.

Resultaba significativa la experiencia que teníamos con los pacientes en la primera consulta³⁰ en donde hacíamos asistir en forma conjunta a la persona que presentaba el diagnóstico de DTA y su familiar. Esto nos permitió visualizar que ambos presentaban serias dificultades para construirse narrativamente. Si bien el familiar lograba construir una cronología detallada de síntomas y aspectos cotidianos del paciente con DTA, le costaba profundamente narrarse a *sí mismo*. Incluso cuando ya había transcurrido cierto tiempo del proceso psicoterapéutico seguían presentes características similares, principalmente al inicio de la consulta donde se requería cierto tiempo de ajuste para dejar de narrar al otro y comenzar a narrarse a *sí mismo*.

Alfredo: “¿Bueno por dónde empezamos hoy?... Te cuento que Sonia se ha resistido bastante a tomar la medicación. Respecto a la comida ha pasado algo parecido. Yo he tratado de cocinar cosas que le guste pero igual...”

Terapeuta: ¿Ud. cómo ha estado en la semana?

Alfredo: “Por eso te digo que muy ocupado porque Sonia no quiere tomar la medicación”.

ACERCA DE LA CONSTRUCCIÓN NARRATIVA

El encuentro clínico es en todos los casos un encuentro comunicacional: hay en el texto del paciente una narración biográfica, una temporalidad que se despliega a medida que el paciente se va encontrando con su historia discursiva, que la va contando y se la va contando.

³⁰ En los procesos de psicoterapia realizados en el marco de la investigación “Factores afectivos, cognitivos, funcionales y psicosociales en el enfermedad de Alzheimer”.

En el caso de la consulta clínica con sujetos que presentan un cuadro de DTA asistimos a la construcción de una estructura narrativa profundamente compleja y singular, que posee como su núcleo esencial un **doblo registro**. Este incide en la construcción de la estructura narrativa a partir del registro de lógicas temporales contradictorias que poseen una existencia simultánea y se configuran a partir del interjuego de tres dimensiones complejas: lo recordado, lo olvidado y lo repetido. Se da así la constitución de una *temporalidad fragmentada* (Green, 2000), definiendo con esto, aquel tiempo que le es desconocido al ser consciente, estancamientos y detenciones que construyen esa ilusión de detener el tiempo presente en las desligaciones de la muerte.

Estos núcleos narrativos presentan nuevos órdenes temporales que se viven en otros espacios por los que transita el paciente como imposibles de compartir. Se requiere así una nueva forma de intervención que los recupere y articule, ya que éstos se mueven entre puntos distantes pero también de encuentro.

Julia presentaba desde hacía varios encuentros un importante monto de angustia, expresando su necesidad de ir a la casa de sus padres, explicando que éstos la estaban esperando. Sin embargo, en forma paralela también manejaba el registro de que sus padres están muertos desde hace más de cuarenta años y que la casa ya no pertenece a la familia.

A pesar de que ambos enunciados son contradictorios y la enfrentan a realidades opuestas, son planteados por Julia, en muchas ocasiones, en forma simultánea: *padres muertos – padres vivos*

Otro ejemplo se da cuando Julia dice: “*No es una confusión que está adentro mío. Enrique y Alfredo son mis hermanos, ahora, Alfredo es hijo mío y Enrique es hijo de mi mamá. Enrique vive...*”.

Vemos que este discurso de Julia con saberes profundamente contradictorios logran sin embargo existir simultáneamente, lo cual da lugar a la instauración de un proceso narrativo que se configura a partir de un **doblo registro** donde lo real cotidiano temporo-espacial y lo real simbólico (re-construcción subjetiva) coexisten.

En el trabajo con otra paciente vemos como estos elementos también se hacen presentes. Irma dice:

“Cuando me acuerdo me da tanta rabia... Mi madre golpeaba a mi pobre hermanito ¡Marito! Era tan frágil... ¡Nooo, Marito es mi hijo!, no mi hermano... ¿mi hermano? Bueno... no sé, la verdad es que siento que no sé cual es cual, bueno creo que no importa, es los dos”.

Estas lógicas distintas a partir de niveles discursivos contradictorios requieren una escucha clínica que las tenga en cuenta y las sostenga, introduciendo movimientos técnicos de soporte e interrogantes que le permitan al propio paciente establecer líneas de confrontación con sus producciones afectivas y discursivas, pero sin establecer desde la escucha categorizaciones de verdad que anulen e ignoren las construcciones narrativas complejas del paciente. Para esto se hace necesario una *doble articulación* de la escucha que rescate ambos niveles narrativos y vaya al encuentro de estos aspectos complejos.

El mecanismo de *doble registro* se configura, como ya planteábamos, a partir de un interjuego continuo entre tres dimensiones:

- Lo recordado
- Lo olvidado
- Lo repetido

Para ilustrarlas tomaremos la metáfora estética *Spring*³¹ (1966), escultura de la artista Bárbara Hepworth³², la cual muestra su búsqueda estética para representar espacialmente diferentes trazos narrativos y como dentro de un espacio cerrado se constituye un espacio de pasaje complejo.

Si miramos en profundidad la construcción hecha por Hepworth vemos delimitadas claramente tres dimensiones: por un lado, un contorno que da forma; en contraposición un espacio vacío que es contenido por éste; y como puente entre ambos un entramado que los une y articula. Esta propuesta estética nos permite representar gráfica y espacialmente las tres dimensiones que se articulan para conformar este mecanismo de *doble registro*. Se ingresa mediante la composición de una matriz trazos de representación.

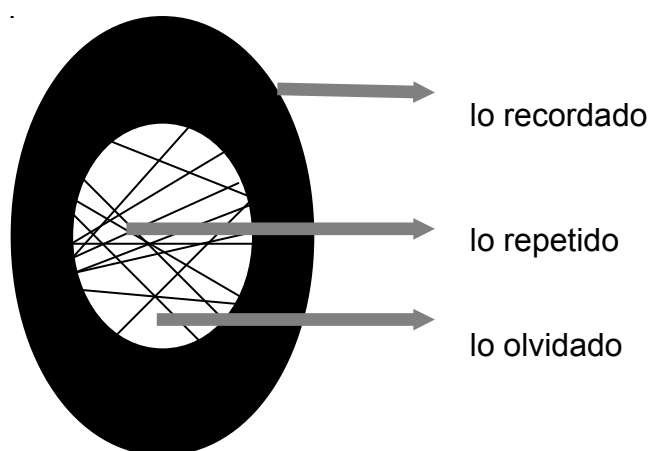
³¹ Para ver la obra consultar el sitio: <http://www.delaceyfineart.com.uk-hepworth.htm.url> (recuperado en setiembre de 2007)

³² Escultora británica (1903-1975) que utiliza el concepto del vacío en la escultura.

La escultura es una estructura de bronce agujereada en el centro, donde en un primer momento representa la noción de vacío inaugurada por Henry Moore³³, sin embargo Hepworth agrega componentes nuevos e impensados por éste.

El vacío se habita así de distintos alambres tensados que conforman a modo de red un espacio con trazos complejos, produciéndose así la construcción de una dimensión narrativa dentro de una matriz estética. Surge texto que mueven el vacío y lo direccionan hacia otras representaciones.

Dimensiones de la Construcción Narrativa



Vemos gráficamente de acuerdo a este esquema el movimiento de interjuego que configura el proceso narrativo, en donde lo recordado es atravesado por dos dimensiones que lo recortan, moldean y determinan: olvido y repetición.

Lo recordado:

Dimensión que sigue una secuencia temporal ordenada que es compartida con otros significativos y que el paciente logra elaborar discursivamente con cierta claridad semántica. Esta dimensión la representamos en la escultura de Hepworth a partir del contorno que da soporte a todo el cuerpo narrativo de la obra.

En los pacientes con DTA lo recordado se desdobra a su vez en dos dimensiones: lo recordado que posee un orden autobiográfico e histórico similar a otros pacientes que no presentan DTA, y lo recordado repetido, que vuelve una y otra vez.

³³ Escultor británico (1898-1986).

Lo olvidado:

Estaría representado como el espacio vacío que queda instalado entre la matriz de alambre y el contorno a modo de intersticio, el cual la red no llega a cubrir. Serían esos elementos que nunca se presentan discursivamente en consulta, pero que forman parte también del proceso narrativo. Sería el espacio que se configura a partir de lo no dicho, elementos de una historia subjetiva que el paciente nunca llega a enunciar en su relato pero que por ausencia están presentes, marcando también su narrativa. Este mecanismo del olvido presenta dos características principales: por un lado, como proceso activo que hace posible el recuerdo; y por el otro, ligado a la noción de pérdida, ya que con lo olvidado desaparece también de nuestra conciencia una parte íntima y subjetiva. En relación a esto, una paciente con DTA expresa:

“Yo cuando iba a la dentista le pedía que me sacara los dientes. Cada vez que iba, que me sacara varios juntos. Me sacaba los que me molestaban y también por las dudas los otros, los que no me molestaban. Capaz que con el tiempo después me empezaban a molestar. La dentista se horrorizaba y siempre me decía: “Hay por Dios, esto que se hace es una carnicería”, y yo le contestaba que prefería así por las dudas.”

Después de permanecer algunos instantes en silencio y pensativa plantea:
“El olvido para mí es igual, saca todo, lo que está bueno y lo que no, como los dientes, pero prefiero así, lo que no molesta hoy puede doler mañana, estar malitos, picados mañana”.

Esto que la paciente elabora en consulta nos introduce en una dimensión del olvido como componente activo, en permanente movimiento pero a su vez ligado a componentes de pérdida, en donde a partir de su relato vemos claramente como hay aspectos internos que se van perdiendo. Será mediante la articulación entre las fuerzas activas del recuerdo y el olvido que podemos construir y sostener una historia subjetiva. Este proceso es posible no sólo a partir del papel del recuerdo sino también desde las fuerzas que ejerce el olvido. Este participa también activamente en esta construcción del *sí mismo*, pero se transforma en un problema para su continuidad cuando se presenta,

como expresaba la paciente, como fuerza devastadora que se lleva todo a falta de un mecanismo regulador.

Lo repetido:

Esta última dimensión la representamos a partir de la metáfora estética de la red interna, la cual se construye a partir de múltiples intensidades y de componentes repetitivos en el discurso del paciente. Se ubicarían aquí aquellos trazos discursivos persistentes de la narrativa.

En el proceso psicoterapéutico estas tres dimensiones conforman a partir de un orden de entrecruzamiento superpuesto y contradictorio, la construcción narrativa del paciente con DTA, las cuales deberemos tener presente en cada una de nuestras intervenciones para realizar un enlace de escucha que no obture el doble registro narrativo del paciente, imprescindible para su resignificación subjetiva en consulta.

Si bien recordar, resignificar y olvidar son hechos naturales de nuestra producción subjetiva, los cuales nos permiten construir y reconstruir permanentemente nuestro *sí mismo*, estos procesos poseen diferentes características de acuerdo a las diversas circunstancias subjetivas y al modo en como articulamos esos procesos de recuerdo-olvido. Es así que tanto los procesos de recordar, como los de olvidar se nos presentan como múltiples despliegues de saberes, sentires y acuerdos inter e intrasubjetivos. De allí es que pensamos la importancia del proceso de *resignificación*, es decir, la posibilidad de poder hallar nuevas relaciones entre los sucesos vitales y con ello realizar un proceso continuo de interconexión entre el pasado, el presente y el futuro. Hay que tener presente que es mediante el múltiple y complejo proceso de recuerdo-olvido que podemos construir y sostener nuestro *sí mismo*, pero será también mediante éste que podemos dejar de ser lo que somos.

Es necesario promover un espacio de construcción y reconstrucción narrativa continua que le permita al paciente fugarse del vacío y producir nuevos trazos significativos. El espacio terapéutico sería un *encuentro de narrativas* (Duro, 2006) que le permitirían al sujeto devenido paciente historizarse y a partir de allí habilitar nuevas estructuras narrativas, donde lo que nunca se hace texto presente (lo olvidado) se juega en un nivel tan fuerte y complejo como aquello que tiene existente discursivo, sea esto en forma de recuerdo diacrónico o en texto repetido.

Tomando los planteos de Bruner (1991) podemos pensar estos aspectos en que la forma de narrarse un paciente tiene que ver con la forma de estructurarse, estructurar su

memoria y elaborar un contexto interpretativo. Es a partir de la narrativa que el sujeto adquiere sentido y temporalidad. Para que se construya un orden narrativo es necesario que los acontecimientos estén dotados de cierta estructura y significación. La organización narrativa está siempre en directa relación con la construcción de identidad personal, donde el yo es producto de las narraciones en las que estamos insertos y de aquellas que somos capaces de configurar. Desde estos conceptos, la identidad es un proceso de construcción continuo, una ficción que el sujeto elabora. Es necesario entonces que alguien para sostenerse subjetivamente pueda producirse narrativamente, ya que sólo a partir de esto se llega a elaborar una trama autobiográfica que pueda dar cuenta de quién es y como se ubica en el mundo.

DOBLE REGISTRO SOSTÉN DE LA FRAGMENTACIÓN

A partir de este *doble registro* se da la constitución de la *temporalidad fragmentada* (Green, 2000) por la cual asistimos en la consulta a una búsqueda permanente por parte del paciente de aquellos narradores primigenios perdidos (padres). Esto es posible por el interjuego de las tres dimensiones que constituyen este *doble registro*, las cuales juegan un factor esencial. A partir de la muerte del *otro* significativo, en particular en relación a la figura de los padres, se construyen olvidos y recuerdos que emergen en el encuentro clínico en un discurso recurrente que puede llegar a repetirse incluso varias veces en una misma sesión.

Irma asiste a consulta con sus hijas Margarita y Marta. En este encuentro Marta plantea dificultades para continuar viniendo.

Irma: *“Yo no quiero dejar de venir, la verdad que voy a seguir pensando cómo hacer, yo no quiero dejar a mis padres olvidados, vengo acá y ellos están conmigo, los encuentro, cosa difícil la verdad....”*

Margarita: *Mamita tus padres están muertos.*

Irma: *Ya lo sé, bien que lo sé, claro, murieron hace un montón, lo que yo digo es que vengo acá y me acuerdo de ellos, los nombro y recuerdo la cara de mi papá.*

Terapeuta: *¿Eso es importante para Ud.?*

Irma: *¡¡Claro!!, yo adoro a mi padre...vivimos pegados, ahora cuando termine acá con usted él me viene a buscar y nos vamos a tomar un helado”.*

Ese *otro* soporte narrativo, muerto en un plano real concreto, permanece vivo en un plano de realidad subjetiva. Hay a partir de esto un manejo de cierta temporalidad que pertenece más a un orden interno del paciente y aparece como eje que configura lugares y momentos, en donde lo que fue puede volver a ser y de allí su dimensión fragmentada.

Julia no recuerda que su padre murió y llega a partir de este olvido a construir un proceso narrativo en consulta en donde éste ha continuado presente en diferentes situaciones de su vida. Al ubicar a su padre muerto en el lugar de un otro, rescata en un plano subjetivo al muerto. A modo de ejemplo, esta situación queda clara cuando Julia plantea en consulta que su esposo falleció cuando sus hijos eran chicos, por lo cual ella quedó viuda muy joven, siendo su padre quien la ayudó (cuando en realidad quien murió fue su padre y no su esposo).

Más adelante dice:“(…) después conocí a Héctor y fue que me casé, tuve los hijos y muy tempranamente quedé viuda. Mi padre vivía porque él me ayudó a cuidar a mis hijos. Mi mamá había fallecido en el ‘56. Mi padre fue mi apoyo porque él me cuidaba a Santiago y a Laura. (...) Yo hace mucho que estoy sola. Yo no quiero ser retrospectivamente injusta, tal vez es porque eso no me quedó en la memoria. Para mí en mi historia es breve el período de convivencia con Héctor. Quizá eso hace que yo trate como de borrar ese período. Fue muy duro cuando murió Héctor. El varón de la casa fue mi padre.”

Lo mismo sucede en relación a la muerte de su hermano, acontecimiento que Julia expresa no poder aceptar:

“Yo no lo tengo presente porque lo quiero borrar. Cuando era una niña mi compañía ideal era él. A mi me ha pasado una cosa... es tanta la negación que yo hago de eso, que a Santiago, mi hijo, lo tomo como si

fuera uno de los que jugaba conmigo, que eran mayores pero que jugaban conmigo.”

Estos ejemplos muestran los intentos por parte de ambas pacientes de recuperar el soporte narrativo a partir de ese otro significativo perdido, es así que el eje de *dobles registro* gira en relación a la muerte y la transforma, para volver a estructurarse narrativamente a partir de allí.

Hay en el espacio de consulta un proceso de búsqueda de aquellos significativos que están muertos. Quizás la búsqueda de estos *otros* es reflejo de una búsqueda de realidad interna subjetiva para poder reconstruir el *yo* en un nuevo proceso identificadorio que le permita volver a *ser*.

Al permitir que estas lógicas de *dobles registro* se configuren en la consulta permitimos que esa realidad subjetiva tenga lugar y que el paciente pueda encontrar sus orígenes narrativos. Ese *dobles registro* oficia como una necesidad de restitución y de reparación de una narrativa subjetiva que se va perdiendo, el cual permite recoger los fragmentos narrativos para sostener una memoria autobiográfica que a partir de la desintegración *yoica* se va perdiendo. Se intenta mantener ese *fondo de memoria* (Aulagnier, 1994) en el cual está el entramado de las composiciones biográficas. Este tejido será para Aulagnier lo que permite asegurar lo que se ha sido y también lo que se deviene. Es como si en ese viaje de construcción subjetiva intentara volver hacia el punto de partida, tratando de ingresar nuevamente al camino original de tránsito subjetivo. El texto configurado desde una lógica de *dobles registro* tiene un poder de sostén subjetivo y un valor de comunicación a nivel clínico, ya que éste sostiene significativamente el texto histórico al cual se aferra para mantener ciertos referentes identificadorios.

Estos aspectos quedan expresados en los planteos que realiza Irma en otra sesión:

“Que repetida que estoy con mi papito, sólo hablo de él. Es que quiero contarte, recordarlo, no quiero olvidarlo. Estoy segura, tengo muy claro que si lo olvido me pierdo, me muero!”

Es su propia subjetividad lo que se fragmenta, lo que se rompe a pedazos, y este doble registro que transforma en existente lo que ya no está permite sostener subjetiva y narrativamente el *sí mismo*.

Romper clínicamente esta lógica de *doble registro* no sólo sería obturar técnicamente el trabajo clínico sino que sería además altamente aniquilador para el sujeto. Este trabajo permite lentamente un ejercicio de historización y de armado para ese *yo*, por lo cual debemos acompañar al paciente en ese viaje de recuperación histórica fragmentada.

Un ejemplo de esto es la construcción de la gráfica de vida con Irma, tarea que se realizó a lo largo de quince encuentros. En esta gráfica, que fue en realidad quince gráficas diferentes, la línea historizada tenía quince construcciones distintas, como un rompecabezas casi incomprensible, en donde había elementos repetidos y a la vez otros nuevos que se inauguraban con cada gráfica.

En una de las sesiones en la que estábamos construyendo una de estas gráficas, la paciente dice:

“Tengo la sensación que esto ya lo he hecho otras veces acá”.

Al plantear este registro de recuerdo se le muestra una carpeta donde están las otras 14 gráficas restantes. En este punto nos parece interesante reproducir el diálogo de la consulta cuando esto sucede:

Paciente: *“¿Todo esto lo hice yo?. No puede ser...”*

Terapeuta: *¿Por que no puede ser?*

Paciente: *Parece la vida de muchas personas, no la de una, es mucha cosa.*

Terapeuta: *Estas cosas las trajo usted de su vida.*

Paciente: *¡Que horror! Que vida que tuve, parece rompecabeza, tanta cosa es mía... y pensar que no recuerdo mucho. Parece esos rompecabezas que arman los niños.*

Terapeuta: *¿Rompecabeza?.*

Paciente: *Sí, esas historias que vienen de a pedacitos, todos chiquititos y que los niños tiene que juntar... ¿cómo se dice?... ¡que armar! Sí, armar los pedazos.*

Terapeuta: *¿Usted siente que tiene que hacer eso con su historia, armar los pedazos?*

Paciente: ¡¡¡Mmmm!!! Eso quisiera, pero es muy difícil. ¿Cómo uno todo? Siento que todo está de a pedazos, como roto, y tengo miedo de no encontrar las piezas, que me de cuenta que alguna falta, que no encaja!

Terapeuta: ¿Y si eso sucediera?

Paciente: ¡Me muero!, me quedo rota. Sí, me muero. A veces siento que todo se enreda, se enmaraña y que una cosa me lleva a otra y me pierdo. Igual te diré, prefiero enredada a muerta”.

ACERCA DE LA MODALIDAD DISCURSIVA

Veíamos que la construcción narrativa en los pacientes con DTA se construye a partir de esta lógica de *doble registro*, y a partir de estos elementos nos parece interesante analizar la modalidad de presentación discursiva que posee éstos en consulta.

Como elemento central destacamos la presencia de un núcleo discursivo persistente, armado a modo de guión intersubjetivo que se proyecta ante nosotros de forma repetida y con una fuerza tal en torno a él que parece enlazar todas las producciones discursivas restantes. Se presenta un paciente con una forma de hablar-se y construir-se narrativamente dentro de la consulta a partir de una construcción textual repetida a la cual se fija el resto del discurso.

Consideramos que este texto discursivo posee dos ejes articulados: uno semántico y otro significante. A nivel semántico se da la existencia de un texto repetido, que una y otra vez vuelve en forma fija. A nivel significante oficia como soporte identificatorio que permite la construcción narrativa del paciente, que cuando logra unirse a la cadena asociativa que lo contiene cumple una función estructurante de todo el proceso narrativo.

El videoarte *Love Lettering*³⁴ (2002), del neurocientífico y artista Sergio Neuenschwander, es útil como ejemplo para pensar como se presenta en la consulta clínica estas modalidades discursivas. *Love Lettering* trata de una estructura sutil y delicada de discursos, en donde a partir de etiquetas atadas a la cola de peces se nos va mostrando un conjunto de palabras que vienen y van aleatoriamente a partir del

³⁴ “*Inscripción de amor*”, película de seis minutos de duración que muestra una serie de peces rojos nadando frente a una cámara con carteles pequeños atados a su cola, los cuales llevan inscriptos distintas palabras.

movimiento de éstos. Acompañar estos movimientos implica leer: *love, my dear, sweet, no, news, your eyes, voice, I, Río, London, next, you, kiss from me*, y algunas más.

Estas palabras que parecen no tener conexión entre sí van, en el transcurrir de la película, descubriendo una carta de amor. El video nos muestra el carácter rígido de un texto que sólo a partir de conectarse a una cadena asociativa logra transformar su significado. Lo mismo sucede con la modalidad discursiva en la que el paciente con DTA nos presenta en consulta su construcción narrativa. A partir de un texto repetido que nos llega a retazos se requiere un ejercicio conectivo que permita mostrar los sentidos al integrarse a una cadena significante.

Estas modalidades discursivas generan dificultades en el trabajo terapéutico, ya que se hace complejo sostener tanto a nivel técnico, como transferencial estos niveles de repetición. Se requiere que nos alejemos de la noción de repetición como síntoma para construir nuestra intervención como soporte, el cual tiene como vía sustancial sostener una comunicación, armar los pedazos que nos muestra y descubrir -como en *Love Lettering*- la carta de amor detrás de los retazos. Poder tomar en cuenta y analizar estas pautas de repetición nos permite llegar a lo que expresan más allá de lo que representan. Estos contenidos tienen un valor narrativo en sí mismo que exceden ampliamente el valor del contenido del contexto, lo cual mediante su participación se establece un nexo complejo con aspectos significantes.

Es la novena vez que Irma relata una misma situación en veinte minutos de iniciada la consulta, el mismo texto vuelve una y otra vez sin descanso y nosotras también vamos anotando su discurso una y otra vez. Allí nos damos cuenta que en ese texto se inscriben los ejes esenciales de su narrativa subjetiva que, como en *Love Lettering*, sueltas no tienen sentido, pero a partir de un trabajo conectivo que realizamos con Irma otras se inauguran y el sentido aparece. Tomar en cuenta esto posibilitaría una vía de entrada a la historia subjetiva y deseante de la paciente.

Irma nos dice: *“Siento que vengo acá y puedo hablar, que me escuchan, que parece que les importa lo que digo. No tengo ganas de irme porque las cosas que digo las escuchan y siento que creen que son importantes. Yo sé que estoy muy repetida y a veces eso molesta...a mi también”*.

Los distintos elementos que fuimos problematizando nos muestran aspectos complejos de la construcción narrativa y como ésta requiere articular visiones complejas

para entender las dimensiones de recuerdo y olvido. Ambas se mueven en una relación recíprocamente conformadora, dar cuenta de nuestro *si mismo* es acceder a los trazos narrativos que se construyen a partir de lo que queda inscripto y lo que queda ausente.

Cada acontecimiento se inserta en un relato que nos implica y nos constituye en nuestra versión de los hechos, y estos relatos se pueden considerar como segmentos que se pueden ordenar porque se unen de alguna forma a una cadena de segmentos significativos. Cada sujeto está implicado en relatos de forma singular y colectiva, en donde siempre están presentes los otros y en donde se hace necesario estar también presente para otros.

Esto no es ajeno a las personas que atraviesan un proceso de enfermedad tan devastador como las DTA. Nuestro trabajo en consulta requiere habilitar espacios para que el paciente pueda restablecer sus construcciones narrativas, contar-se quien es y de qué forma lo implican sus relatos internos, inaugurar un espacio de tránsito nuevo en donde lo importante no sea verificar el carácter de verdad lógico de su discurso sino habilitar sus sentidos narrativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez-Fernández B. (2005) Criterios diagnósticos y evaluación del paciente con demencia. *Revista Electrónica de Geriatría y Gerontología*. Vol.7, Nº 1, año 2005 Disponible en URL: <http://www.geriatrianet>
- American Psychiatric Association (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales / DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Aulagnier, P. (1994) *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1994b) “Los dos principios del funcionamiento identificador: permanencia y cambio” En: *Cuerpo, historia, interpretación*. Bs. As.: Paidós
- Barquero Jiménez, M; Payno Vargas, M. (2001) Demencias: concepto y clasificación. En: Martínez Lage, J.; Robles Bayón, A (2001) *Alzheimer 2001: teoría y práctica*. Madrid: Aula médica. Cap. 1
- Bauleo A, Alvano S (2004) *Avatares de la Clínica. Un proyecto de complementariedad entre neurociencia y psicoanálisis* 1 ed. Bs. As.: Medicienci.
- Bauleo, A., Monserrat, A. y Suárez, F. (2005) *Psicoanálisis operativo. A propósito de la grupalidad..* Buenos Aires: Atuel.
- Bechara A, Tranel D, Damasio H, Adolphs R, Rockland C, Damasio A (1995) Double dissociation of conditioning and declarative knowledge relative to the amygdala and hippocampus in humans. *Science*. 1995 Aug 25; 269 (5227):1115-8.
- Belsky, J. (1996) *Psicología del envejecimiento*. Barcelona: Masson.
- Berriel, F. (2007) Psicoterapia, vida y devenir. Fragmentos de la lucha entre el cuerpo y el organismo. En Pérez, R. *Cuerpo y subjetividad en la sociedad contemporánea*. Montevideo: Psicolibros (en imprenta al momento de esta publicación).
- _____ (2004) Imagen del cuerpo, modelos y emblemas identificatorios en los adultos mayores montevidianos (comunicación parcial de tesis de maestría). En: Nisisaki, S.; Pérez, R.. (Edit., 2004) *Gerontología en Uruguay. Una construcción hacia la interdisciplina*. Montevideo: Psicolibros/Narciso. 77-98.
- _____ (Comp., 2004b) *Grupos y Sociedad. Intervención psicosocial y discusiones actuales*. Montevideo: Nordan.
- _____ (2003) *Imagen del cuerpo, modelos y emblemas identificatorios en los adultos mayores*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mat. mim.

- _____ (2003b) Aportes para una genealogía del cuerpo en Uruguay (comunicación de resultados de una historia de vida grupal). *VI Jornadas de Psicología Universitaria*. Montevideo: Psicolibros. 211-216.
- _____ (2000) Sobre la psicoterapia con adultos mayores. *V Jornadas de Psicología Universitaria*. Montevideo: Facultad de Psicología. 183-188.
- Berriel, F.; De Los Santos, C. (2004) Lo cyborg: clínica y articulación. *VII Jornadas de Psicología Universitaria*. Montevideo: Fac. de Psicología. 250-254.
- Berriel, F.; Pérez, R. (2006) Imagen del cuerpo y producción de sentidos. Estudio con adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores de la ciudad de Montevideo, Uruguay. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. N° 23. Vol. 6 (3) Agosto de 2006: 65 – 82
- _____ (2005) Imagen del cuerpo en diferentes franjas etarias. En: Universidad de Bs. As., Facultad de Psicología (2005) *Memorias de XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur: Avances, nuevos desarrollos e integración regional*. Bs. As.: Ediciones de la Facultad de Psicología de la UBA.
- Berriel F, Leopold L, Pérez R. (1998) Factores afectivos y vinculares en la enfermedad de Alzheimer *Revista de investigación de Facultad de Psicología, Universidad de la República*. noviembre de 1998; 1 (1): 73 - 82.
- Bleichmar H (1999) Psicoanálisis y neurociencia. *Aperturas Psicoanalíticas*. *Revista de Psicoanálisis* (revista electrónica) abril de 1999 (citado 6 de Julio de 2007) (1) (6 páginas). Disponible en: <http://www.aperturas.org/neurociencias.html>
- Bruchon – Schweitzer, M (1992) *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder. Traducción de L. Medrano. Versión original: (1990) *Une psychologie du corps*. París: Presses Universitaires de France.
- Bruner JS (2003) *La fábrica de historias. Derecho, literatura, vida* 1 ed. Bs. As.: Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Bruner, J.; Gómez, J. C.; Linaza, J. (1991) *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva* 1 ed. Madrid: Alianza.
- Castellón, A. (2003) Tratamiento integral de la enfermedad de Alzheimer. Material en Internet: www.espaciologopedico.com
- Castoriadis, C. (1990). *El mundo fragmentado*. Corrientes: Altamira.
- Catullo Goldfarb D (2004) *Demências. Clínica Psicanalítica*. 1 ed. Sao Paulo: Casa do Psicólogo.

- _____ (1998) *Corpo, tempo e envelhecimento*. 1 ed. Sao Paulo: Casa do Psicólogo.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2000) *Cómo envejecen los uruguayos*. Montevideo: CEPAL
- Conde Sala, JL (2001) *Factores de riesgo y personalidad premórbida en la Enfermedad de Alzheimer*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona, Facultad de Psicología. (citado 6 de setiembre de 2007) (76 p.) Disponible en: http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0403102-095159/TOL5601.pdf
- Charamelo, A (2004) *Centro Diurno para pacientes con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Tesis de Maestría en Gerontología Social. Montevideo – Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Mat. Mim.
- Damasio, A. (1996) *El error de Descartes. La razón de las emociones*. 1. ed. Santiago de Chile: Andrés Bello.
- Deleuze, G. (1987) *Foucault*. Bs. As.: Paidós.
- Deleuze, G.; Guattari, F. (2002 [1980]) *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Pre-Textos.
- Del Cueto, A.M.; Fernández, A.M. (1985) El dispositivo grupal. En Pavlovsky, E. *Lo Grupal 2*. Buenos Aires, Búsqueda.
- Domínguez, JC. (1999) *El cerebro y la mente en una sociedad tecnológica. Esquema de una teoría general del conocimiento* 1 ed. Montevideo: El Galeón.
- Duero, D. (2006) Relato autobiográfico e interpretación: una concepción narrativa de la identidad personal. *Athenea Digital* (9), 131-151. Disponible en URL: <http://www.atheneadigital.com> (Recuperado, julio 2007)
- Eiguer A, Carel A, André-Fustier F, Aubertel F, Ciccone A, Kaës R. (1997) *Lo generacional*. 1 ed. Bs. As: Amorrortu; 1998. Traducción de Mirta Segoviano del original: *Le générationnel. Approche en thérapie familiale psychanalytique*. París: Dunod.
- Fernández - Ballesteros, R (1996) *Psicología del Envejecimiento: crecimiento y declive Lección inaugural del curso académico 1996-1997*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Foucault, M. (1989) *Vigilar y Castigar*. Bs. As.: Siglo XXI.
- _____ (1988) *Un diálogo sobre el poder*. Madrid: Alianza. Tercera Edición

- Franco Martín, M; Criado del Valle, C. (Coordinadores, 2002). *Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer con deterioro leve*. 1 ed. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales [IMSERSO].
- Frechero, A. (2004) Clínica: abordajes colectivos y grupales. En Berriel, F. (Comp., 2004) *Grupos y Sociedad. Intervención psicosocial y discusiones actuales*. Montevideo: Nordan.
- Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Bs. As.: Paidós
- Gallegos M. (2005) Algunas consideraciones epistemológicas sobre las teorías del caos y la complejidad. En: Universidad de Bs. As. *Memorias de XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur: Avances, nuevos desarrollos e integración regional*. Agosto de 2005; 3: 347 – 350.
- Green, A. (2000). *El tiempo Fragmentado*. Bs. As.: Amorrortu
- Grosenick, U. (2002) *Mujeres artistas*. Madrid: Taschen.
- Ibáñez Gracia, T. (1996) *Fluctuaciones conceptuales en torno a la postmodernidad y la psicología*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, Facultad de Humanidades y Educación, Comisión de Estudios de Postgrado.
- Kabanchik, A. (1996) *Factores Psicológicos Asociados a la Aparición de las Demencias Degenerativas Primarias. Tesis Doctoral*. Universidad de Bs. As., Facultad de Medicina, mat. mim.
- Ketzoian, C; Romero, S (1992) Prevalencia de las principales enfermedades neurológicas en una población de Uruguay. *Rev. Méd., Uruguay, 1992; 8: 191-205*.
- Lehr, U. (1988) *Psicología de la Senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Herder. Traducción de A. Guera Miralles, de: (1987) *Psychologie des Alterns*. Heidelberg: Quelle y Meye
- Manito, MS; Funes, HE (1996) Breves actualizaciones sindrómicas sobre demencia. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Alcmeon 16, marzo de 1996 V. 4, N° 4*. Disponible en URL: http://www.alcmeon.com.ar/4/16/a16_04.htm (Citada el 13 de julio de 2007) [7 páginas]
- Martínez Rivera, M.; Menéndez González, M. (2006) Estudio comparativo de la eficacia de los fármacos anticolinesterásicos en la función cognitiva de pacientes con Enfermedad de Alzheimer *Arch Med 2006; 2 (5)*.

- McKhann G.; Drachman D.; Folstein M.; Katzman R.; Price D.; Stadlan EM. (1984) Clinical diagnosis of Alzheimer's disease. Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*. 34: 939-944.
- Mendilaharsu, C. (director, 1981) *Las demencias. Julián de Ajuriaguerra*. T I y II. Montevideo: Delta.
- ONU (2002) Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En *Sesenta y más. N° 2. Agosto de 2002*. Madrid: IMSERSO
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1994). CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación*. Madrid: Meditor.
- Pally, R. (1998) Emotional processing: the mind - body connection. *International Journal of Psycho - Analysis*. 1998 Apr; 79 (Pt 2): 349-62.
- Pérez Martínez, Victor. (2006) Demencias: su enfoque diagnóstico. *Rev Cubana Med Gen Integr*, oct.-dic. 2006, vol.22, no.4 ISSN 0864-2125.
- Pérez Fernández, R (2007) La construcción psicosocial de las imágenes del cuerpo en el proceso de envejecimiento. En: Pérez Fernández, R (Compilador, 2007) *Cuerpo y subjetividad en la sociedad contemporánea*. Montevideo: Psicolibros Universitario (en prensa).
- _____ (2005) Modelo Multidimensional de las Demencias. Mapa de ruta de la intervención. *Revista de Psicogerontología Tiempo* (revista electrónica) noviembre de 2005 (citado el 13 de julio de 2007), (17): (11 páginas). Disponible en: <http://www.psicomundo.com/tiempo/tiempo17/perez.htm>.
- _____ (2004a) El campo de la Psicogerontología en Uruguay. *Revista de Psicogerontología Tiempo* (revista electrónica) octubre de 2004 (citado el 13 de octubre de 2004), (15): Disponible en URL: <http://www.psicomundo.com/tiempo/tiempo15/>
- _____ (2004b) La intervención familiar dentro del dispositivo de abordaje psicológico combinado de las demencias. En: Berriel F (compilador, 2004) *Grupos y sociedad. Intervención psicosocial y discusiones actuales*. Montevideo: Nordan, pp. 41 – 53.
- _____ (2001) *Una propuesta de docencia universitaria en el campo de la Psicología del envejecimiento y vejez. Proyecto y concepción de cargo para el*

llamado a profesor adjunto para el Servicio de Psicología de la Vejez.
Montevideo: Facultad de Psicología, mat. mim., 48 pp.

- Pérez R Berriel F, Charamelo A. (2005) La intervención Psicológica en las demencias.
En: Universidad de Bs. As. *Memorias de XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur: Avances, nuevos desarrollos e integración regional.* Agosto de 2005; 3: 417 – 419
- Pichón Rivière E. (1985) *El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social.* 1 ed. Bs. As.: Nueva Visión.
- Portnoy, L. (1995) Actualización Clínica de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Alcmeon 14, agosto de 1995 V. 4, N° 2.*
Disponible en URL: http://www.alcmeon.com.ar/4/14/a14_03.htm (Recuperado en marzo de 2011) [19 páginas]
- Prigogine, I. (1995) ¿Qué es lo que no sabemos? Conferencia pronunciada en el Forum filosófico de la UNESCO. *A parte rei. Revista de Filosofía (10)* Traducción de María R. Cascón. Disponible en URL: <http://serbal.pntic.mec.es/AparteRei/> (Citada el 17 de agosto de 2007) [4 páginas]
- Rebellato, J. y Ubilla, P. (1999). *Democracia, Ciudadanía y Poder.* Montevideo: Nordan.
- Reisberg B, Kenowsky S, Franssen EH, Auer S, Souren (1999) L.E.M. President's Report: Towards a science of Alzheimer's disease management: A model based upon current knowledge of retrogenesis. *International Psychogeriatrics*; 11, 7-23
- Rodríguez Nebot, J (2004) *Clínica móvil: el socioanálisis y la red.* 1 ed Montevideo: Narciso – Psicolibros.
- Sagan C. (2000) *Cosmos.* 1 ed.. Barcelona: Planeta
- Salvarezza, L. (1988) *Psicogeriatría. Teoría y clínica.* Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez L M (2006) Modelo teórico hipotético de base factual de articulación de factores de comportamiento y déficit sensoriales identificatorios que llevan al encapsulamiento o Alzheimer. *Revista electrónica psiquiatria.com. vol. 10 n° 3-* Sep 2006 (citado el 6 de abril de 2007) Disponible en URL: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/183/24777/>
- _____ (2005) Progressive To Acute Social And Psychosocial Introversion Features And Behaviors Toward Alzheimer's Process: *The Internet Journal of World Health and Societal Politics.* (revista electrónica) (citado 5 de julio de 2007); 2

(1): (18 páginas) Disponible en: URL: <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlPrinter=true&xmlFilePath=journals/ijwh/vol2n1/alzheimer.xml>

_____ (2005b) Alzheimer : aislamiento psicosocial, afrontamiento fallido de pérdidas personales, auto bloqueo perceptivo, anulación del reforzamiento neuronal y desintegración de las funciones cerebrales. *Revista de Psicogerontología Tiempo* (revista electrónica) noviembre de 2005 (citado el 13 de julio de 2007), (17): Disponible en: <http://www.psicomundo.com/tiempo/tiempo17/sanchez.htm>.-

Sawaia, Bader (1999) O sofrimento ético – político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. Em Sawaia, B (org., 2004) *As artimanhas da exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 5ª Edição. Petrópolis: Vozes.

Scherzer, A. (2004) El área 4, la zona común. Aportes a una dimensión transubjetiva de la pareja, los grupos y el grupo familiar. En: Berriel F (compilador, 2004) *Grupos y sociedad. Intervención psicosocial y discusiones actuales*. Montevideo: Nordan, pp. 55 – 68.

_____ (1994) *La Familia. Grupo familiar e instituciones*. Tomos I y II Montevideo: Banda Oriental

_____ (1997). *¿Quién cura a quién? Múltiples abordajes psicoterapéuticos*. Montevideo. CEUP – Multiplicidades

_____ (1987) *Emergentes de una psicología social sumergida*. Montevideo, EBO.

Tárraga L (2001) El enfoque terapéutico integral de los pacientes con demencia. En: Martínez JM, Robles A. *Alzheimer 2001: teoría y práctica*. 1 ed. Madrid: Aula Médica Ediciones, pp. 235 – 244

_____ (2000) El programa de Psicoestimulación Integral, tratamiento complementario para la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. 35 (Supl. 2) : 51- 64

Zarebski G (2005) *El curso de la vida: Diseño para armar. Trabajo psíquico anticipado acerca de la propia vejez. Mecanismos y efectos en el modo de envejecer. Tesis doctoral*. 1ra. Edición, Bs. As.: Universidad Maimónides Científica y Literaria.