Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Terapia Ocupacional Tesis de Terapia Ocupacional

1999

Concepciones de demencia en terapia ocupacion

Florentino, Alfonsina G.

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/933

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata.

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

Licenciatura en Terapia Ocupacional.

Tesis de Grado.

"CONCEPCIONES DE DEMENCIA EN TERAPIA OCUPACIONAL"

Tesistas: - Florentino, Alfonsina, G.

- Fritz, Marcela, A.

Directora de Tesis: - T.O. Soria, Mariana.

Asesora metodológica: Lic. Penzin, Maria Elba.

Mar del Plata.

1999.

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.
Inventario 1544
Signatura top 615.8(043) F586
Vol
Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata

DEDICATORIA:

A nuestros padres:

- Por hacernos libres para elegir cómo pensar...
- Por brindarnos todo para que sea posible nuestro paso por la Universidad...
- Por su inagotable amor, apoyo y esperanza para que esta Tesis sea, hoy, una realidad.

Alfonsina y Marcela.

ÍNDICE

1.PRESENTACIÓN
Introducción..... Pag. 1.
Bibliografía..... Pag. 3.
Problemas y objetivos..... Pag. 4..

2.ESTADO ACTUAL
Estado actual..... Pag.5
Bibliografía..... Pag.17

3.MARCO TEÓRICO
Capitulo 1: Concepción : Historia y Construcción.
Historia del término concepción: Su abarcatividad..... Pag 20.
Concepción de definición y su construcción..... Pag.23
Concepción de Demencia..... Pag.27.
Bibliografía..... Pag.31.

Capitulo 2: Aproximación teórica a la Demencia.
Aproximación teórica a la Demencia..... Pag.34.
Proceso de envejecimiento: Introducción..... Pag.36.
Demencia: una forma de envejecimiento patológico..... Pag.40.
Bibliografía..... Pag.43.

Capitulo 3: Demencia y Terapia Ocupacional
Consideraciones preliminares..... Pag.46.
Demencia: Abordaje terapéutico..... Pag.48.
Bibliografía..... Pag.53.

Capitulo 4: Aspectos metodológicos.
Definición de términos..... Pag.56.
Diseño..... Pag.58.
Operacionalización de la variable..... Pag.60
Recolección y análisis de datos..... Pag.62.
Trabajo de campo..... Pag.64
Análisis e interpretación de los datos: Concepciones de Demencia en Terapia Ocupacional: ¿Teoría o sentido común?..... Pag.66
Bibliografía..... Pag.74

Capitulo 5: Conclusiones.
Conclusiones..... Pag.76.

INTRODUCCIÓN

Nuestro conocimiento acerca de la Demencia y sus posibilidades terapéuticas nace y se alimenta de diferentes vertientes: formación académica, experiencias de práctica clínica, jornadas, congresos, lectura bibliográfica, etc.

El creciente interés en el tema nos condujo a plantearnos una serie de interrogantes con respecto a la vejez, la Demencia y el tratamiento del paciente viejo dementizado. Algunos fueron encontrando respuesta a medida que nos sumergíamos en las palabras de ciertos autores. Otros, en cambio, aún rondan nuestras mentes. Estos interrogantes podrían resumirse quizás, en los siguientes: ¿Cómo posicionarse terapéuticamente ante ese viejo extraviado en sus propios referentes?, ¿Cómo pensarlo?. ¿Cómo ser viviente portador del deterioro o como Sujeto que esgrime la confusión como defensa ante realidades intolerables?.

Fue a partir de la lectura de la tesis "Tratamiento de Terapia Ocupacional en Demencia" que comprobamos la existencia de una notable diferencia entre las modalidades de tratamiento que son instrumentadas con el paciente demente en los geriátricos y psiquiátricos de Mar del Plata.

Esta diferencia es tajante. Las modalidades de tratamiento se encuentran separadas por una brecha que toma la forma de viejo y la enfermedad y de cómo se los concibe.

En sus conclusiones las autoras nos dicen: "En la institución geriátrica partiendo de un enfoque neuropsicológico, las instancias terapéuticas son instrumentadas a partir de la conducta manifiesta del paciente demente, es decir, de aquellos fenómenos que se pueden observar, medir y describir en su comportamiento externo".[1]

En la institución psiquiátrica se "(...) considera al paciente demente desde su estructura de personalidad, su historia y el contexto familiar e institucional."[2]

Aquí, entonces, el tipo de abordaje terapéutico tiene como base la consideración de la Demencia como cuadro psiquiátrico.

Coincidiendo con Graciela Z de Echenbaun, pensábamos, luego de leer esta tesis que, "(...) el que algunos rechacen "meterse" con los viejos y otros lo acepten se sostendría, por supuesto, en determinantes inconscientes, tanto para nos como para otros, relativos a la vejez más allá de condicionamientos socioculturales".[3]

---

[1] ANTÓN; E; NUÑEZ; C; *Tratamiento de Terapia Ocupacional en Demencia. Tesis de Grado U.N.M.d.P; p.99.*

[2] Ibid; *p.98.*

[3] ZAREBSKI de ECHENBAUN, G; *Lectura teórico- cómica de la vejez; Edit, Tekné; Bs.As. 1990;* p.5.

Pero... Si quienes trabajan con viejos dementes lo hacen de manera tan disímiles... ¿En qué se sustenta esta diferencia?

Sabemos que la vejez constituye un tema conflictivo (más aún cuando implica enfermedad) y que, la magnitud del conflicto y las defensas que generen para resolverlo guarda relación íntima con la historia vital de cada uno. De esta manera, a través de las distintas vivencias, experiencias y fantasías se iría plasmando un entramado de ideas y afectos con respecto a la vejez y al modo de "(...) comportarse frente a ella. En la mayoría de los casos esta ideología (...) permanece inconsciente para nosotros, y sólo es posible detectarla, por el ojo entrenado, a través de los aspectos conscientes de la misma, es decir, observando la conducta cotidiana y reiterada que se utiliza en el trato directo con las personas viejas"[4]

Continúa diciendo Salvarezza: "Desde mi trabajo institucional he podido observar la enorme importancia que esto tiene, tanto en el tratamiento que se dispensa a los viejos desde el punto de vista profesional, como la forma teórica de pensar sobre ellos y su problema".[5]

Coincidiendo con este autor, consideramos que aquella concepción que el T.O. haya elaborado y construido acerca de la Demencia, se pone en juego día a día en su ámbito de trabajo, al aproximarse al paciente dementizado y al elaborar las estrategias terapéuticas para abordarlo.

Nos preguntamos entonces:

¿Cuál es la concepción de Demencia de los Terapistas Ocupacionales que abordan terapéuticamente al paciente demente institucionalizado?

Así, con este trabajo de investigación pretendemos explorar y conocer dichas concepciones, con el deseo último de contribuir a que cada uno de nosotros, profesionales y futuros profesionales de la Salud, comprendamos que el ejercicio de la profesión debe llevarse a cabo sobre la base de una autoevaluación constante que permita indagar en nuestro interior el por qué de nuestras acciones y de nuestras elecciones...

Responder con franqueza acerca de aquello que genera nuestra particular modalidad de trabajo nos hará mejores profesionales, de lo cual son los pacientes los que primero habrán de beneficiarse.

---

[4] SALVAREZZA, L; *"Psicogeriatria: Teoría y Clínica"; Edit Piadós; Buenos Aires; 1991;p.16.*

[5] Ibíd; *pp 16-17.*

BIBLIOGRAFÍA:

- **ANTÓN, EVANGELINA; NUÑEZ, CLAUDIA**; *"Tratamiento de Terapia Ocupacional en Demencia"*; Tesis de Grado; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; U.N.M.d.P; 1986.

- **SALVAREZZA, LEOPOLDO**, *"Psicogeriatría: Teoría y Clínica"*; Editorial Paidós; Buenos Aires, 1991.

- **SALVAREZZA, LEOPOLDO**; *"Carta abierta a todos los médicos que trabajan con viejos"*; --En: Revista Medicina de la Tercera Edad; Buenos Aires; [s.f.]

- **ZAREBSKI DE ECHENBAUM, GRACIELA**; *"Lectura Teórico –cómica de la vejez"*; Edit.Tekné; Buenos Aires, 1990.

- **ZAREBSKI DE ECHENBAUM, GRACIELA**; *"Las representaciones de la vejez"*; Trabajo presentado en las jornadas: Las representaciones de la vejez [s.e.]; Facultad de Ciencias e la Salud y Servicio Social; U.N.M.d.P; junio 1996.

PROBLEMA:

- *¿Cuál es la concepción de Demencia de los Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional que abordan terapéuticamente al paciente Demente institucionalizado en geriátricos y psiquiátricos de la ciudad de Mar del Plata?.*

OBJETIVO GENERAL:

- Explorar las concepciones de Demencia de los Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional que abordan terapéuticamente al paciente demente institucionalizado.
- Caracterizar dichas concepciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir los conocimientos teóricos de los T.O y Lic. en T.O en relación a la Demencia y su abordaje terapéutico.
- Describir las valoraciones personales de los T.O y Lic. en T.O en relación a la Demencia y su abordaje terapéutico.
- Establecer posibles tendencias en relación a la forma de concebir la Demencia por parte de los T.O y los Lic. en T.O.

ESTADO ACTUAL

El Presente capítulo está destinado a presentar los resultados de la búsqueda bibliográfica con relación al tema que nos ocupa desde la perspectiva específica de la Terapia Ocupacional.

En primer término haremos referencia a publicaciones circunscriptas a la ciudad de Mar del Plata.

Citaremos, entonces, a la T.O. Martijena, que desde su obra "Ecología Humana" (1995) nos aporta los siguientes contenidos en relación a la Tercera Edad: "El afecto y la comprensión son los pilares sobre los que se deben de fundamentar las acciones de todo programa".[1]

"El Modelo de Ocupación Humana específica las áreas apropiadas para la atención terapéutica ocupacional, identificando los déficit funcionales que se observan (...) El modelo de Claudia Allen es aplicado por Noemí Katz en pacientes de edad avanzada con o sin trastornos cerebrovasculares, enfocando la resolución de problemas por descubrimientos y evocación de procesos mentales.

La rehabilitación cognitiva estimula las habilidades en las áreas de orientación en el tiempo y en el espacio, percepciones de objetos–animales, en diferentes planos, organización visuomotora y operaciones del pensamiento".[2]

Por otra parte la Lic. en T.O. Miranda, expone en su obra "La Ocupación en la Vejez..." (1996) distintos contenidos referidos a la vejez. Tomaremos aquellos que resultan más relevantes en función de nuestra investigación.

"Sería importante definir ¿Cuál es la imagen que se tiene de la vejez?, ¿Desde qué perspectiva filosófica, social, o antropológica, abordaremos al adulto mayor?, ¿Cuáles son los paradigmas contenidos en nuestra epistemología?.

Por supuesto las respuestas que se puedan obtener serán personales y responderán a las ideas y premisas básicas desarrolladas por cada profesional".[3]

Luego de desarrollar los aspectos fundamentales de las conocidas teorías del apego y del desapego, refiere que "dentro de estas perspectivas se puede observar una tendencia a identificarse con algunos de estos modelos en la práctica profesional. Debido probablemente al medio terapéutico que nos caracteriza, la actividad u ocupación, se observa una inclinación a reconocer los aspectos concernientes a la teoría de la actividad, como característica óptima del proceso de envejecimiento.

---

1 MARTIJENA, N *Ecología Humana: ¿Utopía o Realidad? ;Impresión Gráfica Centauro, Mar del Plata; 1995; p.332.*

2 Ibip; *p.333*

3 MIRANDA, C; "*La ocupación en la vejez: Una visión gerontología desde Terapia Ocupacional"; imprenta Relieve; Mar del Plata; 1996; p.13.*

Esta situación se observa en general en distintos ámbitos y áreas de trabajo, (...) pero especialmente en instituciones de internación permanente, donde frecuentemente se demanda del T.O., la atención de todos los integrantes del hogar para que participen "masivamente" de los talleres de actividades (...).

¿Quién podría afirmar que es más sano y adecuado una actitud de intervención activa e interacción con el medio reflejada en la asistencia regular a las actividades planteadas por T.O., sin entrar en un juicio de valor acerca de las formas óptimas del envejecimiento?"[4]

Por otra parte, el abordaje terapéutico que propone se basa en la estimulación cognitiva, tanto a modo grupal como individual. "Para desarrollar esta propuesta se implementan conceptos del modelo de ocupación humana, principios de neuropsicología, así como lineamientos del enfoque terapéutico de rehabilitación cognitiva, planteados por Sara Averbuch y Noemí Katz".[5]

Los objetivos planteados para el abordaje terapéutico son los siguientes:

"***General:***

- ✓ Estimular y mantener las funciones cognitivas.

Específico:

- ✓ Favorecer la estimulación de las funciones cognitivas remanentes y potenciales.
- ✓ Facilitar estrategias alternativas de adaptación para disfunciones superiores.
- ✓ Modificar el medio ambiente para facilitar las funciones cognitivas.
- ✓ Mejorar la función ocupacional y el desempeño de roles.
- ✓ Favorecer las relaciones interpersonales y la interacción.
- ✓ Brindar asesoramiento y material de ayuda a la familia y cuidadores.
- ✓ Brindar asesoramiento y material guía a mucamas y asistentes geriátricas".[6]

Con respecto a las tesis de grado de la Carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional, destacaremos los siguientes aportes:

-En la tesis "Importancia del Tratamiento de T.O. en pacientes con síndrome de Demencia para el mantenimiento de su independencia y calidad de vida"(1994). La Demencia se define siguiendo lo expuesto en el DSM-R III, de manera que es considerada un "Síndrome clínico de curso progresivo caracterizado por una pérdida global y adquirida de las habilidades intelectuales y de la memoria, de intensidad suficiente como para interferir en las actividades de la vida diaria, laboral y familiar del ser humano".[7]

---

[4] Ibid; *pp.13-14-15.*

[5] Ibid; *p.221.*

[6] Ibid; *pp 221-222.*

[7] ARCHILLA, M.E; LAGUARDE, M. L; *"Importancia del tratamiento de T.O. en pacientes con Síndrome de Demencia para mantenimiento de su independencia y calidad de vida"; Tesis de Grado; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; U.N.M.d.P; 1994.*

Partiendo de esta definición y postulando como síntoma capital el deterioro de la memoria, el tratamiento del paciente demente tiende a la estimulación de los procesos psicológicos superiores y a la estimulación de praxias y hábitos de A.V.D y es definido como el "Conjunto de acciones proyectadas, planificadas y ejecutadas, tendientes a retardar el deterioro de las funciones psicológicas-físicas y sociales del paciente, con el fin de mantener su autonomía personal y la comunicación con su familia"[8] Entendiendo que retardar es "mantener la autonomía del paciente por un tiempo más prolongado, teniendo en cuenta que esta patología evoluciona hacia la incapacidad total del individuo y finalmente a la muerte".[9]

En cuanto a la progresión del tratamiento las autoras nos dicen: "pasa por las etapas más primitivas del desarrollo, hasta alcanzar el pensamiento lógico abstracto. Comienza con actividades que estimulan la sensopercepción, incorporando orientación espacial y temporal, hasta la ejecución de actividades más complejas, propias del pensamiento adulto.

Debido a las características de la patología esta progresión del tratamiento se repite ciclicamente".[10]

Por otro lado, consideran que "la realidad del paciente demente, exige por parte del coordinador mayor atención y un seguimiento más personalizado, requiriendo facilitación en las respuestas; una simple mirada, una frase afectiva, o el solo acercarse a él, puede disminuir su caudal de angustia, ayudándolo a mantener su contacto con la realidad".[11]

Guiadas en su investigación por el objetivo de observar la existencia de una relación entre el tratamiento de T.O. y el mantenimiento de las I.A.V.D, en pacientes con diagnostico de Probable Demencia, utilizan para la recolección de datos la escala RDRS-II de manera que los pacientes en tratamiento, una vez evaluados, pueden ser caracterizados como:

- Independiente;
- Semidependiente;
- Dependiente o dependencia extrema.

Las autoras concluyen que observan "relación entre el tratamiento de T.O. y el mantenimiento de las I.A.V.D en los pacientes con diagnostico de Probable Demencia".[12]

En la Tesis "Tratamiento de Terapia Ocupacional en Demencia"(1996) las autoras se plantean como problema de investigación, cuáles son los tipos de tratamiento instrumentados con pacientes dementes institucionalizados en la ciudad de Mar del Plata. Tal estudio surge de las diferentes experiencias de práctica clínica, donde pudieron observar "... distintas concepciones y posiciones

---

[8] *Ibíd; p20.*

[9] Ibíd; *p20.*

[10] Ibíd; *p17.*

[11] Ibíd; *p16.*

[12] Ibíd; *p32.*

en relación con el sujeto anciano, el anciano enfermo de Demencia y las posibilidades de tratamiento en la práctica institucional".[13]

Entienden la Demencia, como un "... proceso psicopatológico de instalación progresiva que se configura frecuentemente en la vejez y se manifiesta a través de síntomas neurológicos y psiquiátricos, predominando unos u otros. Este cuadro clínico de origen multicausal está en íntima relación con la estructura de personalidad del sujeto viejo, su historia vital y el contexto familiar, social e institucional del cual emerge y en el cual se instala".[14]

En base a esta definición, consideran el tratamiento del paciente demente desde T.O. "como un proceso terapéutico a instrumentar a partir de entrevistas y evaluaciones que permitan una aproximación diagnóstica, en conjunto con el equipo interdisciplinario. Desde tal instancia se propone una estrategia terapéutica que determina los criterios y modos de intervención teniendo en cuenta las particularidades individuales (edad, sexo, factores biológicos, psicológicos y sociales) del envejecimiento y creando las condiciones para generar cambios acordes a las necesidades y expectativas, promoviendo en base a éstos, proyectos vitales".[15]

En sus conclusiones las autoras afirman que: "La Terapia Ocupacional con el paciente demente institucionalizado queda caracterizada actualmente por la existencia de dos formas de comprender y abordar una misma problemática, nos referimos al enfoque neuropsicológico y al enfoque psicosocial que manifiestan los T.O. de instituciones geriátricas y psiquiátricas respectivamente".[16]

Habiendo hallado significativas variaciones entre el contexto institucional, las instancias terapéuticas instrumentadas y el lugar del paciente, se plantean una serie de interrogantes, de los cuales uno de ellos se constituyó como punto de partida de las reflexiones que nos condujeron, finalmente, a plantear nuestro trabajo de investigación: "¿Cuáles son los factores que inciden en la elección por parte de los T.O. de la modalidad "estimulación cognitiva y/o corporal" en la institución geriátrica y la modalidad "interacción paciente-T.O.-entorno" en la institución psiquiátrica?"[17]

En la Tesis "Niveles de alteración de la memoria evaluados por el RBMT"(1997), las autoras remitiéndose a C.Trombly, entienden al envejecimiento como un "proceso natural e inevitable, que conlleva a una perdida progresiva e irreversible de las capacidades de adaptabilidad del organismo a su medio ambiente, como

---

[13] ANTÓN, E; NUÑEZ, C, *"Tratamiento de Terapia Ocupacional en Demencia"; Tesis de Grado; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; U.N.M.d.P; 1996.3*

[14] Ibid; *p.55.*

[15] Ibid; *p.47.*

[16] Ibid; *p.99.*

[17] Ibid; *p.100.*

consecuencia de las modificaciones morfológicas, fisiológicas y bioquímicas acontecidas en ésta etapa de la vida".[18]

Así mismo, destacan que las características fenomenológicas que se observan con más frecuencia en las personas que envejecen, son los siguientes:

"-una declinación progresiva de la así llamada inteligencia fluida (que es la que permite resolver problemas nuevos), en contraposición a una cierta estabilidad de la inteligencia cristalizada (que implica respuestas adecuadas a situaciones ya varias veces resueltas).

-una disminución en la retención de nueva información, independiente del grado de interés afectivo, pudiendo facilitarse su borramiento con estímulos interferentes durante los segundos inmediatos a su recepción".[19]

Consideran que existe una gran cantidad de personas con alteraciones de las funciones superiores a causa de diferentes cuadros demenciales.

Desde esta perspectiva, postulan que la intervención en una población añosa desde T.O. "... está fundamentada en mantener y/o mejorar la máxima independencia funcional que va a posibilitar la permanencia en sus hogares, insertos en la comunidad, activos, contribuyendo a mejorar la calidad de vida. Enfocar al hombre desde esta óptica es el permanente desafío de la rehabilitación, su meta es el hallazgo y consecuente descripción y elaboración de una estrategia efectiva que puede ser usada por los pacientes en su vida cotidiana, orientados a aliviar sus problemas, más que a lograr restaurar la función perdida".[20]

El recurso a instrumentar estaría dado por la estimulación cognoscitiva. Y la evaluación debe estar basada en pruebas relacionadas con la vida cotidiana característica que presenta el RBMT.

---

[18] ALBANI, L; RAMOS, R; *"Niveles de alteración de la memoria evaluados por el R.B.M.T"; Tesis de Grado, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; 1997; p.18*

[19] Ibid; *p.20.*

[20] Ibid; *p.6.*

PUBLICACIONES A NIVEL NACIONAL

Fuera del ámbito de la ciudad de Mar del Plata, haremos referencia a las publicaciones de COLTOP (1988) y COLTO (1995), debido a la representatividad que adquieren las mismas a nivel nacional.

En el capítulo destinado al área Gerontopsiquiátrica, las T.O Llimos de Zito y W. De Righetti, (COLTOP 1988) comienzan a desarrollar las características del envejecimiento normal y patológico para arribar, por último, a los aspectos terapéuticos a tener en cuenta. Al enumerar las características del envejecimiento normal, citan la "... sensibilidad decrecida, mayor torpeza en las respuestas, modificaciones neurológicas y psicológicas, pérdida de la libido, disminución de la talla. (...), regresión de los caracteres sexuales secundarios".[21]

En cuanto al aspecto psicológico del anciano que ha enfermado, consideran que su personalidad "... se ha tornado frágil por la deteriorización de sus funciones físicas y psíquicas, sensible a las agresiones somáticas y que busca como en las otras edades, mantener un equilibrio siempre precario con su ambiente.

Sus rasgos de carácter son: egocentrismo, evitación del cambio, refugio en el pasado, apegamiento excesivo a los bienes, reducción de sus intereses, con marcado déficits en la memoria de evocación de un relato reciente, a los que se le suman los de cualquier otro anciano, como ser: infantilismo, intolerancia a la espera, tosudez, rasgos de la personalidad muy acentuados, por ejemplo si era autoritario, en la vejez lo es más aún, si era avaro, en la vejez esta característica se acrecienta".[22]

Teniendo en cuenta estas características del paciente, y con respecto al tratamiento, plantean que en la elección de una actividad a implementar, se debe tener en cuenta que estas deben cumplir con ciertas condiciones: "poca exigencia intelectual y/o manual, estructurada, con poco margen de error, (...) de rápida realización por el bajo nivel de frustración, (...) que sean individuales (por el egocentrismo)".[23]

Como objetivo del tratamiento desde T.O, consideran primordial "la sublimación del instinto de vida".[24]

En sus conclusiones expresan: "Terapia Ocupacional tiene una amplia tarea que cumplir por todos los ancianos. El anciano necesita querer a alguien y demostrarlo y ser querido y saberlo; por ello la relación paciente-T.O. juega un rol esencial en el tratamiento del anciano, que ve en la T.O a la hija, nieta o amiga que no tenía hasta que la encontró en ese momento, o que teniéndola no la sentía como tal.

---

[21] Ibid; *p.6.*

[22] Ibid; *p.p 136-137.*

[23] Ibid; *p.p.137.*

[24] Ibid; *p.139.*

Es decir, el anciano como cualquier otro ser humano del universo lo que necesita fundamentalmente es amor y sentirse útil a la sociedad a la cual pertenece".[25]

En COLTO (1991), la T.O Risiga, para introducirse a la temática específica del tratamiento del paciente demente aborda en primera instancia la problemática del T.O cuando su quehacer profesional transcurre en el marco de las instituciones geriátricas que funcionan, básicamente, con un criterio empresarial. "Generalmente el establecimiento no cuenta con equipo interdisciplinario ni con personal capacitado en la atención de estas patologías que, por su sintomatología y su irreversibilidad movilizan las propias fantasías de deterioro y muerte. El T.O suele ser el único profesional (...) que permanece varias horas semanales en la institución, siendo el receptor de las ansiedades que se producen en el vínculo cotidiano paciente-paciente, paciente-personal, pero sin poder dar respuesta a tan gran caudal de demandas.

El anciano dementizado es considerado un residente-problema y relegado desde la propia impotencia institucional, a un lugar de molestia e inutilidad.

Los boicot a la tarea con estos ancianos son múltiples y están siempre basados en la idea de que es inútil lo que se haga por ellos. Al cabo de un tiempo resulta dificultoso mantener la continuidad de un tratamiento dentro de un sistema que no permite cambios y ha perdido de vista la razón para la que fue creado: para dar cuidado y asistencia a nuestros viejos".[26]

Con respecto al tratamiento, Risiga nos dice: "Sabemos que él vínculo es el primer elemento indispensable de la relación profesional-paciente, (...) un vínculo basado en la confianza y seguridad, que pueda contenerlo frente a la angustia que aparece ante las dificultades que le plantea la tarea".[27]

Luego, la instancia de evaluación cobra gran importancia, ya que aporta datos en relación a la realidad actual del paciente constituyéndose "... como punto de partida para el planeamiento de objetivos a lograr".[28]

Con el vínculo establecido, y la evaluación realizada es posible comenzar a pensar en el tratamiento.

"Con estas patologías es conveniente siempre planificar el plan de tratamiento y fijar objetivos claros y precisos; el no hacerlo ocasiona desorden sin sentido, una desorganización que se corresponde con el cuadro demencial al que me estoy refiriendo, y puede ser consecuencia de frustraciones que determinen un paulatino desinterés por estos pacientes y un mayor acercamiento a pacientes más sanos y activos, con menores dificultades y más independientes, capaces de lograr un objeto terminado y estéticamente bello".[29]

---

[25] Ibid; *p.140.*

[26] RISIGA, M; *"La T.O en el tratamiento de Demencias"; –En": T.O El camino del hacer"; COLTO; Buenos Aires; 1991; p.130.*

[27] Ibid; *p.132.*

[28] Ibid; *p.132.*

[29] Ibid; *p.131.*

El peligro constante es anticiparse, efectuar hipótesis que en realidad corresponderían a intensas vivencias internas. "Ni el rol profesional, ni la experiencia nos dan el lugar del saber, o en todo caso, el lugar del saber está dado por la posibilidad de hacernos preguntas, cuestionarnos, analizarnos".[30]

Con el objetivo de preservar las posibilidades del paciente para mantener la conexión con el medio, Risiga propone como recurso, la realización de actividades que sean simples, grupales, sin recargo de estímulos, cortas, que estimulen memoria, sensopercepción y nociones de espacio. El valor de la actividad residiría en que "... lo inherente a cada acción que le ofrezcamos al anciano dementizado, colaborará en el reordenamiento del sin sentido, de la organización. ¿Por qué? Porque para hacer es necesario proyectar, planificar y ejecutar las acciones necesarias hasta llegar al logro de un objeto terminado; y es aquí, en el hacer, donde el paciente dementizado encuentra mayores dificultades"[31]

Por otra parte, un trabajo publicado por la COLTO (1995), las T.O Esteve y Risiga plantean, que la mayoría de las T.O "... no considera el trabajo en gerontología como algo importante a nivel profesional sino que acceden a él generalmente, debido a una necesidad económica y como alternativa frente a la falta de ofertas y bajas remuneraciones en otros ámbitos, lo cual lleva a los profesionales que se dedican a esta área a preocuparse poco por buscar información acerca de las posibilidades terapéuticas del vinculo con la persona mayor, el tipo de actividades que pueden implementar de acuerdo a cada caso particular, el manejo del rol, etc.

El "no saber" acerca de los viejos no se refiere solo a los elementos teóricos sino también a la vivencia personal a la que nos enfrenta el anciano...

Muerte, deterioro, pérdidas, aislamiento, cuerpo envejecido, dependencia, fantasmas que se esconden dentro de la palabra vejez y que nos muestran indefectiblemente y cotidianamente cómo es el camino que en algún momento transitaremos todos".[32]

En otra de sus publicaciones, la T.O Risiga considera que la multiestimulación permite comprender la subjetividad del paciente añoso "... e intenta, desde lo objetivo establecer puentes entre lo biológico cerebral y lo psíquico (Kleiner).

Tiene la particularidad de ser de gran utilidad tanto para ser implementada a nivel preventivo con envejecidos normales, como para el tratamiento de pacientes con diferentes niveles de deterioro, depresiones, etc."[33]

---

[30] *ibid; p.131.*

[31] Ibid, *p. 132.*

[32] ESTEVE, M.I; RISIGA, M; *"Vejez: el espejo de los miedos"; –En: "Terapia Ocupacional: Actualizaciones en Teoría y Clínica"; COLTO 3; Buenos Aires; 1995; pp.11-12.*

[33] RISIGA, m; *"La estimulación en la atención del anciano"; –En": Terapia Ocupacional: Actualizaciones en teoría y Clinica"; COLTO 3; Buenos Aires; 1995; p.17*

Puntualiza que existen tres variables en interrelación permanente dentro del quehacer terapéutico, ellas son: entorno-paciente-T.O. En relación a esta última señala que "... entra en juego con su particular ideología y saber, y su propia historia relacional con la vejez".[34]

La multiestimulación, basada en principios neurobiológicos y neurofisiológicos "... trabaja, esencialmente, desde lo sensoperceptivo".[35] Considera que los estímulos son imprescindibles en la vejez ya que "por la deprivación sensorial que en mayor o menor medida acompaña a esta etapa evolutiva, limitando su vida física y psíquica, los estímulos internos se ven empobrecidos.

La estimulación estimula los sentidos y las funciones que comienzan a declinar, pone al paciente en actividad física, psíquica y emocional a través de la variación y multiplicidad en la percepción sensorial".[36]

Y finalmente, en relación al vínculo que se establece con el paciente expresa "que no se trata de un afecto indiscriminado, sino que éste debe ser un vínculo operativo para el paciente, que le brinde continencia y seguridad, que permita el enriquecimiento, el aprendizaje de nuevas formas de comunicación y relación con los otros y con el tiempo y espacio propios, que le permita mantener su independencia y conservar su identidad".[37]

En la última publicación de COLTOA (1997), la T.O Risiga reflexiona acerca de la memoria, el olvido y el envejecimiento, resaltando sus posibilidades terapéuticas. Al respecto nos dice: "En el interjuego permanente con el entorno, son las funciones cognitivas las que nos permiten utilizar experiencias pasadas como referentes para nuevas adquisiciones, organizar el quehacer cotidiano y proyectar nuestras actividades, anticipando y evaluando sus consecuencias".[38]

La memoria y el olvido, jugarían un equilibrio permanente en el transcurso de la vida, adquiriendo en la vejez una "... connotación negativa y muchas veces prejuiciosa".[39]

"¿Envejecer significa recorrer un irremediable camino donde el tiempo se transforma en tiempo vacío de esta mismidad que resguardan los recuerdos?(...) Hasta hace poco tiempo los estudios daban importancia a un proceso gradual e irreversible de la función mnemónica.

---

[34] Ibíd; *p.19*

[35] Ibíd; *p.20.*

[36] Ibíd; *p.20*

[37] Ibíd; p.24.

[38] RISIGA, M; *"Memoria y envejecimiento: posibilidades de la estimulación cognitiva". ;–En: "Terapia Ocupacional. Avances". COLTOA; Grupo Editor; Bs.As. ; 1997; p.81.*

[39] Ibíd, *p.81.*

[40] Ibíd; *p.82.*

[41] Ibíd; *p.85.*

Es a partir de los 90 que las investigaciones comienzan a dar cuenta que este proceso de alteración cognitiva normal puede ser revertido con la colaboración de los interesados (salvo en caso de soporte biológico como es el caso de la enfermedad de Alzheimer)".[40]

"Siguiendo el esquema de las escuelas francesas de Israel y Rotrou, los programas de activación cerebral o Talleres de Memoria, intentan ofrecer a aquellos que presentan olvidos benignos o deterioros leves, ejercicios destinados a estimular y entrenar las funciones cognitivas".[41]

"Pero cuando hablamos de deterioros más profundos, necesitamos implementar otras estrategias, adaptado los ejercicios, tomando conceptos de la Multiestimulación, centrando los esfuerzos en buscar, rescatar y entrenar aquellas funciones que aún permanecen conservadas en el anciano.

Los talleres de Memoria implementados con los ancianos dementizados exigen del coordinador la habilidad de pesquisar el punto de articulación entre la actividad propuesta y la posibilidad de respuesta del paciente. (...) En este poder hacer el paciente dementizado no sólo recupera lo potencial que subsiste en él, sino también fragmentos de su historia: piezas deshilachadas de un rompecabezas complejo que a veces encajan, se unen en un todo que toma lugar, ocupa espacio y lo devuelve como sujeto en su contexto: si el paciente tiene tela, si el terapeuta esta atento y disponible, y si el entorno lo facilita".[42]

PUBLICACIONES A NIVEL MUNDIAL

Por ser una de las publicaciones más reconocidas históricamente por las Terapistas Ocupacionales a nivel mundial, incluimos aquí algunos conceptos vertidos en "Terapia Ocupacional", de Willard/Spackman. En el capítulo destinado a los desarrollos de T.O en Geriatría se resalta la importancia de determinados aspectos de las relaciones terapéuticas con el anciano, planteándose que éstas "están comprometidas por ideas sociales como sesgos etarios, patrones de ayuda relacionados con la edad por deficiencias sensoriales. Las estrategias para superar las barreras intrínsecas a la terapia son sensibilización al contexto cultural del terapeuta y el cliente, técnicas modificadas de comunicación para compensar la deficiencia visual y auditiva y la promoción activa de los grupos o asociaciones de asistencia entre el terapeuta y el anciano."[43]

Se destaca que, cuando el punto de vista del terapeuta se asienta sobre la base de actitudes prejuiciosas negativas (...) puede conducir a presunciones erróneas sobre la necesidad de limitar las metas y los enfoques terapéuticos (...)

---

[42] Ibid; p.87.

[43] RISTEEN HASSELKUS, B; *"Discapacidad Funcional en ancianos"; --En": Terapia Ocupacional"; Willard/Spackman; 8va edición; Editorial Médica Panamericana; España; 1998; p.745.*

El prejuicio por edad es un fenómeno penetrante, que exige que indaguemos en nosotros mismos para aclarar nuestras propias actitudes y luchar por cambiar las que dirigen inapropiadamente nuestro ejercicio terapéutico".[44]

En otros de sus capítulos, y haciendo referencia al ejercicio profesional en Gerontopsiquiatría se considera que "el terapeuta ocupacional debe estar preparado para tratar una serie de casos compuesta principalmente por pacientes con demencia o depresión.

Los pacientes con demencia presentan problemas para el desempeño de tareas atribuibles a los déficits de destrezas. Debido a las deficiencias cognitivas, ya no saben como hacer las tareas. Tienen dificultad para iniciar las tareas en el momento apropiado, para ubicar los objetos necesarios para [realizarlas], para secuenciar los pasos [implicados], para prestar atención a una tarea y para ejecutar las acciones necesarias. La pérdida de memoria, el déficit de atención, la apraxia y la perseveración sirven para interrumpir el desempeño de las tareas. Las complicaciones del comportamiento, divagación, agitación, agresión, griterío, paranoia y delirios pueden deprimir más la función. (...)

Los terapeutas ocupacionales que trabajan en Gerontopsiquiatría deben estar preparados para evaluar y tratar las disfunciones del desempeño de tareas causadas por deficiencias físicas y por deterioros cognitivos y afectivos"[45]

En cuanto a lo relacionado con la evaluación y el tratamiento en Gerontopsiquiatría, desde T.O. señala lo siguiente: "Una evaluación de Terapia Ocupacional emprendida para planificar la intervención va más allá de lo necesario para describir un estado funcional. Además de determinar el nivel de independencia para el desempeño de tareas, el terapeuta ocupacional también debe determinar el potencial del paciente para mejorar o recuperar el estado funcional y el medio por el cual se puede lograr este cambio".[46]

El tratamiento debe centrarse en el desempeño de tareas; éste comprende "la conducción hábil de tareas de movilidad, los cuidados personales, manejo del hogar, recreo y trabajo (...). La intervención de Terapia Ocupacional destaca el entrenamiento en las destrezas y el mantenimiento de la movilidad, los cuidados personales y las tareas recreativas: se incluyen las tareas de manejo del hogar y de trabajo si son apropiadas. Las destrezas se mantienen mediante la práctica de los hábitos de la vida independiente. Las deficiencias en los componentes del desempeño de tareas se identifican y tratan dentro del contexto del entrenamiento en destrezas y hábitos".[47]

---

[44] Ibid; p. 743.

[45] ROGER, J.A; *"Gerontopsiquiatría"; –En: "Terapia Ocupacional"; Willard/Spackman; 8va edición; Editorial Medica Panamericana; España; 1998; P. 755.*

[46] Ibid; *p.757.*

[47] Ibid; *p.756.*

A modo de conclusión podemos decir que los aportes efectuados en el marco de nuestra disciplina, en relación a la Demencia, desarrollan, en su gran mayoría, aquellos aspectos relacionados con la teoría y la clínica de dicha patología. No hallándose publicaciones que aborden específicamente esta temática desde la visión de aquel que ocupa el rol de terapeuta.

BIBLIOGRAFÍA:

- **ALBANI, L.; RAMOS, R.;** *"Niveles de alteración de la memoria evaluados por el R.B.M.T"; Tesis de Grado; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; U.N.M.d.P.; 1997.*
- **ANTON, E.; NUÑEZ, C;** *"Tratamiento de Terapia Ocupacional en Demencia"; Tesis de Grado; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; U.N.M.d.P; 1996.*
- **ARCHILLA, M. E.; LAGUARDE, M.L.;** *"Importancia del tratamiento de Terapia Ocupacional en pacientes con síndrome de Demencia para mantenimiento de su independencia y calidad de vida"; Tesis de Grado; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; U.N.M.d.P; 1995.*
- **MARTIJENA, N.;** *"Ecología Humana: ¿Utopía o Realidad? ; Impresión Gráfica Centauro; Mar del Plata; 1995.*
- **MIRANDA, C.;** *"La ocupación en la vejez. Una visión Gerontología desde Terapia Ocupacional"; Imprenta Relieve; Mar del Plata; 1996.*
- *"T.O Actualizaciones en Teoría y Clínica"; COLTO 3; Buenos Aires; 1995.*
- *"T.O Avances";* ***COLTOA*** *Grupo Editor; Buenos Aires; 1997.*
- *"T.O El camino del hacer";* ***COLTO****; Buenos Aires; 1991.*
- *"T.O. en Salud Mental";* ***COLTOP****; Buenos Aires; 1988.*
- **HOPKINS, HELEN; SMITH, HELEN; WILLARD/SPACKMAN;** *"Terapia Ocupacional"; 8º Edic. ; Editorial Médica Panamericana; España; 1998.*

MARCO TEÓRICO.

CAPITULO 1

CONCEPCIÓN: HISTORIA Y CONSTRUCCIÓN.

- ***Historia del término Concepción:***
  Su abarcatividad.
- ***Concepción: definición y su construcción.***
- ***Concepción de Demencia.***
- ***Bibliografía.***

HISTORIA DEL TÉRMINO CONCEPCIÓN: SU ABARCATIVIDAD.

Antes de exponer qué entendemos por Concepción, y más específicamente por Concepción de Demencia, variable de nuestra investigación, destinaremos este capítulo a la tarea de sintetizar los significados que a este término se le han atribuido, a lo largo del tiempo en el marco de diferentes investigaciones.

La búsqueda en las bibliotecas de esta ciudad nos permitió realizar un recorrido histórico en relación al uso del término Concepción, en distintos momentos, investigaciones y teorías.

Etimológicamente el término Concepción deriva del latín "conceptio; onis: y significa acción y efecto de concebir".[1] y concebir deriva del latín "concipere: y significa: formar idea".[2]

Hasta la década del 40, la "concepción" era entendida en términos de proceso cognitivo, siendo abordada como objeto de estudio en sí mismo.

Así, desde la perspectiva de la Filosofía Antigua, se la considera como una operación del pensamiento "por la cual se forman conceptos, es decir, ideas que pueden no tener realidad objetiva y que son artificialmente creadas por un trabajo propio del pensamiento".[3]

Por otra parte, desde la Psicología, se intenta distinguir la concepción de la intelección, en relación a la primera se considera que su resultado es "una imagen o semejanza del objeto conocido".[4]

A partir de 1941, en el contexto de diferentes investigaciones antropológicas, el término concepción ya no aparece en forma aislada, sino que surge como aquella forma particular de entender algún fenómeno u objeto. De esta manera, desde la Antropología Cultural se encuentran trabajos de investigación centrados en el conocimiento de la "Concepción del mundo" de determinadas comunidades y grupos.

Tal expresión, acuñada por un grupo de investigaciones de la Universidad de Chicago, dirigido por Robert Redfield, se refiere a la visión que un Hombre en una sociedad determinada tiene de sí en relación con todo aquello que lo rodea. Este concepto, que haría hincapié en un yo que se confronta con el universo "... acentúa el aspecto cognitivo de las ideas, creencias y actitudes".[5]

---

[1] COROMINAS, J. *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana; edición ; Editorial Credos: Madrid; 1976; p. 164.*

[2] Ibíd.; p.164.

[3] *Diccionario Enciclopédico Hispano-Americano de Literatura, Ciencias, Arte, etc; Ferris Printing Company Impresoras; New York; USA, Tomo V; p.663.*

[4] *Enciclopedia Universal Ilustrada Europea-Americana; Espasa-Cálpe, S.A; Madrid; Tomo XIV; p.914.*

[5] *Enciclopedia Internacional de las ciencias sociales. Editorial Aguilar; Madrid; 1974; Vol. II; p.690.*

Sin embargo, tal concepción "... no puede disociarse de sus aspectos normativos y afectivos".[6]

Según Redfield, un mismo objeto puede ser concebido de diferentes formas; tal variación estaría dada por la actitud del hombre respecto a su relación con lo confrontando.

Posteriormente a las investigaciones efectuadas por este grupo de antropólogos, el uso del término concepción comienza a generalizarse en el sentido otorgado Redfield, es decir, ligado a un determinado objeto.

Luego de analizar las diversas definiciones de "concepción de..."(un determinado objeto) tomamos los contenidos centrales que consideramos fundamentales para clarificar el uso que le daremos en esta investigación, donde el objeto de la concepción es la Demencia.

Así, en diferentes ámbitos, el término es definido como: visión coherente, intuitiva y racional, interpretación que una persona o grupo efectúa de un objeto, desde la perspectiva de un sistema de valores determinado. De ella derivan las actitudes y formas de conducta del individuo o grupo. Otra de las definiciones la considera como: expresión y resultado de la tendencia, innata en el hombre, hacia una interpretación global de un objeto o de la realidad.

Otro de los autores consultados nos dice que la concepción no es meramente saber, sino que se manifiesta en valoraciones y en la jerarquía de los valores, pero en una forma de expresión distinta. Estas ideas, este saber que la concepción implica, son tanto objetivas como subjetivas.

Dentro del área de la Sociología, se utiliza frecuentemente el término "imagen", que, en relación al hombre o a la sociedad, designa un conjunto articulado de elementos cognoscitivos y valorativos, manifestados en distintos niveles de conciencia.

Esta expresión es utilizada, a veces, para referir las características salientes que aparecen atribuidas por un sociólogo, una corriente de la Sociología o una investigación en un ámbito más limitado, a un determinado objeto de estudio, de manera más o menos explícita. Esta imagen que el investigador, conscientemente o no, lleva a su trabajo, afecta el diseño, las operaciones inductivas y deductivas que se realizan sobre los datos y las conclusiones de su investigación.

"Este concepto es más genérico e indeterminado que teoría o modelo (del hombre) tal como las que formulan las teorías de la personalidad, pero más específico que paradigma".[7]

Puede concluirse que este concepto, que desde la Sociología se denomina "imagen",adquiere significativa similitud con el término "concepción", en cuanto a:

---

[6] *Ibid; p.690.*

[7] GALLINO,L: *.Diccionario de sociología; Siglo veintiuno editores; Madrid; España; 1985; p.514.*

1. Que en su :configuración intervienen componentes cognoscitivos y valorativos, manifestados en distintos niveles de conciencia.

2. Que esta imagen o concepción puede pertenecer tanto a un grupo social, a una corriente ideológica (teórica, política, social), a una investigación o a un individuo en particular.

3. Que es la base que orienta los juicios, las prácticas, las acciones sociales y la conducta privada de quien o quienes la poseen.

Nutriéndonos de la variada bibliografía consultada, hemos podido constatar el uso reiterado del término concepción en distintos ámbitos y disciplinas, como así también que el sentido que se le otorga al mismo se relaciona con el posicionamiento particular de un individuo, grupo social, corriente teórica, con respecto a un determinado objeto o fenómeno. En este posicionamiento particular, intervienen aspectos cognitivos y valorativos que implican diferentes grados de conciencia y que operan orientando la conducta del individuo o grupo en relación a ese objeto.

Estos son los aportes de los cuales partimos para elaborar la definición de concepción de Demencia.

CONCEPCIÓN : DEFINICIÓN Y SU CONSTRUCCIÓN.

Introducirnos en el significado del término Concepción implica referirnos, de alguna manera, a cómo un Sujeto interpreta la realidad. Es en este sentido que debemos plantearnos de qué Sujeto estamos hablando.

Desde un punto de vista psicológico nos referimos al Sujeto de los procesos psíquicos, constituido a partir del interjuego de lo biológico y lo social.

Procesos psíquicos que se presentan como "fenómenos específicos cuya existencia permite definir al sujeto como sujeto cognoscente, "sujeto de la representación", de la "significación", de la "acción".[1]

Una determinada organización biológica, en la que se da un complejo funcionamiento bio-físico-químico es una de las condiciones de posibilidad de lo psíquico. En esa organización biológica, en tanto condición de posibilidad de lo psíquico, adquieren una importancia fundamental el funcionamiento del sistema nervioso y una determinada organización genética con su nivel de educabilidad. Cualquier alteración en esta organización biológica conlleva una alteración en el funcionamiento de lo psíquico.

Otra condición de la posibilidad de lo psíquico, en relación dialéctica con la anterior está dada por el sistema de relaciones sociales. Son éstas las que regulan las relaciones del hombre con la Naturaleza y con el resto de los hombres, organizando la experiencia de los sujetos y determinando la constitución de lo subjetivo.

En este contexto, el orden social constituye la condición de posibilidad de vida para el sujeto y el fundamento del orden simbólico-representacional, transformándose en cada sujeto en contenido psíquico.

Una dimensión intrasujeto emerge a partir de la internalización de aquella trama vincular externa configurando un estilo particular de interpretación de la realidad.

Es decir, lo psíquico deviene del interjuego de dos materialidades: la organización biológica y las relaciones sociales. Detenernos sólo en una de ellas sería un reduccionismo.

La dimensión intrasujeto tiene una historicidad y se constituye a partir de las primeras experiencias con lo real que, operando en el aquí y ahora de una nueva relación, determina formas de aproximación al otro, "la lectura de la realidad siempre se hará desde una trayectoria vincular que determina formas de interpretar esa realidad".[2]

Es decir, el ser humano no puede pensarse excluido de su condición de ser histórico. Su interpretación de un objeto, estará influenciada por sus expectativas,

---

[1] QUIROGA, ANA; *"Proceso de constitución del mundo interno."; Ediciones Cinco, Buenos Aires; 4ª Edición, 1985; p.18.*

[2] Ibid; *p.17.*

valores, normas culturales, creencias y prejuicios modo de pensar y sentir, que van construyéndose a lo largo de la historia.

Esto nos remite a la concepción psicoanálitica de Objeto, a partir de la cuál este puede ser entendido de acuerdo a lo expuesto por J. R. Paz, desde un análisis bipolar, en función de:

a) El objeto , como aquello que se ofrece al sujeto , independientemente de él; es decir el objeto-objetivo, el objeto "tal cual es".

b) El objeto como aquello que es recreado en y por el sujeto: el objeto-subjetivo, el objeto "para el sujeto".

Mas allá del significado real y concreto del objeto, existen aquellas significaciones que el sujeto le atribuye a partir de la condición de ser histórico de la que habláramos. "De tal manera, los seres humanos responden al significado que dan a las situaciones, y en cuanto se asigna una significación, la conducta consecuente y algunas consecuencias de esta conducta están determinada por este significado".[3] La manera en que el sujeto concibe al objeto, orienta e influye el comportamiento de aquel en relación a éste.

El sujeto podrá dar cuenta o no de su comportamiento ante un objeto, pero sabemos que en todos los casos encontraremos una respuesta en su modo de concebirlo.

Por otra parte, podrá el sujeto ser consciente de algunas significaciones que atribuye a un objeto, mientras que otras permanecerán en el plano de lo inconsciente. Sólo la predisposición a un proceso de revisión hará posible un dar cuenta del porqué del propio comportamiento ante un objeto, y de los conceptos y juicios en él implicados.

Todo proceso de conocimiento, comprensión e interpretación de un objeto, es de alguien, preexistiendo en éste "...unos factores estructurantes del pensamiento, una realidad mental fundante o constituyente, un trasfondo u horizonte previo..."[4] en los cuales aquel proceso se inserta, adquiriendo un sentido. "Si ese marco referencial falta, la observación no es tal, el dato no es dato y el hecho no es nada. Son realidades neutras o plenamente ambiguas."[5]

La aproximación a un objeto de la realidad no puede pensarse sin la existencia de aspectos objetivos y subjetivos que, en función de su permanente interacción, posibilitan la elaboración por parte del sujeto de una determinada concepción en relación a tal objeto. Un modo particular en que el sujeto comprende al objeto y que viene a insertarse "... en un esquema o marco referencial que le da sentido, lo cual no supone un obstáculo (...) sino que es una mediación necesaria".[6]

---

[3] BLEGER, JOSÉ; *"Psicología de la conducta"; editorial Piados; Buenos Aires; 10 *reimpresión; 1991; p.49.*

[4] MARTÍNEZ MÍGUELES, MIGUEL; *"La investigación cualitativa etnográfica en educación manual teórico- práctico."; Edit. Trillas; México; reimp. 1997; p.94.*

[5] Ibid; *p.94*

[6] Ibid; *p.94.*

Toda concepción es una construcción que pertenece a un sujeto, es decir, lo es de algo y de alguien, por lo tanto "... no es el duplicado de lo real, ni el duplicado de lo ideal, ni la parte subjetiva del objeto, ni la parte objetiva del sujeto. Sino que constituye el proceso por el cual se establece su relación".[7]

Desde este punto de vista, construcción alude a la consideración del hombre como ser vivo que activamente interpreta la realidad que lo contiene y de la que forma parte. Construcción deviene entonces en un permanente proceso de recreación y significación de aquello que ante el Sujeto emerge como real, proceso que encuentra su génesis en la subjetividad de un Sujeto que objetiva la realidad, los hechos y los objetos que la componen.

Definimos entonces, la concepción como: la construcción de un Sujeto en relación a un objeto, configurada en la intersección de su objetividad y su subjetividad. La objetividad y la subjetividad del Sujeto en relación a la concepción de un objeto, pueden ser diferenciadas solo arbitrariamente ya que, en realidad, ambos aspectos operan en forma conjunta.

Este interjuego entre ambos aspectos permite que la concepción emerja como totalidad dinámica en constante crecimiento.

En este marco, los aspectos mas objetivos de la concepción son aquellos por los cuales el sujeto comprende a un objeto "tomando los hechos como se presentan, tratando de reducir, hasta donde sea posible, el sesgo de las propias opiniones o prejuicios".[8]

Los aspectos más subjetivos son aquellos por los cuales el sujeto comprende al objeto a partir de sus juicios valorativos, involucrando su modo particular de vivenciar la relación establecida con el objeto.

Los aspectos más objetivos y los más subjetivos de una concepción, pueden ser relacionados con lo planteado por Pichón Riviére acerca de lo racional e irracional del vínculo establecido con un objeto, cualidades a las que considera "... como grados de esclarecimiento o grados de conocimiento de la naturaleza del vínculo."[9]

Entendiendo por vínculo al modo particular en que un Sujeto se aproxima e interactúa con un objeto, creando así una estructura de relación dinámica. Mientras que relación de objeto queda definida como la estructura interna del vínculo.

Lo racional de un vínculo, siempre ligado a lo irracional, implica un conocimiento consciente de la relación objetal establecida mientras que, lo irracional, está dado por el grado de latencia o inconsciencia del vínculo interno que el Sujeto ha establecido con el objeto. Es este aspecto el que opera sobre la conducta del individuo: cuanto más inconscientes las representaciones que el sujeto ha

---

[7] *MOSCOVICI, SERGE; "Psicología social"; Vol II; Edit. Piadós; Bs. As; 1984; p.475.*

[8] BLEGER, JOSÉ; *Op. Cit.; Pág.188.*

[9] PICHÓN-RIVIERE, ENRIQUE;*"Teoría del vínculo."; Ediciones Nueva Visión; Bs. As; 5ta edición, 1985; Pág. 58.*

elaborado del objeto, más operatividad poseen estas sobre su comportamiento y menos posibilidades tiene aquél de administrar conscientemente la relación establecida.

El sujeto, entonces, reacciona de una manera particular frente a un objeto, "... en la medida en que ese objeto (...) tiene una significación particular para él".[10]

Sólo es posible la comprensión de la conducta del sujeto a partir de un proceso de análisis que conlleve la transformación dialéctica de lo irracional en racional.

[10] Ibíd. ; *p.59.*

CONCEPCIÓN DE DEMENCIA.

Toda práctica profesional sucede en la conjunción de una serie de elementos de carácter objetivo y subjetivo, que permiten una determinada comprensión, explicación e interpretación de un objeto. Existe en cada terapeuta una manera particular de elaborar y articular dichos aspectos. Podemos pensar entonces, que cada una de las prácticas efectuadas en relación al paciente demente, implican y responden a esta construcción particular, la concepción, que el terapeuta haya elaborado en torno a la Demencia.

Las concepciones de Demencia han ido modificándose con el transcurso del tiempo. Cada una de ellas ha sujetado al viejo demente a una determinada práctica profesional; recíprocamente, podríamos decir que estas prácticas, desde lo terapéutico, han ido reflejando a aquellas concepciones que las sustentaban.

Dichas concepciones, a su vez, encuentran su raíz y respaldo en experiencias personales, supuestos y conceptos acerca de la salud y la enfermedad, la vejez, el envejecimiento normal y patológico... Conscientemente o no, estos elementos constituyen los pilares que dan sostén a una concepción de Demencia.

Retomando lo expuesto en este capítulo, postulamos que la forma particular de concepción de un profesional en relación a la Demencia, se constituye en un punto de intersección de aspectos objetivos y subjetivos.

Los primeros derivan del conocimiento racional acerca de la patología, tal como es, lo más distante posible de la imagen que de la misma posee, o de los efectos que le produce. Tales aspectos, a los que podríamos denominar teóricos, derivan del proceso de formación profesional de un individuo a lo largo de lo cual adquiere un saber de carácter científico. Éstos permiten que el mismo inicie un proceso de atribución de significaciones a la Demencia como objeto, en un orden racional. Sin embargo una concepción de Demencia no se nutre sólo de conocimientos teóricos, ya que el conjunto de significados atribuidos "... no está determinado por la claridad de la percepción, la exactitud de las inferencias, por los elementos o los hechos de información; si no que depende, en gran parte, de compromisos anteriores con un sistema conceptual, una ideología, una ontología y un punto de vista".[1]

En la concepción de Demencia, desempeñan un papel importante los valores y creencias del terapeuta, todo aquello que la demencia en él provoca, más allá de una lógica racional. Hablar de los aspectos subjetivos de la concepción no implica hablar de una subjetividad que obstaculiza la comprensión de la Demencia. Sin estos aspectos, su quehacer profesional, desarticulado de su historia vital, fracasará. "Lo que queremos conocer tiene que ser profundamente conmovedor para nosotros, y la estructura teórica que le daremos emanará de nuestras pasiones y obsesiones, pese a todo. La pasión intelectual busca placer,

---

[1] MOSCOVICI, SERGE; *"Psicología Social."; vol. II; Ediciones Piadós; Bs. As; 1984; p.692.*

y el intenso e inequívoco éxtasis emocional que acompaña al descubrimiento es la coronación de todo un proceso, coronación buscada consciente o inconscientemente. La teoría de la que partimos, o aquella en la que inscribiremos nuestros hallazgos estará fuertemente contaminada por nuestras preferencias y racionalizaciones, pues hemos llegado a ella desde un centro dinamógeno de necesidades internas".[2]

La posibilidad de reflexionar sobre estos aspectos subjetivos, de carácter motivante y a menudo inconsciente, adquiere singular importancia. Muchos de estos aspectos, en cuanto a sus contenidos, derivan de nuestra experiencia social.

Todos conocemos que el destino más frecuente que la sociedad impone a sus viejos es el rechazo, el abandono y la marginación; y que la concepción de vejez que sustenta y orienta este accionar social, nace en el miedo y en los prejuicios.

La posibilidad de hacer consciente aquellos estigmas sociales en relación al viejo y la Demencia requiere un trabajo elaborativo, un proceso de transformación dialéctica, donde lo irracional se vuelve racional. Su ausencia podría conducir al terapeuta a la repetición de conductas arraigadas en el seno de nuestra sociedad.

Si en la elección del marco teórico que fundamenta la praxis prevalecen estos aspectos más irracionales, subjetivos, del vínculo con el objeto de conocimiento, será inevitable que la teoría opere como obstáculo y reafirme el prejuicio del terapeuta. "Las teorías hacen obstáculo (...) cuando operan como baluartes imaginarios que nos llevan a adherir a respuestas sin interrogar sus razones, a aferrarse a fórmulas y repetirlas sin pensar sus fundamentos".[3]

De tal manera, quedando espacios cerrados para ciertos interrogantes, se produce un recorte del material y la teoría sirve como defensa frente a estos puntos ciegos e irracionales de la relación con el objeto. A partir de ahí, la práctica profesional es ajustada a la teoría y aquellos prejuicios y estigmas sociales que permanecen en el orden de lo irracional, en el plano de lo inconsciente, son consolidados en la práctica.

La imposibilidad de hacer un análisis crítico de nuestros juicios valorativos en relación a la Demencia, nos conducirá inevitablemente a la utilización de prejuicios.

Coincidiendo con Bleger, pensamos que la máxima objetividad se logra al "... ajustar la relación entre lo objetivo y subjetivo en un proceso de interacción dialéctica, repetir en forma abierta, cientos y cientos de veces el contacto con el objeto de estudio. (...). No se puede llegar a un conocimiento objetivo de los

---

[2] VILANOVA, ALBERTO; *"Un enfoque de la Psicología Contemporánea."; Ficha interna de la Cátedra: Escuelas y Teorías Contemporáneas I; Escuela Superior de Psicología; U.N.M.d.P; (s.f)*

[3] ZAREBSKY DE ECHENBAUN, GRACIELA; *"Cuando la teoría reafirma el prejuicio. (Obstáculos teóricos y técnicos en la clínica con viejos)"; --En: Revista Actualidad Psicológica; Año XXIII; N*252; Bs.As; Abril 1998; p.21.*

fenómenos sin incluir los componentes subjetivos que intervienen en el proceso del conocimiento. No se debe confundir la existencia objetiva, material de los fenómenos, que existen aunque no se los observe, con el conocimiento de dichos fenómenos, que sólo puede lograrse con la intervención de un sujeto que observa y conoce".[4]

¿Qué entendemos, entonces, por Concepción de Demencia en el marco de esta investigación? Consideramos que es una construcción de carácter individual elaborada por el terapeuta, a partir de la intersección de aspectos objetivos y subjetivos en relación a la Demencia. Estos aspectos operan en forma conjunta, constituyendo así una totalidad dialéctica. A partir de este interjuego surgirá la forma en que un terapeuta comprenda, interprete y explique la Demencia. Su elección de los métodos, técnicas y acciones terapéuticas destinadas al abordaje del paciente demente, serán consecuencia de su modo particular de concebir la patología.

El carácter individual de esta concepción, deriva del hecho de que en su conformación existen, junto a otros, elementos de índole personal propios de la experiencia social e individual del terapeuta como sujeto único e irrepetible.

La concepción de Demencia, como construcción, podrá ser reelaborada en forma constante a partir de la revisión de las significaciones atribuidas a la Demencia como objeto. Será susceptible de ser modificada y reconstruida en función de:

- ✓ La adquisición y ampliación de conocimientos teóricos.
- ✓ La implementación de dichos conocimientos en situación clínica.
- ✓ La capacidad del terapeuta para comprender lo que en él generan la patología y el paciente demente.
- ✓ La capacidad para dar cuenta de la relación existente entre el marco teórico elegido y el conjunto de valoraciones y creencias depositadas en el paciente.

Detrás de cada comportamiento, de cada situación terapéutica, detrás de cada elección donde un sujeto-terapeuta y un objeto-paciente demente se vinculan, debemos suponer la existencia de una construcción que orienta y determina cada una de estas conductas, dotándolas de sentido, Esta construcción subyacente es la concepción de Demencia que el terapeuta ha elaborado...

Una serie de interrogantes nos surgen al pensar cómo se han construido y de qué elementos se han nutrido las concepciones de Demencia que sustentan hoy la práctica profesional con esta patología, dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional. Más allá de condicionamientos sociales y de elementos históricos personales, cada uno de nosotros ¿Qué piensa en la intimidad de un encuentro terapéutico con un viejo demente?...

---

[4] BLEGER, JOSÉ: " *Psicología de la conducta.*": *Edit. Piadós; Bs. As; 10*reimpresión; 1991; p.190.*

Autorrevisar(se) los conceptos y valoraciones implicados en las acciones terapéuticas es una responsabilidad que atañe sólo al terapeuta. Es éste el que debe plantearse qué hace, cómo y porqué.

Preguntarnos cuál es nuestro posicionamiento ante la Demencia, ante un viejo, un viejo demente, es el interrogante que inicia esta tarea de autoanálisis que adquiere mayor importancia en el caso de estos pacientes, pues éstos no demandan el tratamiento ni pueden, en muchas ocasiones, manifestar con palabras su angustia y su padecer.

Preguntarnos de dónde partimos para implementar una estrategia terapéutica es constituyente de nuestra identidad como profesionales y el primer paso a dar para no excluir al viejo demente de la condición de sujeto.

BIBLIOGRAFÍA:

- **ABBAGNANO, NICOLA;** Diccionario de Filosofía; Fondo de Cultura Económica; México; 1963.
- **ANDER-EGG, EZEQUIEL;** Diccionario del Trabajo Social; Edit. Lumen; Bs. As. 1991.
- **BLEGER, JOSÉ;** *"Psicología de la conducta"*; 10* reimpresión; Edit. Piados; Bs. As; 1991.
- **COROMINAS, J;** Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana; Tercera Ed. ; Edit. Gredos; Madrid; 1976.
- **COROMINAS, J;** Diccionario crítico Etimológico de la Lengua Castellana; Vol. L; Edit. Gredos, S.A.; Madrid.
- Diccionario Enciclopédico Hispano-Americano de la Literatura, Ciencias, Arte, etc.; Tomo V; Ferris Printing Company Impresoras; N.York; Estados Unidos.
- Diccionario de Sociología; Fairchild, Henry Editor; Fondo de Cultura Económica, México; Buenos Aires; 1960.
- Diccionario de Psicología; Warren, Howard Editor; Fondo de Cultura Económica; México; Buenos Aires; 1960.
- Enciclopedia concisa Sopena; Edit. Ramón Sopena, S.A.; Barcelona; 1974.
- Enciclopedia internacional de las Ciencias Sociales; Vol. II; Edit. Aguilar; Madrid; 1974.
- Enciclopedia universal ilustrada Europeo-Americana; Tomo XIV; Espasa Calpe, S.A.; Madrid.
- **FERRATER MORA, JOSÉ;** Diccionario de Filosofía: abreviado; 21º Edi. ; Editorial Sudamericana; Bs.As.1997.
- **GALLINO, LUCIANO;** Diccionario de Sociología; Siglo XXI Editores; Madrid; 1995.
- **JASPERS, KARL;** *"Psicología de las concepciones del mundo."*; Edit. Gredos; Madrid; 1967; Biblioteca hispánica de Filosofía.

- **LORES ARNAIZ, MARIA DEL ROSARIO;** *"Hacia una epistemología de las Ciencias Humanas."*; Edit. Belgrano; Buenos Aires; 1981.
- **MALVAREZ, SILVINA;** *"Algunas reflexiones en torno de los paradigmas de investigación en Salud."*; Trabajo presentado en el seminario de investigación en Salud del Curso de Formación de Formadores de la Maestría en Salud Materno Infantil; Córdoba; 1995; Edición revisada en 1996.
- **MARTÍNEZ, MÍGUELES, MIGUEL;** *"La investigación cualitativa etnográfica en educación: manual teórico-práctico."*; Edit. Trillas; México; reimpresión 1997.
- **MOSCOVICI, SERGE;** *"Psicología Social."*; Vol.II; Edit. Piadós; Buenos Aires; 1984.
- **PAZ, JOSÉ, R;** *"Psicopatología: Sus fundamentos dinámicos"*; ediciones Nueva Visión; Buenos Aires; 1984.
- **PICHÓN-RIVIERE, ENRIQUE;** *"Teoría del Vínculo."* 5º edición; Ediciones Nueva Visión; Buenos Aires: 1985.
- **QUIROGA, ANA;** *"Proceso de Constitución del Mundo Interno."*; 4º Edición; Ediciones Cinco; Buenos Aires; 1985.
- **SALVAREZZA, LEOPOLDO** (compilador); *"El fantasma de la Vejez."*; Edit. Tekné; Buenos Aires; 1995.
- **THEODORSON, G. A;** Diccionario de Sociología; Vol.II; Edit. Piados; Buenos Aires;. 1978.
- **VILANOVA, ALBERTO;** *"Un enfoque de la Psicología Contemporánea."*; Ficha interna de la Cátedra Escuelas y Teorías contemporáneas I; Escuela Superior de Psicología; UNMdP. ;[s.f.
- **ZAREBSKI DE ECHENBAUM, GRACIELA;** *"Cuando la teória reafirma el prejuicio. (Obstáculos teóricos y técnicos en la Clínica con Viejos)"*; --En: Revista Actualidad Psicología; Año XXIII; Nº 252; Buenos Aires; Abril 1998.

CAPITULO 2

APROXIMACIÓN TEÓRICA A LA DEMENCIA.

- Aproximación teórica a la Demencia.
- Proceso de envejecimiento: Introducción.
- Proceso de envejecimiento normal.
- Demencia: Una forma de envejecimiento patológico.
- Bibliografía.

Llegar a viejo

Si se llevasen el miedo
Y nos dejasen lo bailado
Para enfrentar el presente...
Si se llegase entrenado
Y con ánimos suficientes...

Y después de darlo todo
-en justa correspondencia-
todo estuviese pagado
y el carne de jubilado
abriese todas las puertas...

Quizás llegar a viejo
Sería mas llevadero,
Mas confortable,
Mas duradero

Si el ayer no se olvidara tan aprisa...
Si tuviesen mas cuidado en donde pisan...

Si se viviese entre amigos
Que al menos de vez en cuando
Pasasen una pelota...
Si el cansancio y la derrota
No supiesen tan amargo...

Si se fuesen poniendo luces
En el camino, a medida
Que el corazón se acobarda...
Y los Ángeles de la guarda
Diesen señales de vida...

Quizás llegar a viejo
Sería mas razonable,
Más apacible,
Más transitable.

Si la veterania fuese un grado;
Si no se llegase huérfano a ese trago

Si tuviese mas ventajas
Y menos inconvenientes...
Si el alma se apasionase,
El cuerpo se alborotase
Y las piernas respondiesen...

Y del pedazo de cielo
Reservado para cuando
Toca entregar el equipo,
Repartiesen anticipos
A los mas necesitados...

Quizás llegar a viejo
Sería todo un progreso,
Un buen remate,
Un final con beso.

En lugar de arrinconarlos en la historia
Convertidos en fantasmas con memoria.
Si no estuviese tan oscuro
A la vuelta de la esquina...
O simplemente si todos
Entendiésemos que todos
Llevamos un viejo encima.

JOAN MANUEL SERRAT.

APROXIMACIÓN TEÓRICA A LA DEMENCIA

Como entidad nosológica, la Demencia puede ser concebida de diferentes formas.

Quien intente una aproximación teórico-clínica a la misma, lo hará resaltando aquellos factores que considere fundamentales y determinantes para su comprensión y explicación, revelando en ese posicionamiento la perspectiva desde la cual enfoca al hombre.

Durante mucho tiempo, la presencia de un cuadro demencial, remitía a un camino sin retorno. Palabras tales como "irreversible", "derrumbe total", "muerte psíquica", no sólo eran consideradas como centrales y explicativas de la Demencia, sino que además estigmatizaban al Sujeto, privándolo de cualquier posibilidad terapéutica.

En la actualidad, afortunadamente, las consideraciones en relación a la Demencia y sus perspectivas terapéuticas son más alentadoras.

La tendencia que en nuestros días adquiere mayor protagonismo, es aquella que considera los elementos anátomo-patológicos como fundamentales para la comprensión y explicación de dicha patología. Las lesiones corticales o subcorticales que dañan el cerebro, definen la etiología orgánica y ponen de manifiesto a los aspectos deficitarios y centrales del cuadro.

Basándose en recientes estudios que demuestran ciertas posibilidad de regeneración de las células nerviosas y reorganización de sistemas neuronales, las perspectivas terapéuticas giran entorno de la llamada "activación cerebral" o "multiestimulación".

Podríamos decir que esta tendencia revela una comprensión del hombre desde su dimensión biológica, fundamentalmente.

Decíamos, al iniciar este capítulo que la Demencia puede concebirse de diversas formas y que cada una de estas formas irá destacando los aspectos fundamentales desde los cuales comprender al hombre y su enfermedad. Los desarrollos teóricos que exponemos en esta investigación no son ajenos a este suceder.

A partir de una mirada centrada en aquello que se mantiene o tal vez se modifica, pero que sobrevive a las sucesivas, inevitables e irreparables pérdidas, es que intentaremos comprender la Demencia. No podemos ver solo el deterioro pues si el cuadro demencial encierra una irreversibilidad que no puede ser negada, menos aún puede negarse que ese deterioro sucede en un Sujeto. Coincidimos con Iacub y Jaskilevich cuando plantean que "el peso de lo orgánico marca a estos sujetos, restándole espacio al discurso psicológico y social de los mismos. La pregnancia de la etiología orgánica produce una desuposición de su

subjetividad, objetivándolos en el discurso médico, no cabiendo una pregunta acerca de lo que lo real biológico produce en el aparato psíquico".[1]

Así, más allá de lo orgánico nos permitimos pensar en otra dimensión: la esencia del ser humano. La dimensión psíquica se nos presenta como alternativa posible para comprender una patología que no ocurre sólo en la materialidad de lo biológico, ni viene a instalarse en un cuerpo vacío de espiritualidad... Acaso la Demencia ¿ no es la enfermedad de un sujeto inmerso en un contexto familiar social en el que ha escrito las páginas de su historia?.

Es esta dimensión psíquica del sujeto la que nos permite dar cuenta de aquello que no se alcanza a explicar desde lo biológico y social; ...la subjetividad como instituida a través de, y como instituyente de, lo cultural y lo somático. (...) no desconocemos – no deberíamos, por lo menos, desconocer- el papel que juega lo socio-cultural y lo biológico en el devenir del sujeto, ni el papel recíproco de lo subjetivo en su destino social y sus avatares somáticos".[2]

Sin refutar los aportes de la Psiquiatría clásica y actual y de la Neuropsicología, no podemos conformarnos sólo con factores de índole orgánica para la comprensión de la Demencia; creemos que debe ser comprendida como un producto resultante de la dialéctica incesante que se da entre el sujeto y su particular manera de ser y estar en el mundo, su organismo, su proceso de envejecimiento, y la trama vincular familiar y social de lo cual emerge.

Intentando contextualizar la Demencia como proceso psicopatológico propio de la vejez, comenzaremos con un desarrollo de los conceptos que consideramos claves para comprender el envejecimiento normal y patológico.

---

[1] IACUB, R.; JASKILEVICH, J.; *"Demencias : una mirada psicoanalítica."; --En: "El fantasma de la vejez"; Editorial Tekné; Buenos Aires; 1995; p.122.*

[2] ZARESKI DE ECHEMBAUM, GRACIELA; *"Cuando la teoría reafirma el prejuicio (obstáculos teóricos y técnicos en la clínica con viejos)"; --En: Revista de Actualidad Psicológica; Año XXIII; Nº 252;Buenos Aires; Abril 1998; p.22.*

INTRODUCCIÓN AL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.

Cada etapa de la vida lleva implícita ciertas características que le son propias y que la hacen diferente a las restantes; cada etapa requiere del individuo la capacidad de adaptación a los cambios que la vida le impone, apelando a los mecanismos que ha ido adquiriendo sin que las diversas situaciones conflictivas lo lleven a una desorganización tal que no pueda reestructurarse. De esta manera, a través del transcurso de la infancia, pubertad, adolescencia, y adultez, se logra la consolidación y afianzamiento de la personalidad.

Creemos que el punto clave de posicionamiento ante la vejez, radica en considerarla como una etapa evolutiva más y en concebir, por supuesto, al ser humano, como mucho más que un conjunto de facultades mentales o un grupo de órganos funcionando sincronizadamente, pensándolo sí como una fuente inagotable de nuevas posibilidades.

La vejez, última etapa de la vida, determina el inexorable paso hacia la muerte... Desde nuestra perspectiva pretendemos resaltar que, contrapuesta con la muerte la vejez es vida...

Pero intentar el abordaje de un tema tan vasto como la vejez no es tarea fácil, esta tarea es complicada y porque no, también conflictiva.

La complejidad deriva de la diversidad de criterios existentes y de la multiplicidad de factores que intrincadamente en el proceso de envejecimiento se van dando. Pero... ¿Por qué conflictiva?. Porque aún desde el refugio que la teorización ofrece, pensar la vejez nos confronta con las imágenes de nuestros padres y con la propia vejez; y no sólo eso: representa el espejo del paso del tiempo cuyo reflejo inevitable es la Muerte. Aunque logremos olvidarla, la muerte está siempre presente, y es la vejez donde su cercanía comienza a vislumbrarse irremediablemente.

Al hacer una revisión bibliográfica acerca de la vejez es fácil notar que publicaciones, textos, artículos comienzan con un extenso inventario de todo aquello que con la edad se pierde o debilita , quizás porque socialmente el "ser viejo" equivale a ser débil, inútil o improductivo y posiblemente también porque el abordaje de la vejez se simplifica sobremanera cuando se parte del par de opuestos juventud / vejez.

Si bien en la vejez ciertas pérdidas son reales, es cierto que la vida va ofreciendo otras formas de enriquecimiento y desarrollo y la oportunidad de reorganizarse sin que la jubilación, la muerte de seres queridos y los cambios corporales representen obligadamente un mensaje fúnebre que conduzca a una actitud contemplativa de la vida, a una espera pasiva de la muerte. Surge precisamente en este punto un interrogante: ¿De qué manera puede uno lograr un buen envejecer? Y aquí no es en vano traer a la memoria la frase de Ajuriaguerra: "Se envejece como se ha vivido".

"M.Yela sostiene que la vida del hombre tiene un doble aunque interconexo decurso temporal: el predominantemente biológico, semejante al de los otros animales, según el cual el ser vivo nace, crece se reproduce y muere; y el predominantemente biográfico, exclusivo del hombre en el que el ser humano proyecta en cada presente su futuro apoyado en el sentido que a su pasado confiere y según el cual siempre puede estar abierto a nuevas posibilidades. Biológicamente, la vejez es declive, biográficamente puede ser culminación".[1]

La realidad nos dice que existen tantas formas de envejecimiento como individuos hay, porque el envejecimiento, entendemos, es individual

Coincidimos aquí con Leopoldo Salvarezza: "Cada viejo es el producto de sus series complementarias."[2]

PROCESO DE ENVEJECIMIENTO NORMAL

Comenzaremos ahora a pensar el envejecimiento como un proceso a través del cual el sujeto ingresa a la vejez, última etapa evolutiva en el devenir existencial humano.

Siguiendo a Salvarezza, podríamos ubicar temporalmente este proceso en el período comprendido entre los 45 y 65 años, período al cual este autor denomina "mediana edad"

Dice el autor: "El sujeto que empieza a envejecer se ve enfrentado a una serie de cambios que se producen en las tres áreas de conducta. Estos se desarrollan en el tiempo, como parte de un proceso, y no siempre en forma simultánea, pudiéndose dar lo se denomina envejecimiento diferencial".[3]

Estos cambios atañen fundamentalmente al cuerpo. La impronta que en el individuo va dejando el paso del tiempo comienza a hacérsele visible, palpable, imposible de negar... El cabello va poblándose de canas, las arrugas comienzan a surcar el rostro, ver y escuchar el mundo ya no puede hacerse con la misma nitidez. Transitar la vida exige pasos muchos más cortos y también más lentos. ... Es el cuerpo el que va anunciándole al sujeto que está envejeciendo; su cuerpo, ya no es el mismo, exige ser re-conocido y re-significado y en este paulatino devenir en viejo este nuevo cuerpo deberá ser aceptado.

No sólo él está cambiando. Los hijos han crecido, son independientes, en algunos casos han formado su propia familia y son a su vez, padres. Trayendo consigo la preciada posibilidad de trascendencia y supervivencia, los nietos ofrecen refugio al antiguo narcisismo infantil que el sujeto había abandonado.

---

[1] SILENZI, E. C; *"La vejez es posible."; En: Revista Científica PAMI; Nº 2; 1993; p.41..*

[2] SALVAREZZA, L.; *"Psicogeriatria: Teoria y Clínica."; Editorial Piadós; Buenos Aires; 1991; p.108.*

[3] SALVAREZZA, L; *Op.Cit; p.106.*

Pleno de seducción, este refugio permite al Yo "... trascender la condición de mortal... Hay esperanzas de infinitud..."[4]

Con el nieto "... el Yo desmiente la idea de la muerte... Asegura la herencia del cuerpo, de la cultura y los bienes. Si es varón hijo de varón, del apellido".[5]

Sin embargo, con la complaciente ilusión de conjuración de la muerte, el nieto pone en evidencia el innegable paso del tiempo y la condición de mortal de quien es abuelo. La muerte, al haber alcanzado ya algunos seres queridos y en especial a los propios padres, comienza a perder su mágica inconsistencia. La principal dificultad para el sujeto que envejece es esta real posibilidad de separación definitiva de todo aquello que lo rodea, sin olvidar aquellos cambios inherentes a su edad y a los cuales también debe adaptarse. Pero... ¿En qué consiste este proceso de adaptación? ¿Qué elementos deben ponerse en juego a fin de que este sujeto pueda librar una nueva batalla, tal vez la última de su vida, y no sucumbir ante ella..?.

Siguiendo a Leopoldo Zalvarezza, consideramos que el sujeto, frente a tal situación conflictiva, apela a ciertos mecanismos asentados "sobre el fenómeno más general de la disociación esquizoide".[6] qué lo llevarán a "un cierto retraimiento de la relación con el mundo exterior... Y al aumento de una relación reflexiva con su mundo interno, activando notablemente los recuerdos de tiempos pasados".[7]

Dicho autor designa este fenómeno con el término de interioridad y concluye que los resultados que a partir de él se obtengan "dependerán fundamentalmente de la personalidad previa"[8] como también del grado de flexibilidad o rigidez en la utilización del repertorio de conductas defensivas.

La interioridad ocasionaría una modificación en la relación con su mundo interno, que dependiendo de la estructura previa del sujeto, lo llevará a transitar y retransitar el camino de las huellas mnémicas, produciéndose una resignificación de su historia vital. Este movimiento de energía hacia el interior del sujeto, deberá ser reequilibrado con el mantenimiento de unos pocos pero sólidos vínculos con los objetos externos, objetos que sustentarían la circulación de energía pulsional necesaria para mantener viva cierta pasión por la vida.

Podríamos pensar que el resultado de este proceso de descatexis del mundo externo, esta reducción de energías, tendría como fin evitar el derroche libidinal, dejando de lado las agitadas emociones, para disfrutar la vida con la serenidad propia de la vejez.

Estas características del buen envejecer fueron explicadas por Freud, como una modificación de las relaciones entre las pulsiones de vida y de muerte. Sin

---

[4] REDLER, P; --En: *Acta psiquiática; América Latina; 1993; p.53.*

[5] Ibid; *p.66.*

[6] SALVAREZZA, L.; *Op.Cit.; p.107.*

[7] Ibid; *p. 107.*

[8] Ibid; *p. 108.*

embargo, no es tarea sencilla para el ser humano la redistribución de sus fuerzas de investidura en unos pocos pero privilegiados objetos que permita mantener una buena intricación pulsional. Lindando con el riesgo de un exagerado movimiento de desapego, es necesaria cierta retirada, un distanciarse de los objetos amados y de uno mismo, desinvestidura que evitaría el derroche de libido, ya que ésta en la vejez va declinando paulatina y progresivamente. Un buen envejecer sería aquel en el que a pesar de este movimiento de retirada se evita un precipitado derrumbe de la pulsión de vida mediante el sostenimiento de pocas pero significativas investiduras objetales que posibilitan al mismo tiempo el reaprovisionamiento libidinal. Es a partir de estas selectivas investiduras que el sujeto podrá "... luchar contra la enfermedad, la angustia, el dolor y la muerte"[9]

Si es posible mantener la ligazón de la pulsión de muerte a Eros, aquélla no tendrá oportunidad de desplegar su acción destructora "... pese a la tendencia de esta fuerza desligante a dominar en la edad provecta..."[10]

La posibilidad de seguir amando, la sublimación, la capacidad creativa, en suma, la conservación de cierta pasión por la vida serían las vías por las cuales se torna posible lograr un buen envejecer, al sobrevivir el yo a la amenaza de muerte.

Si bien una de las adquisiciones más preciadas del envejecimiento es el logro de la serenidad, se debe preservar dicha pasión. Es este punto de equilibrio difícil de alcanzar, pero la pasión, adecuadamente canalizada, impide el agotamiento de la libido y la desintricación pulsional y consecuentemente la liberación de la pulsión de muerte.

La reminiscencia, como movimiento de engarce entre el pasado y el presente deja entrever una vez más la función objetalizante que subyace a la pulsión de vida. Inmerso en el proceso de envejecimiento, posicionado en un punto en el que se vuelve indispensable hacer un balance de lo ya vivido y de lo que aún queda por vivir, la pulsión de vida se manifiesta también en la capacidad de integrar el pasado con el presente, pero en un reencuentro placentero con el pasado, hallando la posibilidad de reapropiarse de experiencias, objetos y relaciones, recapitulando, reelaborando y resignificando la propia historia. Este proceso de balance de lo vivido y resignificación de la propia historia, va presentificando la propia muerte.

La mágica ilusión de inmortalidad y completud del Yo, albergada desde antaño en el inconsciente, comienza a desgarrarse, a hacerse insostenible. La verdad de la naturaleza humana se evidencia en toda su desnudez: finitud y descompletud del hombre se develan crudamente, y la muerte "adopta la forma de una amenaza que se hace carne"[11]

---

[9] PERUCHÓN, M.; THOME- RENAULT, A.; *"Vejez y Pulsión de muerte."; Edit. Amorrortu; Buenos Aires; 1995; p. 82.*

[10] Ibíd; *p. 83.*

[11] ALIZALDE, A. M; *"Clínica con la muerte."; Amorrortu Editores; Buenos Aires; 1996; p. 34.*

El cuerpo vivo que envejece metaforiza "... pequeñas muertes irreversibles que anuncian... el advenimiento inexorable del cuerpo muerto"[12]

La manera en que el sujeto se inscriba en este devenir mortal de la especie, puede adoptar muy diversas formas. "Dos valores opuestos caracterizan pensar la muerte: uno, de máximo coraje en tanto se enfrenta el miedo y se mira de frente lo perecedero de la existencia y la castración universal de la especie. Otro, de máxima cobardía en tanto constituiría una defensa frente a un miedo más grande aún que el de morir: el miedo a la vida".[13]

Elaborar la propia muerte puede requerir un tiempo mayor del que se ha vivido, puede no elaborarse jamás. Este trabajo elaborativo tan intenso en la vejez requiere por parte del sujeto la posibilidad de entremezclar en él la creatividad, a fin de "... vivir la muerte".[14]

De ello dependerá que el sujeto haga con su muerte "... un poema o un acto cobarde..."[15]

DEMENCIA: UNA FORMA DE ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO

El transcurso de la vida, la realidad cada vez más innegable de un tiempo que se termina enfrenta al ser humano ante una nueva encrucifijada que clama por ser resuelta: ¿Cómo prepararse para el vencimiento del plazo final? ¿Morir poco a poco o llegar vivo hasta la muerte?.

Hemos llegado al punto en el que el hombre inicia su propio duelo, "trabajo de duelo del yo", aflojamiento de algunos vínculos libidinales y conservación de otros. Redistribución de fuerzas de investiduras que hará de sus últimos años un devenir pleno de serenidad que acaso sea el reflejo de una adecuada intricación pulsional.

Sin embargo, en algunos sujetos prima la imposibilidad de metabolizar cambios y duelos, tornándose imposible encontrar objetos sustitutos, de manera tal que la libido desligada se erige como fuente de amenaza y desorganización. ¿Qué sucede entonces, cuando la pulsión de vida y pulsión de muerte se desunen y desintrícadas, impiden que los vínculos contengan la perfecta dosis de amor y de odio? ¿Qué ocurre cuando la pulsión de muerte se yergue, así, triunfante?

El enfrentamiento a la castración definitiva puede sumir y consumir al ser humano en un agotador esfuerzo defensivo que lo conduzca progresiva y paradójicamente a la imposibilidad de elaborar lo que el envejecimiento acarrea. Intentando encontrar la respuesta a los interrogantes planteados, comenzaremos a pensar y explicar aquellos procesos por los cuales la pulsión de muerte, desligada, ejerce su función destructora desvantando el psiquismo del sujeto, al

---

[12] Ibid; *p. 39.*

[13] Ibid; *pp.35-36.*

[14] Ibid; *p.35.*

[15] Ibid; *p.35.*

atacar primordialmente los procesos de investidura del mundo exterior, evolucionando desde una desinvestidura guardiana de la vida hacia una desinvestidura mortífera.

La pérdida de interés por el mundo circundante, el marchitamiento progresivo del deseo de vivir, sumerge al sujeto en un aislamiento relacional que acelera el desmoronamiento psíquico y la destrucción de los vínculos que lo ligaban con el mundo externo.

Estos sujetos parecen abandonados a los efectos destructores de la pulsión de muerte... "Esta inercia podría ser una tentativa de bloquear el paso del tiempo; se trataría de evitar todo movimiento para dejar las cosas como están a resguardo de cualquier cambio, para quedarse en el mismo lugar y no avanzar hacia la muerte, pero viviéndola a mínima, en cierto modo sería como hacerse el muerto para escapar a la muerte".[16]

¿ Podríamos pensar este mecanismo como último recurso defensivo al que apela el Yo "en un esfuerzo desesperado por escapar a una lucidez insorportable?"[17]

La pulsión de muerte ejerce su poder disgregante sobre el aparato psíquico del demente, el cual experimenta un proceso de deconstrucción y derrumbe progresivos. "Esta deconstrucción psíquica ataca en primer término a las representaciones de la palabra y a la memoria antes que a las representaciones de cosa (el sujeto no encuentra sus palabras para expresarse)- en tanto el afecto se conserva por más tiempo-, y daña también a los vínculos; la lógica del pensamiento va siendo entonces minada, el razonamiento se enturbia, las cadenas asociativas languidecen y el campo de lo simbólico se debilita. Los trastornos del lenguaje, hecho de neologismos que pueden ocasionar una afasia, van necesariamente acompañados por trastornos del pensamiento motivados en la profunda alteración de la capacidad de abstracción. Paralelamente, la disolución de las diferenciaciones internas y de los límites adentro / afuera... la pérdida del valor funcional del preconsciente así como el marchitamiento de la censura, se suma a esta disgregación del aparato psíquico, resultado de Tánatos".[18]

En un intento de defenderse del vacío y la nada mortíferos, destino fatal que Tánatos impone, el psiquismo del demente en vías de caducidad apelará a recursos arcaicos y extremos. Estos mecanismos defensivos podrían ser considerados como resultantes de la desintegración de las instancias psíquicas y como "un retorno al estado primitivo del aparato psíquico que restaura antiguas modalidades de sastifacción".[19]

---

[16] PERUCHÓN, M.; THOME RENAULT, A.; *Op. Cit; pp. 119-120.*

[17] Ibíd; *p. 203.*

[18] Ibíd; *p. 200.*

[19] Ibíd; *p. 205.*

Desde esta perspectiva podemos entender la confusión como el resultado de un provechoso manejo llevado a cabo por la pulsión de vida a los fines defensivos.

La existencia de los componentes confusionales en el marco de un proceso demencial nada tiene de asombroso si tenemos en cuenta que la acción de Tánatos por la vía de la deconstrucción psíquica, lleva a la imposibilidad de hacer operativa la escisión. Esto concuerda con lo que Melanie Klein plantea cuando se refiere al fracaso de la escisión entre objeto bueno y objeto malo, instalándose entonces la confusión entre ambos, base de todas las confusiones.

Por otra parte, en la teoría Kleniana, la confusión no sólo es considerada una consecuencia sino también, una alternativa de defensa, extremadamente arcaica y primitiva, "utilizada como cortina de humo en contra de otros tipos de angustia".[20]

Otro mecanismo defensivo puesto en juego está dado por la renegación, es decir, "el rechazo de la ausencia del objeto o el no-reconocimiento de su pérdida..."[21]forma extrema de negación a partir de la cual el sujeto queda apartado de la realidad. Este mecanismo opera como base de una neo-objetalización, en la cual, mediante la ilusión alucinatoria, el sujeto intenta la satisfacción del deseo, ya que éste persiste. Habiéndose vuelto el aparato psíquico hacia su polo perceptivo y constituyéndose como un terreno fértil para la instalación de la percepción-alucinación, es tarea fácil para el fantasma del deseo de penetrar en el sistema conciente y desde allí configurar una neo-realidad satisfactoria.

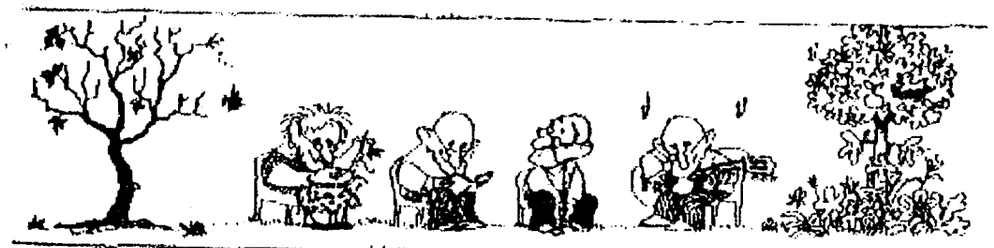
Quizás, otra de las características más reconocida en el sujeto demente es esa permanente reactualización del pasado en el presente, que recibe el nombre de ecmesia. Este incesante suplantar la realidad por lo que ya ha sucedido no es otra cosa que la manifestación de la acción destructora de Tánatos. Sin embargo, éste no se manifiesta nunca en un estado puro y aún en esa repetitiva presentificación del pasado se deja entrever la presencia de la pulsión de la vida ya que, "este retorno al pasado es una manera de preservar un sentimiento de identidad quebrantado por las pérdidas (tanto objetales como instrumentales)"[22] y también de conservar, aunque en vías de extinción, una memoria, fundamental para significarse como sujeto.

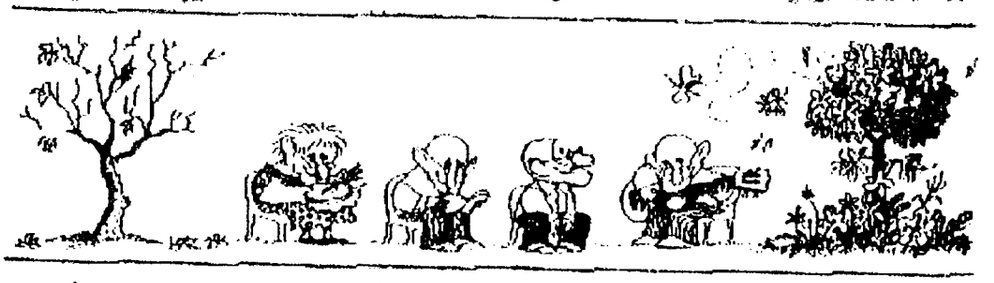
---

[20] BARANGER, W; *"Posición y objeto en la obra de Melanie Klein."; Ediciones Kargiemar; Bs. As.; 1976; p. 100.*

[21] PERUCHÓN, M.; THOME RENAULT, A.; *Op. Cit.; p. 204.*

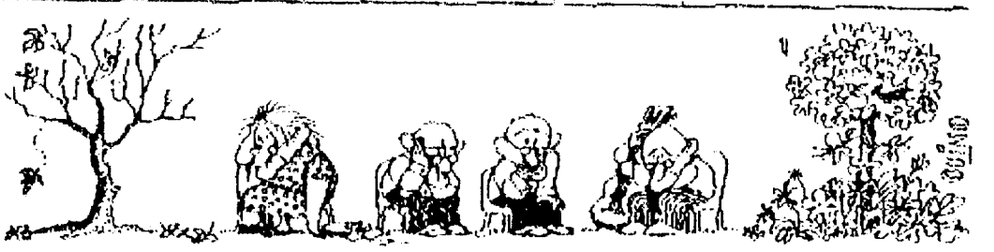
[22] ibíd; *p. 202.*





DIGO YO: EN LUGAR DE SENTIRNOS EN
EL OTOÑO DE LA VIDA, ¿NO SERÍA MUCHO
MÁS OPTIMISTA PENSAR QUE ESTAMOS....

....EN LA PRIMAVERA DE LA MUERTE?



BIBLIOGRAFÍA:

- **ADUCCI, E.**; "*Psicoanálisis de la vejez.*"; Ediciones Karkieman; Buenos Aires; 1987
- **ALIZADE, ALCIRA M**; "*Clínica con la muerte.*"; Amorrortu Editores; Buenos Aires; 1996.
- **ALLEGRI, R;TAMAROFF, L.**; "*Introducción a la Neuropsicología Clínica.*"; Ediciones Libros de la Cuadriga; 1º Edición; Buenos Aires; 1991.
- **BARANGER, W.**; "*Posición y objeto en la obra de Melanie Klein.*"; Ediciones Kargiman; Buenos Aires; 1976.
- **BETTA, J.C.**; "*Manual de Psiquiatría.*"; Jorge Rito Sabino Editor, 8º Edición; Buenos Aires; 1991.
- **EY, HENRI**; "*Tratado de Psiquiatría.*"; Editorial Torang -Masson, S.A.; Barcelona;1980.
- **FAMULARI, A. L.**; "*Clasificación de las Demencias. Criterios Clínicos.*"; Fascículo Nº 1; [s.f].
- **MANNONI, M**; "*Lo nombrado y lo innombrable. La última palabra de la vida.*"; Editorial Nueva Visión; Buenos Aires; 1992.
- **PERUCHÓN, M; THOME- RENAULT, A.**; "*Vejez y Pulsión de muerte.*"; Amorrortu Editores, Buenos Aires; 1995.
- **REVISTA ACTUALIDAD PSICOLÓGICA**; Año XXIII; Nº 252; Buenos Aires; Abril 1998.
- **REVISTA CIENTÍFICO PAMI**; *Nº 2; 1993.*
- **SALVAREZZA, L.** *(compilador); "El Fantasma de la Vejez.";* Editorial Tekné; Buenos Aires; 1995.
- **SALVAREZZA, L.**; "*Psicogeriatría. Teoría y Clínica*"; Editorial Piados; Buenos Aires; 1991.
- **VALLEJOS RUILOBA, J.**; "*Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*"; Salvat Editores; S.A.; 3º Edición Barcelona; 1991.

➢ **VIDAL, G.; ALARCÓN, R.**; *"Psiquiatría."*; Editorial Médica Panamericana, S.A.; Buenos Aires; 1990.

➢ **ZAREBSKI DE ECHABAUM, G.**; *"La vejez: ¿Es una caída?"* ;Editorial Tekné; Buenos Aires; 1990.

➢ **ZAREBSKI DE ECHABAUM, G.**; *"Lectura teórica- cómica dela Vejez."*; Editorial Tekné; Buenos Aires; 1990.

CAPITULO 3

DEMENCIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

- ***Consideraciones preliminares.***
- ***Demencia: Abordaje terapéutico.***
- ***Bibliografía.***

DEMENCIA Y TERAPIA OCUPACIONAL
CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Antes de abocarnos a los aspectos teóricos del abordaje del paciente demente, nos parece oportuno referirnos a ciertos tópicos que creemos se deben clarificar, pues son partes constituyentes de aquél proceso.

Nos referimos a lo que entendemos por Terapia Ocupacional, su especificidad en el ámbito de la Salud Mental y la concepción de hombre paciente demente que implica nuestro posicionamiento.

El encuentro con las diferentes definiciones de Terapia Ocupacional, nos ha conducido a reflexionar acerca de las diversas transformaciones y modificaciones, que, desde su origen hasta nuestros días, ha atravesado nuestra profesión. A su vez estas modificaciones se han reflejado en la práctica cotidiana de la misma.

Es a partir de determinadas elaboraciones teóricas sobre la salud, enfermedad, actividad, etc., que se ha ido transformando el quehacer del Terapista Ocupacional y con él, la manera de definir qué es Terapia Ocupacional.

Es inevitable reconocer que este proceso de transformación, continúa, acompañado por momentos de crisis y cambios, que se manifiestan en muchos (por no decir todos) los ámbitos de la profesión.

A partir del conocimiento y análisis de varias definiciones de Terapia Ocupacional, y basándonos fundamentalmente en las elaboradas por la Lic. En T.O Claudia Miranda (1995), por una parte, y la Lic. En T.O. Garcia Cein, Patrizzi y Veyra (1991), por otra, entendemos que: la Terapia Ocupacional es una disciplina que estudia e instrumenta la actividad humana como recurso para prevenir, mantener y restablecer las capacidades potenciales de la persona, con el fin de que logre interactuar con su medio familiar-social y cultural.

En el ámbito de la Salud Mental, la Terapia Ocupacional..."Fundamentada desde una perspectiva psicoanalítica y psicosocial instrumenta, en un encuadre terapéutico, diversos recursos a los fines de comprender al sujeto desde la decodificación de los múltiples vínculos que construye con el mundo exterior. Una comprensión del Sujeto a partir del espacio terapéutico en el que es posible intentar el cambio hacia un posicionamiento más creativo."[1]

El T.O. dispone de una amplia gama de recursos, tales como: trabajo corporal, técnicas plásticas y expresivas, dramáticas, literarias, la palabra, etc.; que dependiendo de su capacidad creadora podrán ser instrumentados terapéuticamente.

"El sentido terapéutico de la actividad como recurso radica en su función de facilitador, su función catártica, su función expresiva y su función creativa.

---

[1] MANTERO, PAULA; SORIA, MARIANA; *"La realidad de los medios terapéuticos: Acerca de la actividad humana y lo terapéutico."*;--En : *Revista Materia Prima; Año 1997; Nº 18; Buenos Aires.*

Facilita el acceso al mundo interior del Sujeto generando formas de comunicación y de transformación intrapersonal e interpersonal, autoplásticas y aloplásticas. Cataliza la emergencia y puesta en escena de gestos, sonidos, imágenes, formas, palabras que debelan contenidos no conscientes. (...) La decodificación de lo sucedido en el espacio terapéutico, aquello que sucede entre el sujeto, su obra y la mirada del otro, nos permite comprender al Sujeto en su estilo particular de aproximación a la realidad.

Las herramientas de un terapeuta no están en un recurso concreto, sino, en su propia persona, su cuerpo en acción, su experiencia de vida, sus conocimientos y su flexibilidad creadora para operar en situación terapéutica."[2]

La interacción que se establece entre Sujeto-paciente, Sujeto-terapeuta y objeto-actividad, emerge como un espacio donde múltiples significaciones son depositadas. La decodificación de lo sucedido en este espacio debe orientarse a la comprensión de sus relaciones como un todo, y no a sus componentes como elementos aislados.

"El significado de lo sucedido emerge en ese espacio subjetivo en el que se encuentran o desencuentran terapeuta y paciente, cada uno con su espiral dialéctica y sus construcciones, y entre ellos las cosas mediadoras, el cuerpo, las palabras, las diversas herramientas que el terapeuta propone en la escena terapéutica y de las cuales el paciente dispone."[3]

En la decodificación de lo transcurrido en este encuentro - desencuentro, adquiere singular importancia la postura desde la cual el terapeuta conciba al Sujeto.

Desde nuestro posicionamiento, y en primera instancia, creemos conveniente partir de una concepción que sitúe al viejo demente como Sujeto con particularidades inherentes a su historia vital, su proceso psicopatológico y su contexto familiar – social – cultual, de manera tal que su dimensión de ser humano no sea reducida a un simple rótulo dado por un diagnóstico.

Desde nuestra forma de concebir la Demencia, no podemos excluir estas consideraciones, ya que al encontrarnos con un paciente demente ... "jamás nos enfrentamos con el hombre en general, sino, siempre con un hombre en particular, un individuo, quien frecuentemente es un enigma, un problema cuya solución, como sabemos, sólo puede encontrarse en él mismo. La característica esencial del hombre resulta ser, entonces, su individualidad..."[4]

Concebir de esta manera al sujeto-paciente demente implica afrontar y superar prejuicios y mitos teóricos surgidos en el seno de nuestra cultura, atreverse a escuchar a ese viejo que es aún un sujeto deseante. "Se trata del deseo de un

---

[2] Ibid .

[3] Ibid .

[4] FILLOUX, JEAN-CLAUDE; "*La personalidad*"; *Editorial Universitaria de Bs. As.; Arg. ; 1987; p.8.*

viejo, de uno viejo, del viejo de uno, de un viejo deseo".[5] Esta frase nos introduce de lleno en otro de los aspectos a considerar, relacionado con lo que un viejo demente suscita y genera en nosotros, no solo como terapeutas, sino también como seres humanos.

El deseo de un viejo nos conduce anticipadamente a pensar la propia vejez, tal como la deseamos o rechazamos. La presencia de un viejo nos devuelve una imagen y el contenido de la misma no sólo implica aspectos de ese viejo, sino también aquello que nosotros depositemos en él.

Este juego de depositaciones va tomando el matiz de lo negativo cuando sumado a la imagen de un viejo, encontramos a aquel que presenta un cuadro de deconstrucción psíquica como la Demencia.

¿Qué sentir ante un Sujeto que busca lo que nunca ha perdido, que llama a quienes ya no están, que deambula incesantemente trazando caminos que sólo él conoce porque pertenecen a su pasado?...

El demente viene a ser aquello que está más allá de nuestra capacidad de representación: la nada, el vacío, que su psiquis desorganizada nos hace evidente.

Sin embargo, quien pueda superar la tentación de depositar lo siniestro en ese sujeto, será capaz también de comprender "que ésta muerte psíquica (...) en verdad no existe puesto que subsisten elementos psíquicos arcaicos como defensas primitivas, y que tocan en primer lugar a las capas superiores del aparato psíquico...".[6] Podrá comprender también que este Sujeto tiene algo que decir, que desear, que ser...

DEMENCIA: SU ABORDAJE TERAPÉUTICO

A partir de éstas consideraciones en posible, entonces, plantear el abordaje terapéutico del paciente demente. Un abordaje, que como proceso que sucede en un tiempo y espacio determinados, consta de instancias claramente definidas, pero que no deben concebirse por ello, como compartimentos estancos. Por el contrario, deben pensarse como partes que, interrelacionadas, hacen posible la existencia de un todo.

El suceder de éste proceso va a depender de la confluencia de factores de índole individual, familiar e institucional.

Las instancias que constituyen éste proceso están dadas por: la entrevista, la evaluación y la estrategia terapéutica.

---

[5] ZAREBSKI de ECHENBAUM GRACIELA; "*El psicólogo en la Psicogerontología a Psicoanalítica". Trabajo presentado en las jornadas. ¿Qué es la Psicología?; Facultad de Psicología; Bs. As.; Noviembre, 1992; p.4.*

[6] PERUCHÓN, MARIÓN.; *Op. Cit.; p. 206.*

Por definición, y siguiendo a Bleger, sabemos que la entrevista "es una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas (...) en la que éstas intervienen como tales".[7]

Instrumentada a los fines de indagar la conducta y la personalidad del entrevistado, el T.O. aplicará para ello sus conocimientos, poniendo en juego su capacidad de escucha y observación, como así también su propio comportamiento y capacidad de registro de lo que vivencia en el transcurso de la misma.

La entrevista puede adoptar dos modalidades diferentes: abierta y cerrada.

En la primera, lo esencial reside en que se permita que el campo de la entrevista sea configurado por el entrevistado, en función de aquellas variables que están determinadas por su estructura psicológica. Esto favorece la compresión de los aspectos psicodinámicos del entrevistado.

La entrevista cerrada, por el contrario, implica una serie de interrogantes planteados de antemano, tanto como su orden y formulación, facilitando la exploración y conocimiento de datos específicos como lo son los datos filiatorios, composición familiar, etc.

La entrevista adquiere suma trascendencia pues es el momento en que, generalmente, T.O. y paciente se conocen y es, quizás, la primera ocasión que se le presenta al paciente para comunicarse... Quizás la entrevista sea la oportunidad adecuada para invitarlo a que nos haga conocer quién es, cómo es, y qué le está sucediendo, respetando su modo natural de comunicarse y sus tiempos para hacerlo, pero fundamentalmente sabiendo que esta instancia es mucho más que una mecánica recolección de datos. Lo esencial de la entrevista es que durante su transcurso comienzan a darse los juegos transferenciales y contratransferenciales que irán gestando esa relación particular que cada profesional establece con su paciente. Esa relación recíproca, bidireccional, es lo que denominamos vínculo.

Es necesario además, llevar a cabo una entrevista con aquellos familiares responsables del paciente que han decidido su internación, en ocasiones, para corroborar o complementar datos que el paciente no puede aportar, pero también para indagar acerca de cómo ha repercutido la enfermedad en el seno de ese grupo, qué afectos suscita y cómo es la modalidad vincular que opera entre sus integrantes.

Como segunda instancia del proceso terapéutico, acontece la evaluación, la cual, mediante la implementación de técnicas y recursos específicos permite arribar a un diagnóstico.

La evaluación a instrumentar es de tipo funcional-operativo y tiende a precisar, profunda y exhaustivamente, el estado y operatividad de las funciones psíquicas,

---

[7] BLEGER, JOSÉ; "*Temas de Psicología: la entrevista psicológica*"; *Edit. Nueva Visión; Bs.As.; 1973; pp. 12-13.*

permitiendo objetivar el "grado de déficit y potencialidad de las mismas, funciones abolidas y funciones conservadas".[8] Esto determinará si el cuadro demencial se ha instalado y en que período de evolución se encuentra el mismo.

Esta instancia, como situación nueva y desconocida, produce un aumento de tensión que genera la puesta en marcha de los mecanismos defensivos con que cuenta el Sujeto, a fin de disminuir la tensión frente a la situación conflictiva.

A partir de la observación y escucha del Sujeto durante el transcurso de la evaluación funcional, podemos obtener datos acerca de la modalidad de interacción del mismo con la realidad.

Este estilo de evaluación se basa "(...) en una psicopatología psicodinámica que nos permite una comprensión más profunda de lo que a ese Sujeto con determinada manifestación clínica le está sucediendo."[9]

A partir de los primeros acercamientos al paciente, dados por la entrevista y la evaluación, la estrategia terapéutica se configura como el momento en que, partiendo de un marco referencial teórico-clínico, se implementan una serie de "acciones graduadas en sentido evolutivo (...), teniendo en cuenta las particularidades individuales"[10] del paciente y "según criterios y modos de intervención"[11]específicos.

Estos criterios de intervención estarán determinados por las características fenomenológicas de la patología, período de evolución y particularidades relacionados con la personalidad del Sujeto.

Los modos de intervención podrán orientarse hacia lo grupal, individual o ambos, teniendo en cuenta el modo particular de interacción del Sujeto con los Otros y con la realidad.

Las acciones y recursos terapéuticos instrumentados estarán dirigidos a la instalación de un proceso de reconstrucción psíquica. Para ello, y en primera instancia se hace necesaria una presencia, una mirada de un otro que signifique como Sujeto a este que, a pesar de los efectos desligantes que la pulsión de muerte ha ejercido sobre sus procesos de investidura, posee aún "cierta capacidad para desarrollar un vínculo afectivo positivo, aunque con la condición de que la mayor parte de las veces sean ellos los solicitados".[12]

Coincidimos aquí con lo que plantea Maud Mannoni: "En la actualidad se tiende en exceso a considerar al enfermo como mero objeto de cuidados, cuando para él es crucial que se privilegien los momentos en que pueda interpelárselo como sujeto (...) En efecto el Sujeto se sostiene de la mirada y dela voz del Otro."[13]

---

[8] SORIA, MARIANA.; *"Evaluación del paciente psiquiátrico en Salud Mental". Ficha interna de Práctica Clínica en Salud Mental.[s.e] [s.f]*

[9] Ibid.

[10] ANTÓN, E.; NÚÑEZ, C; *Op.Cit; p.51.*

[11] Ibid*; p. 51.*

[12] PERUCHON, MARIÓN.; *Op.Cit. p. 200.*

[13] MANNONI, MAUD; *"Lo nombrado y lo innombrable. La última palabra de la vida."; Edit. Nueva Visión; Bs. As; 1992; pp. 42-43.*

Este Otro que significa y sostiene se encarna en la figura del terapeuta que ofreciéndose como objeto de investidura, favorecerá los primeros procesos de la reintricación pulsional.

Por los caminos trazados por estos intentos de reintricación pulsional que la figura de Otro posibilita, se irán descubriendo los modos de hallar en la realidad, aquellos objetos sustitutos que vehiculicen la reconección con el mundo y los demás. Estos procesos apuntarán al logro de la interiorización de un objeto bueno, hecho fundamental para favorecer el movimiento ligante y estructurante de la pulsión de vida.

Una estrategia terapéutica planteada en estos términos es producto del marco de referencia teórico que sustenta nuestra Tesis. Sabemos que este marco constituye uno de los pilares sobre los cuales se edificarán determinadas acciones terapéuticas, y que existen otros marcos desde los cuales fundamentar un abordaje terapéutico de la Demencia.

Consideramos, además, que la elección de una u otra línea teórica, constituye sólo un aspecto involucrado en el modo en que un terapeuta piensa y opera frente a un paciente.

Una serie de elecciones previas lo han conducido al encuentro con la Demencia, elecciones constitutivas de su identidad profesional. Auto-percibirse y autodefinirse como terapeuta presupone la elección de quién ser o quién no ser, qué hacer, de qué manera y en qué contexto.

¿Por qué elegir ese área de trabajo y ese objeto?

¿Cómo elegir una manera de trabajar?

¿Cómo definirse terapéuticamente frente a un Sujeto demente?

¿Cómo perfilar la propia identidad en esas elecciones?

¿Cómo elegir una teorización que responda a las propias expectativas, intereses y a una particular manera de ver y pensar al hombre?

Innumerables factores de índole consciente e inconsciente se suceden en las respuestas a estos interrogantes. Algunos de ellos tienen relación con las características mas íntimas y humanas de este Sujeto que elige. Nos referimos a procesos de identificación, resolución de conflictos, mecanismos de reparación y sublimación, que toda elección vocacional implica, desde la perspectiva psicoanalítica que desarrolla Bohoslavsky. Elección que, en tanto sea madura, conlleva la asunción de una actitud responsable, adulta, a fin de hacer conscientes los procesos puestos en juego en la misma.

Así mismo, creemos que la práctica profesional (abordaje terapéutico del Sujeto demente) y la elección de cómo trabajar (modalidad de abordaje), presuponen la existencia de un marco que posibilita la comprensión e interpretación del objeto con que se trabaja (Sujeto demente). Este marco de interpretación estará dado por la Concepción de Demencia que el T.O. haya construido.

Es esta concepción la que va permitirle aprehender, comprender e interpretar la Demencia, pero no el contexto que le es propio, sino limitándola y resaltándola de

aquellas perspectivas que están de acuerdo con sus convicciones y su manera individual y única de ser y estar en el mundo.

Esta Concepción constituye el texto y el contexto en el cual se inscribe y cobra sentido el modo de aprehensión, la perspectiva desde la cual el terapeuta enfocará la Demencia.

Es decir, es esta Concepción la que va a orientar al T.O. en el proceso de atribución de significaciones y sentido a la Demencia y al paciente demente, permitiéndole en consecuencia, elegir aquélla modalidad de abordaje que responda a dichas atribuciones.

BIBLIOGRAFÍA:

- **ANTÓN, EVANGELINA; NUÑEZ, CLAUDIA**; *"Tratamiento de Terapia Ocupacional en Demencia"*; Tesis de Grado; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; U.N.M.d.P; 1986.
- **BLEGER, JOSÉ**; *"Psicología de la conducta"*; 10* reimpresión; Edit. Piados; Bs. As; 1991.
- **BOHOSLAVSKY, RODOLFO**; *"La orientación vocacional: la estrategia clínica"*; Ediciones Nueva Visión; Bs. As. 1984.
- **FILLOUX, JEAN-CLAUDE.**; *"La personalidad"*; Edit. Universitaria de Bs.As.; Argentina; 1987.
- **GARCIA CEIN; PATRIZZI, A; VEYRA, M.E**; *"Prevención en Salud Mental desde Terapia Ocupacional"*; Tesis de Grado; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; U.N.M.D.P.; 1991.
- **MANNONI, M**; *"Lo nombrado y lo innombrable. La última palabra de la vida"*; Editorial Nueva Visión; Buenos Aires; 1992.
- **MANTERO, PAULA; SORIA, MARIANA.**; *"La realidad de los medios terapéuticos: acerca de la actividad humana y lo terapéutico"* –En: Revista Materia Prima; Buenos Aires.
- **MIRANDA, C.**; *"La ocupación en la vejez. Una visión Gerontología desde Terapia Ocupacional"*; Imprenta Relieve; Mar del Plata; 1996.
- **MOSCOVICI, SERGE**; *"Psicología Social"*; Vol.II; Edit. Piadós; Buenos Aires; 1984.
- **PERUCHÓN, M; THOME- RENAULT, A.**; *"Vejez y Pulsión de muerte"*; Amorrortu Editores, Buenos Aires; 1995.

- **PICHÓN-RIVIERE, ENRIQUE;** *"Teoría del Vínculo";* Ediciones Nueva Visión; Buenos Aires: 1992.
- **SORIA, MARIANA;** *"Evaluación del paciente psiquiatrico en Salud Menta"l;* Ficha interna de práctica Clínica en Salud Mental;[s.e.]; [s.f.].
- *"T.O Avances"; **COLTOA*** Grupo Editor; Buenos Aires; 1997.
- **ZAREBSKI DE ECHENBAUM, GRACIELA**; *"El psicólogo en la Psicogerontología Psicoanalítica";* Trabajo presentado en las jornadas ¿Qué es la Psicología?; Facultad de Psicología; Bs.As.; Noviembre 1992.

CAPITULO 4

ASPECTOS METODOLÓGICOS.

- *Definición de términos.*
- *Diseño.*
- *Operacionalización de la variable.*
- *Trabajo de campo.*
- *Análisis e interpretación de los datos.*
- *Bibliografía.*

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

CONCEPCIÓN DE DEMENCIA.

Definición Científica: Construcción de carácter individual elaborada por el Terapista Ocupacional, configurada en la intersección de aspectos objetivos y subjetivos en relación a dicha patología.

Los aspectos objetivos son aquellos por los cuales el Terapista Ocupacional comprende la Demencia en base a un conocimiento racional adquirido a través de su proceso de formación profesional.

Los aspectos subjetivos son aquellos por los cuales el Terapista Ocupacional comprende la Demencia involucrando los juicios valorativos surgidos del modo particular de vivenciar su relación con esta patología.

Estos aspectos operan conjuntamente constituyendo una totalidad dialéctica que orienta la elección e implementación de teorías, métodos, técnicas y acciones terapéuticas destinadas al abordaje del paciente demente.

Definición Operacional: Construcción de carácter individual elaborada por el Terapista Ocupacional, configurada en la intersección de aspectos objetivos y subjetivos que se manifiestan en su discurso al referirse a esta patología.

Los aspectos objetivos se evidencian en los contenidos teóricos que el Terapista Ocupacional refiere en relación a:

1. Modelo teórico desde el cual entiende la patología y el tratamiento.
2. Abordaje terapéutico del paciente demente implementado.

-El primer punto comprende:

a) En relación a la patología:

- ✓ Definición.
- ✓ Etiología.
- ✓ Evolución.
- ✓ Pronóstico.

b) En relación al tratamiento

- ✓ Enfoque Neuropsicológico
- ✓ Enfoque Psicosocial.
- ✓ Otros.

-El segundo punto abarca:

- ✓ Modalidad.
- ✓ Abarcatividad.
- ✓ Recurso Terapéutico.
- ✓ Resultados obtenidos.

Los aspectos subjetivos se manifiestan en las valoraciones que el Terapista Ocupacional emite en relación a:

a) Cualidades que atribuye a :

- ✓ La patología.
- ✓ El paciente demente.
- ✓ El abordaje terapéutico del paciente demente.
- ✓ El ejercicio profesional en el área.

b) Sentimientos que vivencia con relación a :

- ✓ La patología.
- ✓ El paciente Demente.
- ✓ El desarrollo del abordaje Terapéutico implementado.
- ✓ El ejercicio profesional en el área.

DISEÑO.

Teniendo en cuenta la variable que desea investigar y los objetivos planteados en este estudio, consideramos que esta investigación es de tipo cualitativo, siendo su diseño exploratorio, descriptivo y retrospectivo. Así mismo otorgaremos a esta investigación la modalidad del estudio de caso.

El tipo de investigación elegido es de tipo cualitativo ya que pretendemos explorar en profundidad y describir la forma en que un grupo social (Terapistas Ocupacionales) concibe una determinada patología (Demencia). Al otorgarle el estilo de lo cualitativo, el propósito que se persigue es captar y conocer los significados implicados en esta concepción.

Según Ruiz Olabuenaga e Ispizua, se trataría del análisis objetivo de un significado subjetivo, hecho esencial en una investigación cualitativa. "Este significado subjetivo es el que preside el comportamiento de los individuos cuando actúan en función de otros..."[1]

Las investigaciones cualitativas "parten del supuesto básico de que el mundo social es un mundo construido con significados y símbolos, lo que implica la búsqueda de esta construcción y de sus significados".[2] Desde este enfoque pretende: - "entrar dentro del proceso de construcción social, reconstruyendo los conceptos y acciones de la situación estudiada, para

- describir y comprender los medios detallados a través de los cuales los sujetos se embarcan en acciones significativas y crean un mundo propio suyo y de los demás."[3]

El diseño de este trabajo es exploratorio, ya que tiene por objetivo avanzar en el conocimiento de un tema vastamente estudiado como la Demencia, pero pretendiendo alcanzar aspectos hasta ahora no considerados en otras investigaciones. Implicando necesariamente en nuestra investigación al Terapista Ocupacional que aborda terapéuticamente al paciente demente, pretendemos indagar acerca de lo que la Demencia significa para él.

Por otro lado, creemos que para obtener un mayor conocimiento de la Concepción de Demencia del T.O. no es suficiente con la exploración de la misma, haciéndose necesaria su caracterización. Esto confiere al diseño de nuestra investigación el carácter de descriptivo. En base a lo que plantea Ander-Egg intentaremos responder a las siguientes cuestiones: "qué es" y "cómo es" la Concepción de Demencia de los Terapistas Ocupacionales.

Es, además, un estudio retrospectivo. En este tipo de estudios, que son ex post facto, se considera que un fenómeno o circunstancia actual se relaciona con factores previos que lo ocasionan, determinan, guían u orientan. Siguiendo a Polit

---

[1] RUIZ OLABUENAGA, J. L.; ISPIZUA, M A.; *"La decodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa."; Universidad de Deusto; Bilbao; 1989; p. 31.*

[2] Ibíd; *p. 30.*

[3] Ibíd; *p 30.*

y Hungler, el uso de los términos "ex post facto" indica que la variable independiente no es controlada por el investigador.

Daremos a esta investigación la modalidad del estudio de caso debido a que el análisis exhaustivo de un grupo reducido de individuos nos brinda la posibilidad de obtener una comprensión profunda de la concepción de Demencia que han elaborado los Terapistas Ocupacionales que abordan terapéuticamente al paciente demente.

De acuerdo a lo planteado por Polit y Hungler, el propósito que se persigue con esta modalidad de investigación consiste "... en determinar la dinámica de por qué el sujeto piensa, se comporta o se desarrolla de cierta manera en particular (...).

Los estudios de caso sirven para examinar fenómenos que no se han estudiado con el debido rigor. La información que proporcionan es en extremo útil para plantear hipótesis susceptibles de ser evaluadas con mayor exactitud en investigaciones ulteriores. El sondeo profundo que caracteriza a los estudios de caso a menudo implica un exámen a fondo de relaciones previamente insospechadas. Este tipo de estudio desempeña además la importante función de esclarecer conceptos o variables..."[4]

POBLACIÓN O UNIVERSO DE ESTUDIO

Siendo este trabajo de investigación una continuación de la Tesis "Tratamiento de Terapia Ocupacional en Demencia" (1996), la población a estudiar está constituida de igual forma que en dicha Tesis: la totalidad de los Terapistas Ocupacionales y Lic. En Terapia Ocupacional que abordan terapéuticamente al paciente demente en instituciones geriátricas y psiquiátricas de la ciudad de Mar del Plata, privadas y municipales (reconocidas en ese momento por P.A.M.I.)

MUESTRA

Debido a que otorgaremos a nuestra investigación la modalidad del estudio de caso, efectuaremos nuestro análisis en un grupo reducido de individuos.

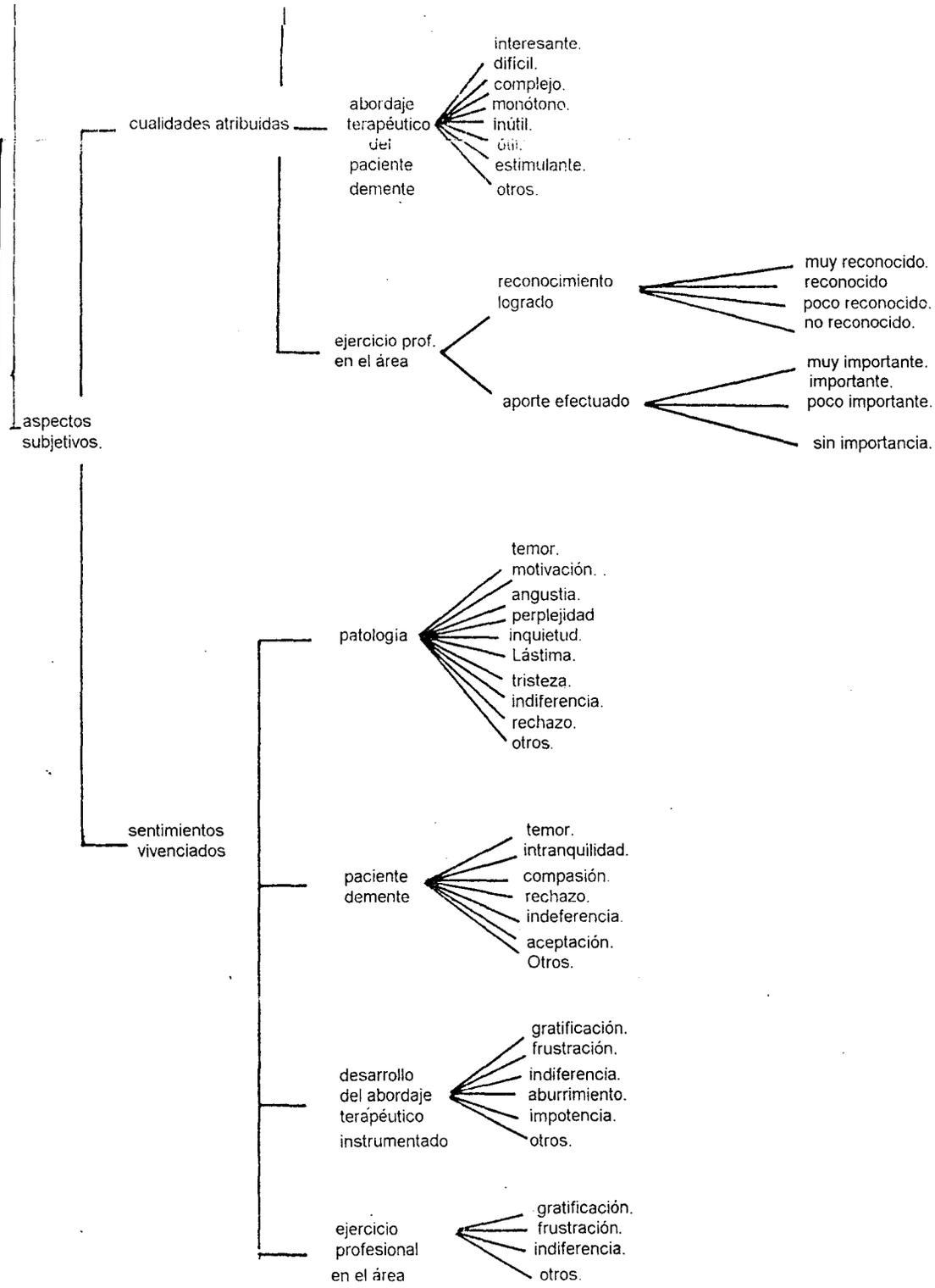
Emplearemos una muestra constituida por ocho Terapistas Ocupacionales y Lic. en Terapia Ocupacional seleccionados al azar. Consideramos a la misma como representativa, de acuerdo a los objetivos propuestos en esta investigación.

---

[4] POLIT, D.; HUNGLER, B; "*Investigación científica en Ciencias de la Salud*"; *Edit. Interamericana Mc Graw-Hill; 1995; p.p 206-207.*

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE: CONCEPCIÓN DE DEMENCIA

- aspectos objetivos.
  - modelo teórico
    - patológia.
      - definición
        - concepto.
        - abarcatividad
          - individuo.
          - individuo y familia.
          - individuo, familia y grupo social.
      - etiología
        - unicausalidad
          - causa orgánica.
          - causa psíquica.
          - causa ambiental.
        - multicausalidad
          - lesión orgánica + acción del medio.
          - lesión orgánica + factor psicológico.
          - lesión orgánica + factor psicológico + acción del medio.
      - evolución
        - irreversible.
        - irreversible susceptible de estabilización.
        - reversible.
      - pronóstico
        - bueno.
        - malo.
        - regular.
    - Tratamiento
      - tipo
        - enfoque neuropsicológico.
        - enfoque psicosocial.
        - otros.
      - resultados esperados
        - buenos.
        - malos.
        - regulares
        - nulos.
  - abordaje terapéutico implementado
    - modalidad
      - individual.
      - grupal.
      - individual-grupal.
    - abarcatividad
      - individuo.
      - individuo y familia.
      - individuo y personal de la institución.
    - recurso terapéutico
      - actividades de estimulación cognitiva
      - actividades recreativas.
      - técnicas corporales.
      - actividades lúdicas.
      - otros.
    - resultados obtenidos
      - buenos.
      - malos.
      - regulares
      - nulos.
- patología
  - Impactante.
  - deteriorante.
  - siniestro.
  - degradante.
  - interesante.
  - compleja.
  - terminal.
  - irreversible.
  - otros.
- paciente demente
  - Indiferente.
  - pasivo.
  - difícil.
  - abúlico.
  - agresivo.
  - otros.


aspectos subjetivos.
cualidades atribuidas
abordaje terapéutico del paciente demente
interesante.
difícil.
complejo.
monótono.
inútil.
útil.
estimulante.
otros.
ejercicio prof. en el área
reconocimiento logrado
muy reconocido.
reconocido
poco reconocido.
no reconocido.
aporte efectuado
muy importante.
importante.
poco importante.
sin importancia.
sentimientos vivenciados
patologia
temor.
motivación.
angustia.
perplejidad
inquietud.
Lástima.
tristeza.
indiferencia.
rechazo.
otros.
paciente demente
temor.
intranquilidad.
compasión.
rechazo.
indeferencia.
aceptación.
Otros.
desarrollo del abordaje terapéutico instrumentado
gratificación.
frustración.
indiferencia.
aburrimiento.
impotencia.
otros.
ejercicio profesional en el área
gratificación.
frustración.
indiferencia.
otros.

RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

La técnica de recolección de datos que hemos seleccionado, a los fines de nuestra investigación, es la entrevista no estructurada, semidirigida, en contacto directo con el Sujeto de estudio (fuente primaria).

La entrevista puede ser considerada como "el relato de un suceso, narrado por la misma persona que lo ha experimentado y desde su punto de vista. La entrevista en sí es el contexto en el cual se elabora este relato, y crea una situación social para que pueda tener lugar. En este relato el entrevistador desempeña el papel de facilitador ..."[5]

Una entrevista abierta, no estructurada, se ejecuta en base a criterios operativos fundamentales que le otorgan validez como instrumento de recolección y transmisión de significados. Este tipo de técnica "concibe al hombre -actor social- como una persona que construye sentidos y significados de la realidad ambiental. Con ellos entiende, interpreta y maneja la realidad a través de un marco complejo de creencias y valores, desarrollado por él para categorizar, explicar y predecir los sucesos del mundo.

Este marco lo participa, en parte, con otros dentro de un mundo social, pero en parte, es irreductiblemente único para él. Para entender porqué las personas actúan como actúan, hay que comprender no sólo el sentido compartido, sino el sentido único que ellas dan a sus actos".[6]

Como método no estructurado, estas entrevistas "ayudan también a comprender el significado subyacente del patrón o relación que se observa en forma repetida en la investigación".[7]

Complementaremos estos datos con un análisis secundario de las entrevistas efectuadas por las autoras de la Tesis "Tratamiento de la Terapia Ocupacional en Demencia" (fuente secundaria). Este análisis será efectuado sobre la muestra representativa que expusimos previamente.

Cabe destacar que si bien los tópicos que orientan estas entrevistas no coinciden en un primer momento, con los intereses de nuestra investigación, el carácter de no estructuradas dio lugar al surgimiento del discurso espontáneo del entrevistado, discurso que pone de manifiesto una amplia gama de datos adicionales con respecto a la Demencia, tal como la conciben, comprenden y explican los Terapistas Ocupacionales entrevistados.

A los fines de interpretar los datos de nuestro interés y debido a la naturaleza del material disponible, efectuaremos un análisis del discurso de tipo cualitativo, tendiente a captar tanto el contenido manifiesto como indirecto del mismo.

---

[5] RUIZ OLABUENA; ISPIZUA; *Op. Cit; p.126.*

[6] Ibid; *p.128.*

[7] POLIT; HUNGLER, *Op. Cit; p. 285.*

Esto implica la búsqueda e identificación de aquellos contenidos que no se deducen literalmente, pero que pueden inferirse a partir de determinadas expresiones o mensajes. Así mismo intentaremos establecer relaciones entre los datos obtenidos .

Los tópicos principales de la entrevista no poseerán un orden estipulado, sino que surgirán de acuerdo al discurso del entrevistado. Dichos tópicos son:

-Aspectos Teóricos en relación a la Demencia y el abordaje terapéutico del paciente demente.

-Abordaje terapéutico implementado con el paciente demente.

-Aspectos valorativos en relación a :

- ✓ la patología
- ✓ el paciente demente.
- ✓ abordaje terapéutico del paciente demente.
- ✓ ejercicio profesional en el área.

TRABAJO DE CAMPO:

Antes de exponer las conclusiones de esta investigación haremos referencia a aquellos aspectos relacionados con la metodología de trabajo instrumentada.

a) Caracterización de la muestra: la muestra está constituida por ocho Terapistas Ocupacionales, de las cuales una posee el título de Licenciada en Terapia Ocupacional; todas ellas egresadas de la U.N.M.d.P, esta muestra constituye la tercera parte de la población total estudiada en la investigación de la cual ésta es una continuación. El tiempo de egreso es superior a los cuatro años y el tiempo de ejercicio profesional en el área oscila entre los cuatro y catorce años, desarrollándose en el ámbito de las instituciones geriátricas (7 de los casos) y psiquiátricos (1 caso).

La especialización en el área se ha efectuado a través de la asistencia a congresos y jornadas, fundamentalmente. Cabe destacar que tres de las entrevistadas están realizando estudios de Pos-Grado en Gerontología (casos 2, 5, y 7), actualmente.

b) Prueba Piloto: a los fines de constatar la validez y eficacia de la técnica de recolección de datos a instrumentar, se llevaron a cabo una serie de entrevistas abiertas, semi dirigidas, a lo largo del mes de Febrero de 1999.

En primera instancia, cada una de las investigadoras entrevistó a dos Terapistas Ocupacionales que se desempeñan laboralmente en el área y que no fueron incluidas en la muestra.

Posteriormente, se llevaron a cabo dos nuevas entrevistas a otras dos Terapistas Ocupacionales (no incluidas en la muestra). En esta oportunidad participaron ambas investigadoras, llegándose a la conclusión de que era ésta la modalidad más operativa, dada la complejidad de la técnica y el posterior análisis que requiere.

c) Obtención y recolección de datos: como ya se ha expuesto, la técnica empleada consistió en entrevistas abiertas, semi dirigidas, efectuadas entre Marzo y Junio de 1999.

El contacto inicial fue efectuado vía telefónica, en el mismo se pautó día, hora y lugar de la entrevistas, tiempo de duración, finalidad y temática implicadas en la misma.

Concretado el encuentro se estipuló en primer término el contrato de entrevista en lo referido a : uso de grabador, anonimato, posibilidad de acceder a la entrevista desgrabada y posibilidad de un nuevo encuentro en caso de que el primero resultará insuficiente en cuanto a la calidad y cantidad de contenidos explicitados.

En términos generales se registraron actitudes de apertura, amabilidad e interés por parte de las entrevistadas. El tiempo de duración oscilo entre los 45' y 60' y, como se explicitó anteriormente, fueron efectuadas por ambas investigadoras.

Sólo en dos de los caso (1 y 5) fue necesaria la concresión de un segundo encuentro. La solicitud de la entrevista desgrabada fue efectuada por tres entrevistadas, señalándose que ninguna de ellas efectuó cambios u objeciones respecto del contenido de las mismas.

En lo relacionado con los fenómenos contratransferenciales puede decirse que las entrevistadoras experimentaron la suficiente libertad y comodidad tanto como para efectuar preguntas, como para profundizar en determinados contenidos que resultaban significativos a los fines del posterior análisis.

El interjuego de las actitudes de ambas partes favoreció la emergencia de contenidos sumamente ricos y significativos como para llevar a cabo el análisis previsto.

Resulta oportuno señalar que la cantidad y calidad de los datos obtenidos superó ampliamente las expectativas iniciales de esta investigación.

d) *Fuente de datos secundarias*: las entrevistas realizadas en el marco de la Tesis "Tratamiento de Terapia Ocupacional en Demencia", (1996) fueron utilizadas como fuente secundaria de datos. Por un lado, el contenido de las mismas efectuó un aporte para la caracterización de la muestra estudiada; por otro, revelaron la estabilidad de las distintas formas de comprender, explicar y abordar la Demencia, dado que lo recabado en aquella oportunidad guarda, en algunos aspectos, gran similitud con lo obtenido en esta Tesis.

e) *Análisis, elaboración e interpretación de los datos*: en primera instancia se llevó a cabo la lectura analítica de cada una de las entrevistas, efectuándose la descripción de aspectos objetivos y subjetivos de cada concepción en particular. Dicho análisis posibilitó identificar una serie de "categorías" posibles de ser analizadas exhaustivamente y cuya exposición dará cuerpo a las conclusiones de este trabajo de investigación.

Dichas categorías concentran todos aquellos contenidos de índole objetiva y subjetiva, relacionados con:

- ✓ la Demencia.
- ✓ el paciente demente.
- ✓ el abordaje terapéutico del paciente demente.
- ✓ el marco teórico optado.

De esta forma, y dado el carácter cualitativo de esta investigación, las conclusiones parten del hallazgo de puntos en común a lo largo de las ocho entrevistas, y que, en su conjunto, permiten el establecimiento de tendencias en la forma de concebir la Demencia en Terapia Ocupacional.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.

"Concepciones de Demencia en Terapia Ocupacional ¿Teoría o sentido común?"

El análisis e interpretación de los datos recogidos nos revela cómo un conjunto de significaciones atribuídas a la Demencia interjuegan de manera tal que ésta queda claramente objetivada en un discurso que corresponde al modelo médico. De esta forma, las definiciones, explicaciones y caracterizaciones de la Demencia implican que la misma constituye una enfermedad atribuible a una causa orgánica localizada a nivel cerebral. Tal causa actúa produciendo un conjunto de síntomas observables y medibles que, agrupados, posibilitan el proceso diagnóstico. Éste, a su vez, permite emitir un criterio pronóstico.

Las entrevistas analizadas exponen la articulación de una serie de conceptos objetivo-teóricos que definen la Demencia a partir de: deterioro, funciones cognitivas, atrofia cerebral, irreversibilidad...Así, lo central de la patología es considerado desde la perspectiva de lo biológico deficitario omitiéndose toda referencia a la intervención de factores psicológicos y sociales en el desencadenamiento de la misma.

La definición que claramente emerge del discurso de las entrevistadas es aquella que afirma que la Demencia constituye un deterioro cognitivo progresivo e irreversible.

"...Involución, deterioro. Esas dos palabras...la definen..."

"Para mi la más correcta es... eh... la del deterioro irreversible y progresivo de las funciones (...). Más como cuadro orgánico...porque a veces pese a toda la estimulación, pese a la medicación, pese, hay una, eh, para mi hay una evolución que es irreversible..."

"¿Qué es la Demencia? Para mi todo el deterioro... esa ... la atrofia cerebral que tiene (...) la persona, con todos los síntomas que van apareciendo ... atención, memoria... toda la parte... de ... la no respuesta a estímulos..."

"...una vez que la Demencia se instaló y se deterioraron células y se alteró la memoria y se alteró la atención, es irreversible todo eso..."

"...Es una cosa como decir "que cosa el cerebro" ¿no?". El deterioro del cerebro, no poder llegar a ver qué es lo que está pasando, (...). Entonces digo: "lo que es el deterioro cerebral" y digo"¿qué es mejor: el deterioro físico o el deterioro cerebral?" ... ".

"...yo creo que tiene una base orgánica, tiene una base orgánica, este... básicamente orgánica..."

A lo largo de las entrevistas puede observarse cómo el discurso va perdiendo sustento en lo objetivo, emergiendo, como contrapartida del deterioro y la irreversibilidad, la noción de pérdida para dar cuenta de lo central de la patología desde la perspectiva de lo subjetivo-irracional. En este contexto "pérdida" emerge como núcleo en el cual se van entrelazando signos y síntomas de un hombre que va perdiendo la condición de tal.
Es así como un amplio abanico de pérdidas se abre frente a la caracterización de la Demencia, que al ser enfocada desde un posicionamiento subjetivo, deviene en aquello que más impacta a nivel personal. En tanto este impacto opera desde lo personal, con lo histórico-individual que ello supone, la noción de pérdida adquiere matices diferentes y recae sobre diversos aspectos inherentes al ser humano.

"...Te va generando la angustia del deterioro y la pérdida porque sabés que es un camino irreversible, pero bueno... lo vivís desde ahí..."
"Bueno, para mi es una enfermedad que... te llega a un punto de la degradación de la persona terrible (...) entonces es como que te vas perdiendo todo, la esencia de la persona la vas perdiendo toda..."
"Lo que me impacta mucho es eso... que el rol social que siempre tuvieron he ... se pierde y que... lo ves que hay un registro o un intento de seguir haciéndolo y una imposibilidad de mantenerlo... Eso es lo que más me impacta..."
"... va perdiendo, va perdiendo, continuamente... ¡las cosas de la vida!. Entonces dejan de caminar porque se olvidan, dejan de comer porque se olvidan y después terminan con una sonda nasogástrica porque no saben deglutir..."
"...Me impacta...eso...el deterioro y (...) la pérdida de... si se quiere..., de identidad..."
"...Por ahí me queda esta cosa de pérdida de los símbolos, de la palabra, del lenguaje, esa falta ¿no? Donde el otro vos lo ves que quiere decirte, quiere comunicarse y estee... no puede encontrar estee... las palabras ¿no?. (...) y después, bueno, no puedo separar el deterioro físico ¿no?. (...) pero esa pérdida de cuerpo no puedo dejar de... Esa pérdida de cuerpo y esa aparición de marcas. Porque se caen..."

La supremacía de lo subjetivo se evidencia también cuando ante el terapeuta aparece un sujeto demenciado a tal punto que sólo es posible pensarlo en términos de aspectos emocionales y afectivos intactos. Es el paciente demente, quizás en enfadio terminal, el que evidencia la ineficacia de la teoría. Así, el terapeuta ya no puede utilizar elementos del orden de lo teórico-objetivo para decodificar el suceder de la patología. La supervivencia de lo emocional deviene, entonces, en la última estrategia para dar cuenta de aquellas reacciones del viejo demente que escapan a la explicación organicista de la Demencia.

"...El paciente con este tipo de enfermedad, cuando ya pierde por ejemplo lenguaje, pierde la marcha... eh... Como que empieza a exteriorizar solamente lo emocional..."
"...Nosotros tenemos en cuenta que el paciente con el Mal de Alzheimer lo último (o pacientes con enfermedades no tratables, con Demencias no tratables), saber que lo último que va a perder es la parte emocional."
"...Es como el deterioro ¿no?... Una pérdida de todo... Pero ¿ves? Yo no te diría la pérdida de afecto. Es como que ellos, lo afectivo, lo conservan".
"...porque ellos dicen que el Alzheimer o la Demencia ya en estado grave pierde todo el contacto. Y yo sigo insistiendo que la parte afectiva no se pierde, en ningún momento, por más que el paciente ya no hable, esté sentado en un sillón o tirado acostado en una cama, la parte afectiva del paciente no se pierde..."

La caracterización del paciente demente emerge en el contexto de expresiones discursivas que revelan la existencia de dos claras tendencias:
Por un lado, es posible referirse al paciente a partir de elementos aportados por la semiología y, en virtud de la influencia del modelo médico, sólo cabe que sea caracterizado como carente de potencialidades, confuso, desorientado, lento... Esta tendencia evidencia que en el interjuego de lo objetivo y subjetivo, es el primer aspecto el que prevalece.

"...Confusión, o sea, en estado, el paciente demente en estado es... está confundido, desorientado, he... angustiado... Con pánico muchas veces también (...) hasta escindido en algunos casos..."
"...Cuando empieza el paciente con olvidos ¿si?, que es una de las principales eh... fallas (...) algunos empiezan con ese primer síntoma, con el olvido, con la desorientación témporo-espacial. Otros pueden iniciarse por el... por una falta de, o un descuido de la persona (...) que lo ves más lento, lento en las respuestas cuando vas trabajando, lento en la capacidad de razonar o de responder..."

Por otro lado, el demente es descripto y caracterizado mediante expresiones cargadas de subjetividad, donde los contenidos teóricos son desdibujados y reemplazados por lo empírico, anecdótico e irracional.

"...Y bueno. Son como entes orgánicos que circulan..."
"...Explicarle a las otras personas que a pesar de toda esa degradación sigue siendo una persona, que no se puede tratar así. (...). El resto de los pacientes termina tratando al paciente como lo están viendo, como que no es nada, que no es nada, que no sabe quién es, ni quiénes son ellos, ni dónde están, si tienen 5 años, si tienen 30..."

"...Pero no son nada... nada... son pedazos de carne... Es un cuerpo... nada más ... Es un cuerpo... Yo me imagino... adentro... las cabecitas... el cerebro todo, todo, todo... todo... pisado ¿viste?, todo triturado..."
"...Yo siempre digo que están dormidos con los ojos abiertos..."
"...y vos lo ves en este momento es nada, no tiene lenguaje, nada. Pero hay algo en la mirada cuando la señora se le acerca y lo toca".

Es oportuno señalar en este punto que las tendencias identificadas en relación a la caracterización del paciente demente, presentan un punto en común :
El paciente demente, deviene en su descripción en un conjunto de síntomas, trastornos y fallas.
Descontextuado de su historia y de los aspectos psicodinámicos implicados en su cuadro psicopatológico, es caracterizado a partir de todo aquello que para él ya no es posible.
Puede decirse entonces, que las descripciones de patología y paciente se encuentran íntimamente relacionadas, al devenir ambas de la visión reduccionista que enfatiza lo negativo y deficitario.
En función de la perspectiva desde la cual se comprenden patología y paciente -en la cual lo objetivo y subjetivo interjuegan- el abordaje terapéutico de aquél se estructura en base a la premisa primordial de evitar mayor deterioro. Para tal fin, la estimulación surge como elemento central de lo terapéutico y, si el grado de deterioro lo permite, a partir de una modalidad de abordaje grupal.

"...Yo creo que estimular. La palabra es estimular... tratar de estimular los procesos que quedan... sanos. Mantener."
"...Pero yo creo que en Demencia, todo es estímulo, todo es estímulo..."
"...y siempre estimulando la conservación de todas las funciones (...). Es decir, mantener la funcionalidad en todo, por supuesto va a depender del .... momento de Demencia en el que se encuentre".
"Generalmente hacemos este trabajo así, grupal o con un psicólogo o cuando tenemos practicantes; entonces, bueno, a partir de las practicantes podés trabajar un poco más todo lo que es trabajo de grupo".
"Yo te digo como trabajo la Demencia, de acuerdo al grado... eh... Generalmente trato de que la Demencia moderada se integre al grupo de demencias leves o de autoválidos... porque lo que se necesita es (...) la estimulación cognitiva para tratar de retrasar el cuadro..."
"...También tener en cuenta en los objetivos si es un tipo de Demencia que va a ser reversible o que tiene posibilidad de reversibilidad o si es un tipo de Demencia irreversible, donde vos vas a procurar eh... detener o enlentecer la evolución de ... los trastornos de la patología".

"Frenar ese deterioro, como mantenerlo, no lograr un cambio, pero si evitar eh... mayor complicación, o mayor deterioro. Para mi la función fundamental es, eh... evitar mayor deterioro en todas las funciones".
"Te proponés objetivos muy, muy a corto plazo, porque sabes como esto es progresivo (...) no vas a llegar demasiado lejos, al contrario, por ahí vas a estimular y vas a tratar de mantener lo que está, pero se sobrevienen después otras cosas".

A medida que el cuadro psicopatológico se acentúa, la propuesta terapéutica se torna más individualizada, a la vez que es planteada ya no en términos de estimulación sino de afecto, cariño y contacto personal. La contención y el cuidado que se dispensan al demente fluctúan entre la contención terapéutica y la protección afectiva. La relación cara a cara, la palabra, la caricia, el contacto, lo humano todo adquiere -sin sustento teórico- validez y eficacia mayor que cualquier otro recurso terapéutico.
El contexto discursivo en el cual quedan planteadas estas expresiones da cuenta de cómo aquellos elementos teórico-objetivos se diluyen en pos de una subjetividad predominante. Al mismo tiempo, este hecho permite establecer un correlato entre el declinar de la objetividad del terapeuta y la evolución de la patología. De este modo, a mayor deterioro, más elementos subjetivos e irracionales surgen en el discurso de las entrevistadas.

"...Entonces, muchas veces el acercarnos desde lo afectivo, desde lo emocional, en forma individual porque acá el grupo ya te es imposible poder integrarlo..."
"...En la medida que podés lo vas incorporando en otros grupos donde vos tenés personas en mejores condiciones que a su vez te van ayudar en la estimulación; a medida que aparece mayor compromiso, bueno, el tratamiento se hace más individualizado".
"...lo emocional pasa por ahí. Poder conocer que el paciente lo último que pierde van a ser esas cosas y poder contenerlo y brindar desde nuestro afecto o poder mantener nuestro vínculo aunque el paciente no nos responda".
"...Yo siempre creo que todo lo que tiene que ver con un acercamiento eh... de alguien que aunque sea participe en su estado de Demencia total, he... no sé, de la palabra, de la sonrisa, del... de la caricia, del contacto... hay una buena respuesta, a pesar del nivel de Demencia existe una respuesta, de ahí que, bueno, me parece sumamente válido todo intento".
"...y después aunque sea yo trabajo mucho lo que es el contacto personal con la demencia avanzada... mal dicho "franeleo". Que se mantenga el contacto".
"Aparte de la actividad propia que llega un momento que no pueden hacer, la estimulación personal, afectiva, como quieras llamarla..."

Con respecto a los aspectos técnicos de la estimulación, se observa la tendencia a instrumentar una amplia variedad de actividades para tal fin.
En función del análisis realizado se encuentra una prevalencia de actividades de estimulación cognitiva y corporal, lúdico-recreativas, manuales y de la vida diaria.

"...A los grupos de movilización física, estimulación psico-motriz, a esos fundamentalmente y por ahí se incluyen en alguna actividad lúdica- socializante sencilla...."
"Estructurábamos actividades fundamentalmente de estimulación cognitiva, de recuperación de esquemas de memoria, de atención..."
"Digamos, lo que se hace es trabajar desde Terapia por la conservación tanto de lo que son las funciones de la alimentación, que siga comiendo solo, que siga cortando solo, hasta que se siga vistiendo solo, se siga desvistiendo solo".
"...generalmente lo hago después de un trabajo corporal. O sea, empezamos con movilización general y luego, así como quedamos seguimos trabajando, ... todo lo que es cognitivo y para estimular un poco el diálogo entre ellos (...) después todo lo que es a.v.d, lo trabajo con respecto a sus pertenencias..."
"(...) de acuerdo a cuál es el rendimiento cognitivo van a ser distintos... distintos ejercicios. Se van a plantear distintas estrategias... Pero el resto de las actividades se integran en todas, lo que es movilización, lo que es recreación, arreglo personal, teatro".
"Las actividades son todas las que ... estee...se pueda estimular las capacidades que ... estee... que puedan ser estimuladas, los procesos psicológicos, (...) el desarrollo... la capacidad cognitiva (...), distintas actividades, pero siempre tiene que ser bastante recreativo..."
"...Todo lo que sea estímulo, todo lo que pueda ser gratificante, por ahí... es algo sencillo, pero... El otro día, por ejemplo... estábamos haciendo un collage con un grupo muy heterogéneo, pero que estaba... una de estas señoras con Demencia y estaba sumamente gratificada...".
"Entonces las instancias van desde actividades físicas, culturales, artesanales, estimulación de funciones cognitivas para un grupo más deteriorado, otros no tanto, estee... actividades recreativas, caminatas".

El vínculo terapeuta- paciente demente es definido a partir de una terminología que nada tiene que ver con la teoría o, dicho en otras palabras, se registra una tendencia que da cuenta de la dificultad para conceptualizar una relación cuya esencia radica en que transcurre en un contexto terapéutico... Surgen, entonces el afecto, relación personal, lazo afectivo... para definir, explicar y caracterizar este concepto.
Siendo el vínculo terapéutico caracterizado en función de los afectos surgidos en dicha relación, resulta válido destacar que estas cargas afectivas extremas son planteadas en términos parciales, divalentes , y a su vez que la posibilidad de

vínculo sólo es reconocida cuando estas cargas afectivas son de carácter positivo.

Por otra parte, se desprende del discurso de las entrevistadas que el vínculo terapéutico es entendido en términos unidireccionales, donde las dificultades para establecerlo radican en el paciente demente.

"... ¿Cómo es el vínculo?. En general... es de gran afecto, el que puede establecer el vínculo, tanto sea uno como T.O, el enfermero y demás, es ... de gran efecto en el medio. De lo contrario no existe, o hay una relación afectuosa o hay una relación de rechazo..."

"...para mí... si vamos a lo que es un vínculo, un vinculo real no existe..."

"Entonces por ahí vos te ponés a hablar y hablamos, hablamos, hablamos y ... y parece que hay un vínculo entre nosotras, pero después , cuando ella sale con que a mi me conoce desde que soy chiquita, te das cuenta que se está creando algo sobre algo que no existe, porque si ella me conoce desde que soy chiquitita, todo lo que hablamos después : es todo de la nada"

".... y veo que hay un lazo. No sé si me reconoce como persona: yo X. X, Terapista Ocupacional, pero se que hay un lazo afectivo entre él y yo..."

"Generalmente las relaciones interpersonales, están cortadas, no hay demasiado... (...) O sea, por ahí se relacionan con alguna persona pero porque le hace parecer o porque cree que es familiar, (...) O sea, la relación de ellos es pasiva... por ahí es el otro el que se acerca a él... ellos generalmente están (...) más bien aislados de los demás (...) soy yo la que me acerco...".

"(...) en la clínica hay tanta gente... es bastante... el trato es muy ... muy como familiar, (...) algunos por ahí...viste...el corazoncito te (...) te juega una mala pasada, (...) Además , algunos pacientes... por la historia... es como que te da... viste, necesitan ... y... ese afecto.. y bueno... por ahí ... determinadas cosas de distancia... las acortás".

Finalmente, resulta significativo destacar que existe una clara tendencia a no adherir a un modelo teórico especifico para sustentar el quehacer profesional ante el paciente demente. Esta elección se origina en distintas motivaciones que son justificadas desde diferentes perspectivas. De esta manera, cabe preguntarse cuál es el sostén de los conceptos teóricos vertidos en el marco de los diferentes discursos de las entrevistadas.

"(...) por ahí voy tomando elementos de diferentes teorías pero... ninguna, ninguna en especial...".

"No, no, no porque... ya te digo tengo el abordaje corporal que es un grupo de movilización física muy simple, con un reconocimiento corporal... y la otra parte es una actividad lúdica que... que es... recreativa... es lúdica, nada más, no tiene ningún...ningún...he... cómo explicarte..."

"No tengo un modelo y digo me baso en esto y evalúo a partir de esto. No. Evalúo a partir de la realidad que tengo, porque me parece que todo lo demás es demasiado idealista..."

"Yo no me baso mucho en lo que dice uno y sigo, lo que dice otro... y lo sigo. Ya te digo, yo me baso mucho en el sentido común, en el paciente, en las características de él y de ahí saco, voy sacando un poquito de cada lado (...) la persona es única y un método general por ahí no te resulta".

"(...) ¿Sustento teórico? O sea, desde Terapia Ocupacional decís vos? (...). No... o sea, toda la parte de teoría es (...) toda la bibliografía que se ha consultado en cuanto a Demencia en general, pero no hay un sustento viste he... concreto. (...) pero no, en cuanto a teoría no hay algo mágico que te diga esto, que acá vas a tener... no, no hay. Y menos desde Terapia Ocupacional".

"(...) Sustento teórico...¿En cuanto a Terapia Ocupacional? ¿O la patología? ...Nosotros nos manejamos con la bibliografía clásica de psiquiatría y con el D.S.M IV para los criterios diagnósticos (...) Después, de la Terapia Ocupacional, la verdad que no, no (...). Yo uso lo que venga. En determinadas situaciones estee, me sirve esto y lo uso y después me sirve lo otro. No... no... no tengo algo que diga... con esto estoy... totalmente de acuerdo..."

"Yo la verdad es que estoy bastante apartada de los libros (...) me manejo bastante con la intuición...".

".... y, no te puedo decir marco teórico, porque por ahí, viste, esto de... mucho marco teórico, podés tener mucha teoría, (...) pero cuando estás enfrente del demente... usás cualquier cosa, absolutamente cualquiera menos lo del marco teórico que tenés, (...). Y yo no . Hay lugares acá donde sí, tienen todos los libros, los test y las cosas y los viejos se mueren igual y tienen la misma Demencia que los que están acá..."

BIBLIOGRAFÍA:

- ANDER- EGG, EZEQUIEL; "*Técnicas de investigación social*"; 2º edicción; Edit. Humanistas; Bs As.

- MARTINEZ MÍGUELES, MIGUEL; "*La investigación cualitativa etnográfica en educación: Manual Teórico-práctico*"; Trillas; México; reimpresión 1997.

- POLIT, D; HUNGLER, B.; "*Investigaciones Científica en Ciencias de la Salud*" 4º Edición; Edit. Interamericana. MC. Graw -hill; México 1995.

- RUIZ OLABUENAGA, JOSÉ; ISPIZUA, MARIA A.; "*La descodificación de la vida cotidiana: Métodos de investigación cualitativa*"; Universidad de Deusto; Bilbao; 1989.

- TAYLOR, S . J; BOGDAN, R; *"Introducción a los métodos cualitativos de investigación";Editorial Piados; 4º reimpresión; 1998; Buenos Aires.*

CAPITULO 5

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Es a partir de este trabajo de investigación que hemos podido arribar al conocimiento de las concepciones de Demencia de estas ocho Terapistas Ocupacionales; como así también encontrar algunas de las respuestas a los interrogantes que dieron origen a este estudio. Así mismo, hemos hallado la posibilidad de repensar no sólo nuestros conocimientos teóricos acerca de la Demencia, sino también, y especialmente, la realidad de esos viejos dementes que en toda institución geriátrica y psiquiátrica existen.

Por otra parte, encontramos que estas concepciones se articulan e interjuegan con otras que, si bien exceden los alcances de este estudio, será oportuno señalar: nos referimos a concepciones de hombre, salud, enfermedad y actividad en Terapia Ocupacional.

El análisis e interpretación de los contenidos obtenidos deja al descubierto una clara relación entre la forma es que es concebida la Demencia y el tratamiento implementado.

Podríamos pensar entonces, que a una tendencia organicista para la comprensión y explicación de la Demencia le corresponde un abordaje que tiende a retrasar o disminuir la sintomatología manifiesta y observable.

Sin embargo, podría pensarse que las técnicas implementadas, guiadas por la búsqueda de detener la progresión del deterioro, carecen de sentido si no se dispone de una estrategia que contemple la utilización terapéutica de los resultados obtenidos.

Dado que no ha sido explicitado por ninguna de las entrevistadas, cabe aquí un primer interrogante:

Si una de las características inherentes a la vejez, normal o patológica, es el surgimiento de la reminiscencia, ¿Qué sucede cuando ésta, estimulación mediante, emerge en el discurso del viejo sin encontrar un interlocutor válido?

Seguramente, esta postura ante la Demencia, remite a un posicionamiento más abarcativo y complejo que, en este caso podríamos pensar como enraizado en el modelo médico y probablemente relacionado con:

a) Una concepción de salud- enfermedad que entiende la salud como ausencia de enfermedad y lo enfermo desde el conjunto de signos y síntomas manifiestos .Aquí , queda implícito la desconsideración del Sujeto que ha enfermado y, por ende, de las singularidades históricas que hacen que su proceso de enfermar sea único y particular.

b) Una concepción de hombre donde éste deviene en máquina, en un conjunto de engranajes que puede presentar algún desperfecto. En el caso del demente, esta máquina evidencia un funcionamiento defectuoso ocasionado por el deterioro a nivel cerebral.

c) Una concepción de actividad: el funcionamiento defectuoso de este hombre –máquina justifica la utilización de actividades con el fin de

que produzca más y mejor. Así, el empleo de las mismas enfatiza el producto final, quedando relegado el proceso de ejecución .

Quizás se imponga como necesario rever críticamente aquellas ideologías que subyacen a este posicionamiento, ya que hasta aquí es claro que las diferencias entre las formas de llevar adelante el ejercicio profesional, no radica en la incompatibilidad de los marcos teóricos optados, sino más bien en actitudes profesionales y posicionamientos distintos.

La salud y la atención de la salud constituyen un problema social y, por ende, político e ideológico.

Sin embargo, es claro también que este análisis supone trascender la especificidad de la práctica profesional con el demente para reflexionar acerca de lo que se imparte como conocimiento durante el proceso de formación.

Un Sujeto demenciado surge ante quien ejerce el rol de terapeuta como una de las expresiones más claras y movilizantes de locura. Su continua trasgresión de las leyes del tiempo y el espacio , su inquietante confusión de escenas y escenarios, de nombres y personajes remite a aquello que carece de toda lógica y todo orden.

Especialmente porque este viejo no devuelve la imagen que prevemos y necesitamos que devuelva. Cuando un viejo demenciado nos dice que nos conoce desde que somos pequeñas, o pretende integrarnos a su grupo familiar aseverando que somos su nieta, trastoca toda lógica, nuestra imagen de terapeutas, y con ella, nuestra identidad profesional.

Resulta necesario, entonces, encontrar palabras que permitan pensar objetivamente a este sujeto que nos contradice permanentemente con su desorientación.

La teoría es quizás, un camino privilegiado para encontrar algunas respuestas. Ella nos provee de herramientas conceptuales que posibilitan significar la realidad, no desde la perspectiva de nuestra subjetividad sino desde una óptica más objetiva. Al mismo tiempo, jerarquiza nuestra praxis tornándola científica y profesional, tanto en sus aspectos técnicos como éticos.

Sin embargo el análisis e interpretación efectuados da cuenta de que aquellos elementos del orden de lo objetivo-teórico vertidos en las entrevistas carecen de un sólido soporte conceptual, ya que no remiten a un modelo teórico especifico y acorde con lo planteado, sino más bien parecieran ser producto de reelaboraciones y reinterpretaciones efectuadas desde la subjetividad.

La teoría es obviada, y con ella, la estructura conceptual que sostiene y avala las técnicas específicas de abordaje instrumentadas.

¿Qué es lo que lleva, entonces, a un terapeuta a subestimar las palabras que la teoría ofrece para explicar el suceder de un demente? ¿Supone este terapeuta que la complejidad implicada en la Demencia requiere sólo del sentido común para su entendimiento? Ante una expresión tan clara de falta de cordura ¿queda atrapado en la irrealidad en la que el demente transcurre? Por otra parte, emerge como significativo que procedimientos propios de la Terapia Ocupacional sean subestimados y desconsiderados como base teórica del quehacer profesional. Puede pensarse entonces que la implementación de la actividad se transforma en un hacer intuitivo y de sentido común, etapa que creíamos superada en el marco de nuestra profesión.

El demente desordena la escena terapéutica, haciendo de ésta un lugar de inestabilidad. Haciendo uso de su desorientación temporal y espacial desdibuja un rol al desconocer al terapeuta como tal. Es éste, entonces, el que queda atrapado en la irrealidad de una situación difícil de esclarecer.

Habiendo optado por la empiria, sin el refugio que la teoría ofrece, despliega un abanico de posibilidades terapéuticas que quizás busquen reafirmarlo en la especificidad de su rol.

Sin embargo la ausencia de un soporte teórico que respalde las prácticas con el viejo demenciado, es génesis de contradicciones y paradojas que evidencian las dificultades que este tipo de pacientes plantean.

Es así como frente a una patología catalogada como irreversible y definida desde la negatividad, los objetivos terapéuticos tienden a estimular aquellas funciones que, sin embargo, se sabe seguirán el camino signado por el deterioro.

Por otra parte, se estructura toda una estrategia para el abordaje del demente, mientras que se niegan sus posibilidades vinculares, se lo cosifica, llegando incluso a definírsele como nada.

Estas reflexiones nos conducen a plantearnos nuevas dudas e interrogantes: ¿Sería posible suponer que ante la confrontación con el vacío y la nada que la Demencia presagia resulta más válido y tranquilizador para el terapeuta un hacer sustentado en la empiria y el sentido común que un hacer sustentado en la teoría?

¿Será que este "pedazo de carne" adquiere el matiz de lo siniestro y es necesario, entonces, desubjetivarlo y dedicarse a la ejecución de técnicas y cuidados materiales que involucren menos al terapeuta?

¿O podemos pensar que ante este viejo que tiene " el cerebro todo pisado" y que no reconoce a su terapeuta, éste necesita con urgencia poner en marcha un hacer que lo estimule, pero al mismo tiempo reacomode la identidad profesional trastocada?

¿Qué es lo que lleva, entonces, a un terapeuta a subestimar las palabras que la teoría ofrece para explicar el suceder de un demente? ¿Supone este terapeuta que la complejidad implicada en la Demencia requiere sólo del sentido común para su entendimiento? Ante una expresión tan clara de falta de cordura ¿queda atrapado en la irrealidad en la que el demente transcurre? Por otra parte, emerge como significativo que procedimientos propios de la Terapia Ocupacional sean subestimados y desconsiderados como base teórica del quehacer profesional. Puede pensarse entonces que la implementación de la actividad se transforma en un hacer intuitivo y de sentido común, etapa que creíamos superada en el marco de nuestra profesión.

El demente desordena la escena terapéutica, haciendo de ésta un lugar de inestabilidad. Haciendo uso de su desorientación temporal y espacial desdibuja un rol al desconocer al terapeuta como tal. Es éste, entonces, el que queda atrapado en la irrealidad de una situación difícil de esclarecer.

Habiendo optado por la empiria, sin el refugio que la teoría ofrece, despliega un abanico de posibilidades terapéuticas que quizás busquen reafirmarlo en la especificidad de su rol.

Sin embargo la ausencia de un soporte teórico que respalde las prácticas con el viejo demenciado, es génesis de contradicciones y paradojas que evidencian las dificultades que este tipo de pacientes plantean.

Es así como frente a una patología catalogada como irreversible y definida desde la negatividad, los objetivos terapéuticos tienden a estimular aquellas funciones que, sin embargo, se sabe seguirán el camino signado por el deterioro.

Por otra parte, se estructura toda una estrategia para el abordaje del demente, mientras que se niegan sus posibilidades vinculares, se lo cosifica, llegando incluso a definírsele como nada.

Estas reflexiones nos conducen a plantearnos nuevas dudas e interrogantes: ¿Sería posible suponer que ante la confrontación con el vacío y la nada que la Demencia presagia resulta más válido y tranquilizador para el terapeuta un hacer sustentado en la empiria y el sentido común que un hacer sustentado en la teoría?

¿Será que este "pedazo de carne" adquiere el matiz de lo siniestro y es necesario, entonces, desubjetivarlo y dedicarse a la ejecución de técnicas y cuidados materiales que involucren menos al terapeuta.

¿O podemos pensar que ante este viejo que tiene " el cerebro todo pisado" y que no reconoce a su terapeuta, éste necesita con urgencia poner en marcha un hacer que lo estimule, pero al mismo tiempo reacomode la identidad profesional trastocada?

En base a estas consideraciones podemos entonces remitirnos a lo expuesto en el marco teórico y así pensar que objetividad y subjetividad interjuegan permanentemente en el marco de la concepción de un objeto.
En esta oportunidad concluimos que la tendencia más fuerte es aquella en la cual la dialéctica se inclina hacia lo subjetivo- irracional.
Es necesario esclarecer una vez más que subjetividad nos remite a pensarnos como sujetos productores de significado, más allá de la racionalidad de la teoría, y que este suceder no implica en sí mismo un obstáculo para operar desde el rol del terapeuta. Por el contrario, lo convierte en un proceso de búsqueda constante. Es justamente desde la subjetividad que el objeto de estudio deviene en interesante para cada uno de nosotros y se constituye en el motor que genera interrogantes hacia nuevos caminos de investigación y saber.
Es necesario esclarecer también, que lo riesgoso del permanente interjuego entre objetividad y subjetividad radica en la imposibilidad de reconocer la influencia de ésta última, quedando obturado todo proceso de revisión y reflexión acerca de lo que cotidianamente se hace en el marco de nuestra profesión.

Quisiéramos cerrar estas conclusiones con una breve reflexión en relación al lugar- no lugar que, en virtud de estas concepciones, adquiriría el viejo demenciado. Como planteamos en la introducción de esta Tesis es él el primero en beneficiarse de la revisión crítica de lo que, como terapeutas, le ofrecemos. Tomaremos palabras de Taylor y Bogdan ya que son representativas de nuestro pensar:

"La desvalorización de la perspectiva de un individuo por considerársela ingenua, simplista, inmadura o sintomática de alguna patología subyacente puede hacer que la investigación sea unilateral y que las organizaciones de los servicios se ubiquen en ámbitos en los que se realizan rituales en nombre de la ciencia. (...) Las categorías de que se dispone para ubicar a los individuos no ayudan pero influyen sobre el modo en que nosotros sentimos acerca de ellos y en que ellos sienten acerca de sí mismos. Cuando presentamos "sujetos" o "clientes" como números o como categorías diagnósticas, no creamos en otros un sentimiento de respeto o de aproximación a las personas sobre las que se discute. Esa manera de ver a los seres humanos no es perversa o innecesaria, pero abarca una sola perspectiva. La importancia excesiva atribuida a esa perspectiva, omitiendo los aspectos subjetivos, distorsiona nuestro conocimiento de un modo peligroso".[1]

---

[1] TAYLOR, S. J; BOGDAN, R; "*Introducción a los métodos cualitativos de investigación*"; edit Paidós; 4º reimpresión ; 1998; Bs. As:

Es posible con el tiempo el ser olvide
o extienda el tiempo al hablar de todo
y quedarse el pensamiento solo
en la noche interminable en el que vive
sin saber quién es o en alguien en que decide.
No es la muerte del ser lo que me inhibe,
sino verme con el tiempo convertido
en un ente intelectual, un ser ausente
sumido tristemente en el olvido.
No es acaso el pensamiento
y no evocar lo aprendido no es olvido.
No es el pensamiento ¿estoy presente?
y la ausencia del saber estar perdido.
Qué le importa para el ser estar presente o ausente
si la noche ha invadido los sentidos
y no atina a comprenderla su destino.
Por eso no es la muerte del ser lo que me aterra
sino la falta de luz del pensamiento vivo.

TESIS

Nombre:

"Concepciones de Demencia en T. Ocupacional"

Autores:

Florentino, Alfonsina
Fritz, Marcela.-

Integrantes del Jurado:

T.O Laura Tejón
Dra Matilde Mires
T.O Paula Maintero

Fecha de defensa: 13-4-00

Calificación: 10 (diez)