

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

1996

Tratamiento de terapia ocupacional en demencia

Antón, Evangelina

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/779>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TESIS DE LICENCIATURA EN

TERAPIA OCUPACIONAL

“Tratamiento de Terapia Ocupacional en Demencia”

Por: *Antón, Evangelina*

Núñez, Claudia

Dirección:

T.O. Soria, Mariana.

Dirección Metodológica:

Lic. Penzín, María Elba.

Mar del Plata. 1996

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Para Alico y Mirta

Queremos manifestar nuestro reconocimiento a los Terapistas ocupacionales que brindaron su tiempo y espacio contribuyendo a la realización de este trabajo.

Un profundo agradecimiento a nuestra directora de Tesis, Mariana Soria que nos alentó desde el inicio, que con sus críticas y sugerencias valiosas nos dirigió como profesional y nos orientó como amiga.

Nuestra gratitud a María Elba Penzín, quien leyó esta Tesis en muchas de sus etapas, asesorándonos y acompañándonos desinteresadamente en la elaboración.

Al querido escritor Ambrosio Saibene y a Claudia Antón por su colaboración.

A la familia Nuñez por el aguante.

A un gran número de amigos que han compartido los momentos del desarrollo de este trabajo brindándonos su aliento.

Finalmente, a nuestros amores, Luciano y Patricio, que con su apoyo y confianza nos acompañaron diariamente.

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| Introducción | 1 |
| Parte I. Aspectos teóricos | 8 |
| Envejecimiento | 9 |
| Aspectos biológicos | 14 |
| Aspectos psicológicos | 16 |
| Aspectos sociales | 23 |
| Aproximación teórica a la Demencia | 27 |
| Institucionalización | 43 |
| Terapia Ocupacional | 46 |
| Parte II. Aspectos metodológicos | 53 |
| Definición de términos | 54 |
| Diseño..... | 58 |
| Sistematización y análisis de datos..... | 62 |
| Parte III. Conclusiones | 96 |
| Bibliografía | 103 |
| Anexo | 107 |

Introducción

¿Qué es la vejez? ¿Qué es la demencia? ¿Qué tipos de tratamientos se instrumentan desde Terapia Ocupacional con pacientes viejos y dementes? Estas son las preguntas que comenzamos a hacernos cuando nos planteamos el presente estudio de investigación.

La realización de prácticas clínicas en geriatría (Hogar Municipal de Ancianos, S.A.T.E., Clínica del Carmen) y en psiquiatría (Clínica Neuropsiquiátrica San Agustín, Clínica Mar del Plata) nos permitió acercarnos terapéuticamente a pacientes dementes, entre otros. En tales acercamientos tuvimos la posibilidad de conocer e instrumentar distintos recursos terapéuticos a través de diversas modalidades de tratamiento desde Terapia Ocupacional, a la vez que nos confrontábamos con la escasa información teórica y técnica recibida desde la unidad académica, en relación con el tema específico que nos ocupa.

La vejez implica una serie de pérdidas y transformaciones que inciden de un modo particular en cada sujeto. Modo de incidencia particular en íntima relación con la estructura de personalidad, la historia vital, y el contexto familiar, institucional y social del cual emerge el sujeto.

“Mas allá de cualquier exceso lírico o pesimista, preciso es reconocer que existen vejez lograda, otras que los son menos, sin hablar de las inexistentes en razón de un fracaso en el mantenimiento de la vida, pues vivir viejo es ya en sí una forma de triunfo. Cabe interrogarse sobre la variedad de aptitudes individuales para postergar el cumplimiento del plazo final. Indiscutiblemente, la proximidad de ese vencimiento confiere a esta última fase de la vida lo esencial de sus dificultades. Sin embargo, precisamente porque la muerte existe nos es posible

conocer y sentir la alegría de vivir; es indudable que sin la muerte la vida sería intolerable y perdería su sentido y su gracia”¹.

Sabemos que muchas veces es posible lograr una vejez saludable y feliz, pero también sabemos que en las instituciones geriátricas y/o psiquiátricas abundan viejos con severas patologías, entre ellas la demencia.

Vejez saludable y feliz que nos remite, siguiendo a Péruchon y Thomé-Renault, “ al anciano común, quien vive su edad provechosa sin demasiados dramas ni destellos, cultivando su jardín, atendiendo su casa, ocupándose de sus nietos y bisnietos, delineando a veces su árbol genealógico, viajando...; de la manera más natural del mundo parece hallar su lugar en la cadena de las generaciones: identificándose con los seres amados que lo antecedieron y abriendo el camino a los que le siguen, logra mantener su equilibrio no obstante el peso de los años. Y aún cuando este envejecimiento trivial no lo preserva de la angustia de la muerte ni de la tristeza por la pérdida y separación, estos penosos efectos guardan una dimensión discreta y aceptable tanto para el sujeto como para su entorno; lo cual lo exime entonces de acudir a los centros de atención psiquiátrica”²

No podemos intentar pensar al sujeto viejo, enfermo, demente, sin pensar su historia y aislado del medio. “Pues el medio exterior nunca es totalmente ajeno a la evolución de la demencia de un individuo, demencia, que hallándose separado el sujeto del mundo, será aún más invalidante”³

Si bien la longevidad ha aumentado, también han aumentado los viejos institucionalizados y la demencia ocupa un amplio lugar dentro de la multiplicidad y diversidad de enfermedades posibles de la población añosa.

¿Qué hace la sociedad desde sus instituciones con sus viejos enfermos?

¹ PERUCHON, M. THOME-RENAULT, A. Vejez y pulsión de la muerte. Edit. Amorrortu. Bs.As. 1995. Pag. 27.

² PERUCHON, M.; THOME-RENAULT, A. op. cit. Pag. 10.

³ MANNONI, MAUD. Lo nombrado y lo innombrable. Edit. Nueva Visión. Bs.As. 1992. Pág. 18.

“Una sociedad donde los seres humanos no dan cabida en sus corazones a esos viejos trabajadores ahora improductivos, es una sociedad que ya no tiene poesía, que ya no tiene alma”⁴

Y pensando acerca de la institucionalización a la que el viejo muy frecuentemente se ve sometido señala Mannoni “Lo que se teme es perder la cabeza. Lo que se denuncia es la infantilización a la que se los somete. La ergoterapia gusta, pero más de uno quisiera ganar algún dinerillo, aunque sólo fuese para concurrir al bar de al lado del hospicio, que representa un auténtico lugar de vida en el que uno se divierte... aunque se trate del único lazo con el mundo exterior”. Y analizando un contexto institucional particular, retoma afirmaciones de Weinstein y Docher en su libro “Historia de Louise”, señalando, “(...) la visión de la ergoterapeuta, por caricaturesca que sea, presenta la verdad bajo una luz mucho más pesimista. Para ella los ancianos son larvas, y los hace responsables de su desgracia. Ella, que es de origen proletario, identifica con el subproletariado a los enfermos de que se ocupa. En su relación con ellos se conduce como si tuvieran éstos un poder de vida o muerte. Posee una concepción jerárquica de su función, desprecia al “pequeño personal ignorante”. Ningún sentido de la convivencia sino una concepción absolutamente burocrática de un oficio centralizado en la obligación de hacer, dentro de un contexto donde la sordera a la palabra del otro es total”⁵

Mas allá de la postura que nos muestra Mannoni en un contexto particular, podemos observar distintas concepciones y posiciones en relación con el sujeto anciano, el anciano enfermo de demencia y las posibilidades de tratamiento en la práctica institucional.

⁴ Idem. Pág. 54.

⁵ Idem. ibid.

En un intento de aproximarnos y conocer las diversas prácticas institucionales desde Terapia Ocupacional con viejos dementes, nos planteamos este estudio.

La Asociación Americana de Terapia Ocupacional enumera objetivos y funciones de T.O. en geriatría:

“El objetivo de Terapia Ocupacional es agregar vida a los años y no años a la vida “

- Proporcionar esperanza y un sentimiento de amor a la vida.
- Ayudar a convencer a los pacientes que ellos son queridos y que aún son útiles.
- Desarrollar hobbies en base a las experiencias y capacidades del anciano.
- Proporcionar actividades para ayudar a establecer un sentimiento de bienestar.
- Proporcionar actividad física motivada para mantener la fuerza muscular y resistencia física.
- Ayudar a prevenir la invalidez.
- Favorecer la circulación cuando es indicado por el médico.
- Estimular el cuidado de sí mismo.
- Planificar un programa para todo el día; ayudar al paciente a vencer el letargo de la rutina hospitalaria.

Los terapeutas ocupacionales de Zito y Righetti afirman:

“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...”

“T.O. es esencial para el anciano, pues como todos sabemos la actividad implica vida y el anciano se quedó sin la actividad laboral que realizó durante toda su vida”⁶

⁶ C.O.L.T.O.P. Terapia Ocupacional en Salud Mental. Cap. V. Gerontopsiquiatría. Bs. As. 1988. Pág. 140.

Alberta D. Walker presta una particular atención desde Terapia Ocupacional en geriatría a los siguientes aspectos: en primer lugar, a las condiciones sociales de los individuos ancianos, que tendrán influencia sobre la clase de tratamiento; en segundo lugar, sobre el papel del paciente y del terapeuta que interviene en el programa de tratamiento.

Frente al anciano enfermo de demencia, la terapeuta ocupacional Magalí Risiga, cree que 'el lugar de la T.O. en el tratamiento de pacientes dementes es el de la continencia y del incentivo en la estimulación a través de lo lúdico. Tal vez por los mismos rasgos regresivos, por sus desinhibiciones y "desprejuicio", el anciano dementizado permite que en la relación con el T.O. haya espacios para el juego. Y si en esta relación es posible jugar situaciones conflictivas, se habrá logrado un paso importante"⁷

En el Servicio de Asistencia a la Tercera Edad (S.A.T.E.) los objetivos de Terapia Ocupacional con esta patología son:

- Favorecer y mantener la independencia del paciente.
- Estimular las capacidades neuromusculares y cognitivas.
- Favorecer la interacción e integración grupal.

Trabajando para el logro de los mismos, con grupos abiertos, en un encuadre preestablecido, en programas de un año de duración, con modalidad ambulatoria.

En la Clínica Neuropsiquiátrica San Agustín, Miramar, la Terapeuta Ocupacional afirma:

"Si bien es sabido que el daño neurológico existe, de la interacción dialéctica entre el sujeto, el otro y el contexto inmediato y mediato dependerá el

⁷ C.O.L.T.O. Terapia Ocupacional, el camino del hacer. Gerontes. La T.O. en el tratamiento de las demencias. Bs.As. 1991. Pág. 133.

destino de ese sujeto con demencia. Desde éste lugar se podría pensar una cuestión terapéutica y no desde la estimulación de funciones cognitivas...”⁸

Entendemos que, el tratamiento desde Terapia Ocupacional con pacientes dementes es un lugar de encuentro entre paciente y terapeuta que da marco a un abordaje con recursos terapéuticos específicos en el que se contempla la complejidad que suponen las peculiaridades individuales.

Es en este contexto que queda abierto nuestro interrogante:

¿Qué tipo de tratamientos de Terapia Ocupacional se instrumenta actualmente con pacientes dementes institucionalizados en geriátricos y/o psiquiátricos de la Ciudad de Mar del Plata?

Realizamos esta investigación para :

Objetivo General:

- Describir las modalidades de tratamiento aplicados desde Terapia Ocupacional con pacientes dementes institucionalizados.

Objetivos Específicos:

⁸ SORIA, Mariana. Ficha de Práctica Clínica. Miramar. 1993.

- Analizar y comparar las distintas modalidades de tratamiento, contribuyendo al desarrollo de técnicas específicas de abordaje desde Terapia Ocupacional en relación a los datos obtenidos
- Conocer el modelo conceptual más frecuente de Terapia Ocupacional en Mar del Plata desde el cual es comprendido el paciente con diagnóstico de demencia.
- Caracterizar aspectos de la situación actual del paciente demente institucionalizado, en relación al modelo conceptual y el tratamiento aplicado desde Terapia Ocupacional con mayor frecuencia.
- Caracterizar el estado actual de Terapia Ocupacional en relación a la instrumentación de técnicas terapéuticas específicas, con pacientes dementes institucionalizados en geriátricos y/o psiquiátricos de la Ciudad de Mar del Plata.

ASPECTOS TEÓRICOS

ENVEJECIMIENTO

“Es comprensible que insistan en medirnos con la misma vara con que se miden a sí mismos, sin recordar que los estragos de la vida no son los mismos para todos y que la búsqueda de la identidad propia es tan sangrienta como lo fue para ellos. La interpretación de nuestra realidad con esquemas ajenos sólo contribuye a hacernos cada vez más desconocidos, cada vez menos libres, cada vez más solitarios...”

Gabriel García Márquez.

A los fines de estudio trataremos de delimitar de manera clara y precisa el modelo conceptual teórico a partir del cual comprendemos: por un lado, la problemática del anciano con patología demencial y sus particularidades dentro de un contexto institucional, y por el otro, el proceso terapéutico a instrumentar desde Terapia Ocupacional con pacientes demenciados internados en instituciones geriátricas y/o psiquiátricas.

El estado de enfermedad es observado en un importante sector de la población de gerontes o ancianos, y la demencia ocupa un amplio lugar dentro de la multiplicidad y diversidad de enfermedades posibles en esta población. Es importante remarcar que el anciano demente es un hombre anciano, con su historia e individualidad, que atraviesa un estado de enfermedad.

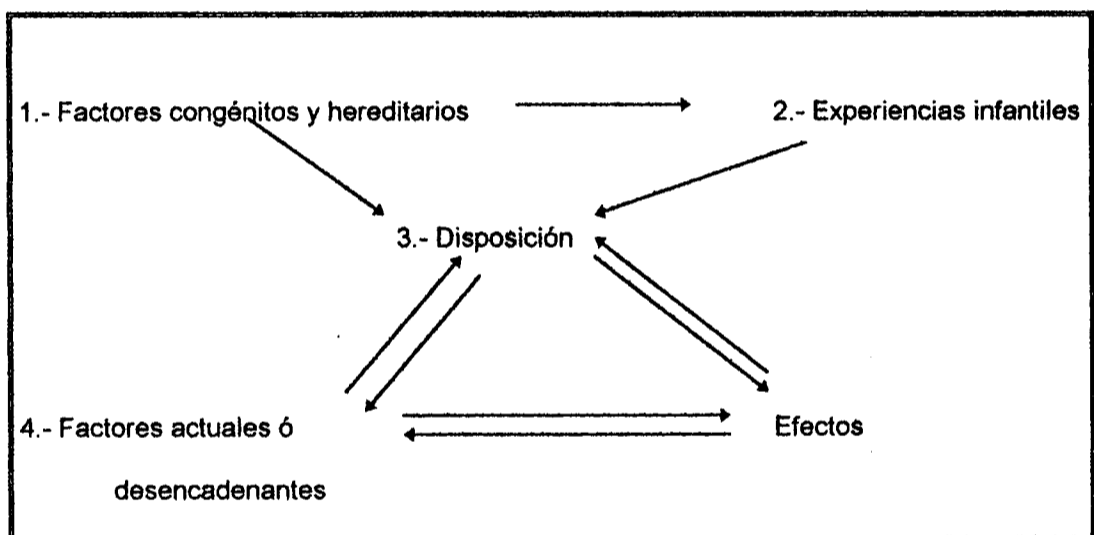
Por ello, consideramos necesario comenzar delimitando conceptualmente la postura desde la cual comprendemos al hombre y su conducta, y desde ahí entender el estado de enfermedad en un hombre anciano.

La conducta es el conjunto de manifestaciones del sujeto en una situación total. Es una manifestación unitaria del ser biopsicosocial en situación, y no puede aparecer ningún fenómeno en ninguna de las áreas de conducta (mente/cuerpo/mundo externo) sin que implique un compromiso de las otras dos.

Es decir, la conducta siempre compromete la tres áreas de expresión aunque predomine una de ellas.

En este sentido, la conducta es entendida como el resultado de la dialéctica del ser humano con el medio, en un momento histórico-social determinado.

“El psicoanálisis ha privilegiado el encuadre histórico-individual (psicosocial); en éste, la historia es una explicación del presente por el pasado; más especialmente, del presente adulto por el pasado infantil. Para entender la operatividad de este concepto hay que recurrir a la formulación de las series complementarias (Freud, 1916). En ellas hay tres series de causas que no actúan independientemente, sino que, en realidad, lo que actúa es la resultante de su interacción (Bleger, 1963)⁹”.



Series Complementarias¹⁰

“La idea de la serie complementaria se afirma con máxima claridad en las LECCIONES DE INTRODUCCIÓN AL PSICOANÁLISIS 1916-1917. Al

⁹ SALVAREZZA, Leopoldo. Psicogeriatría, teoría y clínica. Editorial Paidós. Bs. As. 1991. Pág 47.

¹⁰ BLEGER, José. Psicología de la conducta. Editorial Paidós, Bs.As. 1984. Pág. 134.

principio ello sucede en relación con el problema del desencadenamiento de la neurosis: desde el punto de vista etiológico, no se trata de elegir entre el factor endógeno, representado por la fijación, y el factor exógeno, representado por la frustración; ambos varían entre sí en razón inversa: para que se desencadene la neurosis, puede ser suficiente un trauma mínimo en el caso de que la fijación sea intensa y viceversa.

Por otra parte, la fijación puede a su vez dividirse en dos factores complementarios: constitución hereditaria y experiencias infantiles. El concepto de serie complementaria permitiría situar cada caso dentro de una serie, según la parte relativa que corresponde a la constitución, a la fijación infantil y a los traumatismos ulteriores.

Freud utiliza principalmente el concepto de serie complementaria para explicar la etiología de la neurosis, pero también puede aplicarse a otros sectores, en que interviene igualmente una multiplicidad de factores que varían en razón inversa entre sí”¹¹

Este concepto (...) “permite entender el desarrollo psicológico de los seres humanos y, en el caso específico que estamos tratando, nos permitirá comprender las particularidades de cada proceso de envejecimiento por la estructura de la personalidad (constitucional+disposicional) y por la acción de los factores actuales que sobre ella inciden, tales como los biológicos y los sociales, y poder determinar en qué momento éstos se convertirán en traumáticos.”¹²

Por lo dicho anteriormente, coincidimos con el planteo de Salvarezza “... cada viejo es el producto de sus propias series complementarias”. Creo que ésta

¹¹ LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. Diccionario de psicoanálisis. Editorial Labor. Barcelona 1981. Pág 400.

¹² SALVAREZZA, Leopoldo. Op. Cit. Pág 48.

formulación tiene la enorme ventaja de proveernos las bases para una adecuada prevención primaria tendiente a producir “mejores envejecimientos”¹³

Antes de introducirnos en el concepto de demencia, trataremos de profundizar los factores biológicos, psicológicos y sociales propios de la senescencia. Estos interactúan con la disposición del sujeto y definen un modo particular en el suceder cualitativo de ésta etapa evolutiva. Este va a ser el terreno sobre el cual va a ocurrir la enfermedad, en este caso la demencia.

La vejez es una etapa evolutiva del ciclo vital que configura un proceso específico, en el cual el sujeto elabora experiencias vitales de transformación que exigen cambios específicos en el yo conservando su identidad en la cadena de generaciones y permitiéndole reafirmar su autoestima en un momento en el que sus capacidades psicofísicas y relacionales comienzan a serenarse.

De ésta manera el sujeto puede abandonar una etapa conocida e ingresar a otra desconocida, caracterizada fundamentalmente por la pesonificación de la muerte; reconociendo sus angustias y contando con recursos para superarlas.

Este proceso de envejecimiento no es uniforme para todas las personas; depende de los factores congénitos y hereditarios, de las experiencias infantiles, de la estructura de personalidad y por lo tanto de qué manera se han superado las etapas de vida anteriores y se elabora la vejez y la muerte.

¹³ Idem. Ibid.

ASPECTOS BIOLÓGICOS

La tercera edad implica al aparición de ciertas características físicas o fisiológicas que son propias de esta etapa sin denotar, necesariamente, signos clínicos de enfermedad.

Se observan alteraciones autoperceptibles de las funciones oculares y auditivas. Pérdida, disminución, y/o modificación de la visión de cerca, disminución del campo visual, disminución de la agudeza visual y déficit en la adaptación a la oscuridad, en lo que respecta a la función ocular. Hipoacusia y sordera en lo que respecta a la función auditiva.

En relación al aparato locomotor se puede observar:

- Diferentes grados de descalcificación ósea: fragilidad ósea; aumento del riesgo de fracturas;
- Desaparición progresiva del cartilago de las articulaciones; lo que limita el movimiento de las mismas por dolor;
- Disminución de la capacidad de rendimiento muscular (fuerza muscular, duración, ritmo y coordinación del movimiento);
- Disminución del tono, de la flexibilidad, y de la masa muscular, por reducción de la actividad de las fibras musculares;

También se producen modificaciones en la anatomía y fisiología del corazón (conllevan a un descenso gradual del rendimiento cardíaco), del sistema respiratorio (descenso de la capacidad vital) y del sistema endócrino.

Se manifiestan alteraciones cutáneas, tales como manchas en la piel, arrugas, falta de hidratación, etc.

Estas modificaciones son consideradas fisiológicas en tanto no derivan en cuadros patológicos definidos y serán vivenciados de modos diferentes según el

sujeto particular que las padece.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

**-”¿Qué te pasa? Te veo medio envarado.
- Nada. Un dolor de cintura.
-Los años, viejo, los años. El hombre astuto despliega a tiempo su estrategia contra la vejez. Si piensa en ella se entristece, pierde el ánimo, se le nota, dicen los demás que se entrega de antemano. Si la olvida, le recuerdan que para cada cosa hay un tiempo y lo llaman viejo ridículo. Contra la vejez no hay estrategia...”**

Adolfo Bioy Casares

Cuando se habla de vejez habitualmente, hay dos hechos que resulta inevitable nombrar: por un lado, hacer el inventario de todo lo que se debilita o se pierde con la edad, la visión, la memoria, el pensamiento, las relaciones sexuales, etc. “Prácticamente no se habla de la sexualidad que se transforma en ternura, en contactos sostenidos por la voz, la mirada, el tacto”¹⁴; y por el otro, asociar los términos vejez-jubilación-fin de vida.

Al hacer el inventario de lo perdido se describen una serie de fenómenos observables, medibles, que caracterizan la conducta del sujeto; tales como:

- Disminución de la memoria anterógrada, con prevalencia de la memoria retrógrada.
- Dificultad en el logro de adquisiciones mentales nuevas.
- Dificultad en la adaptación a situaciones nuevas.
- Labilidad emocional.

¹⁴ MANNONI, Maud. Op.cit. pág. 17.

- Tendencia a la introversión y egocentrismo.
- Conductas de avaricia, egoísmo, desconfianza, inclinación excesiva a la propiedad, que intentan satisfacer una necesidad de seguridad material, a menudo precaria a esta edad.

Pero tal descripción no nos permite comprender “desde adentro” lo que le sucede a ese sujeto viejo con el proceso de envejecimiento.

Al decir “desde adentro” nos referimos al suceder interno del sujeto, a su dinámica intrapsíquica y desde allí comprender aquellos fenómenos que podemos observar, medir y describir en su comportamiento externo.

El comienzo de la vejez ha sido fijado, convencional y arbitrariamente, a los 60-65 años junto con la jubilación y confundida con el fin del rol activo y el ingreso a la clase denominada **PASIVA**. En este sentido, la aparición de la jubilación y el obligado abandono del rol activo le indican a un sujeto que su vejez comienza a instalarse, y esto puede generar efectos traumáticos devastadores.

El envejecimiento aparece marcado por una serie de pérdidas:

- pérdida de personas allegadas (familiares y amigos).
- Pérdida del rol socio-familiar activo y productivo.
- Pérdida del cuerpo potente y activo.

Tales situaciones vitales generan un trasfondo depresivo polarizado por la angustia y el necesario trabajo de duelo por las diversas pérdidas y transformaciones.

El cuerpo del anciano se transforma en el testimonio del paso del tiempo, las limitaciones que él manifiesta ponen en evidencia esta nueva etapa de la vida que confronta al hombre con algunos de los grandes temores de la humanidad, la cercanía de la muerte y las pérdidas irremediables.

“El cuerpo aparece como una fuente de angustia; se hace imperioso negarlo, dejarlo estar y ponerlo en marcha sólo en función de la estricta atención a

las necesidades de supervivencia. Entonces aquello que en la juventud pudo ser fuente de goce, aparece como el depositario de dolores; el cuerpo duele y molesta porque lo que él testimonia duele y molesta”¹⁵

El sujeto se enfrenta con la angustia y el duelo por múltiples objetos de amor perdidos, cuya resolución se enlaza directamente con la disposición individual y la calidad del contexto familiar, social, económico y cultural del cual emerge.

Maud Mannoni señala, “ la persona entrada en años, cuando se da cuenta de que ya no puede operar como antes sobre el mundo ambiente, no tiene más elección, parece, que retirarse (del mundo) a la depresión. La angustia puede traducirse en agitación, en interpretaciones paranoides, mientras asistimos, paralelamente a una aminorización de las funciones vegetativas”¹⁶.

A propósito de un caso clínico Mannoni afirma que (...) “El duelo imposible de hacer la empujaba, en la obra de la vida, a introducir la figura de la muerte (...). El aislamiento contribuyó a deslizarle hacia un imaginario regresivo donde, en realidad, sólo el recuerdo del pasado podía aportarle alguna satisfacción, mientras que las relaciones con el otro estaban destinadas a deteriorarse con el tiempo. El sentimiento de extrañeza que invadía todo el espacio relacional la dejaba con una sensación de vacío interior, de rebelión y desorientación.”¹⁷

Llegado a este punto podemos pensar que el límite entre lo normal y lo patológico en el proceso de envejecimiento está constituido por una línea demasiado frágil, y que en determinados momentos es muy difícil deslindar lo uno de lo otro.

¹⁵ KATZ, Marcela. Técnicas corporales de tercera edad. Edit. Paidós. Bs. As. 1988. Pág. 14.

¹⁶ MANNONI, Maud. Op. Cit. Pág. 16.

¹⁷ Idem. Ibid.

Salvarezza plantea que, en condiciones normales de envejecimiento, prevalece un rasgo intrapsíquico que puede intensificarse notoriamente: la **interioridad**.

Sostiene que, si bien éste es un fenómeno universal en la vejez, “hay que considerarlo como el resultado de la disociación que produce el conflicto de envejecer o ciertas situaciones vitales dentro del proceso de ser viejo. Este repliegue sobre sí mismo podrá tener características de reminiscencias, en cuyo caso se conseguirá la integridad del sujeto, o adquirirá la forma de nostalgia y al no poder establecer la integridad se transformará en desesperación.

El narcisismo pasa a ser la consecuencia y no la causa del incremento de la interioridad”¹⁸

En este proceso de “ser viejo” se produce un movimiento de afuera hacia adentro, aumentando la preocupación por el mundo interno y disminuyendo el interés hacia el mundo externo. Las relaciones se vuelven más narcisistas con la consiguiente disminución de las catexis depositadas en personas y objetos del mundo externo.

Con el término interioridad, designamos siguiendo a L. Salvarezza, al fenómeno de retraimiento de la relación con el mundo externo y el aumento de una relación reflexiva con su mundo interno activando notablemente los recuerdos de tiempos pasados.

La autopercepción irremediable de los cambios producidos por el envejecimiento opera como factor traumático; el sujeto debe adaptarse a los propios cambios y comienza a sentirse extraño en el medio cotidiano, empieza a sentir que las cosas dejan de pertenecerle y que él ya no pertenece a esas mismas cosas hasta entonces propias. Se va instalando un desajuste entre lo que el sujeto se siente capaz de hacer y la visión de sí mismo que el mundo externo le devuelve;

¹⁸ SALVAREZZA, Leopoldo. Op. Cit. Pág. 43.

y una contradicción interna entre sus deseos y la reticencia a la búsqueda de satisfacción o sublimación.

Estos desajustes y contradicciones definen una situación conflictiva que generan un monto de angustia y frustración a partir del cual se pone en marcha un incremento de la interioridad, el que opera sobre la base de un mecanismo de disociación esquizoide, como un intento de controlar la angustia suscitada y mantener la autoestima.

La disminución de contactos afectivos con personas y objetos del mundo externo y el refugio en un pasado “mejor”, “ideal”, evita el riesgo de nuevas pérdidas, evita el riesgo de frustración por experiencias displacenteras, disminuye la exigencia de adaptación a situaciones nuevas y la puesta en evidencia de limitaciones por las facultades perdidas.

Aquí se va instalando una inmovilidad psíquica, corporal y social como medio de preservar lo logrado, no evidenciar lo perdido y evitar situaciones nuevas, potencialmente generadoras de nuevas pérdidas. En este sentido aparecen el conservadurismo, la resistencia al cambio y la estereotipia conductual.

Es decir, se observa una resistencia al cambio con tendencia al conservadurismo que derivan en una estereotipia conductual, en un “hacer siempre lo mismo”, como forma de no poner en evidencia sus límites y evitar la exigencia de adaptación a situaciones nuevas. Las consecuencias son paradójicas, pues estos mecanismos permiten negar las limitaciones pero, es esta misma inmovilidad o inercia la que los promueve, sostiene y/o los intensifica.

Otro rasgo intrapsíquico que señala Salvarezza acompañando al incremento de la interioridad es la personificación de la muerte.

En este sentido plantea textualmente: “La muerte de pares y amigos, especialmente los últimos, hace que ésta se convierta en una posibilidad real para

uno mismo y que deje de ser la mágica o extraordinaria ocurrencia que parecía cuando éramos jóvenes.

Jacques, en su importante trabajo de 1966 al analizar las causas que provocan un cambio en la conducta de las personas en la mitad de la vida decía: “considero, y trataré de demostrarlo, que el hecho de que en el escenario psíquico entren la realidad y la inevitabilidad de la propia muerte personal eventual, es el rasgo central y básico de la fase de la mitad de la vida, el rasgo que precipita la naturaleza crítica de este período, la muerte, en lugar de ser una concepción general o un acontecimiento experimentado en términos de la pérdida de algún ser, se convierte en un problema personal, la propia muerte, la propia mortalidad real y actual”. Freud (1915) describió con precisión este problema. “Estábamos preparados para sostener que la muerte era el resultado necesario de la vida ... Sin embargo, en realidad, estábamos acostumbrados a comportarnos como si fuera de otra manera. Desarrollábamos una inconfundible tendencia a “archivar” la muerte, a eliminarla de la vida. Tratábamos de ocultarla... Se trata de nuestra propia vida, por supuesto... Nadie cree en su propia muerte... En el inconsciente todos están convencidos de su propia inmortalidad.”¹⁹

Si el incremento de la interioridad posee características de **reminiscencias**; pensándola como “actividad mental organizada y compleja y que posee una finalidad instrumental importantísima: la de permitirle al sujeto reafirmar su autoestima cuando sus capacidades psicofísicas y relaciones comienzan a perder la vitalidad”²⁰ el sujeto podrá sentirse bien consigo mismo y con los que lo rodean, podrá sentir que pertenece a su sociedad y su momento histórico y de esta manera, la personificación de la muerte (siempre presente a esta edad) no será un fantasma acuciante, sino un mero acaecer. A este estado corresponde denominarlo

¹⁹ SALVAREZZA, Leopoldo. Op. Cit. Pág. 43.

²⁰ Idem. Pág. 111.

“integridad” y significa la aceptación de un proceso del cual el sujeto forma parte y que proviniendo del pasado, se extiende a un futuro que lo trascenderá.

Si el incremento de la interioridad adquiere la forma de **nostalgia**, que significa “pesar que causa el recuerdo de algún bien perdido”²¹ el sujeto pondrá énfasis en sus recuerdos, en todo aquello que considera que ha perdido y que ahora siente que pertenece a otro; tanto como en todas aquéllas realizaciones que siente que no ha podido concretar a lo largo de su vida y que la personificación de la muerte en sí mismo lo hace aparecer sin el tiempo necesario para alcanzarlas .

La **desesperación** expresa el sentimiento de que el tiempo es corto, demasiado corto para iniciar el intento de otro tipo de vida, y para probar diferentes alternativas que lleven a la integridad .

”El fracaso de la integridad puede deberse a :1) perturbaciones más o menos severas del desarrollo del individuo a lo largo de su vida, con las consabidas raíces en la temprana infancia, cuando la indefensión humana es máxima y lo hace más vulnerable a las noxas que atentan contra su necesidad de dependencia, en cuyo caso será permanente, o a 2) alteraciones bruscas de un estado de equilibrio que, por tener características de no esperables, adquieren la connotación de crisis. En este caso la situación será preferentemente transitoria, aunque podrá cronificarse por razones diversas. Una vez más el esquema de las series complementarias nos puede ayudar a entender éste fenómeno, al poner el acento en lo constitucional-evolutivo en el primer caso, y en lo traumático en el segundo”.²²

²¹ SALVAREZZA, Leopoldo. Op. Cit. Pág. 114.

²² Idem. Op. Cit. Pág 113.

ASPECTOS SOCIALES

"Un campesino que hace comer a su padre separado de la familia, en una pequeña escudilla de madera, sorprende a su hijo juntando maderitas: es para cuando tú seas viejo", dice el niño. Inmediatamente el abuelo recobra su lugar en la mesa común."

HERMANOS GRIMM.

El sistema sociocultural al pautar y ordenar normas de conducta, encuadra y regula el comportamiento de sus integrantes.

La sociedad moderna ejerce algunas prácticas y se maneja con ciertas costumbres que influyen y dan características especiales a la vejez, por ejemplo, el sistema jubilatorio que instala a los sujetos luego de cierta edad, en un sector al que singularmente denomina "pasivos".

Salvarezza señala, además, que los viejos en nuestra sociedad son discriminados por la edad. A esta conducta o actitud la denomina "viejismo" y la define como el prejuicio y la discriminación consecuente que se lleva a cabo contra los viejos.

El hombre es fundamentalmente un ser social, toda consideración sobre el envejecimiento debe hacerse dentro del encuadre social (familia-sociedad) en el que se desarrolla y con la interacción entre ambos.

Pichon Rivière define a la familia como una "estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados"²³ cada integrante del grupo

²³ PICHON RIVIERE, Enrique. El proceso grupal, del psicoanálisis a la psicología social. Edit. Nueva Visión. Bs.As. 1982. Pág. 45.

familiar cumple un rol o una función determinada, que con el correr del tiempo, a través del ciclo vital se modifican para adaptarse activamente al entorno.

La entrada en la vejez de un integrante, en el ámbito de un grupo familiar significa que un miembro de este grupo asume un rol nuevo, se transforma en el portavoz o depositario de la ansiedad del grupo.

La estructura familiar se altera, suceden perturbaciones en el sistema de adjudicación y asunción de roles, aparecen mecanismos de segregación del viejo del seno del grupo, como un intento de recuperar el equilibrio perdido.

Para entender el significado de ciertos acontecimientos que tienen lugar dentro de la estructura familiar, tomaremos una serie de consideraciones sobre el **factor tiempo** de B. Neugarten, que Salvarezza considera de suma utilidad: el tiempo de vida de los individuos, se desarrolla dentro del tiempo histórico que les toca vivir; la interacción entre ambos se da en el contexto de una tercera dimensión, que es el tiempo social.

Cada sociedad está graduada por edades y con un sistema propio de expectativas sociales sobre los comportamientos apropiados para cada edad.

El ser humano con el correr del tiempo a través de su ciclo vital, va modificando sus conductas y acciones: dejar la casa paterna, casarse, la paternidad, la realización profesional, el climaterio, el convertirse en abuelos, la jubilación, son todos puntos decisivos a lo largo de la vida, la marcan puntualmente y exigen cambios en el concepto que se tiene de sí mismo y de la propia identidad.

Dentro del ciclo familiar hay momentos en los cuales se pasa de niño a adolescente, a adulto, a viejo y en cada uno de estos puntos la persona adquiere nuevos roles y su status en relación con los otros miembros de la familia se altera.

Estas normas y expectativas relacionadas con la edad operan como sistema de control e introducen categorías tales como las de “temprano” o “tarde” que

actúan sobre los individuos y sus conductas. Así hay un “tiempo” para estudiar, para casarse, para tener hijos y para ser abuelos.

“Todos los individuos (no importa al grupo social al que pertenezcan) desarrollan la idea de un “ciclo vital normal y esperable” es decir que ciertos eventos deben ocurrir en determinados momentos de la vida”²⁴; la mayoría de los grandes eventos personales que ocurren en la vejez están constituidos por pérdidas individuales. Eventos esperables pueden producir crisis en las personas, pero cuando estos eventos ocurren en “tiempo” pueden anticiparse y el trabajo de duelo puede elaborarse adecuadamente, según el autor, sin que se destruya el sentido de continuidad del ciclo vital del individuo.

En la actualidad el tiempo social se ha acortado extraordinariamente y una enorme cantidad de situaciones vitales se cumplen con mayor aceleración, la regulación del tiempo dentro del ciclo familiar ha sufrido variaciones importantes: la edad de contraer matrimonio ha descendido, los hijos nacen antes, la longevidad ha aumentado y por lo tanto se incrementa la duración del matrimonio. El estado adulto se alcanza más temprano (matrimonio-paternidad). De esto se desprende que ahora se llega a ser abuelo más joven y los abuelos actuales no responden a la imagen tradicional; esta realidad de gente que se siente activa, que se siente en la plenitud de la vida, tropieza con la expectativa social de lo que debe ser un abuelo, expectativa que suele encarnar en sus propios hijos a los que también se les ha acortado su tiempo social.

Utilizan entonces la vieja concepción tradicionalista de lo que deben ser los abuelos y exigen de sus padres una especie de retiro forzado. Pero la expectativa social tiene mucho peso y si bien los abuelos jóvenes quieren seguir su propia vida activa, muchas veces no pueden sustraerse de una cierta sensación de obligatoriedad culposa, que el exacerbar conflictos internos personales, suelen

²⁴ SALVAREZZA, Leopoldo. Op. Cit. Pág. 13.

desembocar en la estructuración de un cuadro depresivo; en otros casos se renuevan deseos de lucha.

Estos cambios estarán íntimamente relacionados con el rasgo intrapsíquico prevalente en la vejez.: incremento de la interioridad y se enlaza directamente con la disposición individual y la calidad del contexto familiar, social y cultural del cual el individuo forma parte.

Ante cada situación anteriormente descrita del ciclo vital dentro del proceso de envejecimiento el individuo incrementará su interioridad con características de reminiscencias o nostalgia; adquiriendo a partir de este repliegue la integridad en el primer caso o transformándola en desesperación en el segundo.

APROXIMACIÓN TEÓRICA

A LA DEMENCIA

El estado de enfermedad es observado en un importante sector de la población de gerontes. Tal vez los síndromes depresivos y las demencias ocupen los primeros lugares en cuanto a frecuencia de aparición. Según Antonuccio, los síndromes depresivos de distinta indole figuran en primer término, relacionándose esto con la mayor incidencia de pérdidas y duelos no elaborados que el adulto mayor y el anciano deben soportar en esta etapa de la vida.

La demencia ocupa también un amplio espacio dentro de los posibles cuadros psicopatológicos observados en esta población, y algunas veces este cuadro debuta con un síndrome depresivo que posteriormente tomara la forma de demencia.

Anteriormente describíamos el terreno sobre el cual va a suceder la enfermedad mental, en este caso tomaremos la demencia.

El cuadro psicopatológico se instala en un sujeto considerado como ser biosicosocial atravesando una determinada etapa evolutiva de su vida, la vejez. Tal etapa posee características particulares que serán cualitativamente diferentes en cada sujeto de acuerdo con la personalidad de cada uno. Un sujeto con una determinada personalidad, atravesando la última etapa de su vida con un suceso cualitativamente particular de acuerdo a cómo elabore los cambios que la vejez implica, enferma de demencia.

Desde un enfoque basado en el modelo médico, básicamente organicista, y considerando como aspectos fundamentales los elementos clínico-descriptivo, evolutivo y anatómopatológico las demencias constituyen cuadros clínicos producidos por lesiones permanentes, progresivas e irreversibles, corticales o subcorticales del cerebro.

Según el DSM-IV, "la característica esencial de una demencia consiste en el desarrollo de múltiples déficit cognoscitivos que incluyen un deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia,

apraxia y agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución. La alteración es lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa las actividades laborales y sociales y puede representar un déficit respecto al mayor nivel previo de actividad del sujeto”.²⁵

“Para establecer el diagnóstico de demencia se requiere que el deterioro de la memoria sea el síntoma más precoz y prominente (criterio A).”²⁶

“La demencia puede estimarse etiológicamente relacionada con una enfermedad médica, con los efectos persistentes del consumo de sustancias (incluyendo la exposición a tóxicos) o con la combinación de ambos factores.”²⁷

La demencia puede ser progresiva, estática o en remisión. La reversibilidad está en función de la patología subyacente y de la rapidez y disponibilidad de aplicación del tratamiento eficaz. El modo de inicio y el curso subsiguiente dependerán también de la etiología subyacente. El grado de discapacidad depende no sólo de la gravedad de los deterioros cognoscitivos del individuo, sino también de la disponibilidad de soporte social”.²⁸

La clasificación de los diversos tipos de demencias se realiza en base a la etiología que las diferencia y no en relación a la sintomatología, ya que en algunas demencias los cuadros clínicos tienen síntomas comunes.

Vidal y Alarcón definen la demencia: “debilitamiento psíquico, global, profundo y progresivo, de causa orgánica, que altera las funciones intelectuales y desintegra las conductas sociales. Así, el carácter crónico y progresivo, irreversible, de las demencias se constituyó en el elemento diagnóstico y pronóstico fundamental.”²⁹. La clasifican de la siguiente manera:

²⁵ DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales . Edit. Masson, S.A., Barcelona, 1995, pág. 140.

²⁶ Idem, ibid.

²⁷ Idem, ibid.

²⁸ Idem, pág 143

²⁹ Vidal, G.; Alarcón, R. Psiquiatría. Editorial Médica Panamericana. Bs. As. 1990. Cap. 16. Gerontopsiquiatría. Pág. 480.

• **DEMENCIAS PRIMARIAS:** Demencia senil tipo Alzheimer
(DSTA)

Demencia multi-infarto (DMI)

Enfermedad de Pick

Demencia coreica

• **DEMENCIAS SECUNDARIAS:** Diferentes trastornos de localización cerebral o extracerebral pueden llevar a la instalación de un síndrome demencial. A menudo estas alteraciones son de carácter reversible. Los más frecuentes son

Traumatismos encefálicos

Infecciones (enfermedad de Creutzfeld-Jacob)

Tumores

Intoxicaciones

Trastornos metabólicos, endocrinos, déficit

nutricionales, hidrocefalia a presión normal

(síndrome de HAKIMADAM), evolución demencial

de la enfermedad de Parkinson.

Vallejo Ruiloba considera que “el concepto de demencia implica una alteración insidiosa del intelecto, memoria y personalidad, sin alteración del nivel de conciencia, de origen orgánico multicausal y de curso crónico”.³⁰

Las clasifica desde el punto de vista clínico-anatómico y evolutivo-terapéutico.

³⁰ VALLEJO RUILOBA, J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Editorial Salvat S.A. Barcelona. 1991. Pág. 310.

La clasificación clínico-anatómica divide al grupo de demencias en demencias localizadas, que comprende la demencia cortical, subcortical y axial (Tabla I), y demencias globales; éstas “son las que presentan combinaciones de las anteriores especialmente córtico-subcorticales, como ocurre en la mayoría de las demencias avanzadas, cuyo ejemplo típico es la enfermedad de Alzheimer, con algunos años de evolución.”³¹

³¹ VALLEJO RUILOBA, J. Op. Cit., pág. 534.

Tabla 1. Clasificación clínicoanatómica de demencias localizadas ³²

| | Corticales | Subcorticales | Axiales |
|-------------------------------------|--|---|--|
| Enfermedades características | Alzheimer Pick Multiinfártica | Huntington Parkinson Parálisis supracelular progresiva | Wernicke-Korsakoff Hidrocefalia normotensiva Encefalitis herpética |
| Localización | Jakob-Creutzfeld Anoxia cerebral Meningoencefalitis Neoplasias postraumáticas Áreas corticales, frontales, parietales y temporales de asociación. Hipocampo | Wilson Neoplasias Multiinfártica Postraumáticas Caudado Lenticular Tálamo Sustancia negra Mesencéfalo | Postraumáticas Hipotálamo Hipocampo Cuerpos mamilares Fórnix |
| Aspecto | Normal, despierto, lúcido | Enfermizo, perplejidad | Normal |
| Actividad | Normal | Retardada | Falta de iniciativa |
| Postura | Erecta | Inclinada, contorsionada | Normal |
| Marcha | Normal | Ataxia, inestabilidad, "pequeños pasos" | Puede ser anormal según grado de encefalopatía |
| Movimiento | A veces tendencia reiterativa a deambular | Temblor, distonías, corea, rigidez, etc. | Normal |
| Habla | Normal | Hipofonía, lentitud, apagada | Normal |
| Lenguaje | Anomia, parafasias | Normal | Normal |
| Memoria | Paulatino fallo retentivo | Olvidadizos y fallos de atención | Grave defecto retentivo, a pesar de haber motivación |
| Orientación | Desorientación topográfica | Desorientación apática | Desorientación amnésica |
| Tareas visuoespaciales y cognitivas | Apraxias, agnosias | Torpeza, desmañamiento, tosquedad | Relacionada con alteración mnésica |
| Afectividad | Despreocupación relativa, labilidad e incontinencia emocional | Apatía, falta de motivación | Despreocupación |

³² VALLEJO RUILOBA, J. Op. cit., pág. 533

Esta clasificación no es exacta, pero tiene utilidad al establecer agrupaciones sindrómicas que orientan hacia una localización aproximada”.³³

La clasificación evolutivo-terapéutica incorpora información de pronóstico y curso, así como el potencial terapéutico. Se distinguen tres tipos:

- Estados demenciales tratables y potencialmente reversibles.

Incluyen cuadros demenciales, producidos por una serie de trastornos que, si son diagnosticados y tratados a tiempo, pueden remitir, desapareciendo así el cuadro demencial.

- Estados demenciales tratables e irreversibles.

Incluyen aquellos trastornos crónicos que producen demencia y cuyo tratamiento resulta eficaz a nivel paliativo, es decir, no permite eliminar el trastorno, sino paliar su malignidad.

- Estados demenciales no tratables e irreversibles.

Incluyen trastornos productores de demencia que no tienen tratamiento, por lo que su evolución suele ser a menudo crónica e irreversible.

³³ Idem. Pág. 534.

Tabla 2. Enfermedades características de cada una de las clasificaciones evolutivo-terapéutica³⁴

| Demencias tratables potencialmente reversibles | Demencias tratables irreversibles | Demencias no tratables irreversibles |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades metabólicas y carenciales Hipoglucemia Trastornos tiroideos Hipo-hipersecreción corticotiroidea Hipo-hipercalcemia Pelagra Déficit vitamina B₁₂ y folato Encefalopatía hepática Uremia Porfiria Enfermedad de Wilson • Vasculitis Lupus • Intoxicación por drogas y metales • Infecciones Meningitis crónicas Neurosífilis Encefalitis • Procesos intracraneales Hidrocefalia normotensiva Tumores cerebrales Hematoma subdural | <ul style="list-style-type: none"> • Demencias vasculares Demencias multiinfárticas Síndrome del arco aórtico Estenosis carotídea • Alcoholismo Enfermedad de Wernicke Korsakov Enfermedad de Marchiafava-Bignami • Demencia postraumática | <ul style="list-style-type: none"> Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Pick Corea de Huntington Enfermedad de Parkinson Esclerosis múltiple Enfermedad de Creutzfeld-Jakob Demencia dialítica |

³⁴ VALLEJO RUILOBA, J. Op. Cit., pág. 535.

Vallejo Ruiloba describe como modalidades más frecuentes a la enfermedad de Alzheimer, prototipo de demencia cortical y a la multiinfártica, prototipo de demencia sub-cortical; y considera el concepto deseudodemencia. Bajo este último nombre se recogen una serie de cuadros de apariencia demencial debidos a otros trastornos psiquiátricos funcionales. Generalmente son hallazgos inesperados en pacientes diagnosticados de demencia que después se han recuperado. La reversibilidad no es tampoco constante en los cuadros deseudodemencia, como ocurre en algunos pacientes afectos de trastornos de personalidad o en algunos depresivos ancianos.

“Algunos autores clasifican a esta patología según comience antes o después de los 65 años, denominándolas pre-seniles o seniles respectivamente. La variante está dada por la edad del comienzo y curso evolutivo. Las pre-seniles se inician a una edad temprana (alrededor de los 50 años) y su evolución es corta (6 u 8 años). Las seniles aparecen alrededor de los 65 años y su ciclo evolutivo es largo, 10 años o más”.³⁵

Entendiéndose por ciclo evolutivo (corto o largo) el tiempo durante el cual los síntomas se irán instalando hasta constituir el cuadro psicopatológico definitivo.

Ey, Henri la define como “un debilitamiento psíquico profundo, global y progresivo, que altera las funciones intelectuales basales y desintegra las conductas sociales. La demencia afecta a la personalidad hasta su estructura de “ser razonable”, es decir en el sistema de sus valores lógicos, de conocimiento, de juicio y de adaptación al medio social.”³⁶

³⁵ ANTONUCCIO, Osman. La salud mental en tercera edad. Psicogeriatría. Edit. Akadia. Bs.As. 1992. Pág 132.

³⁶ EY, Henri. Tratado de Psiquiatría.. Capítulo IX. Las demencias. Edit. Toray-Masson. Barcelona. 1980. Pág. 545.

Los estados demenciales deben ser considerados sobre todo en su aspecto evolutivo, y en ese sentido implican fases o períodos. El potencial evolutivo depende esencialmente de los procesos cerebrales que lo condicionan.

“No interesa describir todas las formas sintomáticas (demencia simple, agitada, apática, delirante, incoherente, etc.) que acentúan alguno de los aspectos del cuadro, sin posibilidad de un agrupamiento interesante. Por lo contrario, son los grados de profundidad de la demencia los que caracterizan las formas clínicas³⁷

La demencia en su estado terminal: la presencia, suciedad, gatismo, desidia, desorden en los vestidos; la actividad desordenada, insólita, absurda o nula; la pérdida de iniciativa y del interés por adaptarse a la situación vital, la incapacidad de autoconducción son otros tantos síntomas característicos.

En interrogatorio va a confirmar éste diagnóstico: unas veces el lenguaje ha perdido toda coherencia en su significación e incluso en su morfología fonética otras veces aún es posible la conversación, pero en ésta queda clara la incapacidad por parte del enfermo de captar verbalmente el conjunto de una situación simple, de hacerse dueño de ella y de adaptarse.

Este empobrecimiento del sistema simbólico no debe ser confundido con un estado confusional o con un déficit instrumental, como es, por ejemplo: la afasia, ya que el trastorno del lenguaje se presenta como el efecto de un trastorno global del funcionamiento intelectual y de las operaciones del pensamiento discursivo.

La desorientación témporo-espacial, los trastornos de la memoria de fijación y de evocación, los trastornos del humor, la imposibilidad de contención o el desorden de las expresiones emocionales constituyen también síntomas importantes.

³⁷ EY, Henri. Op. Cit., pág. 554.

La demencia en su **período de estado**: el sujeto generalmente es llevado a consulta por trastornos de conducta, o de su actividad profesional, pero el estado demencial no se evidencia, ya que el debilitamiento permanece largo tiempo camuflado, ya sea por una evolución particularmente lenta, ya sea por la tolerancia del medio.

En el examen exhaustivo podemos observar labilidad atencional, con ausencia de posibilidad de esfuerzo (concentración). En la memoria hay ausencia de precisión, inexactitud y lentitud en las evocaciones. La orientación temporo-espacial está constantemente alterada.

El lenguaje será apreciado en su componente motriz y sensorial; la lectura y la escritura pueden estar perturbadas, como también el cálculo, por ejemplo, el sujeto puede conservar un manejo correcto de los esquemas verbales del cálculo y mostrarse incapaz de hacer una verdadera operación, incluso una simple resta.

La demencia afecta a las capacidades esenciales de la vida psíquica; se altera la aptitud para adquirir nuevas técnicas o para resolver nuevos problemas (adquisividad); hay trastornos del juicio que perturban los valores lógicos y de la realidad y trastornos del razonamiento que permite resolver los problemas abstractos.

La demencia **incipiens, período inicial**: el conjunto de elementos neurológicos y psiquiátricos que comporta a título de factores para el diagnóstico y el pronóstico, es muy extenso. Observaremos una amnesia de los nombres propios, solidez en los recuerdos antiguos en relación a los recuerdos recientes (Ley de Ribot), labilidad atencional, dificultad en la concentración.

El sujeto tiende a volver, con una monotonía de la que no se da cuenta, sobre algunos temas esenciales (perseveración), posee disminuida la capacidad de discernimiento y crítica.

Algunos se vuelven apáticos, distraídos, indiferentes; otros irritables, nerviosos. En estos primeros estadios de la enfermedad estas manifestaciones afectivas son el problema más difícil.

En cuanto a la etiopatogenia se han descripto múltiples factores predisponentes que amalgamados, pueden conducir a la demencia; factores biológicos, psicológicos y socio-culturales, actuando en una constitución individual (disposición).

Este cuadro clínico, que no se conoce una causa única, aunque se han descripto factores predisponentes produce síntomas neurológicos y psiquiátricos, predominando unos u otros.

Betta considera que “el síndrome demencial es de naturaleza orgánica, vale decir que se pueden reconocer en él una serie de alteraciones anatomopatológicas bien conocidas y estudiadas.”³⁸

“ La alteración fundamental que caracteriza a este síndrome es la debilitación psíquica.

Existen estados constitucionales o terrenos determinados que pueden predisponer o favorecer más o menos prematuramente la aparición de la demencia.”³⁹

Este autor la define como “debilitación global, crónica, progresiva, definitiva e irreparable de todas las funciones psíquicas.”⁴⁰

Las clasificaciones de las demencias resultan numerosas y difíciles, dado que por la heterogeneidad conceptual no se logra una total coincidencia en los criterios etiopatogénicos y manifestaciones clínicas.

³⁸ BETTA, Juan C. Manual de Psiquiatría. Capítulo III. Síndrome demencial: demencia senil. Edit. Universitaria. Bs.As. 1962, pág. 301.

³⁹ Idem, ibid.

⁴⁰ BETTA, Juan C. Op. Cit., pág. 303.

Desde este enfoque y a modo claramente explícito o en forma implícita, se remarcan fundamentalmente : por un lado, el deterioro en el funcionamiento psíquico, social, laboral; y por el otro, la evolución progresiva e irreversible del estado demencial.

Así vemos cómo el cuadro demencial enfocado desde este punto de vista se define a partir de las funciones en déficit y/o abolidas y de los aspectos insidiosos, progresivos e irreversibles del cuadro.

Tal vez, la instalación y suceder de la enfermedad sean una resultante de la interacción entre la personalidad del viejo, modo en que está sucediendo la vejez o edad madura y el entorno familiar, social e institucional.

Antonuccio señala que no todos los enfermos padecen los trastornos de conducta mencionados, se cree que algunos trastornos tienen relación con las características distintivas de los rasgos de personalidad de las personas enfermas y/o la patología mental previa, si la hubiera.

Desde este punto de vista nos aproximamos al estudio de los factores psicológicos y socioculturales, introduciéndonos en el terreno de la metapsicología y las relaciones humanas.

Antonuccio plantea que “las demencias son procesos crónicos de impotencia para resolver situaciones existenciales conflictivas del sujeto y de su entorno familiar”⁴¹; en el estudio retrospectivo de las personalidades afectadas, se ha observado la existencia de dependencia exagerada con figuras de gratificación, han existido alteraciones de individuación.

En este tipo de personalidades, los acontecimientos de separación o pérdidas afectivas son difíciles de superar, se construye así una estructura yoica rígida a partir de un superyó severo e hipercrítico, que con el correr de los años hace aflorar un yo con poca capacidad para enfrentar las pérdidas. Asimismo

⁴¹ ANTONUCCIO, Osmar N. Op. Cit., pág. 131.

existen problemas en la identificación personal. Como ejemplo se menciona el caso de un matrimonio anciano que con esta estructura de personalidad en sus integrantes, cuando muere un cónyuge el sobreviviente dependiente no puede tolerar tal pérdida, y al cabo de unos meses enferma de un cuadro demencial.

Para que continúe sobreviviendo, debería existir una buena individuación e identificaciones primarias y secundarias.

Cuando nunca se fue “yo” y se vivió en función de los otros, es difícil elaborar y superar las profundas vivencias de abandono y muerte tardías. Es tarde para diferenciarse, para preguntarse quién soy.

Maud Mannoni afirma que la vejez, con el cuerpo que se transforma, podría ser un momento feliz; “el drama de muchos ancianos perdidos en sus referentes, es que ya nadie les habla y entonces ya no encuentran palabras para su desasosiego. Existen formas de demencia que son el resultado de un doble encierro: el del sujeto en el interior de sí mismo, y el del otro que ya no intenta comunicarse con él. Pues el medio nunca es totalmente ajeno a la evolución de la demencia de un individuo, demencia que hallándose separado el sujeto del mundo será aún más invalidante”.⁴²

“Soñar con el amor es posible casi hasta el final. Los necesarios y sucesivos duelos por las facultades perdidas tienen que venir secundados por otras formas de estimulación y reinención permanente de uno mismo con el otro. Esto implica un mínimo de presencia de un otro”.⁴³

En este punto es válido retomar aquello de Mannoni que planteábamos en el momento de describir la vejez, normalidad y patología: el límite entre lo normal y lo patológico en el proceso de envejecimiento está constituido por una línea demasiado frágil, en determinados momentos es muy difícil deslindar lo uno de lo

⁴² MANNONI, Maud. Op. Cit., pág. 18.

⁴³ MANNONI, Maud. Op. Cit., pág. 17.

otro. Y agrega “una vida rica y plena conduce más fácilmente a una vejez serena, pero esto dista mucho de ser la regla. Cuando la pasión de una vida se ha confundido con la acción o la creación en cualquier terreno, no es tan fácil renunciar de un día para el otro al lugar que se ocupaba en la sociedad”.⁴⁴

“Así, en cada etapa de la vida el hombre es llamado a hacer el duelo de la etapa precedente. Sin embargo, en la etapa de la vejez ya no hay esperanzas de una **ganancia** (la que procura, por ejemplo, el paso de la adolescencia a la edad adulta). Lo que se perfila en último término es una pérdida radical, pero lo que insiste en el presente es la rememoración de una vida vivida con el ser amado (compañeros de trabajo, amigos). Este trabajo de duelo (de lo que uno fué) precisa sostenerse de una dimensión narcisista idealizada, a saber: que, aún degradado, el sujeto esté seguro de que hallará en el Otro un garante, sin lo cual atacará, a través de su propia imagen degradada, al objeto en que se convirtió”.⁴⁵

“El paciente que se encuentra al final de la vida, y aunque haya dejado de hablar, está atento a la realidad de la vida que se le ofrece, a los efectos de palabras que hacen surgir en él una dimensión de significado de tonalidad persecutoria o tranquilizadora. Todas estas “naderías” que constituyen la sal de la vida representan una contribución esencial cuando se empieza a sentir uno disminuído, sin más esperanzas que un fin próximo.”⁴⁶ “Cuando ya no se puede soñar con el futuro y el presente ha perdido todo interés, subsiste un pasado que a su vez depende de los recuerdos, si es que éstos no se han borrado por completo...”⁴⁷

En la medida en que el viejo encuentre la posibilidad de búsqueda de sustitutos que le permitan “instalar en la realidad un marco soportable de vida” y

⁴⁴ Idem, pág. 13.

⁴⁵ Idem, pág. 43.

⁴⁶ Idem, Ibid.

⁴⁷ Idem, pág 44

pueda “recobrar algo del orden de un estima de sí” sufriría menos los “efectos traumáticos devastadores” de la entrada y suceder de la vejez y, por ende, estaría más alejado de las posibilidades de derrumbe psíquico.

Salvarezza señala, como ya hemos desarrollado al describir los factores psicológicos del envejecimiento, que el incremento de la interioridad es uno de los elementos constitutivos de la psicología de la vejez, cuyos destinos pueden ser la integridad del sujeto o la desesperación., entendiendo la integridad ligada a la reminiscencia y la desesperación a la nostalgia.

Podemos agregar que el momento de desesperación-nostalgia podría constituirse en un terreno fértil para la instalación y progresión del derrumbe psíquico.

Antonuccio, por su parte, nos plantea la existencia de factores en la estructura de personalidad del viejo pre-disponentes a derivar en un cuadro demencial, ante situaciones traumáticas de pérdida.

INSTITUCIONALIZACION

Muchas veces la enfermedad trae consigo el abandono y la soledad ya que el viejo suele terminar institucionalizado. Entonces a la soledad y al abandono familiar, se le suma el malestar institucional; estos suelen repetir la conducta abandónica.

Las instituciones conforman estructuras integradas por un sector administrativo, equipo interdisciplinario, pacientes y la multiplicidad de interrelaciones que entre ellos se establecen. Han sido fundadas en nombre de un objetivo manifiesto, en el caso de las instituciones geriátricas y/o psiquiátricas el objetivo sería brindar un estado óptimo de salud psicofísica a pacientes gerontopsiquiátricos, en el contexto de sus posibilidades y potencialidades.

En estos casos las acciones institucionales tenderán en su conjunto al cumplimiento de los objetivos para los cuales han sido creadas, revisando y modificando todo aquello que interfiera el cumplimiento de los mismos.

Existen instituciones que aparentemente han sido creadas para brindar salud; pero en realidad lo que prevalece es un criterio empresarial. En tales casos las acciones institucionales no tenderán a objetivos de “brindar salud”, sino al logro de beneficios económicos.

Los contextos institucionales, las instancias terapéuticas instrumentadas y el lugar del paciente serán diferentes en uno y otro caso.

Es muy probable que en aquellas instituciones donde prevalece el criterio empresarial, el paciente reciba únicamente atención y cuidado de las necesidades básicas.

Estar internado implica pérdida, en especial la pérdida está centrada en el tiempo y espacio propio.

El paciente es sometido al tiempo institucional: tiempo de comer, de dormir, tomar la medicación, de cumplir con las instancias terapéuticas.

Estar internado implica también la pérdida de los espacios propios; los espacios sociales previos al ingreso, para pasar a un espacio comunitario.

“Siempre existen determinaciones institucionales en los comportamientos individuales.”⁴⁸

La situación descrita será vivida por el anciano demente de acuerdo a sus características individuales (historia vital) y el desenlace estará íntimamente relacionado con la existencia o no, de un contexto institucional que brinde espacios de escucha, expresión y contención.

⁴⁸ BAULEO, Armando. “Efectos de la institucionalización en un individuo”.
Revista española. Geriátría y gerontología N° 27. 1992. Pág. 49.

TERAPIA OCUPACIONAL

El Terapeuta Ocupacional se instala dentro del contexto institucional, incorporándose al accionar interdisciplinario, abordando y respondiendo terapéuticamente a la problemática del anciano con demencia.

Definimos el tratamiento desde Terapia Ocupacional con pacientes dementes 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.

El proceso terapéutico será instrumentado en un sentido evolutivo, dada la pendiente regresiva que implica la instalación del cuadro demencial. El primer acercamiento con el paciente se realizará por medio de la entrevista.

La **entrevista** es un campo de trabajo en la cual se investiga la conducta y la personalidad de los seres humanos.

La entrevista en Terapia Ocupacional, retomando el modelo de la Entrevista Psicológica abierta, implica una relación entre dos o más personas, en las que éstas intervienen como tales; consiste en una relación humana en la cual uno de sus integrantes debe tratar de saber lo que está pasando en la misma e interactuar según ese conocimiento.

La regla básica consiste en obtener un registro completo del comportamiento total del sujeto, en el curso de la entrevista. Registro que implica la recolección de datos filiatorios, composición familiar, antecedentes histórico-vitales, motivo de internación, semiología psiquiátrica predominante, otros datos.

El registro de este comportamiento total incluye lo que se recoge aplicando la función de escuchar, pero también la función de vivenciar y observar, de manera que quedan incluidas las tres áreas del comportamiento del entrevistado.

En la entrevista se configura un campo en el que se estructura una relación interpersonal entre entrevistado y entrevistador, de la cual depende todo lo que en ella acontece y cuyo contenido es fundamentalmente establecido y configurado por el entrevistado.

Bleger enfatiza la importancia del encuadre para mantener el campo de la entrevista de manera tal que una serie de variables (las que dependen del entrevistador) se mantengan constantes (lugar, hora, etc.).

La entrevista es siempre una experiencia vital muy importante para el entrevistado, posiblemente sea una de las pocas posibilidades que tiene de comunicarse, por ello podemos darle el primer valor terapéutico que es el establecimiento del vínculo, a través del conocimiento mutuo.

A lo largo de toda la entrevista es importante captar lo que el paciente nos transfiere, y lo que esto suscita en nosotros. Nos referimos a los aspectos transferenciales y contratransferenciales del vínculo.

Existen situaciones en las que será necesario realizar entrevista, a aquellas personas que estén en relación con el paciente (familia, amigos, etc.) para confirmar o corroborar los datos y apreciar la actitud de éstos frente al enfermo y la patología, con el propósito de conocer como el sujeto interactúa con su grupo. Pues cada comportamiento, cada manifestación humana debe ser considerada en lo individual y en lo grupal ya que interactúan en la constitución de la situación que se nos presenta.

La **evaluación** es la instancia que permite precisar el diagnóstico inicial. Es la valoración de las funciones psíquicas que se harán a fin de apreciar el estado y

operatividad de las mismas, y poder determinar en qué período del proceso demencial se encuentra el sujeto.

“Cuando el proceso psicopatológico deficitario aún no se ha instalado francamente, y se observa la presencia de sintomatología correspondiente a otro cuadro psicopatológico que podría derivar en una demencia (sujeto de alto riesgo demencial; sujetos con pseudodemencia o con demencia incipiens) se realiza la valoración de las funciones psíquicas y la evaluación del modo vincular operante, a fin de despejar cuanto de uno y otro cuadro está operando en ese sujeto.

Si el proceso deficitario ya está francamente instalado (período de estado o terminal) sería iatrogénico aplicar la evaluación del modo vincular operante, pues aumentaría la confusión del paciente y no arrojaría valores diagnósticos. En este último caso, el modo cualitativo de interacción del sujeto con la realidad se evalúa observándolo, escuchándolo en diferentes instancias terapéuticas, incluida la evaluación de funciones, pero sin aplicar ninguna técnica específica”.⁴⁹

La evaluación de funciones en su criterio cuantitativo, implica la aplicación de instancias, con recursos específicos que nos permitan evaluar profunda y minuciosamente, atención, memoria, orientación, nivel de comprensión, juicio, gnosias, praxias, construcción del pensamiento, esquema e imagen corporal, percepción, lenguaje, etc.

“La evaluación del tipo vincular objetal configura una técnica específica de Terapia Ocupacional en Salud Mental, instrumentada a los fines diagnósticos, cuyo contexto particular queda definido por el encuadre y la interacción dialéctica paciente-hacer-terapeuta en situación triangular.

A partir de tal técnica se trata de comprender la dinámica vincular interna del sujeto mediante la observación y decodificación de la trama vincular externa

⁴⁹ SORIA, Mariana. Evaluación del paciente psiquiátrico en Terapia Ocupacional. Ficha de Práctica Clínica en Salud Mental.

puesta de manifiesto con los objetos externos (materiales ofertados) que operan como representantes de la realidad, de lo dado culturalmente.”⁵⁰

“El vínculo es un concepto instrumental en Psicología Social que toma una determinada estructura y que es manejable operacionalmente. El vínculo es siempre un vínculo social, aunque sea con una persona; a través de la relación con esa persona se repite una historia de vínculos determinados en un tiempo y en espacios determinados”.⁵¹

El vínculo según Eduardo Paolini es “ una unidad estructural “gestalt” que incluye al sujeto, al objeto y a la compleja cantidad de fenómenos que se dan entre ellos; incorporando fundamentalmente el vector comunicacional. “⁵²

Pichon Rivière lo define “como una relación particular con un objeto; de esta relación particular resulta una conducta más o menos fija con ese objeto, la cual forma un pattern, una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto. Tenemos así dos campos psicológicos en el vínculo: un campo interno y un campo externo.”⁵³

“El terapeuta ocupacional interviene tratando de decodificar el sentido adjudicado por el sujeto al material elegido, al hacer con ese material, y al decir: sobre el material, sobre el hacer con el material. Intentará comprender lo que le sucede a ese sujeto frente a esa situación nueva, desconocida, que implica una elección y resolución de la situación creada. Intentará decodificar lo sucedido en la elección, el “cómo” de la elección, en el “hacer” o “no hacer”, en el “decir” sobre el hacer y el “no decir”.⁵⁴

⁵⁰ Idem, *ibid.*

⁵¹ PICHON RIVIERE, Enrique. Teoría del vínculo. Ediciones Nueva Visión. Bs. As. 1995. Pág. 47.

⁵² PAOLINI, Eduardo. Consideraciones sobre lo normal y lo patológico en la concepción dialéctica vincular. Artículo inédito. s/f.

⁵³ PICHON RIVIERE, Enrique. Op. Cit, pág. 35.

⁵⁴ SORIA, Mariana, op. cit.

Este relevamiento permitirá precisar el diagnóstico inicial. El estudio interdisciplinario del caso va a definir el perfil del diagnóstico definitivo.

:La **estrategia terapéutica** debe ser planificada en base a un diagnóstico claro y preciso. Se entiende por estrategia terapéutica al conjunto de acciones graduadas en un sentido evolutivo, que será propuesta por el terapeuta ocupacional, teniendo en cuenta las particularidades individuales, según criterios y modos de intervención. Criterios de intervención: según período de enfermedad, según características fenomenológicas particulares del cuadro psicopatológico, según el suceso interno del paciente (resultado de la interacción dialéctica sujeto-entorno), según otros criterios que se desconocen.

Modos: individual, grupal, individual-grupal.

El suceso del proceso terapéutico, depende, en general, de las características y evolución de los síntomas, de la estructura de personalidad del paciente, de la estructura e interacción de los integrantes del grupo familiar y del medio social.

Asimismo, depende del tipo vincular terapéutico que se construye entre el sujeto-paciente y sujeto-terapeuta y del E.C.R.O. (Esquema Conceptual, Referencial y Operativo), es decir, el enfoque teórico esgrimido por el profesional.

Teniendo en cuenta éste esquema ideológico, el diagnóstico, el diagnóstico diferencial y la estrategia terapéutica se transforman en globales e interdisciplinarios.

Se considera fundamental el tratamiento en períodos tempranos de la enfermedad, cuanto más precoz sea el abordaje desde un enfoque interdisciplinario, mayores son las posibilidades de recuperar aspectos aparentemente perdidos y de mantener y/o restablecer la vida de relación y los niveles posibles de comunicación.

“Nos sentimos con el derecho de creer que todavía no es demasiado tarde para comprender la creación de una utopía contraria, una nueva y arrasadora utopía de vida, donde nadie pueda decidir por nosotros, hasta la forma de morir, donde de verdad sea cierto el amor y sea posible la felicidad, y donde las estirpes condenadas a cien años de soledad tengan por fin y para siempre una segunda oportunidad sobre la tierra”.

Gabriel García Márquez

PARTE II

ASPECTOS METODOLOGICOS

DEFINICION DE TERMINOS

DEMENCIA

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 que se instala.

TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL CON PACIENTES DEMENTES

Proceso terapéutico a instrumentar desde Terapia Ocupacional con pacientes dementes 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 determine los criterios y modos de intervención, teniendo en cuenta las particularidades individuales y creando las condiciones para generar cambios acordes a las necesidades y expectativas promoviendo en base a éstos, proyectos vitales.

ENTREVISTA

Primer acercamiento con el paciente; consiste en una relación humana en la cual uno de sus integrantes debe tratar de saber lo que está pasando en la misma

e intervenir según ese conocimiento, obteniendo un registro completo del comportamiento total del sujeto. Registro que incluye la recolección de: datos filiatorios, composición familiar, antecedentes histórico-vitales, motivo de internación, semiología psiquiátrica predominante.

Es importante el relevamiento de todo lo que se observa, se escucha en el discurso del sujeto-paciente y se vivencia en la relación de ambos.

Existen situaciones en las que será necesario realizar entrevistas a aquellas personas que estén en relación con el paciente (familia, amigos, etc.) para confirmar o corroborar los datos y apreciar la actitud de éstos frente al enfermo y la patología.

A través de la/s entrevista/s realizadas se obtiene un diagnóstico presuntivo que permite seleccionar criterios de evaluación.

EVALUACIÓN

Relevamiento diagnóstico destinado a valorar las funciones psíquicas: conciencia, orientación, atención, memoria, concentración, afectividad, gnosias, praxias, lenguaje; a fin de apreciar el estado y operatividad de las mismas y poder determinar en qué período del proceso demencial se encuentra el sujeto. Si es posible y necesario se aprecia además, el modo vincular más o menos estable, característico de ese sujeto, valoración que configura una técnica específica de T.O en Salud Mental, instrumentada a los fines diagnósticos.

Dicha etapa tiene por intención corroborar o refutar el diagnóstico inicial y precisar el diagnóstico definitivo, en conjunto con el equipo interdisciplinario brindando emergentes para proponer una Estrategia Terapéutica.

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

Conjunto de acciones graduadas en un sentido evolutivo, que será propuesta por el T.O., teniendo en cuenta las particularidades individuales (edad, sexo, factores biológicos-psicológicos, sociales) del envejecimiento, según criterios de intervención: período de enfermedad; características fenomenológicas del cuadro psicopatológico; suceso interno del paciente (resultado de la interacción dialéctica sujeto-entorno); otros criterios que se desconocen; y modos de intervención: individual; grupal; individual-grupal.

DISEÑO METODOLOGICO

Según el problema y los objetivos planteados, este estudio es de tipo **exploratorio-descriptivo, retrospectivo.**

Se considera exploratorio porque el propósito es establecer una conceptualización adecuada y familiarizarse sobre las modalidades de tratamiento aplicadas desde T.O. con pacientes dementes institucionalizados.

Descriptivo, ya que está dirigido a conocer “como es” y “como está” la situación de la variable en estudio y proporcionar, en la medida de lo posible, bases para plantear hipótesis que contribuyan a futuras investigaciones.

La **población o universo de estudio** está constituido por el total de los T.O. y Lic en T.O. que atienden a pacientes dementes en instituciones geriátricas y/o psiquiátricas de la Ciudad de Mar del Plata, reconocidas por P.A.M.I. (privadas y municipales).

Existiendo la posibilidad de que los T.O. asistan a una o más instituciones, se tiene en cuenta, como **variable interviniente**: *el número de instituciones en las que el T.O. desempeña su profesión.* Dato que resulta importante en el análisis y conocimiento del modelo conceptual y tratamiento aplicado desde T.O. en pacientes dementes, con mayor frecuencia.

El **método de recolección de datos** seleccionado es Entrevista no-estructurada, dirigida, en contacto directo con el sujeto en estudio (fuente primaria), por ser ésta de mayor riqueza y profundidad para la obtención de información descriptiva que sería difícil reunir por otros medios, y además porque brinda posibilidades de producir datos adicionales que pueden ser de utilidad.

Por la naturaleza del material disponible (descripciones detalladas de personas, fenómenos, situaciones y conductas) el análisis es **cualitativo** intentando mostrar relaciones entre los datos obtenidos. La información cualitativa puede ser cuantificada, razón por la cual algunos datos son susceptibles de análisis **cuantitativo.**

D. Polit y B. Hungler señalan que “al utilizar este tipo de entrevista se sabe por adelantado qué puntos o qué aspectos de una cuestión se desea ver cubiertos”.

La lista de tópicos o aspectos de este estudio, a continuación:

- tiempo de egreso
- tiempo de ejercicio en tercera edad o gerontopsiquiatría
- instituciones
- comprensión de la demencia
- modalidad de abordaje:
 - entrevista con el paciente; con la familia.
 - Evaluación
 - estrategia terapéutica
- aspectos primordiales en el tratamiento
- cambios evolutivos
- relación del paciente demente con los otros
- Terapia Ocupacional
- sustento teórico

DESCRIPCIÓN DEL USO DE LA TÉCNICA

La Municipalidad del Partido de General Pueyrredón y P.A.M.I. proporcionaron la lista de geriátricos y psiquiátricos de la ciudad, con la cual se confirmó la existencia o no de terapeutas ocupacionales en cada una de ellas.

La recolección de datos se realizó en el segundo bimestre del año 1996. El universo de estudio estuvo conformado por 25 individuos. Dado que la población es reducida se entrevistó al 100% de la misma.

Previamente a la toma de la entrevista se hizo contacto telefónico con cada individuo de la población, para presentarse y explicar el motivo de la misma, para luego concretar día, hora y lugar del encuentro.

Las entrevistas fueron realizadas a 24 terapistas ocupacionales, sólo a uno no se tuvo acceso, por problemas personales de éste.

Las entrevistas se realizaron en la institución donde concurre el terapeuta ocupacional, en su domicilio particular o en el domicilio del entrevistador, durando aproximadamente sesenta (60) minutos cada una.

El registro de la información se realizó a través de un grabador, situación que generó distintas respuestas en los entrevistados. Algunos se mostraron reticentes, argumentando sentirse “condicionados” o “tímidos”, actitud que fue cediendo durante la entrevista. Otros presentaron, en un principio, una actitud negativa, que se disipó al explicar la finalidad de grabarla; en un caso, se mantuvo la actitud negativa, vinculando la grabación a “posibles juicios por iatrogenia”, teniendo que registrar los datos en forma escrita.

La utilización de este tipo de método, para la recolección de datos requirió habilidad técnica para obtener la información. Al no estar familiarizadas con el uso del mismo, la posibilidad de esclarecer las preguntas que fueron comprendidas erróneamente y de obtener información más útil y más completa, en respuestas parciales, a veces con la repetición de la pregunta original, o con un planteamiento complementario, fue encontrándose a medida que avanzó el proceso de recolección. Esta situación se identificó como restricción de la técnica.

SISTEMATIZACIÓN Y

ANÁLISIS DE DATOS

Se exponen a continuación los datos obtenidos mediante las entrevistas a los Terapistas ocupacionales que conforman el universo de estudio, y el análisis de dicha información.

Los resultados han sido organizados de la siguiente manera:

con relación al tratamiento de Terapia Ocupacional

1. entrevista

1.1. con el paciente

1.2. con la familia

2. evaluación

3. estrategia terapéutica

3.1. modos de intervención

3.2. criterios de intervención

con relación a las instituciones

con relación al Terapeuta ocupacional

1. tiempo de egreso y de ejercicio en tercera edad

2. aspectos considerados primordiales en el tratamiento

3. comprensión de la Demencia

4. sustento teórico

con relación al paciente demente

1. relación con los otros

2. cambios evolutivos

Terapia Ocupacional

CON RELACIÓN AL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

1. ENTREVISTA

La entrevista es realizada por el 71% de la población en estudio, 17 terapeutas ocupacionales. El 29% restante la deja a cargo del asistente social de la institución.

La población mencionada en primer lugar realiza la entrevista a:

Cuadro N° 1. Personas a quienes entrevistan los T.O. que atienden al paciente demente en instituciones geriátricas y/o psiquiátricas de la ciudad de Mar del Plata

| ENTREVISTA | | |
|-----------------|----|-----|
| | N° | % |
| Con el paciente | 7 | 41 |
| Con la familia | 3 | 18 |
| Con ambos | 7 | 41 |
| Total | 17 | 100 |

FUENTE: elaboración propia

El menor porcentaje, 18%; se concentra en los terapeutas ocupacionales que realizan la entrevista solamente a la familia.

El paciente es entrevistado por el 82% de la población que realiza entrevista

1.1. Entrevista con el paciente

Se consideran los siguientes ítems:

Cuadro N° 2. Ítems que consideran en la Entrevista con el Paciente los T.O. que atienden al paciente demente en instituciones geriátricas y/o psiquiátricas de la ciudad de Mar del Plata

| ENTREVISTA AL PACIENTE | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| | N° | %* |
| Datos filiatorios | 14 | 100 |
| Composición familiar | 6 | 42 |
| Antecedentes historico-vitales | 7 | 50 |
| Motivo de internación | 5 | 36 |
| Semiología psq. pred | 4 | 28.5 |
| Total de t.o. 14 | | |

FUENTE: Elaboración propia

* La diferencia de la sumatoria porcentual con el 100% corresponde a la respuesta de dos o más opciones

La población que entrevista al paciente, 82%, registra datos filiatorios; la mitad toma sólo estos datos, la otra parte considera además otros o todos los ítems anteriormente mencionados.

El cuadro muestra que los ítems “motivo de internación” y “semiología psiquiátrica predominante” concentran los porcentajes más bajos.

La entrevista con el paciente es considerada como instancia que se utiliza para recolección de datos; sino pueden ser recogidas por éste medio, se recurre al familiar o a la historia clínica para aportarlos o confirmarlos.

1.2. **Entrevista con la familia:** los diez (10) terapistas ocupacionales que la realizan se interesan por registrar:

Cuadro N° 3. Información que registran en la entrevista con la familia los T.O. que atienden al paciente demente en instituciones geriátricas y/o psiquiátricas de la ciudad de Mar del Plata

| ENTREVISTA A LA FAMILIA | | |
|---------------------------------|-----------|-----------|
| | N° | %* |
| Aporte o confirmación de datos | 10 | 100 |
| Actitud frente al enfermo | 2 | 20 |
| Actitud frente a la internación | 2 | 20 |
| Actitud frente al tratamiento | 2 | 20 |
| Total de T.O. 10 | | |

FUENTE: Elaboración propia

* La diferencia de la sumatoria porcentual con el 100% corresponde a la respuesta de dos o más opciones.

Es escaso el porcentaje que considera la actitud de la familia frente al enfermo, la internación y al tratamiento; 20%.

La mayoría para entrevistar al familiar utiliza los momentos de visita o festejo.

El 80% de la población no considera relevante apreciar la actitud de ésta frente al enfermo, la internación y el tratamiento.

Consideramos la entrevista de acuerdo a lo expresado en el marco teórico, la primera instancia del proceso terapéutico, porque este encuentro paciente-T.O.

permite establecer el vínculo a través del conocimiento mutuo e indagar acerca del comportamiento total del sujeto, que incluye conocer toda manifestación humana en lo individual y en lo grupal, lo que brinda la posibilidad de aproximación a un diagnóstico y de selección de criterios de evaluación.

Además, la inclusión de “motivo de internación” y “semiología psiquiátrica predominante” permite conocer al paciente a partir de lo que puede expresar de sí mismo, de su enfermedad y de su internación.

La incorporación de la familia, en un marco terapéutico adecuado, posibilita conocer la dinámica familiar y cómo el paciente interactúa con su grupo, pues es en el ámbito familiar donde podemos encontrar elementos importantes constituyentes de la historia del paciente demente.

2. EVALUACIÓN

La evaluación es realizada por el 87.5% de la población; 21 terapistas ocupacionales.

Cuadro N° 4. Evaluación realizada por los T.O. que atienden al paciente demente en instituciones geriátricas y/o psiquiátricas de la ciudad de Mar del Plata

| EVALUACIÓN | | |
|---------------------|----|------|
| | N° | %* |
| Funciones psíquicas | 21 | 100 |
| Modo vincular | 5 | 24 |
| Otros | 19 | 90.5 |
| Total de T.O. 21 | | |

FUENTE: Elaboración propia

* La diferencia de la sumatoria porcentual con el 100% corresponde a la respuesta de dos o más opciones.

Un mínimo porcentaje evalúa el modo vincular; surge en la mayoría otras modalidades evaluativas, descritas en el Cuadro N° 5, además de la evaluación de las funciones psíquicas.

Cuadro N° 5- Otras evaluaciones realizadas por los T.O. que atienden al paciente en instituciones geriátricas y/o psiquiátricas de la Ciudad de Mar del Plata

| OTRAS EVALUACIONES | | |
|---------------------------|-----------|------------|
| | N° | % |
| Función motora | 9 | 47 |
| AVD | 10 | 53 |
| TOTAL | 19 | 100 |

FUENTE: Elaboración propia

Las **funciones psíquicas** son evaluadas por el 100% de la población; a través del Mini Mental Status Test, como técnica estandarizada, por el 67% ; con fichas confeccionadas por el terapeuta ocupacional que incluyen reconocimiento de forma, tamaño, color, textura, lateralidad, esquema corporal, espacio, tiempo, entre otros ítems, por el 33% restante.

El **modo de operar** del sujeto en la realidad y el suceder en su mundo interno se evalúa a través de la observación y escucha del sujeto durante su permanencia en los grupos, frente al material, en las entrevistas, en la institución, por el 24% de los terapeutas ocupacionales entrevistados.

El **área motora**, evalúa amplitud articular, fuerza muscular, equilibrio, coordinación, prehensiones; con distintas escalas de registro (diagonales de Kabat, test de Daniels, índice de movilidad de Rivermead por ejemplo.) Esta es realizada por el 47% de la población que describe otras modalidades evaluativas.

Las **actividades de la vida diaria** son valoradas a través del Índice Barthel, respetando todos sus ítems, o tomándolo como base en la confección de una escala propia del servicio de Terapia Ocupacional por el resto de los terapeutas ocupacionales que caracterizan otras evaluaciones.

La evaluación del área motora y las Actividades de la Vida Diaria surgen como modalidad evaluativa necesaria para el planeamiento de la estrategia terapéutica específica (“abordaje corporal”).

El Mini Mental Status Test y el Índice Barthel son utilizados como único elemento evaluativo.

La evaluación de las funciones psíquicas a través del Mini Mental, ofrece un relevamiento general del estado de las mismas.

Lo mismo sucede con el Índice Barthel, que brinda una información general con respecto a la independencia para realizar las actividades de la vida diaria, sin identificar las razones por las cuales el paciente falla. Razones que resultan por demás elocuentes en el paciente demenciado, ya que hay casos de personas que necesitan supervisión o asistencia verbal o física, en la realización de la actividad (comer, bañarse, vestirse) y situaciones en las que éstas actividades quedan a cargo del personal de la Institución; por ejemplo el baño, aunque el paciente puede realizarlo por sí mismo. En estos casos el resultado de los ítems y del test en total convierte al paciente en un sujeto no-independiente.

Siguiendo los conceptos teóricos desarrollados en la primera parte de este estudio la evaluación tiene como propósito precisar el diagnóstico inicial, mediante recursos específicos seleccionados para ese paciente en particular, que permitan un relevamiento profundo y exhaustivo del comportamiento total del sujeto.

La valoración de las funciones psíquicas se hará a fin de apreciar el estado y operatividad de las mismas y poder determinar en qué período del proceso demencial se encuentra el paciente. Y la evaluación de modo vincular permitirá comprender la dinámica vincular interna del sujeto, mediante la observación y decodificación de la trama vincular externa puesta de manifiesto con los

materiales ofertados (objetos externos) que operan como representantes de la realidad.

3.- ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

3.1.-Modos de intervención

Cuadro N° 6- Modos de intervención instrumentado en la estrategia terapéutica por los T.O. que atienden al paciente demente en instituciones geriátricas y/o psiquiátricas de la ciudad de Mar del Plata

| MODOS DE INTERVENCIÓN | | |
|------------------------------|-----------|------------|
| | N° | % |
| Grupal | 20 | 87.5 |
| individual-grupal | 4 | 12.5 |
| TOTAL | 24 | 100 |

FUENTE: Elaboración propia

La modalidad general es la grupal, 87.5%; siendo grupos heterogéneos en patología. Esto responde a la exigencia institucional de brindar tratamiento de Terapia Ocupacional a la mayor cantidad de gerontes posibles, ligado a la escasa carga horaria.

Los terapeutas ocupacionales entrevistados afirman además que el trabajo grupal integrando pacientes con distintas patologías favorece la interrelación, la comunicación y la convivencia institucional.

Por otro lado, existen grupos integrados sólo por pacientes dementes, diferenciándose la intervención en la repetición y/o complejidad de las consignas y en la asistencia, que es mucho más frecuente que en el grupo de gerontes, sin ésta

patología, hay un refuerzo constante. En relación a estos pacientes los terapeutas ocupacionales rescatan que acceden también, en la medida de sus posibilidades, a las demás actividades realizadas por el resto.

La participación del paciente demente en los grupos, en algunos casos, se limita a la asistencia circunstancial, a la participación pasiva, a la realización de pasos cortos y simples de una actividad.

El modo de intervención individual-grupal es instrumentado en las instituciones donde el terapeuta ocupacional así lo estima y su carga horaria se lo permite. La población entrevistada considera al abordaje individual el de mayor importancia para el tratamiento focalizado de las características particulares de la patología.

Dato que resulta paradójico, ya que sólo el 12.5% de los entrevistados refieren realizar la intervención en forma individual.

Las causas que justifican la atención del paciente en grupos, frecuentemente es puesta en la exigencia institucional y en el tiempo de permanencia en la institución. La población en estudio hace referencia a lo antedicho del siguiente modo:

“... es muy difícil hacer un grupo específico de dementes, por los tiempos que te dan en los lugares que uno trabaja, salvo si hay dos terapeutas ocupacionales ...”

“... no te da el tiempo para abordarlo, no hay trabajo particular con el anciano demente ...”

“... se podría hacer más, a veces por cuestiones de tiempo, ... falta tiempo para la demencia ...”

3.2. Criterios de intervención

Cuadro N° 7 - Criterios de intervención en la estrategia terapéutica considerados por los T.O. que atienden al paciente en instituciones geriátricas y/o psiquiátricas de la ciudad de Mar del Plata

| CRITERIOS DE INTERVENCIÓN | | |
|----------------------------------|-----------|-----------|
| | N° | %* |
| Período de la enfermedad | 8 | 33 |
| Características fenomenológicas | 19 | 79 |
| Suceder interno | 6 | 25 |
| Otros criterios | 22 | 92.5 |
| Total de T.O. 24 | | |

FUENTE: Elaboración propia

* La diferencia de la sumatoria porcentual con el 100% corresponde a la respuesta de dos o más opciones.

El menor porcentaje se ubica en el criterio “suceder interno” que es considerado en la estrategia terapéutica por el 25% de la población.

Es elevado el porcentaje que considera las características fenomenológicas del cuadro.

La mayoría describe otros criterios de intervención.

Los terapeutas ocupacionales que consideran el **período de la enfermedad**, 33%; lo describen como el que determina la inclusión del paciente demente en los diferentes modos de abordaje (grupal, individual-grupal) según la siguiente clasificación:

- período inicial, “menos deterioro”, leve, donde comienzan a aparecer los primeros síntomas o signos de la enfermedad, alteraciones de

memoria, dificultades en el reconocimiento de los lugares cotidianos, desorientación, falta de atención, etc. Estos signos modifican el desarrollo de las actividades habituales. Los pacientes continúan siendo abordados en integración con todos los gerontes, requiriendo o no, mayor atención.

- el paciente en período de estado, “más deterioro”, moderado, revela trastornos de memoria, de pensamiento abstracto, marcada desorientación; todas las funciones (cognitiva, motora, psicológica) están comprometidas, limitando el desenvolvimiento de actividades básicas cotidianas y en ocasiones, el trabajo conjunto con otros pacientes. El tratamiento en este período es menos complejo, en cuanto a consignas; y constante en cuanto a refuerzo.
- el paciente en período terminal , “postrado”, grave, recibe atención a través de cuidado de posturas, medidas de contención, por medio de las orientaciones y/o indicaciones del terapeuta ocupacional al personal correspondiente.

La proporción de terapeutas ocupacionales que tiene en cuenta las **características fenomenológicas del cuadro**, 79%; caracteriza como modalidad de abordaje la ESTIMULACION COGNITIVA; el trabajo que se realiza es estimulación de memoria, atención, concentración, orientación témporo-espacial, lenguaje (comprensión y expresión) a través de diferentes ejercicios, actividades o juegos: sopa de letras, crucigramas, refranes, memotest, lotería, bingo, dominó, lectura de diarios y comentarios, almanaques; se utilizan fotografías para el reconocimiento de objetos, personas, lugares y tiempo.

Se busca la relación y aplicación de las diversas actividades realizadas en los grupos, en lo cotidiano y con las actividades de la vida diaria.

En relación al criterio **sucedor interno**, 25%; se realiza la estrategia a partir de la **INTERACCIÓN PACIENTE-T.O.-ENTORNO FAMILIAR-CONTEXTO INSTITUCIONAL**, brindando actividades en un espacio terapéutico con posibilidad de interactuar, de relacionarse, de generar vínculos y roles, en un marco de contención y organización, a partir del cual el sujeto pueda crear condiciones que favorezcan la “reconexión objetal” y la “reconexión social”.

La mayoría de la población describe **otros criterios de intervención**, 92.5%; combinados con los anteriormente descriptos o incorporados como único criterio.

Cuadro N° 8 - Otros criterios de intervención descriptos por los T.O. que atienden al paciente demente en instituciones geriátricas y/o psiquiátricas de la ciudad de Mar del Plata

| OTROS CRITERIOS | | |
|------------------------|-----------|------------|
| | N° | % * |
| Actividad corporal | 17 | 77 |
| Actividad recreativa | 11 | 50 |
| Taller de actividades | 9 | 40 |
| Total de T.O. 22 | | |

FUENTE: Elaboración propia

* La diferencia de la sumatoria porcentual con el 100% corresponde a la respuesta de dos o más opciones.

El **abordaje corporal** apunta a la movilización general y específica de los distintos segmentos corporales, a través de distintos ejercicios, en diferentes posiciones, en forma individual o en parejas, con o sin elementos (bolsas de arena,

aros, pelotas, bastones); incluyendo además desplazamientos, marcha y/o diferentes técnicas de relajación y sensopercepción. Algunos de los objetivos de esta modalidad son: mantener movilidad articular, mantener y/o aumentar fuerza y amplitud articular, evitar el sedentarismo, aplicación de los ejercicios realizados en las actividades de la vida diaria, etc.

Uno de los terapeutas ocupacionales que realizan este tipo de abordaje, incluye a la familia en la estrategia terapéutica instrumentada.

En algunos casos, este modo de intervención es denominado ESTIMULACION PSICOMOTRIZ.

A partir de **actividades recreativas**, tales como festejos (cumpleaños u otros acontecimientos) paseos y salidas, se instrumenta el trabajo de socialización, a través del contacto con el medio externo (actividades fuera de la institución) y el contacto con otras personas (familiares y amigos). Unica instancia en la estrategia terapéutica donde se hace referencia a la “participación familiar”.

En cuanto a **taller de actividades** se nombra y caracterizan los siguientes:

- taller de cocina: preparación de tortas, dulces para los festejos o salidas.
- actividades manuales: tejido, tarjetería, souvenirs
- taller de lectura: lectura de diarios, artículos, revistas, cuentos, poesías, etc. Comentarios grupales
- taller de revista: búsqueda de artículos, recetas, notas de interés, inclusión de material propio, armado de la revista.
- actividades musicales: canto, trabajo con las letras de las canciones,
- taller de huerta: preparación de la tierra, siembra, cuidados, cosecha.
- actividades de integración geronto-infantil: encuentro con chicos de diferentes jardines de infantes, con la entrega de regalos preparados por

los mismos ancianos (bolsas de tela con golosinas, payasos, prendas tejidas, etc.)

Los datos anteriormente desarrollados definen con mayor frecuencia la Estrategia Terapéutica como ABORDAJE CORPORAL Y COGNITIVO 77% y 79% respectivamente, a partir del relevamiento de la evaluación de la función motora, AVD y las funciones psíquicas.

La estrategia terapéutica debe ser planificada en base a un diagnóstico claro y preciso, teniendo en cuenta las particularidades individuales de un sujeto, en interacción con su entorno, atravesando un proceso demencial e internado en una institución.

La consideración de “el período de la enfermedad” en esta instancia, permite conocer la fase del proceso demencial en que se encuentra el sujeto, ya que caracteriza aspectos que definen cada situación terapéutica en particular.

Al describir la estrategia terapéutica un 20% de las entrevistadas relata situaciones y/o materiales de modo infantil:

“...yo trabajo mucho con canciones infantiles...”

“...tengo un dominó de animalitos que uso mucho ...”

“...les doy varias figuras y ellos tienen que encontrar el indiecito...”

“...cuando yo me pongo a buscar dibujos, cosas o juegos de memoria, concentración , no busco en libros de personas adultas, me fijo en libros de estimulación psicomotriz, por ahí de Costallat o de Piaget...”

“...no empiezo con que sepa “cálculo”, si tengo que recobrar lo básico, trabajar las funciones básicas, y lo básico lo trabajás con las criaturas...”

La propuesta de actividades y/o materiales de la estrategia terapéutica en el tratamiento deben estar relacionadas con el momento evolutivo en el que se

encuentra el sujeto. Pues cada etapa evolutiva del ciclo vital implica transformaciones específicas, de niño a adolescente, a adulto, a viejo y cada una de ellas exige cambios al sujeto que la atraviesa; permitiéndole continuar adaptándose en la cadena de generaciones.

TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

RESUMEN

Los resultados del análisis de la Entrevista, la Evaluación y la Estrategia Terapéutica, permiten identificar formas o tipos de tratamiento de Terapia Ocupacional con pacientes dementes institucionalizados, nominados “Estimulación cognitiva y/o corporal” e “Interacción paciente-T.O.-entorno”.

El tipo de tratamiento identificado como **estimulación cognitiva y/o corporal** queda caracterizado en subtipos, a partir de la descripción de las diferentes instancias del proceso terapéutico:

Subtipo A:

considera la Entrevista como primera instancia del tratamiento; con el paciente para la recolección de datos filiatorios y con la familia para aportar o confirmar los datos; la Evaluación como valoración de funciones psíquicas, función motora y AVD; la Estrategia Terapéutica a partir de las características fenomenológicas del cuadro y la actividad corporal, abordando en forma grupal, a través de diferentes actividades, ejercicios o juegos, graduando la asistencia, la repetición y/o complejidad de las consignas, en relación a las posibilidades del paciente demente.

Subtipo B:

comienza el tratamiento con la Evaluación, considerada valoración de funciones psíquicas, función motora y AVD; y realiza la Estrategia Terapéutica a partir de las características fenomenológicas del cuadro y la actividad corporal, en forma grupal, donde el paciente demente asiste

circunstancialmente, participa en forma pasiva o realiza pasos cortos o simples de una actividad.

El tipo de tratamiento **interacción paciente-T.O.-entorno** considera la Entrevista como primera instancia del tratamiento, con el paciente y con la familia, para conocer la historia del sujeto y su entorno; la Evaluación como valoración de funciones psíquicas y del modo vincular característico de ese sujeto, la Estrategia Terapéutica a partir del período de la enfermedad, las características fenomenológicas del cuadro y el suceder interno, abordando en forma individual-grupal, a partir de actividades en un espacio terapéutico con posibilidad de interactuar, relacionarse, en un marco de contención y organización.

INSTITUCIONES

Cuadro N° 9: Tipo de instituciones en que desempeñan su profesión los T.O. que atienden al paciente demente.

| INSTITUCIONES | | |
|---------------|----|-----|
| | N° | % |
| Geriátricas | 31 | 84 |
| Psiquiátricas | 6 | 16 |
| Total | 37 | 100 |

FUENTE: Elaboración propia.

La mayoría porcentual corresponde a la institución geriátrica.

Cuadro N° 10- Cantidad de instituciones en las que desempeñan su profesión los T.O. que atienden al paciente demente, en relación con el tipo de institución en la que ejercen

| INSTITUCIONES | | | | | | |
|---------------|-------------|------|---------------|----|-------|------|
| TIPO | Geriátricas | | Psiquiátricas | | Total | |
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| 1 | 9 | 37.5 | 5 | 21 | 14 | 58.5 |
| 2 | 6 | 25 | 0 | 0 | 6 | 25 |
| 3 | 2 | 8.5 | 1 | 4 | 3 | 12.5 |
| 4 | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| TOTAL | 18 | 75 | 6 | 25 | 24 | 100 |

FUENTE: Elaboración propia.

El mayor porcentaje, 58.5% se ubica ejerciendo su profesión en una sola institución.

Se observa una disminución porcentual a medida que aumenta la cantidad de instituciones donde el T.O. desempeña su profesión.

El cuadro muestra que: el 75% de la población en estudio corresponde a los terapeutas ocupacionales que desempeñan su profesión en instituciones geriátricas, el 25% restante, a los terapeutas ocupacionales que ejercen en instituciones psiquiátricas.

Cuadro N° 11 - Tipo de tratamiento instrumentado en relación a los T.O. que lo realizan y las instituciones que cubren

| TRATAMIENTOS | T.O. | | INSTITUCIONES | |
|-----------------------------------|------|-----|---------------|-----|
| | N ° | % | N ° | % |
| Estimulación cognitiva y corporal | 18 | 75 | 31 | 84 |
| Interacción paciente-T.O.-entorno | 6 | 25 | 6 | 16 |
| TOTAL | 24 | 100 | 37 | 100 |

FUENTE: Elaboración propia

El tratamiento definido como “**Estimulación cognitiva y/o corporal**” es instrumentado por la mayoría, 75% de la población, porcentaje que corresponde a los terapeutas ocupacionales que desempeñan su profesión en **instituciones geriátricas** que cubren el 84% del total de instituciones.

En este tipo de tratamiento el 61%, 11 terapistas ocupacionales, corresponde al Subtipo A, el 39% restante, 7 terapistas ocupacionales, al Subtipo B; descritos en la página 76

El 25% restante de la población define el tratamiento a partir de la “interacción paciente-T.O.-entorno”, porcentaje que corresponde a los terapistas ocupacionales que desempeñan su profesión en **instituciones psiquiátricas**, que cubren el 16% del total de instituciones.

La variable interviniente: N° de instituciones en las que el terapeuta Ocupacional desempeña su profesión, mantiene la relación de mayor frecuencia en el tratamiento aplicado (Cuadro N° 10 y Cuadro N° 11)

El tipo de institución en la que el terapeuta ocupacional desempeña su profesión surge como variable interviniente en el análisis y conocimiento del tratamiento aplicado.

CON RESPECTO AL TERAPISTA OCUPACIONAL

1- TIEMPO DE EGRESO Y DE EJERCICIO EN TERCERA EDAD

Cuadro N° 12: Tiempo de egreso y de ejercicio en tercera edad o

gerontopsiquiatría de los T.O. que atienden al paciente demente en instituciones geriátricas y/o psiquiátricas de la ciudad de Mar del Plata, en intervalos de 2 años.

| TIEMPO EN AÑOS | | | | |
|----------------|--------|------|-----------|------|
| | EGRESO | | EJERCICIO | |
| | N° | % | N° | % |
| 0-2 | 5 | 21 | 7 | 29 |
| 2-4 | 5 | 21 | 8 | 33.5 |
| 4-6 | 2 | 8.5 | 5 | 21 |
| 6-8 | 3 | 12.5 | 1 | 4 |
| 8-10 | 1 | 4 | 1 | 4 |
| 10-12 | 7 | 29 | 1 | 4 |
| 12-14 | 1 | 4 | 1 | 4 |
| TOTAL | 24 | 100 | 24 | 100 |

FUENTE: Elaboración propia.

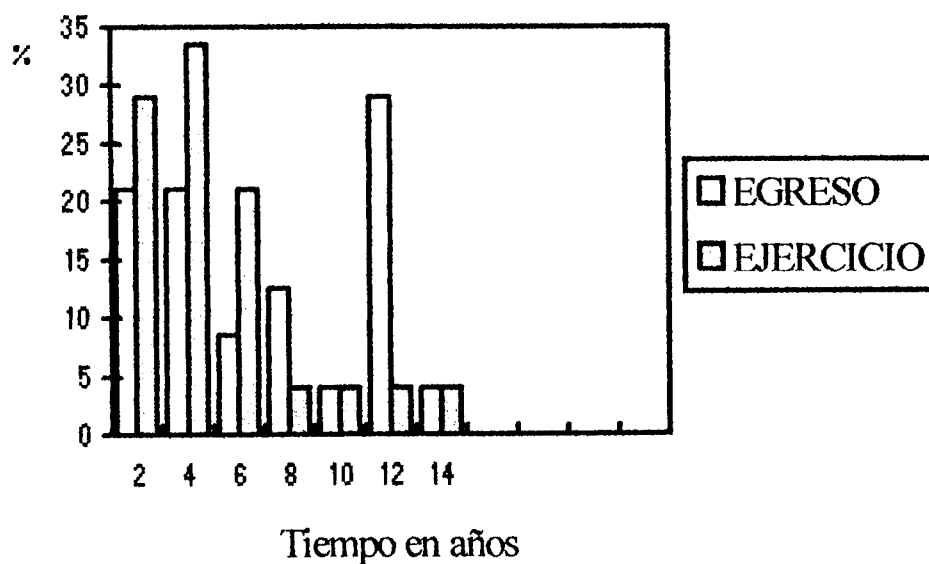
Existe en la población una proporción de Licenciadas en T.O. que abarca el 34% del total, 8 individuos.

El mayor porcentaje de terapeutas ocupacionales egresadas se concentra en el período 10-12 años, mientras que la mayoría porcentual de tiempo de ejercicio se distribuye en los períodos de 0 a 6 años.

Se puede observar que 6 de los 7 T.O. egresados en el período 10-12 años, ejerce en tercera edad hace menos de 6 años.

Gráfico N° 1: Tiempo de egreso y de ejercicio en tercera edad

gerontopsiquiatría de los T.O. que atienden al paciente demente en instituciones geriátricas y/o psiquiátricas de la ciudad de Mar del Plata, en intervalos de 2 años



FUENTE: Elaboración propia.

2.- ASPECTOS CONSIDERADOS PRIMORDIALES EN EL TRATAMIENTO

Cuadro N° 13 : Aspectos considerados primordiales en el tratamiento por los T.O.

que atienden al paciente demente en instituciones geriátricas y/o
psiquiátricas de la ciudad de Mar del Plata

| ASPECTOS PRIMORDIALES | | |
|------------------------------|-----------|------------|
| | N° | % |
| Funciones cognitivas | 10 | 42 |
| Relevamiento de E y E | 6 | 25 |
| Trabajo corporal | 2 | 8 |
| Otros aspectos * | 6 | 25 |
| TOTAL | 24 | 100 |

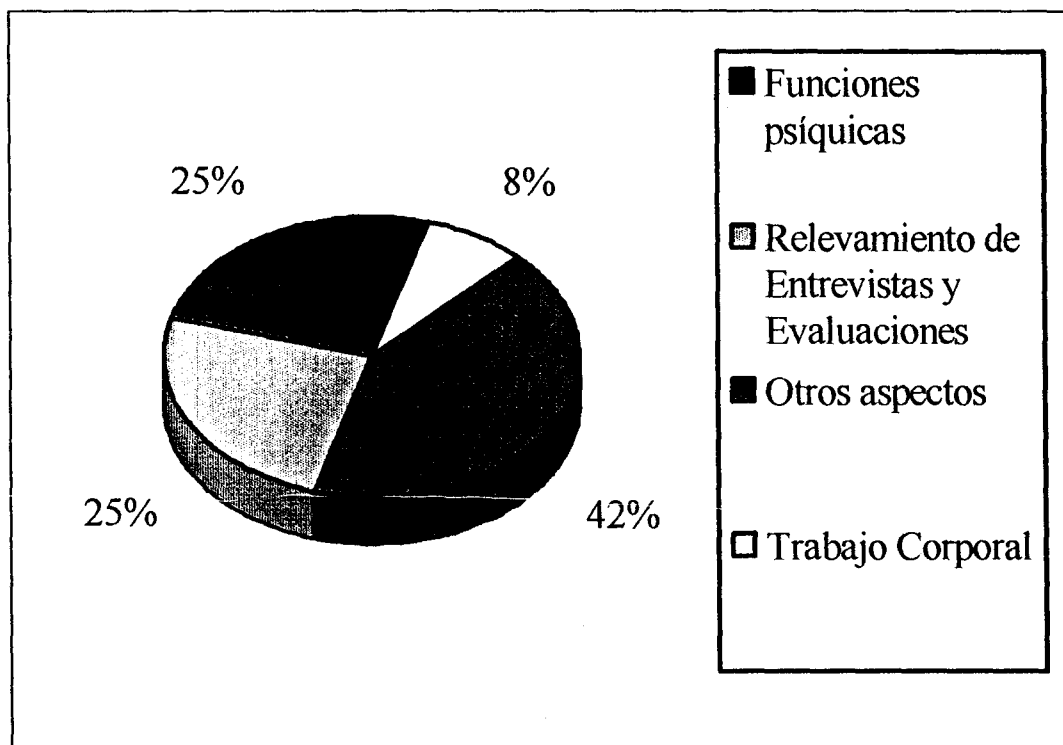
FUENTE: Elaboración propia.

Los aspectos considerados en este cuadro, corresponden a la nominación dada por los terapeutas ocupacionales.

*Se incluyen aquí los aspectos que no son representativos por aparecer en una oportunidad:

- desempeño ocupacional
- comunicación
- independencia personal
- areas alma-mente-cuerpo
- interés del paciente
- angustia del paciente

Gráfico N° 2: Aspectos considerados primordiales en el tratamiento por los T.O. que atienden al paciente demente en instituciones geriátricas y/o psiquiátricas de la ciudad de Mar del Plata



FUENTE: Elaboración propia

En el tratamiento, el aspecto considerado primordial por el 42% es el fenomenológico.

Un 25 % considera primordial el relevamiento realizado a partir de entrevistas y/o evaluaciones, mientras que el resto toma aspectos puntuales y específicos del paciente con demencia.

Desde los conceptos teóricos que dan marco a esta investigación el aspecto considerado primordial en el tratamiento es el **relevamiento de entrevistas y evaluaciones**. A partir de las entrevistas realizadas al paciente y a la familia se obtiene un diagnóstico presuntivo que permite seleccionar criterios evaluativos. La valoración de las funciones psíquicas y/o del modo vincular tiene por intención

corroborar o refutar el diagnóstico inicial y precisar el diagnóstico definitivo, brindando emergentes para proponer una estrategia terapéutica.

3- *COMPRENSIÓN DE LA DEMENCIA*

La demencia es vista como una patología bastante compleja, un trastorno de difícil abordaje, una enfermedad progresiva, terminal:

“... característica que hay que tomar conciencia cuando se trabaja con ésta enfermedad...”

Es entendida por el 75% de la población como:

- DETERIORO COGNITIVO, principalmente atención, memoria, orientación témporo-espacial.

De éste porcentaje, el 20% de los entrevistados la describe además como:

- PATOLOGÍA PSIQUIATRICA QUE SE DESCONOCE Y EN LA QUE NO SE TIENE INTERÉS.

El 25% restante la comprende como:

- CUADRO PSIQUIATRICO, rescatando la historia individual del paciente.

No podemos dejar de mencionar aquí la respuesta obtenida por el 20% de la población, que manifiesta desconocimiento y desinterés por la patología, expresado de la siguiente manera:

“...mi concepto sobre la patología es bastante vago, la psiquiatría no me gusta, nunca me interesó...”

“...yo siempre me tenté más por la parte física, creo que me tendría que formar para abordar la demencia, en éste momento no me creo preparada...”

“...ni la demencia, ni ninguna otra patología psiquiátrica me atrae demasiado (...) nunca me gustó (...) no me atrae, con la psiquiatría no me interesa saber qué me pueda pasar...”

4- SUSTENTO TEÓRICO

El 71% basa su modalidad de abordaje en el conocimiento obtenido en la cátedra de T.O. III de la Carrera (patologías físicas) en prácticas clínicas de geriatría realizadas, en la información recibida de cursos y/o jornadas, o en aportes brindados desde la Neuropsicología y la Educación Física.

El 25% de la población fundamenta su accionar en el Psicoanálisis y el enfoque Psicosocial.

El modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner surge como fundamento teórico para la comprensión del paciente demente y la aplicación del tratamiento, en el 4% de la población.

En la mayoría, los supuestos teóricos que sustentan el lugar desde el cual es comprendido el paciente con diagnóstico de demencia, es decir, el posicionamiento frente a la demencia, aparece con cierta vaguedad y se va perdiendo en la imposibilidad de nominar aquello que se pretende decir.

La consideración de “el período de enfermedad” que el sujeto está atravesando, sirve de ejemplo, ya que suele expresarse como: “... paciente más deteriorado...”, “...el paciente que está mejor...”, “...los que están más deteriorados pero no tanto...”.

Otras expresiones que caracterizan esta situación son:

“... realmente lo único que se hace es estimularlo cada vez que uno entra, “buenos días”, “buenas tardes”, “¿qué tal?”...”

“...tomo el Barthel cada 6 meses a manera de ver la dependencia que tienen en las necesidades básicas, por ejemplo cortar, porque hay pacientes que están lúcidos pero están hemiplégicos y no pueden cortar...”

“...trabajar sobre esto, sobre enseñarle que están abajo, en la planta baja, en el lugar de trabajo o que estamos haciendo la actividad X, pero que su casa es ésta, un poco eso...”

CON RELACIÓN AL PACIENTE

1. RELACIÓN DEL PACIENTE DEMENTE CON LOS OTROS

Los datos obtenidos con respecto a este ítem, son los siguientes:

El 75% expresa que el paciente es rechazado, a veces con agresión verbal o física, porque no conocen, no comprenden, o temen a la patología. Situación que una minoría, 22 %, aborda con el fin de ofrecer posibilidades de mejora en la convivencia institucional a través de distintas estrategias: charlas informativas, encuentros de reflexión, etc.

Este 75% corresponde a los T.O. que trabajan en instituciones geriátricas (Cuadro N° 10)

El 25% afirma que el demente es aceptado y contenido por sus compañeros. Este porcentaje corresponde a los T.O. que trabajan en psiquiátricos.

La relación del paciente demente con los otros, es descripta a partir de la actitud del "otro" en relación al demente.

Los datos muestran la correspondencia entre: la actitud de los otros con el demente y la institución en que se encuentran inmersos.

La existencia de un contexto que brinde espacios de escucha, expresión y contención permite abordar y responder terapéuticamente a la problemática del anciano con demencia. El paciente forma parte del contexto institucional y está en constante interrelación; por lo cual consideramos importante permitir la adaptación al medio institucional brindando posibilidades de mejora en la convivencia.

2 CAMBIOS EVOLUTIVOS

Cuadro N° 14: Cambios evolutivos a partir del tratamiento aplicado considerados por los T.O. que atienden al paciente demente en instituciones geriátricas y/o psiquiátricas de la ciudad de Mar del Plata

| CAMBIOS EVOLUTIVOS | | |
|---------------------------|-----------|------------|
| | N° | % |
| Si | 14 | 58 |
| No | 10 | 42 |
| TOTAL | 24 | 100 |

FUENTE: Elaboración propia

Estimamos elevado el porcentaje de T.O. que no observan cambios en el paciente, en relación al tratamiento aplicado

El 58% considera los cambios, escasos, muy lentos, fluctuantes con altibajos, y lo expresa así:

“...el paciente asiste con cierta regularidad al grupo, permanece en él, existe posibilidad de espera entre consignas, reconoce e interactúa con el T.O. y sus compañeros.”

“...desde el abordaje corporal se advierten claramente los avances, mejora la movilización general, la disociación de los segmentos corporales, hay mejor respuesta a los ejercicios propuestos, y en algunos casos, disminuye la rigidez...”

“...observo un mantenimiento de las funciones, y en algunos aspectos una mejoría, por ejemplo, en la orientación espacial.”

Un T.O. relaciona los cambios con la adaptación del paciente al lugar; otro, con la respuesta por imitación de éste a las actividades propuestas.

Dos T.O. consideran que “la institución donde el paciente se encuentra internado, tiene que ver con la posibilidad de observar una evolución.”

Se rescata la inclusión del contexto institucional en el proceso terapéutico, en relación a los cambios evolutivos observados en el paciente, pues entendemos que el proceso terapéutico se instala en un sujeto en interacción con el terapeuta, el entorno familiar y el contexto institucional.

TERAPIA OCUPACIONAL

Los datos obtenidos en relación a la situación actual de Terapia Ocupacional con ésta patología, quedan representados en las siguientes caracterizaciones:

“... la considero muy importante y muy necesaria...”

“...geriatria es una de las tantas fallas que se pueden ver dentro de la carrera (...), todo el mundo sale de Práctica Clínica a geriatría, sin saber lo que es el área de la geriatría, que es una demencia, o cómo abordar una demencia, y se plantea también como una primera salida laboral que muchas de nosotras tenemos (...) En Mar del Plata se tendría que poder acceder a una especialización como en otros lugares.”

“... lo ideal es que haya en un geriátrico o en las instituciones con pacientes de edad, dos T.O., una que abordara lo corporal y otra lo cognitivo.”

“... con el demente y más en un geriátrico, tiene que haber una T.O. que se dedique a psiquiatrico...”

“... en el trabajo de T.O., en la parte de geriatría, en general la tendencia es a esto de la recreación, a esto de que no se puede hacer nada (...) yo siempre digo, sea en la demencia o en cualquier lado, todo tiene que responder a un qué? un cómo? y un cuándo? sino, no estás haciendo Terapia Ocupacional.”

“... veo a la Terapia Ocupacional, como estimulando la función deteriorada, en todos los pacientes por igual, como estimulando la función aislada.”

“... creo que desde Terapia Ocupacional hay una tendencia a enfocar la demencia desde un posicionamiento neuropsiquiátrico con una valoración sobredimensionada de estimulación cognitiva en el abordaje del paciente”

A partir de estos pensamientos o posturas expresados en palabras, la situación de Terapia Ocupacional en relación a la demencia, se muestra por un lado, con cierta tendencia a fragmentarla en parte física o en parte psiquiátrica.

El abordar determinada área haciendo un recorte instrumental de la situación, no debe descartar la existencia de una persona como globalidad, con una conducta integrada. Es evidente que el paciente representa una totalidad y sólo podemos entender a la Terapia Ocupacional operando en ella.

Por otro lado, la Terapia Ocupacional se presenta con una carencia de capacitación en geriatría, siendo éste área la que ofrece mayor posibilidad de “primer salida laboral”.

La Tesis “Expectativas profesionales en Terapia Ocupacional” muestra entre sus resultados que el área en que mayormente los alumnos creen posible ejercer; “geriatría y gerontología”, reciben, en opinión de los mismos, menor capacitación.

Creemos que la formación académica debe considerar las opiniones de graduados y alumnos sobre las deficiencias en la formación teórica y aplicada y sus vinculación con el ejercicio profesional.

PARTE III

CONCLUSIONES

La exploración realizada en este estudio de investigación nos conduce a conclusiones que muestran de qué manera son abordados desde Terapia Ocupacional los pacientes dementes institucionalizados de la ciudad de Mar del Plata. Dichas conclusiones son las siguientes:

Las propuestas terapéuticas ofrecidas desde Terapia Ocupacional en las instituciones geriátricas y/o psiquiátricas permiten identificar categorías y subcategorías, las cuales caracterizan tendencias frente al paciente con diagnóstico de demencia. Estas categorías son: ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y/O CORPORAL e INTERACCIÓN PACIENTE-TO.-ENTORNO.

La denominada ESTIMULACION COGNITIVA Y/O CORPORAL queda subcategorizada en SUBTIPO A y SUBTIPO B a partir de la descripción de las diferentes instancias del proceso terapéutico. El primer subtipo considera la ENTREVISTA como instancia para registrar o corroborar datos filiatorios y la EVALUACIÓN destinada a valorar las funciones psíquicas, la función motora y las actividades de la vida diaria (AVD), centralizando la ESTRATEGIA TERAPÉUTICA en las “características fenomenológicas del cuadro” y en la “actividad corporal”, en forma grupal graduando la intervención en relación a las demandas y posibilidades del paciente demente. Paciente considerado en términos de conducta manifiesta, de signos y síntomas observables y medibles de la patología en los cuales se suelen advertir cambios evolutivos en relación al tratamiento aplicado.

El subtipo B de ésta categoría inicia el tratamiento con la EVALUACIÓN de funciones y propone la ESTRATEGIA TERAPÉUTICA teniendo en cuenta las “características fenomenológicas del cuadro” y la “actividad corporal”, en forma grupal con participación pasiva del paciente a las propuestas ofrecidas y/o asistencia circunstancial. El paciente es caracterizado desde su poca plasticidad y sus escasas posibilidades.

Esta propuesta terapéutica, estimulación cognitiva y/o corporal, corresponde a los terapeutas ocupacionales que trabajan en instituciones geriátricas. Dicha población plantea un enfoque al que conceptualizamos NEUROPSICOLOGICO, instrumentando el tratamiento a partir de la comprensión de la demencia como deterioro cognitivo, de la consideración de lo fenomenológico como aspecto primordial en el tratamiento y de la fundamentación teórica de su quehacer en la formación académica en patologías físicas, prácticas clínicas en geriatría, cursos y/o jornadas, neuropsicología, educación física.

La categoría identificada como INTERACCIÓN PACIENTE-T.O.-ENTORNO considera al paciente demente desde su estructura de personalidad, su historia y el contexto familiar e institucional. El tratamiento se propone a partir de ENTREVISTAS destinadas a conocer al paciente y su entorno y de EVALUACIÓN de funciones psíquicas y modo vincular, instrumentando la ESTRATEGIA TERAPÉUTICA en un “espacio” con posibilidades de interactuar en forma individual-grupal, teniendo en cuenta el “período de la enfermedad”, las “características fenomenológicas del cuadro” y el “suceder interno” del paciente, observando en el comportamiento total del sujeto los cambios evolutivos en relación al tratamiento aplicado. Esta modalidad de abordaje se plantea desde la comprensión de la demencia como cuadro psiquiátrico, de la consideración del relevamiento de entrevistas y evaluaciones como aspecto primordial en el tratamiento y de la fundamentación teórica de su quehacer en el psicoanálisis y el enfoque psicosocial. La población que describe ésta propuesta terapéutica expone una tendencia a la que denominamos PSICOSOCIAL, ésta población corresponde a los terapeutas ocupacionales que atienden al paciente demente en instituciones psiquiátricas.

La tendencia más frecuente de Terapia Ocupacional desde la cual es comprendido el paciente con diagnóstico de demencia es NEUROPSICOLOGICA y el tratamiento aplicado con mayor frecuencia es ESTIMULACION COGNITIVA Y/O CORPORAL.

Analizar y comparar las distintas modalidades instrumentadas nos ha permitido establecer la significativa asociación entre el contexto institucional, las instancias terapéuticas y el lugar del paciente.

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. En la institución psiquiátrica éste comportamiento externo se trata de comprender desde la dinámica interna del sujeto, de éste modo, las instancias terapéuticas instrumentadas comprometen al sujeto como totalidad.

La situación del paciente varía en los distintos contextos caracterizados en la descripción precedente y en relación a la actitud de sus pares hacia él, una actitud de rechazo es observada por los terapeutas ocupacionales en los pacientes internados en la institución geriátrica y una actitud de aceptación hacia el demente en los pacientes de la institución psiquiátrica.

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 terapeutas ocupacionales de instituciones geriátricas y psiquiátricas respectivamente.

La variación encontrada entre el contexto institucional, las instancias terapéuticas instrumentadas y el lugar del paciente nos plantea algunos interrogantes:

¿Cuál es el lugar más adecuado para internar y abordar a un paciente con demencia, la institución geriátrica o la institución psiquiátrica?

¿Cuáles son los factores que inciden en la elección por parte de los Terapistas ocupacionales de la modalidad “estimulación cognitiva y/o corporal” en la institución geriátrica y la modalidad “interacción paciente-T.O.- entorno” en la institución psiquiátrica?

¿Qué modalidad de abordaje brinda la posibilidad de advertir mayores cambios evolutivos en el paciente con diagnóstico de demencia? ¿Ambas modalidades pueden ser instrumentadas en forma complementaria?

¿Podría plantearse desde Terapia Ocupacional un tratamiento preventivo en sujetos con posibles deterioros y/o pérdida de las funciones psíquicas?

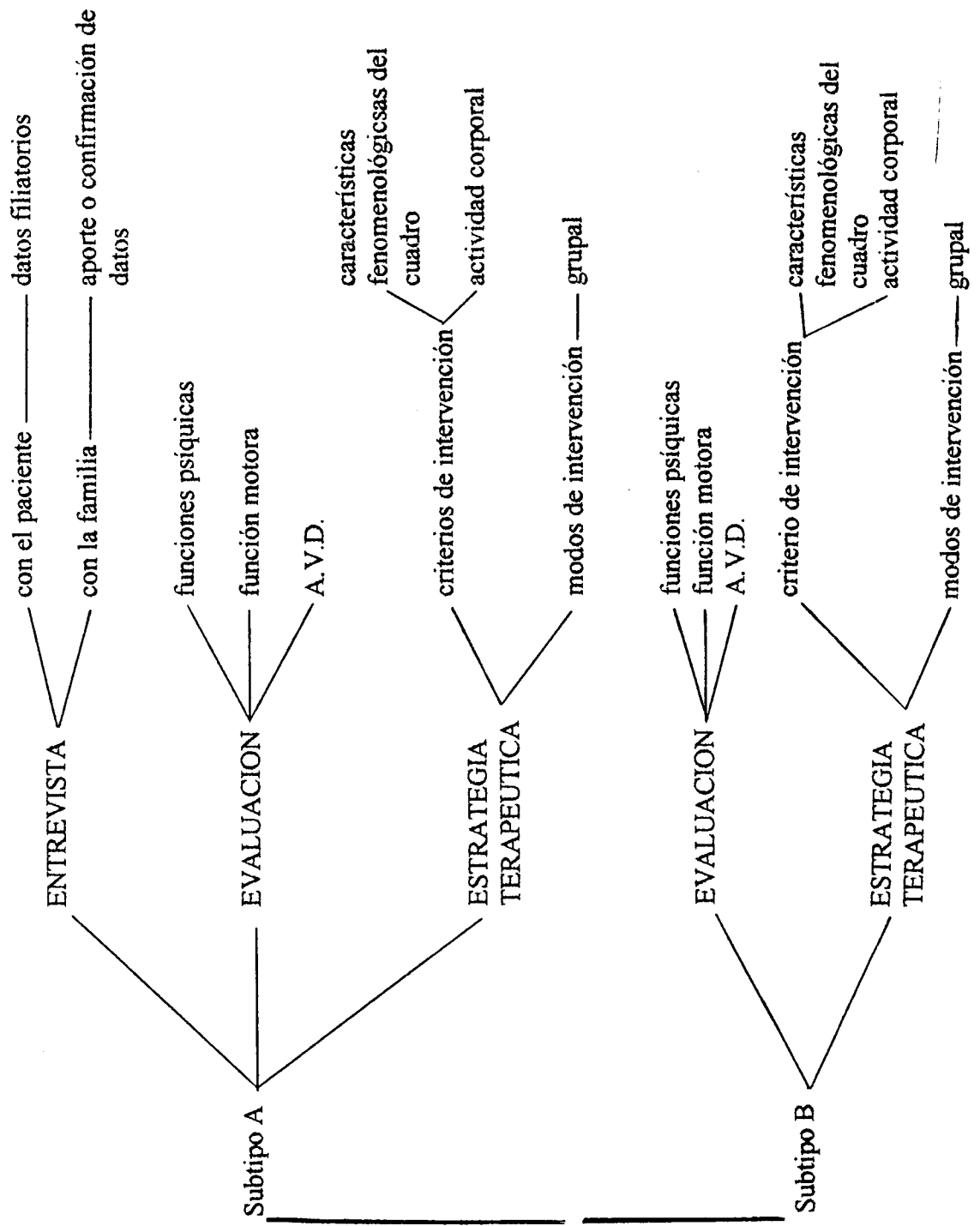
¿De qué manera incide el contexto institucional geriátrico y el contexto institucional psiquiátrico en el desempeño del rol profesional del terapeuta ocupacional con pacientes dementes?

Estos y otros interrogantes abren camino a futuras investigaciones que permitan profundizar acerca del tema.

Creemos que la Terapia Ocupacional debe considerar el generar acciones tendientes al tratamiento integral del paciente con demencia, a través de metodologías y técnicas específicas, optimizando los recursos familiares, institucionales y comunitarios.

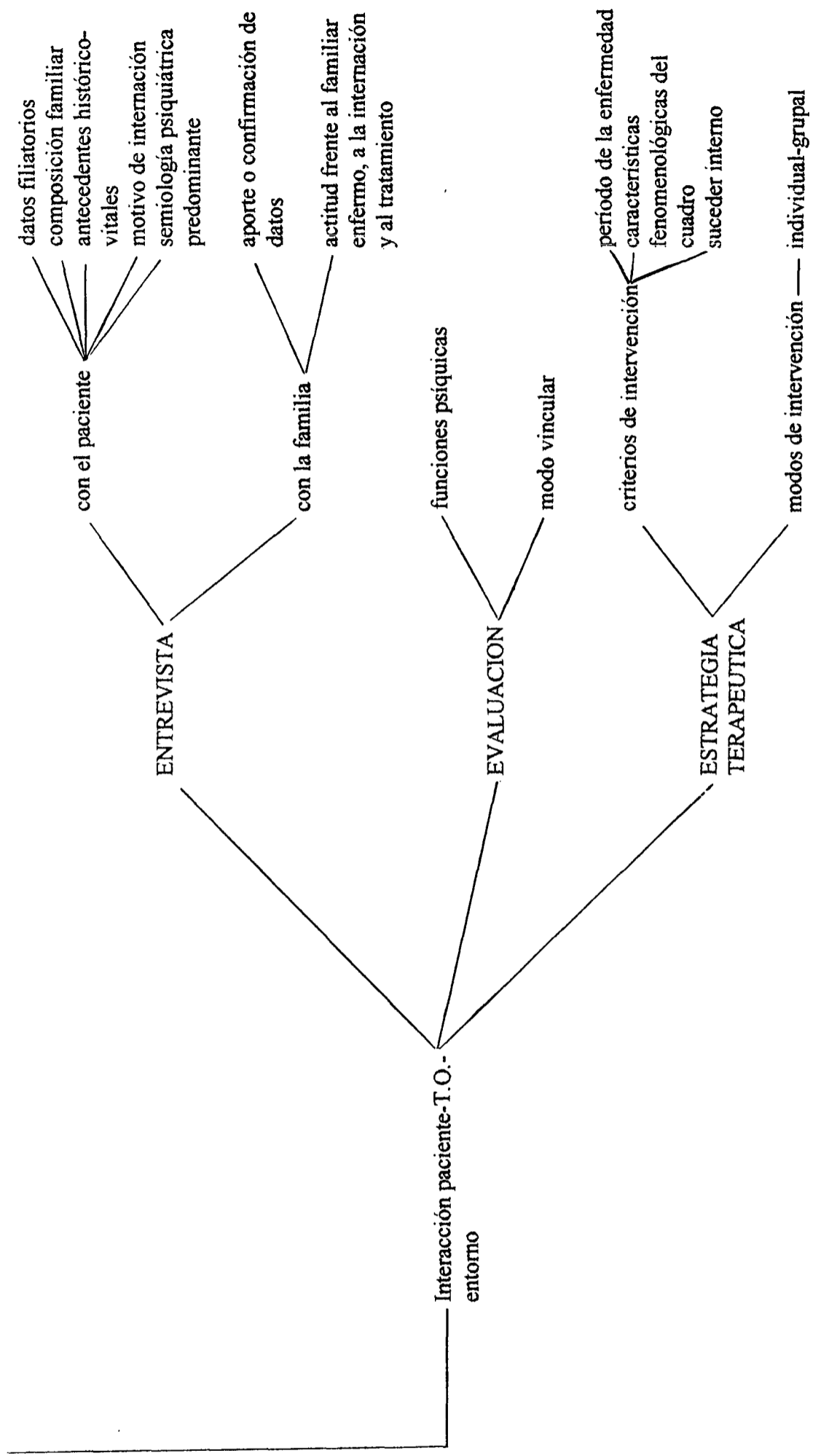
***Es preciso cambiar, ciertamente, de mentalidad:
en interés de las personas mayores
(y en el nuestro) hay que pensar
cómo abrirles y sostenerles
posibilidades enriquecedoras de
experiencia.”***

Maud Mannoni



Estimulación cognitiva y/o corporal

Propuestas terapéuticas ofrecidas desde T.O.



BIBLIOGRAFÍA

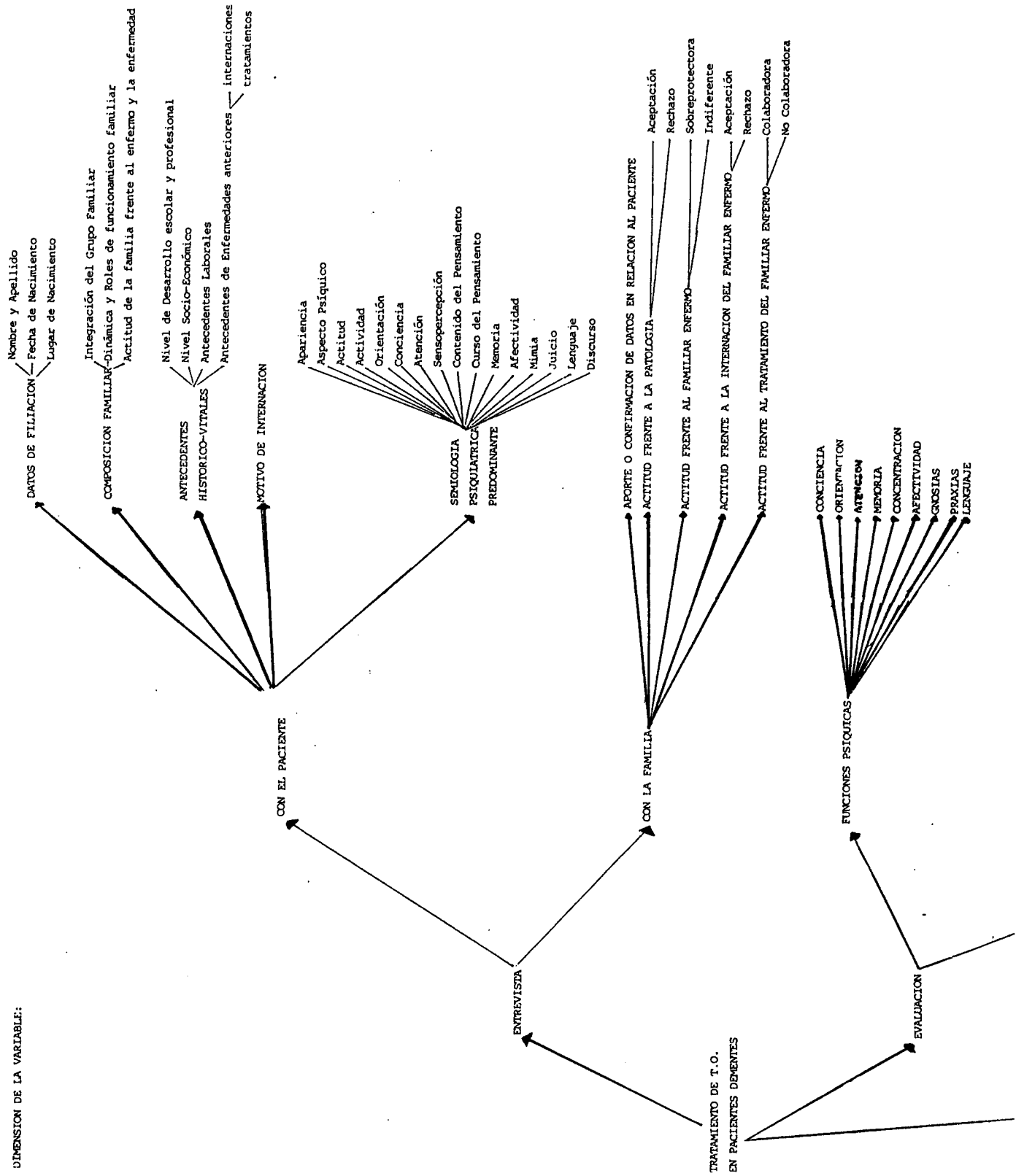
- A.A.T.O. Asociación Americana de T.O.. "The objectives of T.O".. Traducido por Marta Suter. Buenos Aires. S/f.
- ANTONUCCIO, Osman N. La salud mental en tercera edad. Psicogeriatría. Editorial Akadia. Buenos Aires. 1992.
- ARCHILLA, María; LAGUARDE, M.L. Importancia del tratamiento de Terapia Ocupacional en pacientes con síndrome de Demencia para el mantenimiento de su independencia y calidad de vida. Tesis de Licenciatura en T.O. Mar del Plata. 1994.
- A.T.O.S. Ampliando horizontes. 4^{to} congreso de T.O. y 3^{er} Simposio Latinoamericano de T.O. Módulo "Abordaje corporal a pacientes dementizados". Santa Fé. 1995.
- BAULEO, Armando. "Efectos de la institucionalización en un individuo". Revista Española . Geriatría y Gerontología. N° 27. 1992.
- BETTA, J.C. Manual de Psiquiatría. Edit. Universitaria. Bs. As. 1962.
- BLEGER, José. Temas de Psicología, la entrevista psicológica. Editorial Nueva visión. Buenos Aires. 1973.
- BLEGER, José. Psicología de la conducta. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1984.
- BOSEMBERG, Ingrid; FAIDUTTI, Silvia. Evaluación de discapacidad en personas mayores de 65 años, que sufrieron un accidente cerebro-vascular. Tesis de Licenciatura en T.O. Mar del Plata. 1993.
- CANALE. DE ALVARADO. PINEDA. Metodología de la investigación científica. Manual para el desarrollo de personal de Salud. Editorial Limusa. Argentina. 1993.
- C.O.L.T.O. T.O.: el camino de hacer. Gerontes. La Terapia Ocupacional en el tratamiento de las demencias. Vip Ediciones. Buenos Aires. 1991.
- C.O.L.T.O. Segundo congreso de T.O. Buenos Aires. 1988.
- C.O.L.T.O.P. Terapia Ocupacional en Salud Mental. Cap. V. Gerontopsiquiatría. Buenos Aires. 1988.
- CUNIETTI, Silvia; DE LAURENTIS, Claudia; PERNICE, Valeria. Una profundización en la naturaleza de nuestro quehacer. Tesis de Licenciatura en T.O. Mar del Plata. 1993.
- D.S.M. III, R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, revisado. Editorial Masson, 1^{ta} edic, Barcelona. 1988.
- D.S.M. IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson, S.A., Barcelona. 1995.
- ECO, Humberto. Cómo se hace una Tesis. Editorial Gedisa. Barcelona. 1992.
- ECHENBAUM, Graciela Zarebski de. Lectura teórico-cómica de la vejez. Edit. Teckné. Buenos Aires. 1990.

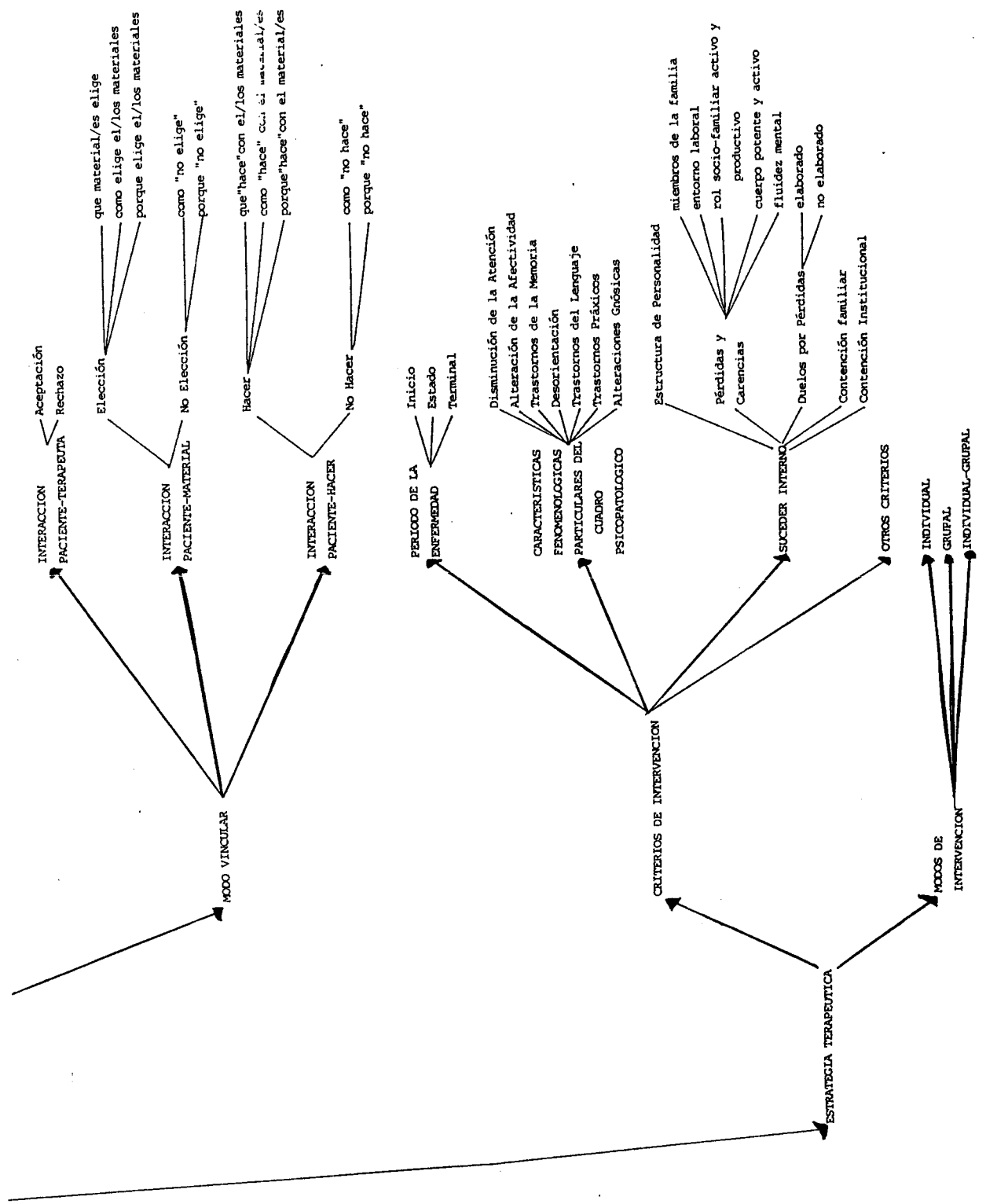
- ECHENBAUM, Graciela Zarebski de ¿La vejez es una caída?. Edit. Teckné. Buenos Aires. 1994
- EY, Henri. Tratado de Psiquiatría. Editorial Toray-Masson, S.A., Barcelona. 1980.
- FERNANDEZ, Luisa; FERNANDEZ, Verónica. Expectativas profesionales en T.O. Tesis de Licenciatura. en T.O Mar del Plata. 1995.
- FREUD, Sigmund. Obras Completas. Ediciones Orbis. Hispanoamérica. Buenos Aires. 1993.
- GAMA. Mar del Plata. Grupo Autoayuda Mal de Alzheimer. Boletín, 1^{era} entrega. Mar del Plata. 1994.
- HERRERO JIMENEZ, F. "Terapia Ocupacional". Boletín informativo N° 1. Asociación Española de T.O. Madrid. España. 1988.
- KATZ DE ARMOZA, Marcela. Técnicas corporales de tercera edad. Ediciones Paidós. Barcelona. Buenos Aires-México. 1988.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Labor. Barcelona. 1981. 3^{era} Edición.
- LUNAZZI DE JUBANY, Helena. Lectura del Psicodiagnóstico. Editorial Belgrano. 1992.
- MANNONI, Maud. Lo nombrado y lo innombrable. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. 1992.
- MARTIJENA, Nidia. Ecología humana: ¿utopía o realidad?. Cap. VIII. Intervención. T.O. en tercera edad. Impresión Gráfica Centauro. Mar del Plata. 1995.
- OCAMPO, M.L.S. de; ARZENO, M.E. Las técnicas proyectivas y el proceso psicodinámico. Tomo I. Cap. II. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. 1992.
- PAOLINI, Eduardo. Consideraciones sobre lo normal y lo patológico en la concepción dialéctica vincular. Artículo inédito s/f.
- PECKER, Patricia; PEREZ GUZZI, Daniela; PORTALUPPI, Gabriela. Enfoque preventivo de T.O. en Gerontología. Tesis de Licenciatura en T.O.. Mar del Plata. 1992.
- PERUCHON, Marion; THOME-RENAULT, Annette. Vejez y pulsión de muerte. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. 1995.
- PICHON RIVIERE, Enrique. El proceso grupal, del psicoanálisis a la psicología social. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. 1982.
- PICHON RIVIERE, Enrique. Teoría del vínculo. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. 1992.
- POLIT, D.; HUNGLER, B. Investigación científica en ciencias de la Salud. Nueva Editorial Interamericana. 2^{da} Edición. México, D.F.. 1989.

- QUIROGA, Ana P. de. *Proceso de constitución del mundo interno*. Ediciones Cinco. Buenos Aires. 1988.
- ROLLA, Edgardo. *La entrevista en psiquiatría, psicoanálisis y psicodiagnóstico*. Editorial Galerna. Buenos Aires. 1992.
- ROUMEC, Betina. *Ficha de Práctica Clínica (S.A.T.E.)*. Mar del Plata. 1994.
- SALVAREZZA, Leopoldo. *Psicogeriatría, Teoría y Clínica*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1991.
- SBRILLER, Liliana; WARSCHASVKY, Graciela. *T.O. Teoría y Clínica. Abordaje de T.O. en geronto-psiquiatría*. Ediciones Ricardo Vergara. Buenos Aires. 1991.
- SEGAL, Hanna. *La obra de Hanna Segal, un enfoque kleiniano de la Práctica Clínica. Cap. 14*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1989.
- SELTIZ, G. *Métodos de investigación en las Relaciones Sociales. IV Edición*. Ediciones Rialp, S.A. Madrid. 1970.
- SORIA, Mariana. *Evaluación del paciente psiquiátrico en T.O..Ficha de Práctica Clínica en Salud Mental*. Mar del Plata. 1994.
- SPACKMAN, Clare S. *Terapéutica ocupacional. Cap. XVII. T.O. en geriatría*. Editorial Jumus. Buenos Aires. 1973.
- VALLEJOS RUILOBA, Julio. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Salvat Editores, S.A. Tercera Edición. Barcelona. 1991.
- VIDAL, G., ALARCON, R.. *Psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana. S.A. Buenos Aires. 1990.

ANEXO

DIMENSION DE LA VARIABLE:





TO MAUTERO

Fe de erratas

- pag.3 dice ...se conduce como si **tuvieran** éstos un poder de vida o muerte .

debe decir ...se conduce como si **tuviera sobre** éstos un poder de vida o muerte .

- pag.21 dice ...sus capacidades psicofísicas y **relaciones** comienzan a perder **la** vitalidad .

debe decir ...sus capacidades psicofísicas y **relacionales** comienzan a perder vitalidad .

-pag.22 dice ...corto para **iniciar el intento** de otro tipo de vida .

debe decir ...corto para **intentar el inicio** de otro tipo de vida .

-pag.35 dice ...las preseniles se **iniciar<n** a una edad temprana .

debe decir ...las preseniles se **inician** a una edad temprana .

-pag.81 cuadro N° 10

dice

Tipo

debe decir

| | | |
|--|-----------------|--|
| | Tipo | |
| | Tipo | |
| | cantidad | |
| | | |