UCA
Pontificia Universidad Católica Argentina
Biblioteca digital
de la Universidad Católica Argentina

Hernández Silvera, Dides Iliana

Lazos a la vida: el retardo de la declinación cognitiva en gerontes con patologías crónicas instaladas

Tesis de Doctorado en Psicopedagogía
Facultad de Psicología y Educación

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.
La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Hernández Silvera, D. I. (2007). *Lazos a la vida : el retardo de la declinación cognitiva en gerontes con patologías crónicas instaladas* [en línea]. Tesis de Doctorado, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Educación . Disponible en: http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=tesis&d=lazos-vida-hernandez-silvera [Fecha de consulta: …..]

LAZOS A LA VIDA

"Acerca del Retardo de la declinación cognitiva en gerontes con patologías crónicas instaladas"

Dioles Iliana Hernández Silvera

Incluye CD del Programa V.E.F.
(con ejemplos de Estimulación Cognitiva en PC)
Y
DVD Documental de las Acciones del Proyecto Vous

Universidad Católica Argentina
Santa María de los Buenos Aires
Facultad de Psicología y Educación

Pontificia Universidad Católica
Santa María de los Buenos Aires
Facultad de Psicología y Educación

"Lazos a la Vida"

Tesis Doctoral: "El retardo de la declinación cognitiva en gerontes con patologías crónicas instaladas"

Dides Iliana Hernández Silvera

Febrero de 2007

Director: Dr. Claudio García Pintos

Firma:.....

La presente tesis, es una reflexión sobre la práctica, transferida desde la calidad y la excelencia. Al punto que, durante el Seminario del Adulto, Familia y Tercera Edad, dictado en nuestra Facultad, despierta la exigencia personal en profundizar estudios en el campo de la gerontología. Al mismo tiempo, la actitud de no bajar nunca los brazos ante lo "irreversible" buscando siempre una posibilidad más, fue inspirada por mi madre.

Agradecimientos:

A esos tres amores de mi vida, mi madre que siempre estuvo presente alentándome y sosteniéndome; a mi esposo, expectante ante cualquier necesidad, quien me acompañó desde la propuesta de envejecer juntos, y más allá de compartir técnicamente, la puesta en marcha del programa de estímulos para PC. A nuestro hijo Santi esperanza de un futuro de valores diferente al actual,
Ternura que Nuestro Señor nos obsequió.

A mis profesores quienes desde su formación espiritual y profesional orientaron mi ardua tarea de investigación.

Quiero dedicar este espacio a quienes brindaron su tiempo y amistad en la orientación de mis trabajos. A la Lic. María Inés Sívori, la Dra. Sofía Carrizo de Rueda, el Pbro. Dr. Fabián Gallego, la Dra. Marina Gómez Prieto, la Dra. Ángela Bertolacci y la Dra. Martha Iglesia.

Al Dr. Claudio García Pintos, mi padrino de tesis, maestro y amigo del alma; por quien estoy hoy aquí; al despertar en mí, la conciencia de un futuro distinto, donde las puertas pueden y deben abrirse. Aún después de la instaurada "pérdida de utilidad", existente sólo para nuestra productiva sociedad.

Por último y no menos importante, a quien posibilitó este trabajo de investigación, la Pontificia Universidad Católica, ya que la misma fue soporte del programa de estímulos para PC, desde marco de la Beca de Postgrado otorgada durante 2004/05.
Abril de 2005
A nuestros queridos viejos, por su posibilidad de dar que vehiculizó este proyecto.
Nuestro Señor acompañe esta cuesta final
Enero de 2006
A las alumnas por su colaboración invaluable...
A los directivos y profesionales de los hogares de ancianos por confiar en el aporte de la psicopedagogía...
Enero de 2007

Lazos a la Vida...

"Acerca del retardo de la declinación cognitiva en gerontes con patologías crónicas instadas"

Agradecimientos 1
Índice 2
Introducción 5

Parte 1 Intervenciones del Proyecto Nous

Cap. 1 *"Itinerario del Principio Vital"*

1.1 Incumbencia histórica 15
1.2 Viktor E. Frankl y la tarea terapéutica 21
1.3 El logoterapeuta 26
1.3.1 La práctica profesional 30
1.4 El Encuentro-pedagógico-primario insta a la cura. La trascendencia perdida..... 36

Cap. 2 *"Teorías y Ciencias. Una definición"*

2.1 Logoterapia, resiliencia y algo más. 45
2.2 Factores de Protección como herramienta 51
2.3 Estrategia de Promoción-Resiliencia 57
2.4 El proceso de deterioro en Instituciones 61
2.5 Una aproximación a las Neurociencias. 66
2.5.1 Potenciales evocados 71
2.5.2 Neurociencia y conducta 77

Cap.3 *"Más allá de una simple visión" Testimonios de destinos"...*

3.1 En el campo de la intencionalidad.
El por qué de la desconexión de la realidad? 84
3.2 La Imagen del cuerpo en la vejez. 90
3.3 El análisis del discurso en SMEs demenciales
Software para el análisis cualitativo 99
3.4 Análisis del discurso en dos casos de Demencia 101

Parte 2 **Hallazgos Somatopsíquicos**

Cap.4 *"Los métodos y las técnicas como estrategias para"* 113
4.1 El retardo de la declinación cognitiva en patologías crónicas 114
4.1.2 Un paso más.... 120
4.2 De la Investigación a la Acción 122
4.2.1 La Músicoterapia en la promoción de Salud. Sujetos, métodos y resultados 130
4.2.2 Ser y hacer en Proyección: Arte-terapia 136
4.2.2.1 Escala Ser y hacer en Proyección 142
4.3 Beneficios de la reminiscencia en gerontes con patologías crónicas 144
4.3.1 El Método 151

Cap. 5 *"Programa de Estímulos Reminiscentes"* 155

5.1 Alcances del Programa VEF de uso cognitivo 156
5.1.1 Programa V.E.F. para gerontes institucionalizados o no. 164
5.1.2 Metodología estimulativa (ejercicios de estimulación cognitiva) 172
5.1.3 Resultados del Proyecto 180
5.1.4 Evolución de los pacientes en PC 181
5.1.5 Progreso del grupo en el tiempo. Representación gráfica 182
5.3 Y Ahora? (Resultados de la propuesta a partir del retest del H.T.P.) 185

Parte 3 **Últimas Investigaciones en el campo Somático**

Cap. 6 *"Supuestos en la relación anatomofisiológica y de estímulo localizado"* 194
6.1 Envejecimiento patológico 195
6.2 Importancia del aprendizaje y la memoria en el Sme. Demencial 199
6.3 En el campo de la Memoria 207
Apéndice
Cap.7 212
7.1 Demencias 213
7.2 Bioética y calidad de vida en gerontología 228
7.2.1 Deterioro y calidad de vida subjetiva 231
7.2.2 Relevancia 239
7.2.2 Aspecto generales para una ética profesional 242
7.2.3 Biodiversidad 243
7.2.4 Vivencias y sugerencias para el accionar concreto 247
7.3 El resultado no es la culminación de la propuesta 250

Anexo
1 H.T.P
1.1 Representaciones de personas 254
1.2 H.T.P. Integrado 254
1.2.1 H.T.P. Test y retest 255
1.3. Administración grupal de la técnica y festejo de primavera 262
1.4. Fotos de talleres y trabajo individual 263

2. Tablas y gráficos SPSS 265
2.1 Gráficos de barras, ejemplos de evolución en el tiempo 279

3. Software Atlas/ti
3.1 Familias Semáticas de códigos ATLA/TI 282
3.2. **Registros de entrevistas codificadas por Soft Atlas/ti** 286
3.3 Entrevistas a "J" 287
3.4 Entrevistas a "A" 304

4. Ejemplos del Programa de ejercicios 308
4.1Atención I y Percepción del Movimiento 309
4.2 Fotos de pacientes durante la estimulación con PC 310

5 Información sobre estudios anteriores a la presente tesis: 312
5.1Síntesis del Método Tomatis 313
5.2 Test de Escucha Activa 317

6. Nuevos Protocolos (surgidos del estudio en el campo): 320
6.1 *"Escenario de la Intencionalidad"* Ejercicio simple para la Evaluación *de la capacidad de escucha-receptivo-participativa* en Músico-terapia ... 321
6.2. Escala *"Bio-psico-socio-noética"* para la Evaluación en talleres de 3era. Edad ... 323
6.3 Escala *"Ser y hacer en proyección"* para la Evaluación del desempeño en Arte-terapia 326

7. Técnicas
7.1Técnicas y test adaptados a gerontes
7.1.1 Stroop 329
7.1.2 H.T.P. 333
7.1.3 Diagnóstico Operatorio 335
7.2 Otras Técnicas Empleadas
7.2.1 PIL "Purporse in life test" de Crumbaugh y Maholick 342
7.2.2 Mini-Cog de Borson, Scalan y otros 348
7.2.3 Test Hamilton D 349
7.2.4 Test GDS de Yesavaye 353
7.2.5 Trail Mayking test "A y B" 355
7.2.6 Test del reloj a la orden 358
7.2.7 Valoración asignada a la calidad de vida subjetiva 359

Glosario 383
Índice Analítico 397
Bibliografía General 400

Introducción

En las páginas que siguen, interviene el relato de una experiencia, cuyo marco de referencia es el concepto antropológico de Víktor Emil Frankl. Desde aquí, la logoterapia es aplicada en una serie de acciones en el ámbito de la gerontogeriatría.

En el presente trabajo, existe una exposición, con resultados estadísticos comprendidos en una experiencia de campo. El mismo, se apoya en una investigación descriptiva que va más allá de datos estadísticos. En sus argumentos científicos, interviene la concepción de hombre como "unitas multiplex", en el contexto en el que co-habita.

El aporte que aquí presento, abre el camino a un tipo de ejercicio más, desde la teoría frankleana. Este empleo de la práctica, enlaza el conocimiento desde la aplicación de la logoterapia en casos de deterioro de las funciones cerebrales superiores.

Específicamente, esta tarea representa la precisión que debemos tener cómo profesionales, ante el encuentro con una tarea terapéutica e integral.

Es así que, en el trayecto a una definición concluyente durante la experiencia de campo, encontré obstáculos desde una bibliográfica excesivamente reduccionista hasta la carencia, aún en nuestros días, de poder ver y comprender al hombre en su totalidad.

Es la intención en este trabajo, integrar hallazgos y estrategias empleadas desde el Proyecto que denominé Nous[1], a raíz de la intervención terapéutica desde el noodinamismo.

La misma, surge ante la emergencia de encontrar resultados óptimos, desde el sentido y el significado.

---

1 Nous: Es empleado en griego en varios sentidos: 1) como facultad de pensar, inteligencia, espíritu, memoria y, a veces (como en la Odisea, VI, 320), sabiduría; 2) como el pensamiento objetivo, la inteligencia objetiva; 3) como una entidad (penetrada de inteligencia) que rige todos los procesos del universo. El sentido 1) es frecuente en Aristóteles, quien concibe el nous como parte superior del alma, Siendo, empero, esta parte común a todos los seres inteligentes, se objetiva hasta convertirse en el entendimiento agente y con ello adquiere significación 2) En esta conexión se ha traducido con frecuencia Voῦς por intellectus, y se ha definido como un hábito del alma y a veces como la propia alma en tanto que unidad de todas sus actividades. En algunas ocasiones (como en San Agustín), el nous representa la vida interna del espíritu, y en este sentido equivale a la mens. El sentido 3) es propio de Anaxágoras. Vemos en Plotino,un nous como acto de todo Bien y es a lo Uno como el círculo es el centro del círculo. El nous es concebido como la vuelta a lo Uno. Ferrater Mora, J.:, (2004),*"Diccionario de filosofía"* , Barcelona, Edic. Ariel S.A.

Esencialmente, en nuestro accionar como terapeutas y ante dolientes, descubrir el Nous es intentar infinidad de estrategias hasta encontrar un camino a seguir único e irrepetible, el de la transubjetividad.

Es decir, en este encuentro con un grupo de gerontes que cursan patologías crónicas de deterioro cognitivo, lo más fácil es paralizarse y desistir.

En estas páginas, no están contempladas "fórmulas", simplemente presento una serie de estrategias que habilitan una amplia gama de acciones, viables para el ejercicio con esta población.

Ahora bien, haciendo un poco de historia, en el período 2001-02, se desarrolló un proyecto de asistencia e investigación emprendido, con el apoyo de la cátedra de *"Psicología del adulto y familia"*(Carrera de Psicopedagogía / UCA), efectuado a través del convenio de prácticas y pasantías que la Facultad brinda al alumnado. La experiencia se desarrolló inicialmente, en sede del Hogar Dr. Guillermo Rawson, dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Consiste en acciones tendientes al **"retardo del proceso de deterioro cognitivo en gerontes institucionalizados"** ubicados en el pabellón de crónicos.

Dicha experiencia, dio origen al Proyecto Nous, el cual contiene al "Programa V.E.F", denominado así en nombre de Víktor Emil Frankl y debido al empleo de **V**arios **E**stímulos **F**uncionales. Desde aquí, el Programa de estímulos tiene una serie de acciones, que ayudan a concretar el objetivo de Multiestimulación cognitiva significándolos. Dichas acciones, se bifurcan en variados estímulos implementados a partir de: un taller de Músico-terapia, ejercicios en PC y/o tarjetas estímulo y un taller de Arte-terapia.

El Proyecto Nous, nace desde la consideración de la existencia de una serie de mitos, acerca de la situación de desvalorización del anciano y la proyección de un individuo que transita la 3era. Edad, víctima de un proceso de deterioro cognitivo.

En general, se ha considerado que tal "deterioro de base diversa" debe ser entendido como un proceso progresivo e irreversible[2], de inapelable evolución hacia la desestructuración psíquica.

Investigaciones recientes –desde el ámbito de la neurología y la neuropsicología ofrecen datos que permiten cuestionar[3] esa definición. Por otra

---

2 Hales, Robert. DSM-IV, (2000), *"Tratado de Psiquiatría"*, Barcelona, Masson 3era Edic.

parte, la propia experiencia me animó a continuar con la investigación iniciada en los años anteriores, donde no solo se mejora la calidad de vida de estos pacientes, sino que ahora desde el terreno de la psicopedagogía, se comprueba la posibilidad de favorecer el *retardo*[4] de la evolución y progresión de los cuadros de deterioro cognitivo, tanto como el hecho de poder **recuperar parte del rendimiento cognitivo** de varias funciones afectadas.

Si tenemos en cuenta que, los procesos cognitivos en la vejez normal, experimentan una modificación como resultado del proceso de envejecimiento y por falta de estimulación. La razón primaria, es la consecuencia de la jubilación y retiro de la actividad. El anciano, sufre transformaciones en su contexto intelectual, de tipo *funcional.*[5] A pesar de ello, se reinterpretan nociones relativas a los procesos cognitivos, cuestionando definiciones tradicionales (como p.e. la inevitable pérdida de memoria en la ancianidad entendida como "cosas propias de la edad"), a la luz de avances científicos actuales en psiconeurología. Para ello, la comprensión de la normalidad, facilita la interpretación de los "trastornos cognoscitivos específicos", es decir, *aquellas manifestaciones que no responden a la falta de estimulación, sino al deterioro*[6] y que, por ende, se presentan como patológicas.

A lo largo de la historia, las representaciones que los médicos han tenido sobre la enfermedad, han oscilado en dos visiones contrapuestas: la enfermedad como algo que falta o que se agrega a un organismo (concepción ontológica) y la enfermedad como pérdida de la armonía del todo (concepción dinámica o funcional)[7]. Pero ambas, tienen en común el considerar a la enfermedad como lucha,

---

3 Zieher, Luis M., (2002:16), *"Mentalización y Afectividad"* El procesamiento neurobiológico. "Los procesos de plasticidad neuronal aparecen involucrados tanto en situaciones generadoras de la estructura y función normales como en los cambios que operan en enfermedades de base afectiva, cognitiva o neurodegenerativa", Material de la Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA.

4Hernández Silvera, Dides, (Octubre de 2003), *"Una vivencia interdisciplinaria psicopedagogo-psicólogo en instituciones de ancianos"* , Bs. As, Rev. el Portal de Gerontología "Tiempo" Nº 13.

5 García Pintos, Claudio C. , (1993), "El círculo de la vejez: Sobre la psicología normal de la persona que envejece", Bs. As, Almagesto Fundación Ross Rosario.

6 Pinazo Hernandis, Sacramento y Sanchez Martinez, Mariano. (2005:186), *"Gerontología. Actualización, innovación y propuestas"* , Madrid, Pearson Prentice Hall.

7 Zegers, Otto Dörr, (2004) , *"Normalidad y anormalidad en Psiquiatría"*, Bs. As., Curso de postgrado: La fenomenología sus orígenes y situación actual, U. C. A.

ya sea entre el organismo y un agente externo o entre fuerzas contrapuestas. En este último, radican mis observaciones y resultados del presente trabajo. De no ser así, no existiría evolución desde la armonía de las dimensiones, que fluyen e influyen en logros en la conducta.

El material resultante de la investigación, conforma una serie de acciones de multiestimulación cerebral, exclusivamente con los cuadros asociados a la demencia (de diferente naturaleza etiológica) desde las definiciones científicas, psico-neurológicas y se completa con el aporte terapéutico de la Psicopedagogía. Enriquecido con los aportes de la Logoterapia frankliana, en un nuevo paradigma de trabajo, diferente del convencional en cómo define la situación y cuáles recursos personales intenta movilizar en el otro, a los efectos terapéuticos.

Esencialmente, las acciones parten de los aportes sistematizados de la Neurología, respecto de la dinámica normal de las funciones cognitivas involucradas y sus manifestaciones, afectadas por el deterioro comprobado. Con intención de rehumanizar el, muchas veces, cientificista abordaje de estos cuadros, la Logoterapia de Víktor Frankl favorece un marco teórico ideal –particularmente por su ontología dimensional y su bagaje técnico- para llevar a cabo este programa de trabajo. Fundamentalmente, al considerar que todo paciente sano es portador de aspectos enfermos, tanto como que todo enfermo es portador de aspectos sanos. Esta realidad, denominada alguna vez como "remanente sano del hombre", se explica solo a través de una antropología que nos presente al hombre como un *ser bio-psico-espiritual* compuesto por una *facticidad psicofísica*[8] y un *noodinamismo facultativo*[9] . Es decir, una realidad psicofísica susceptible de procesos de deterioro, enfermedad y muerte, y un dinamismo espiritual –específicamente humano-, que no lo es, y que se presenta como sede de ese "remanente sano", recurso fundamental para el trabajo terapéutico en general y para propósito de esta tesis en particular.

---

8 Frankl, Viktor Emil, , (1990:84),"*El hombre doliente*", Barcelona, Edit Herder. "...más allá de la facticidad humana, la existencialidad del hombre, o si se refiere, al hombre existencial <antes de la caída> en la facticidad. El hombre incondicionado no es ni homo sapiens recens vitalmente condicionado ni el animal racionado es más bien el hombre como tal: homo humanus..." "... hasta qué punto el hombre puede permanecer incondicionado a pesar de toda su condicionalidad..."

9 Op. Cit. Frankl, V.E.: (1990:130), "Lo corporal es una condición, mas no la causa de lo psíquico-espiritual. La enfermedad corporal limita las posibilidades de desarrollo de la persona espiritual".

El marco teórico referencial desde el cual se sigue elaborando el trabajo, parte de los fundamentos y aplicaciones de la Logoterapia de Víktor Emil Frankl. Instrumentalmente se han implementado estos fundamentos en una mirada tridimensional de hombre y operativamente el sustento de las prácticas se basa en las técnicas de la *Reminiscencia*[10] y del *Encuentro* logoterapeuta-paciente.

Este Proyecto de Promoción y Multiestimulación ante el Daño Cerebral, provee a través de esta situación de *Encuentro*[11], una serie de estímulos de naturaleza diversa (sensoriales, cognitivos, afectivos, sociales, etc.), que favorecen la conexión del individuo consigo mismo y con el medio, tanto como una más operativa relación con su propia situación de deterioro. Es decir, una realidad psicofísica susceptible de procesos de deterioro, enfermedad y muerte, y un dinamismo espiritual –específicamente humano-, que no lo es, y que se presenta como sede de ese "remanente sano", recurso fundamental para el trabajo terapéutico en general y para mi propósito en particular.

A partir del encuentro terapeuta-paciente, distinguiendo las potencialidades propias de cada ser, el empleo de recursos facilita una apertura distinta a la convencional. A su vez, las técnicas logoterapéuticas con las que he trabajado, apelación y derreflexión[12], favorecieron el uso de recursos nuevos, con la finalidad de proveer a la experiencia de estrategias aptas para el desempeño con los grupos.

La muestra que conforma la presente investigación, ha dado marco al proyecto, con el título: "El Retardo del proceso de declinación cognitiva en gerontes institucionalizados". Este grupo, estuvo constituido por 101 gerontes de diversas edades y patologías, cuyo curso[13] de la enfermedad variaba entre fases moderadas y severas, a saber:

✓ Un grupo que padece Demencia cortical (dieciséis pacientes)

---

10 Cook, Emily A., (Mar/Apr98:Vol. 19),"*Health Care for Women International*" , EEUU, 2° Edition Academic Search Premier

11 "Cada vez que dos personas se vinculan como terapeuta y paciente, se da un encuentro que trasciende a ambos..." Frankl, Viktor Emil, (1991: 6) "*La Psicoterapia y la dignidad de la existencia*" , Bs.As , Edit Almagesto.

12 García Pintos Claudio Cesar, (1998), "*Viktor Emil Frankl la humanidad posible*" , Bs.As, Edit Almagesto.

13 Todos ellos con un puntaje diagnóstico menor a 21 puntos, según el Mini Mental State de Folstein, evidente "deterioro cognitivo".

- ✓ Un grupo que padece Demencia sub-cortical (quince pacientes)
- ✓ Un grupo con Demencia Senil (dieciocho pacientes)
- ✓ Dos pacientes con Esquizofrenia
- ✓ Cuatro pacientes con deterioro cognitivo y depresión severa.
- ✓ Un grupo con Deterioro cognitivo importante por ACV (trece pacientes)
- ✓ Una paciente con histeria de conversión y deterioro cognitivo
- ✓ Un grupo con Afasia de expresión (siete pacientes)
- ✓ Cuatro pacientes con deterioro cognitivo, co-mórbidos con alteración visual significativa.
- ✓ Una paciente con deterioro cognitivo, trastorno epiléptico y depresión.
- ✓ Una paciente con Retardo mental y Demencia
- ✓ Dieciocho pacientes con deterioro cognitivo, desorientación y derivados por juzgado

El diseño de naturaleza descriptivo longitudinal, contó con *una muestra total de 101* gerontes, quienes fueron estimulados con talleres de Arte-terapia, músico-terapia y trabajo individual. A este grupo se les administró entrevista inicial, Pre-test y Post-test del Mini Mental State[14], con la exploración de las áreas allí evaluadas en detalle[15], la técnica H.T.P. y/o el test del reloj a la orden, al inicio y culminación el año.

Además, del total sólo 11 gerontes fueron seleccionados intencionalmente del sector de crónicos y participaron de encuentros individuales y estimulación con un Programa para PC. Los mismos, también concurren de los talleres aunque la estimulación individual en lugar del uso de tarjetas, se les presentan estrategias

---

14 Mini-Examen, Mini-Cog, de Scanlan J., Es un test adaptado y validado en Geriatr Psychiatry 2001. Consta de una prueba de dibujo del reloj fácil y rápida de administrar (< 5minutes). Cuando la prueba de dibujo del reloj se combina con una prueba de memoria de tres artículos, junto se llama el Mini-Cog) El funcionamiento en poblaciones diversas lo hace comparable a Mini Mental aunque de más fácil aplicación en poblaciones con deterioro y baja educación, ha demostrado ampliamente su fiabilidad, validez y poder discriminativo, con una especificidad del 82% y una sensibilidad del 84,6%, que en pacientes geriátricos asciende.

15Andrés, Haydee, (1993),"*Psiquiatría, deterioro, depresión y demencia*" Bs.As., Rev. De Geriatría Práctica. "la definición de demencia proporciona aspectos a explorar desde la práctica concreta. "es un síndrome de comienzo gradual y progresión de al menos seis meses de pérdida de memoria con afectación de otras capacidades cognitivas15 (lenguaje, praxias, gnosias), incluyendo orientación, juicio y resolución de problemas, y que afecta a las actividades de la vida diaria del paciente (social, hobbies, cuidado personal)". La evaluación de las áreas cognitvas represetan el perfil de desempeño, de los sujetos en cuanto a logros o dificultades detectadas en el mantenimiento o no de sus praxias, gnosias y lenguaje.

visuo-auditivas en PC. En cuanto al diagnóstico y seguimiento, es evaluado el perfil cognitivo igual que el grupo antes nombrado.

Por otra parte, desde esta tarea de investigación, pude comprobar, que en la vejez la unión psíquica y cognitiva con la realidad se centra en la capacidad de dar. Una necesidad ligada a características ya planteadas en la tesis del Dr. Claudio García Pintos "*El círculo de la vejez*". Dicha capacidad, aparece obturada en la patología, donde el abandono familiar y social profundiza.

La soledad y carencia de proyectos, deseos de ser y hacer, se vehiculiza en la falta de lazos que unan a la vida y al entorno. Ser solitario es algo muy diferente de esta soledad en compañía extraña, sin recuerdo, ni vínculos que favorezcan la conexión con el entorno. Esta situación, vivenciada dentro de las instituciones que los asisten, ven favorecidas un sin fin de reflexiones y acontecimientos planteados en estas páginas, aunque quedan abiertas una serie de procedimientos por explorar.

La presente propuesta, surge en las recorridas de los pasillos de los pabellones de crónicos, en Hogares Permanentes de ancianos de la Ciudad de Buenos Aires, con la aspiración de modificar la realidad observada.

Es en esta búsqueda de *lazos* que vuelvan a unirlos con la vida y dar sentido y significado a lo vivido, que contemplo una serie de medios al alcance.

Así, desde los proyectos institucionales, los terapeutas que allí trabajan contemplarían una modalidad diferente a la rutina diaria. El beneficio radicará fundamentalmente en los pacientes, ya que también desde la propia calidad de vida, la tarea terapéutica se facilita

Es en esta última instancia, la de los pacientes, desde donde se habilitó la propuesta de estimulación cognitiva, a partir de la exploración de la experiencia y el hacer de esa persona, padeciendo actualmente un deterioro importante.

La expresión y/o representación de un *lazo,* sinónimo de encuentro, constituye una posibilidad terapéutica. La de favorecer en el paciente, el tomarlo, aferrarse desde sus aptitudes y cumplir su misión. El despliegue de la experiencia de vida y sabiduría adquirida, serán un efecto del logro terapéutico.

Sostengo que, la limitación de los actos, alimenta el sentimiento de despojo e insatisfacción, aleja de la sensación de conquistas personales. Específicamente, la sensación en los menos deteriorados, es la de no haber podido dejar una obra, algo o alguien que los recuerde, o a quien poder haber podido enseñar lo aprendido.

La imposibilidad funcional también tiene severas y reales implicancias emocionales y espirituales. Generando la vivencia de una autotrascendencia, acotada en la posibilidad de manifestarse en logros tangibles en la vejez. Surge con mayor fuerza la desconexión a la realidad, como medio de cerrarse al entorno doloroso[16].
Lejos de ofrecer sus propias potencialidades, resignifican su situación actual.

Es la intención de *Lazos a la vida,* abrir el camino terapéutico, a una serie de posibilidades. Riquezas que surgen de la experiencia de cuatro años de labor en el pabellón de enfermos crónicos. Esencialmente estos son, *los lazos* unen, posibilitan, proponen, reafirman y sostienen, desde las fortalezas de cada doliente. Aunque es algo que demostraré en las páginas siguientes.

El geronte institucionalizado, con deterioro significativo de sus funciones cerebrales, es transportado a desaprovechar el hecho de seguir conservando metas, elección y realizaciones; sus días pasan en un abismo de la consternación. Es así, que coincido con el Dr. Fizzotti en que: ***"El hombre sólo vive en plenitud si se orienta hacia algo más allá de sí mismo"***[17]

16 Frankl, Viktor, "No hay nada en el mundo que capacite tanto a un individuo para superar adversidades externas o aflicciones internas, como la consciencia de tener un desafío en la vida"
Escrito en el Ghetto de Terezín, 1942-44. El sentido de la vida. Material del Curso Introductoria de Logoterapia, 2005

17 Fizzotti, Eugenio, (Junio de 2005), Expresado durante el Congreso de Logoterapia "Salven al Hombre", Bs. As., U.C.A.

PARTE 1

Intervenciones del Proyecto Nous

Capítulo 1

"Itinerario del Principio Vital"

La meta es la búsqueda de un conocimiento seguro, que no deje lugar a dudas y discusiones. El camino es la intuición y desde ella se puede estar preparado para intelecciones esenciales y creadoras. Solo por el camino de la intuición se podrán esclarecer los conceptos y resolver y solucionar los problemas de manera radical.

A los fines de esta investigación, estableceré algunas comparaciones entre el existencialismo de Edmund Husserl y Viktor Emil Frankl. En los fundamentos, de la teoría Frankliana, encontré algunos conceptos clave, que esclarecen esta reflexión.

El método fenoménico, asume el hecho de no quedarse en *lo ob-vio*, sino que intenta, por medio de la epoché, llegar a la intimidad de su estructura, hasta su esencia. Este procedimiento desarrollado por Husserl, *tiene orígenes en la misma filosofía griega, que fundamentó su episteme en un ir más allá de la doxa, la opinión que se basa en el modo cómo espontáneamente se presentan las cosas al ser humano en su vida cotidiana.*[19] Un fenómeno, de "lo que se muestra en sí" (Heidegger), imprescindible de investigar y profundizar como terapeutas.

El valor de la fenomenología en la acción terapéutica, especialmente con gerontes, está enlazado al análisis existencial y la hermenéutica, como estrategia para la interpretación de las expresiones, diálogos y múltiples lenguajes.

Señalo la reflexión, a modo de una visión fenoménica, capaz de clarificar el diagnóstico y las técnicas, desde la aplicación concreta.

Volviendo a las raíces Husserlianas en Frankl, sigue la propuesta de Husserl en afirmar la identidad, que se concentra en la naturaleza de serlo y en una búsqueda individual del significado. Frankl distingue la búsqueda del significado como la única y específica de cada persona.

Ratifican una identidad pluridimensional, viendo a una persona como contenedora de varias polaridades, la idea, la acción, y cada una de las emociones. Frankl llama a este poder, que permite que una persona encuentre el significado detrás de él o sea de sus ideas, *la dimensión noética*. (Evita usar la terminología de Husserl).

Los procesos subjetivos del conocimiento, junto con aquello que se nos muestra como objeto en el acto de conocer, tiene que ver con ese el fenómeno. *Acto*

19 Zegers, Otto Dörr, (2002) , "*El papel de la fenomenología en la terapéutica psiquiátrica con especial referencia a la esquizofrenia*" , Chile, Rev. Chilena.

que Husserl, llamó intencional, rasgo de la conciencia, del cual se expresó como: "En los simples actos de percibir estamos dirigidos a las cosas percibidas, en el recordar a las cosas recordadas, en el pensar a los pensamientos, en el evaluar a los valores, en el desear a los objetivos y perspectivas". Es así que, desde nuestra conciencia estamos desde el primer momento con las cosas y permanecemos siempre junto a ellas. Es este carácter intencional de la conciencia el que permite a ésta comportarse trascendentalmente, con respecto a sí misma.[20] Esta inspiración, está en Frankl, en lo que refiere además, a la intencionalidad de la conciencia.

Creo conveniente ahora, abordar la relación entre estos dos destacados filósofos Husserl y Frankl, quienes han posibilitado el presente trabajo y una manera diferente de repensar el tratamiento de pacientes gerontes que cursan demencia.

La búsqueda del significado en Frankl, sigue al esquema fenomenológico del ver y de la idea, de Husserl. De la misma manera que Husserl, quiere la búsqueda de identidad para querer estar tan libre de muchos prejuicios y presuposiciones posibles. Una de las conclusiones de Frankl obedece a la perspicacia del hombre en la calle; a menudo su creencia es que cualquier persona está más lista y capaz de reflejar una vista de sentido común de la vida, que un intelectual que pasa su vida únicamente indagando.

El conocimiento de la lógica de la Fenomenología de Husserl analiza tales conceptos principales como la intencionalidad, el conocimiento, y el significado. *La lógica tradicional limita su análisis a un nivel simplemente intelectual. El conocimiento de la lógica de Husserl se va más allá de ese nivel tradicional para señalar cómo debe ser usado en todos niveles de la experiencia la lógica*[21]. Pero también *cree que cuanto más bajo nivel de conocimiento contienen las presuposiciones, son capaces de bloquear el significado más cierto que los niveles más altos del intelectual conocimiento.* Es esencial, entonces, que el nivel de la lógica sea sujeto al análisis. Tal análisis tiene en cuenta tantos las funciones de la mente como el espíritu, que Husserl ve como un torrente de la vitalidad.

---

20 Op. Cit. Zegers, Otto Dörr, (2002: 298)

21 Blair Gould, William, (1993:83), "*Frankl. Life with meaning*" , California, Books/Cole, Publishing Company Pacific Grave

Husserl ve la lógica como ciencia de filosofía, un método de ayudarnos a valernos de los fenómenos como cuando los experimentamos. Su ciencia de filosofía es esencialmente una ciencia del conocimiento[22]. Para ayudarnos a comprender la naturaleza de los hechos, Husserl lanza un proceso nuevo que llama epoché (de la palabra griega para la abstinencia). Por ende, para descubrir pruebas que son claras, distintas, y racionales, *debemos suspender las costumbres, las ideas, y presiones del mundo temporalmente y concentrar en los hechos de una situación con un conocimiento "Borrado"*[23]. Entonces epoché debe ser acompañada por una segunda estrategia: la reducción eidética, para tener el significado de los hechos o las ideas.

Husserl distingue entre lo "Mezclado" y los hechos "Verdaderos". Los hechos mezclados indican cosas cuando aparecen; son orientados empíricamente[24]. Los hechos verdaderos son trascendentes y a priori; van más allá de la esfera empírica de las cosas, apunta a valores que ya están presentes en la identidad pero tienen que ser reconocidos y actuados.

Mientras Frankl no usa la palabra, "epoché", sigue la propuesta de Husserl en afirmar la identidad, que se concentra en la naturaleza de serlo y en una búsqueda individual del significado. Frankl distingue la búsqueda del significado como la única y específica de cada persona. Algunos neo-Freudianos y conductistas argumentan que las conversaciones de los significados y los valores eran solamente mecanismos de defensa, las formaciones de reacción, y están disfrazadas de sublimaciones. Husserl y Frankl rechazan estas aseveraciones como científicas.

Husserl y Frankl, enfatizan la dimensión metafísica de la identidad. Es su correctivo, al reduccionismo filosófico y psicológico. Ratifican una identidad pluridimensional, viendo a una persona como contenedora de varias polaridades, la idea, la acción, y cada una de las emociones. Las tensiones deben ser creadas no acreditadas y usadas, o hacer caso omiso de ver un inevitablemente destructor. Su enfoque de la fenomenología acepta que la identidad no es un producto terminado, sino siempre en potencia. Una profundidad de la fenomenología existe y ésa puede

22 Marí, Julio, (1999),"*La Fenomenologìa de Husserl*", Conferencia dictada en España.

23 Op. Cit. Blair Gould, W., (1999:84)

24 Op. Cit. Blair Gould, W., (1999:85)

ser la capa descubierta, pero la identidad nunca puede ser comprendida totalmente. La Fenomenología existencial, tendría por objetivo delinear las cualidades que ayudan a que la identidad se defina en un mejor significado individual.

Ahora bien, si el propósito esencial de la estrategia de epoché es estar seguro: ayudarnos a encontrar y aclarar nuestras ideas esenciales con el propósito de que podemos regresar al mundo mejor equipado y prepararnos nosotros mismos eficazmente. Es posible comparar, a Frankl con Husserl, aunque no usa la terminología de una epoché de enlace para la reducción eidética, siendo eso, animar a una persona a poner las costumbres, las ideas, y presiones del mundo entre paréntesis temporalmente y concentrarse en encontrar el significado que es único y propio de la persona individual.

Frankl llama a este poder que permite que una persona encuentre el significado detrás de él o sea de sus ideas, *la dimensión noética*. Dado que como ya se ha dicho evita usar la terminología de Husserl.

La estructura terapéutica de Frankl incluye la derreflexión, la trascendencia de la identidad, la intención paradójica, y sobre todo, la modificación de actitudes. Implementar los "Hechos puros" del análisis de significado: la vida tiene significado bajo todas condiciones; tenemos la voluntad sentido; tenemos la libertad para cumplir el significado de nuestro vivir bajo las ciertas condiciones; y tenemos un factor fortificante que es el poder desafiante del espíritu, ya sea que lo llamemos dimensión trascendental o la dimensión noética, dentro del alcance.

El trabajo iniciado por Husserl en psicología humanística, cambió de lugar el énfasis de la terapia de la dominación, por el ejercicio de la libertad y responsabilidad del analista, ya que es la responsabilidad principal del terapeuta identificar y usar el poder del ego trascendental del doliente.

Tanto Husserl como Frankl unen la intención con la reflexión trascendental. Frankl reconoce su endeudamiento a Husserl junto al consejero de Husserl, Franz Bretano

La calidad de identidad - trascendente de la realidad humana de la que... es reflejado en la calidad "Intencional" de los fenómenos humanos, como Edmund Husserl y

Franz Bretano delimitan. Los fenómenos humanos destacan y hacen referencia al "Objeto intencional". Las razones y el significado representan tales objetos. Son los logotipos para los que la psiquis está extendiendo la mano afuera de... cuando la existencia misma es distorsionada, la identidad - trascendente de la existencia es negada.[25]

Tal experiencia estructurada podría diferir en la calidad y la forma en que cada filósofo estructura sus conceptos. Husserl hace hincapié en la reducción eidética como un fenómeno central de la vida. Frankl se concentra en la dimensión noética como un camino al desarrollo de la identidad.

25 Op. Cit. Blair Gould, W., (1999:85)

Frankl y la tarea terapéutica

Profundizando en conceptos de Víktor Frankl, acerca del sentido de la existencia. No es posible asegurar que los pacientes objeto de estudio del presente trabajo, inician su proceso de enfermedad por la falta de sentido. Pero de acuerdo a los resultados obtenidos en los diagnósticos efectuados, fue registrado en todos los casos:

- Desconexión con el entorno
- Alto grado de frustración existencial
- Baja tolerancia, como temor al error
- Carencia de deseo y placer
- Intenso Vacío observado en gráficos y representaciones
- Imposibilidad de elección

Es de destacar que, si *el hombre tiene capacidad de elección. Puede conservar un vestigio de libertad espiritual, de independencia mental, incluso en terribles circunstancias de tensión física y psíquica*[26]. Pero puede también, desconectarse del entorno por propia elección, para decidir su camino y no sentir el abandono y la pérdida.

Todos los aspectos intervenidos desde la terapéutica de estimulación, posibilitaron la reducción del deterioro e incluso habilitaron áreas cognitivas al intercambio con el ambiente.

En principio se encontraron algunos obstáculos que tenían relación con el alto grado de frustración, vinculadas con expectativas de vida no cumplidas y con un entorno poco beneficioso. Recordando a Frankl, la clave estaría en que no importa que esperemos nada de la vida, sino si la vida espera algo de nosotros y ese algo lo debemos descubrir en el día a día y con los recursos disponibles.

En cuanto a la causa del vacío existencial, se pude citar la pérdida de tradiciones[27] implicando así la falta de sentido, *un sentido que no se puede*

---

26 Frankl, V. E.: (1987), *"El hombre en busca de sentido"* , Barcelona, Edit. Herder

27 Concepto definido por Viktor Frankl como "Conformismo, estar tentado a querer lo que los demás hacen o el Totalitarismo, hacer lo que lo demás quieren"" *El hombre Doliente*"(1990:15) , Barcelona, Edit. Herder

otorgar, se encuentra y aquí radica nuestra función de terapeutas. Pero esta falta de sentido no es la causa de la desconexión del entorno. El deterioro cognitivo progresivo, la falta de motivación y agresividad, la falta de voluntad de vida son efectos de la deprivación funcional.

Principalmente, la percepción de sí mismos ante el déficit y la pérdida progresiva, es la primera realidad que se observa en el entorno de los pabellones crónicos. Muchos de los casos se ajustan a expresiones de Frankl a una *"preocupación de sí mismo y* que genera, observarse *a sí mismo, sus propios defectos, en lugar de proyectarse a sí mismo, en lugar de salir de sí mismo hacia alguien en el mundo exterior"*. Aquí radica el beneficio del accionar terapéutico propuesto, la aptitud de salir de sí mismo, de la enfermedad para ir al encuentro de otro que "lo unifica"[28] desde la mirada. Un lugar donde importan las posibilidades de cumplimiento de sentido y la realización de los valores.

La facultad de recuperación[29] respecto del entorno, radica en el establecimiento de la aptitud y actitud personal para asumir y consumar el sentido de propia vida. Es aquí, cuando el aparato anímico, hasta entonces exánime, se abre a la recuperación del aparato orgánico.

Pero hasta qué punto este hombre puede superarse, trascender y existir más allá de la condicionalidad[30] y de su facticidad[31].

Primordialmente, asiendo la posibilidad de asumir y realizar el sentido de su propia vida, este hombre podrá desplegarse de lo conocido. De este modo,

---

28 "Lo unifica" porque lo percibe como un todo, como un ser humano completo y no como expresiones parcializadas de déficit, invalidez o deterioro.

29 Frankl, V.E.: (1990:93)."*Logoterapia y Análisis Existencial*") , Barcelona, Edit. Herder, "La ciencia ve únicamente el organismo psicofísico y no la persona espiritual. De ahí que tampoco es capaz de llegar a ver aquella autonomía espiritual del hombre que le es propia a pesar de su dependencia psicofísica... en lugar de la autonomía de la existencia espiritual, ve el automatismo de un aparato psíquico".

30 Op. Cit,Frankl, V. E.: "*El hombre doliente*" , ... "El hombre no está libre de condiciones, sólo es libre de tomar postura frente a ellas. Pero las condiciones no le determinan sin más. Depende del hombre, en última instancia, decidir someterse o no a las condiciones"

31 Frankl, V. E.: (1990, 130) *"El hombre doliente"*) , Barcelona, Edit. Herder. "Lo corporal es una condición, mas no la causa de lo psíquico-espiritual. La enfermedad corporal limita las posibilidades de desarrollo de la persona espiritual"

demostrar que las condiciones biológicas y neurológicas, condicionantes[32] de esa facticidad psicofísica, podrá ser más o menos irreversible, pero no limita drásticamente el margen de su libertad espiritual.

Básicamente, las acciones parten de los aportes sistematizados de la Neurología respecto de la dinámica normal de las funciones cognitivas involucradas y sus manifestaciones afectadas por el deterioro comprobado. Con intención de rehumanizar el, muchas veces, cientificista abordaje de estos cuadros, la Logoterapia de Víktor Frankl favorece un marco teórico ideal – particularmente por su ontología dimensional y su bagaje técnico- para llevar a cabo este programa de trabajo.

Como logoterapeutas, la actitud ante un paciente y su dolencia es fundamental y podría pormenorizarla de la siguiente manera.

1. Tener apertura a la realidad del otro.
2. Actitud reflexiva ante lo condicionado
3. Atención a la totalidad
4. Eliminar los presupuestos y prejuicios

Qué busca entonces un fenomenólogo?

Lograr una visión de la esencia de lo que se experimenta, lo dado a la conciencia, lo que se advierte es lo esencial.

Muchas son las riquezas de Víktor Frankl, solo referiré algunas a los fines específicos del presente trabajo. En torno a la subjetividad:

- ✓ La subjetividad es en el mundo siempre
- ✓ La subjetividad es intimidad y trascendencia
- ✓ La subjetividad es siempre intersubjetividad

Hay un sujeto y su mundo, que es mundo vital ante todo.

Resumiendo, a través de la teoría y práctica de la Logoterapia, se abre un lugar más, a la terapéutica para los casos de deterioro cognitivo comprobado. Específicamente relacionados con gerontes cuya necesidad de apertura a la noesis (valor) de sí mismos, aparece obturada en la autorrealización.

---

32 Frankl, Víktor, (2005) *"Psicoterapia y Humanismo"*, "En último término, el hombre no está sujeto a las condiciones con que se enfrenta, son mas bien dichas condiciones las que se hallan sometidas a su decisión" , Ficha del curso: Introducción a la Logoterapia, dictado por el CLAE-UCA , Bs.As, de septiembre a noviembre de 2005.

La presente tesis, dista mucho de ser un modelo de aplicación rígido. Ya que el estímulo se configura en función de cada paciente, su historia y conocimientos.

A partir de la presente investigación ha quedado demostrada que la importancia del descubrimiento del sentido y la realización de valores de actitud, sigue siendo imprescindible en el curso de las enfermedades. Aun cuanto, se trate de procesos o cuadros signados por el deterioro, la progresión y la irreversibilidad.

Desde estas certezas, se creó un programa de estímulos que pretende confrontar las patologías tratadas con estas potencialidades humanas, aspirando a promover aspectos sanos en el individuo que puedan tener un impacto salutífero en su condición general y calidad de vida.

El camino a seguir está abierto y depende de todos continuarlo, partiendo de la consideración de un hombre en busca de sentido, con una tarea; su propia rehumanización.

Esto vale además para el logoterapeuta, dado que también él debe tomar conciencia de su responsabilidad, del hecho de que es autónomo y consciente de sus actos. Teniendo en cuenta que cada vez que dos personas se vinculan como paciente y terapeuta, se da un encuentro que los trasciende. Finalmente, los dos producen lo insuperable y legítimamente válido; conocerse y comprenderse, *comunicándose las existencias*[33] a través del diálogo creador.

Esta propuesta de aplicación Logoterapéutica, se basa en la construcción de alternativas diferentes, para llegar al paciente desde los fundamentos de ésta, comenzando por generar nuevos vínculos que promuevan en el otro la posibilidad de encontrar el sentido de su propia existencia, a través del autodistanciamiento, la derreflexión de su condición y la autotrascendencia.

Esta es una propuesta original de trabajo, un renovado modo de abordar la situación sufriente de estos pacientes, procurando integrar su genuina capacidad y aptitud sanadora, al accionar técnico profesional de los terapeutas intervinientes.

Este ideal, responde a las características noodinámicas propias de la tercera edad o "edad del nous"[34]. Cuando nos es presentado el geronte, más aún

---

33 Concepto de Frankl V.E.: (1991: 6) *"La psicoterapia y la dignidad de la existencia"* , Bs. As, Edit Almagesto.

34 García Pintos C.: , (1993) *"El círculo de la vejez. Sobre la psicología normal de la persona que envejece"* , Rosario , Almagesto Fundación Ross

cuando sufre patologías crónicas, como un individuo desprovisto, limitado y reducido a la enfermedad; encaramos beneficiar en él su propia posibilidad o disposición de autorrealizarse y autotrascender.

El logoterapeuta

"Caminante no hay camino,

se hace camino al andar..."

Frankl muestra un nuevo modelo de psicoterapia, que hace factible pensar en la formación de logoterapeutas sin distinción de profesiones o campos de acción. Este método, presupone la viabilidad de ciertas líneas a seguir como guía de sentidos. Cualquier rama terapéutica puede implementar dicha práctica, sin perder especificidad en lo propio de su incumbencia profesional. Sea un profesional médico, psicólogo, psiquiatra o psicopedagogo. Fundamentalmente, este terapeuta, se empeñará en apuntar a cualidades propias, personales, éticas y profesionales esenciales que hacen al ejercicio de la logoterapia. Ya que, *ser hombre y específicamente, terapeuta, significa estar orientado y ordenado hacia alguien que no es uno mismo*[35], tener una logo-actitud. En líneas generales, atenderemos desde nosotros una existencia que requiere de una formación definida. Pues cuando la existencia humana no apunta más allá de sí misma, el sostenimiento de la vida deja de tener sentido. Por ende, estar abiertos a esta realidad implica estar parado en un mundo de valores que alinea el propio futuro y el de nuestros pacientes.

En relación a los cuadros de origen orgánico, llamados por Viktor Frankl cuadros "*condicionados somáticamente*", coincido con el autor, en que "*el ámbito de las causas orgánicas no se puede determinar de una vez*"[36]. Es decir, cada situación y caso particular posee un diagnóstico a fin de conocer al otro, sus posibilidades y recursos. Por eso mismo, desde el "Programa de Estímulos", partiendo de un esquema original y común, se establece un tratamiento diferente y pensado exclusivamente para cada paciente, basándonos en su historia de vida personal y única. Podría decirse que es un programa multiproposicional, que solo puede implementarse en estrategias concretas personalizadas.

---

35 Frankl, V.E.: (1990) "*El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*" , Barcelona, Edit. Herder

36 Frankl, V. E.: (1990: 92) "*El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*" , Barcelona, Edit. Herder

De esta ardua tarea, surge un estudio minucioso que ha proporcionado herramientas a fin de ampliar la definición de "condición somática". Es así, que puedo establecer que la indicada condición somática, no es pura. Surgen como somatógenas y confunden el tratamiento mediante un funcionamiento también fisiogenético, como consecuencia del deterioro, ya sea por una depresión o una neurosis noógena ante el vacío existencial.

En estos grupos de estudio hemos visto que, trasladados por juzgado o por sus familiares para "protección" de sí mismos a un hogar de ancianos, los individuos viven lo cotidiano en un medio desprovisto de estímulo socio-afectivo y cognitivo-espiritual, siendo la soledad, el desamparo y la lejanía de vínculos, un nuevo entorno que no termina de ser reconocido como propio.

Un entorno percibido como agresivo por una serie de mecanismos institucionales, tales como ropas comunes sin nombre y diferentes a las aportadas por ellos, o el hecho de la revisiones mensuales de armarios, en busca de bebidas alcohólicas. Convierte la subsistencia tanto en una pérdida, de lugares propios, de la propia y elemental intimidad y a veces, de la dignidad como personas, tanto como de las mismas funciones cerebrales.

Allí donde el "sin sentido" gana terreno, es donde más podemos aportar desde un enfoque logoterapéutico.

Este punto es interesante, a la hora de plantearnos sobre qué aspecto del otro se está ejerciendo el cambio o la estimulación. Una base orgánica deteriorada, dañada no podría restituirse, sin embargo desde la funcionalidad es posible modificar conductas y favorecer la estabilidad e integración cognitiva.

Para concluir, efectuando registros iniciales en los pacientes de "lo que se muestra en sí"[37], como una perturbación que va incrementándose en "la falta de juicio, la pérdida de la memoria a corto plazo y la desorientación". O un lenguaje incierto, incoherente y un pensamiento absorto por la vaguedad y el abismo. La mirada y accionar psicopedagógico deberá ir más allá, de lo observable.

Gadamer afirma que "*no solo el mundo es mundo en cuanto accede al lenguaje, sino que el lenguaje sólo tiene verdadera existencia en la medida que el mundo se presenta en él*"[38]. Por ende, un mundo que cambia y carece de

---

37 Heidegger. (2002 : 298) Revista chilena de Neuro-Psiquiatría,

expresión, coherencia, es vacío y favorece la desconexión con el entorno, deja de tener valor y lugar propio. Desde nuestra tarea, un sin número de preguntas, acercamientos a la realidad intentan acceder al enfermo. Es decir, se entra en una etapa de conversación unidireccional, hasta el momento en que se irrumpe en un tiempo y un lugar donde otro habita. Diría entonces: constituyamos un entorno apetecible, y lleno de significado para participar con estos pacientes de una terapéutica accesible desde su lugar y condición actual, como también el lugar y condición actual del profesional que lo afirma *como ser en el mundo.*[39]

Desde ese lenguaje, de gran importancia para el ejercicio de las funciones superiores subyacentes y apoyándome en algunas expresiones de Heidegger[40] en *como ser- en, ser con, ser-cabe*; busco desde esta terapéutica propuesta la posibilidad de Ser de estos pacientes, estableciendo desde el "Encuentro" *como ser-en*; el Ser con, para insertarlos en un ambiente amigable y lleno de recursos y finalmente puedan ejercer el papel de mentores que les es propio.

Otro aspecto a considerar que parte a su vez de esta temática de mentores como una facultad propia de la tercera edad, es la reminiscencia. Los resultados de este estudio se condicen con aquellos de Fielden (1990), Haight (1988,1989), y Haight y Bahr (1984), desarrollados más adelante, quienes *descubrieron que el recuerdo y repaso de la vida aumentaban la satisfacción de la vida*[41]. Diría incluso que con reminiscencia se puede detener, en algunos casos el deterioro e incluso habilitar áreas alteradas y/o disminuidas. Sin diferencias de sexo, la reminiscencia habilita áreas al entorno, encontrando satisfacción en la vida por la recuperación de funciones percibidas como perdidas.

Estas actividades les permitieron descubrir o recuperar un significado de continuidad a sus vidas, y recurriendo a la técnica de reminiscencia, reconocer

---

38 Dörr, Otto, (2002:300) "*El papel de la psiquiatría en la terapéutica psiquiátrica*" , Chile, Rev. Chilena de Neuro-Psiquiatría

39 Heidegger M. Sein und Zeit (1927) Tubingen: Niemeyer. Los afirman como "ser-en-el-mundo,, En Dörr, Otto, (2002:300), , Chile, Rev. Chilena de Neuro-Psiquiatría

40 Heidegger M. Sein und Zeit (1927) Tubingen: Niemeyer

41 Merriam, Sharan, (1995),"*The uses of reminiscence in older adulthood*", University of Georgia, Material de referencia uca.edu.ar,.

satisfacción por lo vivido. ***Se podría decir, que el producto de una historia se conserva en algún lugar y es lo que nos trae al presente.***

La práctica profesional

Creo conveniente ahora, completar lo antes expuesto con la imagen de terapeuta, de hombre que por necesidad, se requiere para acercarse al otro, paciente-doliente-persona. Esta *imagen dotada de plasticidad y relieve, necesita más de una imagen cabal de hombre, que de un método o técnica.*[42] Este hombre que crea y produce con fines terapéuticos, se instala, situado como un catalizador y dispone desde una logo-actitud, conservar o recuperar el equilibrio perdido. Si bien, se acomoda a una situación, no se fija a un sitio impuesto por la circunstancia, moldea y re-crea a fin de salir de esta inestabilidad desde donde se situó el otro persona. Es entonces, *un encuentro de hombre a hombre como verdadero agente curativo en los procedimientos terapéuticos.*[43]

He intentado desarrollar algunos ítems, que comentaré a continuación, a modo de ordenar la práctica profesional:

- Disposición al autodistanciamiento o el valor de intimar.

El autodistanciamiento en Frankl, es tomar una actitud de olvido de sí, con respecto a los fenómenos tanto somáticos, como psíquicos. Es un acto terapéutico donde participan relaciones de intervención en un proceso de restablecimiento. En el caso de los SMES de deterioro cognitivo ya expuestos, el autodistanciamiento es menos productivo ya que, *el valor de intimar favorece al paciente*[44].

- Edificar la relación terapéutica en el "encuentro humano".

Sobre todo en pacientes adultos, una reorientación hacia algo positivo, como son el sentido y el valor, marcan la pauta a lo curativo. El valor a intimar, puede desarrollar la instancia terapéutica y el verdadero encuentro. Un principio motor de la ética profesional y el recurso primario de cambio y crecimiento

42 Frankl, Viktor Emil, (1979:127) "*La Idea Psicológica del Hombre*" , Madrid , RIALP, S.A.

43 Op. Cit Frankl, V.E.: (1979:26)

44 Op. Cit. Frankl, V.E.:, (1979: 27)

necesarios para el logro de nuestro objetivo, es *la entrega a un quehacer, la entrega a la misión concreta y personal. Quien no se acerca al "Hombre con quien habla" y a su realidad,*[45] no aprovecha el principal resorte de la orientación y estimulación buscada desde el *encuentro*[46].

Está demostrado que una relación estable y significativa puede generar cambios efectivos ante el deterioro cognitivo importante, aun en las patologías llamadas irreversibles. Me refiero aquí, a los trabajos sobre resiliencia y reminiscencia. Según algunas de mis investigaciones más recientes, con sólo instar a la reflexión o comprensión del sentido y recuerdo biográfico, con estrategias de comunicación, visuales y/o auditivas significativas, se recobran funciones aun en deterioros importantes. A su vez, otra referencia importante, es que el equilibrio es favorecido mediante la estimulación del remanente sano desde el encuentro.

- Proceder en la propia tarea como autotrascendencia hecha instancia terapéutica.

Es estar preparado para poder ofrecer a quien consulta, según demanda, la propia creatividad y comprensión esencial del síntoma. Con lo cual, la palabra será el *mensaje fundacional.*

Se ha definido la ayuda terapéutica como el encuentro entre la confianza y la conciencia. Confianza y conciencia traídas al ámbito terapéutico por dos personas en una adquisición emplazada desde probablemente las primeras experiencias. Situación que, de no haberse constituido a través del afecto y la contención no podría trasladarse al ámbito terapéutico. Un encuentro terapéutico, tiende a la categoría de encuentro humano: dos personas que se legan recíprocamente en la totalidad de su ser, accediendo a un encuentro de bienestar.

---

45 Op. Cit. Frankl, V.E.: (1979: 30)

46 Frankl, Viktor Emil, (1991:6) *"La Psicoterapia y la dignidad de la existencia"* Almagesto, Bs.As.. "Cada vez que dos personas se vinculan como terapeuta y paciente, se da un encuentro que trasciende a ambos..."

- Capacidad de acompañar a los hombres en el caminar palpitante de la búsqueda de sentido.

Comprender y aceptar el tedio, el vacío existencial, las frivolidades, el sentido de privación y de vacío, así como el aburrimiento[47], que alcanza al hombre de hoy.

Frankl, aclara que la capacidad de sufrir no es una capacidad innata, sino que se la adquiere con decisiones, con actitudes elegidas. La logoterapia, un lugar privilegiado para este aprendizaje existencial de la tarea de dotación de sentido. Nos dirigimos *al cambio de postura, una conversión personal del paciente* frente a lo que le pasa. Este lugar, equivaldría a estar lo suficientemente cercano al paciente para que éste pudiera alcanzarlo y re-elaborarlo. Desde aquí, es la persona del terapeuta la que propicia un espacio para el "re-conocimiento" del sentido de la vida. Entonces de alguna forma, el terapeuta antes debe haberse encontrado con el sentido y el re-conocimiento de sí mismo.

- Ser básicamente optimista con respecto a las posibilidades del acompañado

Cuántas veces hemos sentido que el otro confiándose plenamente y ofreciendo su dolor, configuraba en el espacio de la relación todo su sí mismo. Sentimos a nuestro paciente de alguna manera más generoso, más autotrascendente, más transparente. El terapeuta aquí, propició una apertura. Pero también el paciente desea modificar su situación actual. Ambos en ese encuentro abierto de sentido existencial, han logrado converger en un beneficio, una visión diferente del sentido del síntoma y existencia humanas. Pero solo por este vínculo es que se ha producido un "enroque" espléndido, donde el terapeuta por más que sostiene un lugar diferente, no pierde su rol.

Este terapeuta adquiere un optimismo incansable. Y en los diálogos con sus pacientes, la confianza que despliega se funda en una apertura enfocada al

47 Frankl, V.E.: (1990: 14), "*El hombre doliente*" , Barcelona, Edit. Herder

restablecimiento. Esto es, *encauzar al hombre hacia la finalidad y el sentido concreto de su existencia personal.*[48]

- Establecer *un tratamiento orientado y re-orientador para el paciente, hacia su sentido de vida.*[49]

Para lo cual hace falta *poner en acción la voluntad de sentido, provocarla, estimularla, facilitarla*. Tal como lo explica Frankl, en La idea Psicológica de Hombre, "*una explicación de la existencia concreta se realiza a través de la biografía del sujeto; en el curso de la vida se despliega la personalidad del hombre, en él se va escribiendo y en él se puede leer como en ningún otro sitio su realidad. La vida en sí misma es una especie de auto-explicación del ser personal*". De este modo, como terapeutas somos estimuladores y facilitadores de una lectura y re-lectura del paciente, de tal forma que recrea su Existencia única, en otras palabras posibilitamos que se auto-restablezca

- Capacidad de acompañar a los hombres en este caminar palpitante en la búsqueda de sentido a la vida.

Es la capacidad para sufrir, la capacidad de llevar a cabo y de realizar los valores de actitud, que puede dar sentido a la vida.[50] Ampliar lo más posible el campo visual del paciente, en tanto valores, posibilidades o potencialidades propias, en el reconocimiento del potencial que existe en cada uno.

- Reconocer en el otro su potencial espiritual

El ser espiritual del hombre es el motivo y el recurso del tratamiento. La dimensión espiritual desplegada, su realización, pertenece al paciente y así

48 Op. Cit, Frankl, V. E.: (1990: 47), *"La idea Psicológica de Hombre"*

49 Op. Cit. Frankl, V.E.: (60)

50 Op. Cit. Frankl, V.E.: (68)

confronta y basa su fuerza en las aptitudes y valores que distan de la enfermedad.

Este recorrido de lo espiritual frente a lo psicofísico, funda un antagonismo psiconoético. Aquí donde la logoterapia ha procurado poner en claro el *antagonismo facultativo*[51], *entre la existencia espiritual y la facticidad psicofísica*. Se apela a la persona, a su facultad espiritual de contraponerse a lo psicofísico, de resistirlo, recurrir a él y reelaborarlo.

Este antagonismo noopsíquico referido por Frankl, puede manifestarse también por una dolencia orgánica como es la pérdida progresiva de las funciones superiores. La logoterapia que entiendo, parte del sujeto, se centra en él, desplegando su capacidad espiritual para enfrentarse a una situación de ruptura, de los estados que lo desestabilizan.

Esta acción y los efectos que se producen, ocasionan resultados en el tratamiento *per effectum, no per intentionem*[52]. La meta dispuesta a partir del Programa de estímulos V.E.F., dista de centrarse en una única dimensión o en logros espirituales. Sin embargo por efecto y teniendo en cuenta que el hombre, es un únitax múltiplex, su tridimensionalidad es ampliamente estimulada, aunque no es la intención. De otro modo, estaría centrando acciones en un *homunculismo*[53].

- Adaptar los métodos y las técnicas al paciente.

Las habilidades terapéuticas más activas: como la confrontación, entre otras técnicas, efectúan movimientos internos precipitando una serie de procesos eficaces para la cura. Estas habilidades se justificarían en momentos de bloqueo y/o desconexión del entorno, donde la orientación del paciente reiteradamente es sostenida, y permite a partir de una secuencia terapéutica, "re-alimentar" aspectos que hacen a lo afectivo-cognitivo.

---

51 Op. Cit. Frankl, V.E. : (1990)"*El hombre doliente*", Barcelona, Edit Herder

52 Op. Cit. Frankl, V.E.: (64) "*La idea Psicológica de Hombre*"

53 Caponnetto, Mario, (1995:24) "*Viktor Frankl, una antropología médica*" , Bs.As, Instituto Biográfico "Antonio Zinny".

- Intercambio continuo con otros logoterapeutas formando escuelas de supervisión recíproca.

Por un lado, el encuentro transdisciplinario, que es como decir unidad grupal más allá de las disciplinas, significa una forma de pensar que provee de buena profilaxis de la salud psíquica de los terapeutas. Permite ver más allá de nosotros, autoevaluar la tarea.

Debemos formarnos también para ofrecer recursos y para aplicarlos con creatividad. Me refiero al uso de técnicas musicales, corporales, imaginativas, estrategias de comunicación, y un buen manejo de los recursos sociales que el medio ofrece. Esto significa una puesta al día constante y encuentro interdisciplinario que guíe la tarea.

El paralelo con el concepto frankliano de vacío existencial, lo expreso en estas líneas, que representan el desafío de la tarea terapéutica: estar de pie al lado de una persona, es ofrecer la propia presencia que enfoca y sostiene. Aunque, nuestra palabra no haga desaparecer el dolor, pero estamos ejerciendo una tenue influencia que potencia la búsqueda del para qué. Ahora bien, esta presencia incluye aceptar al otro más allá de sus cualidades, lo cual es el principio rogeriano de la aceptación incondicional[54].

Para concluir, la Logoterapia es un medio de ser, sentir y desplegarse dentro del campo de la terapia, sea cual sea la carrera o profesión. Mientras la esencia exista, la promoción de salud tendiente a la búsqueda del sentido de la existencia, debe avenirse a la conciencia de nuestros actos en función del otro.

54 Van Kaam Psicoterapeuta existencialista holandés. Remite a esta situación en la frase: "Ser terapeuta quiere decir poner el propio ser a disposición del paciente, revela, realiza y amplifica mi yo auténtico y real. Es lo mejor de mí, es la parte más auténtica, a disposición del otro". En, Frankl, V.E.: "*El hombre doliente*".

"El Encuentro-*Pedagógico primario insta a la cura*"
En busca de la trascendencia perdida

Cuando solo las palabras no alcanzan para
acercar y retener al otro.
Es la terapéutica del encuentro,
el devenir de mil acciones
que atraen el recuerdo.
Recuerdo de un pasado, que a veces es mejor,
deshacer que rememorar[55].

Inmersos en el abandono familiar,
decenas de viejos esperan...
Ya nada más...

Y es entonces la mirada, un encuentro precioso
Transformado en posibilidad de Dar[56].
Una mirada, rompe el hielo de la lejanía,
acaricia y atrae a un seno amable y placentero.
Para retomar, así el bienestar primero.

Iliana Hernández Silvera

En el itinerario de esta investigación, presento a partir de la propuesta de estimulación cognitiva en gerontes con patologías de deterioro cognitivo de diversa base, un principio vital. Básicamente, es una concepción que considera *a "la ancianidad como una etapa de crecimiento y desarrollo, con un rédito invalorable, que es el encuentro con Dios. La cual se manifiesta a partir de la vivencia de la propia realidad espiritual"*[57]. Una realidad apreciable en la vejez normal, aunque ampliando el concepto a la vejez en deprivación funcional, las pérdidas producidas en el nivel físico y/o psicológico, unido a un entorno poco estimulante, hacen de esta atención personal a la trascendencia una mirada que se pierde en el infinito. La esencia del Proyecto es esta, una aptitud rescatable a la terapéutica, desde un lugar donde el trascender es una disposición a la íntima relación con Dios.

Desde esta situación y por su naturaleza espiritual, el terapeuta es llamado a procurar desde el encuentro y en posesión de valores una orientación que satisfaga e ilumine la búsqueda.

---

55 Se refiere a la situación de soledad que en el viejo le imposibilita el relato de su pasado a alguien que quiera escuchar.

56 Situación planteada por el Dr. C. García Pintos en la Etapa de maduración Noética en su tesis *"El Círculo de la vejez: Sobre la psicología normal de la persona que envejece"*, (1993:240-241) Rosario, Almagesto Fundación Ross Rosario .

57 García Pintos, C. (1993:242)*" El Círculo de la vejez"*

Ahora bien, el "*proceso continuo de maduración hacia la plenitud espiritual*, favorecido en la vejez saludable, procede *de un tránsito exitoso al sucederse las etapas de maduración noética*"[58]. Pero no corresponde al ideal de las patologías que dieron espacio a esta experiencia. En ellas, se observa instituida una grieta en lugar de un vínculo espiritual. Apoyándome en la presente investigación y los resultados obtenidos mediante el Programa de estimulación V.E.F., el primer camino a seguir es una impronta de re-apertura al Otro, es un "terapeuta" que escuche y oriente en un encuentro de con-tacto beneficioso[59].

Este pasaje dentro *del proceso de maduración hacia la plenitud espiritual en salud,* en estados de enfermedad, es demandado y/o requerido por el sufriente.

En el viejo institucionalizado, se observa una pérdida de búsqueda, una fuga a un pasaje alterno. Es de subrayar que, actualmente no se evalúa inicialmente la adaptación del geronte residente en hogares; lo ven molesto, agresivo, o desconectado y lo medican con antipsicóticos. Tampoco existe un segundo momento, donde evaluar la ansiedad que le provoque la angustia de pérdida, cuando viene el hijo o un familiar y luego lo vuelve a dejar. Situaciones que favorecen el estado de desequilibrio bio-psico-socio-noético, siendo necesario aun más en este proceso, de la autotrascendencia para re-encontrarse consigo mismo, en el otro.

A su vez, no contamos con un tercer momento de evaluación del curso del déficit pasado un año de ingreso. Es así que el reconocimiento como persona, parte también de los otros; sólo así podemos favorecer el reconocimiento del sí mismo.

Existe un corte del lazo de la maduración hacia la plenitud espiritual, han quedado insatisfechas las demandas de la dimensión noética. Ya, *Klages, Scheler, Ortega y Gasset, Ph. Lersch, entre otros, consideran que mientras el espíritu es aquello que no depende de las condiciones materiales, porque participa de lo universal y de lo eterno, en cambio, el alma coincide con el sentimiento de lo vital*

---

58 García Pintos C: (1993)"*El círculo de la vejez. Sobre la psicología normal de la persona que envejece*" Rosario,, Almagesto Fundación Ross.

59 Me refiero a la acción tan simple de sentir la mano en el hombro, de tomar ambas manos y estrecharlas o simplemente dar un beso en la mejilla como saludo o despedida, además de un contacto de miradas no solo acerca al otro, sino que facilita la comprensión de la problemática del paciente y su posible reorientación cuando este mismo paciente se abre a nosotros y nos brinda su ser.

concreto, de lo individual y cordial[60]. Entonces el alma o psique, da sentido y fin al organismo, *es potencia configuradora que sobreexcede las series causales mecánicas*[61]. Dicha esencia también participa del encuentro, desde su más íntimo vínculo, que es la unión con Dios.

El Encuentro es en tal caso, el que abre la posibilidad de sostener las potencias máximas que han permanecido insatisfechas. Este geronte, in-dividuo ha quedado dividido, escindido del entorno. Su paso aparece cerrado a la plenitud. Podría mostrarse a modo de un límite a la luz que guía a la trascendencia. Surgen así, una serie de interrogantes:

¿Cómo llegar a este hombre?

¿Cómo iniciarlo en su búsqueda?

No olvidemos que el *hombre emerge más allá de sí mismo en la dimensión humana*[62] y desde aquí podemos coadyuvar a proyectarse a sí mismo.

Este bullicio de incógnitas e interpelaciones favorecen una mejor profundización de la situación y acercan al siguiente planteo:

- ¿Qué es, lo que en definitiva se ve favorecido en/o por la estimulación cognitiva?
- ¿Cómo es posible que patologías irreversibles y progresivas tengan evolución en la recuperación de algunas de las funciones, que desaparecían o no existían en un sin fin de deterioros?
- ¿Qué hizo factible este advenimiento, a la recuperación de algunas funciones de forma inesperada? El método, la técnica o el vínculo?

De este momento adviene la necesidad de plantear Un encuentro pedagógico-primario y vincularlo a acciones cuyos resultados han sido sorprendentes.

Las técnicas y herramientas que usemos como medio (reminiscencia, el uso del programa para PC, tarjetas estímulo y músico-terapia) son *condimentos*[63] o ingredientes del encuentro terapéutico, pero desde esta creatividad de recursos se plantea una relación humana unificadora.

---

60 Ortega y Gasset, nota a pie de página en:Tomas de Aquino Sto. , (1999: XXIX)*"Cuestiones disputadas sobre el Alma"*, Pamplona, Univers. de Navarra

61 Op. Cit. Tomás de Aquino Sto. (1999:XXIII)

62 Frankl, V.E.:(1991) *"La Psicoterapia y la Dignidad de la Existencia ,,*, Bs. As., Edit.Almagesto

63 Yalom I.: (1984:14) *"Psicoterapia existencial"* , Barcelona, Edit. Herder

Durante el periodo de receso por vacaciones hubo un lapso en el que no se pudo mantener el vínculo. Al regresar hallamos un número considerable de gerontes (cuyo rendimiento había superado las expectativas), con un deterioro mayor. Episodios de descompensación, ACV, depresión y aislamiento eran los resultados obtenidos de esta etapa posterior, a pesar de haber intentado dejar un grupo de pasantes que continuaran la tarea de sostenimiento. Surgieron una serie de imprevistos. Por tal motivo durante un periodo de 30 días no percibieron estímulo. ¿Entonces qué aspectos del otro cubre o reviste ese encuentro?

Esa puerta de acceso influye en todos, solo por presencia o acciones? O es que se cerró la posibilidad de autotrascendencia que vimos desplegada. Un concepto explicado por Frankl de la siguiente manera: *"La autotrascendencia desaparece inmediatamente en el momento en que se proyecta la realidad humana en una dimensión inferior...ya que existe una intencionalidad, el ser humano busca un objeto o un sentido que constituyen la razón para actuar y no simplemente para comportarse. Entonces cuando el ser humano no encuentra la causa superior a sí mismo o no encuentra a otros seres humanos a quien amar, a quien dar, que tenga sentido, se enferma"*. Es decir, retorna a su estado anterior al no existir la fuerza motivacional de cura.

Creo que, al re- constituir un Yo escindido por la soledad y el aislamiento, la terapéutica se reviste de un compromiso mayor. No olvidemos que estos pacientes del pabellón de crónicos avanzaban en carrera a la declinación final, y la re-tracción de sí mismos al entorno poco salutífero, fue suspendida beneficiando la observación de sí mismos, a través del otro quien los constituyó como personas.

La experiencia del Programa V.E.F., facilitó la oportunidad de vislumbrar un nuevo por-venir, el cual requería de una contención en el tiempo. Hoy deduzco que la vaciedad, debilidad e inercia de hastío en que están sumidos día a día , es a raíz de estar limitados por un sistema social que no contempla posibilidades distintas. Ni tampoco promueve proyectos de bienestar en enfermedad, profundizando las patologías ya vistas.

Es entonces cuando se favorece el retorno implacable a lo tan conocido como irreversible y progresivo.

Tomando en cuenta el concepto de Miguel Jarquin[64] sobre el encuentro y el diálogo, comprendería un encuentro articulado a la "nos realización".

Desde mi experiencia práctica con gerontes, sugiero el proceso trascendente del encuentro, como dinámica favorecedora en gerontes (los institucionalizados) para descubrir el "para qué", dar sentido al entorno, facilitando la transmisión de su experiencia de vida a otras generaciones. Porque, aún enfermos estos gerontes pueden ofrecer la riqueza de sus recuerdos y su propia experiencia de vida, al servicio de los otros.

Desde este abordaje, los hombres se vuelven seguros y es, desde esta realidad, donde se libera a las personas, facilitando un camino por recorrer. Probablemente la propuesta será diferente a lo imaginado por cada uno de nuestros pacientes en particular. Pero es fundamental sostener la viabilidad de seguir siendo. Entonces *en la orientación de la existencia;* en la denominada tercera edad, *se implicará una relación de conocimiento* y apertura.[65]

El Encuentro desde la búsqueda del sentido de la existencia, se basa en la lógica de la entrega auto trascendente. Esto involucra en primera instancia, conocerse desde el rol de terapeutas para poder focalizar las necesidades del otro. A su vez, es imprescindible reconocer que el Ser se vuelve accesible a infinitos desenlaces. Por ello, la distancia con el otro debe ser óptima para poder accionar desde un lugar donde el "pobre" no tiene espacio, es uno de los aspectos que entiendo por *autodistanciamiento*[66] indispensable para poder operar. Es un lugar de contención e intercambio significativo para captar las necesidades implícitas en esta "diada-terapéutica".

El encuentro es no mezclarse, ni invadir y mucho menos irrumpir. Es un compromiso con el otro, para efectuar una guía del sufrimiento que lo re-constituya a la salida perdida. Y con esto no me estoy refiriendo a ser una tabla de salvación, sino un lazo que une brindando la mano para sostener y avanzar; un encuentro

---

64 Jarquin M.:(2003:102) ,, *La comunicación revelación de una existencia*,,, Madrid, Colecc. Persona .

65 Op. Cit.Jarquin M.: (2003:103-104), *"La comunicación revelación de una existencia*", Madrid, Colecc. Persona .

66 Concepto de Viktor E. Frankl (1981:20) Marca el hecho antropológico de que la existencia humana siempre apunta hacia algo que no es ella misma, hacia algo o alguien. *"La Psicoterapia en la práctica médica*"

terapéutico. Dicho sostén se ejerce a partir de este sentimiento primario que una vez estructuró el ser, lo unió y brindó placer.

Veamos ahora lo que entiendo por encuentro. Muchos autores trataron el tema desde nociones a las que adhiero, aunque creo falta definir algunos aspectos más, basándome específicamente en mi investigación. Jung[67] por ejemplo, menciona el encuentro como medio de curación. Otto Semmelroth resume la doctrina católica de la fe en el tema de Dios y el hombre en el encuentro[68].

Acuerdo con Leopold Prohaska,[69] *en que así como mediante el encuentro con el tú humano se coloca al hombre en el camino de la realización del sí mismo y el encuentro con el tú divino conduce a la plena actualización del hombre.* Un yo terapéutico puede enfocar al tú y guiarlo a la proyección de sí mismo, la trascendencia final.

Desde otra perspectiva, la fenomenología del encuentro propone criterios a seguir: *distancia, ambivalencia y trascendencia,*[70] una concepción personal que ampliaré a continuación.

El ***criterio de distancia*** *exige* un espacio de autoridad, una templada influencia que le permita al terapeuta conducir al otro al camino deseado.

El **criterio de ambivalencia** tiene dirección en el curso de la etapa de maduración. El terapeuta contempla el valor desde el tratado de la vida y proyecta desde la serenidad un encuentro sin confusión.

Por último, aunque no menos importante, el **criterio de trascendencia,** que impone no solo ir más allá de su propio yo. Posee una dirección en conexión con la realidad y desde este lugar estimular las funciones deterioradas. Expongo aquí la influencia de un interjuego de movimientos. El Encuentro de dimensiones obturadas: valores-psique, cuerpo-mente, Yo-tú, en el reconocimiento terapéutico.

El paradigma existencial, para comprender la relación entre enfermedad y salud, halla la luz en las palabras de Sto. Tomás, expresadas por el

67 Heilung aus der Begegnung, Stuttgart (1951), en Jarquin M.

68 Gott und Mensch in Begegnung, Francfort del Meno, (1956).

69 Prohaska L. , (1981: 29) *"Pedagogía de encuentro*,,, Madrid, Edit. Herder

70 Op.Cit, (Prolaska,109)

Pbro. Sanguinetti[71] con la simpleza y profundidad del Aquinante: "*la enfermedad sobreviene cuando el alma no puede comunicarse con el cuerpo*"; falla aquí un diálogo superior que por los abatares de la vida, queda bloqueado, interrumpido. Desde este lugar pienso el encuentro, como una facultad de acercar al hombre a reanudar este diálogo quebrado.

Esta "geragogía del encuentro" tiene por objeto el empleo consciente de un diagnóstico, seguimiento y evaluación continua del vínculo. Para medir el avance de este misterio que es el hombre, cuyo íntimo hallazgo se produce en terreno del entendimiento y voluntades mutuas. Es mediante este encuentro humano que se llega al re-encuentro trascendente. Y digo re- encuentro, porque al participar de esta dinámica de realización, vivencio cada día el surgir espontáneo de frases olvidadas pero inmersas en su mundo interno: "Dios la bendiga", a través de una mirada participada que solo el encuentro constituye, es saludo y despedida. Vestigio de "personas", que un entorno rotula, sin ver más allá de lo observable, como polipatologías demenciales que cursan un mutismo muchas veces elegido y donde a veces se escucha por parte de algunos profesionales "es una loca divina", comenzando así el circuito sin salida.

Es así que, para mí, en el encuentro, en la temporalidad; el hombre va madurando, creciendo y fortaleciéndose en torno a un objetivo. Y nuestra tarea se resume; para este sujeto, en " *ayudar al otro en el acompañamiento hacia la fuente, hacia el sentido que está ahí esperando ser realizado por nosotros. Es una segunda oportunidad sobre la tierra*"[72]. Un sentido que, perdido, puede re-encontrarse, en la realización del sí mismo junto a otro.

Este vínculo paciente-terapeuta es el que "le permite *vivenciar un vínculo sano*",[73] un modelo de relación único que admite una nueva re-estructuración facultando a la dimensión trascendente en un proceso a devenir.

En síntesis, la principal contribución del presente trabajo podría definirse como un compromiso por la "rehumanización", a partir de su visión antropológica

71 Cometario brindado por el Padre Sanguinetti el día 22 de agosto de 2003, durante el curso de "Pensamiento y Cerebro", Universidad Católica Argentina.

72 De Barbieri Sabatino, A.: (2002)" *La primera técnica de la logoterapia: El encuentro*", Rev. Mexicana. de logot.N*7/

73 Op.Cit. De Barbieri Sabatino

centrada en la dimensión noética (integradora de su realidad psico-física) y de su comprensión del mundo, otorgando un papel preponderante a la dimensión espiritual del hombre. Esta Re-humanización, tendrá el objetivo de ofrecer una visión distintiva en los profesionales de la salud para la atención del anciano.

También es necesario considerar que por esencia, el hombre está abierto al mundo, es un ser-en-el-mundo. Ser hombre quiere decir ser hacia algo o hacia alguien, ir más allá de sí mismo, para salir a lo que hay en el mundo y de quienes hay en él, al "encuentro con". Me apoyo aquí en Viktor Frankl, quien introduce la noción de intencionalidad para definir la estructura fundamental del ser humano. La intencionalidad del hombre no es otra cosa que el 'estar-con'. Por la autotrascendencia el hombre puede salir de sí y dirigirse a *estar-con*, a *encontrarse* con el mundo, con el otro. La intencionalidad entonces, es la base del conocimiento *(el objeto está ahí, el sujeto está con)*[74] He aquí el para qué del encuentro, la facultad del hombre de descubrir en el otro algo más que lo visible.

74 Noblejas Ma. De los Á.: (1998) *"Responsabilidades a Viktor Frankl "*, Bs. As.Boletín de logoter. y Análisis Exist. Nous

Capítulo 2

Teorías y Ciencias. Una definición

Logoterapia-resiliencia-estimulación

En la primera parte, he planteado el alcance, significación y fundamentos de esta propuesta, se apoya en la contribución Logoterapéutica.

Intentaré ahora relacionar los aportes de la Logoterapia-resiliencia y la estimulación, distinguiendo el encuentro como terapéutica básica en patologías crónicas. El fortalecimiento cognitivo y un abordaje estratégico difundido a partir del programa de ejercicios conocido como: Proyecto V.E.F., presentado en la segunda parte, faculta la resiliencia.

El concepto de resiliencia originario del latín, procede del término *resilio que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar*[75]. La resiliencia es un término que proviene de la Física y se refiere a la capacidad de un material de recobrar su forma original después de haber estado sometido a altas presiones.

Por analogía, en las ciencias humanas se comenzó a utilizar esta palabra para designar la facultad humana que permite a las personas, a pesar de atravesar situaciones adversas, lograr salir transformados por la experiencia.

A esta capacidad de superar la adversidad y salir fortalecido de ella se *opone un concepto más, un par complementario el concepto de vulnerabilidad*[76]. Es decir, nadie se adapta completamente porque nadie conoce todos los códigos de todos los grupos que integra.

La posibilidad de adaptarse plásticamente a modos de vida y sentido del sufrimiento, tiene mejores posibilidades de estrategias que hasta hace unos años. Esto es, una *alienación niveladora permite proyectar y esto es algo que pertenece al plano espiritual. Sobre esta base, el plano del bienestar psico-orgánico y la capacidad psíquica de acomodación, significa a su vez proyección sobre el plano en que se mueve el hombre.* Puede adaptarse *forzosamente a tal situación*[77] y así, cuando su fortaleza decae, configurarse a sí mismo para no sufrir, y ajustarse al entorno en un lugar menos doloroso. Esta, es la vivencia que persiste en el pabellón de ancianos

---

75 Suarez Ojeda, E. N. y A..Mellillo.; (2002)*"Resiliencia; descubriendo las propias fortalezas"*, Bs. As, Paidós.

76 Op. Cit Suarez Ojeda, E. N

77 Frankl, Viktor Emil, (1979:71), *"La Idea Psicológica de Hombre"* , Madrid, RIALP S.A.

crónicos institucionalizados. Sujetos que tienen mayor capacidad de superar la adversidad son más expuestos a ella, por ende vulnerables.

Algunos sujetos aplican entonces lo que planteó Mao Tse Tung con su metáfora de la "táctica del bambú": pueden doblegarse para volver con más fuerza. No salen desbastados, sino más fortalecidos de la situación de conflicto, o como decía Nietszche, utilizan la "táctica del arroyo", retroceden para dar el salto. Esto supone la puesta en juego de todos los mecanismos de plasticidad yoica, ligado a recursos y la disponibilidad biológica. Tanto como, los hallazgos neurológicos de "*Plasticidad Cerebral*", consistentes en la extraordinaria *plasticidad sináptica de las células nerviosas, por la regeneración y rebrotes colaterales de axones*[78].

Hoy día, existen grandes posibilidades de mejorar y/o detener el deterioro cognitivo, disponibles a nuestro alcance y para estimular y/o promover lo que llamamos resiliencia.

Surgen aquí una serie de interrogantes a saber:

- Los pacientes que cursan patologías crónicas habrán retrocedido y estarán esperando para dar ese salto ante un estímulo específico?
- El deterioro deja una secuela, una parte inactiva de difícil acceso podríamos llamarla vulnerable?
- Esta "espera" para saltar ante un estímulo específico, contenedor y global, interviene en la restitución de áreas dañadas o emplea zonas alternas con nuevos recursos?

Sin embargo, el interés científico en este tema es reciente. Las investigaciones actualmente apuntan a alcanzar un conocimiento más sistemático de la resiliencia con miras a la aplicación práctica del mismo.

A continuación, expondré un modelo de desafío, alejado del riesgo que implica el concepto de Asistencialismo y/o Prevención, ya que elaborar proyectos desde estos conceptos es considerar la inseguridad antes que de la potencialidad.

Terciaria. Una alternativa, afín al concepto de resiliencia, es el designado como *Promoción de salud.*

78 Ziemer, Luis,(2002),"*Mentalización y Afectividad*", Bs. As., material de la cátedra de farmacología, Facultad de Medicina,U.B.A.

La logoterapia, propone un escenario mayor desde el cual reinterpretar el concepto de resiliencia, especialmente a partir de conceptos tales como la capacidad de oposición del espíritu, el antagonismo psiconoético y su principio del sentido de la vida. Desde esta visión revitalizada de la resiliencia, podemos vincularla con certeza con nociones tales como bienestar, calidad de vida e, incluso, contemplar la posibilidad de recuperación de funciones cognitivas afectadas.

Esencialmente, añado al concepto de resiliencia, la capacidad de desarrollo de la calidad de vida y recuperación de algunas funciones cognitivas, desde la búsqueda de un sentido. Esto es, un "para qué" de la existencia en el "aquí y ahora" de cada paciente; libera en él potencias recursos posiblemente todavía no aprovechados. Es en este momento, que ambos conceptos confluyen en lo siguiente:

a. la promoción de aspectos sanos, desde *una facticidad psicofísica*[79] vulnerable, por la *frustración de la voluntad de sentido*[80], puede mediante un mecanismo resiliente potenciar el re-establecimiento.

b. el potencial resiliente, como *noodinamismo facultativo*[81] fortalecedor, de un *"principio de coherencia interna"*, faculta al hombre para ser autor-autónomo y ejercer la pertenencia y elección personal.

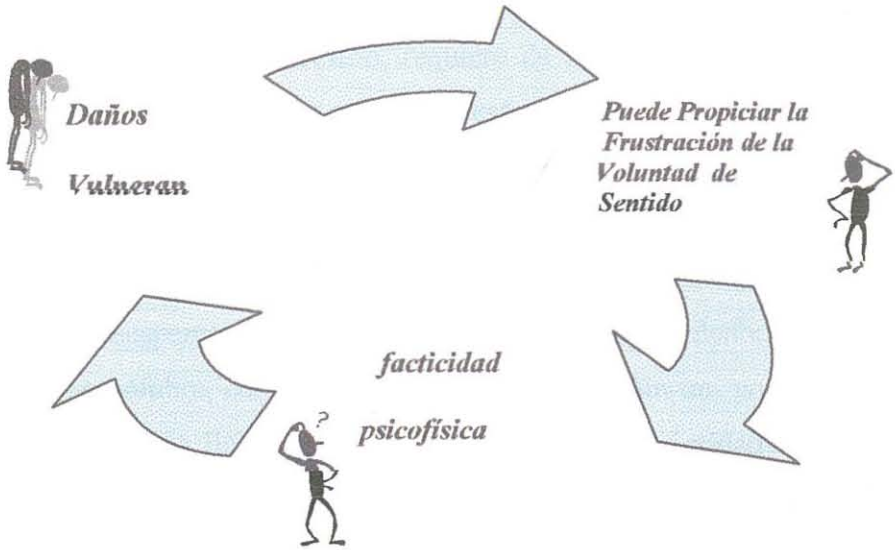
De esta situación se entiende lo siguiente:

- Daños — Vulneran
- Desafíos — Fortalecen

79 Frankl, Viktor Emil, (1990:84)*"El hombre doliente"* , Barcelona, Herder. "...más allá de la facticidad humana, la existencialidad del hombre, o si se refiere, al hombre existencial <antes de la caída> en la facticidad. El hombre incondicionado no es ni homo sapiens recens vitalmente condicionado ni el animal racionado es más bien el hombre como tal: homo humanus..." "... hasta qué punto el hombre puede permanecer incondicionado a pesar de toda su condicionalidad..."

80 García Pintos Claudio, Curso Introductorio a la logoterapia,(2005) *"La voluntad de sentido"*, Presentación Power Point, 24/10/05, ... "Cuando el hombre ve frustrada su voluntad de sentido, experimenta vacío y escapa"..., Bs.As., CLAE, UCA.

81 Op. Cit. (Frankl:130) ,*"El Hombre Doliente"*, "Lo corporal es una condición, mas no la causa de lo psíquico-espiritual. La enfermedad corporal limita las posibilidades de desarrollo de la persona espiritual"



Este primer gráfico muestra la interacción entre la facticidad psicofísica, en un hombre que intenta *buscar una respuesta a su vida, no puede dar sentido a su vida* y consigue "vulnerarse", propiciando la frustración de la voluntad de sentido, sin un camino definido por seguir.

Es decir, el *"fracaso para encontrar un significado en la vida, el sentimiento de que uno no tiene ninguna razón para vivir, para luchar, para esperar... de que uno es incapaz para encontrar una meta o una directriz en la vida, el sentimiento de que, aunque los individuos se esfuercen mucho en su trabajo, en realidad no tienen ninguna aspiración"*[82].

El enfoque que propongo favorece una apertura que admite salir del daño, fortalecido. Lo destruido, dañado u obstaculizado aparece en el impulso por la supervivencia, como un estímulo. Este salto al desafío, es una actitud que aparece en todo ser humano en situaciones de riesgo, puede ser capaz de realizar.

Esta situación, esclarece la vivencia actual de investigación de campo en los pabellones de gerontes con patologías crónicas. El "puede ser", implica desafío, una posibilidad de proyectar un futuro, en un medio poco facilitador. Desde este lugar,

82 García Pintos, Claudio, (2005)*"El sentido de la vida"*, Presentación Power Point, 21/11/05, Curso introductorio a la logoterapia, Bs. As.,CLAE, UCA.

posibilidad de proyectar un futuro, en un medio poco facilitador. Desde este lugar, planteo, que el resilio, funciona como contexto protector para el logro de la armonía hacia la recuperación. Pero este resilio, requiere de auxilio terapéutico, debido al tránsito del geronte en torno de una situación desfavorable. Concretamente, tabalean sus tres dimensiones: Biológica por el SME. de Deprivación Cognitiva; Psico-social, por la convivencia en un lugar desconocido, no propio, favoreciendo aún más la desorientación. Y, por último, la pérdida de equilibrio Espiritual, con la consecuente tendencia a la desesperación y huida, experimentando el denominado "*vacío existencial*"[83]. Ese hombre, con una vida desabastecida sin un por qué vivir por carecer de metas vitales, llega a padecer sentimientos de inferioridad.

En la pérdida de autovalimiento, se cuestiona el problema del sentido de la existencia, de la cuestión básica de la "libertad".[84] Así, se precipita a un vacío de libertad y soledad insuperables, a raíz de la perturbación del *campo de la acción y expresión de la persona*.

Esta libertad del hombre para cambiar, reconocida por Freud en la práctica[85]; participa en el ser espiritual, existe en la realización de sí mismo. Por eso, el ser espiritual no puede ni debe buscarse a sí mismo, en sí mismo; sino trascenderse. La autorrealización espiritual, la ejecución de actos espirituales, no puede aprehenderse a sí misma como (realidad de ejecución), como el movimiento de una película no puede ser visto por el espectador: tanto en la toma como en la proyección del filme desaparece su movimiento (entrecortado), y lo que el espectador ve es sólo el movimiento del objeto filmado, presentado, "en la película", "en" la imagen, mas no el movimiento "de" la imagen, de la película misma. El ritmo entrecortado de este

---

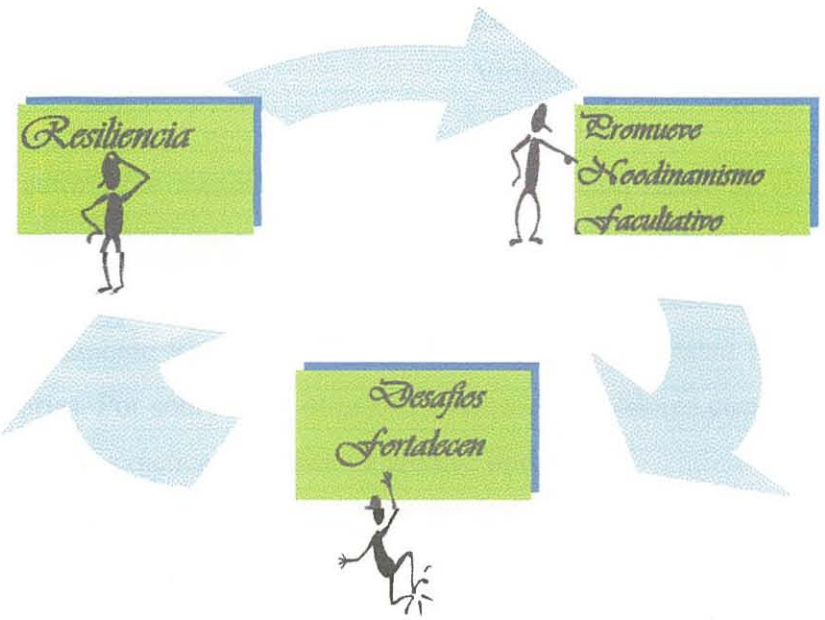
83 Frankl, V.E., (1990: 14) *"El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia"*, Barcelona, Edit. Herder, ..."la sensación de un vacío interior que he descripto y calificado de <vacío existencial>, con la sensación de un absurdo radical de su existencia...por la pérdida de instinto y la pérdida de tradición"...(Pág. 15),"Sólo la conciencia lúcida capacitará para la resistencia, para no amoldarse al conformismo, ni doblegarse ante el totalitarismo...(Pág 20)Ser responsable, significa ser selectivo, ser capaz de elegir"...

84 En análisis existencial se plantea que las cuatro preocupaciones básicas o cuestiones de la existencia son la libertad, la soledad, la muerte y el sentido de la vida.

85 Op. Cit. (Frankl: 42)

En el gráfico siguiente, se justifica *la autorrealización como un efecto de realización de valores* en la superación de *la tensión como un reto*[87]. Facilitado por la promoción de aspectos sanos en la terapéutica, permite que el sujeto alcance su potencial, a partir de un desafío conducido por un terapeuta alerta. *"El individuo, pues, debe buscar una respuesta a la vida, buscar el sentido de la vida, para encontrarlo y no para inventarlo; el individuo no puede dar sin más un sentido a la vida sino que debe tomarlo de ella".*[88]

En principio, la repetición de situaciones dolorosas o desafiantes aparece como un resabio de otro tiempo, algo similar pudo surgir y de lo cual salió adelante. Es decir, logró aprender una estrategia.



Teniendo en cuenta que la resiliencia, como la mayoría de las facultades humanas, no es un don totalmente innato, ni totalmente adquirido, trataré de identificar cuáles son los factores que promueven aquella "protección", con el objetivo de buscar herramientas metodológicas que permitan fomentarlos en la vejez.

87 Op. Cit.,(Frankl: 36)

88 Op. Cit. (Frankl:34)

Factores de Protección como herramienta

Suárez Ojeda desarrolla el concepto de resiliencia comunitaria atravesado por dos factores, uno positivo y otro negativo. A continuación se transcriben los mismos:

Positivos	Negativos
Altruismo.	Fatalismo.
Participación comunitaria	Paternalismo.
Pensamiento estratégico	Falta de decisión propia
Innovación	Burocracia.
Diversidad económica	Corrupción.
Laboriosidad.	Racismo.
Servicios sociales.	Violencia.

El autor hace mención a aspectos de promoción desde la visión de una ciudad resiliente. Allí todos sus pobladores poseen un lugar en donde pueden ejercer su participación en la toma de decisiones, donde existan consejos municipales elegidos legítimamente y en donde existan entidades que permitan la expresión de distintas minorías. Por sobre todo, donde se jerarquice los valores éticos y morales, y donde se permita la práctica religiosa de diverso tipo.

Ahora bien, en el caso individual de cada persona, ¿qué pasa con el anciano que no tiene posibilidad de decisión o salida, que vive por ejemplo en una institución aislado de su familia, sin amigos externos, donde la convivencia con otros es diaria y durante todo el día. Un lugar, donde no existen proyectos comunes, ni proyectos individuales?

Es aquí donde cada ser humano, basado en lo aprendido podrá automovilizarse para accionar en un entorno paralizante. Basándome en lo observado y en la estadística de las escalas planificadas para el trabajo con gerontes, pude reunir los distintos aportes desarrollados en la segunda parte de esta tesis. Es decir, en los talleres donde la promoción interviene en la participación de los grupos referidos, se estaría accionando un resilio de forma efectiva.

Es necesario activar la resiliencia, acorde con el *paradigma del nuevo tiempo*[89], un hombre como buscador de sentido. Para ofrecerle a las diferentes áreas del conocimiento alternativas de acción y generar estilos de vida más armónicos con el entorno y con las complejas condiciones ofrecidas por el micro y el macro sistema.

A partir de lo expuesto acerca del tema de la resiliencia y de esta búsqueda individual resiliente, es oportuno desarrollar a continuación un abordaje nuevo en los programas de promoción. Esto incluye dentro de este contexto diversas nociones, para ello, primero partiré de la definición de salud y promoción de la salud.

Según La Organización Mundial de la Salud la definición más apropiada es: "*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad*"[90]. Surge de esta definición, que la salud y la enfermedad no son dos conceptos opuestos, sino que uno es consecuencia de la pérdida del otro.

La salud no es algo cuantificable, es un estado de equilibrio entre el hombre y su medio ambiente. Valiéndonos de un hombre como unidad bio–psico–social-espiritual y paralelamente en equilibrio con el medio, así también debe darse un equilibrio entre el cuerpo-mente-espíritu. Esta relación es dinámica y no se ha mantenido igual desde el origen del hombre, sino que ha ido cambiando con su evolución.

La salud, entonces puede definirse como el estado resultante del equilibrio dinámico entre cuerpo, mente, espíritu y medio ambiente.

Pero el hombre, necesita además ciertos elementos para mantenerse en estado de equilibrio y cuando uno de ellos no se encuentra disponible en cantidad y calidad adecuada, aparece un estado de necesidad espiritual. Esto se traduce en un desequilibrio y genera acciones destinadas a corregirlo. Un principio orientador, es la búsqueda de sentido, para así restablecer este equilibrio perdido.

---

89 Conferencia dictada por el profesor Frankl en San Diego, California, cuyo título era, precisamente, "El hombre: buscador de sentido", comienza diciendo: *"El hombre buscador de sentido... éste es algo más que el título de un libro ya muy leído; es algo más, incluso, que el título de esta conferencia... es la definición exacta de la naturaleza del hombre"*.,Curso Introductorio a la Logoterapia, Ficha Nº 2, Bs.As., U.C.A.

90 De acuerdo a la OMS. Informe 2003 publicado por el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), Acta de 1996.

Si las acciones no se realizan, fracasan o son insuficientes, el desequilibrio provocado puede llevar al in-dividuo, a la enfermedad.

Entonces, la no satisfacción de las necesidades predispone a estados patológicos diversos.

Si bien todo el micro y macro sistema, efectúa acciones asistenciales, para mantener la salud, tanto individual como grupal, por diversidad de causas, se produce fallas que impelen a la pérdida del estado de salud. Entonces, por *intensión* se asiste en la salud, *por efecto*[91] provocada la persistencia en la enfermedad.

Como se deduce de lo anterior, la enfermedad es el estado resultante de la ruptura del equilibrio Cuerpo-Mente-Espíritu-Ambiente, ocasionado por la insatisfacción total o parcial de alguna necesidad.

El concepto de enfermedad posee una característica que es la singularidad, por el hecho de que el que toma la posición de enfermo ante la enfermedad, su sentimiento de enfermedad, su conciencia de enfermedad, o la completa ausencia de ambos, no es un saber agregado, corregible, de modo relativamente fácil, sino un factor caracterológico del doliente mismo.

Porque para los enfermos, el punto de partida es un sufrimiento, sea un sufrimiento de su propio existir, sea un sufrimiento sentido como extraño, que penetra en su existir. No encontrando una salida para su falta de sentido de existencia.

Podría decirse que, por la autorreflexión, el hombre puede verse a sí mismo, juzgarse y tener influencia formativa sobre si. Hay en la esfera de lo patológico una voluntad, un impulso a la enfermedad y algo opuesto, la búsqueda de sentido desde la espera y pasividad. Esta puerta permite el acceso a la aceptación como un medio para la resolución de conflictos, un recurso propio y posible de promover.

Me propongo a continuación diferenciar cuatro elementos indispensables para el estudio de la salud y la enfermedad, donde intervienen, la noxa, el habitáculo, el ambiente y la noogénesis.

---

91 Op. Cit. (Frankl:63),"La idea Psicológica de Hombre".

El agente o noxa: es el causante de la enfermedad por ausencia o presencia.

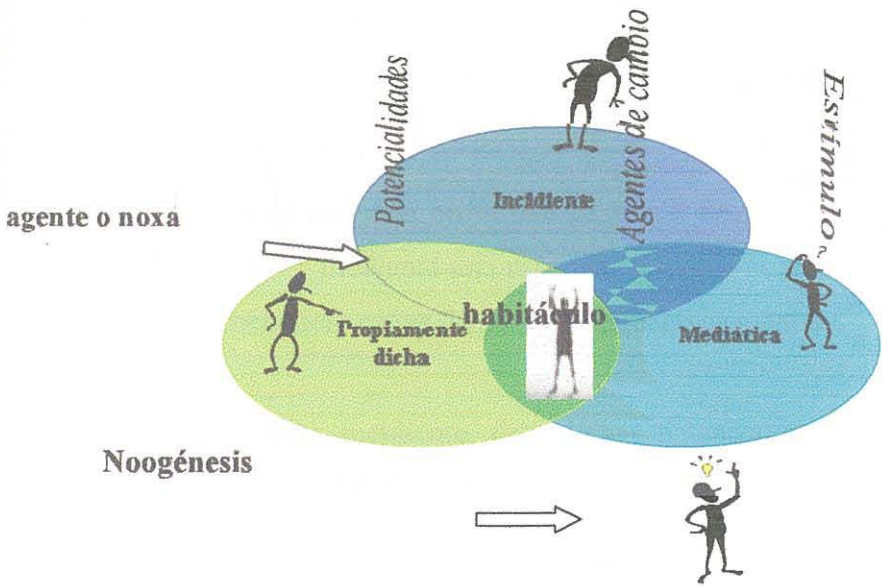
El habitáculo: es la persona que aloja la noxa y facilita su acceso de alguna manera.

El ambiente: comprende el conjunto de condiciones que pueden contrarrestar o predisponer[92] a la acción de los agentes.

La Noogénesis: como la propia posibilidad o no de proyectar un futuro con sentido, a pesar de la adversidad. Pertenece a la búsqueda existencial permanente de todo ser humano a responder los por qué, cómo y para qué de la existencia misma.

Ahora bien, el concepto de prevención desarrollado por Caplan, entendido como una acción integral con tres niveles de intervención, articulados y simultáneos, ha variado al establecer el de resiliencia. Corresponde aquí, hablar de *promoción de salud y desde estos aspectos sanos* podemos encontrar un camino positivo para la cura. *Evitando así el asistencialismo y el riesgo a la sobreprotección, porque es más dañina la sobreprotección profesional o institucional, que la familiar*[93].

Cuadro de Promoción de la Gericultura



92 Véase Goffman, Erving, (1972), "*Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*", Bs.As., Edit. Amorrortu,

93 García Pintos, C.:(1999) Módulo: "Vínculos Tercera Edad" Córdoba. VINTECO

El gráfico que antecede, representa las acciones del sujeto, que inmerso en un ambiente desafiante implementa diversas estrategias. Este modelo de cambio, faculta al hombre con herramientas básicas para la recepción del estímulo y el aprovechamiento de sus potencialidades. Es posible aseverar que los proyectos de promoción de salud, deberían apuntar a activar el potencial propio de cada persona en situaciones de quiebre.

Los distintos niveles de promoción que propongo, surgen de situaciones diferentes aunque interactuantes.

Promoción Incidiente: Se faculta desde la *gericultura*[94] bajo la organización de "Agentes multiplicadores de cambio" para la actualización de salud. Combinar acciones con fines de sostener un entorno saludable, es la mejor forma de reducir las condiciones que constituyen la enfermedad.

Promoción Propiamente Dicha: Es una manera especial de estimulación, destinada a diagnosticar logros y fomentar los recursos válidos presentes para ese nuevo aprendizaje de vida. A través de esta promoción *busco facilitar su participación en el encuentro, el intercambio y la integración. Indicadores básicos de salud en tercera edad: Participar, Tener Encuentros, Permanecer e Integrarse*[95].

Promoción Mediática: procura estimular desde las funciones intactas, la activación de funciones aún no utilizadas y una renovada conexión con el medio. Existe un objetivo y mediante una práctica tendiente al restablecimiento, por efecto se produce un beneficio capaz de proveer de recursos inéditos.

La Promoción Incidiente, debe llegar potencialmente a toda la población, modificando la mentalidad actual de vejez y brindar posibilidades de inserción y

---

94 Op. Cit., García Pintos, C.: Es necesario crear conciencia. Cuando los ancianos se reconozcan desde la vejez, con talentos y recursos que ni sospechan que los tenían. Esos son recursos vírgenes, que nunca usó.

95 García Pintos,C.: Opus Cit VINTECO

proyección en una nueva dinámica de actualización. Básicamente, un lugar desde donde puedan brindar su experiencia de vida, favoreciendo motivaciones subyacentes que conducen a la salud.

Todas estas cuestiones, parten del hecho de considerar al hombre no desde el límite, sino desde la capacidad de desprenderse de lazos que lo opriman o condicionan desde su facticidad.

Fundamentalmente, todo hombre para ascender a esa facultad de autotrascendencia, requiere de potenciales propios, desarrollados y a desarrollar. Frankl llamó *poder de resistencia del espíritu,* a esta facultad. Un hombre condicionado por el fracaso, en la autorrealización del sentido de la existencia puede resurgir por este *poder de resistencia* desde la dimensión espiritual.

Estrategia de Promoción. La Resiliencia

Una alternativa que genera otras opciones desde las potencialidades personales, es la resiliencia. En el contexto socio-comunitario las conductas conllevan a una praxis planificada. Es en esta preparación para la estimulación que favorecemos en el entorno del viejo, la activación de mecanismos resilientes. Esencialmente, en el marco de garantizar la calidad de Vida, un desarrollo sostenible asegura las condiciones adecuadas de supervivencia y bienestar.

En términos técnicos-metodológicos, la resiliencia no requiere la asistencia permanente del profesional o agente de cambio, pero si de arbitrar los medios para potenciar procesos de cambio en sus etapas iniciales, o de sostenimiento. En esta etapa, es necesario la organización y autogestión de las habilidades y destrezas, que permitan al geronte, enfrentar las condiciones adversas de cualquier índole.

La Resiliencia, propicia modificaciones conceptuales importantes en las ciencias sociales, humanas y espirituales-naturales asumiendo el componente bio-psico-social-jurídico-espiritual que ilumina y cohesiona los proyectos de avanzada. Comprende una visión holística e integradora de los dilemas humanos, al plantear que la activación de factores resilientes en individuos, generan también cambios en las familias y en las comunidades de las cuales forman parte.

La Promoción de salud sugiere que la resiliencia active los mecanismos protectores sobre eventos críticos y posibilite un equilibrio armónico entre los estados de tensión y estrés naturales a la cotidianeidad, así también los sucesos imprevistos e inesperados que desatan las crisis.

Primordialmente, preparar sistemas humanos para que fortalezcan la capacidad de enfrentar la adversidad, pero puede incorporarla a los proyectos de vida, como un asunto que no detiene el desarrollo integral sino que le permite reencuadres y cambios de perspectiva.

El papel del profesional en las experiencias reseñadas, es de facilitador de procesos de cambio. Así, las vivencias dependen de la motivación y expectativas que la comunidad, familia o individuo sostengan. Otro aspecto importante, es parte de una mirada interdisciplinaria que congrega todas las áreas del conocimiento interesadas en promocionar la resiliencia.

Todo ello exige asumir una cosmovisión diferente del mundo, donde el profesional aporta elementos conceptuales y metodológicos. Somos en esencia, quienes potenciamos la proyección de los factores positivos facilitadores, para sobrellevar y enfrentar las condiciones adversas que surgen del sin-sentido. Es arriesgarse a crear mejores condiciones de vida para las generaciones futuras, desde nosotros mismos.

Para concluir en el tema de las estrategias de resiliencia en gerontes, es inevitable mencionar muy brevemente algunos de los puntos más importantes de *la Promoción de la Salud y la* Resiliencia.

- *Generar responsabilidad en la salud bio-psico-socio-espiritual en la vejez.*
- *Aumentar expectativas de logro en la vejez, desde el entorno.*
- *Consolidar y expandir estrategias de promoción para una vejez saludable.*
- *Aumentar la capacidad de potenciar en los individuos mecanismos resilientes.*

De esta manera, podemos generar una suerte de operación y/o movimiento, que impulse la adopción de ciertas estrategias que apoyen gestiones de multiestimulación. Con el fin de promover la salud, específicamente en el ámbito geronto-geriátrico y en los casos donde las patologías instaladas, requieren de mayor estímulo, esta propuesta se hace imprescindible.

Pero ¿Cómo detectar mecanismos resilientes?

Con la finalidad de encontrar un medio para evaluar mecanismos resilientes. Se efectuó una serie de administraciones grupales e individuales, a partir del encuentro con gerontes concurrentes a las Aulas para tercera edad "Viktor Emil Frankl" cito en el Hogar de ancianos Dr. Guillermo Rawson, que se prestaron a responder el cuestionario del Test PIL[96], y en los residentes del pabellón de crónicos (hombres y mujeres) de un hogar Permanente y de una Residencia para ancianas

96 Test PIL: THE Purpose in Life Test de James Crumbaugh y John Maholick, es un test de diagnóstico existencial con fundamento en la logoterapia.

(laicas) perteneciente a una congregación religiosa. Es decir, gerontes con y sin patologías de base.

Luego del Proceso de Logodiagnóstico Psicopedagógico en gerontes, se detectan en la parte "C" del PIL Test, respuestas resilientes. Fundamentalmente en esta parte el entrevistado tuvo que completar un espacio vacío propio para la redacción de un párrafo que enuncia lo siguiente: "Ud. encontró o no un sentido para la vida"[97].

Los resultados, permitieron apreciar que dicho detonador de contenidos internos, favorecen los replanteos de la propia existencia. Nuevos modos de hacer, de intervenir, de enfrentar la complejidad del sufrimiento, construir sobre ella y aún salir fortalecidos.

Según los alcances de la investigación, del total de la muestra se observó en un 81% de las respuestas mecanismos resilientes, en el plano de ejemplos, sugerencias y reminiscencias de cada sujeto. Así como formas de solucionar las situaciones de crisis.

Un 11% de las respuestas con un alto componente depresivo debido al curso de la propia enfermedad padecida o co-mórbidas con patologías de deterioro físico o cognitivo, motivaron la movilización de contenidos internos. Es de destacar, que más tarde surgieron en ellos "re-planteos" proyectivos, los cuales beneficiaron en lo que podríamos llamar "la emergencia de búsqueda de escape al estado actual".
Si bien se detecta la vulnerabilidad, mediante los mecanismos resilientes surgieron desde esta parte "C" como impulso, suministrando dispositivos para continuar "pensando en". Diría entonces que esta estrategia, permitió atrapar la atención, motivar y accionar mecanismos que cooperaron en la aparición del ánimo.
Solo el 8% no se pudo evaluar por falta de abstracción, debido al deterioro cognitivo, demostrándose la necesidad de cierto grado de comprensión; tanto de las consignas como del enunciado para formular una respuesta.

Sintetizando, es sumamente necesario un enfoque que permita la apertura de cada individuo y desarrolle sus capacidades, para fortalecerse y así poder aprender de sus vicisitudes.

En otras palabras, desarrollar la resiliencia, como capacidad de recuperarse ante la adversidad, y aprender de ella. De estas experiencias, para probarse a sí

97 García Pintos,C.: (1992 :50) "*O enterdecer da existéncia*", Brasil, Edit.Santuario

mismos de que son capaces de pensar, de hacer, de decidir y favorecer una vida "sana", viviendo en un medio "insano".

Promover la resiliencia apunta a mejorar la calidad de vida, a partir de sus propios significados, del modo como "se percibe" y enfrenta el mundo.

El Proceso de deterioro en Instituciones

Implicancias en la promoción de salud

El propósito de este apartado, es definir la naturaleza del proceso de envejecimiento patológico, ubicarlo en una perspectiva multidimensional y resaltar algunos aspectos de actualidad. Es de subrayar, que la exploración ocurrida en el ámbito gerontoterapéutico, permitió la relación con sucesos que aportan evidencias valederas acerca de la práctica propuesta.

Los procesos de investigación del presente diseño, parten de la promoción de aspectos sanos. Sabiendo, que cada uno de nosotros tenemos tanto aspectos sanos, como enfermos.

El centro de este trabajo, es un medio para invertir situaciones de abrupta alteración por la falta de estímulo y omisión de estrategias institucionales, incrementa el deterioro detectado. Es aquí donde agregaría un término, el de *estigma*[98]. Básicamente, el medio social establece las categorías de personas y el intercambio que pueden tener. A menudo, a modo de suerte de atributos sociales, las primeras apariencias, insertan o destierran del *"Status social"*. Es decir, "*una persona* puede ser, *casi enteramente malvada, peligrosa o débil"... ..."de este modo dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado"*[99]. Un estigma, que aparece como *defecto, falla o desventaja.*

A su vez, la Institucionalización favorece niveles de vida disímiles, "*en cuanto a las implicancias para el yo de los ambientes sociales; y esto confirma que el yo no se origina solo en la interacción del sujeto con los otros significativos, sino que es fruto, además, de las disposiciones que toma una organización para sus miembros"*[100]. El término *estigma,* será usado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador, tal como: "pobrecita es demente", o el nombre de

---

98 Goffman, Erving, (1986:11), "*Estigma. La identidad deteriorada*",..."Los griegos, crearon el término estigma para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba. Los signos consistían en cortes, quemaduras en el cuerpo, y advertían que el portador era esclavo, un criminal o un traidor, una persona ritualmente deshonrada quien debía evitarse"... , Bs. As , Edit. Amorrortu.

99 Op. Cit. (Goffman: 12)

100 Goffman, Erving, (1972:152), "*Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*" , Bs. As , Edit.. Amorrortu.

"pabellón de dementizados". Los que residen desde varios años en la institución, al ir cambiando de pabellón, certifican su propio *estigma* al llegar al pabellón de crónicos. Es de destacar, que estamos hablando de un pabellón de residentes con un puntaje de Mini Mental State[101], menor a 19 puntos. Y ante esta inminencia de deterioro "irreversible e inexorable", es la parálisis y la espera terapéutica, el recurso más empleado.

Un lugar donde algunos vacilan en guiar a los viejos, mientras otros generalizan la deficiencia advertida como incapacidad total, sin atender a sus reclamos más urgentes. Tales como, cambios de postura por permanecer largas horas en sillas, o hacer caso omiso ante pedidos de mudas de ropa por estar bañados en vómito. Además, podemos recibir una respuesta defensiva a esta situación, a manera de una expresión directa de su defecto; y considerar entonces que el defecto es respuesta, a un castigo de algo. Lleva un *estigma*, aunque a veces depresivo, desconectado del entorno, aislado, *sostiene las creencias sobre identidad*[102] que el ámbito en el que habita le propone.

Para el geronte estigmatizado, la inseguridad en un hábitat que no reconoce por alteración espacio-temporal y lejanía de afectos, abastece de inseguridad acerca del entorno y la recepción del mismo.

Otro aspecto vivenciado en algunas instituciones, está referido a *la identidad personal, donde el individuo no puede diferenciarse de los demás, desempeña un rol estructurado, rutinario y estandarizado,*[103] dentro de la institución.

Mientras, en las historias clínicas de la institución o en el recuerdo de la propia persona, aparezca un vacío de "repaso de la vida", no será posible crear dinámicas de remisión. La biografía del individuo institucionalizado, en general, vive en la mente de sus familiares y conocidos. Es así que, la biografía es una estrategia viable en estimulación cognitiva, marca además el reconocimiento profesional por la vida del paciente residente en hogares. Ya cuando se pierde esta historia, el recorrido se presenta más difícil de reconstruir, aunque no imposible.

---

101 Escala de valoración en geriatría: Mini Examen de Estado Mental de Folstein tablalll Rev. Esp. Geriatría y Gerontología, (1990:245-248), Madrid

102 Op. Cit., Goffman, E., (1987:17) "*Estigma. Identidad deteriorada*" , Bs. As, Edit.Amorrortu.

103 Op. Cit. (Goffman:73)

Por ello, la multiestimulación neurocognitiva, mediante la reminiscencia, es una de las temáticas que produjeron mejores resultados, en aquellos sujetos que cursan deterioro crónico. *Se entiende, que todo lo que un individuo ha hecho y puede hacer, en realidad, es incluirle dentro de su biografía*[104].

La identidad personal, en tanto recuerdos vividos; identidad social en cuanto a normativas y roles; y hasta una identidad espiritual. Concretamente, hay una identidad que "*inconsciente, constituida por una moralidad inconsciente y una creencia inconsciente*"... acompaña al sujeto a lo largo de su travesía, es la "*espiritualidad* y *no se refiere a la vida religioso-espiritual, sino a una serie de fenómenos, como inclinaciones, afectos, creencias, que no se pueden derivar de lo sólo instintivo, ni de lo psico-instintivo, y que pertenecen, por ende, a otro ámbito: el de lo psico-espiritual.*[105]"

La posesión de un pasado que muchas veces aparece en estos casos, como nebuloso, que no posee sentido lógico en virtud de la carencia de información, suele ser vista, como una reducción o exclusión a toda terapéutica. Sin embargo, existe en estos pacientes una *"espiritualidad inconsciente" aquella cuya "inconsciencia" consiste en la ausencia de la autoconciencia reflexiva, mientras se conserva activa la autocomprensión implícita de la existencia humana, de lo que se desprende la necesidad de admitir una inmediatez de la comprensión de sí mismo...*"[106]

De este modo, organizar y consolidar la información vinculada con la identidad, es un proceso que propicia la adquisición de un significado de descubrimiento. En un esfuerzo por corregir, ese estigma como parte de la recuperación de la identidad personal. Reconstruir esta identidad personal y fortalecer la identidad espiritual, es asentarnos en aspectos de la unidad de la persona. Específicamente, desde proyectos institucionales que constituyan una parte activa de la biografía y la identidad social, en relación con la promoción de salud.

Planteo aquí, que desde una existencia con discontinuidades, amenazada por el conocimiento de que otros tienen su propio pasado, los aspectos oscuros del estigma de la enfermedad sume al sufriente en un vacío de desamparo. Este enfermo, dejó

---

104 Op. Cit. (Goffman:80)

105 Frankl Viktor Emil, (1978:100) "La idea Psicológica de Hombre" Madrid, Edic.RIALP

106 Op. Cit. (Frankl: 101)

tras de sí una identificación personal, una biografía, un retrato de su vida que nadie retoma para constituirlo nuevamente en la vida.

Un mecanismo institucional, en el contexto del vínculo terapéutico, es sostener la discontinuidad biográfica, suministrando pequeños datos de información sobre sus vivencias.

Otro aspecto observado, es el referido al estigma instalado en el individuo durante su permanencia en la institución. Cuando esta conserva una influencia desacreditadora sobre él durante un cierto tiempo, puede efectuar mecanismos que acentúan su conducta. Una clase de afección descubierta al exterior, donde aprende a mostrarse como dependiente, asumiendo el estigma junto al no poder o la invalidez, ante determinadas tareas.

Es de destacar que, luego de un tiempo de estimulación, mediante diversas estrategias desarrolladas en los capítulos siguientes, esta postura estigmatizada va atenuándose y desaparece en momentos del taller. Aunque, en los días en que no acceden a los mismos, sostenido por la institución vuelven a emplear el recurso estigmatizante, como un mecanismo de supervivencia dentro de la institución.

El estigma, también puede transferirse. "*El individuo estigmatizado se define a sí mismo muchas veces como igual a cualquier otro ser humano, mientras que, al mismo tiempo, es definido por él mismo y por quienes lo rodean como un marginal*"[107]. De esta forma otros residentes del pabellón de crónicos cuando hablan de sus pares, los designan como ese "loco", dada la autocontradicción básica del individuo estigmatizado, realiza esfuerzos para solucionar dicha percepción del entorno, desplazando en otro su vivencia de estigma. Un mecanismo resiliente, que le permite manejar dicha situación.

Curiosamente a consecuencia de la senescencia y la fragilidad de los condicionantes del entorno, se ven disposiciones complejas en esta población. Los efectos combinados y observados son resultantes del *envejecimiento desde la patología y el maltrato*[108]. *Desde* el macro-sistema, hospitalizaciones prolongadas y repetidas, así como la frecuente necesidad de *residencias que cubran una multifunción para lo cual no están preparadas, incrementan los desajustes de un*

107 Op. Cit. (Goffman:129)

108 Temas de Atención del Adulto y del Anciano. Envejecimiento, Rev Fac Med UNAM, (1998:V41: 198-206)

sistema que conduce al asistencialismo, no a promover la salud. Por ende, la detección oportuna de estas situaciones, es necesaria en la atención de los viejos, a fin de producir efectos de cambio y proyectos de base.

En el micro-sistema, la identidad en la vejez, es favorecida desde la autotrascedencia y requiere de efectivos programas de estimulación para poder desarrollar sus potencialidades al máximo. Tres esferas requieren de nuestra atención; una cognoscitiva, que afecta la manera de pensar, analizar y registrar la realidad. La psicosocial, que representa la modalidad de adaptación, así como los cambios que surgen a lo largo de una existencia y las posibilidades que el entorno pueda proveer. Y por último, la noética, referida a la urgencia de pensar estrategias que contemplen al ser espiritual, como una unidad más amplia que puede favorecer el reestablecimiento. Porque, "*el hombre, en última instancia, es su propio determinante. Lo que llegue a ser –dentro de los límites de sus facultades y entorno- lo tiene que hacer por sí mismo*"[109]

109 Frankl, Viktor Emil, (1980:127-8) "*El hombre en busca de sentido*", Barcelona, Edit. Herder.

Una aproximación a las neurociencias

La Estimulación Cognitiva[110], es un proceso terapéutico que tiene como objetivo recuperar o activar, habilidades funcionales y cognitivas del hombre, es decir, "reconstruir" sus espacios cognitivos. Específicamente, se apoya en la capacidad plástica del cerebro, esto es, en *la capacidad de substituir circuitos cerebrales lesionados o disfuncionantes por circuitos vecinos intactos, a través de estímulos comportamentales*[111].

Este fenómeno -denominado plasticidad cerebral- puede explorarse en la reprogramación de las redes neuronales, de manera que disminuyan los efectos provocados por diferentes deficiencias o daños neurológicos. *Este concepto tiene importancia, con vistas a la rehabilitación neuropsicológica, según el cual las neuronas adyacentes a una lesión pueden progresivamente "aprender" la función de las neuronas dañadas (Rossini y Pauri, 2000).*

De los resultados de investigaciones en esta área, se percibe que las diferentes funciones que emergen de interacciones entre neuronios, están influenciados por factores externos *(Rossini y Pauri, 2000),* asociadas con el aprendizaje (capacidad de guardar esa modificación por un período de tiempo).

Luego, la posibilidad de la plasticidad cerebral es influenciada por el ambiente. Es esencial para el desarrollo de estrategias terapéuticas, para el tratamiento de diversos desórdenes cerebrales la contención y refuerzo de estrategias desde el entorno donde habita el enfermo.

---

110 Entendiendo por cognición, "a los procesos mediante los cuales el input sensorial es transformado, reducido, elaborado, almacenado, recuperado y utilizado", (Ulric Neisser, 1967). En Kandel, Eric y otros,(1997) "*Neurociencia y conducta*" , Madrid, Prentice Hall.

111 Moreira da Costa, Rosa María, (2005: Nº9)*"La Ética en el uso de la Realidad Virtual en la rehabilitación cognitiva"*, Río de Janeiro, Informática Médica

Sólo en algunos casos la destrucción cerebral masiva, conlleva efectos irreversibles. En la mayoría de los procesos la actividad del sistema nervioso puede ser rehabilitado (Junque y Barroso, 1997). Para Luria la rehabilitación sólo es posible creando un nuevo sistema funcional sobre la base de los elementos nerviosos que se mantienen indemnes, esto es, la *reestructuración* del sistema funcional sobre bases nuevas. La reorganización puede ser *intrasistémica* (entrenar al sujeto para realizar las tareas utilizando niveles más básicos o más altos dentro del mismo sistema funcional) o *intersistémica* (entrenar al paciente para utilizar otros sistemas funcionales). Por ello, de los pacientes estimulados mediante el programa de ejercicios, las modificaciones más significativas ocurrieron en los diagnosticados con alguna aunque sea mínima capacidad de aprendizaje, luego de la administración del Stroop Test[112]. En cuanto a los casos de afasia, con deterioro significativo, se constató luego de tres meses de estímulo con diferentes acciones, logros importantes a nivel de indicadores de salud. Algunos de ellos, se relacionan con la habilidad de elección de materiales, mayor atención ante las propuestas, pertenencia o atesoramiento de sus producciones, alto grado de participación requiriendo atención del entorno en miradas y acciones conjuntas terapéuticas. Así también, otro beneficio se extendió al reconocimiento de los terapeutas, denotado en el tipo de respuesta al vínculo ya establecido, diferente al ocurrido con otro de tipo ocasional. Los mismos no habían podido ser evaluados mediante el Mini Metal, ni el Stroop, debido al déficit, aunque fueron empleadas escalas como "Ser y hacer en proyección"[113]. Es decir, que no todo está concluido, al hablar de estimulación neuronal.

En la revista científica Psychological Medicine se analiza *la educación y complejidad laboral y estilos de vida en la prevención del deterioro mental asociado a la edad que intriga a los especialistas en neurociencias por causa de la "reserva cognitiva" o sea la capacidad de crear la reserva neuronal suficiente para afrontar la vejez. Los intelectuales que llevan una vida plena hasta edades avanzadas como Eistein, Chaplin o Salvador Dalí, demuestran tener ganado ese privilegio por mantener una actividad mental intensa lo que les disminuyó el riesgo de demencia.*

112 Charles J. Goleen. (1994) *«Stroop Test de Colores y Palabras »*, Publicaciones de Psicología aplicada, Madrid, TEA Ediciones.

113 Ver Anexo 5: Protocolos

La Universidad de Gales del Sur lo demostró con 29.000 individuos con 22 estudios realizados por el investigador Michael Valenzuela que comprobó que al incrementar la "reserva mental" durante la vida se disminuye el riesgo del mal de Alzheimer junto a otras enfermedades degenerativas del cerebro. Su conclusión es que aquellos que tienen reserva cognitiva, su riesgo de demencia baja al 46% y sumando cualquier actividad que se practique tiene un efecto protector en la memoria[114].

Antes de iniciar un programa de estimulación, es necesario conocer qué cambios o mejoras son explicadas por la recuperación espontánea, y no pueden ser atribuidas a nuestra intervención. Cualquier lesión cerebral siempre se acompaña de cierto margen de recuperación funcional espontánea, ya que superados los procesos traumáticos que acompaña a la lesión (edematización, diasquesis), se produce una reorganización de las sinapsis en las zonas que no han resultado dañadas. Ya cuando hablamos de Síndromes de deterioro de diversa base etiológica, que terminan en demencia, tales como la afasia, alzheimer y parkinson, etc. Un proceso que puede durar varios años, pero que es más activo tras los primeros meses posteriores al daño cerebral. Hasta ahora se conocía que las posibilidades de recuperación espontánea eran menores, en el caso de las lesiones más extensas y graves (Portellano, 1999). Según León Carrión y Machuca (2001), a partir del octavo mes de haber sufrido los primeros síntomas, ya no es de esperar ningún tipo de cambio espontáneo. Pero a pesar de los cambios observados, a partir de esta fecha pueden ser atribuidos a la intervención desarrollada, una evolución favorable.

La Neurociencia cognitiva proporciona recursos actuales para llegar a la verdad en relación con las facultades mentales debido a que investiga sus bases biológicas. Los avances tecnológicos han permitido visualizar las estructuras anatómicas con mayor precisión, definiendo la forma de organización de los circuitos nerviosos, determinando las regiones cerebrales que participan en las funciones cognitivas complejas, cuya arquitectura sigue principios funcionales y ontogenéticos, y también se refleja en la interacción genética-medioambiente[115].

---

[114] Domec, Emil, (2005),"*Asegurar la mente activa para una buena vejez*", Río de Janeiro, Memorias del Congreso de Geriatría y gerontología.

115 Tornese, Elba Beatriz, (2004:Nº 14),"*Neurociencia: Neurogénesis*", Boletín electrónico de la asociación de psiquiatras Argentinos.

Las sensaciones y las emociones serían la primera fase del raciocinio. Podemos decir que existe un nexo entre los sentimientos y el conocimiento. Además, el conocimiento se introduce como consecuencia de un aprendizaje y se crea por la capacidad de reflexionar y deducir; por lo tanto la creación del conocimiento tendría relación directa con la memoria. Las investigaciones posteriores fueron perfeccionando los métodos para la exploración de la citoarquitectura y función cerebral, permitiendo comprender de manera más precisa cómo regiones de los sistemas sensoriales reciben información y la transfieren a otras, y cómo estas regiones contribuyen a una conducta planificada.

No obstante el gran desarrollo tecnológico del último siglo, carecemos de posibilidad de reconocer *cómo* funciona el cerebro en alguna de sus capacidades básicas como percibir, planificar, aprender y recordar, además de mantener la atención por tiempo prolongado, etc.

Salvo por algunas experiencias como las realizadas mediante el Proyecto Nous de multiestimulación cognitiva, ejemplificado más adelante, donde influye en gran medida las temáticas y el sentido de la tarea.

Otro aporte importante a destacar, es el de Facundo Manes, director del Instituto de Neurología Cognitiva de Buenos Aires, quien *opina que las pruebas no son concluyentes pero su aprendizaje estimula el crecimiento de las neuronas, creando una reserva mayor en el cerebro y toma más tiempo para que se degraden.*[116]

En los últimos años, las neurociencias han modificado mucho su forma de concebir las funciones cerebrales. Hoy se admite que si bien existen determinadas regiones cerebrales específicas para las diferentes funciones, el cerebro tiene la capacidad de actuar globalmente a partir de la continua construcción y modificación de redes neuronales. Todo lo que llamamos memoria, lenguaje, etc., desde el punto de vista de las neurociencias, son redes neuronales. Y para el funcionamiento de las mismas, es importante la cantidad y la fuerza de las sinapsis. Estos descubrimientos, son los que han llevado al concepto de plasticidad cerebral, base de los procesos de rehabilitación cognitiva (Domínguez, 1999; Bauleo y Alvano, 2004). Como plantea

116 Op.Cit. (Domec:2005)

Sebastián Alvano, se considera hoy al cerebro como *"un sistema dinámico en respuesta a cambios en su ambiente"* (Bauleo y Alvano, 2004, p. 42). O sea que el sustrato biológico es continuamente modificado por el ambiente, en la necesidad de dar respuestas al mismo, pero es de gran influencia el aspecto afectivo. Un vínculo enriquecedor en planificación, objetivos y dinámica perteneciente a un plan de acciones, favorece en el paciente la apertura al estímulo. Es decir, este paciente que cursa un deterioro importante de sus funciones, accede a la estimulación sólo a partir del enlace que establezca con su terapeuta. Aquí radica la diferencia, el sustrato biológico está íntimamente ligado al sustrato espiritual. En casos, donde no se logró establecer el vínculo, el estímulo no fue recepcionado. Al cambiar de terapeuta, con el establecimiento del vínculo, facilitó el inicio de la recuperación de algunas funciones.

Potenciales Evocados

Reflexionando sobre la neurofisiología, hace casi un siglo Hans Berger descubre las ondas cerebrales en el hombre. Pensó que esto permitiría la comprensión del funcionamiento del cerebro y contribuir al diagnóstico de las enfermedades mentales.

La aplicación fue notable, contribuyendo significativamente en el estudio de muchas enfermedades neurológicas como ser la epilepsia, las demencias y otros trastornos.

Dentro de las técnicas neurofisiológicas, *los potenciales evocados*[117] representan un medio de análisis para advertir en parte, cómo funciona el cerebro.

Los potenciales evocados son una medida fisiológica que nos permite el estudio de las estructuras de niveles superiores de integración sensorial y también de procesos cognitivos.

Diferentes tareas cognitivas se asocian a especiales respuestas fisiológicas denominadas "potenciales evocados cognitivos". Por ejemplo, a un grupo de gerontes se les hace escuchar pequeñas partes de melodías conocidas y en un momento y en otro, sonidos que incluyen ritmos desconocidos. La respuesta tanto afectiva, como cognitiva no será la misma. Situación que proporciona la validez de un encuadre de trabajo terapéutico, donde los gustos y reminiscencias estén basados en una demanda.

Otros aspectos a tener presentes, están referidos a disfunciones de cada integrante, tales como alteraciones auditivas, de la atención y/o del ánimo.

Luego de un tiempo de estímulo, el reconocimiento de lo escuchado, surge espontáneamente o por medio de registros de actividad. Un evidente registro de las melodías y sonidos conocidos, es detectado durante los talleres. Gerontes con un déficit importante, obtienen una discriminación auditiva de voz, tono y timbre, efectuando a su vez un trabajo cognitivo de selección y asociación.

La percepción de melodías y sonidos conocidos, genera potenciales evocados vinculados a las estructuras sensoriales. Del mismo modo, compone otro

---

[117] Chiapa K., (1997) "*Evoked potentials in Clinical Medicine*", 3° edición, California, Lippincott-Raven.

tipo de respuestas denominadas *potenciales evocados cognitivos* solamente frente al reconocimiento y procesamiento de las melodías de preferencia conocidas.

Se genera un potencial cognitivo llamado *onda P300*[118]. Hay ciertas características de este potencial que varían con la complejidad del trabajo mental solicitado.

Este potencial cognitivo P300 (*estudios con f-rnm; Linden, 1999)*, tiene varios orígenes anatómicos; áreas parietales, ínsula, región temporoparietal y frontal, lo que indica que la generación de la respuesta cognitiva depende de la participación de diferentes estructuras.

Una tarea cognitiva requiere fundamentalmente procesamiento auditivo. Pero otra tarea que sume otro tipo de información sensorial con otra forma de respuesta implicará otra configuración cognitiva diferente basada en una diferente asociación anátomo-funcional.

Hay otros potenciales cognitivos, como el de incluir un sonido inesperado en un conjunto de sonidos acordes al trabajo efectuado en el día. Esto genera al principio extrañeza, a veces asociaciones dentro de lo conocido. Lo significativo de la experiencia es que luego de un tiempo de estímulo, aprende a señalar lo diferente. A estos potenciales cognitivos se los llama *"potenciales de novedad".*[119]

Existen por lo tanto hallazgos neurofisiológicos de la actividad cognitiva expresados por ondas que muestran la concordancia y la discordancia entre *lo esperado y lo recibido.*

Esto sugiere un procesamiento de la información proveniente del mundo externo sobre la base de modelos de percepciones estarían en nuestro cerebro.

Un estudio efectuado en casos de Alzheimer y Parkinson, por Investigadores de la estadounidense "Clínica Mayo" mostró que, *doce genes y un desencadenante desconocido, elaboró el primer mapa de la variabilidad genética asociada al Parkinson. Su investigación revela cambios en doce genes, que confieren a quien los posee más susceptibilidad para padecer la enfermedad, y supone la primera asociación a gran escala del genoma humano con una dolencia compleja. Las conclusiones de los investigadores apuntan a un origen más complejo del Parkinson,*

---

118 Op. Cit, Chiapa, K., (1997) "*Evoked potentials in Clinical Medicine*", 3° edición. Lippincott- Raven.

119 Véase: Parte 2, capítulo 5 y Anexo 4.1 Programa VEF MovSound

ya que han "identificado 12 genes que confieren a quien los tiene una predisposición a enfermar. Pero el efecto de cada uno de ellos, no es suficiente y hacen falta interacciones entre genes o, más probablemente, entre varios genes y factores ambientales para que la enfermedad se desencadene". Según esta teoría, no basta con tener los genes, y es necesario además un factor externo que la dispare. La disposición al estrés, el aislamiento y la soledad, marcan también características que favorecen la aparición de la enfermedad. Es decir la disposición genética no es determinante, también influyen aspectos psicológicos, sociales y noéticos.[120]

Con referencia al discurso, hay también potenciales cognitivos especiales que se generan cuando aparece una palabra no esperada en la oración, (*onda cognitiva N400)*[121]

En el tratamiento del programa de estímulos, *Fluvercomp* diseñado en base a actividades de comprensión del lunfardo y palabras en actual desuso de los años 50' y 70'. Al escuchar la frase: "Verdolaga era una verdura o un billete?", la palabra descontextuada (verdura), genera un potencial cerebral que evidencia lo incoherente en el discurso. Conjuntamente, lo significativo de la experiencia, es el mantenimiento de la atención en un geronte con patología crónica, en temáticas vivenciadas en su época de juventud.

Estos supuestos modelos o representaciones serían no-solo, lo que *percibo* sino también, lo que *quiero o recuerdo haber vivido.*

Hay experiencias que sugieren modelos internos de respuestas, ya sea desde un simple gesto, a comportamientos más complejos.

La realización de una tarea motora implica un control de los movimientos y la corrección instantánea de los errores que se puedan producir, como es el caso de la selección de botones de respuesta a preguntas, opción 1, 2 o 3 para la pregunta de origen[122].

---

120 Domec, E., (2005)"*Alzheimer y Parkinson hay buenas noticias"*, Memorias del Congreso de Río de Janeiro.

121 Op. Cit, Chiapa, K., (1997),"*Evoked potentials in Clinical Medicine*", 3° edición. Lippincott- Raven.

122 El programa de ejercicios para PC, inicial fue efectuado en plantillas de Microsoft Excel, proporcionando la posibilidad de una selección de opciones, según los símbolos ingresados. Véase Programación adjunta a la tesis, CD con ejemplos del Programa VEF.

Se va ajustado permanentemente la ejecución a un modelo cerebral de estimulación, en la medida que se va percibiendo un registro de su propia ejecución.

Aquí también hay señales fisiológicas del cerebro a las *"fallas"* en la ejecución de la respuesta.

Estas actividades neurales vinculadas a la detección de errores en la ejecución se han descrito por f-RNM en el cíngulo y corteza frontal izquierda. (*Khiehl K. y Cols. 2000)*

En esta investigación, los pacientes con alteraciones cognitivas crónicas, tratados mediante el Proyecto Nous, han podido corregir los errores en la ejecución y tiempo de respuesta en un lapso relativamente corto.

Esta investigación fue efectuada, utilizando estímulos producidos por imágenes de breve presentación visual, (microflashes de imágenes presentadas unos pocos milisegundos), que es una técnica usada en la exploración de percepciones inconscientes desde hace décadas.

Basados en las teorías de detección de señales, se demostró que los estímulos empleados eran totalmente inconscientes. Por mi parte, empleé un programa basado en microflashes de imágenes, que culmina con el crecimiento de un árbol. Pacientes con alzheimer avanzado, han logrado diferenciar hasta cuatro imágenes, relatando la última como "un árbol pequeño que se hace grande".[123]

Mediante registro del potencial cognitivo P300, con participación del paciente, en cuanto a la intervención de la atención y el análisis de lo observado. Fundamentalmente, reveló que existía un reconocimiento discriminado del cerebro ante estímulos de diferentes fotos reconocidas en otra época.

---

123 La atención a un estímulo afecta la actividad de células nerviosas individuales del córtex parietal posterior. El papel que juega en la capacidad de atención, se ha estudiado a nivel celular. Estos estudios de las células que responden a movimientos guiados visualmente revelan que son idénticos, dependiendo de la atención del sujeto. El disparo de las células a la región posterior no sólo aumenta en respuesta a un objeto de interés, sino que disminuye atenuando la respuesta si no logra captar la atención.

Dichos estudios sugieren que cuando un sujeto atiende visualmente a un objeto, las células del córtex parietal posterior que responden al objeto comienzan a disparar enérgicamente. Esta representación puede ser modificada por la experiencia. El espacio personal llega a relacionarse con el espacio visual, sea real, imaginario o recordado. Jessell, Thomas, "*Neurociencia y conducta*",(2000: 370-371) , Madrid, Prentice Hall.

Estas investigaciones aportan *evidencia neurofisiológica* del registro de información, en respuesta a estímulos no conscientes para el sujeto, basados en el recuerdo y/o experiencia de vida antes de la enfermedad.

Es razonable presumir que si este procesamiento de la información ocurre no solamente con las imágenes, sino también con otras informaciones sensoriales, este sujeto podría registrarlos, dando origen a una *actividad mental.*[124]

Ahora bien, reflexionando sobre estas experiencias, surgen algunos supuestos:

- ✓ El lenguaje, desde la percepción de los sonidos, su decodificación, la traducción a un código fonético, la búsqueda dentro de un diccionario y hasta el apareamiento e indagación dentro del sistema semántico, son procesos que habitualmente ocurren de manera no consciente.
- ✓ Se han encontrado que los componentes fonéticos y visuoespaciales del lenguaje, son almacenados con una cierta selectividad en diferentes estructuras de ambos hemisferios.
- ✓ Esto indicaría entonces, que la memoria tendría un anclaje distribuido en el cerebro, por lo cual una zona dañada puede a través de otra efectuar el almacenaje de información.

En varios casos de afasia de comprensión, realicé experiencias de recuerdo inmediato, en estos pacientes. Si bien, existen "áreas abolidas", ante estímulos fuertemente ligados a experiencias placenteras como tomar mate, efectúan la selección de elementos necesarios para su preparación.

Basada en esta y otras experiencias neurológicas, se podría plantear la posibilidad, que denominaré: ***"el ejemplo del mate".***

Frente a un objeto que se presenta visualmente, tal como *un mate*, yerba, o un paisaje campestre, la mente automáticamente asocia una carga semántica y almacena al menos 3 registros más que la memoria visual del objeto:

- un *nombre*
- un *sonido* de ése nombre
- una *imagen gráfica* del nombre
- un *aroma* y un *sabor*

---

124 Kandel, Eric, (2000:343), *"Neurociencia y conducta"* , Madrid, Prentice Hall

Se percibe una imagen y simultáneamente se le asocia una a través del programa imágenes móviles de figura + palabra + sonido musical o del ambiente.

De estas (al menos) cuatro inscripciones mnésicas relacionadas, en una evocación podrían recobrar algunas de estas inscripciones.

En la realidad, un recuerdo podría ser las diferentes inscripciones, pero no necesariamente de la imagen del objeto externo, sino de lo que genera ese recuerdo de una experiencia placentera.

Esto nos indica, desde determinados hallazgos de las neurociencias, una creación psíquica del mundo. Esta, es representada por un sistema biológico y sostenida por una vivencia interior, única y diferente en cada individuo; una dimensión noética.

Básicamente, nuestro cerebro trabaja con muchos registros, unos provenientes del exterior y otros generados por asociación con otros estímulos.

Para finalizar, estos aspectos tratados proponen desde la psicopedagogía y las neurociencias, la idea de cómo desde la relación cerebro-mente- aprendizaje es posible dar un salto a la estimulación, en déficits hasta ahora irreversibles.

La viabilidad de puentes multi-neuro-estimulatorios, ya sea a partir de las percepciones íntimamente relacionadas a la memoria, habilita una inscripción de la palabra. Esta particular forma de adaptarse al nuevo aprendizaje, entrelazan acciones, recuerdos, historia personal del paciente. Ahora bien, cuando por una alteración severa, no se encontrara registro biográfico, el terapeuta genera estrategias de búsqueda de gustos, en una suerte de resolución de incógnitas, donde participa fundamentalmente el vínculo. Aquí, ante la recuperación de las funciones cerebrales superiores, es donde somos partícipes de la implicancia terapéutica en el devenir de su exploración.

Neurociencia y Conducta

Propongo ahora, examinar en términos de biología celular, los interrogantes clásicos, filosóficos, psicológicos y cognitivos de la neurociencia.

Comenzaré por plantear, que el objetivo de la neurociencia es, *"el estudio de las representaciones internas de los fenómenos mentales"*[125].

Diferentes modos de interacción con el mundo, ante un objeto agradable, una cara que se toca o una melodía escuchada, suceden por una serie de procesamientos en paralelo de diferentes sistemas sensoriales.

Los receptores de cada sistema analizan y descomponen la información del estimulo. Luego cada sistema sensorial abstrae esta información y la representa en vías y regiones específicas del encéfalo. Logra la proeza gracias a sus componentes básicos, que son las células nerviosas. Las conexiones entre células pueden ser alteradas por actividad y por aprendizaje. [126]

Los fundadores de la psicología cognitiva, Frederick Bartlett, Edwin Tolman, George Miller, Noam Chomsky, Ulric Neisser, Herbert Simon y otros, intentaron convencer a la comunidad científica de los sesenta, acerca de las limitaciones del conductismo. Señalaron, con posterioridad que *la percepción modela la conducta y que la percepción en sí misma es un proceso constructivo, que no sólo depende de la información intrínseca del estímulo sino también de la estructura mental de quien la percibe.* Así, en la tarea terapéutica con procesos de deterioro cognitivo, partimos del diagnóstico de las percepciones del paciente. Para luego, evaluar la intervención del estímulo, las modificaciones de la conducta del paciente representados en procesos cerebrales superiores.

Desde aquí, la neurociencia cognitiva y sus avances técnicos en el estudio celular, llevaron al descubrimiento de que *los procesos cognitivos complejos, tales como la atención y toma de desiciones; correlacionan con el patrón de disparo de células individuales en regiones específicas del encéfalo.*

---

125 Jessell, Thomas y otros, (2000:345), "*Neurociencia y conducta*" , Madrid, Prentice Hall.

126 Op. Cit, (Jessell: 346)

Teniendo en cuenta que la base neural de la cognición, empieza por operaciones locales en el encéfalo. Esta situación observada y estudiada en lesiones corticales, manifestaron una serie de déficits cognitivos específicos[127]. Fundamentalmente, indica que en cualquier sistema cognitivo, existen muchos módulos de procesamiento de información independiente. El sistema visual, por ejemplo, tiene vías especializadas para procesar información sobre color, forma y movimientos.

Relacionando el sistema visual, sus vías de procesamiento de información y una experiencia relacionada con la emoción en pacientes con lesiones en el córtex cerebral. Produce, una serie de señales que parten hacia las estructuras periféricas iniciando una respuesta cognitiva. Esta *teoría sobre la emoción, explicaría la relación entre* la respuesta *ante un estímulo significativo,* aun en déficits *cognitivos* y su correspondencia con la *fisiología*[128].

A principios de siglo el filósofo americano, William James y el psicólogo danés Kart Lange, propusieron una hipótesis. *"La experiencia consciente a la que llamamos emoción ocurre después de que el córtex recibe señales de cambios en nuestro estado fisiológico"*[129]. Así, James escribió: *"Nos sentimos tristes porque lloramos, furiosos porque golpeamos, asustados porque temblamos; no es que lloremos, golpeemos o temblemos porque estemos furiosos, tristes o asustados".* Según esta teoría, las emociones se preceden de ciertos cambios fisiológicos. De este modo, ver o escuchar algo placentero y relacionado con la experiencia personal, emite una respuesta cognitiva a la información. Dicha respuesta, procede de la periferia y son experimentadas de una manera análoga al modo en que percibimos los pensamientos. Esta teoría, se completa con otras que marcan no sólo este aspecto de la conducta emocional, sino el hecho de poder seguir activado y prolongarlo en el tiempo, incluso después del correlato fisiológico ausente.

Es decir, la vivencia placentera, recuerdo, perdura en el tiempo y es el factor desde el que una serie de funciones cerebrales superiores. Estas funciones,

---

127 Op. Cit. (Jessell: 348)

128 (Jessell: 636)

129 (Jessell:637)

se tornan más plásticas y duraderas con el empleo de un estímulo significativo, aún en patologías de deterioro. Una importante contribución, la efectuó *Stanley Schachter (1960), quien destacó que el córtex realmente contribuye a la emoción que llega desde la periferia.*

Investigaciones posteriores, de Walter B. Cannon y Phillip Bard sobre la emoción en relación a las estructuras subcorticales, mantienen *que las mismas intervienen en mediar en las emociones. Las estructuras subcorticales, el hipotálamo y el tálamo, tienen una doble función: aportan órdenes motoras coordinadas que regulan los signos periféricos de la emoción, y asimismo aportan al córtex la información que se requiere para la percepción cognitiva de las emociones.*[130]

Ahora bien, los estímulos emocionales activan vías sensoriales y desencadena que el hipotálamo module la frecuencia cardiaca, la presión sanguínea y la respiración. Entonces, la entrada de información fisiológica al hipotálamo *actúa sobre el tronco cerebral y el sistema nervioso autónomo. A su vez, esta información se proyecta al córtex cerebral desde los órganos periféricos dando lugar a la percepción consciente de la emoción. Jamez Papez (1937) propuso que el sustrato cortical de las emociones es un anillo de corteza filogenéticamente primitiva que rodea al tronco cerebral, una región llamada por Paul Brocca el lóbulo límbico. Las estructuras del sistema límbico, tales como el hipocampo, cuerpos mamilares y núcleos anteriores del tálamo parecen estar más estrechamente relacionados con la faceta cognitiva de almacenamiento de la memoria.*[131]

Básicamente, la viabilidad del Proyecto Nous radica en la estimulación cognitiva. La activación de áreas cerebrales, como ya fue expuesto en párrafos anteriores, es posible entre otros por el soporte neurobiológico. Asimismo, áreas intervinientes no solamente en la cognición, sino también en íntima relación con la emoción, son accionadas por las diversas acciones del Programa de ejercicios. Hasta aquí, un sustrato biológico, habilitado por un recuerdo placentero, ligado a

130 Op. Cit. (Jessell:637)

131 Op. Cit. (Jessell:647)

un vínculo terapéutico y una actividad compartida estimulante, brinda logros en pacientes con deterioro significativo.

Otro aspecto fundamental es la importancia de la motivación en acciones tendientes a la estimulación cognitiva. Este estado, que explica la variabilidad de respuestas comportamentales, tales como: tener sed, frío y apetito, proporcionan una necesidad interna que debe saciarse. Comparable con necesidades cognitivas de satisfacción personal, como la transmisión a otros, de una experiencia o idea aprendida.

Los aspectos cognitivos de la conducta (lo que la persona sabe), sus sensaciones, percepciones, imaginación, sentimientos y acciones, reflejan lo que la persona necesita o desea. Todos estos aspectos netamente biológicos, poseen una íntima relación con otras dimensiones no tan concretas, ni específicamente ubicables en el organismo. Por otro lado, es sabido que *la neurociencia cognitiva moderna, todavía no ha llegado a explicar directamente, la consciencia subjetiva de individualidad, la voluntad y la intención, habituales en la experiencia humana*[132]. Es decir, por qué una persona reacciona ante un estímulo y otra en la misma condición, edad y sexo, no lo hace. O dicho de otra manera, cómo explicamos, que el recuerdo de una vivencia placentera pasada sea potencialmente más eficaz en cuanto a estimulación, que una serie de acciones sin sentido y significado.

Existen múltiples causas para que la memoria esté afectada, al ser un sistema funcional complejo, donde intervienen distintas estructuras corticales y subcorticales. Hoy en día los conocimientos sobre los procesos de envejecimiento y memoria han sido ampliamente estudiados a través de sus procesos, lo que ha permitido buscar estrategias y métodos para mejorarla.

En la actualidad, existen diversos programas de intervención en memoria desde la salud, como los de: la "Clínica de evaluación de la Memoria" (Bethesda, USA), el "Instituto Nacional de Prevención del Envejecimiento Cerebral" (M. Le Poncín, Francia), la experiencia de L. Israel en el "Hospital Universitario de Gerontología" en Suiza, entre otros. Todos coinciden que la memoria es

132 Op. Cit. (Jessell:674)

entrenable, al igual que cualquier otro órgano en desuso. Es posible estimularla indirectamente, a través del fortalecimiento de todas las demás funciones cognitivas que operan como un sistema complejo interactivo. Pero además, es posible compensarla a través de diversos métodos.

Básicamente, dichas funciones aparecen en forma global relacionadas a la memoria y sus funciones son de almacenamiento, clasificación y recuperación de la información. *La memoria global, es entendida como soportes perceptivos diversificados, en correspondencia con la diversidad de situaciones de la vida cotidiana. Las funciones cognitivas consideradas en un todo funcional,* permiten valorar *cada ejercicio en tres niveles de acción:*

a. Neurobiológico, utilización y desarrollo de la actividad celular.
b. Psicotécnico, utilización y desarrollo de estrategias de memorización
c. Psicoterapéutico, confianza en sí mismo, motivación, comunicación con los otros.[133]

Uno de los procedimientos más empleados es el Método Loci,[134] el cual consiste, en visualizar una ruta de localizaciones muy familiares para el individuo. De esta manera, debe ir asociando y depositando los elementos a memorizar; el lugar, actúa como estímulo inductor que evocará al objeto asociado a él.
En el Programa VEF de ejercicios, en cambio está referido al acceso a nuevas competencias y comportamientos, desde lo conocido y que apunten a brindar estrategias de autovalimiento y mejorar la calidad de vida.
Propongo la asociación basada en la reminiscencia, ir estableciendo conexiones sobre la base de recuerdos o gustos del paciente con deterioro.

---

133 Rotrou, Jocelyne, "*Memoria en buena forma*", (2002), Brasil, Loyola. Material del Curso de Psicogerontología, Universidad Maimónides.

134 Krell, Horacio, (2003), "*Cómo conseguir una memoria extraordinaria*", Revista Noticias - Año XXI Nº 1358, Perfil. El método LOCI, sostienen los científicos ingleses, es hoy aplicable a tareas cotidianas como recordar una lista de regalos, registrar el vencimiento de facturas u organizar las ideas de un discurso. "La longevidad y el éxito del método pueden deberse a que los humanos son proclives a usar un contexto espacial como uno de los medios más efectivos de aprender y evocar información". La moraleja es que cualquiera puede formarse en su arte si persevera lo suficiente. "Creo que se necesita mucho tiempo de entrenamiento", dijo a NOTICIAS uno de los autores del estudio, Narinder Kapur, de la Universidad de Southampton.

La atención al paciente con demencia, requiere un abordaje multidimensional. Los síntomas afectivos y conductuales que deterioran el rendimiento del individuo o bien para dar respuesta al entorno. Muchas veces, es condicionado por el mismo otorgando una respuesta, a veces sobre protectora y otras poco estimulante, que impiden al doliente desarrollar su potencial.

La diversidad de procedimientos de estimulación empleados desde la presente investigación, requiere de diferentes registros. Así, las expresiones reminiscentes, durante el taller de música y/o arte-terapia, constituyen un ofrecimiento de resiliencia, viable para la estimulación individual posterior. Su viabilidad, consiste a su vez, en la capacidad para crear la reserva neuronal suficiente, a modo de "reserva cognitiva". Así, afrontar el deterioro mental asociado a la patología orgánica y estimular el remante sano, intriga a los especialistas en neurociencias.

Capítulo 3

Más allá de una simple visión" Testimonios de destinos

En el campo de la intencionalidad

"El por qué de la desconexión de la realidad"

El título el campo de la intencionalidad, reúne una serie de consideraciones que surgen de la práctica de campo con gerontes institucionalizados. Es en esta vivencia, que parte de la observación y comentarios de pacientes residentes en sectores de enfermos crónicos, quienes manifiestan a través de acciones y diálogos posteriores, una existencia sin sentido. El "para qué de la existencia" otorga sentido, a quien comúnmente en estos pabellones, vemos en estado de nostalgia, tristeza, aislamiento y soledad. Califico así a esta añoranza, como ese estado de desconsuelo, de un pesar por el pasado perdido.

Es esta añoranza la que los invade y no permite proyectar, ni cómo salir de este pesar que lastima, favoreciendo la desolación y el vacío. Entonces, esta angustia de abandono se hace presente, cerrando un capítulo de la vida, donde se recurre a la suspensión del recuerdo.

Este impacto produce en estos pacientes soledad, que produce una interrupción del contacto con otros. Es una "ausencia en presencia", la que poseen la mayoría de los pacientes, con los cuales compartí un tiempo enriquecedor de trabajo. El pesar por el pasado perdido no accede a la elaboración de un motivo, de un "para qué? de la existencia"[135]

Hoy, en el encuentro con gerontes, el recuerdo de sus vidas, su sentimiento de incapacidad y soledad hace pensar en esa "añoranza del sueño que pereció" y es aquí donde disfrutar de la alegría de la reminiscencia hace dable la terapéutica desde un lugar donde son "sentidos".

Muchas veces, las miradas van más allá del ahora y del hoy como un presente tangible, nos ponemos en presencia del vacío, la nada. Este lugar, donde la introspección se hace presente en un volverse hacia sí mismo, quizá a un refugio que evita pensar y recordar. Parecería estar diciéndonos, para quién o para qué encontrarse con otros?

Es en este momento, en que la terapéutica debe proporcionar confianza y acompañamiento, intencionando la tarea diaria se aleja el olvido de sí, para poder

135 Claudio García Pintos, (1999), Módulo: " *Vinteco"Vínculos Tercera Edad*" Córdoba"

encontrar nuevamente el sentido a la vida en una nuestra mirada y escucha que los retoma a la realidad y al hoy.

Este es el caso, de Magdalena una paciente de 96 años, como tantos otros residente de un hogar de ancianos, cuyos días transcurrían sin diálogo con nadie, tanto residentes, como profesionales del lugar. Magdalena tenía una tarea diaria, la de realizar barquitos de papel con muchísima habilidad. Aunque no se conocían los motivos de su negativa ante la expresión de diálogos. La labor terapéutica, comenzó por ver más allá de esos barcos de papel que hacía con tanto esmero y perseverancia. Para los allegados al lugar era una vieja senil, demente y no podía hablar con nadie.

Un día se le proporcionaron fotos de barcos diferentes, peces de colores diversos y paisajes. Favoreciendo así que la paciente recobrara el contacto con la realidad, efectuando un primer encuentro de miradas y así nos contó la razón de este pesar... relató su historia. Quien le había enseñado a hacer los barcos de papel fue su padre y su hijo la llevaba a su casa, venía del interior a llevarla en barco, hecho que disfrutaba mucho. Pero a este hijo ya no veía, "desde quien sabe cuándo" y a partir de allí su contacto con el entorno no volvió a retraerse.

La estrategia de reminiscencia[136] viene a proporcionar la alegría por revivir lo vivido con sentido[137] donde la tristeza de vivir entre recuerdos puede convertirse en hastío y enfermedad. Es en esta esperanza de aproximación terapéutica, que saber mirar puede recuperar al otro. Aquí radica la finalidad de la estimulación terapéutica desde la logoterapia, siendo en primer lugar imprescindible conocer al paciente, su historia, su vida, su pasado y presente, quien posibilitará reaparecer desde su ser en un proyecto a cumplir...

Este es sólo uno, de los casos donde la técnica de reminiscencia, permitió recobrar el ayer y proyectar el mañana, el recuerdo de una experiencia de vida pasada, favoreció el encuentro con el sentido. A partir de este caso y otros, es dable decir que la técnica es un medio para acceder el objetivo que nos proponemos. La intención

136 Concepto que se retoma en la Parte 2, cap. 4.3

137 García Pintos, C.:(1998:1:43:157:), *"La humanidad posible"*, Bs.As., Edit. Almagesto

paradojal o derreflexión[138], o la escucha terapéutica, constituyen una intervención en el hacer cotidiano con la premisa fundamental del "encuentro", único favorecedor de la tarea. Según Frankl: "*mi patria es el lugar donde me entienden*" yo agregaría, un geronte comprendido y acompañado, vivenciará y encontrará su patria desde un lugar de sentido.

Este quehacer que consiste en el optimista trabajo de hacerse hombre y ser persona, para afrontar las cuatro crisis del hombre[139]:

- *la de identidad, desde la cual nos preguntamos quién soy, de dónde vengo y hacia dónde voy.*

- *la de intimidad, donde me interrogo sobre "el otro" y la forma de relacionarme con él.*

- *la de participación que me habla de mi integración en la sociedad y sobre mi función en ella.*

- *y por último en la de trascendencia, que procura encontrar una respuesta a mi perdurabilidad más allá de la muerte.*

Básicamente, es necesario aprender a dialogar con otros, como terapeuta favorecer la búsqueda del sentido creador. Cuanto mejor comprende el hombre el carácter de misión que tiene su vida, tanto mayor sentido tendrá ésta para él. Así, la plenitud de una misión ha cumplir, la perspectiva de acompañar y compartir el dolor para mitigarlo favorece que la vida pueda estar llena de sentido.

Otro paciente, nos brinda un claro ejemplo de lo que entiendo por sentido creador. Está relacionado un geronte que cursaba afasia de expresión, el cual hacía cuadros de ACV por depresión, ante la imposibilidad de ser y hacer lo que le gustaba. Su fuerza interior, favorecía rápidas recuperaciones, aunque esa ave fénix se consumía día a día. En su juventud había sido pintor y guardaba en la habitación pinturas para mostrar a quien quisiera seguirlo. En reuniones transdisciplinarias ante sus crisis finales, al sugerir

138 Op. Cit., García Pintos, C. "*La humanidad posible* "

139 Acevedo, G. (1997:23-26.). "*Una presentación desde el corazón*". NOUS: Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial.

trabajar con la técnica de reminiscencia, para producir un efecto salutogénico[140] debido a que el deterioro de funciones era cada vez mayor. Recuerdo que la opinión de un sector, fue de temor ante la posibilidad de favorecer el estado depresivo que cada tanto surgía.
Comencé con el programa VEF y desde el primer encuentro las temáticas reminiscentes produjeron cambios de actitud, observando miradas más tranquila, el registro de nuestra presencia en el ambiente y la emisión de algunos monosílabos.
Es entonces, que este paciente que también optó por desconectarse de la realidad, huir del entorno, halló una razón valedera para seguir viviendo, mediante el recuerdo de sus propias experiencias placenteras.

Es entonces oportuno recordar un breve artículo que escribe el Dr. Acevedo en la revista de logoterapia uruguaya, y que comienza así:

"La Logoterapia nos pone de manifiesto que la prórroga de la longevidad que hoy proporciona la biología no puede satisfacer este deseo de más allá que surge inevitablemente en el corazón humano. Con su vida, Viktor Frankl confirma las palabras pronunciadas por Juan Pablo II: "...la vejez es la coronación de los escalones de la vida. En ella se cosechan frutos: los frutos de lo aprendido y lo experimentado, los frutos de lo experimentado y concedido, los frutos de lo sufrido y soportado. Como en la parte final de una gran sinfonía se recogen los grandes temas de la vida en un poderoso acorde y esta armonía confiere sabiduría, bondad, paciencia, comprensión, AMOR"...

Reflexionando ante estas situaciones, si la salud se basa en cierto grado de tensión, entre lo que se ha logrado y lo que todavía no se consiguió. El vacío

---

140 Antonovsky, A. (1991). "*The structural sources of salutogenic strengths*". Rev. Electrónica de Psicología Vol. 2, No. 1, Enero 1998. "Aproximación complementaria al enfoque de la patología y cuyo objetivo es la búsqueda de las causas de la salud. La hipótesis central de este modelo es que entre más alto es el "sentido de coherencia", más adecuada será su capacidad para afrontar los estresores psicosociales existentes. Antonovsky, define el sentido de coherencia dentro de este modelo como "la percepción emocional-cognitiva de parte del individuo hacia estímulos que recibe, sean más o menos controlados por el sujeto"; bajo esta definición, un fuerte sentido de coherencia permite evitar estresores o considerar como un desafío u oportunidad a los estímulos ineludibles".

existencial o la desconexión del entorno, se producirían por una desviación entre lo que se es, lo que se debería ser y lo que se le permite ser.

Es indudable que el vacío existencial tiene múltiples orígenes que van desde *el quiebre de la cultura hasta las afecciones orgánicas*[141]. En efecto, con el quiebre de la cultura la vida pierde el sentido que le da el todo organizado. Una vida que en automático se deteriora y cesa la posibilidad de repasar cada paso, mirar atrás y poder reproducirlo a los demás. Carece de sentido. Todo deviene inseguridad y futilidad. Vivir, existir, permanecer, aceptar... y la soledad... pero es esa soledad en compañía, la peor de las soledades en compañía...

Según observaciones de campo en hogares de ancianos, lo es. Porque no se elige, no es compartida produciendo una potente sensación de desarraigo. Esta anulación de sí mismo, es agravada por la supresión cognitiva, ante pérdidas de lugares propios, objetos conocidos y personas conocidas. Incluso de el sí mismo, sus recuerdos, sus afectos, de identidad.

Podríamos pensar además que las promesas incumplidas, hace posible utopías de dispersión y huidas, sus vidas sin sentido quedan como barcos a la deriva.

Desde la perspectiva orgánica, un cuerpo normal no debiera de acceder jamás al hastío. Un delicioso adormecimiento debiera ser el dulce preámbulo del desvanecimiento o del fin. Cuando el hastío y la vaciedad de existencia aparecen, no es por falta de nutrientes, porque tal carencia, no produce este fenómeno. La vaciedad más, bien deviene por falta de estímulos detonantes de segregaciones de neurotransmisores en los lugares y tiempos precisos. Visto con una mirada organicista. Pero sin otorgar un valor absoluto, ni dejando de lado las demás dimensiones del hombre, muy por el contrario armonizando cada una de ellas y concibiendo una entidad compleja y de conjunto. En un juego sutil de intercambios bio-químicos y espirituales muy frágiles y dependientes unos de otros como un estado energético y anímico, que en estado óptimo logra la sanidad total de la persona.

El Vacío Existencial es la ausencia de motivos que nos hacen vivir, es no saber por qué hacemos lo que hacemos. Muchas veces caemos en esto por falta de conciencia o por evitar tener conciencia del presente, como es el caso de ancianos del pabellón de crónicos, carentes de entidad, de un entorno elegido.

---

[141] Frankl V.E. (1997), *"El hombre en busca de sentido"*, Barcelona, Edit Herder.

La forma como podemos advertir de un geronte que está transcurriendo por una etapa de vacío existencial, empieza por observar sus movimientos, diálogos o privación de ellos y su relación con el entorno.

El prototipo de una relación desinteresada con una persona, basada en el afecto, crea una forma de unión distinta, porque constituye un verdadero encuentro. Una relación terapéutica que se establece a partir de la armonía que comienza por **Aprender a comprender, aprender a acompañar...**

Y en la práctica, "**Aceptar el desafío que constituye encontrarle el sentido a la vida**" ***es*** **pensar que "Todos merecemos una mejor calidad de vida..."**

La imagen del cuerpo en la vejez

Nuestros ojos observan el paso del tiempo,
en un peregrinar constante y variable.
Transformaciones estructurales del esquema corporal
Van dando paso a una nueva imagen que dista de la juvenil.
Mientras suponemos nuevos aprendizajes, esa imagen personal
se mantiene intacta y vive en el recuerdo, como muchas experiencias
y vivencias perduran expectantes
a la espera de quien quiera escuchar.
Dides Iliana Hernández Silvera

En el transcurso de este texto se harán referencia a conceptos de imagen del cuerpo y esquema corporal, a fin de reflexionar acerca de la administración del Test Proyectivo H.T.P.[142] (administrado de forma separada e integrada en distintos momentos) y las modificaciones observadas resultantes luego de un periodo de estimulación y el consecuente retest.

La imagen del cuerpo entonces, es para el adulto una mediación entre el exterior y su mundo interno, percepciones que tenga, recuerdos de integración, percepción de sí mismo actuales. Es una mediación que muchas veces es olvidada en tercera edad y que es cuestión o motivo de apatía y dejadez. La estructura visible o esquema corporal, no siempre es la imagen más o menos mantenida en su mundo interno.

Para Doltó[143] *la imagen del cuerpo no es la imagen dibujada o representada en el modelo, sino que ha de ser revelada en el diálogo analítico con niños y adolescentes.* Para mí en cambio, en la etapa de la vejez, según lo evidenciado en el trabajo terapéutico con patologías cognitivas donde el diálogo está muchas veces obturado, damos cuenta de la proyección a través de materiales de lo que siente, vivencia y percibe este geronte a través de sus gráficos, modelos hechos en plastilina o la selección del material diverso, lo que los atrae al contexto actual.

Investigaciones que surgen en niños desde la maravillosa representación de la palabra. Dotan en gerontes institucionalizados con deterioro cognitivo, de una

142 Hammer, Emanuel, (1995), "*Test Proyectivos Gráficos*", México, Edit. Paidós

143 Doltó F.:(1984), "*La imagen inconsciente del cuerpo*", México, Edit Paidós.

imposibilidad. Cuando éste se sumerge en su mundo interno es justamente la palabra la que retrae.

Es su posibilidad de contacto con otros, su modalidad de encuentro y cómo es en el desempeño desde la terapéutica la que propiciará la estrategia a seguir.

En otros momentos, acciones tendientes a la rememoración en procesos destinados a la promoción de la salud, permitirá desde la comunicación dialógica una apertura diferente.

En el curso de las patologías orgánicas, en determinado momento se obtura esta comunicación, paso anterior al mutismo y el declive total de las funciones. Es fácil espectar como un desaparecen en torrente. Es aquí, donde muchos profesionales se paralizan y no hacen nada más.

Es la herramienta, cuerpo, o mejor dicho el mediador organizado entre sujeto y el mundo la que impide o propicia e*l contacto con otros. Desde una inhibición del esquema corporal*[144], y debido a una pérdida de funciones como la memoria, fallas de atención o desorientación tempo-espacial, el viejo percibe que algo anda mal, pero no sabe cómo remediar. Llega así a "acostumbrase" a estas fallas, favoreciendo una desvalorización y desvinculación profunda, desconectándose aun más de su cuerpo. Es aquí donde se produce el primer paso a la severidad de su "bloqueo".

El trabajo terapéutico incluyendo el cuerpo, desestructurado, olvidado y muchas veces rechazado a través de la estimulación, es lo que permite reaparecer esta imagen primaria (anterior al deterioro).

La inhabilitación de un esquema corporal cuyo cambio estructural faculta una imagen del cuerpo "saludable y vital", es un recurso que algunos pacientes toman como medio de negación de la realidad.

En general en la mayoría de los casos cuanto mayor es el deterioro, aparece mejor representado el esquema. Encontrando una figura, acorde a la imagen interna existente en el paciente. Por ejemplo, en un paciente con parálisis de ambas piernas y hemiparecia derecha representa, un árbol de pie, pero idéntica a la persona. Una casa inestable hecha por palillos donde coloca uno sobre el otro,

---

[144] Op.Cit., Doltó F.

elementos con un orden aparente de pared y techo, y a la persona acostada con piernas y brazos rígidos personificados por palillos.[145]

En otra administración, aparece un cuerpo de pie con un brazo más largo denotando la presencia de la hemiparecia izquierda a raíz de un A.C.V.[146]

En la toma del H.T.P. integrado, en cambio forma una figura cuyos brazos, piernas y cuerpo convergen en la casa y el árbol. Ya en la foto 3, se observa, efectos de inestabilidad que si bien se perciben desde la primer representación de persona, muestra su imposibilidad motriz. [147]

En este último test, hace más evidente la representación interna de esta paciente, "*los dibujos expresan imperativos psicodinámicos correspondientes al concepto que el individuo tiene de sí mismo y a su percepción del ambiente*"[148].

Otros pacientes en cambio, van perdiendo la imagen del cuerpo a la par de sus funciones cognitivas,[149] una paciente por ejemplo con Alzheimer, presenta tanto en el H.T.P. separado como el integrado, una formación fusionada en bolitas con un palillo en el centro, una percepción de sí misma, confusa y aglutinada donde la forma carece de definición, no solo es esta la percepción de sí misma, sino que además es la evidencia orgánica de la enfermedad[150].

En el segundo caso, pudo construir una representación del cuerpo en el H.T.P. separado, debido a lo concreta de una actividad específica donde solo una consigna y una representación solicitada.

El esquema corporal es una realidad de hecho, un contacto con el mundo y representa a su vez una posibilidad de proyecto de vida, una necesidad que también en los casos mencionados tienen diferentes razones. En el segundo caso,

---

145 Foto H.T.P., figura en Anexo 1

146 Efectúa en su esquema con plastilina de la persona, una representación organizada con el brazo izquierdo más largo a demás de una rigidez notoria. Foto H.T.P., Anexo 1

147 Foto H.T.P. Integrado, en Anexo 1.2

148 Hammer, Emanuel, (1995:119-149), "*Test Proyectivos gráficos*", México, Paidós.

149 Foto del H.T.P., Anexo 1.3

150 Alzheimer: El curso de la enfermedad en recientes estudios de Braak y Braak (1997) sobre 2369 cerebros revelan que el proceso destructivo _acumulativo de PS y NFT se inicia en la juventud y su avance tiene lugar con el envejecimiento con un largo periodo lanthanico y presintomático.

sus deseos aun persistentes de salir de su habitación por sus propios medios, son los que unifican la imagen.

En el cuarto caso, el olvido familiar y su sin salida de un lugar al cual como una vez comentó "sabe, a veces salgo de mi habitación y me pierdo, no sé para dónde ir. Me pasa eso"... Signo de la patología en curso, pero también de desintegración de sus funciones razón por la cual debe aglutinarse, retraerse ante no saber a donde ir, ni quién es.

Cada uno de los tratamientos y evolución conllevó diferentes estrategias y resultados, así como cada persona es irrepetible, para su estimulación cognitiva las estrategias también serán diferentes. Uno de los fundamentos de por qué el programa V.E.F. parte de contenidos reminiscentes.

Esta facultad de todo ser humano, aun enfermo de demostrar la evolución de su terapéutica a partir de un simple símbolo o representación, interviene en el concepto de sentido. Como es el caso de una paciente con demencia severa, la cual para efectuar figura humana elige una serie de lápices pequeños y una formación mayor hecha en plastilina, manifestando desde esta producción la percepción de compañía. Es de destacar aquí, que antes del proceso la característica de conducta era la agresividad y soledad. Su percepción del medio se había modificado produciendo un cambio importante, en la relación con el entorno.

En verdad que gracias a nuestra imagen del cuerpo portada por y entrelazada con nuestro esquema corporal, podemos entrar en comunicación con el otro, pero mientras un mínimo de abstracción todavía permanezca íntegro. *Todo contacto con el otro sea de comunicación* o evitación, se asienta en la imagen del cuerpo. Es así que, nuestro esquema corporal mantiene una estructura puente con el otro, hace las veces de lazo de relación y entre ese espacio, se da la comunicación.

Ahora, qué pasa con ese espacio de creación, cuando la postración en una cama de una residencia por parálisis de ambas piernas y hemiparecia superior derecha, hacen las horas diarias interminables e iguales. Por un lado, mecanismos de defensa que favorecen la aptitud de búsqueda, de proyectos. Facilitará a su vez una imagen más o menos unificada que propone un futuro desde la salud. En este momento, en su imagen real todos los casos que muestran un deterioro cognitivo moderado, la imagen del cuerpo aparece tal como su esquema corporal (figuras en

plastilina realizadas por sujetos presentan 1.parálisis de ambas piernas y hemiparecia de miembro superior representa una persona postrada con brazos y piernas tiesas; 2. hemiparecia lateral izquierda, representa una figura humana con el brazo izquierdo más largo y rígido; 3. inmovilidad de miembros inferiores por histeria de conversión, representa una figura adherida a la mesa).

Estas afirmaciones surgen del Proceso de Logo-Diagnóstico Psicopedagógico efectuado durante el 2003 en el pabellón de crónicos del Hogar Permanente de ancianos. Allí, se emplearon diferentes técnicas y solo una, para realizar el retest con estos pacientes, el H.T.P.

Las posibilidades tanto del material como de la técnica, favoreció el trabajo. Los diversos materiales procuran el empleo para las diferentes patologías y contingencias. Además, es de subrayar que el empleo de otros tests proyectivos requiere de un mínimo nivel de abstracción. Esta situación, se observó mediante la administración del Diagnóstico Operatorio para gerontes. Advirtiéndose que, ante el deterioro, debemos valernos de estrategias que puedan evaluar un antes y un después del estímulo. Ya que donde intervienen funciones específicas, fallan las probabilidades de medir logros, como en el caso de la comprensión de las consignas del Test Stroop, PIL y EDG que requieren de abstracción.

Es de destacar que esta adaptación del H.T.P.[151] para gerontes permite establecer el contacto con los materiales propiciándoles seguridad. Fue observado en un alto porcentaje, reediciones de sus vidas y vivencias personales.

La mayoría de mujeres eligieron el material, plastilina favoreciendo la conexión con aspectos conocidos. Fue percibido además, que promovieron un medio de recuerdo de sus tiempos en los que cocinaban y amasaban, muchas ellas con sus madres.

Las hojas y ramas, así como los palitos de madera, beneficiaron el vínculo con la tierra (algunos provienen del interior del país, vivieron en el campo o sembraron). A su vez el empleo del lápiz y el papel para patologías con alteraciones motrices, es un impedimento. Esta situación sumada a la edad avanzada y la relación con actividades escolares, favorecen en algunos casos

151 Hernández Silvera, Dides I. : "*Diagnóstico psicopedagógico en gerontes*", Bs. As., Rev. Tiempo N*12 Virtual Año 2003

verbalizaciones como la de "no ser niños sino viejos", por lo cual se dieron opciones como las antes especificadas.

A través de la observación de los H.T.P administrados a los diversos pacientes del Hogar, se advierte en todos recurrencias a destacar. Tanto los gráficos como las representaciones realizadas con otros materiales reflejan:

- Vacío existencial
- Inseguridad
- Soledad e imposibilidad de comunicarse con el entorno
- E imposibilidad de obtener recursos para hacerlo.

Recurrencias en las representaciones:

- pasillos en casi todos
- casas sin puertas o ventanas[152]
- formas sin contornos definidos, conformando círculos o espacios en blanco
- imposibilidad de armar una casa estable, donde solo palillos cruzados, muestran su imagen del lugar.[153]

Entonces el único recurso factible es la negación que les admite no percibirse en el estado actual de vacío afectivo, representado en casas con espacios vacíos. La proyección fue un medio de observar el entorno donde las recurrencias remitían a no sentir, evadirse y no ver la huella que el paso del tiempo y la enfermedad, que se muestra como un espejo temible y adverso.

Un futuro sin futuro insinuado durante el diagnóstico, no encuentra el para qué o para quiénes. La evidencia positiva surge a través de la modificación de las conductas, diálogos, predisposición e incluso la espera, resultante de la compañía terapéutica.

- Paradójicamente, en todos los Tests H.T.P. hay indicadores de organicidad, así como de salud, a saber:

152 Anexo 1.4 Foto, de Casas con material diverso.

153 Sivori Inés(comunicación en clase): "La casa, despierta las vivencias con la vida de flia, remite a vivencias de la vida fliar", UCA 1999.

1. persona aparece acostada (indicador de organicidad) sobre la mesa portátil, el árbol de pie representado en forma idéntica a la persona (indicador de salud);[154]

2. persona de pie (indicador de salud), con un brazo más largo (indicador de organicidad);

3. H.T.P. integrado, la persona aparece incrustada por las piernas dentro de la casa con un árbol [155] apoyado en el brazo izquierdo (indicadores de organicidad), pero sin embargo la persona se encuentra de pie, erguida en primer lugar (indicador de salud)

4. presenta una aglomeración de formas como indicador de organicidad [156], sin embargo el palillo sostiene y levanta, y es el árbol el más completo en sus partes a modo de indicador de salud.

Es decir a través de todos los H.T.P. administrados donde la representación de la imagen del cuerpo está representada con signos de organicidad y a su vez indicadores de salud vemos cómo estos pacientes han logrado unifica su imagen del cuerpo, favoreciendo así una salida, un escape, un mecanismo resiliente y una factibilidad que denota un sentido en su existencia.

Sin embargo, otras técnicas han atendido otros aspectos que influyen en la concepción de una imagen del cuerpo saludable, favoreciendo la promoción de aspectos sanos. La administración del Test Stroop adaptado a gerontes[157], permitió detectar en pacientes con deterioro de sus funciones cognitivas, si era posible el aprendizaje. Este deterioro, existe en grados diferentes en esta población y tanto los ejercicios del Programa V.E.F. para computadoras, como las tarjetas estímulo, requieren que el paciente pueda mínimamente asimilar algo de información.

---

154 Sívori I. : (clases teóricas 1999) Figura humana permite que el sujeto exprese la imagen psicológica y corporal, aspectos ligados al cuerpo, cómo se siente o cómo quisiera ser. Vivencias reales.

155 Apéndice: Protocolo adaptado del Test Stroop

156 Figura en Anexo 1.2

157 García Pintos Claudio: (1992: 50 -52), "*O enterdecer da existencia*" , Brasil, Edit Santuario

El PIL Test[158] permitió buscar recurrencias en otras técnicas y test, así lo detectado en el H.T.P. respecto a los proyectos futuros, aparecen propósitos frustrados y necesidad de dar, impedida por el medio ambiente en pacientes con mayor posibilidad de abstracción. Este test, de Valoración del Sentido de la Vida pudo administrarse a algunos pacientes, no sólo por el gran impacto emocional que despierta, sino también porque sus consignas requieren de comprensión.

Algo similar a lo que ocurrió con el PIL, se observó en el E.D.G[159], la detección de dificultades en la administración debido a la comprensión y gran impacto emocional. En algunos casos, tomaron conciencia de soledad y abandono, lo cual favoreció el trabajo de estimulación posterior, aunque no era el objetivo "tomar conciencia" sino evaluar el grado de depresión de estos pacientes. Ante estos efectos de las técnicas y su imposibilidad de controlar los resultados del empleo de estrategias diagnósticas en todos los pacientes, tuve que cambiar algunas de ellas con fines terapéuticos, como el caso del EDG por el Test Hamilton D o el test de Yesavage[160], para evaluar depresión.

En consecuencia, luego de la interpretación de los datos obtenidos y con una visión de conjunto, se observa en esta población de enfermos crónicos. Cuanto mayor es el deterioro, menos mecanismos de defensa presentan, generando modelos concretos basados en su realidad presente.

- Esta población muestra alteraciones a nivel del cuerpo (esquema corporal e imagen del cuerpo), cognición, afectividad y socialización. Razón por la cual, se trabaja en forma grupal e individual.
- El grupo favorece específicamente el re-conocimiento del cuerpo y la socialización.

---

158 Op.Cit.García Pintos, (1992:118-122)

159 Inés Sívori (comunicado en clase:1999) Árbol remite a niveles más profundos de la personalidad, es menos defensivo que la representación de persona. BsAs, UCA.

160 Consignados en Anexo 4.3: "Otras técnicas empleadas".

- La tarea individualizada, es sede del "*Encuentro*"[161] primera norma Logoterapéutica que incluye la afectividad y estimulación cognitiva.

Así, la evolución sana de este sujeto, mediante una estimulación de sus funciones implicará tener una visión de conjunto, el tratamiento de forma individual y grupal tenderá a esta integración bios-psico-social y autotrascendente. El esquema corporal es evolutivo en el espacio y el tiempo en cambio la imagen del cuerpo es siempre interna construida en una interacción dinámica de una imagen orgánica, funcional y de deseos donde se expresa a través del afecto. ¿Cuántas veces a un niño se le toca la cabeza como muestra de afecto? ¿Cuántas veces se hace lo mismo con un viejo?, Esto hace la diferencia, la integración y la conexión con el entorno.

161 García Pintos, Claudio C., (1996:46), *"O enterecer da existência", Ajuda para o idoso viver feliz",* Brasil, Edit. Santuario.

Respecto del Software para el análisis cualitativo

En este trabajo implementé, estrategias Complementarias de análisis asistido por computadora, específicamente el ATLAS/TI, como una herramienta informática de apoyo al análisis cualitativo de datos. Enmarcado dentro de la tendencia actual en la investigación cualitativa, incorporaré la herramienta informática en el proceso de investigación de la clínica con gerontes, conocido como Análisis Cualitativo de Datos Asistido por Computador (CAQDAS, en su sigla en inglés).

El concepto de CAQDAS denota la incorporación de diversos tipos de tecnologías informáticas para apoyar en la manipulación de los datos, como los discursos de los pacientes. Útil para la recuperación de diálogos archivados, y en la formulación de hipótesis interpretativas del fenómeno estudiado; incluyo esta herramienta, el cual permite la manipulación de fragmentos de texto, la cuantificación de palabras, y la búsqueda de palabras; es más que un procesador de textos.

El software ATLAS/TI es una de las herramientas que no sólo permiten la descripción y clasificación de los datos, sino que también facilitan la formulación de hipótesis y, finalmente, teorías, respecto del fenómeno estudiado. Una variedad de herramientas, permiten al investigador trabajar con fuentes de información tipo texto, gráfico, sonido, y video, facilitando entonces procesos de triangulación en la investigación cualitativa.

Esta aplicación del uso del programa ATLAS/ti permitió el recurso para la construcción de mapas conceptuales denominadas *redes semióticas*, mediante las cuales se muestra el sistema de objetos, vínculos y relaciones puestos en juego en un texto. La metodología desarrollada es aplicable al área clínica gerontológica, para analizar la complejidad de un segmento de construcción discursiva. La elaboración del sistema de códigos y relaciones se basa en el enfoque semiótico de la cognición desarrollado desde el Proyecto Nous. [162]

Usar computadoras en la investigación, muchas veces forma parte de las estrategias analíticas que pueden ser empleadas, en el uso de un software de computadora. El hecho comentado específicamente sobre el software Atlas/ti, refleja una tecnología de la información que forma parte en la investigación. La computación puede ser una original forma de análisis hermenéutico de datos, cuyo empleo cualitativo es importante para identificar técnicas analíticas relevantes.

Organizar esta parte de la tesis, desde un análisis del discurso y su evolución en el tiempo, refleja el trabajo en un todo, que incluye la terapéutica. El uso de computadoras para crear y almacenar datos, para la dirección cualitativa, en general, dentro del proceso de investigación. El software está siendo usado más comúnmente para la recuperación de codificación de los segmentos de datos, ahora, ésa no es su única aplicación para el análisis de datos cualitativos. El Software es apropiado también para ayudarnos a revisar partes especiales de texto como el registro semántico de nuestros datos, asignar en la construcción de vocabularios taxonomías folklóricas, y formas de relato y de contenido. También las maneras en las que las computadoras pueden ayudar a que nosotros visualicemos y exhibamos las ideas del análisis. Esto lleva a considerar cómo pueden ayudar las aplicaciones de computadora a desarrollar ideas teóricas.

---

162 Muhr, T. (1997). *"ATLAS/ti: Short user's manual. Visual qualitative data"* Analysis management model building. Berlin: Scientific Software Development's.

Análisis del discurso en dos casos de Demencia

Encendimos "el pabilo" y la sustancia en función,
se convirtió en luz;
iluminó el entorno del proceso lingüístico del discurso
signicándolo
y convocó al contacto de otro,.*

Dides D. Hernández Silvera

El significado del Lenguaje y del relato, en los usos contemporáneos del software de computadora no sigue perspectivas precisas de análisis, sino una idea general. Sin embargo, hay aplicaciones del software que pueden facilitar la exploración detallada de la lengua y las estructuras de relato fácilmente. Son una de las fuentes de fortaleza del análisis asistido por computadora que facilitó el rápido y exhaustivo estudio de volúmenes grandes de los datos de texto, como lo son las entrevistas o discursos de los pacientes en cada encuentro.

Una serie de estrategias en paralelo, complementan los enfoques analíticos más generales y auténticos. El investigador cualitativo puede emplear este recurso de estrategia asistidas por computadora, ya que ninguno de las programas de computadora efectuarán el análisis de datos automáticos. Depende del uso que le proporcione cada investigador y de la definición de ideas generales que desea rescatar en su investigación. Así, los modos de representación más apropiados para un trabajo de campo específico, dependerán de la creación de códigos comunes de interpretación.[163]

El *análisis del discurso* provee de un encuentro con la palabra, de forma diferente a la actual, en pacientes con demencia en curso severo.

Un análisis desde una mirada precisa de la secuencia de datos, incorporó una línea que hasta el momento no ha sido desarrollada en estos casos.

Por ello, subrayo en este trabajo algunas consideraciones importantes acerca del texto en general, como una forma de "*intercambio social de sentido*[164]" el cual caracterizo como proceso.

---

[163] Coffey, Amanda y otro, (1996:165-186), "*Making sense of qualitative data*", Complementary research strategies, USA, Sage Publications.

Por ello, subrayo en este trabajo algunas consideraciones importantes acerca del texto en general, como una forma de "*intercambio social de sentido*[164]" el cual caracterizo como proceso.

Halliday considera el discurso, en su significación más universal como "*un hecho sociológico y un encuentro semiótico a través del cual los significados (meanings) que constituyen ese sistema social se intercambian*"[165].

Es el miembro individual del sistema social, un meaner "alguien que significa"; acontecimiento por el cual los actos de significar la realidad social permiten que ésta sea "creada, mantenida en buen orden y continuamente modelada (shaped) y modificada". En esta línea podemos decir que es la forma lingüística una interacción social.

Es Bajtin quien a su vez señalaba: *"Se puede decir que toda comunicación verbal se desarrolla bajo la forma de un intercambio de enunciados, explicado bajo la forma de diálogo".*

En líneas generales acerco la propuesta de Vandijk (1980) donde considera el contexto como una "*abstracción altamente idealizada de la situación comunicativa*" que *"contiene solo aquellos hechos determinantes que sistemáticamente favorecen la adecuación de las expresiones convencionales*"[166]. Él mismo, añade luego otras definiciones que hacen a la interacción entre los participantes en el habla y sus estructuras internas (conocimientos, creencias, propósitos, intenciones), cuyos actos y estructuras, se constituyen en una caracterización espacio-temporal del contexto, etc. Desde aquí el contexto no es un dato previo y exterior al discurso. Los participantes, a través de su interacción discursiva, definen o redefinen la situación, su propia relación, el marco en que se interpretan y adquieren sentido las expresiones, etc.

Otro aspecto a considerar es la importancia de un sujeto productor y una relación dialógica locutor-interlocutor (autor-lector, mensaje-código-receptor, etc.)

---

164 García Pintos C. y Lukas E.:(1994:47), "De la vida Fugaz", Bs.As, Edit. Almagesto

165 Vandijk, Teun, (1998:36) "Estructuras y funciones del discurso",México, Edic. Siglo XXl

166 Op. Cit. Vandijk, Teun,, (1998:136)

Lingüísticamente, la noción de sujeto es necesaria para dar cuenta de la transformación de la lengua en discurso. Sin embargo, en términos discursivos, desde el punto de vista de la práctica de los sujetos hablantes, ni la lengua es un sistema unitario ni el sujeto hablante es una entidad dada a priori de su práctica discursiva.

Teniendo en cuenta estas nociones, faltaría pensar ahora en la importancia de destacar los esquemas cognitivos como resultado de generalizaciones motivadas por el intercambio verbal y los esquemas interaccionales, que se tornarían significativos solamente en el proceso discursivo, es decir que para que esa relación entre experiencia externa (mundo ontológico, social y cultural) y los procesos psicológicos (sujeto) se vuelvan significativos y posteriormente se conviertan en esquemas conceptuales, es necesaria la mediación del discurso. Hecho que en pacientes crónicos aparece obturado, motivo por el cual es tan necesario favorecer desde el "encuentro logoterapeútico", e incluir el trabajo grupal en tareas de estimulación cognitiva.

Partiendo del concepto de un discurso como lugar de construcción de su sujeto. Es a través del discurso que este sujeto construirá su mundo como objeto y a sí mismo.

Observando pacientes con la patología crónica se advierte una de-construcción del discurso y a diferencia de los datos recogidos luego de un tiempo de trabajo con un estímulo persistente y específico[167] donde es posible favorecer la re-construcción[168] a partir de áreas cognitivas que han quedado indemnes.

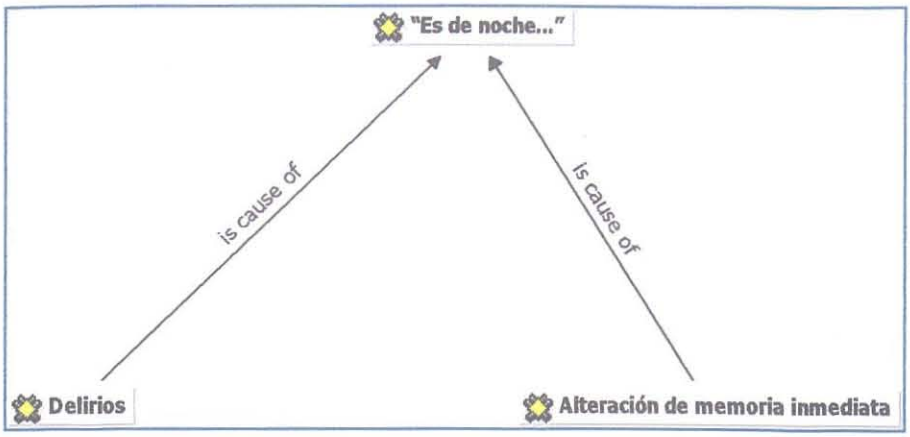
El presente trabajo, toma el discurso de dos pacientes con demencia y la interacción resultante de la terapéutica empleada, así como la dificultad que se abre al carecer de datos biográficos para plantear una actividad, con un sujeto del que sólo podemos conocer por un discurso fragmentado e inicialmente incoherente[169].

---

[167] Anexo 3, Familia semántica marca la evolución del estímulo.

[168] Anexo 3. Registros de entrevistas a dos gerontes con demencia analizados mediante el Soft Atlas/ti.

Perseveración discursiva inicial en la paciente "J"



Otro aspecto a tratar refiere a la intencionalidad primera o literal que, como toda intencionalidad significante supone el triunfo del signo convencional sobre el natural: serán una mancha, una desviación o peso; palabras que no se asemejan a la cosa significada. No obstante, sobre esta primera intencionalidad se construye una segunda intencionalidad que, a través de la mancha material, la desviación en el espacio, la experiencia de la carga apunta hacia cierta situación del hombre. Esa situación a la cual se tiende mediante el sentido de primer grado, es justamente el ser manchado, pecador, culpable, que surge en determinadas temáticas presentadas, por experiencia personal vivencial del paciente o posiblemente por el gran peso cultural que influye en todos nosotros.

De manera que el sentido literal y manifiesto apunta más allá de sí mismo hacia algo que es como una mancha, como una desviación, como una carga. De modo que, por contraste con los signos técnicos, perfectamente transparentes y que no dicen más que aquello que quieren decir al plantear el significado, los signos simbólicos son opacos porque el sentido primero, literal, patente, apunta analógicamente hacia un segundo sentido que no está dado fuera de él. Es en este punto que surgen formulaciones de sentido donde se han podido reformular una serie de aspectos a partir de la posibilidad de "escucha", en lingüística es el discurso más allá de receptor pasivo[170].

[170] Véase: Anexo 3. Estímulos y relación con las modificaciones observadas en el H.T.P.

reformular una serie de aspectos a partir de la posibilidad de "escucha", en lingüística es el discurso más allá de receptor pasivo[170].

Una temática más, fue posible desarrollar en los discursos a registrados a continuación, se refiere a la simbólica del pecado organizado en torno a imágenes inversas a las de la impureza. En lugar del contacto exterior, ahora es la separación (con respecto al objetivo, al camino recto, al límite que no debe franquearse, etc.) la que sirve como esquema directriz.

Por una parte, aquellos mitos que remiten el origen del mal a una catástrofe, a un conflicto originario anterior al hombre; por la otra, aquellos que remiten el origen del mal al hombre.

El mundo de los mitos se encuentra polarizado entre dos tendencias: aquella que remite el mal más allá de lo humano y la que lo concentra en una opción mala a partir de la cual comienza el dolor de ser hombre[171].

Un concepto interesante es planteado desde la semántica estructural a través de un cuerpo de conceptos elaborados por el psicoanálisis y corresponde a esfuerzos sucesivos de aprehensión de realidades psíquicas, que con ayuda de medios lingüísticos diferentes es de fácil reconocimiento. Tal es así que la estructura de personalidad articula varios estratos superpuestos (súper-yo, el yo y el ello) que se encuentran en relación hipotáctica respecto a la estructura global.

El interés por el trabajo siguiente abarca también los procesos de comunicación, con lo cual adhiriendo a Saussure *"la lengua es un sistema de signos que expresan ideas. Una actividad mental de los individuos dentro de la sociedad"*[172] o la influencia que esta sociedad dejó en el caso del discurso del paciente que retomo para el análisis y posterior estimulación cognitiva. Pensemos entonces qué ocurre cuando esta posibilidad de comunicar se pierde o no continúa en el tiempo por residir en un lugar nuevo, sin referentes conocidos y vivenciando como agresivo el entorno.

---

[170] Véase: Anexo 3, Estímulos y relación con las modificaciones observadas en el H.T.P.

171 Registro de Entrevistas con códigos del ATLAS/Ti que indican la evolución del discurso al final del capítulo, sus hojas no aparecen numeradas por el uso del mismo programa.

172 Eco, Umberto, (1932:31),"*Tratado de Semiótica General*", Madrid, Edit Lumen.

La paciente "A" que cursa Alzheimer, necesitó inicialmente de mucho apoyo y estímulo para la realización de la tarea, y se desempeñó en la misma con un ritmo lento. Se advirtieron también dificultades para comprender las consignas y limitaciones en su capacidad de anticipación y planeación.

En la realización de la técnica Proyectiva H.T.P. se observaron dificultades para nombrar las diferentes partes representadas, denotando cierta rigidez en el pensamiento y pobreza de imagen mental.

También pudo observarse una inadecuada percepción de su propio esquema corporal, marcando alteraciones importantes de sus funciones cognitivas, expresando en "No sé, no puedo", denotando falta de confianza en sí misma, en sus recursos, ubicándose en el lugar del "no saber".

La ausencia de ramas en el árbol y de brazos y elementos faciales en la persona, nos hablaría de inhibición, retraimiento y dificultades en la comunicación con los demás.

Se encontrarían también características de perseveración en la realización del árbol y la persona, siendo estas casi idénticas tanto en el tamaño como en la forma.

La edad adjudicada al árbol y a las personas (niños), se ubica en un momento de la vida muy distante del actual, esto podría deberse a una maniobra defensiva, a un intento de escape hacia el pasado, para no querer ver lo que está pasando en el presente, ya que este le resultaría conflictivo, doloroso, difícil de atravesar[173].

En el primer momento las pacientes "J" y "A", carecían de discurso con carecer de sentido y vinculan una secuencia interactiva, denotando alteraciones en la memoria inmediata y retrógrada. Paulatinamente y mediante la estimulación terapéutica, la lógica discursiva aparece unida a la coherencia e ilación de ideas.

De este breve análisis es posible llegar a la conclusión de que hay secuencias de los actos del habla que respetan condiciones generales de secuencias de acción y de interacción. Así también funciones globales de un discurso o una conversación; además de la propiedad interna de la coherencia global y la externa de definir la unidad del discurso.

[173] Anexo 3: Evolución del H.T.P. luego de la estimulación específica.

Sería entonces, conveniente pensar en los distintos procesos empleados en la comprensión, es decir dar cuenta de la dimensión cognoscitiva del discurso.

La importancia de las unidades informacionales suministradas a las pacientes, sostienen la organización de la información en la memoria y el estímulo de la función de la compresión. Así, se favorece el procesamiento desplegado posteriormente en su discurso[174].

La siguiente fase del discurso, "el almacenamiento" de la información semántica es construida en la memoria a corto plazo. Dicha memoria alterada al inicio del programa, marcó la alteración representativa en el desempeño de figuras. El principio básico sería, el proceso de almacenamiento de la información; una estructura que se le asigna al discurso durante la comprensión en la memoria a corto plazo[175].

El presente trabajo toma el discurso de este sujeto y la interacción que surge a partir de la terapéutica empleada, así como la dificultad que se abre al carecer de datos biográficos para plantear una actividad, con un sujeto del que sólo podemos conocer por un discurso fragmentado e inicialmente incoherente.

Otro aspecto a tratar refiere a la intencionalidad primera o literal que, como toda intencionalidad significante supone el triunfo del signo convencional sobre el natural: serán una mancha, una desviación o peso; palabras que no se asemejan a la cosa significada. No obstante, sobre esta primera intencionalidad se construye una segunda intencionalidad que, a través de la mancha material, la desviación en el espacio, la experiencia de la carga apunta hacia cierta situación del hombre. Esa situación a la cual se tiende mediante el sentido de primer grado, es justamente el ser manchado, pecador, culpable, que surge en determinadas temáticas presentadas, por experiencia personal vivencial del paciente o posiblemente por el gran peso cultural que influye en todos nosotros.

De manera que el sentido literal y manifiesto apunta más allá de sí mismo hacia algo que es como una mancha, como una desviación, como una carga. De modo que, por contraste con los signos técnicos, perfectamente transparentes y que no dicen más que aquello que quieren decir al plantear el significado, los signos simbólicos son opacos porque el sentido primero, literal,

[174] Anexo 3, Evolución de la representación en la paciente "J".

[175] Anexo 3, Estimulación en PC y tarjetas estímulo.

patente, apunta analógicamente hacia un segundo sentido que no está dado fuera de él. Es en este punto que surgen formulaciones de sentido donde se han podido reformular una serie de aspectos a partir de la posibilidad de "escucha", en lingüística sería más allá de receptor pasivo.

Una temática más que fue posible desarrollar en los discursos a desplegar a continuación, se refiere a la simbólica del pecado organizado en torno a imágenes inversas a las de la impureza. En lugar del contacto exterior, ahora es la separación (con respecto al objetivo, al camino recto, al límite que no debe franquearse, etc.) y sirve como esquema directriz.

Los mitos que remiten el origen del mal, a una catástrofe, un conflicto originario anterior al hombre y otros remiten el origen del mal, al hombre.

El mundo de los mitos se encuentra polarizado entre dos tendencias: aquella que remite el mal más allá de lo humano y la que lo concentra en una opción mala a partir de la cual comienza el dolor de ser hombre [176].

Un concepto interesante es planteado desde la semántica estructural a través de un cuerpo de conceptos elaborados por el psicoanálisis y corresponde a esfuerzos sucesivos de aprehensión de realidades psíquicas, que con ayuda de medios lingüísticos diferentes es de fácil reconocimiento. Tal es así que la estructura de personalidad articula varios estratos superpuestos (súper-yo, el yo y el ello) que se encuentran en relación hipotáctica respecto a la estructura global[177].

El interés por el trabajo siguiente abarca también los procesos de comunicación, con lo cual adhiriendo a Saussure *"la lengua es un sistema de signos que expresan ideas. Una actividad mental de los individuos dentro de la sociedad*" o la influencia que esta sociedad dejó en el caso del discurso del paciente que retomo para el análisis y posterior estimulación cognitiva. Pensemos entonces qué ocurre cuando esta posibilidad de comunicar se pierde o no continúa en el tiempo por residir en un lugar nuevo, sin referentes conocidos y vivenciando como agresivo el entorno.

---

[176] Paul Ricoeur , (1984),*"Introducción a la simbólica del mal"*, México, Fondo de la Cultura.

177 Greimas J. (1976), *"Reflexiones acerca de los actantes"*, Madrid, Edic.Gredos

Si bien es posible advertir un pensamiento ligado a lo concreto, al efecto o a lo que se produce. "J" establece relaciones con intervención de sus percepciones, se aparta del hecho para inferir qué ocurre.

El golpe o ruptura de la copa podría relacionarse desde la Semiótica general, con un estudio de la comunicación táctil,[178] que llega a considerar comportamientos sociales (saludo) como es el beso, el golpe en el hombro o (muestra de enojo en una cultura popular) un golpe en la mesa o arrojar un objeto exteriorizando un sentimiento.

Desde el análisis semántico de Paul Ricoeur, el enojo y la búsqueda de la razón tendrían relación con el descubrimiento del mal, una relación rota en un nivel ético, observando un movimiento de ruptura y de re-captación en el pasaje de los símbolos del pecado al símbolo de culpabilidad, en la búsqueda de la justificación "Por qué se habrá enojado"

En el fondo "*La simbólica del mal nunca es pura y simplemente una simbólica de la subjetividad*", del sujeto humano separado, de la toma de conciencia, del hombre escindido del ser, sino símbolo de la sutura del hombre al ser. De manera que hay que acceder al punto donde el mal es la aventura del ser y forma parte de la historia del ser. Con lo cual "J" viviría desde su ser el abandono y el enojo desde este estudio de la semántica no como formación de un delirio propio de un estado anterior de la paciente.

El modelo de la Semántica Estructural[179]*, posibilita analizar este diálogo referido al enojo del cantante el cual actúa operando desde la censura, un quiebre de un estado del quietud. Un Yo que actúa de regulador "Por qué se enojó "ante un Ello que marca el displacer "Se enojó ".*

Actuando a modo de rol play "Cómo me gustaba este" cuando entiende el por qué del sobresalto dando la impresión de vivenciar la escena.

Algo similar ocurriría en el fragmento "Se van, se van rápido" un Súper-yo que debe aceptar el alejamiento-pérdida y un Ello que sufre por un placer perdido, la posibilidad del "encuentro".

---

[178] Eco, Umberto,(1932), *"Tratado de Semiótica general"*, Barcelona, Edit. Lumen

179 Greimas, A.J, (1976),"*Semántica estructural, investigación metodológica* ,,, Madrid, Edit. Gredos.

En el diálogo del 01/12 también es posible pensarlo desde los sintagmas poéticos donde una serie de repeticiones "Se enojó, si se enojó, tiró algo, golpeó la mesa. Por qué?" marcaría el quiebre. Este impacto, corte o quiebre desde la linguística es realizado provocando un mayor énfasis en su discurso, pero puede tener muchas significaciones para "J" e incluso desde este análisis estaría demostrando la búsqueda de comprensión_del suceso una de las áreas más deterioradas antes del estímulo.

Otro análisis posible de establecer se constituye a través de los códigos en el discurso especificados por Greimas, en las Isotopías de cambios (enojo-pérdida de quietud, "se van, rápido"), pero a su vez una Isotopía sensorial (golpe) donde no solo marca la factibilidad de trabajo con "J" al provocar efectos sobre sus percepciones a modo de un canal abierto que accedería a una suerte de rehabilitación desde un estímulo externo " movilizando lugares propios" [180].

Un estudio realizado por Van Dijk sobre que *"los usos y funciones reales del discurso dependen de los procesos cognoscitivos de comprensión, almacenamiento y recuperación"*[181]. Algunas de mis observaciones, pretenden mostrar que dichos procesos en 3era Edad se ven favorecidos comenzando desde la recuperación. Procesos que en "J" y "A", fueron evaluados con serias alteraciones a raíz del deterioro progresivo en curso.

Luego de la transcripción de algunos diálogos con las pacientes y las tareas realizadas durante el año, arribo a la siguiente conclusión:

Las diversas estructuras para la construcción del discurso son influidas por el estado cognoscitivo. Estas juegan un papel importante en los procesos de salud-enfermedad. Sin embargo, ya que las consecuencias del estado cognoscitivo se manifiestan en la interacción a través de la comunicación discursiva actualizada por medio de este sistema. Así la remisión de algunas funciones, indica la recuperación de habilidades discursivas.

Llevado al terreno de los significados que refieren a temáticas tan profundas como el alma o la esencia del Ser. Una situación comunicativa

---

180 Op. Cit, Greimas, A.J.,(1976),*"Semántica estructural, investigación metodológica"* Isotopía, Madrid, Edit. Gredos.

181 Vandijk, Teun, (1998), *"Estructuras y funciones del discurso"*, México, Edic. Siglo XXI

discursiva actualizada por medio de este sistema. Así la remisión de algunas funciones, indica la recuperación de habilidades discursivas.

Llevado al terreno de los significados que refieren a temáticas tan profundas como el alma o la esencia del Ser. Una situación comunicativa trascendente, podría evaluarse desde la logoterapia de Viktor Frankl como un "nous que no puede expresarse". Cuando no hay palabra, ni posibilidad de dar y el intercambio cesa, "el hombre trascendente no en contra significado para su vida". Es en este proyecto, más rico de sentido y del cual pueda sentirse participante. (E. Beker).

Para finalizar, una estrategia de promoción de la salud en pacientes con demencia avanzada, es el registro de su discurso. En el seguimiento con fines terapéuticos, intervendrá en el intercambio paciente-terapeuta, como recurso factible para el posterior análisis. Desde este lugar, la interrelación con el otro, su simbolismo y capacidad representativa, serán un activo y complejo proceso de análisis de las estructuras cognoscitivas. Estas, despliegan a través del discurso, un registro tanto consciente como inconsciente, marcando el deterioro y cierta restitución posterior, mediante el estímulo correspondiente a lo largo del tiempo.

El actual trabajo de análisis, descripción e interpretación del discurso desde la hermenéutica literaria, proporciona elementos de evaluación del programa de ejercicios.

Es así que, a partir del trabajo de análisis, descripción e interpretación y el recurso de un software, posibilitó la reflexión acerca del proceso de discursividad como una dimensión donde la escucha habilita una forma diferente de decepcionar al paciente, a partir de construcciones de sentido.

El valor a las expresiones en términos de actos y voces enunciativas y más allá, de la discursividad ligada a la noción de coherencia; marcó la evolución de dos pacientes, aportando una prueba más a las ya existentes y reafirmando así la hipótesis inicial del proyecto de tesis.[182]

Siendo el discurso una unidad lingüística, un acto del habla, es interesante analizar su emisión.

Los discursos en forma de comunicación, existen como secuencias de interacción comunicativa.

---

[182] Anexo 3, Red semántica

Parte 2

Hallazgos Somatopsíquicos

Capítulo 4

"Los métodos y las técnicas como estrategias para"

El Retardo de la declinación cognitiva en patologías crónicas

La necesidad institucional de mejorar la calidad de vida de una población de ancianos con deterioro cognitivo severo, habilitó el proyecto psicopedagógico de estimulación. Con la finalidad de retardar este proceso de deterioro, durante el año 2002 implementé el Programa V.E.F., el cual contempla la organizaron de una serie de actividades en torno a la reminiscencia como función psicológica normal. Es de subrayar, que la identidad aun desde funciones cerebrales superiores deterioradas, dicho bagaje de vida, beneficia el aumento de la autoestima y cierta recuperación de sucesos conservados

Todo lo que se realizó en pabellones de crónicos, siempre fue con criterio de estimulación del remanente sano y desde la promoción, no el asistencialismo. Desde este concepto, partieron los objetivos detallados a continuación:

- Multiestimular funciones cognitivas
- Propiciar medios de comunicación de las emociones bajo una forma aceptable
- Estimular la comprensión de la comunicación a través de las vías sensoriales.
- Promover la interacción social entre los miembros del grupo a través del contacto: visual, táctil y/o verbal
- Favorecer el movimiento y reconocimiento del propio cuerpo (esquema corporal) a través del ritmo
- Incrementar la utilización del lenguaje
- Propiciar una experiencia de éxito y diversión en una tarea regularizada y secuenciada.

Considerando el *envejecimiento patológico un proceso que se debe a la claudicación funcional más que al paso de los años*[183], detectándose a través de los diagnósticos, *un desgaste en todos los aparatos o sistemas; produciéndose en las funciones cognitivas un desconocimiento del entorno*[184]. La angustia inicial, delata para el enfermo un signo de vejez, que poco a poco va distanciándose de aquello conocido, para perder también la posibilidad de percibir.

Por ende el siguiente proyecto de trabajo permitió observar:

- un proceso de dementización donde desaparecían más o menos masivamente las representaciones de palabra
- existía embotamiento de la abstracción y de la reflexión
- la población estimulada carecía de contacto con otros residentes incluso de la misma sala
- la característica predominante era de desgano
- agresividad manifiesta en pacientes con alto grado de deterioro

Surgen así las siguientes hipótesis y cuestionamientos:

a. Sería posible algún cambio en este pabellón de crónicos?

b. La música, el movimiento corporal, la interacción con otros, la atención individualizada y pensada para cada caso en particular podría hacer que se establezca un nexo con el entorno y captar así su atención incorporándolas nuevamente "a la realidad "como para poder estimular el remanente sano?

c. El trabajo interdisciplinario respetando los campos propios del hacer psicólogo-psicopedagogo sería posible?

183 Mendez, Marta L.,(1992)," *Envejecimiento y Vejez*". Cap. "Factores de riesgo en el envejecimiento y en la vejez "Bs. As,, Revista de Psicogerontología .

184 Buiza, A, Etxeberria, I, Yanguas, J (2005). "*Deterioro cognitivo grave*", Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 27.

A partir de todos estos aspectos considerados, puedo referir esta experiencia de trabajo compartido. El logró en el pabellón de crónicos del hogar permanente de ancianos, su estimulación de áreas afectadas y la experiencia desarrollada.

Funciones intervinientes desde la atención, focalizada por la conciencia sobre una actividad relevante del espacio. La percepción auditiva, a través de la música, el ritmo y los movimientos. A su vez, las percepciones táctil y gustativa fueron un punto de inicio de cada actividad, donde las práxias por medio de actividades coordinadas en función de un resultado y las gnosias con la identificación y percepción objetos, tuvieron un papel relevante favoreciendo el interjuego multiestimulativo.

Comenzamos la tarea psicopedagógica con una etapa diagnóstica a través de la técnica H.T.P., administrada por separado. Esta forma adaptada[185] del test de Hammer, brindó una posibilidad más rica al facultar la percepción de detalles. Su ubicación en la hoja, la aparición de defensas y el despliegue de potencialidades, ya para muchos inexistentes.

En esta experiencia, se incluyeron materiales que facilitaron la conexión con el entorno como hojas y cortezas de árbol, retazos de tela y pañuelos, algodón y materiales estructurados para nuestro tiempo como la plastilina (lo cual conecta con vivencias de juventud al ser un material muy similar a la masa de harina), hojas y lápices.

Dentro de las actividades planificadas para esta multiestimulación, comenzamos trabajando la orientación espacio temporal en forma grupal. En todos los encuentros, un calendario donde marcar el día, mes y año, desde la relación del encuentro. Ya que los días de reunión para el taller y fechas destacadas, mantenían íntima correspondencia con la presencia terapéutica. Así,

185 Test HTP: Adaptado pensando como medio para facilitar la administración en gerontes con patologías crónicas, cuya idea de relación con lo escolar y lo infantil favorecía la negación ante la tarea, en cambio de esta manera permitió a su vez, favorecer el encuentro terapéutico.

fechas tales como la primavera, feriados, navidad y año nuevo, se iban incluyendo poco a poco.

La colocación de un reloj (ya que la sala no contaba con uno), favoreció la intención de reforzar la ubicación en el tiempo mediante la intervención terapéutica.

En todos los casos siempre la música inició y cerró la actividad semanal. En torno a ella se continuó, con el reconocimiento del propio cuerpo a través de recursos como globos, pañuelos, telas, etc. El recorrido gráfico de ambas manos a través del lápiz y el papel.

Las diversas texturas permitieron la exploración y estimularon de la memoria táctil. Una serie de pañuelos dieron lugar a la memoria de vivencias pasadas (memoria anterógrada). A su vez, a partir de la estimulación del olfato y el tacto, mediante flores y aromas con esencias, se origina una serie de recuerdos que indicó la viabilidad del proyecto.

En cuanto a la percepción visual, no fue específicamente trabajada, debido a que un alto porcentaje de los residentes poseen alteraciones visuales y disminuciones sensoriales. Por ello, la música si bien no presentaba una percepción fidedigna, permitió la unificación y el encuentro con variadas técnicas. Un ejemplo es el reconocimiento de instrumentos musicales, por el estímulo de la audición, en el ritmo, tono y melodía. En cuanto al tacto, en la exploración del instrumento, se favoreció por el contacto con objetos musicales y el despliegue de la fantasmática.

En general se observó que al lograr conectarlas a través de una canción conocida, una letra de tango o fotos de cantantes, se podía comenzar con la actividad siendo más productiva la actividad. El logro mayor en el sector está referido a la interacción entre residentes, quienes se dirigían canciones entonadas por ellas y danzas, percibiéndose como grupo y ya no personas aisladas.

De esta forma el uso planificado de la música incluyendo otras actividades estimulantes mejoró el funcionamiento en su propio ambiente. Centrándonos no

solamente en el deterioro intelectual, sino incluyendo también el deterioro físico, emocional y social como parte de la estructura y característica de estos pacientes.

Antes de finalizar el proyecto, se administró nuevamente la técnica H.T.P. pero esta vez en forma integrada[186] y con material estructurado. La finalidad, fue ver la posibilidad de integración o no de contenidos internos, percepción de sí mismas y adaptación a consignas. Desde estos objetivos, se detecta petrificación del psiquismo en la confusión de la representación y percepción en la mayoría de los casos. Aumentada en aquellas situaciones donde existía parálisis de alguno de sus miembros, con lo cual los gráficos aparecían pegados, como ellos mismos a sus camas o sillas de ruedas. Perdiendo en otros casos la representación de la cosa, sus gráficos aparecen como símbolos, sin coherencia ni unión, un itinerario del estado actual.

Es de destacar sin embargo que la misma técnica administrada por separado permitió ver la patología dominante, contando con gráficos de pacientes con esquizofrenia, demencia, histeria y afasia. Las características propias de las mismas, ya desarrolladas por autores como Hammer y otros, enriqueciendo los datos diagnósticos los hallazgos en cuanto a imagen corporal presente en este grupo.

Con la posterior evaluación de las técnicas, el proyecto en su conjunto y el trabajo interdisciplinario con las psicólogas del sector, el grupo de pasantes de psicopedagogía y yo a cargo del proyecto, obtuvimos el siguiente resumen:

a. En cuanto a la administración de las técnicas, contribuyeron como material diagnóstico único del psicopedagogo al inicio del proyecto A su vez, incrementa el conocimiento de cada residente y su estado intelectual actual.

b. La regularidad de la tarea favoreció la organización y predisposición de los implicados en el proyecto

186 Test HTP integrado: Forma adaptada del test de Hammer a gerontes. En el segundo momento facilitado por "el encuentro".

c. La administración de los gráficos ubicó a las residentes en relación con la percepción de sí mismas y en la armonía con su esquema e imagen corporal.

d. La necesidad de afecto y atención de esta población, requiere de un contacto individualizado con un grupo de terapeutas y un proyecto conjunto para su éxito

e. La puesta en marcha del proyecto destacó los logros detallados a continuación:

* Reorientación posibilitando la conexión con el entorno

* Creación de vínculos sociales

* Elevó el ánimo

* Transmitió sensación de individualidad a pesar del deterioro

* Favoreció el aprendizaje y adaptación a situaciones nuevas

* Permitió el intercambio con otros, al formarse primero grupos de dos, luego tres y posteriormente cuatro integrantes

* Es de destacar, además que a partir de diversas melodías se posibilitó la reminiscencia.

Esto nos permite reflexionar, que durante este período con ayuda del progreso tecnológico y científico, se ha llegado en este siglo una longevidad insospechada aunque no siempre en un intento de mejorar la calidad de vida del anciano sino de extender su vida. El siguiente proyecto es uno de los medios para mejorarla, especialmente en casos de envejecimiento patológico como los antes nombrados. Por eso, hoy podemos afirmar que *retardar el proceso de deterioro cognitivo y mejorar la calidad de vida,* es posible y van de la mano.

Un paso más...

Durante el 2003 continuamos con un Proceso de Logo-Diagnóstico Psicopedagógico individual. Sin desatender la actividad grupal, que consta de un taller de Músicoterapia, con una duración de 30 minutos.

El proceso individual, se valió de diferentes técnicas y específicamente una para realizar el retest con estos pacientes, el H.T.P. debido a la utilización de diversos materiales facilitando su empleo con diferentes patologías y posibilidades[187]. Un medio de hacer presente el sentir, la necesidad de evadirse y no ver la huella que el paso del tiempo y lo que la enfermedad. Una muestra de la dolencia, que los "Otros" ven como un espejo temible y adverso y los sumerge en el abandono[188].

A primera vista, el H.T.P y el P.I.L se detecta "un futuro sin futuro que no haría falta lucharlo, un para qué o para quiénes", en comentarios del grupo. Posteriormente, el trabajo compartido logra modificar esa actitud encontrando en la intencionalidad como técnica, posibles proyectos. Surge así, la posibilidad de concretar sueños, el "plantar tulipanes" es uno de los casos. En otros, "sembrar flores y tomates", "tejer para otros", "arreglar la habitación para sentirse mejor" y en todos, compartir momentos. Aquí los comentarios fueron: "¿cuándo vuelven?".

La administración del Stroop permitió detectar la posibilidad de aprendizaje. Máxime, cuando el deterioro de las funciones cognitivas existe en grados diferentes en esta población, y tanto los ejercicios del Programa V.E.F. para computadoras como las tarjetas estímulo requieren que el paciente pueda mínimamente, asimilar algo de información.

El PIL contribuyó en comprobar lo detectado en el H.T.P., con referencia los proyectos futuros frustrados y la necesidad de dar. Muchas veces impedida por el medio ambiente.

187 Ver Anexo1.3. Fotos registro de administración de la técnica H.T.P. grupal y festejo de la primavera.

188 Doffman, E.,(1986), *"Estigma. Identidad deteriorada"* , Bs.As, Amorrortu. El autor hace referencia al estigma, esta es la vivencia relacionada con la visión que los Otros dejan entrever.

Este test de Valoración del Sentido de la Vida, pudo administrarse a algunos pacientes, no solamente por el gran impacto emocional que despierta en las partes "B y C "[189], sino también porque las consignas requieren de comprensión.

Me refiero al impacto que produce en estos pacientes, quienes residentes de hogares, alejados o carentes de familia, dolientes, se sienten insatisfechos con su propia vida y sin perspectivas de proyecto futuro.

Por ende, luego de la interpretación de los datos obtenidos y con una visión de conjunto, observo que esta población de gerontes, presentan profundas dificultades a nivel de:

- cuerpo (esquema corporal e imagen del cuerpo)
- cognición
- afectividad
- socialización

Por tal motivo, se continúa trabajando en forma grupal e individual. El grupo favorece específicamente el re-conocimiento del cuerpo y la socialización. Ya la tarea individualizada, "sede del encuentro" primera norma Logoterapéutica, donde incluyo la afectividad y estimulación cognitiva.

Esta técnica del Encuentro, habilita el reconocimiento del otro, como otro y que existe a su vez, un "Otro" semejante que lo reconoce como persona. Este tipo de afectividad terapéutica, que florece de la existencia de un trabajo profesional.

189 Test PHIL: En un primer momento durante la administración se observó un gran impacto emocional aunque a posteriori produjo un efecto contrario y favorable. Especificado en el texto Logoterapia, resiliencia y algo más"

De la investigación a la Acción

Taller de Músicoterapia

Este estudio, pretende dar una mirada diferente acerca de la multiestimulación cognitiva de gerontes Institucionalizados.
Al mismo tiempo, mostrar una visión complementaria a la terapéutica actual.
Para ello, procuro cruzar este "vínculo", con una estimulación innovadora surgida de la base del Método Tomatis[190], el cual adapté y amplié a gerontes que cursan el SME de Deprivación cognitiva.

La mirada estará puesta en gerontes que actualmente cursan patologías *co-mórbidas, con alteraciones sensoriales*[191]. Aquí, donde la enfermedad y el abandono, el olvido del entorno familiar y la sociedad misma, alejan iniciativas saludables y estimuladoras por temor a falsos mitos[192]. Desde este lugar, pretendo mostrar la viabilidad entre una mejor calidad de vida y la vejez patológica.

Comenzando con la disciplina que nos convoca, la Psicopedagogía y la teoría de la logoterapia, podemos hablar de una expresión comportamental destacada en una persona bio-psico-socio-noética, dentro de una interacción institucional particular. Fruto de esta interacción, podrán surgir aprendizajes y estímulos, aptos para cada paciente.

El paliativo farmacológico, para el alivio de todas las dolencias, entre ellas las demencias, constituye un recurso aun no habilitado. Los últimos experimentos presentados en ratones con Alzheimer en España[193], son retomados en el 2005, pero todavía no existen resultados óptimos.

---

190 Ver Anexo: Síntesis del Método Tomatis

191 Para ampliar, consultar: Dra. Andrés Haydée, (1993), *Psiquiatría "Deterioro, depresión y demencia "*, Bs.As., Revista de Geriatría Práctica.

192 Ver: García Pintos C.,(1993),*"El círculo de la vejez. Sobre la psicología normal de la persona que envejece"*. Mitos de la vejez, Bs. As., Edit Almagesto.

Desde este lugar, intento habilitar, medios más operativos y de bajo costos, que tiendan a mejorar el Standard de vida de estos enfermos.

La actual investigación, desde su marco interaccional, vivencial e integral, permite la actualización de los tratamientos conocidos. Involucrando como protagonistas, no solo al geronte y a los profesionales gerontólogos, sino a todo el macro- y micro-sistema donde éste, co-habita.

El propósito de la multiestimulación neurocognitiva, es encontrar una respuesta diferente a la observada. Es sabido, que un ambiente de interacciones complejas predispone a reaccionar de una forma determinada.

Muchos de estos pacientes, tienen intereses diferentes, a las expectativas que el entorno les provee. Por lo tanto, el SME de deprivación sensorial, genera como consecuencia de la alteración neurológica-química-abandónica, una estrecha relación entre el comportamiento y el funcionamiento cerebral del ser humano.

A raíz de la situación observada en crónicos, implementé un taller grupal de Músicoterapia, con el objetivo de promover la reducción de la patología cognitiva. Además de, sostener los modos relacionales vinculados directa o indirectamente con la génesis y/o sintomatología, de los distintos cuadros.
Específicamente, la finalidad consiste en producir una modificación o transformación comportamental, que posibilite la promoción del remanente sano, ante el deterioro cognitivo instalado. Encontrando, en la percepción del sonido y la música una singular recepción y captación atencional, que favoreció el empleo de diferentes señales, habilitando la motivación intrínseca en dichos pacientes.

---

193 *"Alzheimer y Parkinson: Hay buenas noticias"*, (22 de febrero de 2005), La voz edición impresa, Publicación Virtual, España. "La vacuna que se probará de nuevo: Esta inmunización contra la enfermedad de Alzheimer podrá ser probada de nuevo en España en personas en 2006, tras haberse suspendido hace cuatro años por los efectos secundarios, si se demuestra su seguridad en los ensayos clínicos en fase I que se están realizando en la actualidad, y que estarán concluidos a finales de 2005, según el neurólogo Rafael Blesa, director del Servicio de Neurología del Hospital Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. La primera inmunización activa comenzó en 2001, pero tuvo que suspenderse por los efectos secundarios que produjo en un pequeño grupo de pacientes: 18 sufrieron encefalitis, de los cuales tres fallecieron. Tras esa experiencia fallida, los expertos confían en que en esta ocasión no haya efectos secundarios en el desarrollo de anticuerpos, aunque paralelamente se intentarán otras alternativas, como la inmunización pasiva."

Mediante herramientas específicas de la músicoterapia, tales como, *el sonido, la melodía, la voz, los instrumentos musicales*[194]. También, todas las formas rítmicas y sonoras expresadas a través del cuerpo y los objetos, se efectuó un análisis diferente de la tarea.

La músicoterapia como estrategia, desde mi carrera plantea un compromiso. El centro de esta trama interaccional, es constituido a partir de un escenario acústico-relacional, no específico a mí formación. La actividad contempla los atravesamientos surgidos de la propia formación profesional, así como aquellos devenidos del posicionamiento propio de la institución. Reconociendo en el otro extremo, al paciente que aislado, recibe desde el entorno donde habita, un ambiente sin estímulo. Esta situación, contribuye a sumirlo aun más en el déficit, el aislamiento y la depresión.

Consideré como eje importante el uso herramientas específicas, tanto aquellas que permiten efectuar observaciones e interpretaciones, como las que posibilitan la implementación terapéutica.

Estrategias generales

A partir de la dinámica de taller comenzamos con procedimientos de escucha, como técnica principal. Abordando la configuración del espacio-acústico relacional, con sus atravesamientos. Un lugar donde las pérdidas simbólicas, roles, lugares de pertenencia, posicionamientos determinados y vivencias, confluyen en una persona, con una historia de vida.

Teniendo presente que, la experiencia musical atraviesa al geronte, desde aspectos positivos o conflictivos. Se pudo suscitar un encuadre de integración y participación, condiciones que hacen a la vejez saludable[195].

---

194 Gallardo, Rubén, (2002), *"Introducción a la Músicoterapia Clínica"*, Bs. As, Estudio de músicoterapia clínica.

195 García Pintos C.:(1993) *"El círculo de la vejez. Sobre la psicología normal de la persona que envejece"*, Bs. As, Almagesto.

En principio, luego del diagnóstico, efectuado mediante la administración del Protocolo *"Escenario de la Intencionalidad"*. El cual es un ejercicio simple para la Evaluación *de la capacidad de escucha-receptivo-participativa* en Músico-terapia, de autoria propia[196], al no contar desde esta disciplina con técnicas específicas de evaluación. Es de destacar que, al inicio la tarea se detectan: gustos musicales, rol que cumplió en su vida el canto, soltura para la danza, posibilidad de contacto con instrumentos, etc. Potenciando así un sitio donde actualizar el deseo de vivir y compartir, mediante el "rescate" del canto y la comunicación, que lo prepara y lanza hacia un futuro mejor.

Las acciones tendientes a la inducción evocativa, al escuchar melodías de su época, generaron la reminiscencia como técnica fundamental. Estas estrategias, marcaron un entorno de realidades compartidas, donde afloró la identidad personal y grupal.

En síntesis, desde este procedimiento[197], en que la percepción de la forma expresiva revela elementos fenoménicos, objetivos, así como elementos subjetivos propios de lo que perciben y imprimiendo un espejo de su "mundo interno". Tanto en individuos sin déficit, como en esta situación, las características de la producción expresiva de un sujeto tampoco son fortuitas, mantienen una relación análoga con las características de su mundo subjetivo. Por otra parte, representa un medio para la transformación del personal, ya que percibir y hacer también es poder.

Descripción del Enfoque Metodológico.

El Universo está compuesto por gerontes que han sido diagnosticados con patologías de deterioro cognitivo de base diversa, residentes en Hogares Permanentes de la Prov. de Bs. As. Vinculados a un proyecto de músicoterapia y

196 El Protocolo posee una serie de ítems de medición de la capacidad de escucha (1 alterado, 2disminuido, 3 Canal de receptividad ante el estímulo abierto)

197 Comunicado por el Lic. Gallardo Rubén, (agosto de 2004) coordinador del Curso de Postgrado: *"Músicoterapia en Salud mental"*, Bs.As.,Universidad Kennedy, clase dictada.

estimulación cognitiva, desde la carrera de Psicopedagogía que se dicta en la Universidad Católica Argentina.

Metodología de trabajo:

A continuación describiré el Método a fin de clarificar el estado de la experiencia que da origen al Proyecto Nous.

En la presente investigación, empleé a partir de un *diseño descriptivo, el modelo longitudinal de panel*[198], en la administración de test y retest a las mismas personas para analizar la evolución, luego de los estímulos con el Test Mini Mental State, Test del Reloj, La técnica H.T.P. y escalas de Músico terapia y Arte terapia propias.

Tipo de muestreo

a. La Muestra es intencional y pertenecen gerontes residentes, en dos hogares Permanentes del Gob. De la Ciudad de Bs. As. El hogar San Martín y el Hogar Dr. Guillermo Rawson.

Aparatos y sujetos: Los aparatos empleados y la cantidad de sujetos se detallan a continuación.

Queda representado de la siguiente manera:

Grupo	Pre-test	Estímulo Individual		Estímulo Grupal	Post-test
		Tarjetas	PC		
A	100 p	90 p	-	90 p	101 p
B		-	11		101

198Mendez Alvarez, Eduardo,(2003:138), "*Metodología. Diseño y desarrollo del proceso de investigación*", Bogotá, Edit. MacGraw Hill.

En el gráfico aparece representado: Un total de 101 gerontes con deterioro cognitivo, seleccionados intencionalmente con criterios de deterioro cognitivo y puntajes Mini Mental menores a 19 puntos, todos reciben Pre-test y Post-test. Esta muestra se subdivide en dos grupos: Un grupo "A" de 90 gerontes que reciben Estímulos, grupales participando en talleres de Músicoterapia y Arte-terapia, e individualmente con tarjetas.

El grupo "B" de 11 gerontes que reciben estímulos grupales en los talleres antes mencionados, e individualmente con ejercicios en PC.

b. Constitución de los grupos: los 101 Sujetos fueron seleccionados de los pabellones de crónicos y semi-dependientes de dos hogares permanentes del gobierno de la ciudad.

c. **Procedimiento**:

Al inicio de las acciones efectuadas por el Programa de estímulos, la observación del lugar mostró un grupo de 101 sujetos en las siguientes condiciones: un 15% sentados con la mirada perdida y cabizbajos al lado de sus camas, un 35% en sus dormitorios dormidos, un 25% ubicados en sillas alrededor de una mesa común, todos permanecían sin hablar y 20% en enfermería para cuidados intensivos, en las mismas condiciones.

Iniciamos con el taller de Músicoterapia, a fin de irlos conociendo. El contacto con objetos sonoros, escuchar melodías de su época y conectarlos con su propio cuerpo, mediante el reconocimiento y movimiento al ritmo escuchado.

Posteriormente, se logra interactuar y efectuar una primer evaluación mediante el Mini mental y la técnica H.T.P.

Durante un mes se efectuaron tareas diagnósticas y luego la estimulación cognitiva propiamente dicha.

Resultados:

Los resultados obtenidos y las variables mencionadas permiten evaluar las estrategias y acciones llevadas a cabo mediante el Proyecto Nous. La investigación de campo y las muestras favorecieron el empleo de tablas de

porcentajes, correlaciones y promedios, entre los grupos. Fueron así, superadas las expectativas, ya que en casi todos los casos el puntaje del Mini Mental se modifica significativamente, salvo en 5 pacientes con afasia y 0 de puntaje. Aunque es posible decir de este grupo, que su calidad de vida, posibilidad de elección y desarrollo de la pertenencia fueron ampliamente satisfactorias, a partir de las tareas desarrolladas. En los casos estimulados con PC, en un plazo de 3 meses existe una mejora significativa, mayor atención, logro de la concentración, comprensión del lenguaje, pensamiento coherente, etc. En los casos estimulados mediante tarjetas, existen también los resultados antes mencionados, aunque en un plazo mayor, el cual varía entre 5 y 7 meses.

Es decir, que este hombre que se manifiesta condicionado por su facticidad psicofísica, puede avanzar hacia el logro de su propio determinismo. Puede recuperar, aún parcialmente, la posibilidad de hacerse cargo de su situación; mejorando sensiblemente su calidad de vida y relación con el entorno.

Instrumentos y técnicas de análisis

Se utilizaron una serie de Técnicas y Escalas de medición, al inicio diagnóstico psicopedagógico. En reuniones interdisciplinarias se acercan los resultados, a fin de ampliar la mirada. La historia clínica institucional y su estado cognitivo actual diario, es evaluado por cuidadores y enfermeros. Del mismo modo se efectuó un retest de algunas Técnicas y Test,[199] así como el registro de evolución mediante las escalas[200], al finalizar el periodo de 5 meses de estímulo.

El análisis está basado en los objetivos de investigación, relacionando áreas temáticas proporcionadas por los mismos. Asumiendo, que todo proceso de Logodiagnóstico Psicopedagógico, implica un momento de encuentro con un

199 Técnicas de estimulación en PC y tarjetas estímulo y el H.T.P. (casa- árbol-persona) adaptado a gerontes con patologías de deterioro cognitivo, específicas de Músicoterapia y el Mini Mental State.

200 Figura en Anexo 6.2, Protocolo: "*Escenario de la Intencionalidad*" Escala, un Ejercicio simple para la Evaluación de la capacidad de escucha-receptivo-participativa en Músico-terapia.

doliente que no percibe el sentido como conciliador de la expresión más intensa de sí mismo.

La Músicoterapia en la Promoción de Salud.

"Un ejemplo concreto"

El grupo estuvo compuesto por 101 personas (75 mujeres y 26 hombres) de 60 a 95 años de edad, con una escolaridad que osciló entre segundo grado de primaria hasta el nivel secundario.

Las características psicológicas, de algunos de estos pacientes, se basa en la presencia de trastornos severos. La gran mayoría problemas de comunicación y atención, concentración y memoria, abandono, acompañados de sentimientos de soledad, desinterés, abatimiento, agresividad y pocas posibilidades de recreación fue apreciado mediante, entrevistas individuales, Mini Mental State y Escala "*Bio-psico-socio-noética*[201]" para la Evaluación en talleres de 3era. Edad, entre otros.

Desde el punto de vista físico (tal y como se confirmó en la historia clínica individual), existían patologías tales como: demencia, trastorno narcisistas, esquizofrenia, Alzheimer, Parkinson, ACV con secuelas neurológicas y/o físicas, Depresión mayor y leve, algunas co-mórbidas con alcoholismo.

Los Instrumentos: La disposición al aprendizaje y la percepción de sí mismo, junto la relación hacia el entorno. La apertura a un proyecto viable de vida futura, que permita mejorar su calidad, fueron evaluadas mediante diversas técnicas. También, se hizo necesaria una evaluación del contacto con otros, con objetos musicales, sonido, música e instrumentos con la finalidad de recoger los elementos fundamentales de contacto, personalidad y modalidad de aprendizaje.

El Test Escucha Activa,[202] aportó ideas a lo que después se convirtieron en indicadores de logro. Esta adaptación a patologías de deterioro crónico, permitió explorar los gustos musicales. Proceder así, favoreció el tratamiento musical de cada paciente, quienes presentaron gustos diversos.

---

201 Consta en Anexo 6: Protocolos de autoría personal

202 Figura en Anexo 5.2

Características de Personalidad observadas

Pesimistas

Debido a las características, de bajo o nulo deseo de socialización, retraimiento e imposibilidad de visualizar con esperanza el futuro, como rasgos comunes en algunos pacientes. El tratamiento musical, estuvo sustentado, en juegos musicales de participación e interacción de grupo. Al inicio se utilizó la técnica de audición musical (evocación), en sus modalidades de expresión oral. La conexión con el propio cuerpo, fue a su vez elaborado desde el taller.

También se empleó la técnica de improvisación musical, con el objetivo de propiciar la creatividad, fomentar la libertad interior y estimular la independencia, siempre sosteniendo la configuración el espacio.

Agresivos

Las personas agresivas, necesitan una canalización adecuada de sus impulsos y sentimientos reprimidos. Por lo tanto, el tratamiento en estos casos se basó en juegos interactivos de evocación musical, donde pudieran desplegar la reminiscencia. Asimismo, se aplicaron ejercicios de mirada al otro, utilizando como técnica fundamental el "encuentro" terapéutico con un fondo musical de canciones e instrumentos.

La técnica de audición musical, fue empleada a través de la modalidad de expresión plástica. Para ello, se ponían de fondo tangos y melodías solicitadas por ellos, favoreciendo el intercambio y la participación, en un espacio donde era permitido actuar musicalmente o no, según los intereses de cada uno.

---

203 Tabla de contingencia, Anexo 2, Comportamientos Iniciales y finales luego del retest a los 3 meses

204 Op.Cit, Anexo 2

La improvisación musical, por último, propició la descarga de impulsos internos a través del uso de instrumentos de percusión, como tambores, cascabeles, triángulos, toc-toc y panderetas, e incluso instrumentos improvisados por los terapeutas.

Desinteresados, tristes y poco comunicativos

Para aquellos agrupados en estas categorías, se comienza cada sesión con canciones y fotos de cantantes. Por medio de juegos interactivos, de preguntas y respuestas; elección y selección, a través de los canciones y cantantes. Favoreciendo así, la improvisación de uno hacia el otro y reconocimientos a través de la guitarra, de melodías como "La Bamba" de Ricky Avalon, "Yo tengo fe" de Palito Ortega y canciones de Celia Cruz, etc.

Resultados

De la aplicación de la Escala, al inicio y al final del tratamiento, favoreció la comparación de resultados expresados en la Tabla 1,[203] ejemplificados en cada caso por el número de pacientes.

En esta tabla de contingencia, analizada por el Soft SPSS, representa la muestra general de 101 pacientes, de los sectores de crónicos y semi-dependientes de dos hogares permanentes de ancianos, estimulados mediante el taller de músicoterapia.

Aquí, se detectan comportamientos iniciales: Agresividad, Poco comunicativos, Solitarios, Depresivos, Abúlicos y Pesimistas. Es de destacar que en todos los casos ocurrieron modificaciones.

Las modificaciones se presentan en la tabla 2[204], donde el observa el estado inicial de Disminución del espacio acústico en un 46% y Alteraciones del espacio acústico en un 54% de los pacientes participantes al taller. Teniendo presente que el 100 % integra el grupo de

Músicoterapia, incluyendo participantes desde sus habitaciones por falta de movilidad para trasladarlos.

Luego de tres meses de estímulo, se obtienen modificaciones favorables, aun cuando de ese mismo porcentaje, el 13 % pasa de tener Alteración, a una leve disminución del espacio acústico. Es de destacar que, este porcentaje, pertenece a pacientes con un puntaje del Mini Mental de 5 y 10 puntos.

La utilización de los procedimientos desde un abordaje músico-terapéuticos, de configuración del espacio acústico, debido al lugar que se les otorgó. Explícitamente en estos cuadros de deterioro, presentó grandes avances en su grado de participación, desempeño y mantenimiento de la atención.

Para ello, se arbitraron los medios iniciales, presentando objetos sonoros cercanos a su alcance y melodías acordes a la edad.

Con independencia del trato personalizado, con el que se orientó el tratamiento en su conjunto. Los ejercicios de caldeamiento usados al inicio de algunas sesiones, tenían como base los gustos musicales de cada sujeto y especialmente sus recuerdos más significativos. Así como, otros datos extraídos, mediante entrevistas individuales, con la finalidad de aclimatarlos al espacio acústico relacional.

Acerca de las Técnicas. Un Encuentro más de atracción a la realidad...

Audición musical con sus modalidades de expresión verbal y plástica (pintura). Reconocimiento de sonidos de instrumentos e imágenes. Se propone al paciente escuchar música, dirigida y de su gusto personal. Con el objetivo de estimular la imaginación y la creatividad, así como provocar recuerdos, imágenes y fantasías. Tiene varias modalidades: expresión plástica y oral. Por medio del armado de rompecabezas de instrumentos musicales, pintura y modelado con música ambientación, reconocimiento cantante-melodía, etc.

Improvisación musical, según modelo de Bruccia (cfr. Posh, 1999). Implica expresarse espontánea, libre y creativamente a través de cualquier

instrumento musical, de la propia voz (canto a través de la detección de gustos) o del propio cuerpo (por ej.: la danza).

Técnica de Reminiscencia musical. Se plantea al paciente recordar aquello que vivió y fue placentero, adicionando fotos, melodías y bingos musicales. De esta forma, se ayudó al paciente a conectarse (consigo mismo), recordando experiencias positivas y regresar a la realidad con un espíritu más positivo, logrando alejar la soledad y apatía desde el registro de la presencia, del interés y acompañamiento.

Canto, ya sea a través de la improvisación musical antes descrita o a través del diálogo musical. Consiste en intercambios de secuencias musicales improvisados entre dos o más personas, quienes comparten datos históricos sobre la creación de la letra. En este medio, hasta el hecho del perseverar propio de estas patologías, permitió el contacto "con el otro", un otro que hasta ese momento no había sido percibido.

Danzaterapia. Consiste en la expresión a través del movimiento del cuerpo, el ritmo, melodías o canciones, que escuchan o cantan ellos mismos. Con acompañamiento del terapeuta.

Selección de la Música. Con independencia de las piezas específicas tomadas en cuenta según la patología y gustos individuales[205], el tratamiento incluyó piezas de música de diversos géneros e intérpretes: música clásica, tangos, boleros, jazz, piezas de Gardel, Julio Sosa, Glen Miller, Sandro, Rafael, Palito Ortega, etc.

Instrumentos

Se utilizaron fundamentalmente instrumentos de percusión, aire, cuerda, e incluso cajitas de música.

Por otro lado, para la reproducción de la música, se produjo mediante el empleo de equipos de música: radio grabador y tocadiscos, para el acceso de casetes, CD y discos. Asimismo, el canto colectivo fue favorecido en ocasiones, por algunos cancioneros.

Procedimiento

Las sesiones, de 1/2 hora a 40 minutos de duración, se desarrollaron con una frecuencia semanal. Con condiciones mínimas adecuadas de iluminación, poca acústica y ventilación, aun así se logró más de lo esperado.

Al inicio se recogía toda la información necesaria, tanto de carácter físico como psicosocial, a través de las entrevistas y revisión de la historia clínica y en especial, diálogos con las psicólogas del sector.

La observación y registro individual, así como y los protocolos, se repitieron al inicio y al final del estímulo, el cual tuvo una duración de aproximadamente 3 meses.

En resumen, la práctica desde este taller de Músicoterapia permitió alcanzar desde el Proyecto Nous, una estrategia apta, para el ejercicio terapéutico en estos pabellones. A partir de una práctica concreta, los pacientes disfrutaron de un encuentro agradable y estimulante al mismo tiempo.

Ser y hacer en Proyección: Arte-terapia

Durante el transcurso de los días y meses de trabajo en el sector de enfermos crónicos, detecté una serie de situaciones que relataré a continuación. Muchos de los pacientes estimulados individualmente, carecían de la posibilidad de elección y pertenencia. Indicadores de deterioro severo, por alteraciones de sus funciones cerebrales superiores. Es decir, afectadas la comprensión, la atención, la memoria inmediata, razonamiento y lenguaje[206], estaban condicionadas las estrategias. En el mejor de los casos, los voluntarios concurrentes, estigmatizaban[207] a los residentes con diálogos escalofriantes. Razón de gran disconformidad institucional, donde se escuchaban comentarios de los profesionales, recordando las verbalizaciones escuchadas: *"A ver como amasa la masa"*.

Otro obstáculo, a lo ocurrido a lo largo de esta investigación, está referido a la falta de comunicación entre pares. A su vez, la Institucionalización favorece niveles de vida disímiles, *"en cuanto a las implicancias para el yo de los ambientes sociales; y esto confirma a su vez que el yo no se origina solo en la interacción del sujeto con los otros significativos, sino que es fruto, además, de las disposiciones que toma una organización para sus miembros"*[208]. Un tema fundamental en la presente investigación, es esta trama de relaciones de la cual dependerán las acciones que se ejerzan. Asimismo, la aptitud en cuanto a la disconformidad o no de sus miembros, favorecerá o no el despliegue de estrategias a fin de mejorar la calidad de vida del anciano.

Institucionalmente, se veía favorecida por la falta de acciones tendientes a lograr el sentimiento de pertenencia, al revisar en busca de bebidas alcohólicas sus

---

206 Inmaculada de la Serna, Pedro, (2000:32-35), *"Manual de Psicogeriatría clínica"*, Barcelona, Edit Masson.

207 Goffman, Erving, (1986:11), *"Estigma. La identidad deteriorada"*,..."Los griegos, crearon el término estigma para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba. Los signos consistían en cortes, quemaduras en el cuerpo, y advertían que el portador era esclavo, un criminal o un traidor, una persona ritualmente deshonrada quien debía evitarse"..., Bs. As. , Edic. Amorrortu.

208 Goffman, Irving, (1973:152), *"Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales"*, Bs. As., Edic. Amorrortu.

habitaciones. En principio, se lograba acentuar más la pérdida de lugares y objetos propios. Justamente esta última, es lo que permite en la vejez y creo que en todas las edades, la sensación de autonomía.

Un aspecto destacado, al ingreso al hogar durante las mañanas, era la presencia de un grupo numeroso de hombres alrededor de una mesa en la sala común. Sin actividad, sin diálogo, ni conexión con el entorno. Lo mismo ocurría en el sector de mujeres, reunidas en un espacio físico, aunque sin encuentro de persona-persona. *Por cierto que en los casos de carácter orgánico el paciente encierra dentro de sí mismo, tanto el mundo en el cual siente la lesión, como el mundo en el cual habrán de hacerse las reparaciones.*[209] Creo importante, destacar aquí que la técnica que favoreció el primer encuentro, paciente-terapeuta-tarea, fue la *derreflexión*[210]. Una vuelta hacia sí mismo, en la búsqueda de la autotrascendencia olvidada.

Por ende, con la finalidad de ampliar los trabajos ya realizados desde el 2002, en el pabellón de crónicos, comenzó durante el 2004 una serie de estrategias a partir del taller de Arte-terapia, con actividades específicamente manuales.

El Objetivo General del taller, era la promoción de salud y los recursos sanos resilientes en una población de gerontes con deterioro cognitivo, de diversa base etiológica. Este Objetivo principal, permitió un conjunto de acciones tendientes al logro de la pertenencia, la participación y la elección[211], así como la integración con pares y profesionales.

El Objetivo Específico, era facilitar la expresión mediante medios no verbales que impliquen un para qué de su realización. Así, la confección de cajas para guardar pertenencias, centros de mesa, decoración de toallas, peines, tasas, cajas de pañuelos descartables, confección de estuches para guardar anteojos o

---

209 Op. Cit, Goffman, Erving, (1973:357), "*Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*".

210 Frankl, Viktor Emil, (1995:65-67), "*La psicoterapia en la práctica médica*", Bs. As, Colección Noesis. Edición R. Piper.

211 Lezak (1982): "...variedad de procesos cognitivos de alto funcionamiento: Procesos cognitivos más evolutivamente desarrollados. Procesos cognitivos que controlan e integran otras actividades cognitivas. Iniciación-Planificación-generación de hip.-flexibilidad cognitiva-toma de decisiones, monitoreo-juicio", Clase dictada por la Lic. Sandra Germani, el 14-10-06, Curso de Psico-neuro-geriatría, Universidad Favaloro.

dinero, almanaques y marcos de retratos, fueron algunas de las acciones efectuadas.

Interesa trabajar la elección y la pertenencia, desde la intervención *terapéutica*[212]. El accionar a su vez, participa de la toma de color, creación de motivos y figuras, reconocimiento de formas y movimientos para profundizar la armonía interior. El agrado por el sí mismo, la autonomía, y el disfrute de un momento de elaboración y conexión con el propio hacer, también implicó un desafío. De tal manera, el hacer presente una proyección de sí mismo, para trabajar sobre el mundo, posibilitaron las imágenes reminiscentes[213] en algunos participantes. Es de destacar que, a reminiscencia abre la posibilidad de rescate de los aspectos sanos de su historia y de su realidad, que provean de asideros para lograr una reconexión con su circunstancia actual y entorno.

Profundizando los orígenes de los talleres de Arte-Terapia, encontré relación con la Psicoterapia como una disciplina, que emplea recursos de las artes plásticas con objetivos terapéuticos. Esta práctica, resulta de la convergencia de las teorías de la Psicología, las técnicas y conocimientos artísticos. La intención en este caso específico, es proveer del rol participante, a este grupo de gerontes, que a raíz de su sintomatología y situación actual, ven favorecido el desánimo y desorientación, al no contar con propósitos ni estimulación.

Al mismo tiempo, la pérdida de tradiciones, en *sus contenidos de vida ha sido* quebrantada *e incluso* también *su dimensión social*. Básicamente, el medio social establece las categorías de personas y el intercambio que pueden tener. A modo de una suerte de atributos sociales, donde las primeras apariencias insertan o destierran del *"Status social"*. Es decir, es *"una persona casi enteramente malvada, peligrosa o débil... de este modo dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado"*[214].

---

212 Nottebohm, Fernando, "El descubrimiento del reemplazo neuronal espontáneo en el cerebro de los vertebrados adultos ha cambiado el modo en el cual pensamos acerca de la biología de la memoria." Estímulos de regeneración, como la psicoterapia y psicofármacos favorecen la estimulación cognitiva", Neurogénesis. Clase dictada por el Dr. Alberto Boneto, 07-07-06, Curso Psiconeurogeriatría, Bs. As.Universidad Favaloro.

213 Merriam, Sharan, (1995), *"The uses of reminiscence in older Adulthood"*, University Georgia, Material de Base datos EBSCO Referencia@uca.edu.ar

214 Op. Cit. Goffman, E. (1973:12)

El objetivo que guía esta estrategia, es el empleo de herramientas que faciliten la expresión y comunicación de aspectos internos del individuo, cuya verbalización resulta dificultosa por diversas causas. Específicamente, *"la palabra arte proviene de un antiguo vocablo de origen pre-helénico "artao", que podría llegar a significar "aquello que debe ser juntado, unido" o bien "algo que une". De este modo originalmente Arte sería todo aquello que tiende a unificar, a unir partes separadas. En este sentido la palabra Arte está profundamente ligada al "Símbolo", ya que éste en su etimología también estaría vinculado a vincular, "ligar partes separadas", pero con un amplio y profundo sentido,*[215] el sentido de integración, participación, intercambio y encuentro entre pares y terapeutas.[216]

Con Arte Terapia beneficiamos la producción de sentido, un lugar donde es posible trabajar con el paciente a partir de una tarea plástica, teniendo en cuenta que el arte es un lenguaje donde interviene una relación recíproca y participativa con el terapeuta. Al mismo tiempo y al estimular las funciones ejecutivas, se favorece la capacidad para organizar secuencias de la conducta, *deterioradas en patologías como: ACV, Déficit fronto-temporal, esquizofrenia, parkinson, etc.*[217]

El progreso del lenguaje oral, gestual, o el lenguaje corporal, según sea el grado de deterioro del paciente que participa del encuentro. Arte Terapia es una disciplina que fácilmente puede incorporarse como estrategia terapéutica. Ya que, en ella confluyen técnicas de encuentro, habilidades artísticas y un entorno terapéutico favorecido por el vínculo.

El equilibrio radica en el uso de las herramientas que faciliten la expresión y comunicación de aspectos significativos para el individuo y viabilicen su expresión al exterior.

En casos de deterioro cognitivo, en gerontes institucionalizados, el arte-terapia responde a una propuesta multidimensional. Son los aspectos bio-psico-

215 Mendelson, Judith Miriam, (2000), *¿Qué es arte terapia?*, Holística 2000. Revista Virtual

216 García Pintos, Claudio: (1992:23), *"Indicadores de Salud"*, Cuadernillos Vinteko, Tercera Edad Córdoba.

217 Germani, Sandra, *"Funciones ejecutivas"*, Curso de Psico-neuro-geriatría, Material de clase dictada el 14-10-06, Bs.As.,Universidad Favaloro.

socio-noéticos estimulados en este doliente, quien aparece para muchos terapeutas, como carente de recursos.

En estos casos, los pacientes con afasia de expresión y comprensión, demencia de diversa base e impedidos de expresarse verbalmente. Por razón de los recursos ejercidos, encontré una mejoría de la calidad de vida[218] y un freno al deterioro. De hecho, esta forma de afrontar o de detener la pérdida de facultades provocada por el deterioro, habilita investigaciones y estrategias para mantener actividad mental.

Si tomamos la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE 6), de la Organización Mundial de la Salud[219], comienza a incluir poco a poco el concepto de bienestar frente al de enfermedad. Aquí se enfatizan los aspectos positivos de salud, en la consideración del estado de salud – enfermedad de una persona. Según un artículo de la Revista "Psiquiatría y Salud Integral"(1999), es a partir de allí que comienza a enfatizarse el concepto de Calidad de Vida, aunque con dificultades para definirla, a pesar de la proliferación de instrumentos que intentan medirla. *De esta manera, la medición y valoración de la calidad de vida está regida, en gran medida, por apreciaciones subjetivas e ideológicas correspondientes al particular contexto donde se desenvuelve el grupo poblacional. Así, para medir un determinado tipo de calidad de vida es necesario contar con otros referentes que nos sirvan de contraste*[220].

Será preciso diferenciar los diversos modos de vida, aspiraciones e ideales, éticas e idiosincrasias de los conjuntos sociales. Además de distinguir los diferentes eslabones y magnitudes terapéuticas para el bienestar de esta población.

Ahora bien, de la experiencia con pacientes con déficit de diversa base, al no contar no técnicas, test y/o escalas de medición, tuve la necesidad de plantear una serie de indicadores de logro, a fin de poder evaluarlo en el tiempo, con posterioridad a las estrategias implementadas y consecuentes objetivos.

---

218 Trigg, Richard, (2006)," *Bath Assessment of Subjective Quality of Life in Dementia*", Manual: Instructions for Administrators and Scale Properties, London, Division of Psychology Nottingham Trent University. Envío del autor por mail. Búsqueda inicial, Referencia@uca.edu.ar

219 Sexta revisión de 1948

220 Op. Cit. Trigg, Richard

Los logros obtenidos durante un periodo de 3 meses, se consignan en tablas y gráficos que contienen los resultados de la experiencia con la búsqueda del sentido aun con pacientes que cursen patologías crónicas de deterioro cognitivo.

La muestra, seleccionada intencionalmente y derivada por profesionales a cargo del sector, permite evaluar a dos grupos representados en tablas de frecuencia[221].

En el observa, un grupo de gerontes que inicialmente no participa de la experiencia. En cambio, otro grupo numeroso logra acciones con sentido, aunque fueron evaluados inicialmente con escasa y nula participación, cansancio y desorientación[222].

Dentro del mismo grupo, gerontes que al inicio se cansaban con facilidad, logran acciones con sentido, que incluyen el para qué de la acción donde ahora existe un significado para el hacer.

La conclusión del taller de arte-terapia, permite reflexionar acerca de las formas de organización institucional, que a veces no condicen con las patologías de deterioro, las cuales implican pérdidas de todas las dimensiones del hombre. Es decir, biológicas, psicosociales y espirituales o noéticas. Son entonces, las acciones con sentido, con un para qué de la realización, las que habilitan una posibilidad diferente, al sinsentido que constituyen estos días transcurridos.

Además, se podría afirmar que el campo de la terapéutica de estimulación cognitiva, va más allá de la búsqueda del potencial humano para la autorrealización, es una vivencia del logro personal y actualización del sentido.[223]

---

221 Anexo 2

222 Op. Cit, Anexo 2

223 Fotos de pacientes efectuando arreglos florales, centros de mesa para sus habitaciones y estuches para anteojos, ver Anexo 2

Escala *"Ser y hacer en proyección"*

Con la finalidad de evaluar el estado actual y luego re-testear una vez aplicados los diferentes estímulos del taller de Arte-terapia, fue creada la Escala *"Ser y hacer en Proyección"*[224].

Es importante registrar el estado actual y posteriormente las modificaciones que cada paciente dentro de un proceso de trabajo, establecido. Esa evolución del proceso de estimulación cognitiva, en este caso estuvo basada en una serie de ítems, que constituyen las pérdidas que ocurren en estas patologías. Las mismas, son expresión de los déficits de abstracción, comprensión, recuerdo inmediato y la falta de sentido.
En un intento por despertar valores de actitud, dar sentido a la existencia y favorecer la búsqueda de un deber o misión.

Desde esta temática del Arte- terapia, esencialmente se buscó despertar valores de actitud, para dejar que el enfermo luego emplee *su iniciativa, por qué desea decidirse, qué valor o sentido concreto quiere consumar, ante qué o ante quién quiere responder*[225], siendo artífice de una creación personal. Por tanto, *cuanto menos sabe el hombre de una meta en su vida, tanto más acelera el paso en su andar por los caminos de la vida*[226], de esta forma el doliente deja transcurrir su vida en un sin sentido, el pleno sentido de su existencia ya deja de tener significado.

El Protocolo de la Escala "*Ser y hacer en Proyección*", está construido en base a los déficits y logros posteriores, detectados en enfermos crónicos. Dichas pérdidas, se evalúan con un instrumento que permite monitorear la evolución del paciente diagnosticado inicialmente.

---

224 Figura en Anexo 6, Protocolos: 6.3

225 Frankl, V.E.: (1979:87), Madrid, *"La idea psicológica de hombre"*, RIALP.

226 Op.Cit. (1979: 57)

En un intento de evaluar resultados, planteo una serie de ítems, que permitan efectuar un análisis diferente acerca del quehacer terapéutico y en Arte-terapia:

Ítem 1: Participación, colaboración, cooperación, implicación
Opuestos: Separación-silencio/el logro es la responsabilidad

Ítem 2: Elección, opción, compromiso, iniciativa, dilema
Opuesto: azar/ el logro es la voluntad

Ítem 3: Pertenencia, dependencia, disfrute, posesión, apropiación
Opuesto Pobreza/ el logro es la adquisición de valores de actitud

Ítem 4: Interacción , intercambio, cambio, interés, tendencia, disposición
Opuesto estacionarse, apatía

Ítem 5: Dar, ceder, transferir, producir, hacer, entregar
Opuesto: retener, apartarse/ el logro es la autotrascendencia

Ítem 6: Integración, igualdad,
Opuesto: Desintegración, vacío/ el logro es la libertad para algo

Ítem 7: Aptitud para el goce, placer por el hacer
Opuesto: sufrimiento, padecimiento, aburrimiento/el logro es el sentido de dominio

Esta experiencia permitió y su evaluación desde una Escala de logros y aptitudes iniciales, favorecida por la evolución en el tiempo por medio de modificaciones que se produjeron, en el Ser y el Hacer. A su vez, comprobar desde acciones sistematizadas en la población de ancianos con déficit cognitivo, el encuentro con el sentido de su vida y desde su propio hacer, permitió desplegar aspectos perdidos por su condición, a partir de recursos propios y adquisiciones que posibilitaron una recuperación duradera en el tiempo.

Beneficios de reminiscencia en la vejez patológica

Luego de una exploración de campo de más tres años, estoy en condiciones de afirmar que existen beneficios para el reintegro cognitivo, en la estrategia de la reminiscencia.

Los recuerdos significativos, sobre el pasado o recuerdos satisfactorios de vida del geronte, han producido un alto índice de salud mental. Básicamente, comprende el retorno de funciones que habían sido suspendidas e incluso alteradas. En estas líneas, examinaré la evidencia en más detalle, analizando el muestreo de resultados del programa VEF para gerontes institucionalizados con patologías de deterioro cognitivo.

El campo de la investigación de la reminiscencia, es un camino de reflexión y comprobación. Tanto las investigaciones iniciales, como las actuales, se han expedido siempre desde la salud. Justamente, para la administración y empleo de tests, se establecieron ciertas condiciones de edad, estado físico, cognitivo y ambiental, óptimos.
Este proyecto en cambio, basa sus fundamentos desde el logro, con gerontes que cursan patologías cognitivas instaladas.

Hoy en día, uno de los problemas más graves de la salud es el cuidado de los gerontes. Las estadísticas indican que la población de gerontes crece más rápido que la población en general. En 1990 los gerontes representaban el 13% de la población y para el año 2030 se proyecta un crecimiento del 22%. Las proyecciones también indican un aumento en la población de los geriátricos del 1.3 millones en 1985 a 2 millones para el año 2000, sin embargo estos datos representan únicamente el 3% del total de la población de gerontes.

Desde la salud, los investigadores establecen ciertas metáforas, tales como reforzar la necesidad de escucha o el papel de mentores en provecho del estado psicológico del viejo. Los distintos tipos de estudios, fueron conducidos entorno a la reminiscencia a modo de recuerdo de experiencias. Uno de ellos fue presentado como un trabajo de "oyentes", prevaleciendo directamente una

"exigencia", la de hablar y pensar sobre el pasado a modo de una ocurrencia natural. Considerada una conducta fácilmente adaptable en los viejos. Aseguran que, ese "oyente" será testigo de aspectos positivos al animar a hablar sobre el pasado, y reintegrar así experiencias, como una forma de reconciliar aspectos negativos y positivos. Esta creencia en la naturalidad y los efectos positivos de los recuerdos del pasado, es ahora ampliamente aceptada en el campo de gerontología.

En el avance de las investigaciones de campo, detectan uno de los problemas desarrollados por escritores de gerontopsiquiatría. Los gerontes institucionalizados no estarían satisfechos con su situación de vida en los geriátricos. Estudios realizados por Aldrich and Mendkoff (1963); Lieberman (1961); Lieberman, Prock y Tobin (1968); y Loomis y Thomas (1991) revelaron que el nivel de satisfacción de la vida, y los niveles de bienestar físico y psicológico de los gerontes institucionalizados eran menores que los de los que viven en comunidades.

Queda claro así, que nos espera un futuro con mayor incidencia de gerontes con elevado grado de insatisfacción de su vida, de co-habitar en instituciones, sin estrategias innovadoras para el trato y bienestar de los mismos.

Examinando la evidencia, acerca de los beneficios del recuerdo sobre el pasado, es importante notar el informe en este campo, de Salvarezza quien define con mayor precisión la reminiscencia, diciendo que es: *"una actividad mental organizada, compleja y que posee una finalidad instrumental importantísima: la de permitirle al sujeto reafirmar su autoestima cuando sus capacidades psicofísicas y relacionales comienzan a perder vitalidad".*

Beaton por ejemplo, identifica cuatro funciones específicas: **la confirmación,** mecanismo que produce un enriquecimiento o empobrecimiento de la autoestima e identidad personal; **la integración**, función mediante la cual se conecta el pasado, presente y futuro; **la guía**, en la transmisión de valores tanto culturales como morales y socialización con las siguientes generaciones; **la conexión**, es la función que establece el vínculo individuo-individuo y entre el individuo y su medio.

Entonces " los recuerdos" pueden ser tomados y pueden servir a muchos propósitos, que es de lo que debemos analizar según cada caso en particular como terapeutas. Un conjunto de propósitos que contribuirán indudablemente a resultados sorprendentes, solo si se establece la posibilidad del "encuentro terapéutico[227]".

Por esta razón, es importante especificar el tipo de recuerdo sobre el pasado que sugiero. Surge desde la salud, aspectos indemnes del geronte incluso en los estados de enfermedad, favoreciendo el reestablecimiento de funciones ya alteradas. Fundamentalmente se manifiesta como una alternativa para re-conectar al entorno, pacientes que cursan deterioro cognitivo irreversible.

Es de destacar, la presencia de variables significativas para el análisis posterior, de la experiencia desarrollada en el pabellón de crónicos de residencias para gerontes. Una de las variables más destacadas Interviniente de estados de salud o deterioro progresivo, refiere a la condición de institucionalización. Dicha situación se correlaciona con la dificultad de encontrar actitudes tendientes al bienestar general.

Es comprobado, que aquellos gerontes que mantenían situaciones de vida independientes, al entrar y salir de las residencias con un objetivo específico, que va desde trabajar a hacer sus propias compras. Poseen un nivel de satisfacción de la vida mayor, que quienes carecen de esa posibilidad a raíz de dificultades en la movilidad, o alta dependencia. Razón por la cual la población que presento precisa de esta instancia, aunque mas no sea salir a los jardines internos de los hogares. Así también, desde la variable dependiente, del deterioro de las funciones superiores, implica la necesidad de arbitrar medios para la aceptación del entorno. Siempre y cuanto éste sea un lugar estimulante. Un medio factible, es el empleo de la capacidad de ***reminiscencia*** en el aumento de la satisfacción de la vida de estos gerontes. Esta última, una variable dependiente del restablecimiento de funciones superiores.

Varios autores proporcionaron una mejor comprensión de los factores que tienen más probabilidades de afectar la satisfacción de la vida. Loomis y Thomas (1991) descubrieron que la disposición corporal, la edad y la salud se

227 Garcia Pintos, Claudio, (1996),"*Enterdecer da existencia*", Brasil, Edt. Santuario

correlacionaban con la satisfacción de la vida. El estudio clásico de Kutner (1956) reveló una relación positiva entre la satisfacción de la vida y el estado socioeconómico, la salud, el estado mental, y el empleo.

Líderes en el campo del cuidado de los gerontes (Burnside, 1990; ***Butler***, 1981; Havighurst & Glasser, 1972) han recomendado el uso de ***reminiscencia*** para incrementar varios aspectos de la salud mental de los gerontes, incluyendo la satisfacción de la vida. Fielden (1990), Haight (1988,1989), y Haight y Bahr (1984) informaron de una relación positiva entre el recuerdo y la satisfacción de la vida. Haight y Bahr descubrieron que la satisfacción de la vida aumentaba en aquellos hombres y mujeres mayores, que participaron en un repaso personal de sus vidas.

En Butler (1961) se presenta el concepto de revisión de vida, como un progresivo volver a la conciencia de experiencias pasadas, particularmente de conflictos no resueltos. Además, supuso que recordar es una manera de alcanzar la integridad del ego.

En cambio, según mis experiencias con gerontes, esas observaciones sobre conflictos no resueltos, no son las que permiten volver a la realidad desde la autoestima. Debido a que en el estado de deprivación funcional, agravado por la percepción de pérdida, aun cuando su comprensión esté alterada.

Existe un registro inconsciente, medible por test representativos de la persona (H.T.P.), una percepción de inestabilidad y desvalorización personal. Por ello, es un medio influyente en la desvalorización, tomar un conflicto sin posibilidad de resolución dada la patología y situación. Entonces, por el recurso de la reminiscencia, observado en estos casos, no podemos emplear conflictos no resueltos, sino situaciones placenteras. Es aquí donde, la Reminiscencia **favorece la reintegración** relacionando lo vivido placenteramente, el pasado con el presente y constituyéndose así en una vivencia de continuidad de la historia de vida personal, de un momento y lugar donde se podían hacer y Ser, se era dueño del destino.

Algo similar descubren, Merriam y Cross (1981) en resultados mixtos, sobre la base de utilizar ***reminiscencia*** por placer o para sobrellevar un problema. Aquellos enfatizaron que en el uso de ***reminiscencia*** por placer obtuvieron niveles

altos de satisfacción de la vida. Por el contrario, en los gerontes que utilizaron ***reminiscencia*** para sobrellevar un problema obtuvieron resultados más bajos con respecto a la satisfacción de la vida.

Una distinción aceptada ahora ampliamente en el campo de la investigación de gerontes sanos; es la revisión de vida a modo de repaso de experiencias.

El rendimiento de la reminiscencia desde mí investigación, empleada como trabajo terapéutico, a diferencia de la revisión de vida de simples experiencias. Consistió en una estimulación neurocognitiva que tiene como base la utilización de recuerdos placenteros. Los mismos, son aceptados en un primer momento a modo de selección casi innata, por los gerontes sujetos al programa de ejercicios. Es de destacar, que los estímulos no significativos produjeron distracción, agotamiento inmediato, fallas en la selección e insatisfacción denotada por alta distimia.

La reminiscencia, definida como la rememoración interactiva de aquello que significativamente trae a la memoria, a modo de recuerdos placenteros; es evocada por Benedetti en la frase: "*El olvido está lleno de memoria*". No solo está representando al olvido benigno, también es adaptable al olvido por deterioro patológico.

Ya Roberth Butler lo atribuía a "*una correlación positiva entre reminiscencia y la adaptación positiva a la vejez gracias a la conservación de la autoestima y a la consolidación del sentido de identidad*". Este el beneficio de la reminiscencia, es la oportunidad de reconocerse a sí mismo, traer a la memoria momentos vividos con intensidad y es además una potencia vital. Por medio de historias clínicas, o indagación se obtuvieron relatos mínimos, de pacientes que vivencian disminuidas o alteradas su memoria anterógrada. Inmediatamente, produjo la reedición de aspectos placenteros y encuentro con la autoestima.

En el interés de especificar el concepto amplio de reminiscencia más allá, de varias taxonomías veamos algunos ejemplos. Merriam (1993) categorizó la reminiscencia por la función, basada en encuestas que buscan encontrar por qué las personas más viejas se comprometen hablando y pensando sobre el pasado. En cambio, Wong (1991) analizó las reminiscencias a partir de una simple pregunta y propuso un juego de seis categorías basado en los rasgos del discurso. Juntos, ellos indican que esa reminiscencia simple puede servir a:

1) examinando las situaciones pasadas similares
2) informe a otros sobre " la manera que era" (incluyendo el dejar un legado)
3) el paso del tiempo agradablemente...

Es decir, en el primer caso el hallazgo ayuda a la solución de un problema actual, en el segundo se favorece la importancia de brindar la sabiduría y experiencias logradas por la edad y el último la autoestima como valoración personal.

Hay también evidencia, de que la reminiscencia simple tiene beneficios terapéuticos, como ansiedad decreciente o la autoestima creciente, con la guía de un profesional terapeuta.

Este trabajo apunta a apoyar la reminiscencia en la búsqueda de aquellos datos significativos, que beneficien al paciente por el gran impacto emocional. Es decir, mientras no se busca la resolución de una situación de crisis que puedo ocurrir en el pasado y que una persona traiga al repasar eventos de su vida. La práctica del enfoque de trabajo, tiende a acciones terapéutico-estimulativo, de las funciones cognitivas desde vivencias placenteras. De este modo, se proporciona un goce por ver y/o escuchar situaciones que actualiza, estableciendo conexiones con el entorno, desde el "Fui y sigo siendo"...

Los estudios subjetivos, indican que hay un deseo fuerte de hablar sobre el pasado, por lo menos entre algunos grupos de gerontes (Quackenbush & Barnett 1995, Merriam 1993) .

En tercera edad, el accionar terapéutico es favorecido mediante la estimulación de la memoria a lago plazo y la autobiográfica, extendiéndose a las demás funciones, en el ejercicio con un material significativo produciendo su conservación.

Varios estudios han encontrado una relación con la reminiscencia, estandarizando las medidas de "envejecimiento" exitoso: el bienestar, salud, la independencia, y así sucesivamente (por ejemplo Wong & Watt 1991, Havighurst & Glasser 1972), y en estudios en pequeña escala, en el informe de ancianos, se hallaron contestaciones positivas en las intervenciones con reminiscencia (por ejemplo Hargrave 1994, Beechem, Anthony & Kurtz 1998.

Otros estudios, encontraron relación entre la satisfacción de vida y la reminiscencia (Webster & Cappeliez 1993). No obstante, a lo largo de varias experiencias, personalmente los testimonios de gerontes indican un alto grado de participación en la reminiscencia, así como una evaluación positiva de las actividades de taller con la temática de reminiscente.

Con todo, este estudio es efectuado desde la colaboración de la cátedra de Psicología del adulto y familia, materia que se dicta en el último año de la carrera de psicopedagogía en la Universidad Católica Argentina, fue realizado en gerontes con deterioro cognitivo severo, de los cuales en el 100% se han podido conectar con al entorno de forma placentera, gracias a dicha estrategia.

En resumen, la reminiscencia es una actividad que los gerontes, encuentran natural e importante. Es "*una oportunidad espiritual*"[228] otorgando en la trascendencia una mirada al recuerdo de la vida personal que, relacionada con su propia identidad y recursos satisfactorios para enfrentar situaciones de crisis, ha permitido reestablecerse y salir fortalecido.

Establezco aquí, el alcance de basarnos en el papel del viejo en el ayer, para atraerlo a la actualidad. Si la reminiscencia está libremente comprometida y se sacó para los propósitos de un estudio lo integrará nuevamente.

Hay "un lugar" para el desarrollo de la autotrascendencia, ese sistema que permitirá a los gerontes una posibilidad de hacer lo que les satisface a través de la reminiscencia. Este para qué, dentro de lo positivo, reforzando la escena social desde la autoestima, que le permita actuar como los mentores, y entonces los anime a volver y participar en una actividad a largo plazo.

228 García Pintos, C.: (1993), *"El circulo de la veje : Sobre la psicologia normal de la persona que envejece"*, Bs. As., Edit. Almagesto Fundación Ross.

El Método

Respecto a las cuestiones de por qué la reminiscencia es importante, y para qué se implementó la actividad. Es necesario evaluar la motivación producida en la narración del suceso reminiscente.

Este apoyo oral y/o visual, a través de la escena interactiva "con otro", produce un motivo, un significado.

Cuando surge el taller de Músicoterapia, era una simple actividad grupal, a la cual poco a poco se fueron incorporando una serie de protocolos de evaluación.

La intervención de la técnica de la ***reminiscencia*** se utilizó al grupo completo, al que se aplicó el Programa VEF, es de destacar que mientras no fue empleada la técnica el grupo permanecía sin modificación.

Los estímulos favorecidos por tarjetas y/o PC mediante el programa, se basaron en los datos recogidos mediante el diagnóstico de las funciones alteradas. Los resultados posteriores en la nueva evaluación de dichas funciones, evidenciaron logros a nivel de atención, comprensión y memoria inmediata.

Mediante un muestreo de 101 gerontes institucionalizados, de ambos sexos y que cursan patologías crónicas, hasta el momento irreversibles. Seleccionados la mayoría al azar y otros pocos por derivación del personal profesional de los sectores de hombres y mujeres.

Fundamentalmente, esta población para el proyecto, consistió en: gerontes con deterioro cognitivo progresivo, agresivos o no, con y sin depresión, con y sin historia clínica anterior al ingreso al hogar.

Luego se escogió al azar, 11 integrantes del grupo, para participar de los ejercicios con PC.

En los procedimientos de recopilación de datos, se trató constantemente de mantener la igualdad de condiciones para todos los participantes.

Esto es, todos iban a ejercitar sus funciones, ya sea por medio de tarjetas o PC, pero todo con temas reminiscentes. A su vez las temáticas y estimulo se irían renovando a medida que los pacientes mediante la configuración del campo de trabajo, participaran con aportes de recuerdos placenteros de su vida.

Cada paciente tendría un registro en planillas de respuesta para la posterior tabulación de resultados.

Así también, desde el taller de Músicoterapia se utilizó la recolección de experiencias positivas y placenteras por medio de la música.

La efectividad de la intervención, se midió comparando los resultados promedio obtenidos con posterioridad al diagnóstico de los que participaron en los estímulos con tarjeta y/o PC y de aquellos nuevos ingresos que no participaban inmediatamente.

En la evaluación de la prueba, con fines estadísticos se analizan la relación entre dos variables: Mini Mental Inicial y Retest. Medidas en un nivel en intervalos de razón, efectuados por el Soft SPSS con datos suministrados por el test Mini mental.[229]

Los puntajes del Mini Mental, tanto en su administración Inicial como Final y su evolución, así como la Remisión obtenida por el estímulo, permiten establecer una relación significativa entre estímulo cognitivo y su deprivación. Es decir, compruebo modificaciones sustantivas en la evaluación del test en los ítems de orientación, lenguaje, praxias y gnosias.

La interpretación de tendencia central y variabilidad, está representada en la tabla 5 la correlación entre, remisión cognitivo afectiva y retest del Mini Mental, con modificaciones significativas.

El diagnóstico inicial, que diera lugar a la implementación de las estrategias mencionadas, surge a razón de la desconexión observada. Posteriormente, relatos de los cuidadores y registros internos respecto a los estados de agresividad y depresión, develó una diferencia significativa entre los grupos. En términos de estimulación de funciones antes dañadas y actitudes desplegadas, como estados de ánimo elevado y satisfacción con los proyectos a los que adherían. Permitieron analizar, la certeza de un proyecto que se convertía, en un lazo que unía posibilidades.

La estadística ubica la Media en 2,10 y aparece representada en la tabla 7, pertenece a la media inicial. Posteriormente y luego del periodo de estimulación de tres meses, se evalúa el Retest del Mini Mental, cuya Media se ubica en 2,49.

229 Anexo 2: Figura análisis estadístico.

En este momento, es conveniente hablar de los resultados obtenidos según la administración del Mini Mental. Aunque, ciertas transformaciones en estos pacientes, permitieron confirmar que, *"El hombre no puede considerarse como máquina, tiene conciencia y debe elevarse más allá del nivel psicoanalítico"*[230]. De una actitud de desconexión sostenida, logra trascender a algo fuera de él mismo, tornándose así lo que denominé "atención a la espera". La observación, aportó datos significativos sobre esta actitud que proveyó la compañía de un grupo de voluntarios. Esto es, que el hombre aún condicionado por una dolencia *"Es un buscador de sentido... se trata de la más precisa y exacta definición de la naturaleza humana, porque el hombre ES un buscador de sentido"*[231].

O dicho de otro modo, *"el ser humano busca un objeto o un sentido que constituyen la razón para actuar y no simplemente para comportarse"*[232]. Si estos pacientes no encuentran una causa de vida, como diría Frankl, *superior a sí mismos*. Una causa de sentido, alguien a quien amar y esperar, carece de motivos y declina aún más. Los que trabajamos con gerontes con deterioro severo, sabemos que si bien existe un déficit de memoria, existe un registro en algún lugar. Y esta es, la diferencia entre una persona y una cosa, ese registro se puede atraer y trabajar con él.

Los resultados de este estudio se condicen con aquellos de Fielden (1990), Haight (1988,1989), y Haight y Bahr (1984), quienes *descubrieron que recuerdo y repaso de la vida aumentaban la satisfacción de la vida*[233], agrego que se logra detener el deterioro e incluso habilitar áreas alteradas y/o disminuidas. Sin diferencias de sexo, la reminiscencia habilita áreas al entorno, encontrando satisfacción en la vida por la recuperación de funciones percibidas como perdidas. Pero por sobre todo, por reencontrarse con aspectos de la propia vida, que permanecían guardados.

---

230 Frankl, Viktor Emil, (1992:13), *"La Psicoterapia y la dignidad de la existencia"*, Bs. As., Edit Almagesto

231 Conferencia: (1963) *"El hombre es buscador de sentido"*, Universidad de San Diego, California, EE.UU.

232 Frankl, V.E., (1990:20),*"Psicoterapia y dignidad de la existencia"*, Bs.As, Edit. Almagesto

233 Cook, Emily A.,(1998),*"Health Care for Women International"*, Efectos de la reminiscencia en la satisfacciòn de la vida en gerontes de sexo femenino, Vol. 19, 2° Edición Academic Search Premier

Estas actividades, les brindaron un significado de continuidad a sus vidas, y recurriendo a la reminiscencia, una satisfacción por lo vivido. Se podría decir, ***que el producto de una historia se conserva***[234] en algún lugar y es lo que nos trae al presente.

234 Viguera, Virginia, (1999), "*La reminiscencia: soporte de identidad en el adulto mayor*", Bs. As.,Rev. Virtual N ° 3

Capítulo 5

Programa de Estímulos Reminiscentes

Alcances del Programa VEF de uso cognitivo

Un estudio experimentado de casos

En nuestro país, carecemos de Proyectos y de posibilidades económicas para solventar programas de estimulación neuropsicológica, en gerontes. Esto, en gran medida se debe a la falta de recursos de promoción de salud y/o asistenciales, pero también a la falta de iniciativas desde el sistema político-económico.
Dentro del sistema de salud, todavía existen déficit en la falta de programas sistematizados que favorezcan la remisión del deterioro y provea de un *desempeño cognitivo y funcional*[235] mediante el estudio de caso único e irrepetible. Por tanto, y en la mayoría de los casos, la terapia acostumbra a limitarse a una serie de indicaciones, que el paciente deberá seguir en su domicilio (Ambulatorios con uso de estrategias expresadas por el clínico, de manera informal). No obstante la mejor terapéutica es la aplicación de un programa con acciones sistematizadas de entrenamiento cerebral.

Esta situación, es aun más deficitaria en los casos que mencionaré a continuación:

1. En primer lugar, es necesario explicar la situación observada al ingreso a los pabellones de crónicos.
2. En segundo lugar, en qué consistió el proceso de Logodiagnóstico psicopedagógico

1. Al concurrir a los pabellones conocidos para algunos como enfermería, se observan gerontes en su mayoría acostados en camas. Carencia de estímulos, soledad, abulia y todas las características mencionas en los capítulos anteriores, son detectadas inicialmente.

235 Boada, M. y Tarraga, L.(1998:82-106), *"El tratamiento longitudinal de la enfermedad de Alzheimer. Continua Neurológica"*, Bs.As.,Soc. Española de Neurología.

Este primer momento responde al contacto con enfermedad cara a cara y acciona una serie de encuentros con terapeutas y directivos a fin de ajustar propuestas.

Estos pacientes, residen allí por padecer por un periodo mayor a un año de patologías que requieren cuidados y seguimientos continuos. Una gran mayoría son derivados por razones judiciales, de cuidados a fin de impedir daño a sí mismos o a otros, así son enviados a estas residencias.

Los pacientes que residen en Hogares, cumplen funciones mínimas de asistencia, atención médica-farmacológica y clínico-psiquiátrica.

Un porcentaje mínimo da cuenta de déficit de memoria, aunque no piden ayuda por falta de medios. Atención lábil, alteración de la concentración (la pérdida de memoria progresiva), e incluso se dificulta el desarrollo de algunas de las actividades diarias.

Una de estas actividades en las que el paciente observa una interpretación asediante, es la condición de aseo, prendas comunes a todos y limitación en cuanto a su desempeño diario. Estos "*procesos mediante los cuales se mortifica el yo de una persona, son casi de rigor en las instituciones totales*"[236], su análisis puede ayudar a ver las disposiciones que los establecimientos deben asegurar.

Es de destacar a su vez, que los obstáculos eran acentuados durante el fin de semana, donde el cambio de personal y atención disminuye. El "cuidado" de enfermeros y cuidadores, convierte el lugar en tierra de nadie. "*Levantan aquí, una barrera* donde convierte a estas *instituciones* en *totales marcan la primera mutilación del Yo*".[237] Cambiando su carácter y tornándose más agresivos al medio. Se observó, que otros en cambio permanecen con mayor desorientación y deambulan por el lugar o limitan su mirada en puntos fijos, mientras permanecen inconmovibles e inmóviles. Al mismo tiempo, ocurren mayores pérdidas de equilibrio durante estos días y horarios de reducción de personal.

---

236 Goffman, Irving, (1972:27),"*Internados. Ensayos sobre una situación social de los enfermos mentales*", Bs. As. , Edit. Amorroutu.

237 Op. Cit. Goffman, I. (1972:28)

Probablemente, *"la más significativa de las pertenencias,* es la *propio nombre. Esta pérdida representa una gran mutilación del yo"*[238], lo que se convierte en una abuelitud, sin nietos de la propia sangre, una masificación cercenadora del yo.

Los síntomas depresivos, ya no ocurren por períodos prolongados como durante el primer año de déficit. Hay ya una aceptación, la de ser incapacitados desde el mismo nombre establecido institucionalmente, de pabellones de dependientes.

Estas vivencias, fueron observadas antes de incorporar el Proyecto Nous, con una serie de estímulos específicos para un grupo de pacientes, que presentaban el SME de deprivación cognitiva. Básicamente, se producen modificaciones cognitivas significativas a partir del programa de ejercicios. Sobrevienen novedades importantes que comienzan con las miradas de espera y búsqueda de un vínculo establecido. Un lazo, que al abrirse las puertas del hogar producen impresiones de alegría progresiva.

2. **Procedimiento de Logodiagnóstico**:

Después de exponer el estado clínico general destacado más arriba. Es de destacar que, se observaron modificaciones desde el inicio de los ejercicios. Estas acciones individualmente, arribaron al perfil de los pacientes con el cual trabajaríamos, y es posible organizarlo en fases.

Fase 1 del Logodiagnóstico:

En esta fase, se establece una evaluación neurocognitiva a fin de establecer logros y dificultades a partir de una batería de test adaptada a cada paciente. Dentro de parámetros conocidos y estudiados desde la psicopedagogía, empleé una serie de técnicas y test de uso habitual, para evaluar praxias, gnosias, memoria, atención y

238 Op. Cit. Goffman, I. (1972:31)

lenguaje. A su vez, fueron creadas una tanda de instrumentos diagnósticos para evaluar cada acción del Proyecto.

Basándome, en la mínima información que poseían los psicólogos a cargo del sector de enfermos crónicos, a raíz de que dichos pacientes en su mayoría eran enviados por orden judicial sin poseer información, documentación, ni familia a quienes preguntar datos personales; hubo que armar la historia de cada paciente en la Institución.

Exploraciones médicas:

Eran efectuadas por los profesionales, permaneciendo para las rutinas de análisis, alrededor de una semana en enfermería, hasta la posterior ubicación en una cama.

Exploraciones Neuropsicológicas, son establecidas por el psiquiatra y los psicólogos del sector, a partir de una entrevista con cada paciente. Es de destacar, que no se evalúan mediante técnicas y/o test validados que otorguen un puntaje de déficit, motivo por el cual el aporte psicopedagógico era fundamental.

Una serie de pruebas destinadas a detectar el grado de deterioro cognitivo, afectivo, así como las habilidades de la vida diaria; fueron llevados a cabo en 51 pacientes.

Esta primera exploración de neuropsicológica proveyó datos que conformaron la posterior estimulación, punto de partida para la re-estructuración cognitiva, entonces fue la valoración de habilidades y estado anímico. Las pruebas usadas en esta evaluación inicial fueron: el mini examen cognitivo (Mini-Cong.)[239], Mini Mental de Folstein, se estimó la posibilidad de aprender mediante el Stroop[240]. Valoración de las gnosias mediante el KML en el ejercicio de seriación, reconocimiento de imágenes. Valoración de las praxias transitivas e intransitivas, a través de la técnica HTP[241] con el cual se aprecia: tanto la evolución al administrarse en forma inicial y final; la relación con el propio

239 Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. (2004)*"El mini-cog: un signo vital cognitivo como marcador de demencia en la pantalla de multi-lenguaje temprano"*. Geriatr Psychiatry 2000; Clinical Toolbox for Geriatric Care ©Society of Hospital Medicine

240 Golden,Charles J. ,(1994) *"STROOP, Test de colores y palabras"*, Madrid, Edic. TEA.

241 Adaptación al Test de Hammer

cuerpo y el logro de la creatividad obturada hasta el momento, así como las praxias constructivas en el uso de materiales.

Del Test de Inteligencia Wais de Weschler, se emplearon solo los cuatro sub-test usados para evaluar a gerontes, (información Gral., analogías, vocabulario y dígitos). El ánimo se evaluó mediante el EDG o el GDS versión abreviada de Yesavaye. Finalmente, el proyecto de vida, la participación, la valoración, significado y sentido fueron evaluadas mediante el PIL de Elizabeth Lukas, y Escalas propias, creadas para la evaluación del estado inicial y final de los pacientes al implementar los talleres de Músicoterapia y Arte-terapia[242].

Los resultados obtenidos en la evaluación inicial fueron: deterioro cognitivo moderado y severo, déficit atencionales, fallas importantes en memoria remota e inmediata. Pronóstico de demencia con puntajes de Mini Mental de Folstein, que oscilaban desde 0 a 19 p., y una valoración de actividades de la vida diaria, deficitaria. En el Anexo 2. tabla 6.2, analiza los puntajes y diagnósticos obtenidos en el Mini Mental.

Aplicaciones de la Regulación Cognitiva mediante el Programa

Fase 2 Estimulación

La remisión cognitiva involucró la inclusión de un programa de estimulación neurocognitiva informatizado. El objetivo general del estímulo como estrategia, a seguir es la persistencia De esta forma, la progresión del déficit es retardada.

Este objetivo, consistió en concentrar y actuar sobre el aspecto global, tanto afectivo-espiritual, como cognitivo. Teniendo en cuenta, que el paciente todavía conserva residuos sanos, o menos deteriorados de la cognición.

242 Fotos documentales exhibidas en Anexo 2.2

De esta manera, la estimulación no es enfocada exclusivamente sobre las deficiencias. Al establecer el proceso de ejecución, sobre el trabajo en una perspectiva de equilibrio entre:

- el retorno a la autonomía y una configuración de pérdida de dependencia
- conformidad con las nuevas habilidades donde podrá intervenir.

La propuesta es ir desarrollando instancias que permitan fluir a nuevas competencias.

- Es un programa profesional personalizado: las tareas incluidas de acuerdo al déficit y cuyas temáticas, refieren a datos de la historia de los pacientes. Teniendo presente que, "*no es posible aplicar cualquier método, en cualquier caso con las mismas expectativas de éxito*"[243]. Las tareas de: la atención, la memoria y el procesamiento de la información, planificación, clasificación, asociación, fluidez verbal y comprensión, son pensadas para cada paciente en particular.

- Tiene un enfoque particular, que produce factores de despliegue cognitivo, mediante sus temáticas y estrategias de intervención y planificación, que favorece el repliegue a estados de salud anteriores, la intervención de consignas motivadoras por la satisfacción personal que representa.

- La estimulación, es desarrollada bajo una planificación del micro- sistema (el sector de la institución donde habita). Las estrategias, esenciales para tener en cuenta se basan en diálogos con los profesionales intervinientes, sin descuidar los factores emocionales del paciente.

  El programa de estimulación cognitiva, se origina produciendo en ellos un cambio, a partir de un proyecto compartido, establecido y empleado en dos Instituciones.

  El Proyecto Nous, se implementa dos veces por semana, mediante un programa de estímulos que implican sesiones de 30' y dos talleres grupales: Músico-terapia y Arte-terapia, de alrededor 45' de estimulación semanal cada uno.

---

243 Frankl, Viktor Emil, (1995),"*La Psicoterapia y la práctica médica*", Bs. As., Edit.San Pablo.

Fase 3. El fluir de los progresos

Durante la rehabilitación, el uso del programa las valoraciones periódicas fueron hechas para valorar el progreso. Asimismo, evaluaciones mediante los mismos estímulos y los retest de fin de año arrojaron resultados positivos producidos en periodos de meses después de comenzar la rehabilitación.

El resultado de todo este proceso, se observa en las modificaciones presentes en el **Gráfico 2, (anexo 2)**, muestra el estado de las funciones cognitivas al inicio del Proyecto. Posteriormente, mediante el retest se advierten logros son significativos.

Como se puede apreciar allí, la remisión del deterioro produjo mejoras significativas de los aspectos cognitivos. Esta mejoría, tenía repercusiones en la vida diaria del paciente, tanto como en la comprensión de las consignas, la rapidez en el desarrollo del estímulo presentado, nuevas habilidades de planificación y organización ante otras tareas. En cuanto a la atención fue prolongada en el tiempo, existiendo registros de tareas efectuadas semanas anteriores. Esto era evidente incluso al propiciarse situaciones de espera de estos pacientes ante la terapéutica, periodos de trabajo cada vez más largos por pedido del paciente y la predisposición, con un tiempo de desempeño que llegó a superar los 30'.

Es de destacar, que no hubo de repetirse la consigna más de una o dos veces, luego de un periodo de 3 meses de trabajo.

Potencialmente, el humor también mejoró al igual que la autoestima fue siendo reforzada, y al ver los éxitos que había conseguido tanto en los índices positivos de logros cognitivos, como el sentimiento de compañía participando en la vida diaria de momentos de intercambio.

Sin embargo, en la mayoría de los casos era frustrada por acciones institucionales cotidianas, que los tornaban nuevamente dependientes.

En conclusión, esta experiencia, indica los beneficios que pueden ser cosechados desde estrategias definidas para la estimulación cognitiva. Estos

gerontes, presentan más que problemas de memoria, sus déficits progresivos involucran un mayor deterioro en el transcurso del tiempo. En primer lugar, con respecto al procesamiento cognitivo y en segundo lugar con respecto a su desarrollo de calidad de vida en la vejez.

Aprovechar los recursos que las nuevas implementaciones y tareas pueden proveer de tareas de estimulación cerebral. Debemos considerar, la novedad a fin de capturar la atención, así como la necesidad de estímulos visuales o auditivos que impresionen, con la capacidad para el movimiento, la variabilidad del tipo de estímulo). Asimismo, estas acciones y ejercicios deben poseer algún rasgo conocido, en cuanto a lugares propios y vivencias personales. *El programa VEF*[244] en la interacción entre el paciente y las tarjetas estímulo y/o una computadora, junto al terapeuta, favorecen el uso de una herramienta, la cual a primera vista se presenta como algo que nunca podría ser útil para las personas con déficit cognitivos importantes. Sin embargo, puede verse como un activador del potencial del residual cognitivo y favorece desde el vínculo terapéutico el advenimiento de la "posibilidad de". Situándolos en el medio en que viven, de forma más definida y centrada, organizando su entorno proveemos de un clima apto para la promoción de recursos sanos.

Este Proyecto, fomenta la motivación a descubrir el diario vivir, como una nueva esperanza donde, el "*¿Qué más me mostrará*", interviene en un continuo proceso de estímulos y con eso, la continuidad, un aspecto indispensable en la buena práctica de estimulación, es aumentada.

244 Desarrollado en el siguiente capítulo.

Programa V.E.F. para Gerontes Institucionalizados con patologías crónicas

El siguiente programa lleva su nombre por dos razones, la primera está referida a las letras iniciales de Víctor Emil Frankl, ya que el trabajo tiene sus fundamentos en la logoterapia. Y el segundo aspecto a considerar, es el trabajo a realizar con patologías moderadas y severas. Es decir, la concurrencia de ***V***arios ***E***stímulos ***F***uncionales favorecerá la multiestimulación.

El Programa V.E.F. cuenta hoy con dos partes:

1. Referido a **V**arios **E**stímulos **F**uncionales, que favorecen el reconocimiento del entorno, del sí mismo y del otro, mediante:
   a. Músico-terapia
   b. Arte-terapia

   A partir de estos talleres se trabajó inicialmente con:

   Colocación de Calendario Móvil

Técnicas de reconocimiento del propio cuerpo: globos, telas, texturas, papel y lápiz.

Elementos del ambiente, para habilitar el reconocimiento del espacio externo, tales como hojas, plantas y flores.

2. Una parte individualizada, donde un logo–Terapeuta desde el mismo "Encuentro" estimula cognitivamente con temáticas Reminiscentes.

Esta tarea consta de dos acciones terapéuticas:

a. Estimulación con tarjetas estímulo

b. El uso de un programa para computadoras.

a. En este caso, es mediante tarjetas de 20 X 20 cm., cuyo diseño contenga:

- Colores alegres y nítidos
- Dibujos o fotos definidos

- Pocos estímulos por vez.

No más de dos estímulos al comenzar, agregando uno o dos estímulos por vez a medida que el paciente avanza, estableciendo niveles de complejidad creciente.

- Temáticas Reminiscentes, para lo cual es imprescindible el recurso de la Entrevista.
- Una serie de acciones pensadas para cada paciente único e irrepetible.

Las acciones contemplan el ejercicio de funciones tales como: Atención, Memoria, Percepciones (Auditiva, olfativa, Visual y táctil), Orientación Espacial y Temporal, Comprensión, Fluidez Verbal y Vocabulario, así como la Clasificación y el Cálculo.

Programa V.E.F. para computadoras

Este Programa, es un sistema multimedia de estimulación Cognitiva que permite en el conjunto de acciones, la remisión[245] del déficit. Allí, donde por más de un año y con pronóstico desfavorable el geronte no recibía terapéutica alguna, se provee de material para el ejercicio integral. Específicamente, hago mención a *ejercicio integral,* con el sentido de atender a un *únitax múltiplex*.

Un paciente, que pueda mínimamente interactuar con el terapeuta, tendrá posibilidad de ser incluido en actividades con una computadora y/o el uso de tarjetas estímulo.

245 Remisión: Disminución de la gravedad o desaparición temporal de los síntomas durante la evolución de una enfermedad. The Lundbeck Institute. A forum for professional education and interaction in neurology and psychiatry.1997

Datos a tener en cuenta

Porcentaje de datos retenidos por un individuo
10% de lo que leen
20% de lo que escuchan
30% de lo que ven
50% de lo que dicen y discuten
70% de lo que dicen y realizan

Datos retenidos por individuos en situación de aprendizaje después de:		
	Tres Horas	Tres Días
Solo Oral	70%	10%
Solo Visual	72%	20%
Oral y visual conjuntamente		
85%		65%

El proyecto comenzado en un Hogar de ancianos, refleja una aproximación a la eficacia de los multimedia, en el trabajo con gerontes con deterioro cognitivo moderado y severo. Un programa, que inicialmente comenzó con una base de datos hechos en programas sencillos, como Excell y Power Point.
Hoy cuenta con un programa más evolucionado, que permite llevar una estadística de aciertos y errores que paciente obtiene en los ejercicios. Objetivos definidos y puntuales, hacen al conocimiento de la persona en tratamiento –estimulativo-cognitivo.

Es posible admitir, que en todos los fenómenos observados, la atención es capturada por lo menos unos minutos. Luego, poco a poco, con el transcurso de los ejercicios, la atención se torna cada vez más estable.

Un nuevo fenómeno, repite la acción de una vivencia, reconocida y placentera que mantuvo almacenada en algún lugar del cerebro. Es un verdadero "tesoro del corazón" que reedita y enlaza con la realidad actual, en forma más amena.

Desde edad temprana y en el camino de la adolescencia, los esquemas de acción[246] no componen un proceso, sino que van conformando un repertorio creciente. Ya en la vejez, sin estimulación y con un deterioro, la cosa cambia...

Pretendo reflexionar acerca de los procesos de generación de significado, a partir de modelos lingüísticos. La interacción con los lenguajes y programas computacionales, así como otras acciones ya mencionas, favorece la construcción de nuevos modelos representacionales.
Los diversos procedimientos, de incorporación permanecen en la propia cognición del paciente. Ya que él mismo, reedita su vida, retomando de manera activa el dominio cognoscitivo.

Sabemos que existen múltiples criterios para efectuar codificaciones. Una misma materia de expresión, puede ser objeto de muy diversas formas de codificación, en función del tipo de estructura de pensamiento que está operando en ese momento.

En la interacción con la computadora, por ejemplo; los sistemas de codificación empleados para manipularlas, se ponen de manifiesto en un contexto determinado.

Estos esquemas[247], se despliegan en torno de códigos y programas a considerar.

La particularidad de los medios informáticos, es que no sólo reflejan y sostienen los productos finales-verbales de nuestro pensamiento, sino los pasos intermedios del sistema de codificación específico a emplear. De esta forma es posible, desde una perspectiva clínica, aislar determinadas variables bajo

246 Piaget, J., (1998), "*Psicología y Epistemología*", Bs.As., Edit. Emecé

247 Op. Cit. ,Piaget

situaciones controladas. De esta manera, concentrarse alternativamente en los distintos pasos de cada sistema codificador, en un desglose favorecedor de la generación del pensamiento.

Las diversas formas de codificación visual, motriz, acústica y sensoperceptual, pueden ser estudiadas y abordadas interactivamente, lo cual permite su expresión y reorganización casi continuas, a través de un sistema de retroalimentación[248].

En informática nos enfrentamos, con la necesidad de desarrollar modelos lingüísticos adecuados para dar expresión a las diversas estructuras del pensamiento, a tal punto que nuestra interacción se verifica con el lenguaje artificial[249], que se superpone al código natural que estamos empleando. Sus términos son concisos, de escasa amplitud y redundancia, con poder expresivo y generativo, a partir de unos pocos elementos básicos.

Ahora bien, el ser humano cuenta con distintas formas de codificar en función del modo de pensamiento que está empleando, visto desde su dimensión biológica. Es decir, existen múltiples criterios para efectuar codificaciones. Una misma materia de expresión puede ser objeto de muy diversas formas de codificación, en función del tipo de estructura de pensamiento que está operando en ese momento.

Utilizando recursos informáticos fuertemente interactivos, es posible acceder a "una parte" de la reorganización de estos esquemas internos, con lo cual el profesional cuenta con una herramienta interactiva de alta complejidad. Dejo aquí, bien definido el aspecto "una parte", porque es una sola dimensión la que se estaría trabajando en la sesión y el hombre dista mucho de ser, solo una dimensión. Si así fuera, no se contaría con los resultados actuales del Programa de estímulos.

---

248 Winograd, T.A., Flores, F.(1986), *"Understanding Computers and Cognition"*, Norwood, N.J. .

249 Winston, Patrick H., (1994), *"Inteligencia Artificial."*, Addison-Wesley Iberoamericana, 3ª ed..

Dadas las características de los pacientes, con alteraciones y disminuciones del lenguaje, por la afasia de expresión o comprensión, agnosia e incluso Demencia, como Sme Afaso-apraxo-agnósico, donde las funciones cognitivas presentan déficit importante. El trabajo de la informática clínica, orienta a facilitar mediante ejercicios, la reestructuración de ciertas funciones de su pensamiento. Partiendo de niveles de presentación figurativo o visual, con el manejo de una mínima sintaxis computacional. Se trata de orientarlos, a reestablecer distintos circuitos de pensamiento que se encuentran quebrados o intransitables. Pero, esto dista mucho del tratamiento aplicado, la estrategia desplegada y la necesaria presencia del vínculo terapéutico.

En el ámbito psicológico, la tarea consiste en facilitar nuevas vías de expresión para los distintos procesos de pensamiento. Las perturbaciones, ocurren al nivel de la asociación y de la síntesis, las que se presentan como alteraciones que incluyen los procesos de abstracción. En el SME. de deprivación cognitiva, el lenguaje interno (actividad discursiva del pensamiento), está desorganizado en distintos grados.

En el ámbito de los significados y de su expresión, afecta la capacidad para formar y sintetizar conceptos. Así también, se observa una pérdida masiva de la memoria y funciones adyacentes.

A través de la informática clínica, pretendo favorecer la reorganización del lenguaje, por medio de ejercicios. El trabajo con expresiones que resulten más accesibles para los pacientes, y que en un primer momento, sean influyentes en su motivación, a fin de capturar la atención.

Este recurso favorece su uso terapéutico, debido a la presentación de sus imágenes. La traducción del código computacional, resulta un paso intermedio y accesible, a la lógica secuencial del lenguaje natural.

Profundizando acerca de la Estrategia especificada

¿Para qué sirve?

1. Promover — La Aplicación de ejercicios cognitivos, a partir del fuerte impacto de las imágenes o sonidos que presente la pantalla.

2. Focalizar — De manera visual y Auditiva, pocos estímulos a la vez, Secuenciados, graduales y atractivos.

3. Comprender — Ofrecer y generar enseñanzas, (diálogo posterior estimulando el remanente Sano)

Pasos a seguir

Proceso de Logo-Diagnóstico

Establecer secuencias de logros y dificultades

Selección del estímulo

Revisión de resultados obtenidos

¿Cómo ingresa el Sistema a la Memoria?

(Diagrama de flujo)

Primer Momento — *Memoria a Corto Plazo*

↓

Memoria de Funcionamiento

↓

INFORMACIÓN RECORDADA

↓

Memoria a Largo Plazo

↙ ↘

Episódica — Semántica

Interviene

↙ ↘

ATENCIÓN — **PERCEPCIÓN**

Metodología Estimulativa

El primer lugar, está destinado al Proceso de Logo-diagnóstico Psicopedagógico. En el cual ambos, paciente-terapeuta siguiendo *la primer norma del Logodiagnóstico*[250], favorecen el "Encuentro" y el conocimiento de logros y dificultades para luego planificar los pasos de la estimulación.

El programa de acciones para computadora, dispone de distintos Niveles y Sub-niveles en complejidad creciente, según el objetivo para cada paciente en particular.

Este Programa es abierto, es decir que se va modificando y ampliando según el interjuego Terapeuta –paciente, flexibilizado de acuerdo a las necesidades del momento y situación transcurrida por este paciente, con el transcurso del tiempo.

Teniendo presente que el recorrido no es estático, rígido, ni estándar se adapta a las necesidades del momento de la persona con la cual interactuamos. Es por eso, que no existe una serie de imágenes, sonidos, formatos guardados, son construidos paulatinamente. Estas luego se amplían, según los datos registrados e incrementados con cada "Encuentro".

Inicialmente, cada paciente tenía una guía de ejercicios preparada en una planilla para su mejor registro. Este registro de logros y dificultades por área, permitió focalizar el estado de la función cognitiva, en cada fecha.

El tiempo de cada sesión, comenzó con 5', a raíz de la prolongación se va incrementando hasta llegar a 30'.

El Programa V.E.F, presupone el interjuego de temáticas Reminiscentes volcadas al uso de una PC y ejercicios específicos de las funciones cognitivas. Es de subrayar que, en un año de ejercicios surgieron diversas situaciones, que

250 García Pintos, Claudio, (1992:46),"*O enterdecer da existência. Ajuda para o idoso viver feliz*", Brasil, Edit. Santuario.

formaron parte de la vida cotidiana del lugar. Fluctuaciones anímicas, en concordancia con estados generales y efectos de su salud (resfríos, descompensaciones, incluso el deterioro corporal propio de la vejez), condicionaron la continuidad del proyecto por un tiempo. Aún así, los resultados superaron las expectativas preliminares.

Ejercicios de estimulación cognitiva

Atención

Reconocimientos visuales y táctiles con niveles de complejidad creciente donde se van aumentando los estímulos, comenzado con uno o dos dependiendo del deterioro.

Se trabajan mediante *reconocimientos acordes a las temáticas surgidas de la entrevista*, por ejemplo:

Nivel 1

- *Objetos*
- *Animales, plantas, instrumentos, etc.*

Sub-Niveles

- *Se agregan distractores*
- *Consigna: Qué observa?*
- *Toque la pantalla y señale con el dedo mientras cuenta lo que ve*

Nivel 2

- *Vestimentas y acciones (como es el caso de vestimentas de bailarines fácilmente* reconocibles por ellos)

Sub-Niveles

- Se realizan reconocimientos y verbalizan acciones observadas
- Conteos
- Consigna: Qué ve en la pantalla?

- Qué están haciendo?
- Cuántos son?

Nivel 3

➢ Visualización de Semejanzas y Diferencias

Sub-Nivel A

➢ Con modelo presente (aparece en la parte superior derecha de la pantalla)

➢ Consigna : En la parte superior tiene un modelo que se repite abajo. Toque con el dedo el que se parece.

Sub-Nivel B

➢ Con modelo ausente y una exposición de 5''

➢ Consigna: Enumere los objetos que hay

- Nueva pantalla: Entre estas imágenes hay un objeto/ animal o planta que ya vio antes ¿Cuál es?

Sub-Nivel C

➢ Consigna: Enumere los objetos que hay

- Pantalla en blanco
- Qué objeto/ animal o planta vio?
-

Nivel 4

➢ Focalización a Movimientos

Sub-Nivel A

➢ Primero de partes de un objeto

➢ Consigna: Qué observa en la pantalla?

- Qué es lo que se mueve?
- Cuente tres movimientos y toque la parte que se mueve

Sub-Nivel

➢ Se incrementa la diversidad y variedad

➢ Consigna: Qué elementos tienen movimiento?

- Qué sonido escucha?
- Toque una imagen y dígame qué observó?

Nivel 5

➢ Fragmentos de Videos

Sub-Nivel A

➢ Atención al comportamiento y/o acciones observadas

➢ Consigna: Qué ocurre en la película?

- Quién es el que aparece allí?

Sub-Nivel B

- Atención al diálogo de las canciones
- Consigna: Quién es el que canta?
- Qué canción es?
- De qué trata la canción?

Ejercicios de Percepción

Visual: Figuras

Consigna: Qué observa en la pantalla?

- Toque el que es igual al modelo que está arriba

(Ocurre lo mismo con colores, formas y tamaños).

Sub-Nivel A

- Consigna: Qué hay en la pantalla?
- Cuál es más chico?

Sub-Nivel B

- Consigna: Qué hay en la pantalla?
- Cuál es el más grande?

Sub-Nivel C

- Consigna: Que hay en la pantalla?
- Cuál es el de tamaño mediano?
- **Rostros**
- Consigna: Señale con el dedo la foto que se repite

***Percepción Auditiva*:**

- **Melodías**
- Consigna: Conoce la melodía que se escucha?
- Qué tipo de música es?
- **Letras de canciones**

Sub-Nivel A

- Consigna: Escuche con atención

- Conoce esta canción?

Sub-Nivel B

➢ Consigna: Escuche con atención

- Quién cantaba esta canción?

Sub-Nivel C

➢ Consigna: Escuche con atención

- Cómo sigue la letra?

➢ **Sonidos varios.**(Animales, autos, frenadas, bocinas, campanas, etc.)

➢ Consigna: Qué sonido escuchó.

Ejercicios de Orientación

Espacial

➢ Reconocimiento de Lugares familiares

➢ Consigna: Qué lugar le parece que es?

➢ Ubicación y sonidos característicos de la zona

➢ Consigna: Qué lugar es?

- El sonido que se escucha de qué es?

Recorridos con planos del lugar actual. (Presentación de un circuito con los ambientes del sector para posibilitar la ubicación)

Consigna: En el siguiente plano vamos a hacer un recorrido del hogar y a marcar los lugares que recuerde.

Temporal

Momentos del Día (mañana, tarde y noche), horarios y acciones de cada momento (desayuno, almuerzo, etc.)

Consigna: En la foto que ve es de día o de noche?

En la foto que ve están tomando el desayuno o almorzando?

Estaciones (primavera, otoño, invierno, verano)

- Consigna: En el paisaje que observa qué estación es? (Se dan opciones Otoño o primavera?)

- Secuencias temporales (bebés, niños, adolescentes, adultos, etc.)
- Consigna: Qué ve en la pantalla?
  - (Ordene desde el menor o más pequeño al más grande).

- *Calendario se trabaja en cada sesión*
- Consigna: En la pantalla tiene el calendario con los días de la semana.
  - Qué día es hoy?
  - Cuándo nos volvemos a ver?

Memoria Inmediata

- Objetos presentados y pantallas en blanco para favorecer el recuerdo inmediato
- Situaciones y posterior recuerdo
- Frases y posterior reedición
- Consigna: Lea lo que dice en la pantalla
  - Y ahora qué dice?
  - Qué decía antes? O que aparecía en la pantalla antes?

Comprensión de Frases

- Reconocimiento de objetos y lectura respectiva.
- Comprensión de frases que remiten a una presentación anterior (sin imagen presente)
- Frases incompletas
- Antónimos
- Sinónimos
- Preguntas de reflexión con referencia a acciones. Qué hace?
- Consigna : Lea atentamente lo que dice en la pantalla
  - Cuál será la respuesta correcta? Seleccione la opción que le parezca

Fluidez Verbal

- Presentación de palabras del ayer y opciones de significado
- Lunfardo
- Consigna: Lea atentamente lo que dice en la pantalla
    - Cuál será la respuesta correcta? Seleccione la opción que le parezca
    - *Lectura*

Sub-Nivel 1

- Letras

Sub-Nivel 2

- Palabras

Sub-Nivel 3

- Oraciones
- Encontrar igualdades en las mismas

Sub-Nivel 4

- Buscar la oración que dice lo que está ocurriendo en la pantalla

- **Consigna:** Lea lo que aparece en la pantalla
    - Cuál se repite?

Relación Objeto-Nombre (gnosias)

- Presentación de objetos y opciones de nombres y usos de los mismos
- Consigna: Toque con el dedo el objeto y el nombre del mismo

Problemas de cálculo sencillos

- **Nivel 1**

- De compras y ventas

- Consigna: Veamos que cosas van apareciendo en la pantalla
  - Cuánto cuesta cada una?
  - Con... puede comprarlo o venderlo?

- **Nivel 2**

- Cartas con comodines
- Consigna: En la pantalla van a ir apareciendo cartas que le van a mostrar números, cuando aparezca alguna que ya vio toque ENTER (Se pasará así a la siguiente pantalla con más estímulos)

* La mayoría de estos ejercicios constan de respuestas estímulo a la participación del paciente, donde se felicita o favorece el aprendizaje con la menor frustración posible. (MUY BIEN!!! o simplemente NO)
* Es importante luego de la evolución del paciente ir incorporando distractores en los diferentes niveles de participación[251].

[251] Ejemplos del Programa presentados en Anexo 4

Resultados del Proyecto

Consideraciones Generales

A continuación expondré gráficamente, algunos de los resultados obtenidos mediante los estímulos propuestos.

El trabajo en estos casos, se efectuó con diferentes estrategias que permitieran captar la atención visual[252] en los pacientes tratados con los estímulos. En los gráficos podemos observar la frecuencia de respuestas certeras y cómo evoluciona un estímulo que es cada vez más complejo, con más distractores y con mayor tiempo de exposición, así también se aprecia el mantenimiento de la atención en la tarea.

Se observa, la evolución en los resultados de respuestas con aciertos, los cuales se incrementan en el tiempo, con mayores logros e incluso con una atención sostenida a diferencia del inicio de la actividad en meses anteriores.

En resumen, los logros obtenidos en el periodo de estimulación están expuestos en el Anexo 2 y corresponden al siguiente análisis:

En la **tabla 9,** se establecen correlaciones entre grado de deterioro y aciertos en Atención visual 1, cuanto más avanzado el deterioro mayor es el porcentaje de respuestas con aciertos en el retest. Necesitan reiteración pero existe aprendizaje.

En la **tabla 10**, se evalúan los porcentajes correspondientes al tiempo de respuesta en relación con el deterioro y es posible aseverar que un alto porcentaje responde de forma esperable a los 30 días de iniciado el Programa de ejercicios.

En la **tabla 11 y 12,** es factible comparar el porcentaje de aciertos en la evolución y complejidad creciente de dos estímulos, Atención 2 y 3.

[252] Actividades de Estimulación desarrolladas en el Cap. 4, ítem 4.1.1: Estrategias. Metodología y ejercicios de estimulación.

El tiempo quedó especificado en días, a raíz del logro que en forma creciente, permite apreciar en los casos de estímulo en PC, en 3 meses y en los demás emplean mayor tiempo con tarjetas estímulo, oscilando entre 4 y 6 meses.

Evolución de los pacientes

A continuación presentaré los resultados del programa de estimulación, correspondiente a los dos últimos años, en las dos primeras pacientes que iniciaron los ejercicios con PC. Y posteriormente, en dos pacientes que iniciaron estímulos en el 2005, los siete pacientes restantes de los once que formaron parte de los ejercicios en PC, permanecieron con un estado afectivo-cognitivo estable y con logros signicativos en sus funciones.

Son seleccionados a los fines de esta presentación los diagnósticos y evolución, en las 4 pacientes que se destacaron por el curso de su enfermedad, su estado inicial y logros aún con los atobajos sufridos involuntariamente. Dichas pacientes cursan, demencia instalada y su posterior estimulación mediante el V.E.F, a través de una PC, se detallan en el Anexo 2.1.

1. En el **gráfico de barras 1**, demuestra que el descenso de funciones cognitivas de una paciente con evolución favorable y que surge a raíz del corte del estímulo, por receso de vacaciones. Las cuales al reanudar continúan con mejora significativa.

2. En la segunda paciente, que padece Alzheimer, sufre golpes de origen desconocido y permanece varios meses descomensada, en cama.

Es hospitalizada por un periodo de dos meses en el Hospital Pena con varios re-ingresos.

Reinicia sus estímulos, en el mes de octubre, por fallas importantes de sus funciones y decaimiento general. Recupera a grandes rasgos, el lenguaje, la atención y la memoria a corto plazo, parcialmente (a diferencia del logro anterior.

Se observa posibilidades de aprender. El proceso consta en el *gráfico de barras 2.*

3. Otra paciente, la cual presenta Retardo mental y demencia, se establecen ejercicios en su mayoría de reconocimiento. Se administran test y retest, muestra modificación en sus funciones, representados en el *gráfico de barras 3.*

4. La cuarta paciente, seleccionada a modo ejemplo, padece altibajos, en su estado de ánimo, lo cual origina varios desenlaces de ACV y es internada en el Hospital Tornú. Dichas descompensaciones son productos de diferencias y amenazas que le propician en el hogar. La cercanía de los hijos a raíz de este suceso favorece su restablecimiento. *Gráfico de barras 4*

Progresos del grupo en el tiempo

Luego del análisis de resultados obtenidos en los dos últimos años, surgen los siguientes resultados:

- Las funciones que se modifican significativa primero son:

1. Memoria a Corto Plazo y Atención, incluso los tiempos de reacción se van produciendo más rápidamente.
2. Concentración y Memoria a Largo Plazo, luego de 3 meses de estímulo se va observando un lapso mayor de 30' de Atención sostenida y recuerdos de semanas anteriores de estímulos, con comentarios de "este ya lo hice".

Las funciones cognitivas de Comprensión y Abstracción como los procesos de análisis y síntesis, dependen en gran medida del grado de escolaridad, pero a su vez son las que muestran el declive en patologías crónicas, por ello debido a la falta de datos no es posible asegurar que esta población contaba con esas funciones desplegadas en forma esperable o si son una pérdida adquirida por la patología orgánica dominante, trasladándose en diferencias significativas a la hora de observar la eficacia del estimulo.

La Orientación Temporal se va modificando al presentar el estímulo en días y horarios fijados e incorporar calendarios visibles para el grupo e individuales para las habitaciones. Es de subrayar, que en estados más severos se acentúa la desorientación al no trabajarse.

En cuanto a la Discriminación Visual, con PC se muestra más estable y su evolución es significativamente mayor al estímulo con tarjetas. Aunque este estímulo alcanza una modificación luego de 3 meses, es decir posee una evolución más lenta requiriendo de un tiempo mayor de estímulo.

Los primeros deterioros de la edad, Visión, Audición, Memoria Inmediata y Atención, son los que se acomodan y restablecen inicialmente.

Los tiempos cortos de reacción se producen con el estímulo de la PC, al mes de comenzar con la serie de ejercicios. Modificaciones desfavorables en los logros obtenidos son el resultado de:

- Falta de continuidad por feriados
- Temáticas presentadas sin significación ni conexión con la reminiscencia del paciente.

Los tiempos más cortos de reacción se producen en actividades de Atención, Memoria Inmediata y Fluidez Verbal. *Destacándose* los tiempos más largos en ejercicios de Comprensión.

En los pacientes con continuidad ha influido durante la estimulación cognitiva el mal vínculo con el terapeuta. Se ha notado un restablecimiento menor al final del periodo. En cambio, los pacientes que han tenido terapeutas con buen vínculo, sus funciones poseen un mejor perfil.

El gráfico 5: Presenta el estado Inicial de las funciones durante el 2003, en color azul y el retest de fin de año en color rosa. Durante inicios del 2004, las memoria había declinado por falta de estimulación. Luego de los estímulos del año, existe una remisión considerable.

En el mismo gráfico aparecen los decesos, marcados por declive de líneas al punto 0, de la representación gráfica.

De la misma forma ocurre en los *gráficos 6,* donde se trabaja atención y en el *Gráfico 7*, el cual muestra el estado inicial y final de la función atención sostenida (Comprensión).

Y Ahora?...

En el capítulo 4, fueron presentados los resultados del test Mini Mental State de Folstein. Es ahora, tiempo reflexionar la propuesta de estimulación, del Proyecto Nous y el Programa VEF, a partir del test y re-test de la técnica H.T.P., en una adaptación al test de Buck. Es de destacar, que en el Programa de Estímulos, no se trabaja específicamente con gráficos en ninguno de los talleres, tampoco el Proyecto Nous posee esta intención.

Asimismo, es importante integrar todos los resultados, en este caso la evolución en el Mini Mental, los logros en Arteterapia y Músicoterapia, la evolución en PC en los ejercicios en cuanto a aciertos y la evolución en los gráficos de H.T.P., que fueron tomados como indicadores de rendimiento.

En general, la búsqueda permanente de mejores instrumentos diagnósticos para su empleo en gerontología, tiene que adecuarse a las necesidades. Dicho empleo tiene que considerar la forma holística de su empleo, tanto en el contexto como en el ser integral en el cual será administrado. La falta de experiencia hace muchas veces, de un nefasto escenario donde el paciente es objeto de pruebas sin previo análisis de para qué y por qué de su empleo. Esta vez, la técnica, toma el inicio del estado del paciente y se retoma a fin de año. La administración inicial, efectuada por separado y luego de forma integrada, manejar la labilidad atencional de las patologías objeto de este trabajo. De este modo, obtener una representación más acabada y menos forzada, predisponiendo a una colaboración con resultados operativos.

Este medio de expresión, desde el campo clínico permite no solo ver aspectos proyectivos en los trabajos, sino una evolución de la conducta y adquisiciones perceptivas, de las funciones propiamente dichas.

A partir de esta actividad, son revelados contenidos tanto internos, arcaicos, inconscientes, *relacionados con sus sensaciones e incluso su propia imagen corporal.*[253]

253 Haworth, Mary, (1966:241), "*Técnicas proyectivas*", Bs.As., Edit. Paidós.

Igualmente *la expresión formal, de integración de partes implicaría el más alto potencial para la capacidad de relacionar y combinar, de asimilar, unificar y organizar*[254]. Por ende, estos cambios observados en las representaciones que a continuación detallaré, están referidas al desarrollo de actividades complejas y significativas de la mente y la psiquis, en el desempeño y representación de las figuras.

Los gráficos presentados en primer orden, fueron efectuados por las dos pacientes que dieron origen al la experiencia en computación. Estas residentes, cursan Demencia tipo Alzheimer y Demencia Senil. Posteriormente se incluyeron otros pacientes en actividades similares. Estos con Parkinson, retardo mental, Afasia de comprensión, etc. Presentado originalmente, agnosia, apraxia, fallas importantes de atención, memoria, orientación espacio-temporal, entre otras; aportaron resultados significativos.

Primeras pacientes estimuladas con PC

De estas modificaciones, producidas a partir del programa de estimulación, obtenemos los siguientes resultados:

1. El primer análisis corresponde a la administración de fines de 2003. Aquí se realiza el retest de la misma técnica administrada el año anterior, con lápiz y papel, logra representar líneas y letras con lápiz.

Desde un *Análisis Guestáltico*, la paciente logra a través de la casa representar techo y paredes, agregando columnas para que la sostengan. El techo de color rojo podría pensarse como tejas o que cierto grado de agresividad le preocupa, estableciendo el control a través del color azul de las paredes. Es de destacar que Juana durante este periodo tuvo mareos y pérdida de estabilidad, motivo por lo cual los palitos sostendrían esta inestabilidad.

254 Op. Cit, Haworth, M.(1966:246)

Desde un *Análisis de contenido*, aparece el vacío representado por la falta de puertas y ventanas mostrando a su vez la dificultad de relación que tiene.
No logra la representación de árbol que remitiría a niveles más profundos, si bien se le repite varias veces la consigna pareció no registrarla y resistirse a efectuarla.

En el caso de la persona, a *Nivel Guestáltico* no logra la representación esperable. Sin embargo si tomamos el *Análisis del Contenido*, logra integrar una representación con 4 lápices que según dice son "personas chiquitas" y "una persona grande". Quienes más trabajaron con ella fueron dos practicantes jóvenes desde la estimulación informática y dos participaron en tareas de estimulación con tarjetas. Podría además decirse que la persona grande sería yo a quien vio durante todo el año acompañando a pasantes y practicantes.
Además señalo la preocupación de la paciente por dejar a todas esas personas juntas acomodándolas como en un intento de que no se escapen. (Véase el Análisis del discurso desde la Hermenéutica)

En síntesis: la representación del H.T.P integrado tuvo evolución positiva tanto desde un nivel Cognitivo como afectivo por lo siguiente

- En la anterior toma no pudo conectarse con el material[255]
- A nivel emocional pudo conectarse con otro representando varias personas
- Se conecta con el material e incluso quería quedarse con su trabajo dejándomelo a mí únicamente."A ella sí se lo doy, pero se lo lleva...

En la siguiente paciente la cual cursa la enfermedad de Alzheimer, se le administró el HTP integrado por primera vez en el mes de Mayo de 2003 se obtiene el resultado sorprendente del re-test.[256]

255 Foto H.T.P. ver Anexo 1.2

256 Op. Cit. retest Anexo 1.2

Casa:

Ubica la casa en el centro de la hoja.

Análisis Guestáltico: Logra representar paredes y techo en los lugares esperables, no así la puerta que coloca acostada. Podría remitir al cierre de la comunicación no permitiendo la entrada ni la salida de la misma.

Análisis de Contenido: La falta de puertas y ventanas además de la estructura marcan el vacío y la soledad que Aurelia vivenciaría. Esto unido a la puerta colocada a modo de obstáculo para entrar darían cuenta de un bloqueo afectivo.

Árbol:

Ubica el árbol a la derecha de la hoja.

Análisis Guestáltico: Representa un abeto, que fue trabajado momentos antes a través del programa de computación. Es una figura fácilmente reconocible, esta vez con muchas hojas a diferencia de su primer H.T.P.

Análisis de Contenido: El tronco aparece erguido denotando falta de energía, de base o sostén, el cual aunque robusto no permite el intercambio con el adentro y el afuera. Las hojas aparecen redondeadas sin puntos de contacto de modo envolvente haría pensar en un repliegue de sí misma en una ida y vuelta del Yo y colocadas en forma endeble marcando debilidad de recursos para comunicarse con el entorno y su propia debilidad e inseguridad para relacionarse con otros.

Persona:

Ubica a la persona a la izquierda de la hoja.

Análisis Guetáltico: Logra el esquema de la persona con cabeza, tronco, piernas y brazos, con dimensiones cercanas a las esperables. Carecen de manos impidiendo el contacto con el afuera.

De color azul denotan el control que esta persona tiene con el entorno.

Análisis de Contenido: Si bien cumple con algunos parámetros esperables se presenta sin ojos ni boca denotándose una forma máxima de evitar mostrarse y

además imposibilidad en la comunicación observándose en ella el extremo vacío[257].

En síntesis a partir del análisis se desprende que la remisión estaría dada por el logro de tres figuras reconocibles.

Aunque visto desde el Nivel emocional o afectivo los esquemas marcan el vacío y la soledad, se podría decir que son igualmente más evolucionados que el primer H.T.P. pero la falta de agregados a la casa con una puerta acostada en forma cruzada a modo de bloque, un árbol que si bien presenta hojas están colocadas sin punto de unión con el tronco, así como los componentes del rostro ausentes y favoreciendo tener un primer acercamiento al otro para mirarlo, hablarle y reconocer a través de sus gestos sentimientos de alegría o tristeza aquí ausentes, dan la sensación del vacío interno de Aurelia. Aunque la respuesta durante los momentos de estimulación en PC son de gran alegría para ella, solicitando más actividades y canciones.

Ambas pacientes estimuladas con el programa para PC y todos los pacientes que fueron estimulados a través de tarjetas en menor grado, han recibido a través de este plan de estimulación cerebral, sistemático y progresivo, programado para cada paciente y su singularidad como persona una propuesta de activación cerebral. Donde es posible evitar que *persistan las células llamadas perezosas del cerebro*[258]. Y esto se da por plasticidad cerebral, mediante la estimulación adecuada, pase de un nivel estructural, funcional y comportamental a otro cualitativamente superior. Así, *la plasticidad cerebral torna educable al cerebro del envejecido y reeducable, al del envejecido afectado por una lesión o enfermedad senil, vascular o traumática.*[259]

Es de destacar, que los avances cognitivos y de representación se produjeron en un lapso de 3 meses de estímulo continuo. A su vez, en los

257 Ver Anexo 1.2.1

258 Kleiner, Bernardo,(2002) "*Claves Desarrollo teórico-Clínicos*",Bs.As, Material del curso de psicogerontología, Univ. Maimónides, (Cod74).

259 Op. Cit., (Kleiner, Bernardo:2002)

pacientes estimulados mediante tarjetas, los logros se producen en un lapso mayor, alrededor de 5, 9 y 12 meses en otros. Pero aun así, sus logros fueron significativos. Pacientes con fallas en la comprensión, memoria, atención y ligados sus gráficos o representaciones, sufren modificaciones de relevancia en cuanto al logro de una representación saludable de su propio esquema.

El cerebro humano y su relación con el intelecto desde los trabajos de Luria, en que se re- constituyen las funciones del cerebro con ejercicios, iniciados por él ya durante la segunda guerra mundial con heridos de guerra, constituyen la base científica que permitió los trabajos posteriores sobre la validez de la multiestimulación como posibilidad de reparar zonas y funciones cerebrales, invalidadas por la patología.[260]

Es decir, re-estimular zonas que han sido dañadas y/o favorecer otros recursos haciendo trabajar otras partes que pasan a desempeñar esas funciones, dependerá de la extensión y profundidad de la lesión[261], el tipo de estimulación cerebral que la persona realice y de la motivación que proporcione la actividad.

---

260 Nota: Investigadores norteamericanos como Folson, Stephens, ampliaron los descubrimientos de Luria. Bajo el efecto de estimulaciones adecuadas, las neuronas forman nuevas arborizaciones dendríticas, flamantes autopistas que portan neurotransmisores, que inician la tarea de reparar zonas lesionadas por alguna patología.

261 Desde Hayflick se acepta que todas las células somáticas animales, in vitro o in vivo, tienen una capacidad de replicación limitada, constante para cada tipo celular de cada especie, que se conoce como Límite o Número de Hayflick.
Si el medio no es apto, las células no alcanzan a desplegar su máximo potencial replicativo y mueren antes, pero aún en el más ideal de los medios (in vitro o in vivo), no pueden superar el Número de Hayflick. Este es directamente proporcional al maximun life span de las especies, y en los organismos íntegros, inversamente proporcional a la edad del individuo (cuánto mas viejo el organismo del que se extraen células para cultivar, menos viven éstas en cultivo).
En los raros casos de "envejecimiento acelerado" (típicamente en la progeria, o síndrome de Hutchinson-Gilford), a las células de niños de 7 u 8 años les restan tan pocas duplicaciones como a las mismas células de un individuo de 70 u 80 años.
Las células, tanto in vitro como in vivo, registran el número de duplicaciones efectuadas, no el tiempo transcurrido: congeladas en nitrógeno líquido durante años, al descongelarlas y cultivarlas,"recuerdan" el número de veces que ya se habían dividido antes de la congelación, y se dividen hasta alcanzar en Número de Hayflick que les corresponde; la suma de duplicaciones anteriores y posteriores a la interrupción provocada por la congelación, siempre es igual al número de Hayflick.
Cuando las células alcanzan el número de Hayflick (in vitro, in vivo no llegan porque el individuo muere antes),entran en un estado llamado "senescencia duplicativa",ya no se dividen , y poco después mueren por apoptosis.
Antes de alcanzar la senescencia duplicativa, las células sufren decenas de cambios físico-químicos y funcionales en todo semejantes al envejecimiento del organismo íntegro: aún en medios óptimos, libres de agresiones y enfermedades, las células envejecen y finalmente mueren. Dr. Bonetto, Alberto, Curso de Neuropsicogeriatría, Material de la Clase del día 10-05-06, Universidad Favaloro.

En esta relación de confianza, la particular comunicación entre terapeuta-paciente, habilitado por la técnica de la reminiscencia potencia la efectividad de la tarea.

Los lóbulos temporales, están vinculados al habla, también disponen de más de una veintena de áreas visuales accesorias que pueden ponerse en funcionamiento por pertenecer a la misma sede funcional. Y que centros visuales "accesorios" se hallan asociados a funciones vestibulares, auditivas, olfatorias y táctiles[262]. La nueva aportación de la regeneración de las células nerviosas en adultos (neurogénesis del adulto) a través de la estimulación ambiental no farmacológica abre nuevos caminos con insospechadas posibilidades terapéuticas. Entonces, el sistema multimedia o los estímulos de tarjetas (visuales) que transforman un código en otro, asemeja al trabajo de nuestro cerebro, lo pone en acción. En el estudio del envejecimiento adquiere particular importancia la creciente masa de información referida a la participación de éstos mecanismos no sólo en el proceso propiamente dicho, sino también en la génesis de muchas de la "age related diseases", las enfermedades vinculadas al envejecimiento.[263]

---

262 Kemperman y Gage (1999) confirman la emigración de células madre desde los ventrículos laterales hasta el bulbo olfatorio, aumentando la ramificación dendrítica, las neuronas y la neuroglia. (Gould y McEwen, 1997;Erickson,1998).

263 Los telómeros son estructuras situadas en ambos extremos de todos los cromosomas, constituidos por ADN simple, de una sola hebra, integrado por hexámeros de pares de bases (TTAGGG: Timina, Adenina, Guanina, en el humano) repetidos varios miles de veces. A diferencia del ADN "normal", éste no contiene información .Entre sus funciones se encuentra la de impedir la fusión de los cromosomas a nivel de sus extremos.

Toda vez que cualquier célula cumple una mitosis, sus telómeros pierden algunas decenas de pares de bases y acortan su longitud. Luego de un determinado número de divisiones los telómeros alcanzan una longitud crítica, no pueden cumplir su función protectiva de la información, la célula ya no se divide (la "senescencia duplicativa" de Hayflick), y muere por apoptosis.

Hay células normales (Germinales, Stem Cells) y anormales (cancerosas) que no respetan el Número de Hayflick: pueden duplicarse indefinidamente. Ello se debe a que éstas células producen una substancia que devuelve a los telómeros la longitud perdida durante la mitosis. Esta substancia que por ser una enzima se llama telomerasa, tiene varias subunidades, la más importante desde el punto de vista funcional está compuesta por ARN, es una transcriptasa inversa que copia la secuencia hexamérica del telómero (TTAGGG) y se la restituye.

El que una célula, normal o patológica, produzca o nó telomerasa, depende de la actividad genética. En células humanas que habitualmente no expresan telomerasa (fibroblastos, epitelio retiniano, epitelio glandular mamario) se ha logrado por transfección genética que lo hagan: éstas células se han convertido en "inmortales", son capaces de dividirse indefinidamente, aparentemente sin convertirse en neoplásicas.

Las investigaciones y aplicaciones del complejo telómero-telomerasa son particularmente importantes en dos áreas: el cáncer y el envejecimiento. Debe tenerse en cuenta que son mecanismos muy complejos que recién comienzan a conocerse, de los cuales los telómeros y la telomerasa son sólo una parte, y quizás no la más importante. (Se sabe ya que los telómeros interactúan con la región subtelomérica y los genes subyacentes, que en la regulación de la replicación celular intervienen, además de la telomerasa, otras substancias, como la polimerasa tradicional, las sirtuinas,etc.). Bonetto, Alberto, Curso de Neuropsicogeriatría, Material de clase del día 10-05-06 Universidad Favaloro.

Solo me resta decir que así como la teoría de la logoterapia es "una teoría no terminada", el presente programa no está terminado porque "sigue creciendo, viviendo y desarrollándose. *"Explorando y descubriendo* [264] *en cada sesión y con cada paciente en su particularidad como persona"*, con experiencias diferentes y caracteres y personalidades pero por sobre todo con un nivel de afectividad a la espera de cada encuentro.

Como conclusión, cabe decir que los criterios diagnósticos y de evaluación, son un marco de referencia que sirve para elaborar la propuesta de estímulo cognitivo. Asimismo, posteriormente corroborar si una propuesta fue viable o no. A pesar de esto, existen algunos aspectos que no pueden ser evaluados. Básicamente, se exteriorizan a modo de percepción de bienestar, denotada por ejemplo mediante el contacto con el otro, en la espera y la respuesta manifiesta.

264 García Pintos, Claudio, (1998), *"La humanidad posible"*, Bs.As., Edit. Almagesto.

Parte 3

Últimas

Investigaciones en el campo Somático

Capítulo 6

Supuestos en la relación anatomofisiológica y de estímulo localizado

Envejecimiento patológico

Luego de la muestra de resultados obtenidos en el capítulo 4, se hace necesario profundizar esta investigación ampliando la hipótesis inicial *"El estímulo adecuado y sistemático de aquellos aspectos no afectados por deterioro cognitivo puede significar un recurso interno salutífero suficiente, para retardar el progreso del cuadro e incluso para mejorar su standard, en casos de deterioro cognitivo comprobado"*.

Es decir, en realidad en demencia ¿qué áreas son afectadas y cuáles son las estimuladas? ¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al deterioro patológico?

Es preciso destacar, que la presente investigación no cuenta con tomografías computadas para demostrar orgánicamente los cambios producidos por el estímulo, debido a que la población además de estar institucionalizada, carece de recursos.

Con la finalidad de analizar desde el campo somático el deterioro de las funciones cognitivas, generalmente atribuido al envejecimiento presentaré cuáles son las áreas que disminuyen y las que se mantienen, en el envejecimiento normal y en la vejez patológica. Ya que en la demencia los cambios cognitivos asociados con el envejecimiento normal, en nada se parecen.

Debido a la combinación de una declinación de algunas funciones cognitivas, en la vejez normal, los viejos realizan acciones que conlleven la inclusión de dichas funciones con más lentitud que en su juventud.

Memoria

El esquema anterior presenta la en forma sintética la composición de la memoria y el cuadro que sigue los logros y dificultades en la vejez normal.

Desde la neurociencia, y siguiendo a Eric Kandel, el tema de la memoria implícita, se presenta de modo esquemático y contextual, de la siguiente manera. "Las funciones mnésicas pueden localizarse en regiones específicas del encéfalo. "La memoria no es un fenómeno unitario y puede clasificarse en implícita o explícita según cómo se almacene y se recuerde la información +La memoria explícita implica el sistema del lóbulo temporal medial +La memoria implícita no requiere un recuerdo deliberado e implica a varias vías perceptivas y reflejas

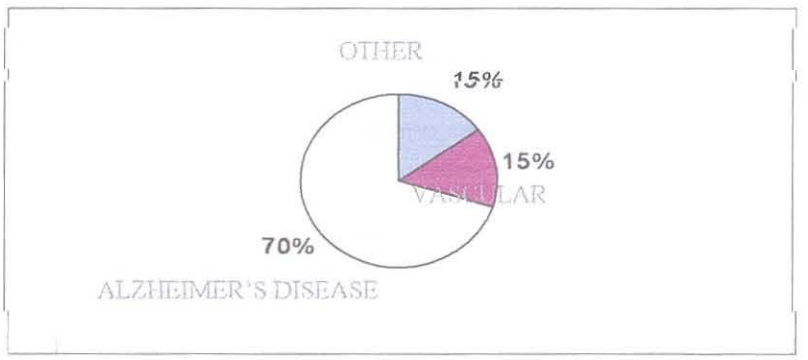
*El aprendizaje implícito puede ser de tipos no asociativos o asociativos.

[265]**Declina con la edad**	**Se mantiene**
Inteligencia fluida	Inteligencia cristalizada
(adaptación a tareas nuevas)	Memoria semántica
	Memoria conceptual
Flexibilidad cognitiva	
Resolución de problemas	
(cuando hay información redundante	
E irrelevante)	
Memoria secundaria	Memoria primaria
	Memoria prospectiva
	Recuerdo facilitado por claves
	(efecto priming)
	Memoria implícita (incosciente)
Memoria episódica anterógrada	Memoria episódica retrógrada
	Memoria explícita (consciente)
	Es semántica y episódica
Fluidez verbal	Lenguaje
(es fonológica)	Fluidez verbal del Priming semántico
Atención selectiva	Span Atencional

265 Lic. Yanco, Adriana, (Clase del día 9-09-06), "Cognición",Curso de posgrado en Neuropsicogeriatría, Universidad Favaloro, Bs.As

Esta tabla, proporciona una idea del estado de las funciones en pacientes sin deterioro cognitivo, teniendo en cuenta que el concepto de declinación es atribuible a la disminución y no a la alteración propia de un deterioro.

Ya introduciéndome en el tema que nos convoca, la demencia es un síndrome que provoca afección cerebral, produciéndose un deterioro que hasta el momento sería progresivo. De diferentes aspectos de la función intelectual, la enfermedad *interfiere con el funcionamiento social, ocupacional o ambos, afectando las partes del cerebro que controlan la memoria, el lenguaje, razonamiento, orientación; los cuales pueden coexistir con trastornos emocionales, conducta social o motivación.*[266]



El gráfico fue cedido por el Dr. Ignacio Brusco

266 Manes, Facundo, (2005:15),"*Convivir con personas con enfermedad de alzheimer u otras demencia*", Bs.As, Edit. Manes Facundo.

Síntomas cognitivos en la Demencia[267]

- Trast. de Memoria
- Trast. Del lenguaje
- Apraxias
- Agnosias
- Trast. Atención
- Trast. Prosodias
- Trast. Visoespaciales
- Trast. Percepción
- Capac de inhibición
- Trast. Desición
- Trast. Cálculo
- Conceptualización
- Intelectual
- Funciones Ejecutivas
- Panificación Motora
- Musias
- Construccional
- Orientación

Las causas de las demencias son hereditarias y genéticas según los últimos estudios[268]:

- *Comienzo temprano* de origen *familiar*, son autosómicas dominantes, representan el 5% de los casos de EA.

  Son causadas por mutaciones en genes como:

  PS-1 (cromosoma 14)

  PS-2 (cromosoma 1)

  APP (cromosoma 21)

- *Comienzo tardío* de origen *esporádico*, asociado a genes que son factores de riesgo, como el caso de:

  APOE (cromosoma 19)

  Aunque se ha comprobado la posibilidad de que el Sme. nunca se manifieste aun con un APOE 4/4, requiriendo de desencadenantes tales como, ambiente estresante y soledad o carencia de afectividad.[269]

---

267 Brusco, Ignacio, (Clase 7-07-06), "*Nuevas Estrategias diagnósticas y terapéuticas en las Demencias*" , Bs.As, Curso de Neuropsicogeriatría, Universidad Favaloro

268 Brusco, Ignacio, (8-09-06),"*Nuevas estrategias diagnósticas y terapéuticas en las demencias*" , Bs.As,8° Congreso Argentino de Neuropsiquiatría y Neurociencia Cognitiva.

269 Bonetto, Alberto, (Clase 12-08-06),"*Neurogénesis*" , Bs.As, Curso de posgrado de Neuropsicogeriatría, Universidad Favaloro, Bs.As.

Importancia del aprendizaje y la memoria en el Sme. Demencial

Para comprender la inmensa mayoría de los fenómenos de aprendizaje quizá es necesario partir de una definición del término. Se entiende por aprendizaje al proceso de adquisición de conocimiento que conduce a la posesión del mismo, una definición simple que, sin embargo, podría ser aceptada en disciplinas como la Psicología de la Educación o la Psicología Cognitiva.

Los intentos más sistemáticos por definir el aprendizaje han provenido de una aproximación conductual a su estudio, centrada en gran medida en la experimentación con animales (ver Kimble, 1961)[270]. En las últimas décadas esta aproximación ha establecido vínculos con marcos cognitivos, creando ámbitos de investigación en los que una definición ampliamente compartida concibe éste como cualquier cambio duradero en la potencialidad de la conducta, resultado de la experiencia con acontecimientos ambientales (Domjan y Burkhard, 1990)[271].

Esta definición permite diferenciar el aprendizaje de otros cambios en el comportamiento no duraderos que son producto de la fatiga, de cambios en el ambiente, o de cambios en el estado fisiológico o motivacional del organismo, así como de otros cambios que aún siendo duraderos, no derivan de la experiencia, sino de procesos de maduración de un organismo. Estos aspectos son de suma importancia al momento de plantearnos acciones terapéuticas con gerontes con deterioro cognitivo. Teniendo presente que aprendemos en todas las etapas de nuestra vida a resolver los problemas que el entorno nos plantea. Por otra parte, el término potencialidad permite una relevante distinción entre el aprendizaje y su expresión, que puede venir determinada por otros muchos factores distintos al propio aprendizaje (Domjan y Burkhard, 1990).[272]

---

270 Kimble, G. A. (1961). «*Hilgard and Marquis' Conditioning and Learning*» (2nd ed.). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

271 Domjan, M. y Burkhard, B. (1990). «*Principios de Aprendizaje y Conducta*». Madrid: Debate.

Para superar estas confusiones, parece necesario restringir la aplicación del concepto de aprendizaje a la producción de cambios en sustratos neurales (Lehey y Harris, 1997)[273]. En otras palabras, el aprendizaje debe suponer asimilación de conocimiento por parte de un sistema nervioso plástico. Sin dejar de mantener un dominio amplio que incluya como aprendizaje desde, por ejemplo, cambios conductuales observados en anélidos como producto de su experiencia, hasta, pongamos por caso, operaciones más complejas en seres humanos.

De este modo, el aprendizaje que se produjo en la población detallada durante los capítulos anteriores es una muestra de que es posible estimular áreas dañadas mientras habilitemos mediante la motivación de cada paciente los periodos atencionales cada vez mayores. De este modo, es dable aclarar que *la selección entre la información principal y la accesoria, manteniéndola durante cierto tiempo y cambiar de foco hacia otros mensajes y tareas se ve afectada por la edad y aún más en el deterioro*[274]. Esto hace necesario que las temáticas seleccionadas para la estimulación cognitiva y específicamente la captura atencional, provenga de situaciones cuya temática sea conocida y novedosa.

En las llamadas experiencias de priming, por ejemplo por medio de tarjetas con palabras y oraciones, dibujos o fotos relacionadas con experiencias de vida propias de cada geronte se restaura la información trabajada con influencia de la memoria a lago plazo.

El procedimiento permite primero la *exposición a información estimular y posteriormente, la recuperación de información estimular.*

---

272 Esta definición es imprecisa con respecto a las experiencias denominadas de troquelado, en las que la exposición a ciertos estímulos es necesaria para que se produzcan cambios madurativos (Domjan y Burkhard, 1990). Por ejemplo, recibir luz en ciertos periodos críticos, es necesario para que ciertas plantas alcancen determinados estados de maduración.

[273] Leahey, T. H. y Harris, R. J. (1997): *"Human learning. Englewood Cliffs"*, N.J: Prentice Hall.

[274] Inmaculada de la Serna, Pedro, (2000: 35), *"Manual de psicogeriatría clínica"*, Barcelona, Edit Masson.

Capacidad de aprendizaje

Cleeremans y Jiménez (2002)[275] consideran el aprendizaje como una capacidad exclusiva de los organismos que poseen experiencias (i.e., un cierto tipo de sensibilidad con componentes fenomenológicos), y lo definen como un resultado de estas "experiencias". Por el contrario, los cambios derivados de otros tipos de contacto con el medio por parte de organismos (o aparatos) que carezcan de esta modalidad subjetiva serían considerados adaptaciones derivadas de otro tipo de "sensibilidad", más que aprendizajes resultantes de una "experiencia".

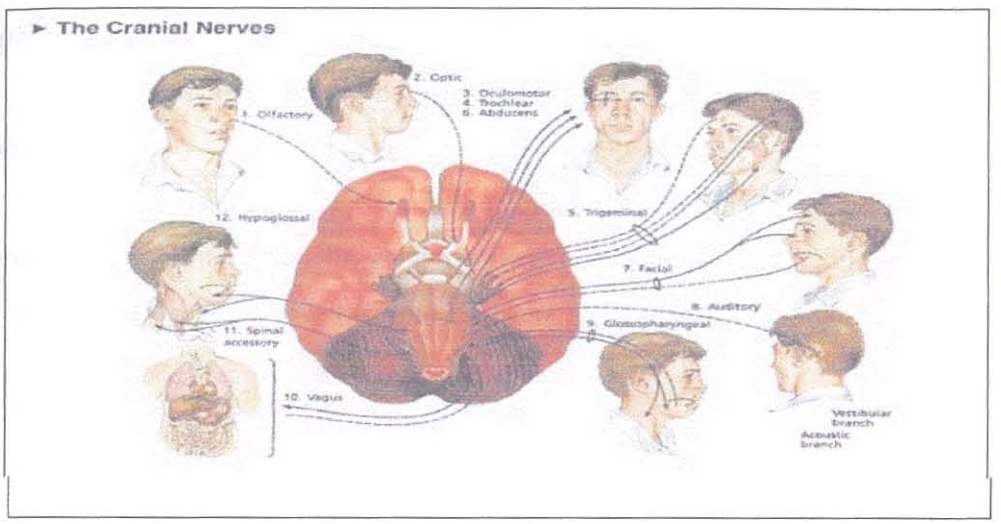
Sin duda, una interpretación literal de esta última concepción puede inducirnos a pensar que los autores niegan la existencia del aprendizaje inconsciente. Sin embargo, Cleeremans y Jiménez (2002) mantienen que podemos aprender de manera inconsciente las relaciones que mantienen ciertos estímulos presentados dentro de un contexto global del cual somos conscientes. Este contexto sería simplemente la situación en la que está inmerso el aprendiz, y el aprendizaje se produciría sin consciencia siempre que los elementos que se perciben conscientemente en esa situación no lleven al aprendiz a detectar la existencia de una relación susceptible de ser aprendida.

En definitiva, desde una concepción del aprendizaje como capacidad propia de organismos con un sistema nervioso plástico, o de seres con experiencia consciente, podemos manejar el término aprendizaje inconsciente como un fenómeno que acontece en determinados seres vivos, por el cual estos cambian su actividad en función de su experiencia previa con el medio. De hecho, estas dos posturas pueden vincularse si se considera el aprendizaje como un proceso que acontece en organismos con alguna forma primitiva de sistema nervioso capaz de generar experiencias subjetivas de recompensa y castigo, que sirven para moldear su conducta de manera adaptativa (Cleeremans y Jiménez 2002). Ahora bien, no debemos olvidar que considerar la experiencia subjetiva como requisito de un

[275] Cleeremans, A. y Jiménez, L. (2002:1-40), "Implicit learning and consciousness: A graded, dynamic perspective". En A. Cleeremans y R. French (Eds.). *Implicit Learning and Consciousness: An empirical, philosophical, and computational consensus in the making*. Hove, East Sussex: Psychology Press.

episodio de aprendizaje, restringe en cierta medida el espectro de especies que podemos considerar con la capacidad de aprender, y el rango de fenómenos de cambio de conducta que pueden ser considerados aprendizaje en el ser humano.

El siguiente esquema presenta las áreas estimuladas y su localización



Más específicamente, las estructuras cerebrales que estarían siendo incentivadas pertenecen, a Corteza cerebral, intervinientes en funciones de Pensamiento, Movimiento voluntario, Lenguaje, Razonamiento y Percepción. Como también el Hipocampo (una parte del Sistema Límbico que incluye el grupo de estructuras de la amígdala, el hipocampo[276], los cuerpos mamilares y el giro cingulado), cuya función es de Aprendizaje[277] y Memoria.

276 Bonetto, Alberto, (Clase dictada:07-07-06), NEUROGENESIS El nacimiento de nuevas neuronas en el cerebro adulto. Curso de Neuropsicogeriatría, Universidad Favaloro, Bs.As. El descubrimiento del reemplazo neuronal espontaneo en el cerebro de los vertebrados adultos ha cambiado el modo en el cual pensamos acerca de la biología de la memoria. Fernando Nottebohm

277 Altman J, Das GD. J, (1965), *«Autoradiographic and histological evidence of postnatal hippocampal neurogenesis in rats »*. Comp Neurol

El ser humano, al desarrollar mayoritariamente las áreas de asociación de la corteza, fue adquiriendo las llamadas "funciones superiores" (lenguaje, aprendizaje sistemático, el juicio, la voluntad, comprensión, etc). Funciones que en teoría se pierden y no se recuperan en los casos de demencia. Entonces podríamos aseverar que dichas zonas pueden ser restablecidas mediante determinados estímulos, focalizando recursos como la reminiscencia.

Es ya conocido en el campo de la biología, que el cerebro puede producir nuevas células nerviosas para sus centros de aprendizaje y memoria. Esto *podría conducir a nuevas maneras de tratar la injuria cerebral producida por enfermedades tales como la demencia.*[278]

Estas nuevas células son regeneradas en el hipocampo, área asociada a la memoria.[279]

La investigación sobre las células de vástago[280] está avanzando conocimiento sobre cómo un organismo se convierte de una célula y cómo las células sanas substituyen las células dañadas en organismos del adulto. Esta área

---

278 Op. Cit. Manes, Facundo, (2005:61)

279 Op. Cit, Manes, Facundo (2005:62), "Científicos de Princeton University publicaron recientemente en la prestigiosa revista Science que en el cerebro de los monos pueden formarse nuevas células después de su maduración. Los investigadores trazaron el camino que seguían las células nerviosas que se producen en una parte del cerebro y después migran a la corteza cerebral. Una vez que las nuevas células arribaron a la corteza cerebral, se convierten en una nueva parte del circuito cerebral.

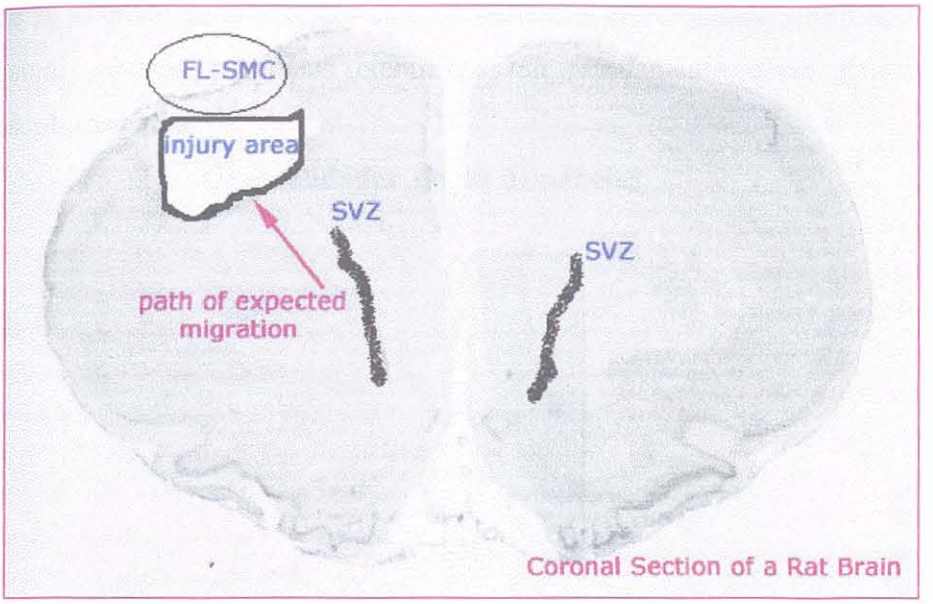
Las células de vástago tienen dos características importantes que las distingan de otros tipos de células. Primero, son las células no especializadas que se renuevan por periodos largos con la división de célula. El segundo es ése debajo de cierto physiologic o las condiciones experimentales, a os pueden inducen que se conviertan en células con funciones especiales tales como las células que baten del músculo del corazón o las células insulina-que producen del páncreas.

Los científicos trabajan sobre todo con dos clases de células de vástago de animales y de seres humanos: células de vástago embrionarias y células de vástago del adulto, que tienen las diversas funciones y características que serán explicadas en este documento. Los científicos descubrieron maneras de obtener o de derivar las células de vástago de embriones tempranos del ratón hace más de 20 años. Muchos años del estudio detallado de la biología de las células de vástago del ratón condujeron al descubrimiento, en 1998, de cómo aislar las células de vástago de embriones humanos y crecer las células en el laboratorio. Éstos se llaman las células de vástago embrionarias humanas. Los embriones usados en estos estudios fueron creados para los propósitos de la infertilidad con procedimientos ines vitro de la fertilización y cuando fueron necesitados no más para ese propósito, fueron donados para la investigación con el consentimiento informado del donante.

Las células de vástago son importantes para los organismos vivos por muchas razones. En los 3 - al embrión day-old 5, llamado un blastocyst, células de vástago en tejidos finos que se convierten dar lugar a los tipos especializados múltiples de la célula que componen el corazón, el pulmón, la piel, y otros tejidos finos. En algunos tejidos finos del adulto, tales como médula, músculo, y cerebro, las poblaciones discretas de las células de vástago del adulto generan los reemplazos para las células que se pierden con desgaste normal y rasgón, lesión, o enfermedad.

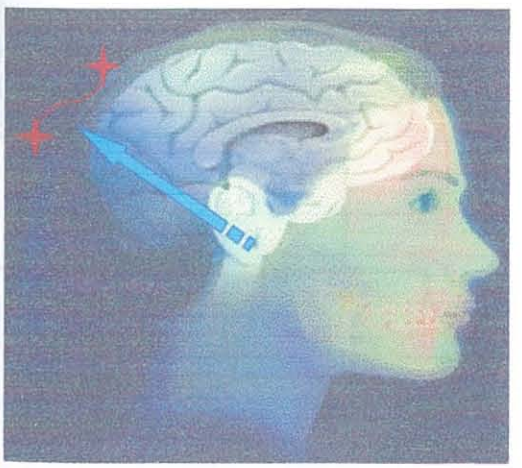
Ha sido presumido por los científicos que las células de vástago pueden, en un cierto punto en el futuro, se convierte en la base para tratar enfermedades tales como enfermedad de Parkinson, diabetes, y enfermedad cardíaca.

de la ciencia prometedora también está conduciendo a científicos a investigar la posibilidad de terapias cell-based para tratar la enfermedad, que se refiere a menudo como *terapia regeneradora o reparativa*.



SE PUEDEN MODIFICAR LOS CIRCUITOS CORTICALES

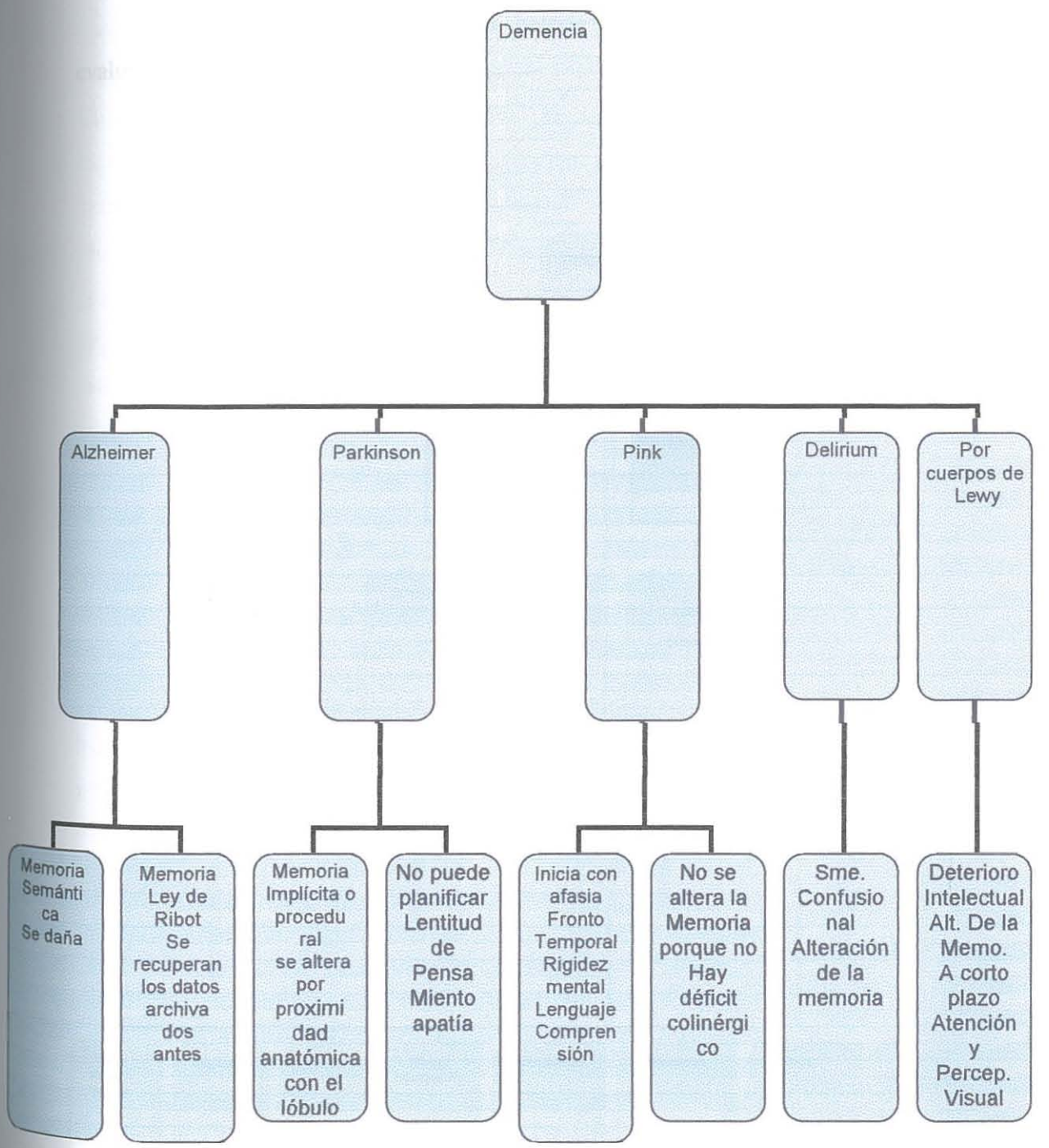
Neurogénesis { **Psicofármacos** / **Psicoterápias**



Stem cells { **Factores de crecimiento** / **Estímulos de regeneración**

Las Stem cells están relacionadas a factores de crecimiento y regeneración ante estímulos específicos producidos por la psicoterapia. Las células de vástago son una de las áreas más fascinadoras de la biología hoy. Pero como muchos campos que se amplían de la investigación científica, la investigación sobre las células de vástago plantea preguntas científicas tan rápidamente como genera nuevos descubrimientos.

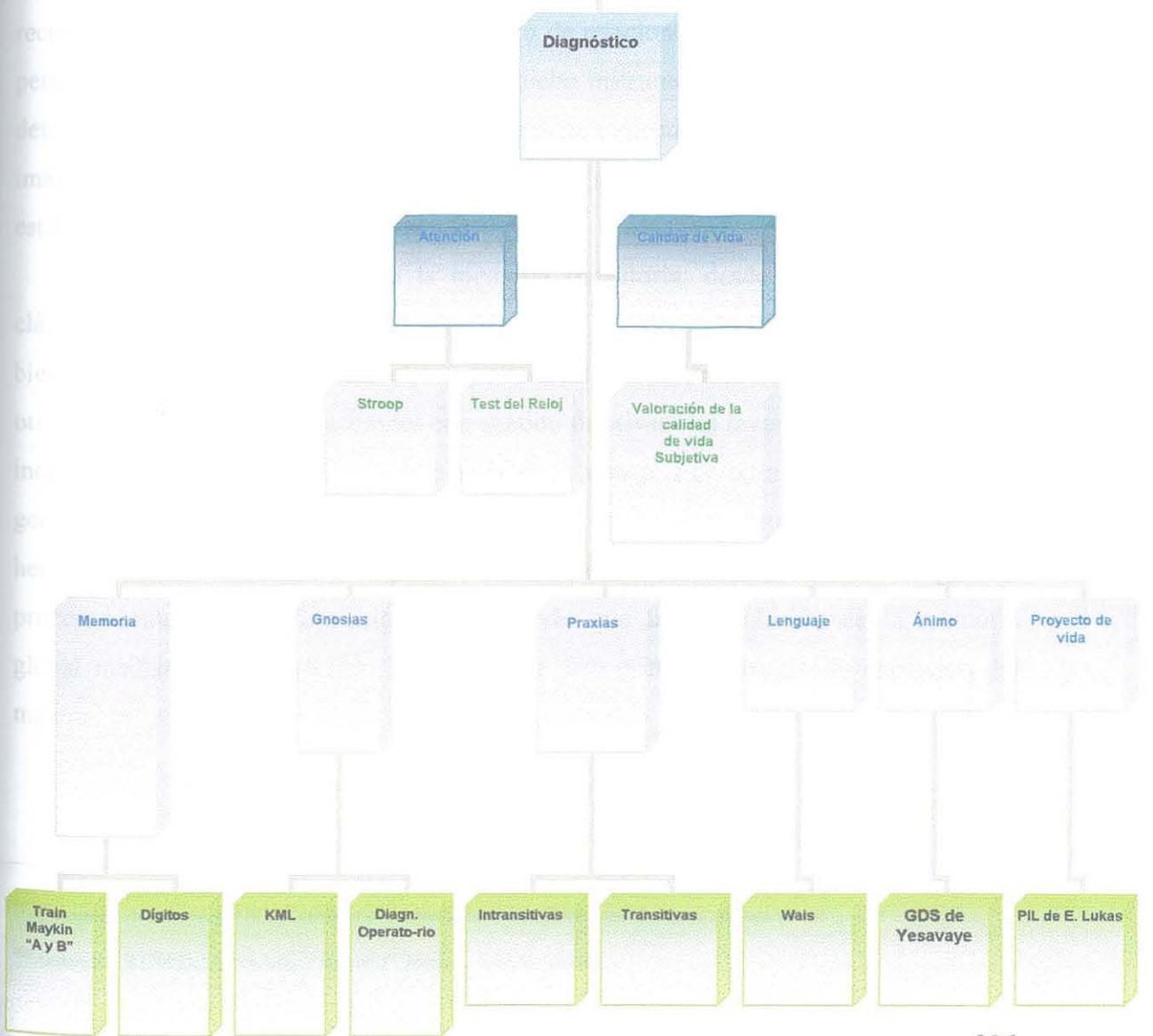
Generalidades de las demencias



Las características nombradas en el gráfico sirven a los fines de demostrar que el uso del Programa VEF, es apto para el trabajo con demencias, en primer lugar porque en todas lo que perdura es la memoria episódica anterior.

Por otro lado, es conveniente tenerlo presente aunque en el diagnóstico voy a obtener un *perfil de funcionamiento cognitivo*, no el tipo de demencia. Y la terapéutica se va a nutrir y enriquecer con la modalidad particular donde sirve únicamente conocer los recursos que posee intactos para estimular desde allí.

Propongo desde este lugar, una batería diagnóstica que tendrá en cuenta la evaluación de:



En el Campo de la Memoria

El presente trabajo de investigación y específicamente lo que refiere a aprendizaje y memoria permite la comprensión del funcionamiento cognitivo a partir de los recuerdos de vida placenteros y significativos (reminiscencia). Desde una serie de estrategias observé que este registro permanece, aun en deterioros importantes.

En este campo, uno de los primeros en establecer hipótesis sobre algunas funciones cognitivas fue Stenberg[281] (1969), quien estableció una cierta cantidad de segundos de reacción al juicio, como uno de los elementos de un conjunto de memoria. Con frecuencia las funciones no son tan lineales como las reportadas, y según mi experiencia podrían registrarse con una tendencia curvilínea u ondular, dependiendo la tasa de incremento, del mantenimiento en el tiempo disminuido o con vaivenes de recuerdos que favorezcan el establecimiento de relaciones. Pero además, interviene la persona a la que le estamos administrando dicho instrumento, ya sea geronte con o sin deterioro, o del grado de deterioro. Especialmente teniendo en cuenta que estos asocian imágenes de relación uno a uno, a diferencia de sujetos sin patología los que pueden establecer categorías de a dos o más.

Un estudio referido a la memoria transitoria, desde el condicionamiento clásico sostiene que la motivación no controla lo que ingresa en la memoria, sino más bien cómo la memoria organiza el comportamiento[282]. El presente trabajo es reflejo de otra comprobación, la cual acciones con sentido (motivación) favorecen la reconexión e incluso facilita el trabajo. Esto ocurre en la tarea concreta de estimulación cognitiva en gerontes sanos y mucho más aún con gerontes que cursan patologías crónicas. De hecho, otros estudios afirman que la información en memorias transitorias guía el procesamiento de la información. Entendiendo que la estimulación de la memoria global mediante la terapéutica, influye desde este primer momento de captación del material propuesto.

---

[281] Tomado de Antrobus J. (1970), *"Cognition and affect"*. Edit Little Brown and Company , revista virtual.

[282] Anderson J.R.(2001), *"Aprendizaje y memoria"*, México, Edic Mc Graw.

Es decir, cada vez que trabajamos un estímulo se va agregando información a la ya reconocida por el paciente. Incluyendo así, otros datos para ser analizados y aprehendidos.

A continuación ejemplifico la tarea desde la acción que genera el terapeuta a partir de la motivación tanto intrínseca como extrínseca, en la recuperación de la memoria.

RECUPERACION DE LA MEMORIA

La representación que antecede ilustra la secuencia de estímulo que ejerce el terapeuta, tomando desde el ambiente y de las experiencias personales del paciente, el material que podría llamarse en los casos de desconexión del entorno, "recuerdos adormecidos". Los mismos favorecen primero la atención al entorno, ingresando en la fase de recuperación de la memoria y de aquellos hechos vividos significativos, para acceder a un estimulo generalizado a otras áreas de recuperación y/o mejoría, tales como bienestar general, relación con el entorno y sostenimiento de la memoria, atención y comprensión.

Ahora bien, es probable que las experiencias visuales, influyan sobre las verbales toda vez que dicha información visual llega de alguna experiencia directa, así como la orientación lingüística puede ligar experiencias pasadas.

Algunos investigadores, estudiaron la "memoria reconstructiva" término usado para referirse a procesos por los que las personas tratan de recrear en forma inferencial sus memorias a partir de lo que pueden recordar. La idea

básica es que las personas recuperan lo que pueden de la memoria y luego infieren cuáles deben haber sido las experiencias que hicieron surgir a estos fragmentos biográficos. Desde el programa de estímulos a partir de fragmentos de memoria se intenta reconstruir y conectar al paciente con aquellas experiencias placenteras que lo ligan a la vida. Considerando la situación vivenciada en los pabellones de crónicos ya expuestas en otros capítulos.

Otro aspecto a considerar en los casos de demencia, se refiere a la detección de señales[283]. El estímulo y su importante relación con la familiaridad del sujeto con el mismo, en el empleo de estímulos a partir de palabras familiares. Un ejemplo de este trabajo, fue estímulo del vocabulario de los años 50' o lunfardo (dependiendo de la experiencia de vida de cada paciente) ofrece una evidencia respecto a la relación abstracción-uso de vocabulario conocido y cómo dicho vocabulario no es afectado por el deterioro. Es decir, son afectados los nuevos conocimientos mientras se deban justificar desde un entorno desconocido, en cambio empleando el material mencionado al ser significativo es posible obtener respuestas y definiciones correctas.

Juicios de esta clase tienen implicancia constante en los criterios de decisión, conducta que aparece afectada en demencia.

Existen teorías que postulan al reconocimiento mejor que al recuerdo, basadas en pruebas administradas en sujetos sin alteraciones. Hace falta aquí aclarar entonces que los gerontes reconocen mejor utilizando el recuerdo para acceder al reconocimiento. Bransford y Jonson (1972) observaron el efecto de permitir o no explicaciones inferenciales a partir de lo que se llamó memoria reconstructiva, refiriéndose a los procesos por los que las personas tratan de recrear en forma inferencial sus memorias a partir de lo que pueden recordar mediante el estudio de un pasaje el cual se debía leer y luego recordar. Yo postulo en cambio, para el trabajo con gerontes con patologías crónicas la reconstrucción de la memoria mediante fragmentos de la historia personal y a partir de allí recrear conductas estables que les permitan adaptarse mejor al ambiente.

Podríamos decir, que una memoria práctica permite la recuperación reconstructiva del recuerdo.

[283] La detección de señales mide la memoria de reconocimiento en función de lo alejada que está la evidencia promedio para los objetivos, de la evidencia promedio para los distractores

El gráfico que sigue a continuación, representa la función que cumple la experiencia en la organización de significados. A partir de la presentación de un material significativo, conocido en momentos de estabilidad tanto emocional como funcional, se beneficia la reestructuración cognitiva altamente dañada en pacientes con deterioro.

Los terapeutas que trabajamos con gerontes, estamos comprometidos en la tarea de orientación, seguimiento, planificación de estrategias junto con nuestros pacientes y propiciarles posibilidades de realización de *valores de experiencia.*[284] Es necesario entonces, recordar que en aquellos cuya memoria está sufriendo alteraciones y se percatan de esto, poseen "la sensación de saber" afectada desde la afectividad. Recuerdan vagamente algo, pero no en forma completa o saben que lo han visto antes, pero no son capaces de determinar por completo el elemento a recordar. Al estimular el Saber, la experiencia de vida lo estamos haciendo partícipe de todo lo que puede aportar desde los logros conocidos, vivenciados y/o experimentados.

Los que hemos trabajado con pacientes dementes, sabemos que algunos recuerdos son manifestados a modo de recortes de vida, con alto contenido afectivo. Algunas demencias por ejemplo, como las que remiten a lesiones del lóbulo temporal, cuya pérdida de memoria para elementos y experiencias anteriores al déficit, se presenta en un detrimento en la capacidad para recordar cosas. Producir estímulos, desde estos recuerdos intactos facilita los resultados

[284] Frankl, Viktor Emil, (1990:249), *"El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia"*, Barcelona, Edit. Herder.

satisfactorios, en la búsqueda de restablecimiento de las funciones de atención, memoria inmediata (afectada) e incluso de la función de comprensión, la cual es una de las primeras pérdidas registradas en estos casos. La abstracción imposibilitada desde la comprensión de consignas orales y escritas, se modifica en grado significativo luego de un periodo de estimulación específico.

Por ende, creo haber dejado entrever que para la terapéutica propuesta en el caso de los deterioros cognitivos comprobados, no hay una estado último o definido por un "no es posible hacer nada más", siempre es posible algo más, es posible encontrar en la vida algo con sentido para capturar la atención a veces perdida de estos pacientes. De este modo, ir más allá de la mejora de calidad de vida en el acompañamiento terapéutico, hasta la reversión del progreso de deterioro de algunas funciones como en las patologías demenciales.

Apéndice

Demencias

En la enfermedad de Alzheimer (EA), la enfermedad cerebro vascular (ACV) y la combinación de ambas, producen la mayoría de las demencias orgánicas. La prevalencia de las menos frecuentes demencias degenerativas se desconoce en su mayor parte o está infraestimada, ya que el diagnóstico definitivo requiere de un examen neuropatológico *post mortem.*

La demencia frontotemporal (DFT), constituye el prototípico trastorno de conducta que surge de la atrofia frontotemporal, descrita por primera vez por Arnold Pick. Sin embargo, la enfermedad de Pick en estado puro, es rara y se diagnostica sólo en alrededor de un 1% de las demencias estudiadas *post mortem*. Mucho más frecuente en este grupo de demencias degenerativas es la degeneración del lóbulo frontal de tipo no Alzheimer (DLF). Esta entidad fue descrita originalmente, tanto desde el punto de vista neuropatológico como clínico, por Brun y Neary .

El grupo de las DFT comprende, como describieron los grupos de Lund-Manchester en 1994, tres entidades clínico- patológicas: la enfermedad de Pick, la DLF y la enfermedad de la neurona motora con demencia (ENMD). La ENMD se incluye en el grupo de la DFT por sus obvias similitudes con la DLF: las mismas alteraciones histológicas y también un cuadro clínico de lóbulo frontal parecido.

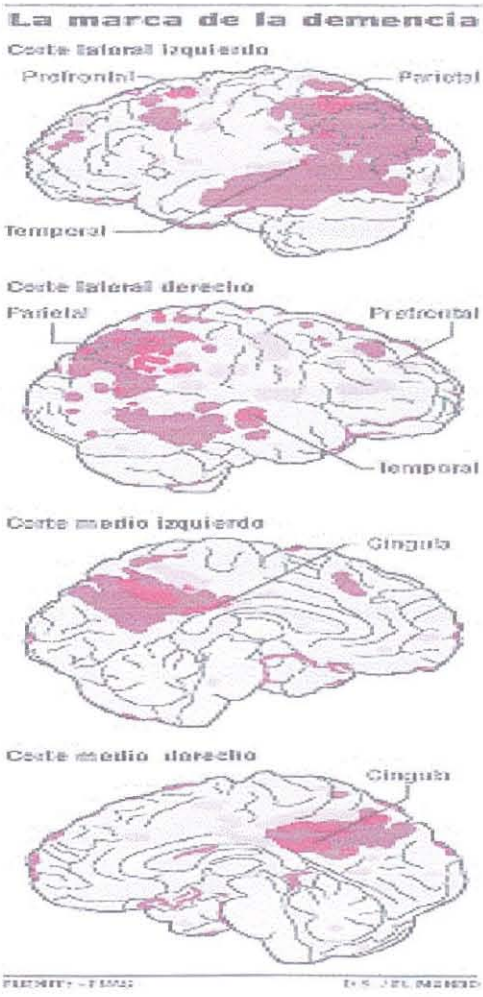
Esta revisión describirá el diagnóstico, el cuadro clínico y neuropatológico, y el tratamiento de los pacientes con DFT.

La DFT supone alrededor del 8-9% de todos los trastornos demenciales. Entre las demencias precoces, la DFT se ha sugerido que es la responsable de aproximadamente un 20% de los casos (8,10). La etiología es todavía desconocida, aunque cada vez se encuentran más evidencias de factores genéticos subyacentes.

Dentro de *Aspectos anatomopatológicos*, como su propio nombre indica, los procesos degenerativos de la DFT afectan a los lóbulos frontales y temporales.

Esto contrasta totalmente con el patrón degenerativo de la EA, que tiende a originarse en regiones del hipocampo y de la corteza temporoparietal. Desde el punto de vista neuropatológico, la DLF se caracteriza por una degeneración cortical acentuada en el lóbulo frontal y en la parte anterior del temporal. En el examen macroscópico, sólo una minoría de los casos de DLF muestran atrofia frontal evidente, mientras que la mayoría resultan en gran parte anodinos a la inspección.

El siguiente gráfico muestra las zonas afectadas en demencia tipo alzheimer. Las regiones marcadas en color rosa pálido indican las zonas anómalas del cerebro de los jóvenes con una predisposición genética a desarrollar Alzheimer. En granate se señalan las alteraciones neuronales en pacientes con la patología y en rojo fuerte las disfunciones comunes a los dos grupos.



El sistema ventricular aparece a menudo ensanchado frontalmente. Al microscopio, se observa un proceso degenerativo en la corteza de la convexidad frontal y de la circunvolución en cíngulo anterior, con una distribución bilateral y más o menos simétrica de la patología. Sin embargo, puede hallarse una localización predominante (frontotemporal, frontal o temporal) o una degeneración asimétrica, que conducen a distintas variantes clínicas de DFT. Las alteraciones patológicas, descritas como pérdida de sinapsis, microvacuolización y gliosis en la DLF, están fundamentalmente limitadas a las capas corticales 1, 2 y 3. También pueden afectarse el estriado, la amígdala y el hipocampo, así como la sustancia blanca.

La demencia constituye la causa principal de incapacidad a largo plazo en la tercera edad. La causa más frecuente de demencia es la nombrada ante, la enfermedad de Alzheimer (EA), seguida de la demencia vascular o predominantemente vascular y la demencia con cuerpos de Lewy (DCL). El principal interés del estudio de una demencia se centra en la búsqueda de una causa potencialmente reversible, aunque, desgraciadamente, estas son las menos frecuentes.

En cuanto a las demencias vasculares, es el síndrome que cursa con demencia secundaria a lesiones cerebrales causadas por enfermedad cerebro vascular (ACV). Los siguientes factores están en menor o mayor medida relacionados con su desarrollo: edad, tabaquismo, alcoholismo, hipertensión arterial, ECV previa, diabetes, cardiopatía e historia familiar de demencia. Para definir demencia vascular se precisa de tres requisitos: el paciente debe cumplir criterios de demencia, debe haber evidencia de enfermedad cerebro vascular por historia, exploración y técnicas de neuroimagen, y ambos requisitos deben estar razonablemente relacionados. Son hechos sugerentes de demencia vascular: deterioro intelectual agudo en los tres meses siguientes a un accidente cerebro vascular, con posterior evolución fluctuante o escalonada, historia de alteración de la marcha y caídas frecuentes, signos positivos en la exploración neurológica (motores, sensitivos, campimétricos, seudobulbares o extrapiramidales), predominio de déficit cognitivos subcorticales sobre los corticales y presencia de factores de riesgo cardiovascular.

En cambio la demencia con cuerpos de Lewy McKeith et al. publicaron en 1996 los criterios clínicos para el diagnóstico *probable* y *posible* de la DCL

(sensibilidad del 83% y especificidad del 92%). Hasta entonces, gran parte de los pacientes con DCL se diagnosticaba de EA, enfermedad de Parkinson o parálisis supranuclear progresiva.

Alteraciones generales:

Otro aspecto a evaluar, está referido a las alteraciones emocionales que suelen observarse ya al principio de la enfermedad, siendo a veces difíciles de distinguir de los estados depresivos o hipomaniacos. El paciente se vuelve ensimismado y se preocupa menos por la familia y los amigos, quienes a menudo lo describen como falto de empatía. Esto se corresponde a los inicios de la experiencia desplegada en el pabellón de crónicos y su posterior evolución detallado más específicamente en el capítulo 5 como "El encuentro pedagógico primario insta a la cura".

A menudo, los síntomas de ansiedad y depresión, y los cambios rápidos de humor, que van del llanto a la risa, dan paso a la despreocupación emocional. El afecto se describe a menudo como aplanado e indiferente, y el paciente muestra escasa frustración o malestar en relación con sus propias alteraciones. El paciente puede volverse hiperactivo e inquieto, a veces con sonrisas y risas inapropiadas[285]. De manera alternativa, el paciente puede tornarse apático e inerte, con falta de motivación e iniciativa. Pueden observarse irritabilidad y signos de agitación, aunque la hostilidad y la agresión física consideradas relativamente raras, se presentaban en esta población antes de comenzar con el proyecto de estimulación. Las alteraciones conductuales y emocionales de la DFT guardan relación con la distribución de la patología cerebral, y en ellas influyen también los rasgos premórbidos de personalidad.

Las anomalías del habla que suelen comenzar como una falta de espontaneidad verbal. Pacientes que no inician conversaciones y sus respuestas a las preguntas son breves y conllevan un mínimo esfuerzo mental. Normalmente aumentan la concreción y los comentarios estereotipados, con frecuentes

285 Gustafson, L y Passant, U, (2002), *"Demencia frontotemporal. Diagnóstico y Tratamiento"*, Madrid, Revista el Mundo. Vol. 2. N.° 1, Arán Ediciones

repeticiones de un número limitado de frases. La ecolalia y la perseverancia verbal también son frecuentes, como fue relatado en el capítulo 2 "Análisis hermenéutico del discurso en un caso de demencia.

En las últimas fases de la enfermedad, en casi todos los pacientes prevalece el mutismo, se podrá aquí aseverar uno de los casos presentados en "En el campo de la intencionalidad" y del cual se logra la conexión con el entorno mediante estrategias reminiscentes.

Estas alteraciones conductuales y de la personalidad se manifiestan prominentes. Tienden a pesar más que los síntomas cognitivos en las primeras fases de la enfermedad demencial. Sin embargo, los parientes y terapeutas refieren a menudo problemas de memoria. El deterioro de la memoria puede ser fundamentalmente secundario al deterioro de la regulación frontal, que produce inercia y falta de atención y planificación. Los pacientes suelen permanecer orientados témporo-espacialmente y, por lo tanto, son capaces de desenvolverse en su ambiente local sin perderse. Aunque a veces si se aleja de casa varios kilómetros, puede encontrar el camino de vuelta. Al progresar la enfermedad, el deterioro de la memoria, la orientación y el intelecto se va haciendo evidente y aumenta con lentitud, aunque no suele alcanzar la intensidad que se observa en la EA. Por ello, un deterioro que se evidencia como progresivo, se detalla en el análisis de los resultados obtenidos que esta "progresión con estimulación puede detenerse e incluso mejorar significativamente.

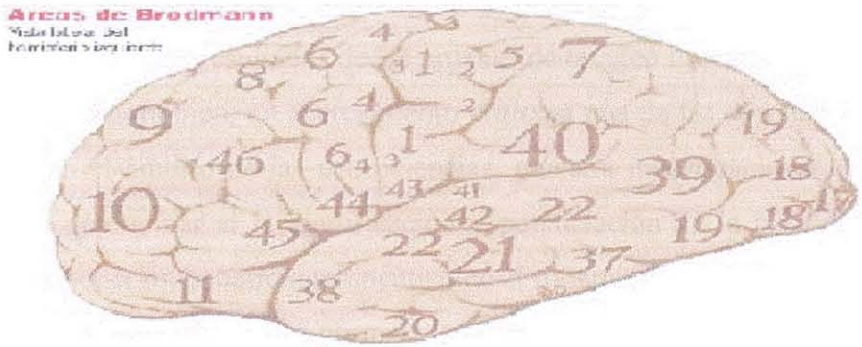
Otros aspectos a comparar se expresan en que estos pacientes sujetos al proyecto de estimulación poseían, Rigidez mental e inflexibilidad, Conductas estereotipadas y perseverantes (vagabundeo, aplausos, cantos, acaparamiento de objetos, rituales con la higiene y el vestido). Distraibilidad, impulsividad y falta de persistencia. Conductas de utilización (uso y exploración descontrolados los objetos del entorno). O de desconexión con el entorno e otros casos, fueron sufriendo modificaciones significativas que no conllevan con lo "esperable" para las patologías evaluadas.

Áreas relacionadas

En la actualidad, se relacionan a la **Corteza auditiva de asociación**: Áreas 22 y 24 de Brodmann, la comprensión del lenguaje oral. Sus lesiones como en el caso de afasia, demencia o ACV, provocan la incapacidad de comprender el lenguaje hablado a pesar de poder escuchar bien (afasia auditiva).

Las Àreas 9, 10, 11, 12 (corteza frontal y prefrontal): Se relacionan en general con los procesos mentales superiores de pensamiento, tales como el juicio, la voluntad o el razonamiento. Daños en estas áreas pueden ocasionar incapacidad en la toma de decisiones o efectos similares a los del retraso mental.

Las Áreas del lenguaje: Localizadas en las áreas 44 y 45 (área de Broca). Sus funciones son las de comprender y articular el lenguaje hablado y escrito. Los daños en estas área pueden producir varios tipos de afasias, que son dificultades e imposibilidades para entender el lenguaje o incluso emitirlo, a pesar de que nuestros sentidos tanto de la visión como de la audición estén intactos. Cabe destacar que la función del lenguaje solo se concentra en el hemisferio derecho.



Vista Lateral

Consideraciones sobre el déficit:

Hasta el momento no existe una "prueba ideal" para todas las demencias. Las escalas generales para medir la demencia, como el Mini-Examen del Estado Mental, no fueron diseñadas para estimar principalmente las funciones del lóbulo frontal. Así, los pacientes con DFT pueden mostrar un rendimiento normal a pesar de tener una encefalopatía orgánica clínicamente evidente.

Los déficit neuropsicológicos de la DFT afectan a las funciones de ejecución, mientras que las habilidades visoespaciales y las praxias están mejor conservadas.

Sin embargo, las funciones cognitivas son difíciles de evaluar debido a las alteraciones emocionales del paciente y a la disfunción del habla. El rendimiento aparece especialmente deteriorado en las pruebas de abstracción, planificación, función organizativa y estratégica, y flexibilidad mental. En cambio, los pacientes con EA incipiente muestran una capacidad verbal relativamente intacta y deterioro simultáneo de la capacidad de razonar, disfunción de la memoria verbal y espacial, y disfunción viso-espacial.

Los trastornos cognitivos que se observan en la DFT a menudo ocurren en paralelo con los resultados de las pruebas de imagen funcionales.

Ahora bien, un acercamiento crítico a una de las cuestiones de especial interés en el ámbito de las neurociencias, muestra investigaciones recientes que intentan determinar si la modificación y potenciación de la plasticidad cerebral puede suponer un beneficio terapéutico en el tratamiento de los déficits cognitivos asociados al envejecimiento normal y a enfermedades neurodegenerativas como la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. La pregunta a la que se intenta responder en este trabajo es si dicho deterioro cognitivo podría mejorarse o incluso restablecerse con estrategias basadas en la capacidad del Sistema Nervioso para la plasticidad, capacidad que según otros estudios, parece mantenerse incluso en edades avanzadas. Mí objetivo en estas líneas es mostrar la evidencia científica que nos lleva a sugerir que la respuesta a la hipótesis y dudas que sobrevienen de la experiencia desarrollada. Podría ser afirmativas en el sentido de que la plasticidad cerebral en respuesta a diversos factores (estado de salud,

nutrición, actividad física, entrenamiento cognitivo...) serían un elemento crítico en el logro de una vejez más saludable.

Alternativas específicas:

El término "plasticidad" se ha utilizado para describir diversos tipos de cambios asociados a la neurona y a sus conexiones. La plasticidad se define como la capacidad de una neurona de adaptarse a cambios en el ambiente interno o externo, a la experiencia previa o a las lesiones (Gispen, 1993). Numerosos trabajos experimentales muestran que distintas prácticas dan lugar a alteraciones morfológicas en el sistema nervioso. En este sentido, una meta esencial en la investigación neurocientífica se dirige a determinar si la modificación y potenciación de la plasticidad puede suponer un beneficio terapéutico en el tratamiento de los déficits cognitivos asociados tanto al envejecimiento normal como a diversas enfermedades neurodegenerativas.

La pregunta a la que se busca responder actualmente, es hasta que punto la recuperación del funcionamiento cognitivo puede verse facilitada, al menos en parte, por estrategias de estimulación como ejercicios específicos.

Pero para ello la primera cuestión a la que se debe dar respuesta, es si dicha plasticidad se mantiene en el envejecimiento en grado tal, que permita la eficacia de dichas intervenciones.

Como han señalado recientemente Cotman y Neeper (1996), es necesario identificar los retos que se le plantean al Sistema Nervioso Central durante el envejecimiento, con el fin de determinar aquellos factores que podrían ser importantes para conseguir un envejecimiento más satisfactorio. Sin embargo, a pesar de las numerosas investigaciones como es la de R. Redolat, R. y M.C. Carrasco anales de psicología, 1998, realizadas en los últimos años sobre los cambios neurobiológicos asociados a la edad, pocos estudios habían abordado, desde esta perspectiva, los factores que se consideran importantes en otros aspectos del envejecimiento (dieta, ejercicio, experiencia, efectos del estrés...). Así también, lo referido a la importancia del estímulo basado en temáticas reminiscentes que favorecen en sí misma, la neuroestimulaciòn, como en el presente trabajo.

El objetivo de estas justificaciones, es mostrar la evidencia científica disponible que lleva a sugerir que la plasticidad cerebral, puede resultar un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento tanto normal como patológico. En consonancia con dicho objetivo, en este trabajo se examinarán algunas cuestiones generales sobre la plasticidad cerebral y su relación con el envejecimiento.

Entonces, la plasticidad se relaciona con la enorme flexibilidad que se encuentra en los mamíferos, especialmente en el hombre, y que explica la gran capacidad adaptativa de los organismos.

Gran parte de la investigación en este tema, se ha centrado en el papel que la plasticidad sináptica desempeña en la respuesta de las neuronas, a la experiencia previa. La mayoría de las teorías actuales sobre esta cuestión están influidas por la hipótesis planteada por Hebb en los años 40 y conocida como "sinapsis de Hebb" o "sinapsis hebbiana", en la que se propone que la base para el almacenamiento de información se encuentra en las modificaciones funcionales que tienen lugar en las sinapsis (Gispen, 1993). Hebb en su libro "La organización de la conducta" (1949) propuso el concepto de plasticidad del sistema nervioso "dependiente del uso". Este concepto sigue desempeñando actualmente un papel central en la comprensión de la plasticidad sináptica y de las modificaciones asociadas al envejecimiento y a la enfermedad de Alzheimer especialmente, así como de otras demencias.

El hecho de que la interacción del organismo con su ambiente va modelando al cerebro se ha demostrado tanto en sujetos humanos como en animales, utilizando procedimientos de deprivación y/o de estimulación (Mirmiran, van Someren, y Swaab, 1996). Los cambios que se producen sugieren la existencia de un incremento importante en la capacidad de procesar diferentes tipos de información (Rosenzweig y Bennet, 1996). El efecto positivo de un entorno enriquecido, también ha sido puesto de manifiesto en sujetos humanos. Se ha demostrado que la experiencia enriquecida, en etapas tempranas de la vida, facilita un mejor funcionamiento cerebral, en edades más avanzadas (Rosenzweig, 1996). Estos cambios debidos a la experiencia diferencial pueden relacionarse con

cambios cerebrales a lo largo del ciclo vital. Ello coincide con la observación de que tales efectos son debidos al aprendizaje.

El cerebro envejecido muestra patrones de atrofia neuronal y declive funcional, además de muerte celular. A lo largo del proceso de envejecimiento normal el cerebro presenta cambios cuantitativos y cualitativos en: número de neuronas, extensión dendrítica, número y estructura de sinapsis (Coleman y Flood, 1987; Brody, 1992). Estos cambios anatómicos, que son específicos de determinadas regiones (como el córtex o el hipocampo), probablemente se relacionan con disminuciones tanto en la capacidad conductual como en la plasticidad asociada al envejecimiento. Dicha disminución de la plasticidad se refleja en diferentes cambios que podrían explicar, al menos en parte, el deterioro fisiológico y cognitivo asociado a la edad. El cerebro envejecido responde de modo menos adaptativo a los estímulos fisiológicos y ambientales, tanto a nivel celular como sistémico (Walsh y Opello, 1992). A partir de los datos disponibles actualmente es evidente que la plasticidad se encuentra disminuida en el cerebro que está envejeciendo. Además, se ha sugerido que formas aberrantes de neuroplasticidad podrían contribuir al desarrollo de algunas enfermedades neurodegenerativas.

Sin embargo, diversos investigadores han propuesto que una cierta plasticidad sigue manifestándose (aunque de forma más reducida) durante toda la vida del individuo. Así, se ha observado que el crecimiento adaptativo y respuestas de regeneran. En tal caso, ¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento? Ya que se encuentran preservadas en el envejecimiento normal e incluso en la enfermedad de Alzheimer (Mirmiran et al., 1996).

El estudio de los cambios neuropatológicos asociados al envejecimiento normal ha puesto de manifiesto que algunos sujetos de edad muy avanzada (pertenecientes al grupo denominado "the oldest old" o "ancianos entre los ancianos") muestran, a nivel cerebral, una baja densidad de ovillos neurofibrilares en la formación hipocampal y una ausencia total de placas seniles que correlaciona con una sorprendente conservación de las capacidades cognitivas. Estos sujetos podrían representar el límite inferior del envejecimiento

cerebral normal y se les ha denominado "centenarios supernormales" (Hof, Giannakopoulos, y Bouras, 1996).

A nivel cognitivo, resultados obtenidos en estudios longitudinales sobre cambios en la inteligencia a lo largo de la vida sugieren que en el envejecimiento se mantiene una considerable plasticidad: en sujetos de edad avanzada permanece cierta capacidad para los cambios plásticos que tienen lugar en el sistema nervioso relacionados con el aprendizaje (Chapell, 1996). Sin embargo, los efectos cerebrales de la experiencia ambiental diferencial se desarrollan algo más rápidamente en jóvenes que en viejos, y la magnitud de la diferencia también es mayor en jóvenes que en viejos. Se ha enfatizado que esta plasticidad continua no se mantiene para todos los sistemas cerebrales y para todos los tipos de experiencia.

Por consiguiente, parece que el punto hasta el cual el cerebro adulto permanece plástico frente a un tipo determinado de experiencia dependerá de la región cerebral implicada, del tipo de experiencia si es significativa o no y de las circunstancias que incrementan o deterioran dicha plasticidad, como un entorno poco estimulante.

Por otra parte, se supone que esta plasticidad es dependiente del uso, con lo que se podría afirmar, parafraseando a otros autores, "úsala o piérdala" (Swaab, 1991). Ello nos lleva a hipotetizar que si el sujeto ejercita dicha plasticidad a lo largo de su vida o es capaz de implementar estrategias dirigidas a potenciarla, podría llegar en mejores condiciones cuando las pérdidas inevitablemente asociadas a la edad se manifiesten. En este sentido, algunos autores han propuesto que lo que llamamos envejecimiento es realmente "desuso". Ello abre posibilidades de intervención ya que al igual que las arterias, los huesos y los músculos responden al uso activo, también lo hacen las neuronas (Bortz, 1997).

La importancia de este tema, y de las implicaciones que conlleva, se refleja en el hecho de que actualmente se están invirtiendo cantidades enormes de tiempo y dinero con el objetivo de evitar o disminuir el daño cerebral en la vejez. Paralelamente, algunas personas intentan tomar medidas (por ejemplo, comer de forma equilibrada, hacer ejercicio de forma regular, evitar el estrés...) que se

supone podrían contrarrestar la degeneración física y cognitiva que acompaña normalmente a la edad.

En la enfermedad de Alzheimer, la pérdida neuronal parece ser específica respecto a la localización, tamaño y química (Waslh y Opello, 1992). Las pérdidas neuronales exceden a las observadas en el envejecimiento normal y la mayoría de las pérdidas implican a las "grandes neuronas" que interconectan áreas corticales (vías de asociación cortico-cortical).

También se alteran las conexiones entre el hipocampo y otras áreas cerebrales (córtex, tálamo, hipotálamo y tronco cerebral) lo que podría subyacer a los déficits cognitivos asociados a la enfermedad. En el hipocampo la pérdida neuronal en cerebros de pacientes con enfermedad de Alzheimer es mayor que la observada en el envejecimiento normal (Coleman y Flood, 1987).

No obstante, existen datos que avalan que en la enfermedad de Alzheimer también se conserva una cierta plasticidad dependiente del uso, aunque con un patrón diferente al observado en el envejecimiento normal (Mirmiran et al., 1996). Y por mi parte expongo datos sobre otras demencias corticales, subcorticales, frontales, etc. Donde también es posible mediante estimulación apropiada favorecer la plasticidad neuronal.

Sin embargo, todavía no se puede verificar, si el crecimiento neurítico y la remodelación que siguen a la degeneración neuronal, resultan tan beneficiosos en el restablecimiento de las conexiones sinápticas efectivas y a mantener la función cognitiva, contribuyendo a evitar la patogénesis del deterioro cognitivo, en cuanto a análisis clínicos que demuestren los cambios de la experiencia realizada en crónicos.

Es de destacar aquí, que la intervención potencialmente útil es siempre facilitar la neuroplasticidad mediante estrategias conductuales que aumenten la actividad cerebral. Por ejemplo, mediante la músicoterapia o arteterapia, ya Cotman y Neeper (1996) han mostrado que el ejercicio físico, en estos casos coordinación motora con finalidades placenteras, cuyos beneficios para la salud, aumentan la expresión de factores neurotróficos. Este aumento requiere solo unos pocos días y ocurre en aquellas áreas del cerebro relacionadas con funciones cognitivas superiores como el hipocampo.

Tal como se ha indicado anteriormente, existe evidencia de que tanto el cerebro envejecido normal como el cerebro con enfermedad de Alzheimer muestran cambios estructurales que reflejan patrones de neuroplasticidad. Una aproximación que podría resultar útil para tratar los deterioros cognitivos, y la neurodegeneración asociados con el envejecimiento y el deterioro, sería potenciar dicha plasticidad mediante diferentes tipos de intervención. Si, tal como demuestran numerosos estudios, la plasticidad sináptica interviene en el aprendizaje y la memoria entonces se puede pensar que cuando aparece un déficit en la memoria, la plasticidad sináptica está alterada.

Hasta ahora, faltaban estudios que nos permitieran concretar cómo promover y/o mejorar dichas alteraciones de la memoria, desde aquí he, por ejemplo, que el entrenamiento diario en estados avanzados de demencia promueve el entrenamiento de la memoria evitando el deterioro en estos pacientes. Ya en los estadios iniciales, de la enfermedad de Alzheimer, como en la afasia dentro del primer año de diagnóstico se han demostrado importantes logros a nivel de memoria.

Actualmente el envejecimiento cognitivo satisfactorio se considera una parte muy importante del envejecimiento óptimo (Teri, McCurry, y Logdson, 1997). Por ello, gran número de trabajos buscan identificar aquellas variables que puedan promover tanto la salud del individuo como un adecuado funcionamiento cognitivo durante el envejecimiento.

La educación aparece como uno de los factores protectores frente a la disminución en funciones cognitivas asociada a la edad. Este tema quizá no ha recibido por parte de la comunidad científica la atención que se merecería. El mecanismo por el cual este factor ejerce sus efectos positivos todavía no es totalmente conocido. Se sugiere que la educación podría tener de forma directa un efecto beneficioso sobre el establecimiento de los circuitos y funciones cerebrales en las primeras etapas de la vida. Otro argumento es que la educación promueve la realización de actividades intelectuales a lo largo del ciclo vital, que contribuyen a mantener la función cognitiva.

Se ha comprobado también que la experiencia enriquecida produce cambios positivos en la neuroquímica y neuroanatomía cerebral, como son un aumento del grosor cortical, de la ramificación neuronal o del número de sinapsis. Por lo tanto, se puede suponer que si la plasticidad neuronal está asociada a la experiencia ¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento? conservada en cierta medida en la personas mayores y en los pacientes con enfermedad de Alzheimer, la estimulación ambiental estimula las neuronas atróficas. Sin embargo, cuando se evalúan los efectos de la estimulación neurocognitiva debe distinguirse entre la exposición pasiva a numerosos estímulos y la situación en la que el sujeto está implicado en la selección, percepción e integración de estímulos que refieren a un contenido emocional como lo es el logro de la reminiscencia. Para que la plasticidad tenga lugar es necesaria la interacción activa del paciente con contenidos significativos. Esto debería considerarse tanto cuando se estudia la plasticidad en el envejecimiento normal como en patologías orgánicas cerebrales.

En consecuencia, se ha ido acumulando evidencia de que el entrenamiento cognitivo y la práctica pueden revertir algunos aspectos del declive cognitivo relacionado con la edad (Teri et al., 1997). Generalmente los estudios de intervención se han centrado en programas de entrenamiento de la memoria, desde la salud, en los que se enseña a los sujetos el manejo de técnicas mnemotécnicas. Estos trabajos señalan que el entrenamiento de la memoria puede mejorar la ejecución de personas de edad avanzada, aunque los beneficios declinan a medida que avanza la edad y sería específico para determinadas tareas (Verhaeghen, Marcoen, y Goossens, 1992; Stigsdotter y Backman, 1989).Pero para que tenga lugar la plasticidad es necesaria una interacción activa del sujeto. Además, debe enfatizarse el hecho de que para mantener un funcionamiento adecuado a distintos niveles es necesaria la interrelación entre diferentes tipos de recursos (Baltes y Lang, 1997). Esto sería un de bombardeo de estímulos.

Creo que diferentes intervenciones pueden ayudar no sólo a retardar, sino en algunos casos a revertir los cambios patológicos que acompañan al envejecimiento cerebral.

Actualmente existe suficiente evidencia científica para apoyar una visión más positiva y esperanzadora de la vejez patológica, de la que se proponía hace

tan solo unos pocos años. Asimismo, se vislumbran diferentes posibilidades de intervención que podrían conducir hacia un envejecimiento patológico más satisfactorio.

286

El modelo de pensamiento que antecede co- existe en la sociedad de hoy y representa el lugar que tienen nuestros viejos en ella. En el primer caso, la viñeta "*No vayas a ofenderte, Elvira. Nosotros éramos amigos, parientes, esposos o qué*". Representa una postura de mito mnésico deficitario, donde las funciones cognitivas superiores "afectadas por la vejez" pierden registro aún de seres queridos dando lugar a una pérdida completa del recuerdo. Quizá la enfermedad o el mito sea lo más recurrente en la opinión general. Pero es sabido sin embargo por todo el que tiene cerca a un anciano que existe conservación de la memoria anterógrada. Ya en el deterioro, no existiría una reflexión hacia otro como lo es la pregunta múltiple. Básicamente, esta postura conforma un mito[287] de los tantos que podemos escuchar y forma parte de un pensamiento instituido en nuestra cultura, expresada en este caso con modalidad cómica.

286 Material cedido por el Dr. Cubellum, (2001),durante el curso Multidisciplinario de Geriatría y Gerontología, UBA,

287 García Pintos, Claudio: (1993)*"El círculo de la vejez : Sobre la psicología normal de la persona que envejece"*, Bs. As., Edit. Almagesto, Fundación Ross.

Desde este lugar entonces, comenzaré a plantear el tema elegido para desarrollar, un "Bioético y calidad en gerontología". Especialmente vinculando la etimología de *la palabra acerca de la verdadera vida y ética de la Bioética, "ética de la vida". Bios del griego es vida humana y no vida orgánica (zoe), de este modo su sentido no es biológico sino analógico y lo mismo que significa del latín vita refiere a biografía, historia o relato. Ethiké procede de ethos, del que existen en griego dos términos, casi homónimos y sinónimos êthos= carácter, disposición moral; y éthos= costumbre, hábito*[288].

Comenzando por la ética, tema a veces espinoso por sus variadas acepciones actuales. Expondré además, por qué la necesidad de una Bioética concretamente en gerontología.

La preocupación por el momento ético del acto comenzó como lo relata Otto Dörr Zegers[289], tempranamente en la historia de la medicina. Coincide con la gran revolución de Hipócrates al transformar la magia en medicina, esa peculiar ciencia y arte que continúa siendo hasta el día de hoy y se trasladó a otros campos de la salud.

Desde la disciplina que me convoca, la psicopedagogía, existe un término que consolida el accionar y verifica nuestra relación con cada paciente, dicho vocablo es clínica. Palabra que deriva de un término griego que significa "lecho" y proviene también de la medicina. Un sujeto que "ve" lo que le pasa a otro y "escucha" el discurso de un paciente. De allí la expresión "mirada y escucha psicopedagógica"[290], donde interviene la subjetividad de los seres humanos en cuanto tales, con una vida transcurrida, una experiencia, una educación, una sensibilidad propia y característica de cada ser humano en particular.

---

[288] Mainetti, José Alberto,(2000:137) *"Compendio Bioético"*, La Plata, Edic. Quirón

[289] Zegers, Otto Dörr, (2002:N° 1) *"Ética y Psiquiatría"* Chile, Edic. Revista colombiana en Psiquiatría Vol. XXXI.

[290] Müller, Marina, (1990),*"Aprender para Ser"*, Bs. As. , Edit Bonum.

Otro aspecto relevante que intentaré abordar, está referido a la existencia la cual no es solo intencional sino también trascendente[291]. La auto-trascendencia es la esencia de la existencia. Ser humano es estar dirigido a otro diferente de mi mismo. Esta "otridad"[292], para citar a Rudolf Allers[293], queda bajo la "otridad" del referente intencional al cual el comportamiento humano está dirigido. De esta manera, "la esfera de lo trans-subjetivo", citando nuevamente a Allers[294], queda constituída. Se ha puesto de moda diluir esta trans-subjetividad y bajo el impacto del existencialismo el énfasis ha sido puesto en la subjetividad del ser humano. En sìntesis, un verdadero análisis fenomenológico podría revelar que, no hay cognición fuera del campo polar de tensión establecida entre objeto y sujeto. Estos autores suelen hablar de "ser en el mundo". Pero para entender esta frase apropiadamente, uno debe reconocer desde su "hermenéutica" (derivada de la voz griega "hermeneuo": explicar un texto) las distintas consideraciones, principios y normas que nos ayudan a llegar a una interpretación adecuada de lo que significa ser humano, estar profundamente comprometido y entramado en una situación, y confrontado con un mundo cuya objetividad y realidad, de ninguna manera está despreciada por la subjetividad de este "ser" que esta "en el mundo".

---

[291] Frankl, Viktor E., (2000:54-84),"*Fundamentos y Aplicaciones de la Logoterapia*", Buenos Aires, Editorial San Pablo, Colección Noesis N° 15.

[292] El texto original denomina con un neologismo esta condición de la existencia que tiene por referente a otro distinto de mi, "other than myself". Frankl utiliza un neologismo en inglés: "otherness". No tiene traducción al español, salvo bajo la creación de un neologismo equivalente: "otridad" (N. de T.)

[293] Rudolf , Allers, (1962:26), "*The Meaning of Heidegger*", *The New Scholasticism*, material del curso de fenomenología sus orígenes y realidad actual, Bs.As., UCA .

[294] Rudolf Allers,(1961:78), "*Ontoanalysis: A New Trend in Psychiatry*", *Proceedings of the American Catholic Philosophical Association.*

Deterioro y Calidad de vida subjetiva

El objetivo de este estudio, es analizar la relación entre comunicación, calidad de vida y satisfacción en pacientes gerontes institucionalizados y pertenecientes al sector de enfermos crónicos de dos hogares permanentes. Además, se pretende aportar un instrumento de evaluación con fines diagnósticos y terapéuticos.

La muestra la constituyen 101 pacientes gerontes que cursan patologías de deterioro cognitivo tales como Alzheimer, Parkinson, afasia de expresión, ACV y demencias mixtas. Los resultados luego del retest[295], muestran altos niveles de comunicación, satisfacción y calidad de vida.

La valoración subjetiva del estado de salud muestra una fuerte relación con la calidad de vida subjetiva.[296]Denotándose en comentarios, disposición general, predisposición y trato con profesionales del lugar. Estas, son modificaciones surgidas luego de la puesta en marcha del Proyecto Nous evidenciando así la importancia de escuchar al paciente. Resultante de la capacidad de realizar *valores creadores*, *"de la posibilidad de tomar en la mano las riendas del destino mediante la acción adecuada,... sobre la capacidad de realizar valores de actitud... la posibilidad de sentido de obrar activo"*[297], un sentido de obrar que es prioritario al sentido de sufrir.

Diversos estudios gerontológicos han constatado una falta de correspondencia entre la salud subjetiva y la valoración objetiva, realizada por los profesionales sanitarios (Berlowitz, Du, Kazü y Lewis, 1995[298]).

Luego de estimular cognitivamente, a través de estrategias tanto grupales como individuales, en los pabellones de crónicos y semi-dependientes de dos hogares permanentes del Gob. De la Ciudad, el mantenimiento de los niveles de satisfacción vital y del estado de salud percibido, así como la existencia de

---

[295] En Anexo 2 Administración Inicial y retest de la escala de Calidad de Vida Sujetiva analizada mediante el Soft SPSS.

[296] De la Serna, Inmaculada,(2000), *"Manual de Psicogeriatría clínica"*, Barcelona, Edit. Masson.

[297] Frankl, Viktor Emil, (1979:73), "La IdeaPsicológica del Hombre", Madrid, Edit. RIALP.

[298] The WHOQOL Group. (1995) The World Health Organisation Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organisation. *Social Science and Medicine.*

procesos de adaptación al ambiente, permitió a estos grupos tratados, hacer frente a los cambios y posibles pérdidas de salud asociadas al avance de la edad y patología en curso. Manteniendo niveles estables de bienestar bio-psico-socio-noético, en la remisión de funciones alteradas, restablecimiento de la negada afectividad, incremento de la participación social y despliegue de la trascendencia en otros.

A partir de esta experiencia del proyecto de estimulación cognitiva, denominado Nous, "*volver a hacer al hombre libre de nuevo, libre y responsable*[299]" *significarlo*, la larga tensión, que resulta de intentar sobreponerse a estresores absorbentes, puede culminar, ya no en el agotamiento, reducción de recursos personales y una reducción en la habilidad de poder. El hombre persona, sobrepasa toda limitación, y eso sucede en virtud de lo que Frankl denominó como, *obstinación del espíritu*[300]. El Agotamiento, consta de un juego de los síntomas asociados. Estos síntomas incluyen el agotamiento emocional, físico y cognitivo[301]. A lo cual Frankl, respondería: "*Quien considera su futuro decidido desde un principio será incapaz de dominarlo*"[302].

Hasta el 1970s, el paradigma dominante en investigación era el modelo de patogénico, que suponía que la enfermedad es causada por los factores de riesgo o Agentes. Estos factores de riesgo afectan los mecanismos de la homeostasis - mantener actualizado o homeostasis regula el sistema de una persona individual. Cuando estos mecanismos de homeostasis fallan, dan como resultado la enfermedad o incapacidad. El enfoque de la investigación estaba en la prevención de enfermedad y los investigadores estudiaron a esas personas que estaban enfermas.

Reflexionando sobre el sentido de coherencia que propone Antonovsky. Un concepto clave en el modelo teórico de salutogénesis, intenta explicar los orígenes de la fuerza psicológica. Debido a que el tránsito por la enfermedad, provee de desgaste del bienestar, así como de la satisfacción. Esta

---

[299] Frankl, V.E., (1983:140), "*La psicoterapia al alcance de todos*", Barcelona, Edit. Herder.

[300] Op. Cit. (Frankl:140)

[301] Stanley Rabin, Andre Matalon, y otros, (2005: 94–102), "*Keeping Doctors Healthy: A Salutogenic Perspective*", Educational Publishing Foundation, Vol. 23, No. 1.

[302] Op. Cit. (Frankl:141)

situación esconde en realidad la frustración de la voluntad de sentido. Esta frustración existencial, que sobreviene del aumento del tiempo libre. Y es así que, *el hombre existencialmente frustrado se encuentra con que no sabe cómo ha de llenarlo*[303]. Recreando la vivencia en instituciones permanentes de ancianos y específicamente, en los pabellones de crónicos, el tiempo libre se convierte en un enorme vacío, donde días transcurren sin expectativa y *la falta de contenido se refleja en el aburrimiento, el fracaso del deseo humano, de un auténtico sentido existencial*[304]. Privados de recursos, hacinados en camas sin la posibilidad de una silla de ruedas y alguien que los traslade, permanecen durante días y meses.

El resultado de la tensión, dependerá de cómo la persona individual maneje la tensión que surja de él. Antonovsky (1987) enfoca su investigación hacia "*Recursos de resistencia generalizados*", que facilitan el ajuste seguro a la tensión, relacionada con los aspectos funcionales. La importancia, del componente emocional en el sentido de la coherencia, fue el más importante de los tres aportes porque relaciona a la persona con la motivación, usar los recursos disponibles, y pedir nuevos recursos para sobrellevar esa nueva demanda. Experiencias que involucran la participación, dan forma a los resultados y moldean la base para la importancia del trabajo con autonomía. Es por ello, que las experiencias donde intervienen las demandas de la vida, donde interviene el aprendizaje vivencial y las relaciones interpersonales, son recursos válidos que moldean la base para el control.

El sentido de la coherencia facilita el ajuste, incrementando la probabilidad de que una persona creerá que se las arregla con el estresor y los intentos de resolver el problema son dignos del esfuerzo.[305] El estresor es un desafío en vez de una carga; por consiguiente, la persona decidirá hacer algo con el estresor. Un sentido fuerte de la coherencia servirá para incrementar las posibilidades de que una persona movilizará recursos disponibles y buscará activamente nuevos y únicos recursos para el manejo útil de estresores. Es decir, cuando la persona con un sentido fuerte de la coherencia confronta con un evento

[303] Frankl, Viktor Emil,(1979), "*La Idea Psicológica de hombre*", Madrid, Edic. RIALP

[304] Op. Cit., Frankl, V.E, (1983:125)

[305] Op.Cit. Stanley Rabin, Andre Matalon, y otros, (2005)

traumático, podrá adaptarse y mantenerse actualizado o en homeostasis. El sentido de coherencia se puede evaluar mediante la calidad de vida subjetiva.

La comprensibilidad es un componente cognitivo de control, que influye desarrollando relaciones recíprocas activas con el ambiente. La búsqueda por encontrar el significado y comprender habilita el paso a la terapéutica.

La valoración de la calidad de vida subjetiva, es una medida que permite evaluar el resultado de la terapéutica en pacientes que cursan demencia, la misma *es sensible y ha sido desarrollada y validada para deterioros con un Mini Mental de 12 o más puntos.*[306]En el caso de la presente investigación, se ha empleado con puntajes menores a 12p y en casos de afasia, donde han señalado las respuestas preferenciales.

Es importante también rescatar, que la oportunidad de *observar cómo pasa el enfermo y efectúa el cambio, de la posibilidad de dar un sentido a su vida mediante una actividad creadora*[307], es a su vez una posibilidad que acapara el interés y la atención.

La batería elaborada por Richard Trigg, considera al doliente en posición de manifestar sus necesidades, pocas veces tenidas en cuenta. Así mediante una serie de tarjetas, se realizan preguntas que deberán responderse según valoraciones estipuladas.

Lograr una memoria más funcional, mejorando la eficacia de los recursos presentes y un mayor sentimiento de confianza que evite las pérdidas de habilidades y la posibilidad de valorarse desde la percepción del propio paciente, es pensar en el otro persona.

A partir la realización de tareas tendientes a la activación cognitiva, con el fin de activar y mantener las capacidades mentales a partir de la realización de ejercicios. Así, se pretende la remisión de algunas funciones, desde el acompañamiento terapéutico y acciones con sentido, que faculten la mejoría de la calidad de vida afectada por la enfermedad. Fundamentalmente, "orientarlo desde Tratar de superar la confusión y desorientación e incrementar la autonomía" e incluso, "estimular la propia identidad y la autoestima de la persona", son

[306] Trigg, Richard,(2006), "*Bath Assessment of Subjective Quality of Life in Dementia*", Division of Psychology Nottingham Trent University, University of Bath,

[307] Op. Cit. Frankl, V.E., (1979:74), "*La Idea Psicológica del Hombre*".

intervenciones necesarias en gerontogeriatría. Básicamente, que la persona pueda opinar acerca de su bienestar y ser partícipe de su propio destino, la habilita a *la sensación de transcurrir por una existencia valiosa*[308], sólo así podrá realizarse interiormente desde un lugar diferente al de la enfermedad y la dependencia. "*La actividad despierta en el hombre, aunque éste sea anciano, la sensación de existir para algo o para alguien*"[309]

La demencia puede tener un impacto sobre áreas de vida que se relacionan con el funcionamiento de una persona, su humor, comportamiento, salud y con la percepción de ambiente hostil (los factores condicionantes). El efecto de la demencia sobre estos factores puede ser valorados tanto objetiva, como subjetivamente evaluando la salud de la persona, las funciones, la movilidad, la interacción sociable, las actividades de ocio, la energía, el sueño, el humor, la resistencia y la percepción del ambiente. Los indicadores objetivos de la calidad de vida, son aquellos que se podría encontrar en las valoraciones de un modelo médico de la demencia, importa dónde curar o aliviar el énfasis. Así también, importan los síntomas de la enfermedad, o de consecuencias donde el objetivo es el cuidado la enfermedad para compensar las deficiencias, las incapacidades o las discapacidades. En este nivel las valoraciones están más preocupados por la presencia o la gravedad de los síntomas, el nivel de la habilidad o la incapacidad exhibido por una persona y la frecuencia con que pueden llevar a cabo las actividades. El rendimiento de la persona es juzgado basándose en los padrones obtenidos de las normas sociales y culturales.

Esta situación, no ayuda al paciente a distanciarse y reconciliarse consigo mismo y el entorno. *El hombre enfermo como persona, deba liberarse todo lo posible del desarreglo psicofísico, madurar dentro de esta circunstancia...para estar más alto espiritualmente.*[310]

La demencia puede ser juzgada, de acuerdo con la evaluación subjetiva de la persona con la demencia. Esta evaluación será influida por rangos fijados por variables que incluyen recursos internos, como el uso de las estrategias

---

[308] Frankl, V.E. (1983:61), *"La psicoterapia al alcance de todos"*, Barcelona, Edit. Herder

[309] Op. Cit. (Frankl:61)

[310] Frankl, V. E., (1990: 186), *"El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia"*, Barcelona, Edit. Herder

y pudiendo cambiar las expectativas, los valores y las preferencias. También incluye recursos externos como soporte formal e informal, factores de la enfermedad relatados por la persona, que evalúan el discernimiento y la función cognitiva.

Las valoraciones incluyen a la persona con sus sentimientos como la satisfacción, el disfrute, la competencia y la confianza y debe tener en cuenta la influencia que se ejerza desde el regulador.

Basándome en observaciones diarias llevadas a cabo durante la investigación de campo, encuentro gran paralelo con la exploración del Dr. Trigg. Existen factores condicionantes de la demencia tales como: el Funcionamiento cognitivo, que va disminuyendo aceleradamente sin el suficiente estímulo ambiental; el Humor, con rápidos estados que van desde la agresividad a estados de angustia; el Comportamiento, inconexo y errático; la Salud que se deteriora a cada paso y la Relación con el Ambiente, hostil o poco estimulante.

Durante el proceso de la enfermedad, la terapéutica de estimulación faculta factores que actúan como agentes reguladores, ellos son: la Memoria global, la cognición y facultad de trascender a otros. La remisión de estos factores, intervienen al ser multiestimulados en sensaciones de bienestar que el paciente experimenta[311].

Los proyectos institucionales, son un recurso externo que dota de apoyo emocional. De esta forma, por la acción de actividades sistemáticas y continuas se proporcionan estrategias internas, que favorezcan el uso de estrategias cognitivas, estrategias conductuales y se abra posibilidad de opinión y recursos autotrascendentes.

El resultado de la evaluación de la Calidad de vida objetiva y subjetiva, en general proveyeron de una serie de características diferentes a las observadas inicialmente. Son los factores condicionantes de la evaluación Objetiva. Situaciones tales como nuevos ingresos dentro de una institución, origina cambios en el ritmo y calidad de sueño, asimismo la imposibilidad de

[311] En Anexo 2. retest de satisfacción de vida y sentimientos.

deambular o falta de sillas para el traslado y la omisión de recursos que habiliten el empleo del tiempo libre feliz; son condicionantes del bienestar general.

Así, luego del retest, las respuestas más reveladoras dejar ver una modificación significativa: en el calidad de salud (Q1), nivel de energía bueno (Q3), evolución en la calidad de vida aceptable (G1), memoria evaluada como buena y aceptable. Siendo aún más significativa las respuestas referidas a la facultad de disfrutar de hacer cosas (Q11), capacidad de elegir y sentirse útil o valioso en su hacer cotidiano (Q12 y Q13)[312].

Estos factores condicionantes inciden en la evaluación subjetiva y en los sentimientos detectados al inicio y luego del retest, en la promoción de la *identidad desde el uso de la reminiscencia*[313], el logro del vínculo y el reclamo de atención y amparo.

Al preguntar sobre su nivel de la satisfacción, luego de ejercer una actividad con personas con la demencia, que estarían restringidas en relación con lo que "pueden hacer", vemos una mejoría notable en función de su estado general. Si uno mira su rendimiento frente a dominios múltiples de calidad de vida objetiva, funcionarán indudablemente muy mal y será deducido un resultado negativo. Sin embargo algunas personas con la demencia podrían haberse ajustado a la vida con la enfermedad y aceptado que enfrentan una disminución inevitable con éxito. A través de poder adaptarse, tales personas pueden estar llevando las restricciones y las limitaciones que existen, encontrando un lado de aceptación. Estas personas pueden valorar e interpretar su Calidad de vida dentro de parámetros muy diferentes, a otra persona en una etapa similar de la consecuente enfermedad. No ser, a través de tal cambio en las expectativas, un terapeuta "observador" de la "Apariencia" sino que actuar como ejecutor de su propio destino.

312 Véase Anexo 2. Evaluación mediante el uso del Soft SPSS.

313 ..." el valor representativo en la biografía del individuo...tienen valor de expresión personal. Pues la biografía no es, en resumen de cuentas otra cosa que la explicación de la persona en el tiempo. En la vida que allí pasa ante nuestros ojos, en la existencia que allí se des-envuelve, se explicita y se desdobla la persona, es desenrollada como un tapiz, que nos muestra de este modo su inimitable estampado." Frankl, V. E., (1979:81), "*La Idea Psicológica del Hombre*", Madrid, Edit. RIALP.

Conclusión

El énfasis del movimiento de salud sobre los cambios de estilo de vida, se vinculan a causas sociales de la enfermedad. Desde este lugar, se intenta hacer más fácil el entorno donde el doliente reside, creando proyectos donde éste sea autónomo, partícipe de un hacer en torno a su bienestar, así el trato de los profesionales formará parte integrante del bienestar (por ejemplo, posibilitar un vínculo salutogénico desde la comprensión de un síntoma paso al logro de autonomía, un tratamiento orientado para el paciente hacia el sentido de su vida, mejorar el acceso para la atención del doliente y escucha de reclamos, retirar barreras de conveniencia social y garantizar la disponibilidad de servicios profesionales aceptados gubernamentalmente).

Relevancia

El presente trabajo, intenta plantear diversos aspectos éticos relevantes para la práctica profesional en general y para la psicopedagogía en particular, con especial énfasis en el enfoque logoterapéutico. Destaco entonces temáticas que conllevan una relación ética intrínseca, la necesidad de responder ante imprevistos, sostener personalidades que se encuentran afectadas por el desamparo y la enfermedad e instruir al alumnado durante un periodo previo para aplicar estrategias desde la teoría frankleana. Fundamentalmente, la instrucción deberá ir más allá de desarrollar un potencial para colaborar en el sector de crónicos, como en el caso que ampliaré sobre pasantías y prácticas con gerontes con deterioro de diversa base. Tenderá a la planificación de estrategias y desempeños prácticos para aprender a desenvolverse ante los sucesos inesperados.

A la luz de esto, podría verse un riesgo en la "fusión de hechos y valores" tal como ocurre en las "*experiencias excitantes* y en las personas auto-actualizadas"[314], ya que en las experiencias excitantes "el *ser* y el *deber* se confunden entre sí"[315]. De todas formas, ser humano significa Ser encarando sentidos para plenificar valores para realizar. Esto es, vivir en el campo polar de tensión establecida entre la realidad y los ideales a materializar. El hombre vive por ideales y valores. La existencia humana no es auténtica a menos que sea vivida en términos de auto-transcendencia.

El original y natural interés del hombre respecto del sentido y los valores, está en riesgo por causa del prevalente relativismo. Ambos tienden a desgastar el idealismo y el entusiasmo.

A partir de un ejemplo que fue brindado por el Dr. Claudio Garcìa Pintos[316], citado por un psicólogo americano: "Carlos... se 'enojaba' especialmente, tal como él lo expresó, cada vez que recibía una factura por el servicio de un profesional, como por ejemplo un dentista o un médico, motivo por lo cual no las pagaba o lo hacía parcialmente. .. Una actitud personal ante las deudas es muy distinta, y le doy mucho valor al hecho de pagarlas inmediatamente. En esta situación sin discutir

---

[314] Abraham H. Maslow, (1995), *Eupsychian Management: A Journal*, R. Irwin, Illinois. Homewood,

[315] Abraham H. Maslow, (1962:2-9),"*Lessons from the Peak-Experiences*", Journal of Humanistic Psychology.

[316] García Pintos, Claudio,(2005:ficha N°7)), "Curso Introductorio a la Logoterapia", Bs.As. , UCA.

sobre valores personales, recapacité acerca de lo escuchado. Esta psicodinamia envuelve un comportamiento... el compromiso en pagar inmediatamente, es determinado seguramente desde una necesidad Superyoica en tanto valores paternos... Bajo ninguna circunstancia intentaré conscientemente dirigir o persuadir a adoptar estos valores, mientras esté convencida que los valores como refiere García Pintos, "*son... relativos... mas que... absolutos*"[317].

Pero, ¿son los sentidos y los valores tan relativos y subjetivos como uno los supone?. *En un sentido lo son, pero en un sentido diferente al que entendemos por relativo y subjetivo. El sentido es relativo en tanto está relacionado con una específica persona que está involucrada en una situación específica. Uno podría decir que el sentido difiere, primero, de hombre en hombre, y, segundo, de día en día, incluso, de hora en hora.*

Preferiría hablar de singularidad, antes que de relatividad, de sentido. Singularidad, más aún, es la cualidad, no solo de una situación sino de la vida como totalidad, en tanto que la vida es una sucesión de situaciones singulares. Más aún, el hombre es singular en términos, tanto de esencia como de existencia[318]. En última instancia, nadie puede ser reemplazado en virtud de la singularidad de la esencia de cada hombre. Y la vida de cada hombre es única en tanto nadie puede repetirla en virtud de la singularidad de su existencia. Tarde o temprano, su vida habrá llegado a su fin, y con ella, todas las únicas oportunidades de realizar el sentido.

Volviendo sobre la singularidad de sentidos. De lo antes dicho, se sigue que no existe algo así como un sentido universal de la vida, sino solo los sentidos singulares de las situaciones individuales. De todos modos, no debemos olvidar que más allá de esas situaciones hay otras que tienen algo en común, y consecuentemente hay sentidos compartidos por seres humanos en una sociedad y, aún más, a través de la historia. Más que estar relacionados con situaciones singulares, estos sentidos se refieren a la condición humana. Estos sentidos, son lo que entiendo por valores. *De modo tal que podría definir a los valores como aquellos sentidos universales que*

317 James S. Simkin, in Charlotte Buhler,(1992) ·Values in Psychotherapy", New York, Free Press of Glencoe.

318 García Pintos, Claudio, (2005:fichaN°7),"Curso Introductorio a la Logoterapia", Bs.As. , UCA

se cristalizan en situaciones típicas que una sociedad o, aún, la humanidad, debe enfrentar[319].

[319] Op. Cit., García Pintos, Claudio, Ficha N* 7.

Aspectos generales para una Ética Profesional

Poseer una orientación logoterapéutica no es ser ni un moralista ni un intelectual. El trabajo está basado en un análisis empírico y fenomenológico. Dicho análisis fenomenológico se basa en la experiencia que el hombre tiene en cualquier circunstancia, porque todos y en cualquier momento de la vida podemos encontrar gente que demuestra valores. Uno puede descubrir el sentido de la vida, creando, a través de un trabajo, un hecho, o experienciando la bondad, la verdad o la belleza, o vivenciando la naturaleza y la cultura; o, finalmente, a través del encuentro con otro ser único en la más profunda singularidad del ser humano, en otras palabras, amándolo. De todas formas, la nobleza del sentido es reservada para aquellos que, privados de la oportunidad de descubrir sentido en un hecho, trabajo o amor, a partir de la actitud que han elegido asumir ante esta circunstancia, pueden superarla y crecer más allá de ellos mismos. Lo que ocurre es que aquella postura que han elegido les permite transmutar su carencia en logro, triunfo, heroismo y cualidades morales.

Si alguno prefiere hablar, en este contexto, de valores, debería discernir tres grupos principales. Los ha mencionado en varias charlas, el Dr. Claudio García Pintos como valores creativos, experienciales y actitudinales. Esta secuencia refleja las tres maneras principales en las cuales el hombre puede descubrir sentidos en su vida. La primera es a través de aquello que *él da* al mundo en términos de su creación; la segunda es a través de aquello que *toma* del mundo en términos de encuentros y experiencias; y la tercera es a través de la *postura que asume* en caso de tener que enfrentar un destino que no puede modificar. Es por eso que la vida nunca cesa de tener sentido, aún aquellas personas privadas de ambos, los valores de creación y los de vivencia, permanecen desafiadas por un sentido por realizar, esto es, el sentido que se descubre a través de un modo digno de sufrir.

Las reflexiones que acontinuación se presentan tienen la intención de servir de ayuda y estímulo para mejorar la calidad de vida en gerontes con patologías severas donde a veces pareciera que ya no existe nada más que hacer. Con este fin pensé en este tema.

Biodiversidad

En esta parte del presente trabajo abordaré cuestiones particulares sobre la ciencia Bioética y la necesidad de dar respuestas serias y responsables a diversas situaciones, para lo cual se hace indispensable tener nociones genéricas adecuadas.

La complejidad de la bioética, como ciencia interdisciplinar que tienen que estar pendiente de detalles tales como la realidad biológica del viejo, el progreso científico que no se condice con los abances científicos y tecnológicos brindados a nuestros viejos en el país, la opinión social respecto a las posibilidades de nuestros gerontes en general (sanos o enfermos), lentitud en la legislación apropiada, etc. Sin olvidar de principios rectores de la vida humana íntegra.

Definiendo entonces el tema a trartar, la Bioética etimológicamente proviene del griego bios y ethos: "ética de la vida", la ética aplicada a la vida humana.

La bioética serìa entonces la ciencia que regula la conducta humana, el comportamiento humano en el campo de la vida y la salud, a la luz de los valores y principios morales fundados en la dignidad de la persona humana.

La bioética constituye, por eso una fuente de principios y normas de comportamiento que iluminan la conciencia y orientan a hacer elecciones siempre respetuosas de la vida y su dignidad. En otras palabras la propuesta sería dar respuestas éticas sobre lo que se puede o no hacer en el campo de la vida humana y referido a mi tema de elección en la promoción de salud en las ùltimas instancias de la vida como es la vejez y la enfermedad.

Bàsicamente, *el objeto de estudio de la Bioética, trata sobre la vida humana y la dignidad de la persona y sus bienes fundamentales; el hombre en definitiva. De ahì, el interés por el estudio de la verdad sobre el hombre, su naturaleza y exigencias objetivas que esta presenta*[320]. Esta relación con la antropología obliga a interrogarse sobre cuestiones esenciales: ¿Cuál es el valor de la vejez? ¿Posee el viejo una verdad propia, una dignidad y unos bienes reales que exigen respeto

[320] Pardo Sáenz, José María, (2004:16), *"Bioética práctica, al alcance de todos"*, Madrid, Edic. Rialp.

incondicionado, y que, por lo mismo, señalan sentido y límites del dominio tècnico del hombre sobre la sociedad o parte de la sociedad? ¿Puede el ser humano reducir a otro a un objeto, disponer y manipular sus bienes espirituales (en tanto valores adquiridos) en la enfermedad, por el solo hecho de no poder decidir?

De las respuestas a estas preguntas dependeràn las soluciones a las cuestiones particulares y holísticas. Como bien dice Pardo Saenz, "La cuestión antropológica condiciona y fundamenta la solución ética sobre la intervención técnica sobre este hombre".

De las distintas visiones sobre el ser humano, me inclino por partir de una antropología trascendente.

Frente a un modelo clásico de aproximación biomédica al adulto mayor, los múltiples e interrelacionados problemas del paciente geriátrico requieren una aproximación bio-psico-socio-funcional y espiritual, con visión trascendente. Surge así un concepto amplio de Valoración Geriátrica Integral (VGI) como un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario para identificar, describir y cuantificar problemas físicos, funcionales, psicológicos, sociales y espirituales, que puede presentar el paciente, con el fin de alcanzar un plan de tratamiento global, optimizar la utilización de recursos y garantizar el seguimiento de los casos.

Es multidimensional, porque analiza las diferentes esferas que integran al individuo e interdisciplinaria porque en él participan diferentes profesionales (médicos y enfermeras, asistentes sociales, psicólogos, Psicopedagogas, etc.) Actualmente, se considera que la VGI es la tecnología básica de la Geriatría. Las ventajas de la VGI, señalan la mejoría de los indicadores de calidad en el cuidado del adulto mayor: funcionalidad, menor mortalidad, disminución de hospitalizaciones, menor uso de fármacos, mayor autonomía aunque sea en la posibilidad de elección del paciente y la inmediata valoración de la propia vida y accionar condicionados por la posibilidad de Ser, hacer y poseer.

Los objetivos de la VGI que promuevo como terapeuta se ven reflejados en la siguiente tabla.

OBJETIVOS DE LA V.G.I. EN PSICOPEDAGOGÌA

- Mejorar la exactitud diagnóstica y la identificación de indicadores de logro y dificultad.
- Planificar los cuidados y seguimientos racionales en bienestar del paciente.
- Evaluar la evolución y cambios en el tiempo
- Rectificar o ratificar la utilización apropiada de los recursos
- Disminuir la institucionalización o arbitrar medios de estimulación individuales y grupales dentro de las mismas.
- Potenciar la autoestima y autonomía.

Respecto de la praxis, al momento de pensar en la valoración antes mencionada, o de una *eupraxis como antónimo de mala praxis, la rehabilitación del ethos profesional de la virtud, de los ideales morales y de una relación terapéutica fundada en la philia medico-paciente*[321], o tríada terapeuta-paciente-institución. Desde una orientación Logoterapéutica no se tiene interés en adherencias caprichosas de propósitos y valores en el seguimiento de un paciente. Se intenta un equilibrio entre lo posible y lo probable en un sujeto cuyo grado de deterioro impone desde lo ético, la búsqueda de continuidad del sentido de su vida aun en el SME de deprivación cognitiva. En un incesante itinerario de presiones que se ejercen: el pedido de búsqueda por parte de los pacientes de sus familias y el desaliento ante su desaparición, abandono o inexistencia; la acritud de terapeutas de más de 10 años en un mismo sector, que en el mejor de los casos vivencian a sus pacientes como viajeros mediante expresiones de "ya está pidiendo pista". Hecho que finamente, ocasiona cierta inercia por parte de los terapeutas quienes advierten o anticipan un desenlace pre-mortem, quedando a la espera y sin accionar concreto, en la totalidad sus pacientes.

Este es, un sistema subjetivo de valores que genera ciertos conflictos en el nivel de preocupación, ocupación e incluso una serie de jerarquizaciones transubjetivas de valores con determinados pacientes con situaciones de vida y de accionar que influyen en su propio accionar y ética personal. Mayores o menores cuidados son los que se observan en estos casos hacia un sector de ancianos específicamente. Nos falta aun mucho por andar para llegar a "permitir" en nuestras reuniones interdisciplinarias la Autoevaluación y la critica constructiva.

[321] Mainetti, José Alberto, (2000:119), "*Compendio Bioético*", La Plata, Edit Quirón.

Básicamente así, generar *auto confianza, auto respeto y auto seguridad*[322] desde una visión más amplia y armónica, proponérselo e intentarlo es misión de todos.

Como señala el Dr. José Mainetti, la tesis del Homo infirmus[323] el hombre a diferencia del animal, ajustado a su medio es desajustado por naturaleza y para vivir necesita ajustarse mediante el ejercicio de su razón y libertad, una valoración de la conducta en tanto virtuosa o viciosa, correcta o incorrecta, benéfica o maléfica. Una condición humana como posibilidad moral, condición prima facie negativa, de infirmitas o desajuste natural. Esto condice con lo trascendental y substancial de una Bioética tanto filosófica como científica del cuerpo, la mente y el espíritu, tanto somatoética, fenomenoética, psicoética y nooética[324]. Condición necesaria e imprescindible en el profesional gerontólogo, el cual mediante su compromiso profesional como un aspecto fundamental de los valores acompañará a este doliente en la búsqueda integral de su bienestar. Pero además, el propio enfermo desde el cambio de actitud sobre la propia enfermedad o dolencia, base de todos los valores propondrá una definición de sí mismo diferente, valiosa y con proyección tanto al interior de si como al exterior y a los otros que lo rodean.

[322] Lukas, Elizabeth, (1995:91) *"Psicoterapia en dignidad"*, Bs. As. ,Edit. San Pablo.

[323] Mainetti José Alberto, (1990)*"Homo Infirmus"*, Bs. As., Edit. Instituto humanidades médica, Edic. Quirón.

[324] Nooético: espiritual, como ilimitado en su capacidad de trascender en cualquier circunstancia... "Encontré un significado en mi vida, ayudando a otros...

Vivencias y sugerencias para el Accionar Concreto

A grandes rasgos el discurso actual en el entorno del trabajo propuesto, parece muchas veces vincularse con un discurso despersonalizante cuando escucho de algunos terapeutas manifestar "no le hagas caso, está demente pobrecita". Reflexiono sobre ese pobrecita y la respuesta es siempre la misma, ¿quién es más pobrecita? Y ¿quién está más demente? En un sistema como el descripto esto compone un entorno que encubre el facilismo de los mismos, un: "para hacer más rápido lo hago yo", "le pongo pañales así no molesta levantándose a la noche" o "no le hagas caso es demente". Recapacito si estoy ante la posibilidad de una habituación a la tarea o una enajenación y/o iatrogenia profesional alejada completamente de la Ética.

En función de lo observado y analizado, es posible realizar ciertas sugerencias luego de lo efectuado:

- En primer lugar fomentar el respeto por los elementos personales, lo que estimularía el sentido de pertenencia. Asimismo sería fundamental brindar la posibilidad de realizar actividades productivas y de satisfacción personal.
- Vincular al otro dentro de la posibilidad individual, al ejercicio de la elección en todo momento ya que es esa, una de las primeras pérdidas que se registran en durante la demencia.

Desde la experiencia de esta vivencia, puede vincularse esquemáticamente una *realidad moral, con tres dimensiones, la ética o sistema, el ethos o carácter y la eticidad o instituciones, surgen las respectivas dicotomías de la vieja moral*[325].

En cuanto a los principios éticos de la presente investigación, quedan resumidos y ajustados a la tabla expuesta por el Dr. Mainetti,[326] de la siguiente forma:

---

[325] Mainetti, José Alberto,(200:126), *"Compendio Bioético"* La Plata, Edit. Quirón.

[326] Op. Cit. (Mainetti:127).

Moralidad	Vieja Moral	Nueva moral	
Ética	Naturalista		Normatividad
		Ley natural	⇩
		Santidad de la Vida	Hechos # Valores
		Regla de oro	Calidad de vida
Ethos	Paternalista (Principio de Beneficencia)		Autonomista (Principio de autonomía)
Eticidad	Profesional	Dogmática Autoritaria	Social o Civil / Crítica Democrática

Esta posibilidad de representar esquemáticamente la diferencia entre la Vieja Moral y la Nueva, está dada por la Bioética. Tal como postula el Dr. Mainetti, *la distinción en la realidad Moral, estaría dada por tres dimensiones: la ética o sistema, el ethos o carácter y la eticidad o institución.* Surgen así las respectivas dicotomías que aun hoy seguimos viendo en algunos profesionales quienes se apropian (paternalismo) de "sus pacientes" restándoles la perspectiva de un trabajo interdisciplinario. O desde una Vieja Moral Naturalista, paternalista y profesional. Ya planteando una Ética naturalista, define en su triple concepto de *ley natural, santidad de vida y regla de oro unidas*, a modo de una guía cerrada del operar ético. Aplicables, de manera separada por el Normativismo expresado en la Nueva Moral.

Esencialmente, la tarea que propongo surge de la necesidad de una labor compartida por distintos ámbitos o campos profesionales, en un microsistema que promueva un *ethos* en autonomía y desde una eticidad o institución que favorezca el aporte desde cada saber, un conocimiento parcializado de un paciente con fines de ampliar la visión y planificar acciones conjuntas.

La idea consiste en el ejercicio de la Bioética como una de las ramas de las humanidades que atañen a los profesionales de la salud y como una de las tres partes, *la práctica o moral, de la filosofía la antropología y la epistemología de la profesión.*

Con una aproximación a los problemas morales donde aparezca una bioética integral y un ethos universal y operativo en todos los casos.

El resultado no es la culminación de la propuesta

El título, "*El resultado no es la culminación de la propuesta*", presenta esta investigación como un inicio de nuevos proyectos que habiliten la promoción de aspectos sanos, aún en enfermedad.

Este hombre en esencia, capaz de sobreponerse a la adversidad e imponerse a su limitación, siempre y cuando haya encontrado un sentido satisfactorio a su enfermedad, podrá desarrollar su ser que está en potencia y que es. "*Un ser finito y limitado; esta limitación está acorde con su calidad de ser condicionado, ya que sólo potencialmente es el hombre un ser incondicionado, mientras que de hecho está siempre condicionado*"[327].

Reflexionando acerca de la práctica, el sentido que estos pacientes participantes del Proyecto Nous, pudieron alcanzar, sobrepasa los límites de la temática elegida. La construcción de un trabajo Psicopedagógico con un abordaje logoterapéutico, e interdisciplinario, facultó a estos pacientes de una apertura a posibilidades significativas. Les proveyó de la voluntad de sentido, voluntad de espera ante la soledad y el aislamiento[328] y voluntad para salir del *estigma*[329] paralizante.

Tanto en los pacientes que asistieron a los talleres, como igualmente en las que escuchaban desde su habitación, tuvieron un motivo. Entonces adhiero a Goffman en su afirmación: ..."*La observación inicial nos advierte que el aislamiento de la entidad donde reside la alteración es cuestionable. Por cierto que en los casos de carácter orgánico el paciente encierra dentro de sí mismo, tanto el mundo en el cual siente la lesión, como el mundo en el cual habrán de hacerse las reparaciones* "...[330]

---

[327] Frankl, Viktor Emil, (1979:82), *"La idea psicológica de hombre"*, Madrid, Edit. RIALP.

[328] ... *"Muchas instituciones totales parecen funcionar la mayor parte del tiempo sin otro propósito que servir de depósitos de internos..."*Goffman, Erving, (1973:82), *"Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales"*.Bs.As. Edic. Amorrortu,

[329] Goffman, Erving, (1986:11), *"Estigma. La identidad deteriorada"*,..."Los griegos, crearon el término estigma para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba. Los signos consistían en cortes, quemaduras en el cuerpo, y advertían que el portador era esclavo, un criminal o un traidor, una persona ritualmente deshonrada quien debía evitarse"..., Bs. As. , Edic. Amorrortu,

[330] Op. Cit. Goffman, E., (1973:357), *"Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales"*.

De hecho, esta situación se vio reflejada en su estado anímico, el cual mejoró visiblemente. Aumentaron la comunicación durante el taller, su interrelación social, modificaciones cognitivas significativas detectadas a partir del retest de los test Mini Mental, el test del reloj y la técnica H.T.P. De esta manera, la alteración en la memoria inmediata, atención y comprensión detectada al comienzo del taller, presentó importantes logros luego de los estímulos específicos. Al mismo tiempo disminuyó su estado de soledad y marginación (frecuentes en esta etapa).

Aún es posible mencionar, otras características observadas al inicio del proyecto y modificadas en el trascurso del tiempo de estimulación, ellos son:

- Falta de iniciativa
- Distraibilidad
- Rigidez
- Falta de empatía
- Rápidos cambios de humor
- Afecto aplanado e indiferente
- De un paciente ensimismado pasó a ser entusiasta y satisfecho.

Significativamente se elevó la autoestima, circunstancia que se relaciona con lo que Frankl explica como la posibilidad de elegir, *"qué sentido concreto quiere consumar y qué valor personal quiere realizar, si ante qué o ante algo o alguien"*.

Es interesante resaltar, el entusiasmo con el que recibían esta actividad, la cual contribuyó a colmar su existencia de sentido, viabilizado desde la terapéutica del encuentro y cada estrategia implementada. Esta actuación implica una disposición terapéutica tendiente a la valorización de su existencia. Simplemente, es creer que siempre es posible hacer algo más de lo que se hace.

El tiempo de terapia, es un importante espacio que va más allá de un entretenimiento, una distracción y a su vez estimulación, incluyendo la conexión con vivencias importantes de su pasado. El punto de partida en las prácticas terapéuticas, arraiga en el inconsciente espiritual, *"un poder llegar –a- ser-continuamente-de-otra-manera"*[331]. El hombre puede ser perturbado en el ejercicio de su libertad y en el desarrollo de sus funciones espirituales, por el

[331] Op. Cit. Frankl, V.E., (1979:111)

organismo y por la psiquis. Aunque puede ser atraído desde esta perturbación, desde la voluntad de sentido.

En cuanto a la relación entre el cuadro clínico presentado por los pacientes y la edad de los mismos, hubo alta relación significativa con una mejoría notable. En tanto que, las enfermedades presentadas por esta población, tenían la característica primordial de vacío y soledad, en marginación, en algún modo de sin sentido ni razón de ser.

Por ende, se observó mediante un control riguroso durante la experiencia, una merma en las quejas, agresividad y estados de declive físico. Igualmente, la experiencia registró un importante alivio de la ansiedad y tristeza que los caracterizaba al inicio de la misma.

Esta experiencia alienta a continuar su aplicación y perfeccionamiento, en personas de esta edad, que cursen patologías de deterioro cognitivo progresivo. La soledad y por ende el vacío, es capaz de tapar sentimientos y de despertar la más profunda de las emociones. Todos hechos registrados a su vez, mediante las modificaciones cualitativas y cuantitativas en la valorización de la calidad de vida subjetiva.

Reflexionemos entonces, en esta otra oportunidad a la vida y al bienestar de sí mismo como persona. Traigo aquí el pensamiento de *Kierkergaard: "Aún cuando la demencia me pusiera ante los ojos una máscara del bufón, aún podría yo salvar mi alma: si mi amor en Dios triunfa en mí".*[332] Creo que esta frase, cierra el trabajo terapéutico, ya que la ciencia construida con amor a Dios y al mismo hombre, provee de elementos que iluminan el accionar.

332 Citado por Frankl, V. E.(1979:113), en *"La idea Psicológica de hombre"* , España, Edit Rialp.

Anexo 1

Anexo 1 H.T.P.

Persona acostada y árbol de pie

Casa hecha con palitos

Foto 2 Representación de persona. Paciente con Hemiparecia izquierda por A.C.V.

Anexo 1.2

Foto 3 H.T.P. Integrado

Casa ***Persona*** ***Árbol***

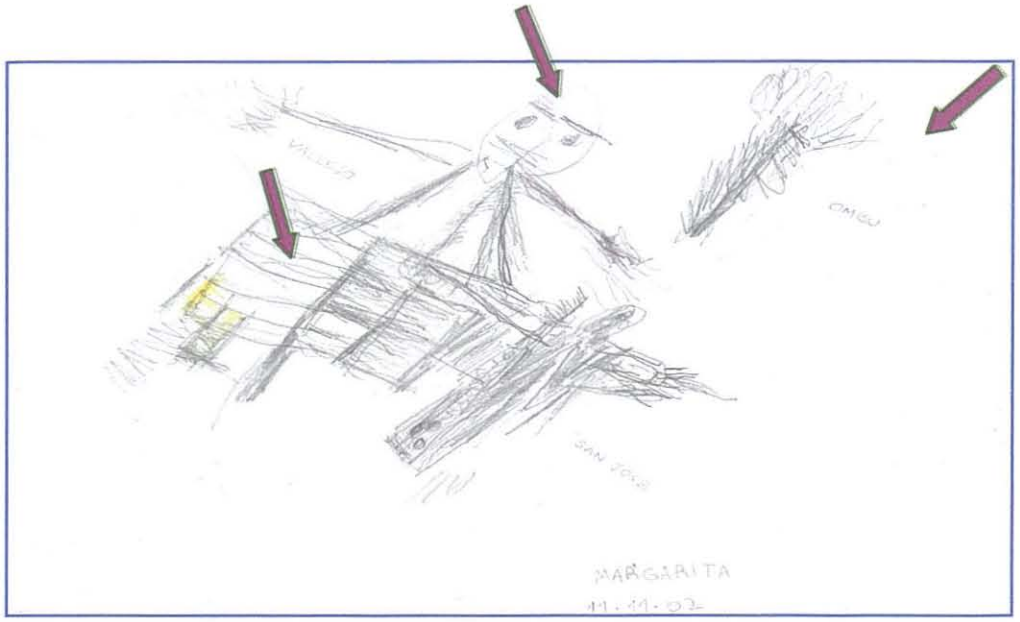
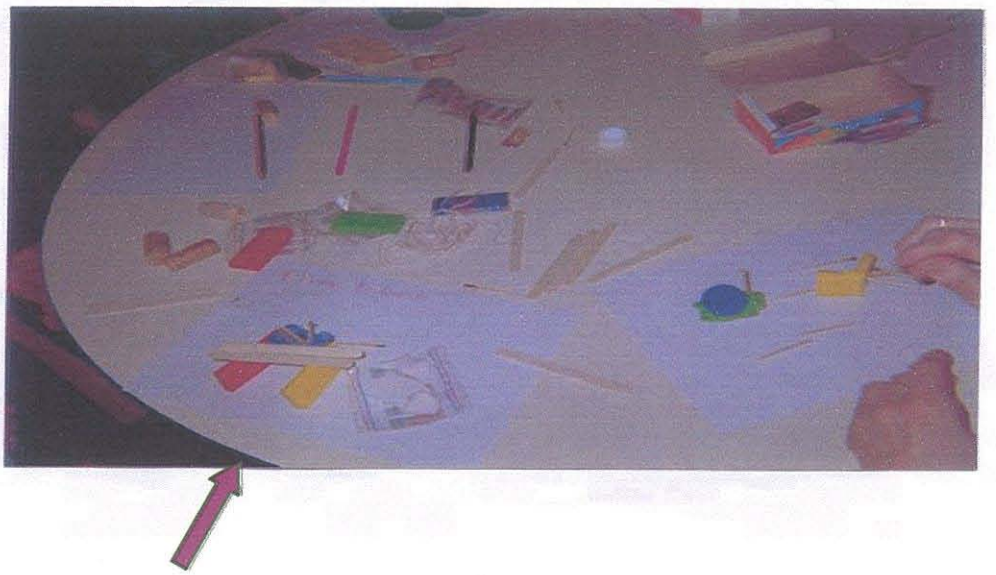


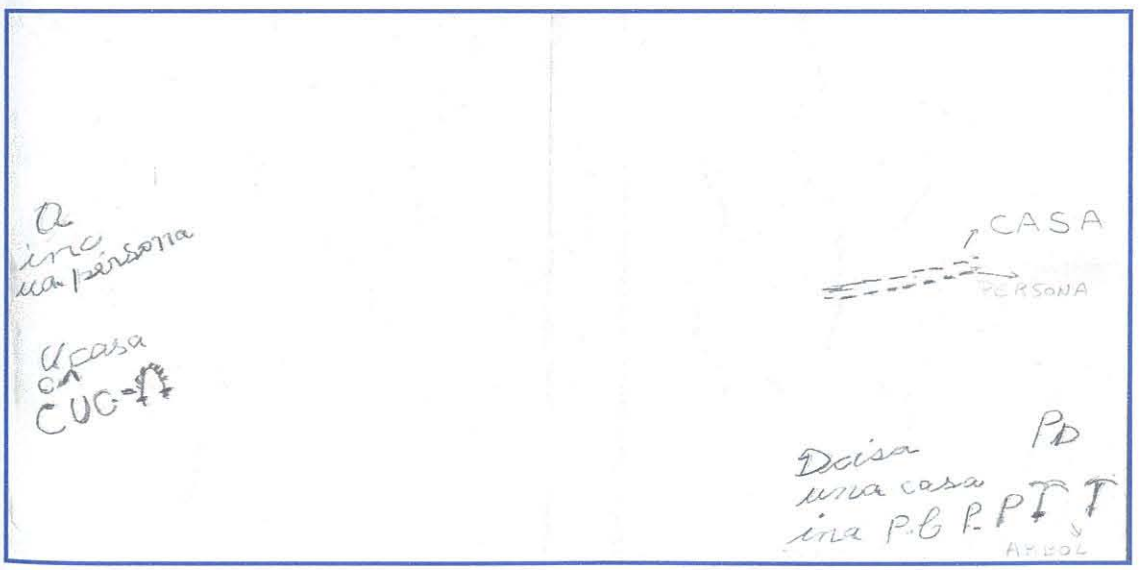
Foto 4 Paciente con Alzheimer

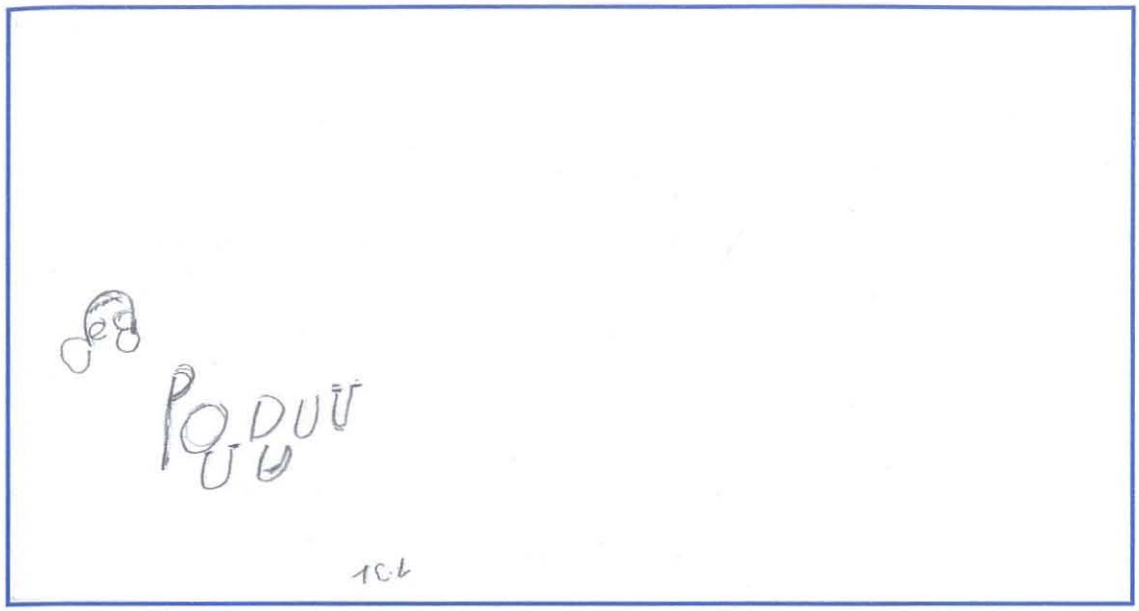
H.T.P.Casa



Anexo 1.2.1

H.T.P. 2002

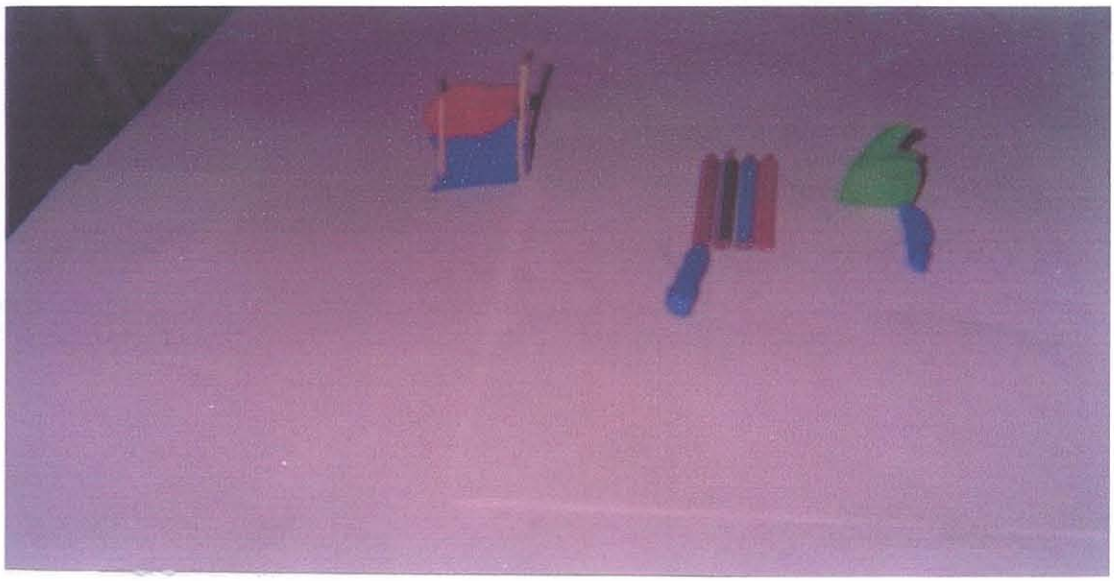




Retest

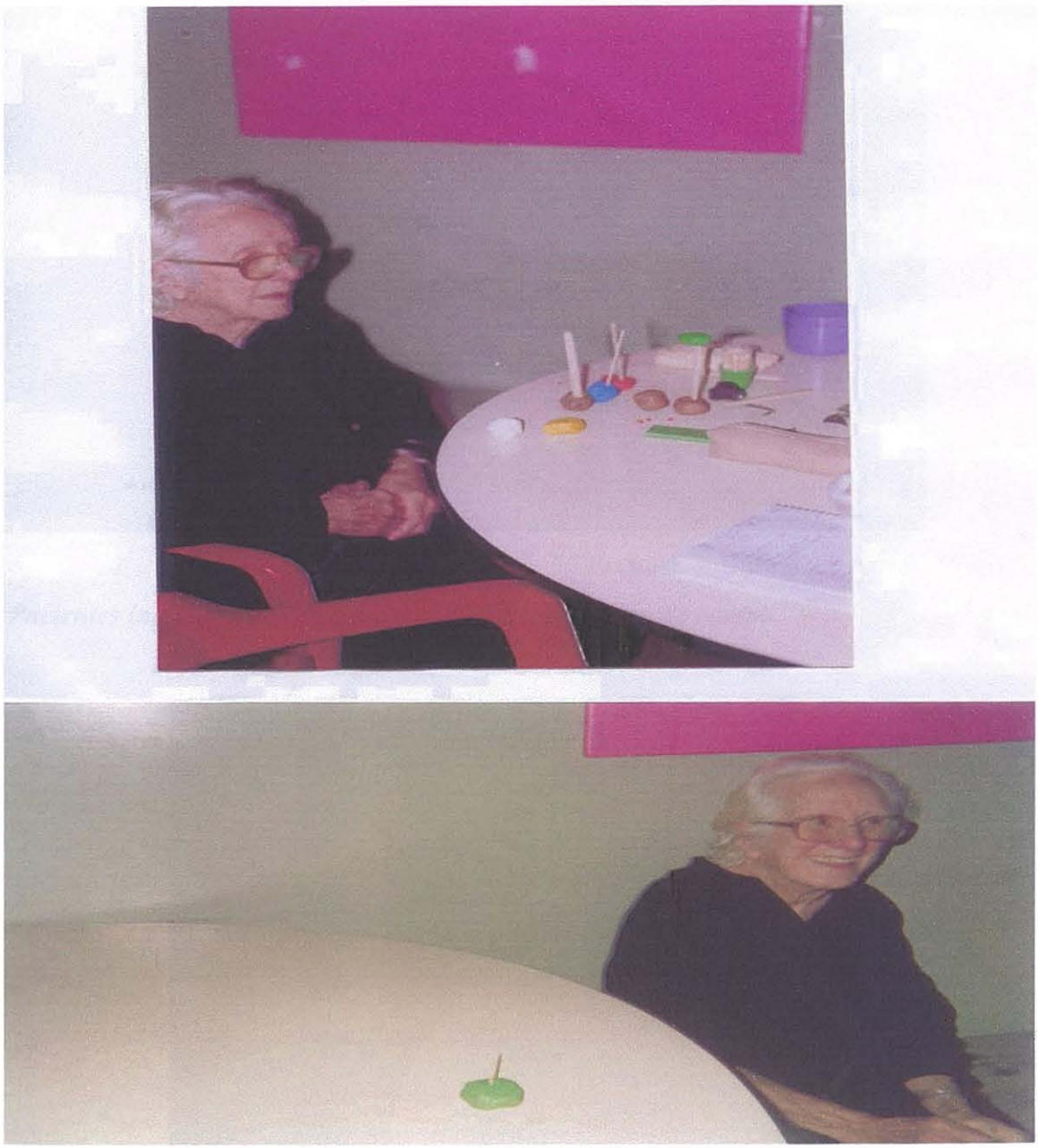
H.T.P. 2003

Casa

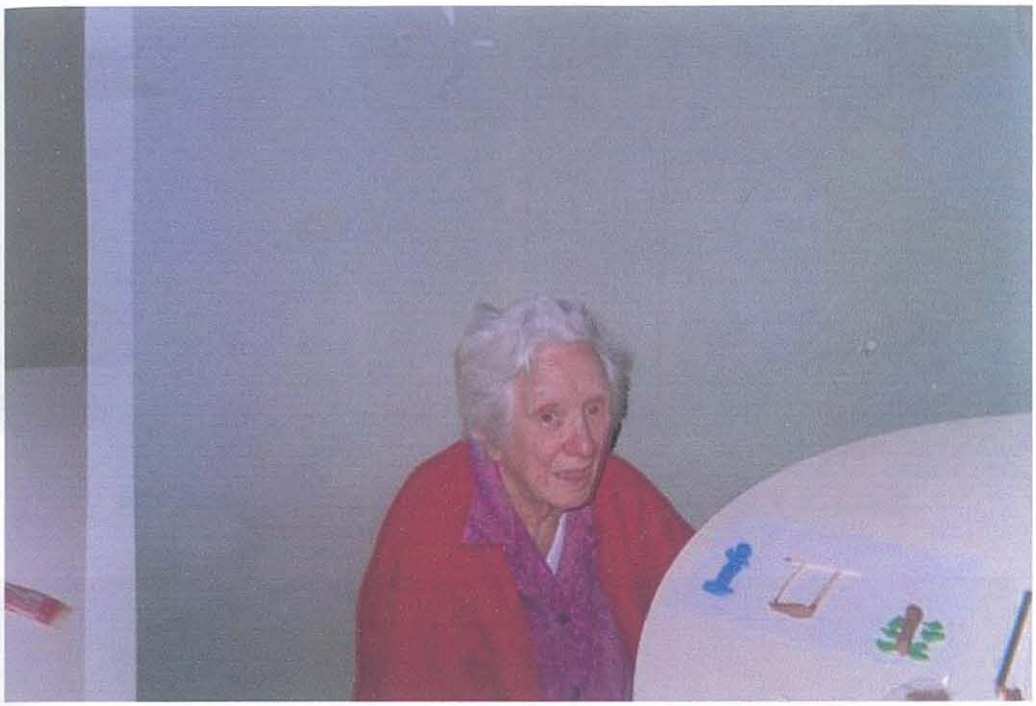


Personas Pequeñas y una grande (Verde)

H.T.P. Mayo de 2003



Árbol



Persona Casa y Árbol

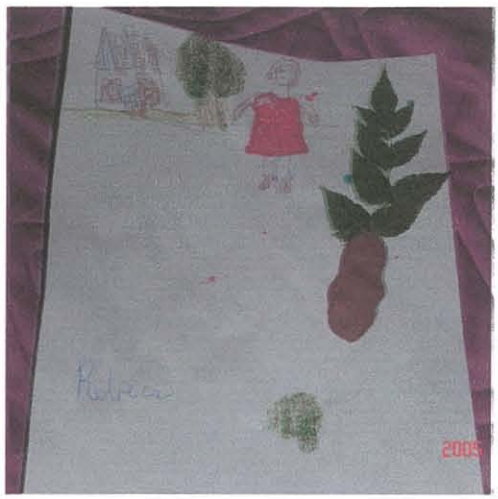
Pacientes incluidos en el segundo año de investigación de campo

Casa –Árbol- Persona

H.T.P Medio

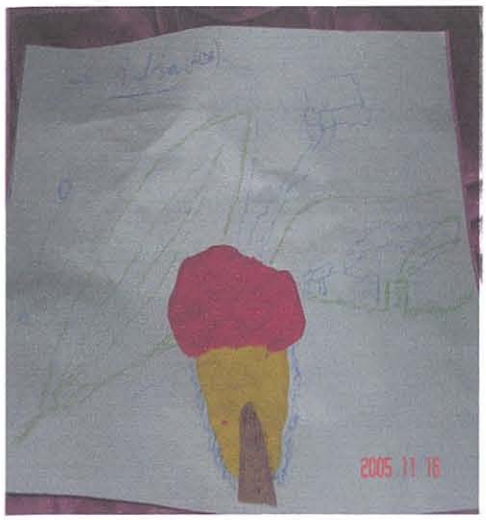
H.T.P. Final

H.T.P.Inicial

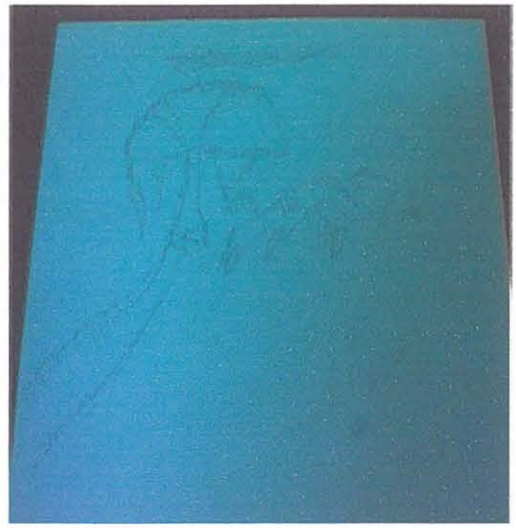


H.T:P. Final

Incorporación al grupo 2005



H.T.P. Inicial



H.T.P. Final

Anexo 1.3

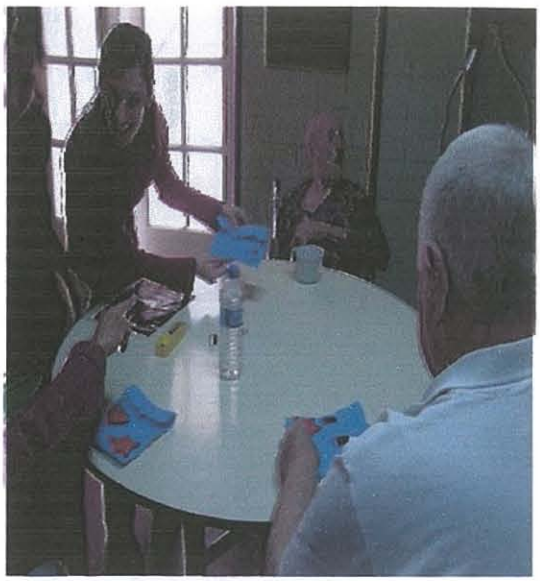
Población de crónicos

Momento diagnóstico a través de la técnica H.T.P. (Casa)

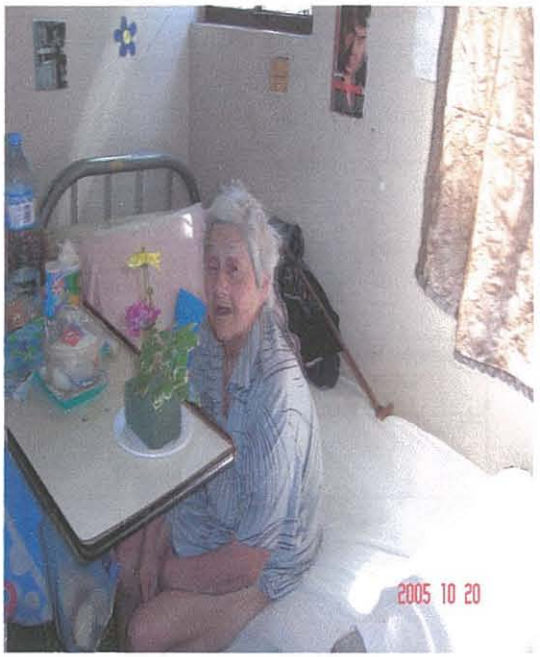
Festejo de la primavera, e integración de grupos

Reconocimiento de otro, trabajo con duplas.

Anexo 1.4. Taller de Arte- Terapia- Sala Común



Arte-terapia: Estimulación individual



Músicoterapia

Anexo 2

Tabla 1. Comportamientos Iniciales y Finales. Taller de Músico-terapia

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Comportamientos dectados al Inicio * Comportamientos modificados	101	100,0%	0	,0%	101	100,0%

Correlations

Correlations

		Comportamientos dectados al Inicio	Comportamientos modificados
Comportamientos dectados al Inicio	Pearson Correlation	1,000	-,287**
	Sig. (2-tailed)	.	,004
	N	101	101
Comportamientos modificados	Pearson Correlation	-,287**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,004	.
	N	101	101

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Comportamientos dectados al Inicio * Comportamientos modificados Crosstabulation

			Comportamientos modificados				
			ESTABLECE RELACIONES SIGNIFICATIVAS	POCO COMUNICATIVO	SOLITARIO	DESINTERESADOS	Total
Comportamientos dectados al Inicio	ESTABLECE RELACIONES SIGNIFICATIVAS	Count	1				1
		% within Comportamientos dectados al Inicio	100,0%				100,0%
	POCO COMUNICATIVO	Count			1		1
		% within Comportamientos dectados al Inicio			100,0%		100,0%
	SOLITARIO	Count	12		5	2	19
		% within Comportamientos dectados al Inicio	63,2%		26,3%	10,5%	100,0%
	DESINTERESADOS	Count	1		4	13	18
		% within Comportamientos dectados al Inicio	5,6%		22,2%	72,2%	100,0%
	DEPRESIVOS	Count	23	2			25
		% within Comportamientos dectados al Inicio	92,0%	8,0%			100,0%
	PESIMISTA	Count	11	1	1		13
		% within Comportamientos dectados al Inicio	84,6%	7,7%	7,7%		100,0%
	ABÚLICO	Count	12		1		13
		% within Comportamientos dectados al Inicio	92,3%		7,7%		100,0%
	AGRESIVOS	Count	11				11
		% within Comportamientos dectados al Inicio	100,0%				100,0%
Total		Count	71	3	12	15	101
		% within Comportamientos dectados al Inicio	70,3%	3,0%	11,9%	14,9%	100,0%

Tabla 2: Evaluación Inicial y Final del test

"Escenario de la Intencionalidad"

Tabla de Contingencia

Evaluac. de la capacidad de escucha-receptivo-participativo-I. * Evaluac. de la capacidad de escucha-receptivo-participativa-F. * Test Escucha Activa Adaptado Crosstabulation

				Evaluac. de la capacidad de escucha-receptivo-participativa-F.		
Test Escucha Activa Adaptado				Canal-Recep-Esperable	Dism-esp-acús-relac	Total
Esperable	Evaluac. de la capacidad de escucha-receptivo-participativo-I.	Dism-esp-acus-relac	Count	40		40
			% within Evaluac. de la capacidad de escucha-receptivo-participativa-F.	46,0%		39,6%
		Alter-Esp-Acúst	Count	47	14	61
			% within Evaluac. de la capacidad de escucha-receptivo-participativa-F.	54,0%	100,0%	60,4%
	Total		Count	87	14	101
			% within Evaluac. de la capacidad de escucha-receptivo-participativa-F.	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 3. Resultados de las acciones del taller de Arte-terapia

Inicio de taller de Arte-terapia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No participa	43	42,6	42,6	42,6
	Se cansa y desorienta	58	57,4	57,4	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

Evaluación de los resultados de las Acciones del taller de arteterapia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Inicia acciones con Sentido	6	5,9	5,9	5,9
	Logra Acciones con Sentido	95	94,1	94,1	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

Tabla 4. Comparación de resultados con PC y tarjetas estímulo

Means

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Mini Mental State * Mini Mental Retest Final	100	78,7%	27	21,3%	127	100,0%

Report

Mini Mental State

Mini Mental Retest Final	Mean	N	Std. Deviation
0 a 5	2,00	2	,00
6 a 10	1,00	18	,00
11 a 17	2,06	34	,24
18 a 21	3,00	46	,00
Total	2,30	100	,76

Tabla 5

Correlations

		Mini Mental State	Mini Mental Retest Final
Mini Mental State	Pearson Correlation	1,000	,924**
	Sig. (2-tailed)	,	,000
	N	100	100
Mini Mental Retest Final	Pearson Correlation	,924**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,
	N	100	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabla 6

Frequency Table

Mini Mental State

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 a 5	18	14,2	18,0	18,0
	6 a 10	34	26,8	34,0	52,0
	11 a 17	48	37,8	48,0	100,0
	Total	100	78,7	100,0	
Missing	System	27	21,3		
Total		127	100,0		

Mini Mental Retest Final

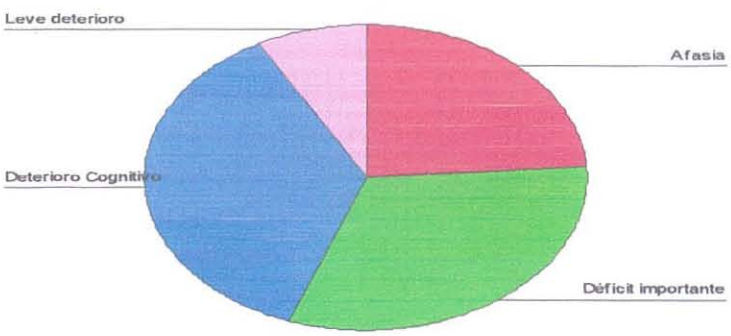
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 a 5	2	1,6	2,0	2,0
	6 a 10	18	14,2	18,0	20,0
	11 a 17	34	26,8	34,0	54,0
	18 a 21	46	36,2	46,0	100,0
	Total	100	78,7	100,0	
Missing	System	27	21,3		
Total		127	100,0		

Tabla 6.2

Mini Mental State * Mini Mental Retest Final Crosstabulation

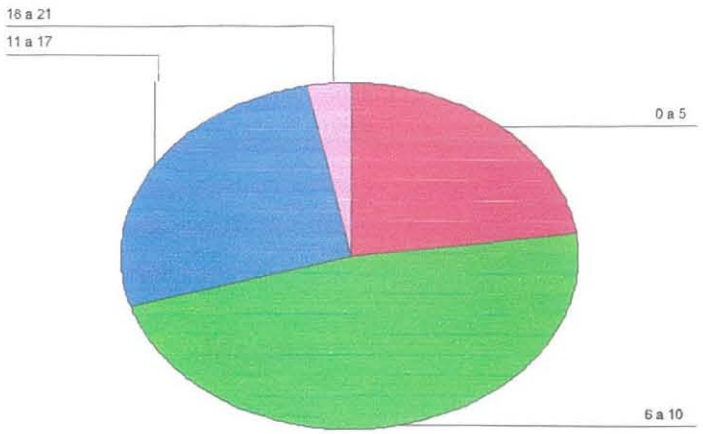
			Mini Mental Retest Final				
			0 a 5	6 a 10	11 a 17	18 a 21	Total
Mini Mental State	Afasia	Count	5	12	6	1	24
		% within Mini Mental St	20,8%	50,0%	25,0%	4,2%	100,0%
	Déficit importante	Count	6	11	7	8	32
		% within Mini Mental St	18,8%	34,4%	21,9%	25,0%	100,0%
	Deterioro Cogniti\	Count	6	10	13	8	37
		% within Mini Mental St	16,2%	27,0%	35,1%	21,6%	100,0%
	Leve deterioro	Count	1	1		6	8
		% within Mini Mental St	12,5%	12,5%		75,0%	100,0%
Total		Count	18	34	26	23	101
		% within Mini Mental St	17,8%	33,7%	25,7%	22,8%	100,0%

Grafico 1: Pastel

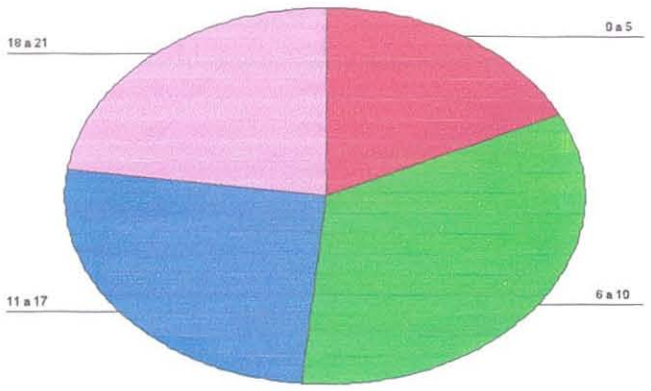


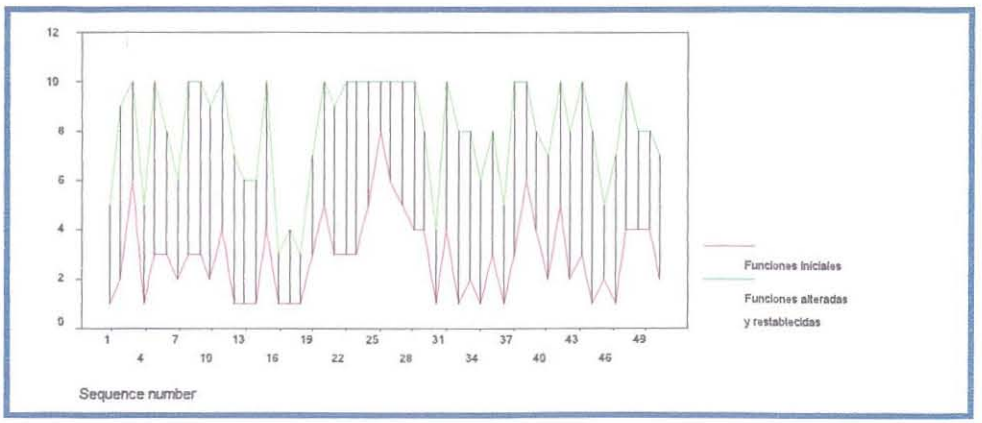
Graph

Puntajes Mini Mental Iniciales



Puntajes Mini Mental Retest





Remisión: cognitiva/afectiva

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Si	101	79,5	100,0	100,0
Missing	System	26	20,5		
Total		127	100,0		

Means

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Remisión: cognitiva/afectiva * Mini Mental Retest Final	100	78,7%	27	21,3%	127	100,0%

Tabla 7

Report

Remisión: cognitiva/afectiva

Mini Mental Retest Final	Mean	N	Std. Deviation
0 a 5	2,00	2	,00
6 a 10	2,00	18	,00
11 a 17	2,00	34	,00
18 a 21	2,00	46	,00
Total	2,00	100	,00

Statistics

		Mini Mental State	Mini Mental Retest Final
N	Valid	101	101
	Missing	0	0
Mean		2,10	2,49
Median		2,00	2,00
Mode		2	2
Std. Deviation		,74	1,02
Range		2	3
Minimum		1	1
Maximum		3	4
Sum		212	251

Tabla 8

Frequencies

Statistics

		Atención Visual Nivel 1	Atención Visual Nivel 2	Atención Visual Nivel 3
N	Valid	101	101	101
	Missing	35	35	35
Mean		1,05	1,46	2,36
Median		1,00	2,00	3,00
Std. Deviation		1,71	1,83	2,08

Frequency Table

Atención Visual Nivel 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No se administra	2	1,5	2,0	2,0
	R/No	26	19,1	25,7	27,7
	No	29	21,3	28,7	56,4
	R/MB	37	27,2	36,6	93,1
	MB	7	5,1	6,9	100,0
	Total	101	74,3	100,0	
Missing	System	35	25,7		
Total		136	100,0		

Atención Visual Nivel 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No se administra	2	1,5	2,0	2,0
	R/No	21	15,4	20,8	22,8
	No	15	11,0	14,9	37,6
	R/MB	39	28,7	38,6	76,2
	MB	24	17,6	23,8	100,0
	Total	101	74,3	100,0	
Missing	System	35	25,7		
Total		136	100,0		

Atención Visual Nivel 3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No se administra	3	2,2	3,0	3,0
	R/No	1	,7	1,0	4,0
	No	3	2,2	3,0	6,9
	R/MB	20	14,7	19,8	26,7
	MB	74	54,4	73,3	100,0
	Total	101	74,3	100,0	
Missing	System	35	25,7		
Total		136	100,0		

Tabla 9- Porcentajes de respuestas según el grado de deterioro

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Atención Visual Nivel 1 * Deterioro < a 21p Mini Mental	100	73,5%	36	26,5%	136	100,0%

Atención Visual Nivel 1 * Deterioro < a 21p Mini Mental Crosstabulation

			Deterioro < a 21p Mini Mental			
			Demencia etapa Inicial	Demencia etapa media	Demencia etapa final	Total
Atención Visual Nivel 1	No se administra	Count		2		2
		% within Deterioro < a 21p Mini Menta		4,0%		2,0%
	R/No	Count	4	15	7	26
		% within Deterioro < a 21p Mini Menta	14,3%	30,0%	31,8%	26,0%
	No	Count	12	13	4	29
		% within Deterioro < a 21p Mini Menta	42,9%	26,0%	18,2%	29,0%
	R/MB	Count	10	15	11	36
		% within Deterioro < a 21p Mini Menta	35,7%	30,0%	50,0%	36,0%
	MB	Count	2	5		7
		% within Deterioro < a 21p Mini Menta	7,1%	10,0%		7,0%
Total		Count	28	50	22	100
		% within Deterioro < a 21p Mini Menta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 10 Porcentajes de pacientes con deterioro y tiempo que tardan en mostrar modificaciones en su conducta.

Tiempo que tardan en responder * Deterioro < a 21p Mini Mental Crosstabulation

			Deterioro < a 21p Mini Mental			
			Demencia etapa Inicial	Demencia etapa media	Demencia etapa final	Total
Tiempo que tardan en responder	30	Count	21	31	11	63
		% within Deterioro < a 21p Mini Mental	75,0%	60,8%	50,0%	62,4%
	60	Count		4	1	5
		% within Deterioro < a 21p Mini Mental		7,8%	4,5%	5,0%
	90	Count	1	5	4	10
		% within Deterioro < a 21p Mini Mental	3,6%	9,8%	18,2%	9,9%
	120	Count	5	7	4	16
		% within Deterioro < a 21p Mini Mental	17,9%	13,7%	18,2%	15,8%
	150	Count	1	4	2	7
		% within Deterioro < a 21p Mini Mental	3,6%	7,8%	9,1%	6,9%
Total		Count	28	51	22	101
		% within Deterioro < a 21p Mini Mental	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 11 Evolución de respuestas a partir del estímulo Atención 2

Atención Visual Nivel 2 * Deterioro < a 21p Mini Mental Crosstabulation

			Deterioro < a 21p Mini Mental			
			Demencia etapa Inicial	Demencia etapa media	Demencia etapa final	Total
Atención Visual Nivel 2	No se administra	Count		2		2
		% within Deterioro < a 21p Mini Mental		3,9%		2,0%
	R/No	Count	5	10	6	21
		% within Deterioro < a 21p Mini Mental	17,9%	19,6%	27,3%	20,8%
	No	Count	8	5	2	15
		% within Deterioro < a 21p Mini Mental	28,6%	9,8%	9,1%	14,9%
	R/MB	Count	11	20	8	39
		% within Deterioro < a 21p Mini Mental	39,3%	39,2%	36,4%	38,6%
	MB	Count	4	14	6	24
		% within Deterioro < a 21p Mini Mental	14,3%	27,5%	27,3%	23,8%
Total		Count	28	51	22	101
		% within Deterioro < a 21p Mini Mental	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 12 Porcentajes de respuestas con aciertos en primer instancia y relación con un estímulo más complejo- Atención 3

Atención Visual Nivel 3 * Deterioro < a 21p Mini Mental Crosstabulation

			Deterioro < a 21p Mini Mental			
			Demencia etapa Inicial	Demencia etapa media	Demencia etapa final	Total
Atención Visual Nivel 3	No se administra	Count	1	2		3
		% within Deterioro < a 21p Mini Menta	3,6%	3,9%		3,0%
	R/No	Count		1		1
		% within Deterioro < a 21p Mini Menta		2,0%		1,0%
	No	Count		2	1	3
		% within Deterioro < a 21p Mini Menta		3,9%	4,5%	3,0%
	R/MB	Count	6	9	5	20
		% within Deterioro < a 21p Mini Menta	21,4%	17,6%	22,7%	19,8%
	MB	Count	21	37	16	74
		% within Deterioro < a 21p Mini Menta	75,0%	72,5%	72,7%	73,3%
Total		Count	28	51	22	101
		% within Deterioro < a 21p Mini Menta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 13

Deterioro < a 21p Mini Mental * Remisión: cognitiva/afectiva Crosstabulation

			Remisión: cognitiva/ afectiva	
			Si	Total
Deterioro < a 21p Mini Mental	Demencia etapa Inicial	Count	28	28
		% within Deterioro < a 21p Mini Mental	100,0%	100,0%
	Demencia etapa media	Count	50	50
		% within Deterioro < a 21p Mini Mental	100,0%	100,0%
	Demencia etapa final	Count	22	22
		% within Deterioro < a 21p Mini Mental	100,0%	100,0%
Total		Count	100	100
		% within Deterioro < a 21p Mini Mental	100,0%	100,0%

Calidad de vida subjetiva

Statistics

		Resultados iniciales de la Calidad de vida subjetiva	Retest de Calidad de vida subjetiva	Calidad de vida subjetiva final
N	Valid	101	101	0
	Missing	26	26	127

Frequency Table

Resultados iniciales de la Calidad de vida subjetiva

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muy pobre	49	38,6	48,5	48,5
	pobre	45	35,4	44,6	93,1
	buena	7	5,5	6,9	100,0
	Total	101	79,5	100,0	
Missing	System	26	20,5		
Total		127	100,0		

Retest de Calidad de vida subjetiva

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	16	12,6	15,8	15,8
	3	56	44,1	55,4	71,3
	4	29	22,8	28,7	100,0
	Total	101	79,5	100,0	
Missing	System	26	20,5		
Total		127	100,0		

Correlations

Correlations

		Resultados iniciales de la Calidad de vida subjetiva	Retest de Calidad de vida subjetiva
Resultados inicial de la Calidad de vida subjetiva	Pearson Correlati	1,000	,353**
	Sig. (2-tailed)	,	,000
	N	101	101
Retest de Calidad de vida subjetiva	Pearson Correlati	,353**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,
	N	101	101

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Comparación de variables

Frequencies

Statistics

		Cómo evaluaría usted su calidad de vida?	Cómo valuaría su memoria usted?	Qué tan satisfecho está usted con su salud	Qué tan satisfecho está usted con su nivel de energía?	Qué tan satisfecho está usted con su entusiasmo para hacer las cosas?	Qué tan satisfecho está usted con su abilidad de hablar a las otras personas?	Hasta que alcance o medida puede hacer eso a cosas que Disfruta	Hasta que alcance o medida siente que usted tiene la lección para hacer las cosas que usted quiere hacer?	¿Hasta qué medida usted se siente útil
N	Valid	101	101	101	101	101	101	101	101	101
	Missing	85	85	85	85	85	85	85	85	85
Mean		1,20	1,83	1,61	2,00	1,68	1,29	1,68	1,39	1,71
Median		1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00
Std. Deviation		,40	,71	,49	,00	,47	,45	,68	,49	,45

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Cómo evaluaría usted su calidad de vida? * Retest1	101	54,3%	85	45,7%	186	100,0%

Cómo evaluaría usted su calidad de vida? * Retest1 Crosstabulation

			Retest1		
			aceptable	bueno	Total
Cómo evaluaría usted su calidad de vida?	muy pobre	Count	44	37	81
		% within Cómo evaluaría usted su calidad de vida?	54,3%	45,7%	100,0%
	pobre	Count	12	8	20
		% within Cómo evaluaría usted su calidad de vida?	60,0%	40,0%	100,0%
Total		Count	56	45	101
		% within Cómo evaluaría usted su calidad de vida?	55,4%	44,6%	100,0%

Cómo evaluaría su memoria usted? * retest3 Crosstabulation

			retest3		
			aceptable	bueno	Total
Cómo evaluaría s memoria usted?	muy pobre	Count	17	27	44
		% within retest	44,7%	42,9%	43,6%
	pobre	Count	21	36	57
		% within retest	55,3%	57,1%	56,4%
Total		Count	38	63	101
		% within retest	100,0%	100,0%	100,0%

Hasta que alcance o medida usted puede hacer eso a cosas que Disfruta? * retest14 Crosstabulation

			retest14		
			aceptable	bueno	Total
Hasta que alcance o medida usted puede hacer eso a cosas que Disfruta?	muy pobre	Count	31	21	52
		% within retest14	52,5%	50,0%	51,5%
	pobre	Count	28	21	49
		% within retest14	47,5%	50,0%	48,5%
Total		Count	59	42	101
		% within retest14	100,0%	100,0%	100,0%

Hasta que alcance o medida siente que usted tiene la elección para hacer las cosas que usted quiere hacer? * retest15 Crosstabulation

			retest15			
			pobre	aceptable	bueno	Total
Hasta que alcance o medida siente que usted tiene la elección para hacer las cosas que usted quiere hacer?	muy pobre	Count	7	31	24	62
		% within Hasta que alcance o medida siente que usted tiene la elección para hacer las cosas que usted quiere hacer?	11,3%	50,0%	38,7%	100,0%
	pobre	Count	8	19	12	39
		% within Hasta que alcance o medida siente que usted tiene la elección para hacer las cosas que usted quiere hacer?	20,5%	48,7%	30,8%	100,0%
Total		Count	15	50	36	101
		% within Hasta que alcance o medida siente que usted tiene la elección para hacer las cosas que usted quiere hacer?	14,9%	49,5%	35,6%	100,0%

¿Hasta qué medida usted se siente útil? * retest16 Crosstabulation

			retest16		
			aceptable	bueno	Total
¿Hasta qué medida usted se siente útil?	muy pobre	Count	23	31	54
		% within retest16	47,9%	58,5%	53,5%
	pobre	Count	25	22	47
		% within retest16	52,1%	41,5%	46,5%
Total		Count	48	53	101
		% within retest16	100,0%	100,0%	100,0%

Anexo 2.1

Resultados en el tiempo

Gráfico 1

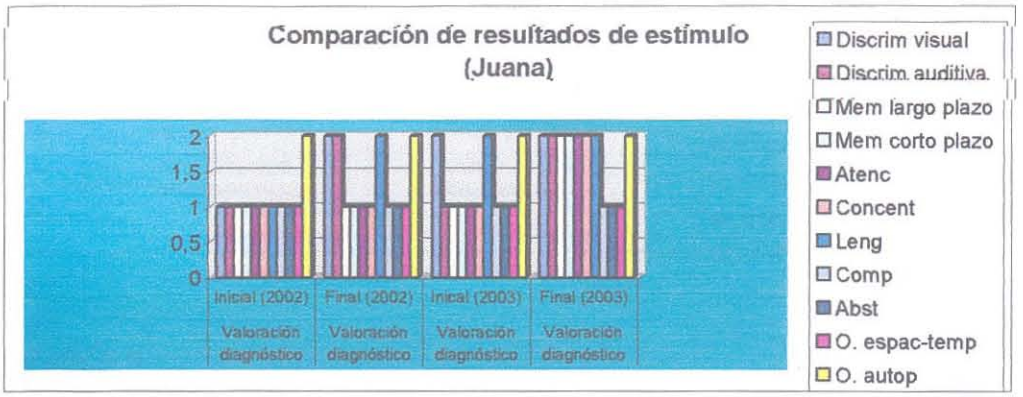


Gráfico 2

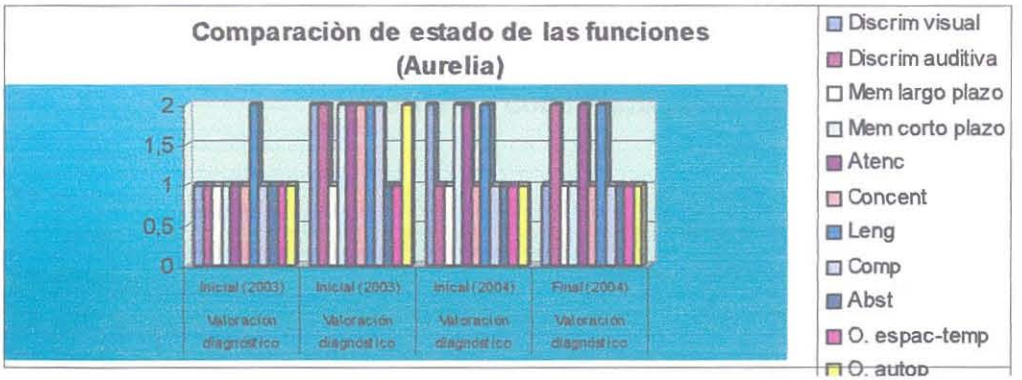


Gráfico 3.

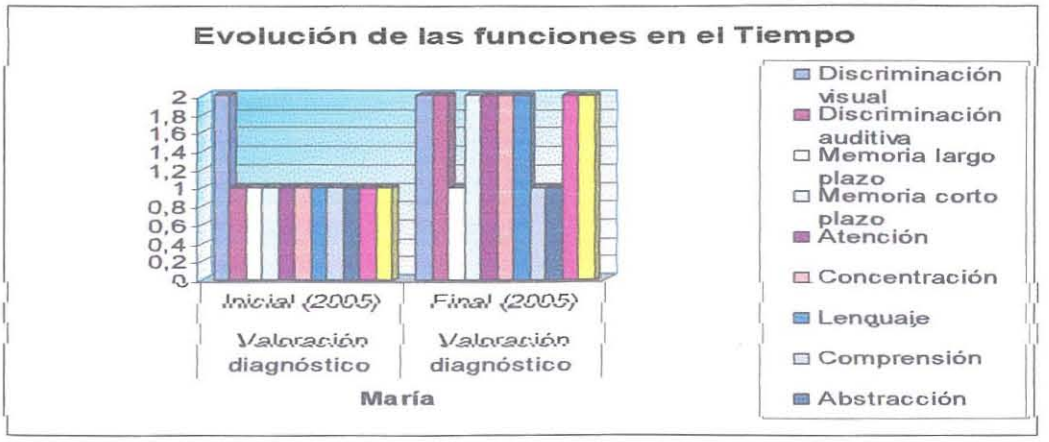


Gráfico 4

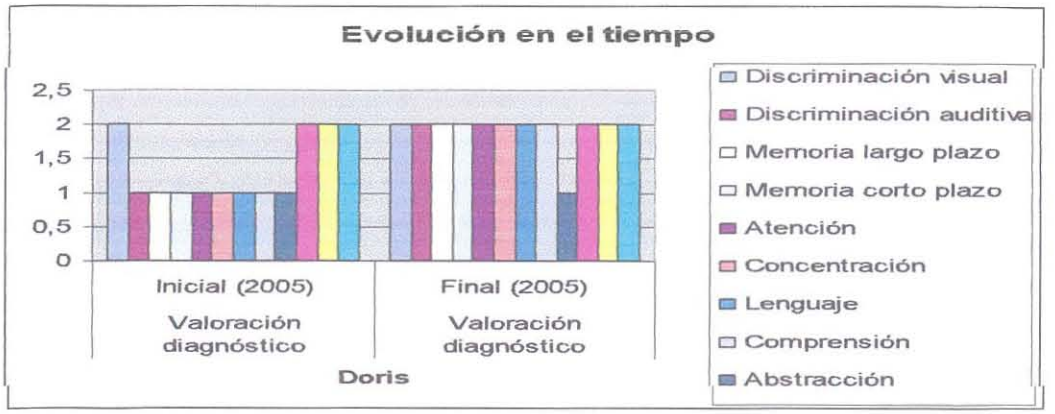


Gráfico 5

Ejemplos de evolución de las funciones de Memoria inmediata, Atención y concentración en una muestra de pacientes:

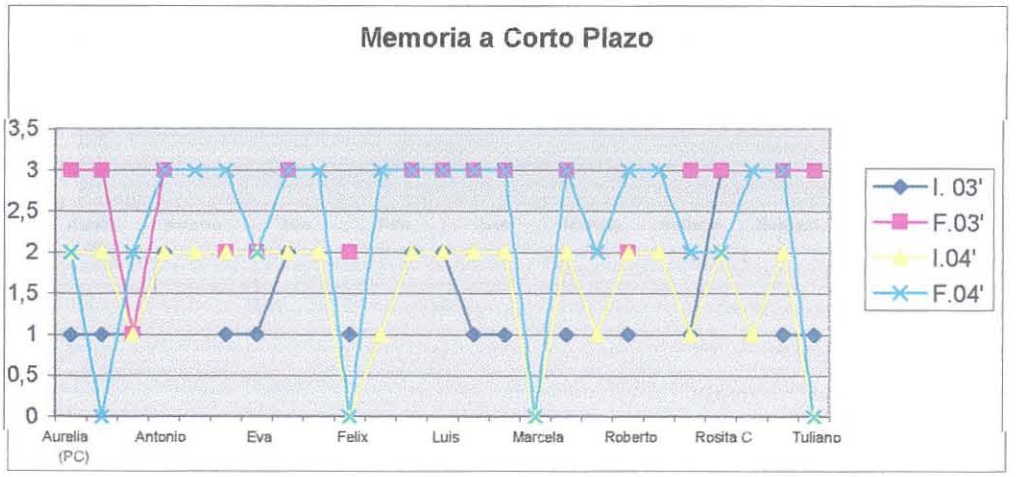


Gráfico 6

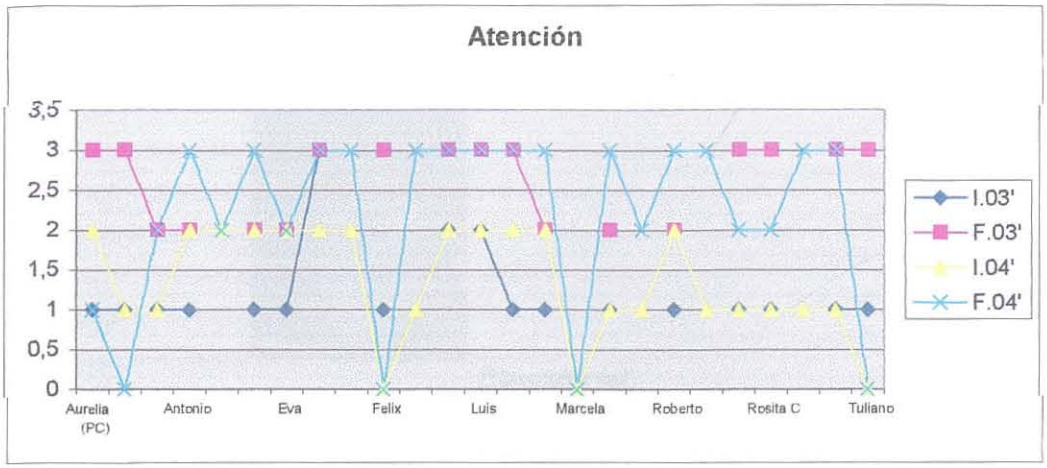
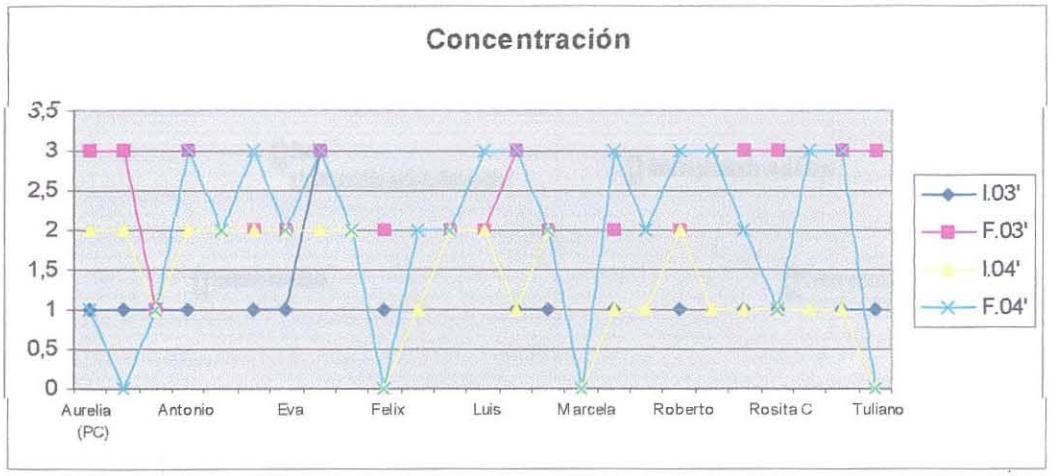
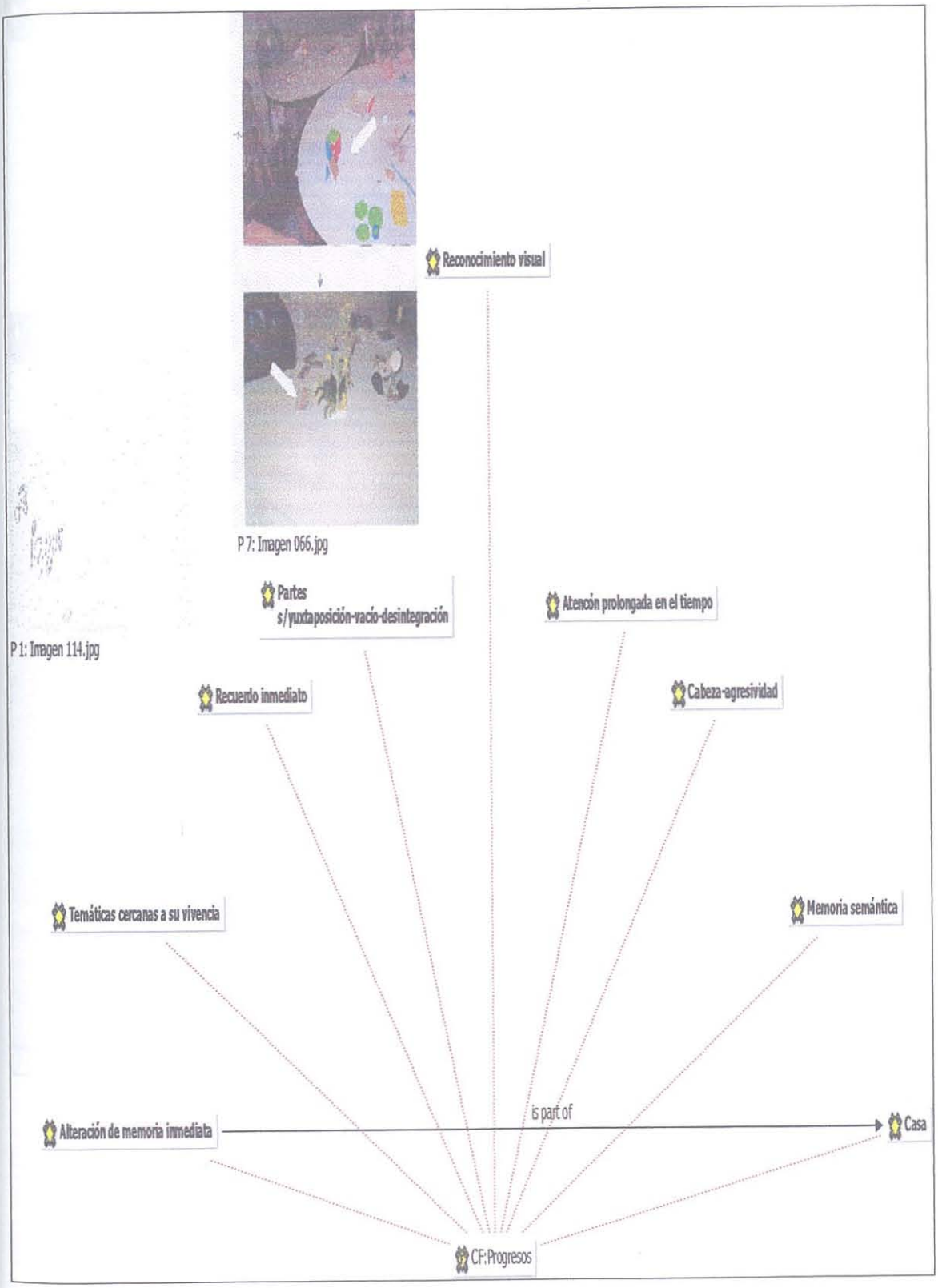
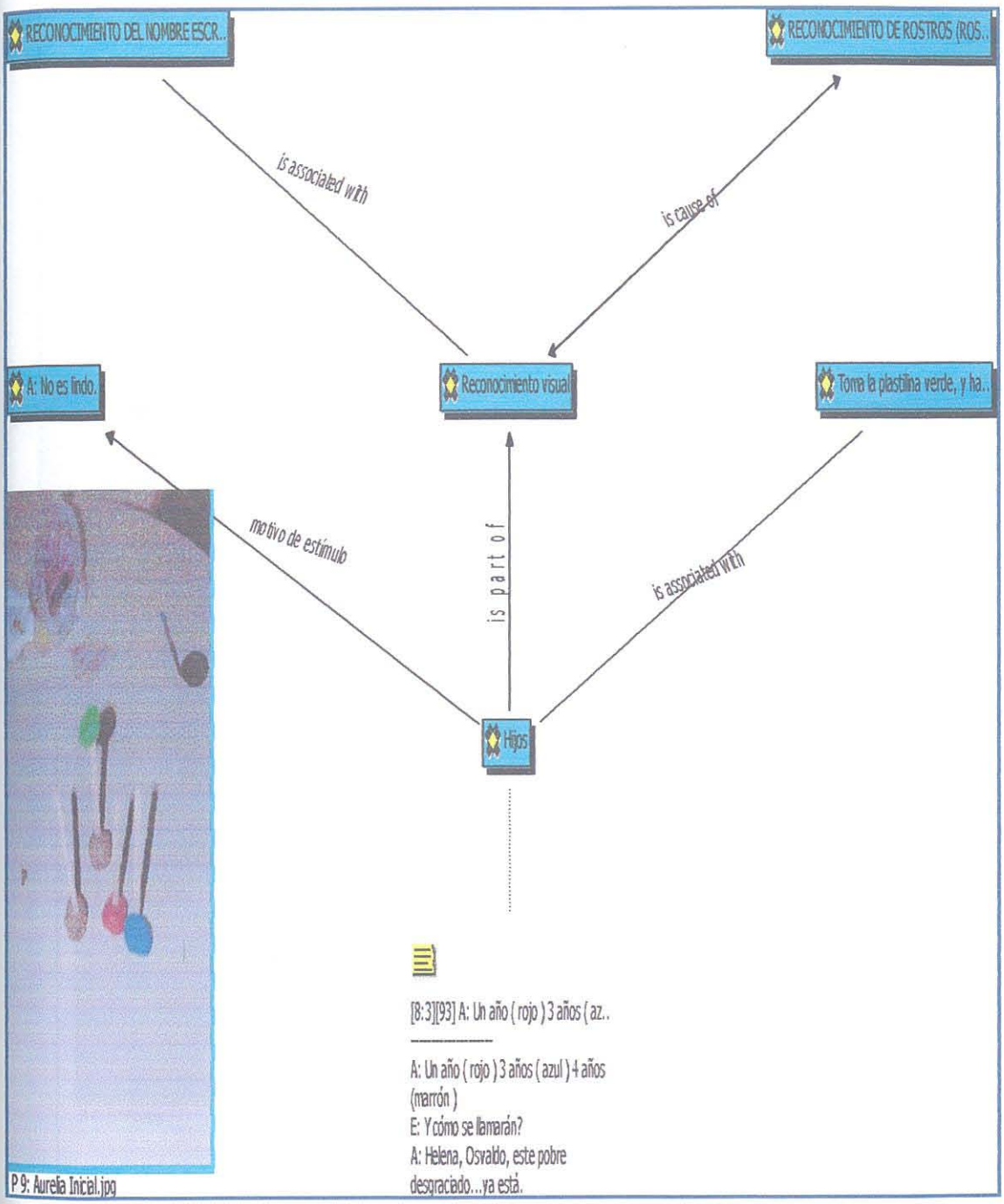


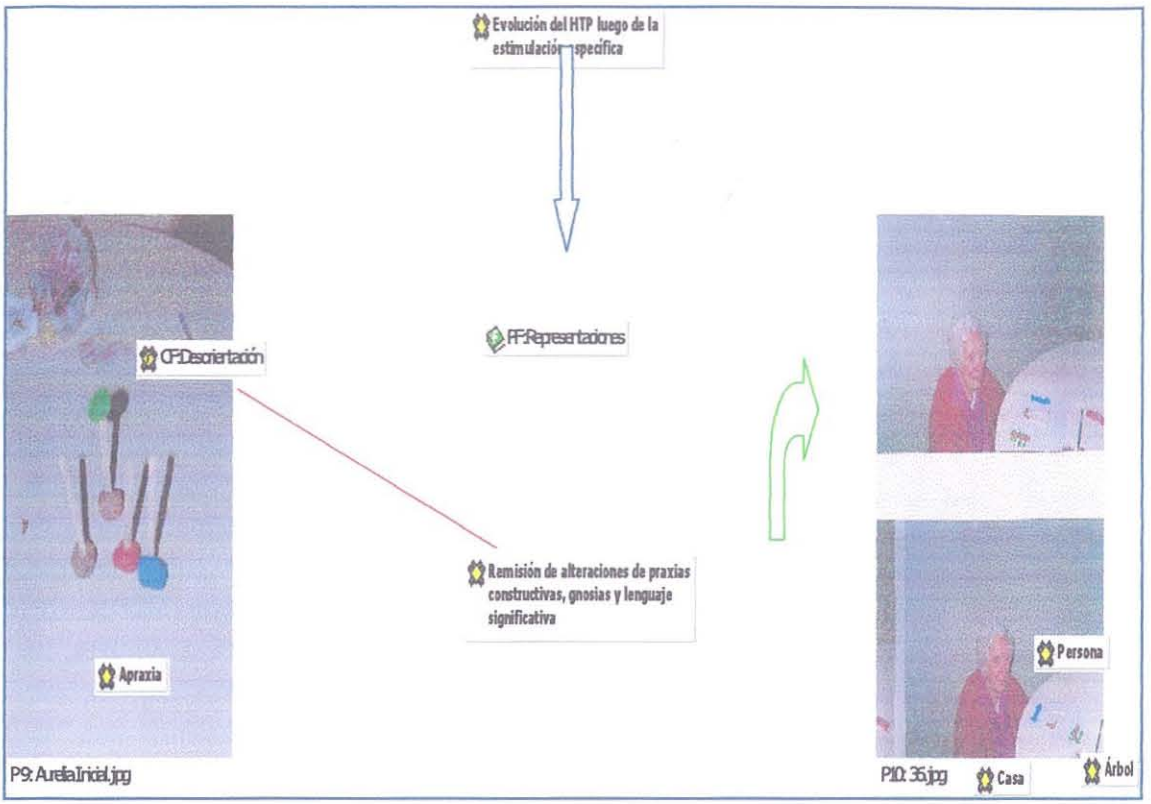
Gráfico 7



Anexo 3. Familias Semáticas de códigos ATLA/TI

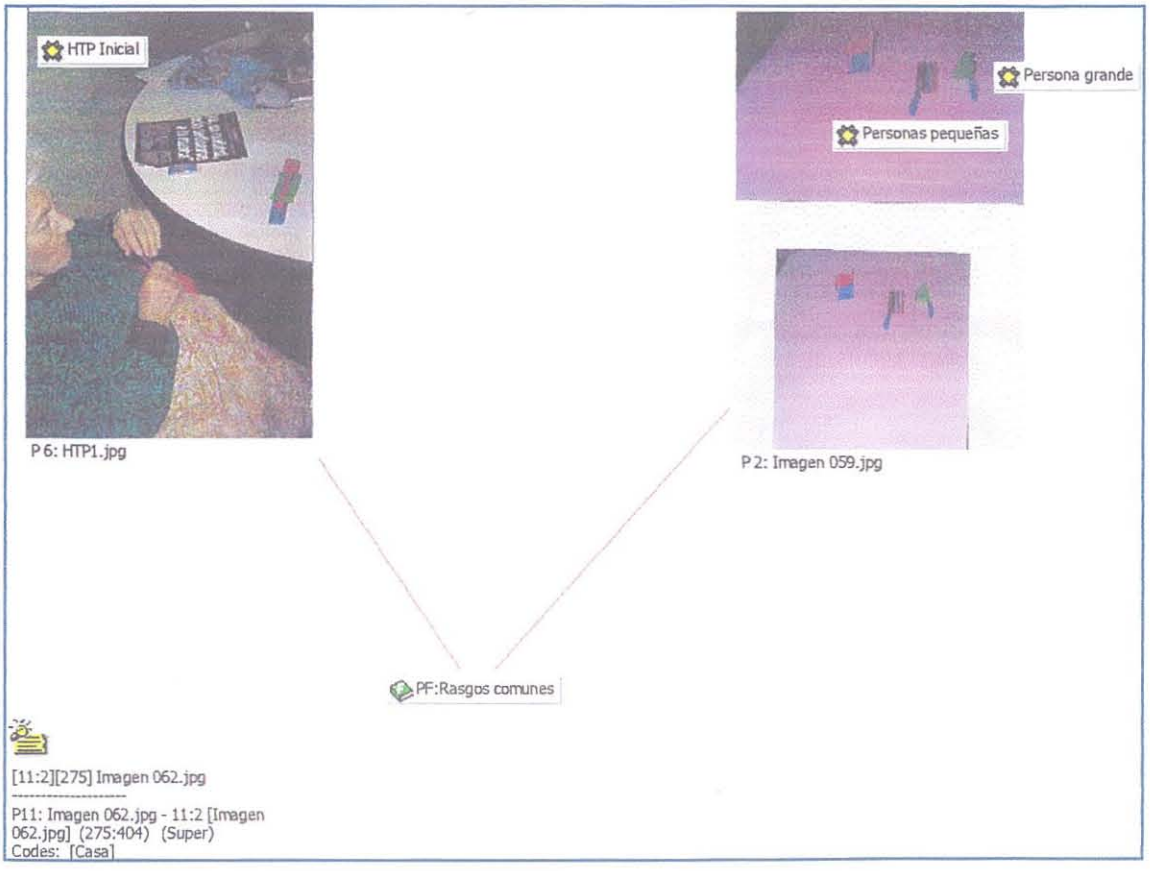



RECONOCIMIENTO DEL NOMBRE ESCR..
RECONOCIMIENTO DE ROSTROS (ROS..
is associated with
is cause of
A: No es lindo.
Reconocimiento visual
Toma la plastilina verde, y ha..
motivo de estímulo
is part of
is associated with
Hijos
P 9: Aurelia Inicial.jpg
[8:3][93] A: Un año (rojo) 3 años (az..
A: Un año (rojo) 3 años (azul) 4 años (marrón)
E: Y cómo se llamarán?
A: Helena, Osvaldo, este pobre desgraciado...ya está.



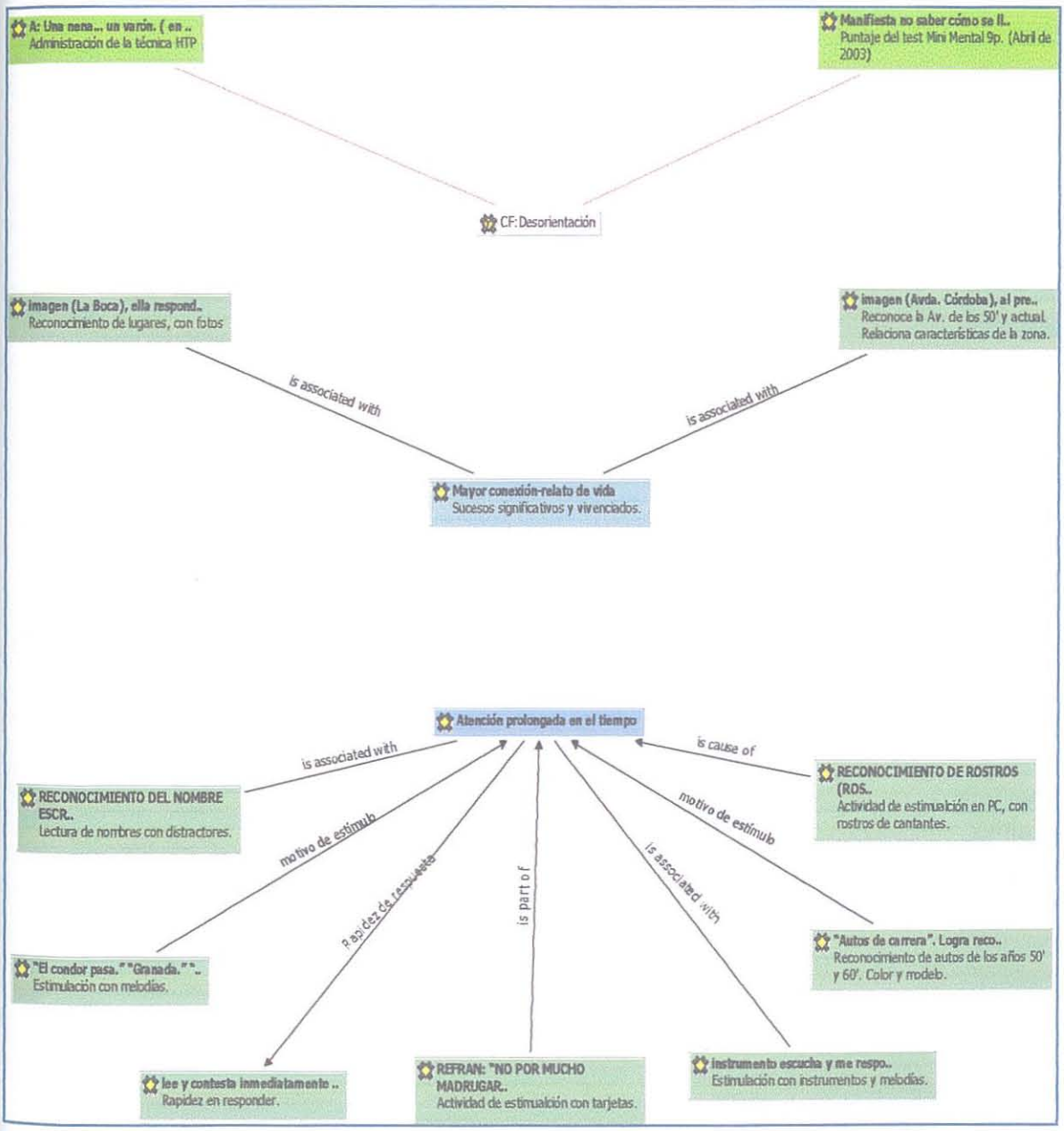
Paciente "A"

H.T.P. Final



Paciente "J"

P 4: 11.jpg
P 3: 21.jpg
PF:Estimulación


A: Una nena... un varón. (en .. Administración de la técnica HTP
Manifiesta no saber cómo se ll.. Puntaje del test Mini Mental 9p. (Abril de 2003)
CF: Desorientación
imagen (La Boca), ella respond.. Reconocimiento de lugares, con fotos
imagen (Avda. Córdoba), al pre.. Reconoce la Av. de los 50' y actual. Relaciona características de la zona.
is associated with
is associated with
Mayor conexión-relato de vida Sucesos significativos y vivenciados.
Atención prolongada en el tiempo
is associated with
is cause of
RECONOCIMIENTO DEL NOMBRE ESCR.. Lectura de nombres con distractores.
RECONOCIMIENTO DE ROSTROS (ROS.. Actividad de estimulación en PC, con rostros de cantantes.
motivo de estímulo
motivo de estímulo
Rapidez de respuesta
is part of
is associated with
"El condor pasa." "Granada." ".. Estimulación con melodías.
"Autos de carrera". Logra reco.. Reconocimiento de autos de los años 50' y 60'. Color y modelo.
lee y contesta inmediatamente .. Rapidez en responder.
REFRAN: "NO POR MUCHO MADRUGAR.. Actividad de estimulación con tarjetas.
instrumento escucha y me respo.. Estimulación con instrumentos y melodías.

Anexo 4

Software Atlas/ti

Registros de entrevistas codificadas

P 5: 10-05-03-Compl.rtf

Path: C:\Curso Atlas.ti\10-05-03-Compl.rtf
Media: RICHTEXT

Printed: 2007-01-30T18:44:51
By: Super

From HU: backup of backup of 2do documen8
HU-Path: [C:\Curso Atlas.ti\backup of backup of 2do documen8.hpr5]

Codes: 16

Memos: 0

Quotations: 16

Families: memoria de "J"

Comment: *"J" fue encontrada en la calle, cursa demencia. Fue dirivada a los talleres de músicoterapia por las psicólogas del sector por agresividad.*

05/05/03 Periodos de Atención más largos: durante 5' mantiene la atención en los encuentros.

E: Dónde nació J.?

J: He trabajado en casa, en la calle.

E: En qué lugar nació?

J: Por acá cerca.

Caminé mucho con mi padre, con mi madre, me gusta mirar, caminar con la gente.

E. Qué cosas hacía cuando era chica, J? (Se reitera la pregunta)

J: Yo trabajaba con mis padres y hermanos

Me hacían trabajar mucho, mucho trabajé yo

E: En qué trabajó, J? J, en qué trabajó?

J: (levanta la vista) Yo, limpiaba

Periodo de atención de 5'
Periodo de atención mayo
"Es de noche..."
Perseveración
<Persevera en una propo:
5:7 <Persevera en una pr

01/08/03 Atención al Color.Concentración en la tarea por espacio de 08`

Nivel 1: 1.1- (color blanco)

J: *es un color... un poco opaco...*

Siguiente presentación color Verde

J: *Es un verdecito*

Atencón prolongada en el tien
Memoria semántica

Ante el blanco

J: *un color un poquito... cómo te puedo decir... rojizo....* Muestro el 1.4- (rojo)

J: *rojo*

T: Qué color es?

J: *amarillo así... tirando a un oscuro... amarillo... amarillo zoquito*

T: Lo vio antes

J: *No, no lo ví*

T: A este lo vio antes?

J: Sí, ya los vi antes

Memoria semántica

Recuerdo inmediato

21/10/03 Atención al Movimiento. Concentación y reconocimiento de animales con sus movimientos en la pantalla.

T: Ahora va a trabajar con algo diferente, que seguramente y nos va decir si le gusta.

(Se le muestra la primer diapositiva y se le pide que diga lo que ve)

J: *veo más o menos... cómo se puede decir... esto acá... es muy lindo*

T: ¿qué más?

J: *"Acá..."* (señala la gato)

T: ¿qué es?

J: Es una gato *está tomando leche...* (tocó a los animales con el dedo).

T: ¿y éste qué está haciendo?

J: *Ese estaba cantando*

T: Qué son?

Temáticas cercanas a su vivenci

Memoria semántica

Reconocimiento

J:*¡sapo sacando algo!... (lengua)*

E: Señale con el dedo lo que se mueve

J: (señaló hacia el sector donde se mueve)

T: ¿Qué es lo que se mueven ?

J: Sin hablar señala

Orientación espacial en el estím

17/11/03 Diálogos

La paciente mirando por la ventana al saludarla expresa:

T: ¿Qué tal cómo está "J" ?

J: Hola, bien y usted?

T: Bien (Saludo a las demás residentes del hogar y vuelvo con J)

J: Se van, sí, si se van rápido, antes era despacito. Ve, ve... Mire cómo camina esa...

Relación de un hecho actual

T: A qué lugar irá?

J: Para allá a trabajar

T: Quiere que Trabajemos un poco con la computadora?

J: Ah, si, eso me gusta! allá?

(Trabajamos con la PC por espacio de 30' concentrada en la tarea)

01/12/03

Luego de la presentación de un fragmento del video "Tiempos de tango", donde Hugo Del Carril rompe una copa y canta llamando al un mozo, surge el siguiente diálogo.

Quiebre Paul Ricoeur- "La Isotopía de cambio

J: Se enojó... Sí se enojó...

T: ¿Por qué le parece que se enoja?

J: Sí se enojó, tiró algo, golpeó la mesa... (Sigue mirando la pantalla)

¿Porqué se habrá enojado?

T: Por qué podrá ser?

J: No sé. (manifestando cierta angustia que podría favorecer delirios)

T: Se enojó por una muchacha

J: Ah! Sí? Cuándo? Ahora?...De verdad?

T: No, en la película.

J: Ah!!! Cómo me gustaba éste... (Señala con el dedo al cantante)

T: Recuerda cómo se llamaba?

J: No, cómo?

T: Hugo del Carril

(continuamos trabajando con el Estímulo Fluvercomp- Lunfardo. Todas las frases fueron contestadas según lo esperable. Mantuvo su atención, comprensión y memoria retrógrada conservadas en el espacio de estímulo terapéutico)

13-12 Administración de H.T.P.

J, sin estuvo sin estimulación por espacio de 12 días. Comencé a prolongar los días de encuentro con la finalidad de que fuera adaptándose poco a poco.

En los gráficos representa el registro de compañía. Una representación más evolucionada que la primera administración y la segunda.

P 8: backup of AURELIA.rtf

Path: C:\Curso Atlas.ti\backup of AURELIA.rtf
Media: RICHTEXT

Printed: 2007-01-29T13:14:40
By: Super

From HU: backup of backup of 2do documen8
HU-Path: [C:\Curso Atlas.ti\backup of backup of 2do documen8.hpr5]

Codes: 25

Memos: 0

Quotations: 25

Families: Progresos de "A"

Comment: *"A" cursa Alzheimer, es dócil y amable con todos. A pedido de los hijos, fue derivada por juzgado al Hogar Dr. G. Rawson.*

Paciente: "A"

FECHA: 4-04-03

H.T.P.

(Luego de la consigna)

A: El árbol feo, no lo sé hacer.

Toma la plastilina marrón.

A: Algo vamos a hacer... (hace una bolita) qué duro

Le muestro que hay más, buscamos otra del mismo color, pero más blanda, la pellizca, la apoya sobre la mesa y la hace rodar.

E: Qué está haciendo?
A: Estoy amasando esto.
E: De qué color es?
A: Tostado (tose, hace 3 pelotitas)
Le pregunto qué es, me dice que es la tierra.
Toma un palito de helado y pincha una de las pelotas.

E: Qué más le falta? Le falta algo?

Toma la plastilina verde, y hace una bolita.
E: Y ésa (la verde) a dónde irá?
Me muestra y la coloca arriba del palito de helado, sonríe.
E: Muy bien al final salió.
A: No es lindo.
E: A mí me parece que sí lo es.

Toma la plastilina verde, y ha..

A: No es lindo.

E: Qué edad tendrá éste árbol?
Se encoge de hombros.

E: Imaginemos Aurelia, si usted le podría poner una edad qué edad le pondría?
A: 25 años.
E: Es sano éste árbol?
A: Sí
E: Cómo se dá cuenta?
Se encoge de hombros.

CASA

Le doy la consigna.
Toma la plastilina blanca.

E: Es blandita?
Asiente con la cabeza y sonríe muy contenta. Hace pelotitas.
Saca pedacitos de otra plastilina, toma la roja y amasa.

A: Me gusta el rojo.

Pellizca y saca otro color, el azul.
Apoya la pelotita sobre la mesa y la pincha con un palito de helado.
Le pregunto qué color está usando, dice que el azul.
Luego toma la plastilina marrón, en total quedan las 3 pelotitas con sus respectivos palitos.

Perseveración

E: Qué son?
A: Los tres.
E: 3 Qué?...es una casa?
A: No...son 3 chicos.
E: Y qué íbamos a hacer?

Me mira y se sonríe.
Le pregunto de qué sexo son.

A: Una nena... un varón. (en el último duda y se encoge de hombros) no tengo idea.
E: Y qué edad tendrán cada uno?

Se encoge de hombros.

E: Pensemos Aurelia, qué edad le gustaría que tuvieran?

Responde a medida que le voy señalando.

A: Un año (rojo) 3 años (azul) 4 años (marrón)
E: Y cómo se llamarán?
A: Helena, Osvaldo, este pobre desgraciado...ya está.

Hijos

Le agradezco por todo, y nos despedimos hasta el

lunes que viene a las 3 de la tarde.

ACTIVIDAD: ATENCIÓN

Material: Fotos en colores de animales.

Ante la primera imagen exclama:

A: Qué lindos!
E: Qué son?
A: Pichichos
E: Qué hacen?
A: Éste (lo señala con su dedo) tiene cara de enojado.
E: Y cuántos hay?
A: Dos.

Pasamos a la figura siguiente.

E: Qué es?
A: Un tigre.
E: Y dónde está?
A: En el monte.
E: Seguro? No está en la nieve?
A: No.
E: De qué color es el tigre?
A: gris.

Reconocimiento visual

E: Antes del tigre qué habíamos visto?
A: No me acuerdo.
E: Pensamos un poco qué eran?
A: Dos perritos.
E: Muy bien, vió que se acordó.

Alteración de memoria inmediat

Pasamos a la siguiente.
E: Qué son?
A: Dos gatitos.
E: Qué hacen los gatos?
Se encoge de hombros.

Le pregunta por la figura anterior, dice que no se acuerda, la doy vuelta, y le pregunto si era ésa la que habíamos visto.
A: Sí.

Pasamos a la siguiente, es un puma.

Manifiesta no saber cómo se llama.
A: Es un león?
E: A usted que le parece?
Niega con la cabeza.
E: qué será?
Se encoge de hombros.
E: Un puma?
Asiente con la cabeza.

memoria semántica afectada

Observamos la siguiente.
E: Qué son?
Piensa, me mira, no contesta.
E: Qué serán?
Silencio
E: Serán osos?
A: sí
E: Y dónde están?
A: En el río.
E: Muy bien Aurelia...y qué habíamos visto antes (le señalo la tarjeta dada vuelta)
A: Un puma.

Piensa, me mira, no contesta.

Finalmente miramos la foto de un conejo.

E: Qué es?
A: Un conejito.
E: En dónde estará?
A: Con las flores.
E: Qué hacen los conejos?
Se encoge de hombros.
E: Qué animal vimos antes?
Se encoge de hombros, y se sonríe, trata de pensar pero no se acuerda.

Reconocimiento

OBSERVACION DE DEL DIA 11 DE AGOSTO:

- **E: ¿Qué fecha es hoy?**
  A: No sé, ehh 9 de julio.
- **E: ¿Qué año?**
  A: No sé (la pregunte se la repetí varias veces porque

no me oía)

E:¿Qué mes estamos?
A: Agosto.

4) E: ¿Qué día de la semana es hoy?

A: Domingo.

5) E: ¿En que estación del año estamos?

A: En invierno.

6) **E: ¿En qué lugar estamos? (se la repetí muchas veces) le pide si se acordaba el lugar de donde estábamos.**

A: En Córdoba.

7) E: ¿ En qué calle estamos?

A: En Córdoba.

8) E: ¿En qué piso estamos?

A: Es todo un piso. **(le pregunté si se acordaba el número del piso a lo que me respondió que no.)**

9) E: ¿En qué ciudad estamos?

A: Buenos Aires.

10) E: ¿En qué país?

A: En Argentina.

1 DE SEPTIEMBRE:

ANALISIS: "A" trabajó con entusiasmo, y cada vez que yo la felicitaba por lo bien que estaba trabajando sonreía y me agarraba el brazo. Leyó sin dificultad, y su lenguaje era claro y preciso. Presentó mayor dificultad para discriminar las palabras escritas de los colores con los que estaban escritas. No pudo comprender la consigna. Además para este momento ya se encontraba dispersa, y por eso también se hizo más difícil la comprensión de la tarea.

RECONOCIMIENTO DE COLORES:

TOQUE LA FIGURA QUE SEA DEL COLOR QUE APARECE ARRIBA.

NIVEL 1. UN COLOR- TRES OBJETOS.

PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

NIVEL 2. DOS COLORES, 4 OBBJETOS.

PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

NIVEL 3: TRES COLORES.- 6 OBJETOS.

PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

RECONOCIMIENTO DEL NOMBRE ESCRITO. (ESCRITO EN LA PARTE SUPERIOR)

RECONOCIMIENTO DEL NOMBR

TOQUE LA FIGURA DEL COLOR QUE VA A ESCUCHAR.

NIVEL 1: DOS OBJETOS 1 DEL COLOR ESCRITO
PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

NIVEL 2: 4 OBJETOS, 2 DEL COLOR ESCRITO.

PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

NIVEL 3: 6 OBJETOS, DOS DEL COLOR ESCRITO UN DISTRACTOR.

PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

NIVEL 4: ESCRIBIR DOS COLORES Y EFECTUAR ACTIVIDADES SIMILARES)
PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

RECONOCIMIENTO DE ROSTROS (ROSTROS DE CANTANTES)

RECONOCIMIENTO DE ROSTRC

SEMEJANZAS: CON LA IMAGEN EN LA PARTE SUPERIOR DERECHA Y VARIOS ROSTROS DEL MISMO SEXO DEBAJO.
TOQUE CON EL DEDO EL ROSTRO QUE SE PARECE AL DE ARRIBA.

¿LO CONOCE? SI.

¿QUIEN ERA? GARDEL.

PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

DIFERENCIAS:

COLOCANDO EL ROSTRO SELECCIONADO

ARRIBA Y EL MISMO REPETIDO VARIAS VECES DEBAJO AGREGANDO BIGOTE, A OTRO BARBA, A OTRO CAMBIAR EL COLOR DE PELO Y UN DISTRACTOR, (OTRA CARA)

TIEMPO ENTRE 5 Y 10': Realizó dicha actividad en un tiempo de 7 segundos.

PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO

SIGUIENTE LAMINA CON DOS DISTRACTORES.
PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.
PROXIMA, LAMINA CON TRES DISTRACTORES.

PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

RECUERDO DE NOMBRE DE CANTANTES (AUDITIVA -VISUAL)

AUDICION:
NIVEL A: LAMINA CON TRES NOMBRE ESCRITOS Y SE PRONUNCIAN DOS.

SEÑALE CON EL DEDO LOS NOMBRES QUE DIJE:

PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

NIVEL B: SELECCIONANDO UN TANGO, JAZZ U OTRA QUE EL PACIENTE HAYA DICHO QUE LE GUSTA.

¿RECONOCE ESTA CANCION? SI, EL DIA QUE ME QUIERAS.

¿QUIEN LA CANTA? GARDEL.

PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

NIVEL C: NOMBRES Y MELODIAS.

ESTIMULOS CON CUATRO NOMBRES Y SE ESCUCHAN DOS MELODIAS CORRESPONDIENTES A DOS DE LOS NOMBRES IMPRESOS

PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

RECONOCIMIENTO AUDITIVO:

LAMINA CON LETRAS, OTRA CON SERIES DE LETRAS, PALABRAS Y ORACIONES.

TOQUE LA LAMINA PANTALLA CUANDO ESCUCHE LA LETRA(LETRAS PALABRAS U ORACION) QUE APAREZCA ESCRITA.

TIEMPO 3': El tiempo que tardó la paciente para realizar dicha actividad fue de 8 segundos.

PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

LETRAS:

NIVEL 1: 1LETRA: ¿Qué nombre comienza con esta letra?

La letra presentada era la A, y el nombre AURELIA.

NIVEL 2: 2 LETRAS: (para nombrar un mombre que tuviera ambas letras)

Reconocimiento de letras

PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

Serie utilizada fue R.O, el nombre era ROSA.

PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

3- PALABRAS:

Reconocimiento de palabras y si

PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

4- ORACIONES: REFRANES.

Registro de texto y memoria inn

"Señale la oración que dice que va a escuchar."

REFRAN: "NO POR MUCHO MADRUGAR SE AMANECE MAS TEMPRANO>"

PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

VISUAL:

NIVEL 1: Idem anterior, colocando la o las fotos sin el nombre escrito.

PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

NIVEL 2: Relación Imagen Nombre colocado en la parte superior derecha.

Establece relaciones con la actu

¿Quién de estos personajes es Nestor Kirchner?

PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

NIVEL 3:

A) **Aparece en la segunda lámina uno de los nombres**

ya vistos en la lámina anterior.

¿Cuál de estos nombres vio antes?

Memoria- remisión del deterioro

Respuesta de la paciente: Kirchner.

PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

B) Siguiente lámina se presentan varios nombres.

¿Algunos de estos nombres los vio antes?

Respuesta de la paciente: Sí, Gardel Kirchner.

NIVEL 4: Idem con nombres de canciones.

Canciones presentadas: "El condor pasa."

"Granada."

"El día que me quieras."

Reconocimeinto auditivo-remisić

PUNTAJE OBTENIDO: MUY BUENO.

Los resultados obtenidos por Aurelia en esta prueba fueron muy positivos. La paciente se mostró muy interesada en el trabajo, pudiendo reconocer y recordar todos los estímulos presentados.

FECHA: 10-11-03

ESTIMULACION

"A" llega del taller de computación y me encuentra esperándola en su habitación. Llega sonriente y me saluda.

Participo de las adivinanzas planteadas y se la veía alegre y sonriente.

8 de Septiembre

Act. 1: Percepción Visual de Tamaños:

Frente a la primer imagen (cubiertos de diferentes tamaños), reconoce cada uno de los utensillos, diciendo que hay tenedor - cuchillo - cuchara. Al preguntarle cual es la imagen más pequeña, contesta: "*Para mí es está*", señalando la correcta.

Frente a la segunda imagen dice, señalando las que tienen fondo celeste: "*Los que van por el agua*". Le pregunto como se llaman todos esos y me responde: "*Aeroplanos*". Le pregunto si van por el aire o por el agua, respondiéndome ella: "*Por el aire*". Al decirle que toque el más grande de dos similares responde correctamente, en cambio en el trío de aviones se equivoca, dando por más grande a la mediana.

Semejanzas y diferencias- remis

Frente a la tercer imagen (aves de diferente tamaño), responde: "*Son acuáticas*". Le pregunto: ¿Cómo se llaman? Y responde con la cabeza que no. Le pregunto: ¿No son aves?, a lo cual me responde: "*Ah! Sí, son aves.* (pareciera que quería dar el nombre específico de las aves). Al preguntarle cuál es la más pequeña, responde correctamente, ya sea en el dúo como en el trío.

Act. 2: Percepción de Color y Forma:

Se le presenta una imagen con tres autos. Al preguntarle: ¿Qué ve en esta imagen?, responde: "*Autos de carrera*". Logra reconocer cuales son los de igual forma y color.

Percepción visual y recuerdo ret

Act. 3: Comprensión de Frases:

Frente a la primer frase: "El tranvía es verde y ...", logra leer y completar la frase sin ningún inconveniente.

La segunda frase la lee enseguida y la completa sin dudarlo.

Lo mismo ocurre con la tercer frase.

En los tres casos sus respuestas fueron rápidas y con seguridad. Logra leer las frases sin ninguna dificultad.

Ejercicios complejos-frase-comp

Luego le digo que por hoy hemos terminado y que la semana próxima volveremos a trabajar. Le pregunto si le ha gustado lo que hemos realizado, a lo cual me responde que sí.

La acompaño con la psicóloga hasta su habitación. En el trayecto, como tenía mucha tos, le preguntamos si ella en su juventud fumaba, a lo cual responde que sí, que fumaba mucho y que los cigarrillos se llamaban "American Club".

La paciente, ha demostrado reconocer tamaños, formas y colores. En todo momento se interesa por dar los nombres exactos de las cosas que observa.

Frente a los estímulos presentados puede mantener su atención y concentrarse en las actividades que debe realizar.

10 de Octubre

Actividades:

- Atención a los cambios (retest)
- Reconocimiento del lugar
- Imagen y sonido

Actividades combinadas

Se comenzó con el retest de Atención a los cambios. En la primer diapositiva, respondió correctamente las dos preguntas, una de ellas, por su cuenta y en la otra, fue guiada. En la segunda diapositiva, Aurelia no reconoció al objeto presentado, a pesar de que se le hicieron preguntas inductivas. En la tercer diapositiva, respondió correctamente a la consigna señalando con el dedo el momento en el que aparecía el animal.

Se pasó a trabajar con Reconocimiento del lugar (presentación PowerPoint). Reconoció el lugar mostrado en la primer foto (aunque no dio el nombre completo) y hasta el lugar donde se ubicaba. No escuchó en un principio el sonido, después de varias veces, lo escuchó, pero no lo reconoció. Ante la segunda foto, manifestó no saber a qué zona correspondía la foto, ni bien se focalizó su atención en las casas de colores, dio la respuesta correcta.

Ante la tercer foto, inicialmente no conoció la calle, ni

el edificio con el nombre completo, pero sí pudo recordar que era un edificio del gobierno, y la calle.

Por último se trabajó con Imagen y sonido, que es una presentación de PowerPoint con dos diapositivas (cada una tiene fotos y melodías diferentes). En la primera, Aurelia manifestó tener dificultades visuales, pero reconoció el género musical del cual se trataba. Ante la segunda diapositiva, reconoció la persona de la foto, pero no advirtió que el tango no era interpretado por ella.

Combinación auditivo-visual

Fecha: 27 de Octubre de 2003

Paciente: A

Act. 1: Recolugar:

Al mostrarle la primer imagen (Torre de los Ingleses), dice (antes de escuchar la pregunta): "*Pasaje Barolo*". Le pregunto que zona es, a lo cual responde: "*Retiro*". Le indico que esta muy bien y le pregunto como se llama eso que se ve en la imagen. Responde: "*No me acuerdo*". Le digo: el reloj... pero no recuerda el nombre. Cuando le digo: "El reloj o la torre de los ingleses", me dice: "*Ah!!, Sí!!*". Le pregunto cuál es el sonido que se escucha (avión), me dice que no sabe que es. Le pregunto si es un auto, a lo cual me responde: "*No!!*". Por último le digo que es un avión.

Estimulación del recuerdo espac

Frente a la segunda imagen (La Boca), ella responde: "*La Boca*".
Le pregunto que instrumento escucha y me responde: "*Una orquesta*".

Actividad compleja- visual y aud

Frente a la tercer imagen (Avda. Córdoba), al preguntarle que zona es, responde: "*De La Prensa*". Interviene Marisa y le pregunta si no ve un edificio conocido a lo cual dice: "*Edificio de Agua, Obras Sanitarias. Se hizo a mano*". Le preguntamos si recuerda en que calle estaba ese edificio, a lo cual responde: "*No!*". Le decimos que se encuentra en la Avda. Córdoba. Marisa le pregunta si por esa zona no había un conocido de ella que se llamaba Parece (por

lo dicho por ella la semana anterior). Ella responde: "*No*". Le pregunto por el sonido, ella no responde. Al poner por segunda vez el sonido dice: "*Es la Avda. Córdoba*". Le digo que esta muy bien y que el sonido correspondía a un camión.

Ejercitación y retest de la activic

Logra reconocer dos de las tres zonas presentadas. Teniendo en cuenta que este test se ha tomado una semana atrás, podría decir que en el reconocimiento de La Boca ha habido un aprendizaje ya que en el momento que ve la foto, enseguida responde cual es el lugar.

Lo mismo ocurre cuando se le pregunta si reconoce en la imagen de la Avda. Córdoba un edificio conocido y "A" enseguida responde que es el edificio de Agua. Estas cosas indican que ha habido un aprendizaje.

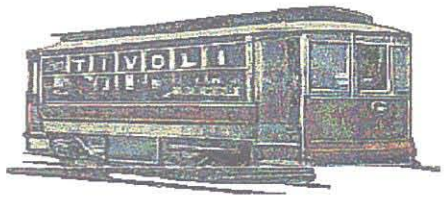
Anexo 4

Ejemplos del Programa de ejercicios

Ejemplos 1 *(Presentación en la pantalla)*

Atención 1

Semejanzas



Ejemplo 2: Percepción del movimiento

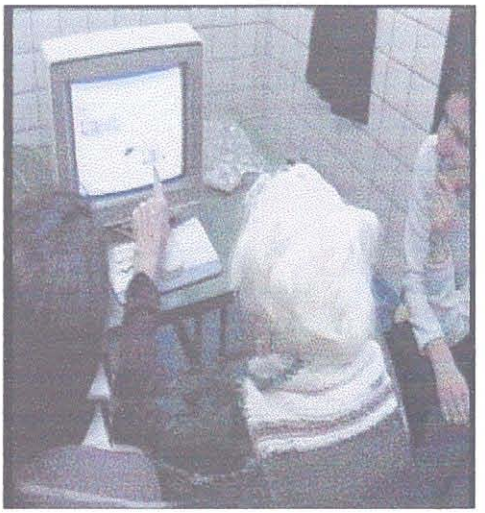
(Presentación de una pantalla donde se observa el movimiento de un animal y una flor)

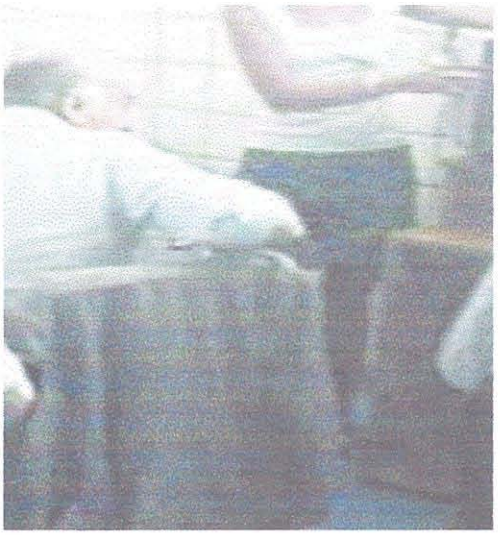
Ave

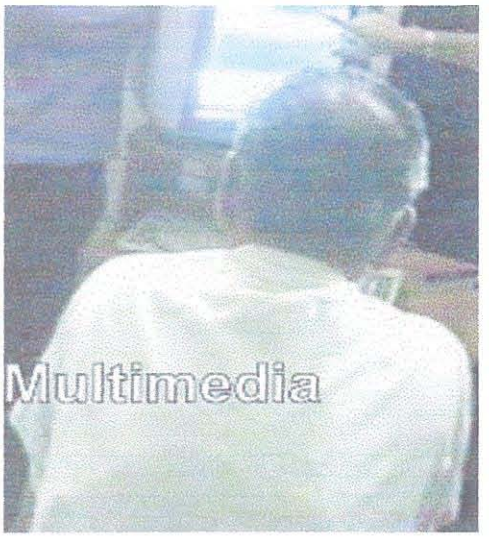
Mov.

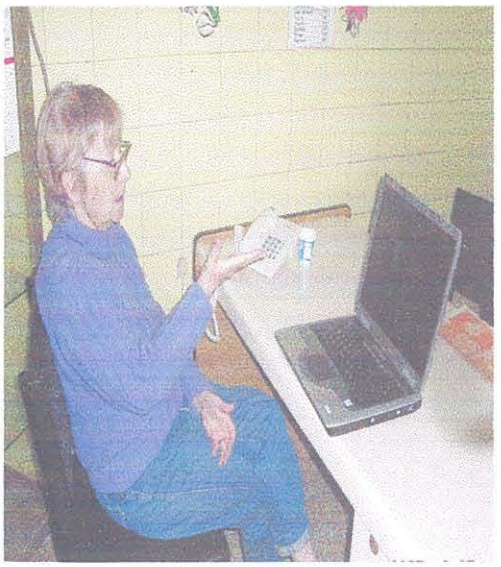
Anexo 4. 2 Pacientes durante estimulación con PC

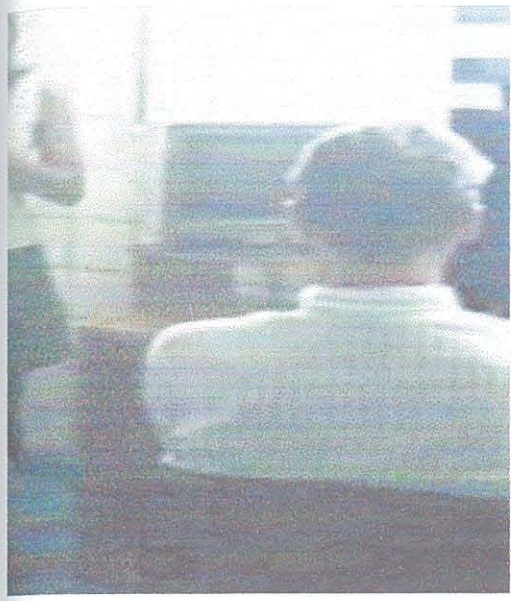
Documentación del Programa V.E.F.











Anexo 5

Estudios anteriores

Anexo 1. Síntesis del Método Tomatis de escucha activa.

El oído interno, se compone de dos partes el sistema vestibular y el sistema coclear, el primero regula las funciones de postura y equilibrio, por tanto igualmente regula los movimientos corporales. El segundo sistema, el coclear se encarga de la transformación de los sonidos (estimulo mecánico) en impulso nervioso (estimulo eléctrico), y por medio de este proceso se nos hace posible la percepción de los sonidos y por tanto la interpretación de estos. La correcta integración de estos sistemas permite que podamos percibir de manera organizada. (Madaule, 1983)

Desde pequeños todos los sonidos nos permiten ir entretejiendo la función de ambos sistemas para permitir una correcta entrada al mundo del lenguaje y la escucha. Esto se da ya que el bebe para oír sonidos diferentes a la voz materna debe abrir de manera diferente sus canales auditivos. Tomatis dice que el niño abre el oído derecho para hacer esta operación, con lo que puede ampliar su registro del lenguaje. Las canciones infantiles armonizan las funciones motoras (movimientos corporales) por su efecto en el sistema vestibular, es decir, gracias a que este sistema regula los movimientos corporales y el equilibrio le permiten al niño adecuar sus movimiento y tener mayor conciencia de los espacios, esto último debido a la conexión neuronal que establece este sistema vestibular con las áreas cerebrales destinadas a la especialidad. La música, como se ha comprobado (***), ejerce un efecto directo sobre los circuitos neuronales referidos a la espacialidad. También la música aumenta el nivel de conciencia corporal y ayuda en el moldeamiento de la imagen corporal, que permite a los niños ir poco a poco aumentando su capacidad motora fina. Con esto podemos considerar al cuerpo como un instrumento que expresa, esto significaría que el cuerpo al ser receptor de los estímulos del medio, al mismo tiempo sería emisor de las reacciones, principalmente emocionales, lo que en una adecuada integración y desarrollo le permitiría al infante desarrollar su capacidad futura de comunicación (en su más amplio sentido), esto se debería a que como sabemos la comunicación no es sólo verbal, también es gestual. (Madaule, 1983)

Alfred Tomatis, otorrinolaringólogo francés trabajando con cantantes de opera descubrió que en la medida en que estos mejoraban sus conflictos

internos lograban captar y emitir sonidos de frecuencias más amplias, esto es aumentaban su registro lo que les permitía desempeñarse mejor en su labor. Estudió entonces el sistema fonológico y el sistema de la audición, descubriendo que el segundo tenia directa relación con los procesos psíquicos internos del individuo, por ello es importante conocer la anatomía del oído. A. Tomatis desarrolló entonces el concepto de escucha, en oposición al concepto de oír; "Oír es la percepción pasiva de los sonidos, mientras que escuchar es un acto voluntario que requiere del deseo de usar el oído para enfocar los sonidos seleccionados". (Madaule, 1983 p. 3)

Podemos encontrar en sus escritos descripciones de niños con poca capacidad de escucha que estarían caracterizados por una percepción poco clara o distorsionada del sonido, lo que se expresa en problemas con la aritmética y con la aprehensión de la lecto-escritura. Según Tomatis estos problemas de escucha se develan por un bajo deseo de comunicar, que se origina en una etapa muy temprana de la vida del sujeto, donde debió ocurrir un rechazo al lenguaje oral y una manera de rechazar esta información es la de cerrar el oído, esto se hace posible por una relajación del músculo del oído medio, así los sonidos serán incorrectamente percibido y mal analizados. (Madaule,1983)

Los niños con un cierre selectivo del oído gustan más de músicas con sonidos de baja frecuencia y muy rítmicos como el rock y la música disco, que tienen un efecto vigorizante, que aumentan las tendencias hiperactivas, agresivas y la irritabilidad. Esta música les atrae porque aumenta el nivel de sensación corporal, pero la calidad del sonido reduce la habilidad del oído para la escucha. Esto sucede por los mecanismos biológicos involucrados, es decir al ser el oído medio un dinamo controlador de los impulsos que pasan al cerebro para ser analizados, cuando se produce un cierre selectivo aumenta la percepción ósea del sonido (las vibraciones que las ondas del sonido producen en los huesos principalmente del cráneo), lo que satura al cerebro de estímulos en desmedro del canal principal de audición.

Respecto sobre estos niños es importante destacar que otro de los puntos estudiado por el Dr. Tomatis es la predominancia de la audición por el oído derecho, basado en la documentación referente a la especialización hemisférica

en tanto la función del lenguaje, que corroboran que es mayormente por el oído derecho por donde se analiza y controlan los sonidos. Esto se debe a que la lateralidad implica el recorrido neuronal que debe transitar para su interpretación, teniendo en cuenta que el centro de análisis del lenguaje está en el hemisferio izquierdo, y como se entiende que los circuitos neuronales van a ser interpretados al lado contrario si predomina una escucha por el oído derecho, entonces el camino es más corto que si se escucha por el oído izquierdo, en esta ultima situación el recorrido será más largo por lo que es posible que se pierda información, lo que redunda en una interpretación más emocional de la misma.

Esto significa que baja también la conciencia corporal, y que se reduce el entendimiento lógico, aumentando la interpretación emocional de la comunicación, lo que podría redundar en una experiencia afectiva aumentada.

Dado que la relación del oído con el resto del cuerpo, está dada por la conexión con el "nervio vital neumogástrico (vago), el oído tiene que ver con casi todo lo que sentimos (desde el cosquilleo en la garganta hasta los latidos del corazón y la respiración)". (Madaule, 1983) La baja capacidad de escucha también afectaría la auto escucha y por tanto la reflexión sobre sí mismo, su entorno y el sentido de la vida (cuestionamiento bastante frecuente en la adolescencia).

"El oído no es únicamente un instrumento para oír y escuchar, ni solamente un órgano para mantener el equilibrio y la verticalidad. Tomatis afirma que el oído es principalmente un aparato destinado a efectuar una carga cortical (es decir, a aumentar el potencial eléctrico del cerebro). De hecho, el sonido es transformado en un impulso nervioso por las células ciliadas del oído interno. La carga de energía eléctrica obtenida por el flujo de los impulsos nerviosos llega a la corteza, que a su vez la distribuye a través de todo el cuerpo con el propósito de tonificar todo el sistema e impartir un mayor dinamismo." (Madaule, 1983 p. 16)

No todos los sonidos producen este efecto de carga, ya que según Tomatis las células receptoras se encuentran mas acumuladas hacia las áreas de recepción de sonidos de alta frecuencia, por esto al oír sonidos de más alta frecuencia la cantidad de impulsos que van a la corteza es mayor. Por lo mismo

los sonidos de baja frecuencia no dan la suficiente energía a la corteza y pueden agotar, ya que inducen respuesta motoras que absorben energía, más de la que da el oído. (por la conexión nerviosa que existe entre las neuronas del oído con las de toda la medula espinal). (Madaule. 1983)

Estos estudios desarrollados A. Tomatis, no sólo se aplican, (según él) a personas con problemas psicológicos que implican un cierre selectivo del oído, todas las personas estamos proclives desde la vida intrauterina a ser afectados por un trauma o conflicto que **nos haga perder el deseo de comunicarnos con el entorno**, incluso esto puede suceder sin involucrar a nuestra conciencia de haber sentido el trauma.

Test de escucha activa

Ejercicio simple para Autoevaluación de la capacidad de escucha

	Preguntas	SI	NO
1	Si me doy cuenta de lo que el otro está por preguntar, me anticipo y le contesto directamente, para ahorrar tiempo...		
2	Mientras escucho a otra persona, me adelanto en el tiempo y me pongo a pensar en lo que le voy a responder		
3	En general procuro centrarme en que está diciendo el otro, sin considerar cómo lo está diciendo...		
4	Mientras estoy escuchando, digo cosas como Ajá! Hum... Entiendo... para hacerle saber a la otra persona que le estoy prestando atención...		
5	Creo que a la mayoría de las personas no le importa que las interrumpa... siempre que las ayude en sus problemas...		
6	Cuando escucho a algunas personas, mentalmente me pregunto ¿por qué les resultará tan difícil ir directamente al grano..?		
7	Cuando una persona realmente enojada expresa su bronca, yo simplemente dejo que lo que dice "me entre por un oído y me salga por el otro"		
8	Si no comprendo lo que una persona está diciendo, hago las preguntas necesarias hasta entenderla...		
9	Solamente discuto con una persona cuando sé positivamente que estoy en lo cierto...		
10	Dado que he escuchado las mismas quejas y protestas infinidad de veces, generalmente me dedico mentalmente a otra cosa mientras escucho...		
11	El tono de la voz de una persona me dice, generalmente, mucho más que las palabras mismas...		
12	Si una persona tiene dificultades en decirme algo, generalmente la ayudo a expresarse...		
13	SI no interrumpiera a las personas de vez en cuando, ellas terminaría hablándome durante horas..!		
14	Cuando una persona me dice tantas cosas juntas que siento superada mi capacidad para retenerlas, trato de poner mi mente en otra cosa para no alterarme...		
15	Si una persona está muy enojada, lo mejor que puedo hacer escucharla hasta que descargue toda la presión...		
16	Si entiendo lo que una persona me acaba de decir, me parece redundante volver a preguntarle para verificar...		
17	Cuando una persona está equivocada acerca de algún punto de su problema, es importante interrumpirla y hacer que replantee ese punto de manera correcta...		
18	Cuando he tenido un contacto negativo con una persona (discusión, pelea...) no puedo evitar seguir pensando en ese episodio... aún después de haber iniciado un contacto con otra persona...		
19	Cuando le respondo a las personas, lo hago en función de la manera en que percibo cómo ellas se sienten....		
20	Si una persona no puede decirme exactamente que quiere de mí, no hay nada que yo pueda hacer...		

(El mismo test puede emplearse desde el profesional para evaluar el grado de escucha del paciente)

Evaluación

A través de las respuestas evaluaremos nuestra capacidad para

1) Escuchar sin interrumpir
2) Escuchar prestando 100% de atención
3) Escuchar más allá de las palabras
4) Escuchar incentivando al otro a profundizar

---

1. Escuchar sin interrumpir ... y menos contradecir...!

Preguntas 1,5,9,13,17 – 1 punto por cada NO

5 puntos	Ud sabe escuchar sin interrumpir. Su paciencia le permitirá generar muy buenas relaciones.
3-4	A veces Ud. se pone a hablar encima de la otra persona... Si Ud. permitiera que las personas terminen antes de comenzar a hablar, sus contactos con ellas serán más simples y satisfactorios
0-2	Ud. parece estar tan ansioso por hablar que no puede escuchar... ¿Cómo puede relacionarse con las personas si no las escucha?

---

2. Escuchar prestando 100% de atención

Preguntas 2,6,10,14,18 – 1 punto por cada NO

5 puntos	Ud. tiene la disciplina y serenidad para prestar a las personas la atención que merecen. Esto le permitirá desarrollar excelente relaciones interpersonales. Felicitaciones!
3-4	Si lograra no desconcentrarse, Ud lograría contactos personales más duraderos y satisfactorios
0-2	Seguramente Ud. con frecuencia se encuentra diciendo... ¿Qué? ¿Cómo? ¿Qué dijo? Reconozca que entender a las personas requiere el 100% de su atención..!!!

---

3. Escuchar más allá de las palabras

Preguntas 3,7 – 1 punto por cada NO

Preguntas 11,15,19 –1 punto por cada SI

5 puntos	Ud. es un oyente empático... logra percibir cómo se sienten las personas con que habla... Ud. tiene la capacidad para entender y ayudar a las personas...
3-4	Ud. se da cuenta de cómo se sienten las personas... pero le da más peso al mensaje explícito...
0-2	Ud. no parece darse cuenta de cómo se sienten las personas con que habla..

---

4. Escuchar incentivando al otro a profundizar

Preguntas 4,8,12 – 1 punto por cada SI

Preguntas 16, 20 – 1 punto por cada NO

5 puntos	Ud. hace todo lo necesario para que la otra persona se pueda expresar... Ud. logrará contactos muy satisfactorios....
3-4	Ud. es un oyente activo... pero no está haciendo todo lo posible...
0-2	Ud parece no querer involucrarse demasiado en sus contactos...

Anexo 6

Nuevos Protocolos

Paciente: Mes:

"Escenario de la Intencionalidad"

Ejercicio simple para Evaluación de la capacidad de escucha

Indicadores de Logro de la Escucha Receptiva-participativa

(Gerontes con deterioro cognitivo de base diversa: Alzheimer, Parkinson, demencia senil, demencia vascular, ACV, afasia de expresión, depresión moderada y severa)

	Observación Directa	SI	NO
1	Anticipa que otro desea hablar o contesta directamente, sin esperar el turno...		
2	Percibe las diferencias de tono de vos		
3	Mientras está escuchando, está atento/a a la propuesta...		
4	Explora sonidos, instrumentos e incluso su propia vos en el espacio acústico relacional		
5	Puede marcar el ritmo de una melodía escuchada		
6	Se expresa en general de forma agresiva		
7	Permanece abúlico, disperso y con características de marcada desafección aun en el espacio musical		
8	Se relaciona con por lo menos un instrumento		
9	Participa de las propuestas		
10	El tono de la voz que emplea es agradable		
11	Ayuda a otros a participar y expresarse...		
12	Cuando se molesta se va del lugar		
13	Establece relaciones vinculares en el escenario acústico relacional		
14	Su participación es pasiva.		
15	Logra desplegar contenidos internos a partir de la música y el sonido		
16	Recuerda sucesos del pasado a partir de la música escuchada		
17	Expresa gustos musicales		
18	Combina el cuerpo, la vos e instrumentos con la música en el espacio acústico relacional		

Respuestas:

Si- Ítems: 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 17, 18

No- Ítems: 1, 6, 7, 12, 14 y 16

(El retest se efectúa evaluando las modificaciones observadas)

Puntaje:.....

1 a 6 Alteración del espacio acústico relacional

7 a 13 Disminución del espacio acústico relacional

14 a 18 Canal receptivo esperable para el beneficio terapéutico

Pautas de análisis:

El análisis se efectúa en forma cualitativa según los ítems que a continuación figuran y en forma cuantitativa, por la cantidad de ítems con respuesta "Si y No" para la consideración de canal receptivo esperable en músicoterapia.

- Participación en el espacio acústico relacional — Ítems 1 y 11
- Entorno y espacio acústico relacional armónico — Ítems 3, 4, 7 y 12
- Relación con elementos sonoros y voz, percepción de tonos — Ítems 2
- Despliegue de la fantasmática a partir de un objeto sonoro o conexión con un objeto sonoro. — Ítems 8, 15 y 16
- Participación en el espacio acústico relacional — Ítems 9, 14 y 17
- Integración en el grupo y/o con terapeutas — Ítem 13
- Manifestación de ánimo — Ítems 6, 10 y 12

Paciente: ***Mes:***

Escala Bio-psico-socio-noética para la Evaluación en talleres de 3era. Edad

Instrumento de análisis y evaluación. Guía para la observación de grupos con deterioro cognitivo, Pre y Post- estímulo específico.

1.Aspecto biológico:	*SI*	*NO*
Alteraciones motrices		
Incoordinación y lentitud al caminar		
Incontinencia urinaria		
Reconocimiento del propio cuerpo		
Uso de medios de apoyo (bastón, silla)		
Marca el ritmo musical		
2.Aspecto Psicológico: Ánimo		
Depresión		
Pesimismo		
Agresividad		
Desinterés		
Desconexión con el entorno		
3.Aspectos Sociales : Verborragia		
Déficit de habilidades sociales (interacciones)		
Soledad		
Poco comunicativos		
4.**Aspectos noéticos**[1]		
a. Posee metas en la vida,		
b. Sentido y propósitos en su existencia,		
c. Deseos de hacer cosas,		
d. En las metas de la vida manifiesta éxito,		
e. Se manifiesta satisfecha en el diario vivir o encuentra razones para vivir		

Retest: ***Mes:***

***Luego del estímulo, mencionar los ítems que sufrieron modificación:**

Ítem 1. Presenta modificaciones: Cuáles?
Ítem 2. Presenta modificaciones: Cuáles?
Ítem 3. Presenta modificaciones: Cuáles?
Ítem 4. Presenta modificaciones: Cuáles?

[1] García Pintos Claudio, "*O enterdecer da existencia*" San Pablo, Edit Santuario, 1992

Estimación de logros

Los indicadores que anteceden, intervienen en la evaluación de modificaciones surgidas de marcada remisión, con posterioridad al estímulo específico.

Ítem 1. Por aspecto *biológico*, se entiende la dimensión que representa exigencias específicas y *proveen al cuerpo de sensaciones simples como hambre y sed, o pueden ofrecer potenciales específicos e ingenios*[2], *como la* expansión acústica, o la oportunidad de desplegarse. El logro de la independencia en la vejez, (económica, por ej.) suele ser espinoso, por otro lado la dependencia ante afecciones de una vejez no saludable, en instituciones es lo más observado. En esta situación, el entorno suele facultar maniobras de sobre protección al anciano, sin pensar muchas veces en brindarle medios para mantener su independencia en un marco diferente.

Ítem 2 y 3. Implica la dimensión psicosocial, *representa las necesidades que reclaman satisfacción como: necesidad de saber, de curiosidad, comprensión, participación social-comunitaria, estabilidad afectiva, expresión de emociones que constituyen necesidades específicas de la dimensión.*

Por otro lado, proporciona también de potencias para el desenvolvimiento individual y social, satisfacción por la búsqueda de la verdad, la plenitud del vínculo con otros, etc.[3] Estas características son ampliamente modificadas a partir de los talleres, los resultados de las experiencias se basan en la remisión de cuadros de deterioro cognitivo. Dichos cuadros declinan con mayor rapidez en instituciones totalitarias[4]. "Lo corporal es

2 Op. Cit. García Pintos, (1992:15:3)

3 Op. Cit. García Pintos, (1992 :15:4)

4 Goffman, E. (1973:82),*"Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales" ..."Muchas instituciones totales parecen funcionar la mayor parte del tiempo sin otro propósito que servir de depósitos de internos..."*.Bs.As. Edic. Amorrortu

una condición, mas no la causa de lo psíquico-espiritual. La enfermedad corporal limita las posibilidades de desarrollo de la persona espiritual"[5]

Ítem 4. La experiencia demuestra que la existencia de *ciertos estados depresivos en la vejez, no presentan raíz orgánica, ni psicológica, son estados emergentes de la falta de sentido. Fruto de una revalorización de la propia historia personal, cuando reconocen en esa edad, la proximidad de la muerte.*[6]

Las tres dimensiones del hombre, reclaman satisfacción y solicitud como vehículo para el bienestar. Este bienestar es propiciado por el contacto con el otro, importante en la terapéutica de estimulación y mucho más para el desempeño en gerontología. Como profesionales gerontólogos, no podemos olvidar esta mirada a la necesidad del otro.

5 Frankl, Viktor Emil, (1990:130),"*El hombre doliente*", Barcelona, Edit Herder.

6 Op. Cit. García Pintos, (1992:51)

Lugar: Hogar.....
Paciente: Fecha:

"Ser y hacer en Proyección"

Escala para la evaluación del desempeño en Talleres de Arte-terapia[7]

(Los ítems que se desarrollan a continuación servirán para evaluar las modificaciones que vayan ocurriendo en pacientes con déficit cognitivos instalados. Posibilitando su re-test en un 2° momento)

	Alterado		Disminuido		*Conser/Resti
1. Grado de Participación	1°	2°	1°	2°	
a. Con agrado					
b. Con resistencia					
2. Posee la Facultad de elección					
a. Selecciona materiales cuando se le ofrece					
b. Permanece sin voluntad de elección					
3. Ejercita la pertenencia					
a. Se apropia de lo que hace					
b. Lo guarda					
c. Atesora					
4. Interactúa con otros: (Encuentro)					
a. Pares					
b. Profesionales					
5. Tiene oportunidad de dar					
a. Obsequia algunas de sus producciones					
6. Integración en el grupo de trabajo					
a. Con varios integrantes					
b. Trabaja solo/a					
7. Encuentra el para qué en su accionar					
a. Pregunta el p/qué de sus producciones					
b. No participa hasta que se le explica el p/qué de su accionar					

*Código: Conser=Conservado
Resti= Restituido

Cantidad de ítems Esperables:
Cantidad de ítems Alterados:
Cantidad de ítems Disminuidos:

7 Hernández Silvera, Dides I. , (2005), *"Lazos a la Vida"*, Bs.AS.,U.C.A.

Para evaluar la escala de logros de "Ser y hacer en proyección", es necesario contemplar una serie de ítems desarrollada en la página 155 de la presente tesis.

Lugar: Hogar.....
Paciente: Fecha:

"Ser y hacer en Proyección"

Escala para la evaluación del desempeño en Talleres de Arte-terapia[7]

(Los ítems que se desarrollan a continuación servirán para evaluar las modificaciones que vayan ocurriendo en pacientes con déficit cognitivos instalados. Posibilitando su re-test en un 2° momento)

	Alterado		Disminuido		*Conser/Resti
1. Grado de Participación	1°	2°	1°	2°	
a. Con agrado					
b. Con resistencia					
2. Posee la Facultad de elección					
a. Selecciona materiales cuando se le ofrece					
b. Permanece sin voluntad de elección					
3. Ejercita la pertenencia					
a. Se apropia de lo que hace					
b. Lo guarda					
c. Atesora					
4. Interactúa con otros: (Encuentro)					
a. Pares					
b. Profesionales					
5. Tiene oportunidad de dar					
a. Obsequia algunas de sus producciones					
6. Integración en el grupo de trabajo					
a. Con varios integrantes					
b. Trabaja solo/a					
7. Encuentra el para qué en su accionar					
a. Pregunta el p/qué de sus producciones					
b. No participa hasta que se le explica el p/qué de su accionar					

*Código: Conser=Conservado
Resti= Restituido

Cantidad de ítems Esperables:
Cantidad de ítems Alterados:
Cantidad de ítems Disminuidos:

7 Hernández Silvera, Dides I. , (2005), *"Lazos a la Vida"*, Bs.AS.,U.C.A.

Para evaluar la escala de logros de "Ser y hacer en proyección", es necesario contemplar una serie de ítems desarrollada en la página 155 de la presente tesis.

Anexo 7

Técnicas y test adaptados a gerontes

STROOP Test

ROJO	VERDE
VERDE	ROJO
AZUL	VERDE
VERDE	AZUL
ROJO	ROJO
AZUL	AZUL
ROJO	ROJO
AZUL	VERDE
VERDE	ROJO
AZUL	VERDE

ROJO	VERDE
VERDE	ROJO
AZUL	VERDE
VERDE	AZUL
ROJO	ROJO
AZUL	AZUL
ROJO	ROJO
AZUL	VERDE
VERDE	ROJO
AZUL	VERDE

XXXX XXXX

XXXX XXXX

XXXX XXXX

XXXX XXXX

XXXX XXXX

XXXX XXXX

XXXX XXXX

XXXX XXXX

XXXX XXXX

XXXX XXXX

Anexo 8.2

Técnica H.T.P. adaptada a gerontes con deterioro

Sabemos que no existen reglas fijas y rápidas para determinar cuándo *el entrevistado está proyectando, y cuando desplaza sus percepciones. A veces dibujará lo que siente que él es y otras veces, como ocurre especialmente lo que percibe de su ambiente. Motivo por el cual debe estudiarse la integración de los datos del comportamiento, de la historia del caso*[8] y la búsqueda de significados. En la etapa diagnóstica, cuando la técnica H.T.P.[9] es dispuesta para gerontes con deterioro, debe ser administrada por separado al ser más rica y favorece la percepción de los detalles, como la ubicación en la hoja al mismo tiempo ir viendo cómo aparecían las defensas y prever la fatiga ante la labilidad atencional que caracteriza a estos casos.

En el diagnóstico de las praxias constructivas, con material significativo para esta etapa de la vida y patología en curso, incluí materiales que facilitaron la conexión con el entorno:

Hojas y cortezas de árbol

Retazos de tela, botones, lana y algodón

Trozos de goma

Papel de colores

Plastilina y lápices de color

La consigna de solicitar que haga un árbol, una casa y una persona, es la misma del test de Hammer. Cambia en su presentación inicial por separado y uno por ves a raíz del tiempo para su realización. Lo importante es evaluar la construcción (praxias), logros o dificultades en la confección de las representaciones y posibilidad de proyección o no de la percepción del entorno así como de sí mismo. A partir de allí se podrá observar, la riqueza o no de las representaciones.

Una vez que trascurrió un lapso de 3 meses, se puede dar la consigna completa, aquí es más probable que puedan efectuarla, con posterioridad a la estimulación cognitiva.

---

8 Hammer, E: (1976:391)"*Test Proyectivos gráficos*", Bs. As. 1ª Ed. Paidós.

9 Buck, J. N.: "*Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo: HTP*". El Manual Moderno S.A. de CV., México, DF., Santa Fe de Bogota, 1995

En forma integrada y con material estructurado, permite analizar la posibilidad de integración o no de contenidos internos, percepción de sí mismo, así como la adaptación a consignas. Si bien encontraremos cierta petrificación del psiquismo, en la confusión de la representación-percepción, en la mayoría de los casos, se pueden observar modificaciones significativas.

Los dibujos proyectivos como instrumento de exploración de los procesos mentales, tiene uso preciso tanto al inicio, en la mitad como al final de los tratamientos. Su fácil administración permite que se los utilice como una ayuda para identificar disposiciones y resistencias, así como asociaciones[10].

Es dable estimar los efectos de la estimulación cognitiva.

Es claro entonces que su empleo como instrumento para la investigación, ofrece una posibilidad más para la evaluación.

10 Op. Cit, Hammer, E. (392)

Aprendizaje dada por Enrique Pichón Riviére que dice "es una apropiación instrumental de la realidad para transformarla", se tiene que el propósito principal del aprender es la posibilidad de modificar, usar (trabajando) la realidad de acuerdo a las necesidades de quien aprende.

Las características de la lógica formal en gerontes, ocurre en el razonamiento de frases y representaciones. Y se aplicará, a los datos formalizados o simbolizados, de imágenes mentales o representaciones interiorizadas, que a diferencia del operatorio concreto las manipulaciones resultan separadas de todo soporte.

Según Piaget, las *operaciones* son acciones susceptibles de descomponerse interiormente y cuya característica fundamental es la reversibilidad.

Las operaciones, clasificación y las de símbolos imaginados. El papel de las pruebas de clasificación en la evaluación del grado de movilidad o rigidez de las funciones de categorización, en especial en los casos de *afasias* o de la esquizofrenia, ha sido reconocido de forma importante. Se recurre a pruebas de clasificación espontánea

Los objetos pueden ser clasificados sucesiva o simultáneamente según diversos criterios y clases jerárquicas. Las concordancia, o discordancia de los procedimientos para clasificar objetos figurales como conceptuales puede ser suficiente para establecer una insuficiencia operatoria general y los problemas específicos de la formación o utilización de símbolos.

Es importante estudiar estos dos aspectos del desarrollo cognitivo: las operaciones y la representación simbólica, así como su interrelación.

Las pruebas operatorias permiten analizar los procesos subyacentes al pensamiento formal, evitando un contexto únicamente verbal; su objetivo es poner en evidencia las estrategias y métodos por los cuales organizan la exploración de su medio. Estas pruebas permiten observar también como los conocimientos del sujeto se organizan en estructuras cada vez más complejas, que se desarrollan análogamente a las estructuras lógicas.

Si bien es cierto que Piaget, no realizó investigaciones con estas pruebas en adultos, también es cierto que los adultos evidencian cada vez más frecuentemente dificultades de aprendizaje, es por ello que hemos advertido, que cada vez se acercan con mayor asiduidad a la consulta psicopedagógica, la sintomatología más común por la que consultan es (adultos que retoman estudios, fallas en la comprensión, en el análisis y síntesis, organización, planificación, etc..)

El diagnóstico operatorio es una herramienta muy útil para estudiar el aspecto cognitivo de los pacientes y le da al profesional una visión amplia sobre lo que ocurre con la manera de pensar de los sujetos, y así ayudarlo de un modo eficaz.

La inteligencia en todas las edades, **"lleva consigo la evolución de las otras funciones"**(Piaget). El viejo pude prever, juzgar, razonar, comunicar desde su experiencia, además de percibir encontrando todas las funciones sostenidas por la memoria. Por ende, mejorando la memoria, teniendo en cuenta el nivel genético de las justificaciones, inspiradas en estudios acerca del comportamiento del viejo, se obtendrán excelentes resultados.

Basándose en la psicología cognitivista, diferentes autores (Marteniuk, 1976; Meinel y Schnabel, 1988; Schmidt, 1992; Hotz apud Ruiz, 1994 entre otros) han desarrollado modelos que intentan explicar cuales son los mecanismos que participan en la regulación de las conductas motoras. En estas propuestas, pueden ser identificados genéricamente tres mecanismos envueltos en el tratamiento de las informaciones, que corresponden a diferentes fases de ese proceso: la fase perceptiva, responsable de la síntesis aferente de las condiciones externas e internas; la fase de la toma de decisión, encargada de analizar la situación y programar el movimiento en relación al objetivo respectivo de la acción; y por último, la fase efectora responsable de la ejecución del movimiento planeado.

Como expresa Gabbard (1992, p.211), "the most sophisticated mental operation is that of programming", de la cual se encargan los mecanismos responsables de la fase de la toma de decisión y, en sentido

amplio, "programming can be defined as cognitive processing that results in the formulation of a thought, cognitive expression, or motor program" (ídem, p. 211), destacando que el mayor determinante psicológico en la habilidad para la programación es la cognición.

En general, el adulto mayor, demuestra su conocimiento en reflexiones con una gran carga de prudencia, pudiendo a su vez generalizar en contextos diferentes.

Las pruebas realizadas con las tarjetas de diagnóstico operatorio, muestra hasta qué punto el razonamiento es tributario de soportes perceptivos y en sí de la memoria.

Se pide, que ordenen en grupos (clasifiquen) las tarjetas, lo cual posee propiedades de jerarquías de clases. Luego, al agregar elementos nuevos deberán completar la clasificación complejizando perceptivamente el razonamiento. Es posible encontrar algunas equivocaciones, en conclusiones de razonamientos extensos, con dos proposiciones diferentes, por alteraciones en la atención y concentración. El ejemplo clásico de Piaget "Si el auto es grande, es rápido. El auto es rápido Es grande el auto?".

Dependiendo los resultados, del contenido de la proposición más o menos familiar al viejo.

El nivel formal, sería evaluado a través de la reflexión y la experiencia del sujeto, adaptando el material a las posibilidades de un pensamiento un tanto más lentificado que en los adolescentes.

Otro aspecto a considerar es la idea de una construcción reequilibrante, otorgando un mayor tiempo, para la respuesta a la conducta generalizadora.

Los actos de la inteligencia del geronte son organizaciones de informaciones, según la estructura adquirida y formadas por la maduración.

Propongo, reconstruir el pasado por reparación, holding; reorganizando en conductas clasificatorias su pensamiento.

En términos generales, en un análisis instrumental, podemos observar ciertas dificultades en:

- Dificultad en la adquisición clasificatoria, por falta de estímulo y continuidad escolar en los primeros años. Es instrumental porque

se considera una adquisición infralógica (las que organizan el continuo espacio-tiempo, centrándose en relaciones de vecindad).

- Alteración perceptivo visual, es una dificultad instrumental, ya que las conductas se establecerán a partir de lo observable.
- La distraibilidad es una dificultad instrumental, porque la atención y la concentración son ordenadoras de conductas.
- Dificultades para organizar y orientar la acción en el espacio es instrumental, porque es una capacidad de la inteligencia subyacente en el lenguaje.

Este diagnóstico operatorio consta de:

1) La evaluación de operaciones lógicas, a través de objetos discretos (clasificación), y reunir, ordenar en conjuntos, y asociar semejanzas y diferencias (clases lógicas)

2) Operaciones infralógicas con objetos continuos (espacio tiempo) en un rompecabezas, implica reunir "las partes" de los objetos, ordenarlos y comparar; emplazar y desplazar gracias a las operaciones lógicas. Consiste en recomponer el todo adicionando de próximo en próximo los elementos.

Para indagar el pensamiento lógico formal en el geronte, se empleará la combinatoria de las propiedades de los objetos en clases a nuevas clases, a través de la generalización de varios elementos.

Es un sistema combinatorio que autorregula y autosostiene la conducta operacional formal, relacionándose a raíz de esta conducta con el medio, en un lenguaje con alto contenido reflexivo, que le permite hilar ideas entre sí y regular estructuras adquiridas razonando del todo a la parte y de la parte al todo.

Se han comprobado modificaciones durante el tratamiento-rehabilitación en gerontes con el empleo clasificatorio durante el proceso, el cual retomado en el tratamiento muestra marcada evolución .

La característica predominante en el pensamiento formal del geronte, si bien tiene menor flexibilidad y rapidez, otorgando mayor tiempo y favoreciendo a través de un interrogatorio conducente, es capaz de extraer las consecuencias necesarias de verdades posibles, esto es lo que se considera el principio del pensamiento hipotético deductivo o formal.

Técnica: El material a utilizar consta de 5 tarjetas de cada clase, de un tamaño de 12 x 15 centímetros, los cuales contienen: Gráficos de personas de diferentes épocas y ropajes, viviendas, medios de transporte (carreta, tranvía, tren, colectivo, helicóptero), elementos que producen luz (vela, lamparita, linterna, lámpara a querosene, antorcha), números y tarjetas vacías en color (verde agua, azul Francia, rojo rubí, blanco hielo, amarillo claro); plantas y animales.

Operaciones Lógicas:

Presentación: Se esparcen las tarjetas delante del sujeto, a modo de mazo de cartas (mezcladas) todas menos la de color.

Desarrollo:

Clasificación:

- 1) Aquí hay tarjetas con figuras.
- 2) Le voy a pedir que forme grupos...
- 3) Ordénelas en grupos según semejanzas.
- 4) Qué grupos se formaron?

Dicotomía:

A) Puede formar ahora solo dos grupos?

Se busca que infieran dos grupos: seres vivientes e inherentes.

Podría nombrar los grupos que se formaron?

Reversibilidad por inversión:

Si saco las tarjetas con seres vivos, qué queda? (si no logra clasificar se le pide que mencione cada grupo dando un nombre que el sujeto elija; grupo de casas, grupo luces, grupo personas, etc).

B) El grupo personas, plantas y animales en que se diferencian de las casas, luces y transportes?

C) Según esas diferencias, puedo formar dos grupos?

Cómo se llamarían?

Reversibilidad por reciprocidad:

Se agregan las tarjetas de color.

Qué son estas?

Hay más tarjetas con figuras o de color?

Cuántos grupitos podemos formar ahora?

Se pueden hacer solo dos?

Conservación de la representación de tamaños reales (ubicación espacial):

Separar el grupo de transportes y elementos de luz.

Podría ubicar en orden según tamaños reales de menor a mayor?

Tratará de combinar inversiones y reciprocidades, formando clases de relaciones .

Razonamiento verbal a partir de preposiciones:

A) El helicóptero es veloz (afirmación).

Lo veloz, es solamente helicóptero?

B) El tranvía es más lento que el helicóptero (afirmación).

El tranvía es más lento porque no es helicóptero?

El helicóptero es menos lento que el tranvía?

Operaciones Infralógicas:

Material: Dos sobres con rompecabezas del tamaño hoja oficio.

El primer rompecabezas es una figura seleccionada de colores nítidos. Puede contener una persona u objeto dividida en 7 partes de diferentes tamaños y longitudes.

El segundo rompecabezas, consta de un paisaje. Debe buscarse con pocos distractores y figuras reconocibles a la vista, de colores firmes. Dividido en 13 partes.

Presentación: Se hace entrega del primer sobre.

Desarrollo: En este sobre hay un rompecabezas. Le voy a pedir que arme la figura que se encuentra adentro desarmada.

Se actúa de la misma forma con el segundo sobre (si logra armar el primero); explicándole que este es un poco más complejo.

En pacientes gerontes con deterioro cognitivo es importante aplicarlo con 3tarjetas de cada clase, siempre con las temáticas de vida relatadas durante la entrevista. Para el trabajo con rompecabezas emplear figuras reconocibles divididas en 3, 4 y cinco partes.

Anexo 8.2

Otras técnicas empleadas

Nombre..... Edad.....

Fecha..... Examinador.....

PIL- PURPOSE IN LIFE TEST
(Test para valorización del sentido de la vida)

Parte A:

Instrucciones: En las propuestas siguientes marque con un círculo el número que más se aproxime a su verdad. Observe que la escala tiene límites opuestos de un extremo a otro. Si usted responde neutro significa que no puede jugar, por esta razón trate de usar "Neutro", lo mínimo posible.

1- Generalmente estoy...

1	2	3	4	5	6	7
	totalmente aburrido		Neutro		entusiasmado	

2- La vida me parece...

7	6	5	4	3	2	1
	siempre emocionante		Neutro		completamente rutinaria	

3- Para mi vida...

1	2	3	4	5	6	7
	no tengo ninguna meta fija		Neutro		tengo metas muy bien delineadas	

4- Mi vida...

1	2	3	4	5	6	7
	no tiene significado		Neutro		tiene mucho significado	

5- Cada día es...

7	6	5	4	3	2	1
	constantemente nuevo		Neutro		exactamente idéntico	

6- Si pudiera escoger yo preferiría…

1	2	3	4	5	6	7
	no haber Nacido		Neutro		vivir muchas veces más una vida idéntica a ésta.	

7- Si fuese posible…

7	6	5	4	3	2	1
	no haría más nada por el resto de mi vida.		Neutro		haría cosas más emocionantes y que siempre desee hacer.	

8- En alcanzar las metas de mi vida…

1	2	3	4	5	6	7
	no he progresado nada		Neutro		me siento plenamente realizado.	

9- Mi vida es…

1	2	3	4	5	6	7
	vacía y desesperada		Neutro		llena de cosas buenas, plena	

10- Si muriera hoy consideraría que mi vida…

7	6	5	4	3	2	1
	valió la pena		Neutro		Nada valió la pena	

11- Al pensar en mi vida yo pienso…

1	2	3	4	5	6	7
	¿por qué existo?		Neutro		siempre supe la razón de mi existencia	

12- Al considerar el mundo en relación con mi vida, el mundo…

1	2	3	4	5	6	7
	me resulta totalmente confuso		Neutro		tiene significado para mi vida	

13- Yo soy…

1	2	3	4	5	6	7
	un irresponsable		Neutro		muy responsable	

14- En cuanto a la libertad, creo que el hombre es…

7	6	5	4	3	2	1
	absolutamente libre para elegir		Neutro		totalmente limitado por su herencia y ambiente	

15- En cuanto a la muerte estoy…

7	6	5	4	3	2	1
	preparado y no tengo miedo		Neutro		no estoy preparado y tengo miedo	

16- En cuanto al suicidio...

1	2	3	4	5	6	7
	lo he pensado en serio		Neutro		nunca lo he pensado	

17- Creo que mi capacidad de encontrarle un sentido a mi vida...

7	6	5	4	3	2	1
	es muy grande		Neutro		no tengo esta capacidad	

18- Mi vida está...

7	6	5	4	3	2	1
	controlada por mí		Neutro		fuera de mi control	

19- Mi tarea diaria...

7	6	5	4	3	2	1
	es una fuente de placer y satisfacción		Neutro		es una experiencia dolorosa y aburrida	

20- He descubierto...

1	2	3	4	5	6	7
	a mi vida sin misión ni objetivo		Neutro		a mi vida con metas claras. Mi vida me satisface.	

PIL- PURPOSE IN LIFE TEST

Nombre.....Edad.....

Fecha.....Examinador.....

Parte B:

Complete cada una de las frases siguientes. Trabaje rápido y escriba lo primero que se le ocurra.

1- Mas que nada quiero.....

2- Mi vida es.....

3- Espera que.....

4- He logrado.....

5- Mi más alta aspiración.....

6- Lo más desesperanzado.....

7- El único propósito de mi vida.....

8- Me aburro.....

9- La muerte es.....

10- Estoy logrando.....

11- La enfermedad y el sufrimiento pueden ser.....

12- Para mí toda la vida es.....

13- Pensar en el suicidio.....

Parte C:

Escriba un párrafo describiendo sus propósitos, metas y ambiciones en la vida. ¿Cuánto ha progresado en alcanzar tales objetivos?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cómo diagnósticar?

Teniendo en cuenta que la actitud logodiagnóstica nos permite: *Una mayor comprensión del sentido que el síntoma o situación de crisis presentada como motivo de consulta, representa para el doliente un lugar del diagnóstico dentro del panorama existencial del mismo, donde los vacíos buscan llenar en cuáles todavía permanecer a pesar de todas las tentativas.*[1]

El Purpose Life test (PIL) fue elaborado en 1964 por James Crumbauch y Leonard Maholik, en Brodley Center de Columbia (Georgia, USA). Estos psicólogos relacionados con la propuesta de Viktor Frankl, proporcionan este instrumento psicométrico de la frustración existencial.

El protocolo antes propuesto, presenta 20 cuestiones con distintos enunciados que el paciente debe clasificar dentro de una escala de 7 puntos.

La segunda parte, consta de frases incompletas y un espacio vacío para la redacción de un párrafo donde enunciará si encontró el sentido de su vida. Esta segunda parte, prácticamente no se administra más por los efectos por ser detonador de contenidos internos[2].

La tercer parte, representa un buen estímulo que permite captar en la población de gerontes, características y desempeños, relacionadas con la resiliencia.

Dentro de los 20 ítems, son abordados para su posterior análisis:

- Propósitos de vida - Ítems 3, 4, 7, 8, 11, 12, 17 y 20
- Satisfacción con la propia vida -Ítems 1, 2, 5, 6, 9 y 19

(Si su vida es rutinaria, dolorosa, excitante, triste, etc.)

- Libertad -Ítems 13, 14 y 18
- Miedo a la Muerte -Ítem 15
- Ideas suicidas -Ítem 16
- Si la vida vale la pena vivirla -Ítem 10

La valoración de las tres categorías, permitirá evaluar: La falta de propósito en la vida, una existencia de significados y un propósito o la indecisión, respectivamente.

[1] García Pintos, Claudio, (1992:41), *"O enterdecer da existencia. Ajuda para o idoso viver feliz"*, Edit. Santuario, Brasil

[2] Op. Cit. García Pintos, C, (1992:50)

TEST MINI-COG

Nombre del Paciente_____
Lugar de Residencia_____
Fecha de administración __/__/__

Administración

1. Consigna: Escuche detenidamente, las 3 palabras que le voy a decir y Ud. repetirá cuando le vuelva a preguntar.

2. Instruir al paciente para que dibuje la cara del reloj en blanco o en una hoja con el círculo dibujado.
Luego debe colocar los números y manecillas o agujas del reloj marcando las 11:20

(Dele el tiempo que necesite para concluir el reloj, pero sin ayuda, solo puede repetir la consigna. Este estímulo es un distractor del recuerdo)

3. Dígale al paciente que repita las tres palabras que recuerda. ¿Cuál son las 3 palabras que le dije antes?

Observaciones:.....

Puntaje:

1 punto por cada palabra recordada.
a. Si no recuerda : ***Indicador de Pantalla de Demencia***
b. 1 o 2 palabras anormal distractor: ***Indicador de Positivo Pantalla de Demencia***
c. 1 o 2 palabras con normal distractor: ***Indicador Negativo de pantalla de Demencia***
d. Recuerdo de las 3 palabras: ***Indicador Negativo de pantalla de Demencia***
e. 0 Recuerdo de palabras: ***Indicador de Positivo Pantalla de Demencia***

(El dibujo del reloj es considerado normal, si los números presentan la posición y secuencia Correctas, de acuerdo a las manecillas del reloj y del tiempo) Su administración es de alrededor de 10'. Requiere de equipo especial y adaptación al lenguaje del paciente y nivel de escolaridad.

Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. "El mini-cog: un signo vital cognitivo como marcador de demencia en la pantalla de multi-lenguaje temprano". *Geriatr Psychiatry* 2000;Clinical Toolbox for Geriatric Care ©2004 Society of Hospital Medicine

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad

- Ausente
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente
- Estas sensaciones las relata espontáneamente
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa

- Ausente
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- Siente que la enfermedad actual es un castigo
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio

- Ausente
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
- Ideas de suicidio o amenazas
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz

- No tiene dificultad
- Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
- Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio

- No hay dificultad
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma espontánea

- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío

- No hay dificultad
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades

- No hay dificultad
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- Pérdida de interés en su actividad (disminución. de la atención, indecisión y vacilación)
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)

- Palabra y pensamiento normales
- Ligero retraso en el habla
- Evidente retraso en el habla
- Dificultad para expresarse
- Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora

- Ninguna
- Juega con sus dedos
- Juega con sus manos, cabello, etc
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- Retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos

10. Ansiedad psíquica

- No hay dificultad
- Tensión subjetiva e irritabilidad

- Preocupación por pequeñas cosas
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática

(Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración)

- Ausente
- Ligera
- Moderada
- Severa
- Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales

- Ninguno
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen
- Dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales

- Ninguno
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad
- Cualquier síntoma bien definido

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)

- Ausente
- Débil
- Grave

15. Hipocondría

- Ausente
- Preocupado de sí mismo (corporalmente)
- Preocupado por su salud

- Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso

- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

17. Perspicacia

- Se da cuenta que está deprimido y enfermo
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- No se da cuenta que está enfermo

ESCALA DE DEPRESIÓN Yesavage

1-. La Escala geriátrica de depresión de Yesevage, es uno de los instrumentos de elección en la exploración, para valorar la depresión en pacientes ancianos. Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo.

2.- Consta de 15 preguntas afirmativas/negativas en su forma abreviada, frente a las 30 preguntas de la versión original, para evitar en lo posible la disminución de la concentración y el cansancio del paciente.

3.- Se necesitan unos cinco minutos para cumplimentarla y puede realizarla el paciente solo.

4.- La forma abreviada de Yesavage es un instrumento de apoyo. Como todas las escalas de depresión pueden aparecer falsos positivos con cierta frecuencia, por lo que debe utilizarse exclusivamente en conjunción con otros datos.

Item	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas	SI

	nuevas?	
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

0-10: **Normal**.
11-14: **Depresión** (sensibilidad 84%; especificidad 95%).
>14: **Depresión** (sensibilidad 80%; especificidad 100%).

Trail Making Test (TMT) (Forma A y B)

Es uno de los tests neuropsicológicos más utilizados. Existen dos formas: Forma A y Forma B. Ambas pruebas implican la unión de 25 círculos que el sujeto tiene que conectar.

La Forma B es más compleja que la Forma A porque requiere la conexión de números y letras de forma alternante. En términos de validez del TMT, existen una serie de factores que hacen que esta forma sea más complicada:

1. Las distancias entre los números son mayores en la Forma B, lo que se traduce en la inversión de más tiempo para unir ordenadamente los círculos.

2. La forma de distribución de los círculos en la forma B pueden provocar una interferencia visual.

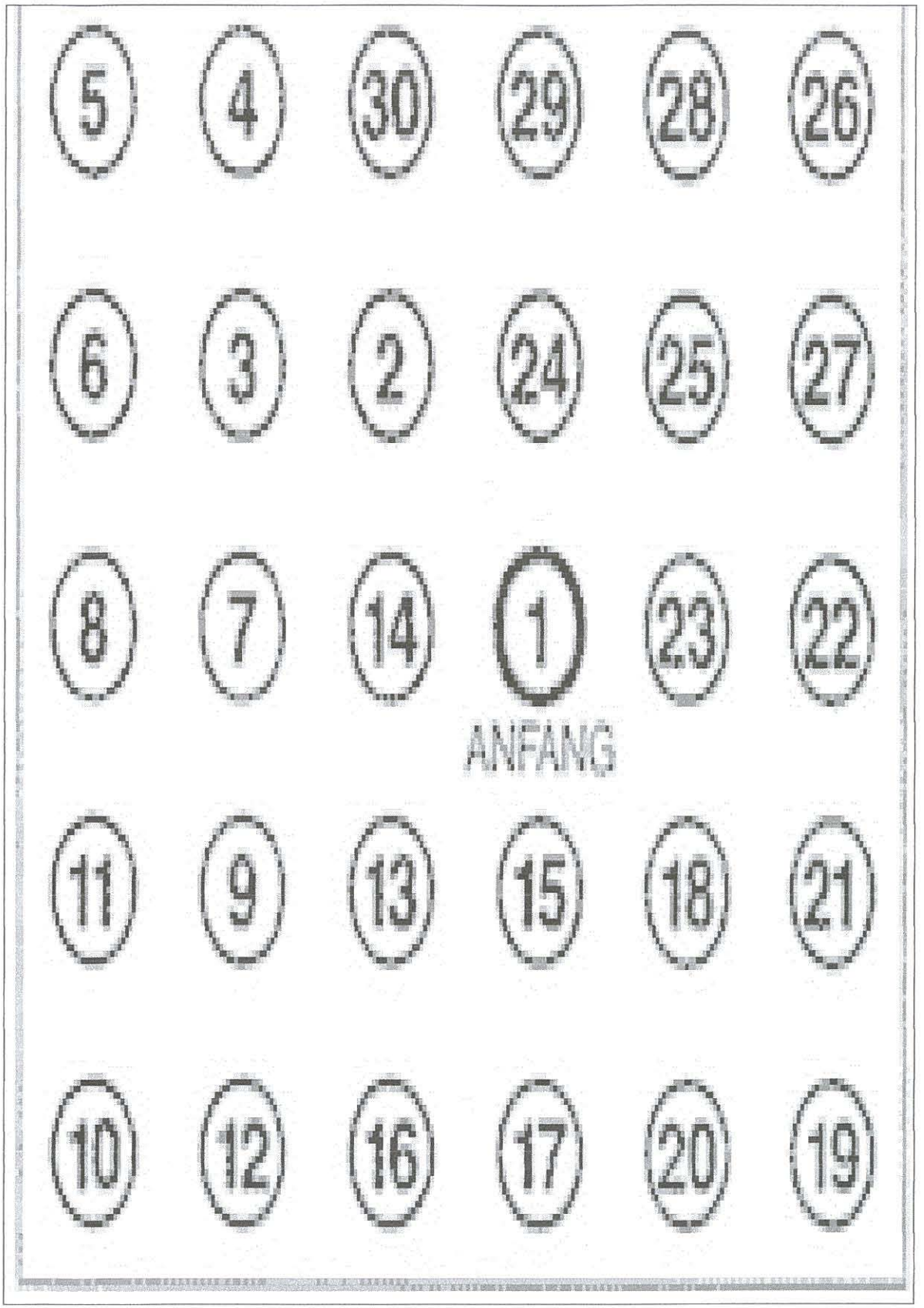
3. La diferencia en los tiempos para completar la Forma B puede atribuirse a los procesos cognitivos más complejos necesarios para tener en cuenta la alternancia de letras y números.

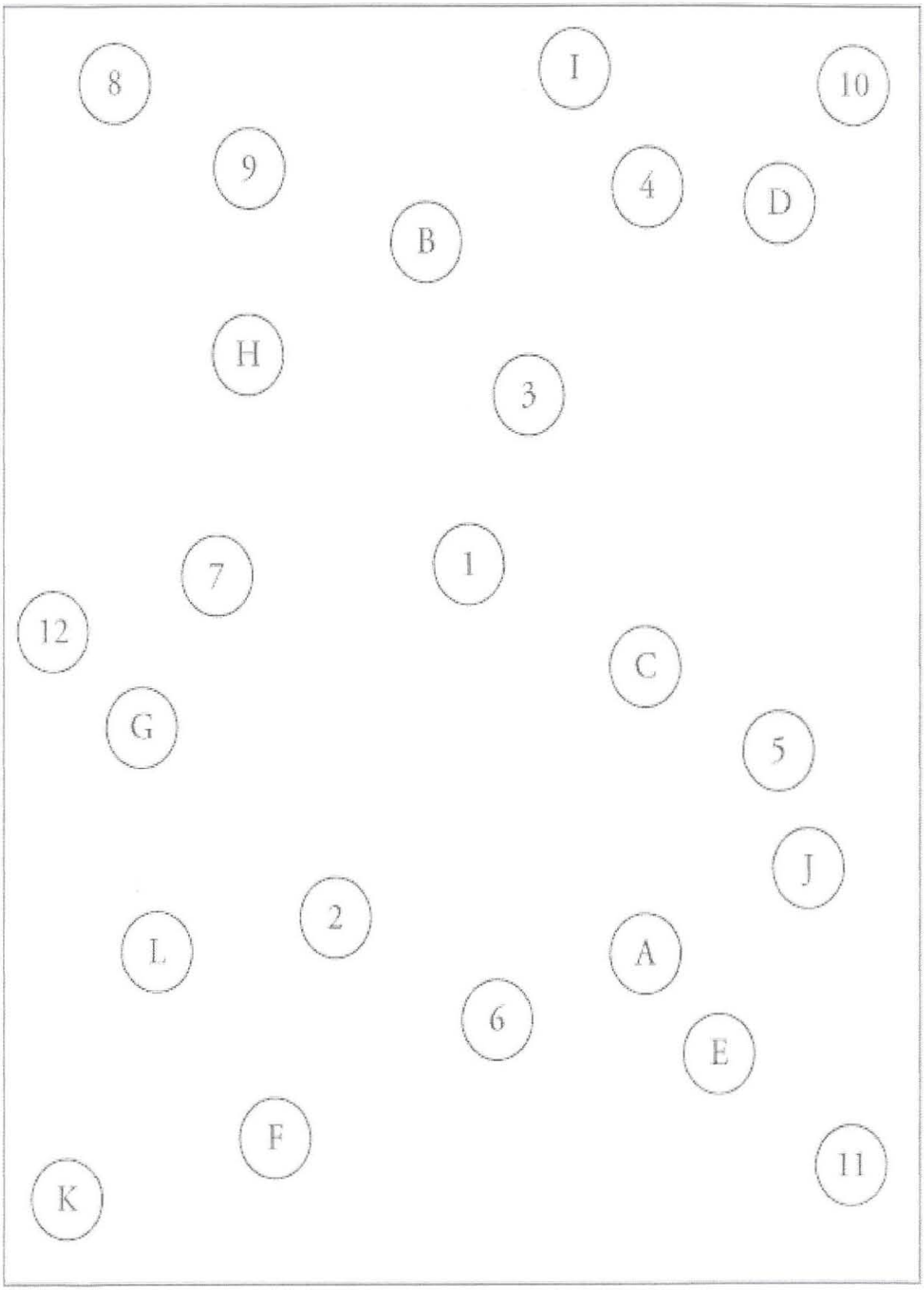
Esta forma puede ser un buen indicador de disfunciones frontales generales del lóbulo. En general, puede indicar la incapacidad del sujeto para ejecutar y modificar un plan de acción. Así mismo, puede ser útil como indicador de lesiones frontales focales, no obstante es importante señalar que la prueba, en sí misma, no es ordinariamente un indicador de la disfunción frontal.

Los sujetos con lesiones en el hemisferio izquierdo muestran peores resultados en esta prueba.

La parte B se asocia con los siguientes procesos: distinguir entre los números y las letras, la integración de dos series independientes, la capacidad de aprender un principio de organización y de aplicarlo sistemáticamente, la retención y la integración serial, solucionar el problema verbal, y planear.

Cada una de las partes debe ser puntuada separadamente mediante la medición del tiempo requerido para completar cada prueba. La ejecución es evaluada usando datos normativos, teniendo en cuenta la correlación entre el TMT y factores tales como la edad, educación y CI. Por lo general, el tiempo necesario para completar ambas formas oscila entre los 5 y 10 minutos.


5
4
30
29
28
26
6
3
2
24
25
27
8
7
14
1
23
22
ANFANG
11
9
13
15
18
21
10
12
16
17
20
19


8
I
10
9
4
D
B
H
3
7
1
12
C
G
5
J
2
L
A
6
E
F
11
K

Test del Reloj

Tabla 1. Comprehensive Scoring System (CSS) (Modificado de Freeman et al. [10].

CONTORNO
1) Contorno del reloj aceptable
2) El contorno no es demasiado grande ni demasiado pequeño ni está reproducido repetidamente.
NÚMEROS
3) Presencia de los números del 1 al 12 (sin añadir ni omitir números).
4) Representación arábiga de los números.
5) Números escritos en orden correcto.
6) El papel no ha sido rotado mientras se escribían los números.
7) Números colocados en la posición correcta.
8) Todos los números están colocados dentro del reloj.
MANECILLAS
9) El reloj tiene dos manecillas o dos marcas.
10) El número que indica la hora está resaltado de alguna manera.
11) El número que indica la hora está resaltado de alguna manera.
12) Las manecillas tienen una proporción correcta (la horaria más corta)
13) No existen marcas adicionales
14) Las manecillas están unidas o con una separación máxima de 12 mm.
CENTRO
15) El reloj tiene un centro (ya sea dibujado o extrapolado/inferido por el punto de unión de las dos manecillas).

Puntaje: 15 normal

12 deterioro cognitivo

Valoración de asignada a la calidad de vida subjetiva en demencia (BASQID)

El manual: instrucciones para administradores

Y las propiedades de medición

El BASQID es una medida de la calidad de vida para evaluar a personas con demencia – es sensible y ha sido desarrollada para Validar el uso con demencia moderada a severa (identificado por un mini puntaje de examen de estado mental de 12 o más). La medida debe ser administrada durante entrevista directa a la persona con Demencia. Las preguntas deben ser presentadas visualmente y de forma oral a la persona. Cada pregunta debe ser impresa sobre una tarjeta individual (aproximadamente 18 x 6 cm) en la fuente grande (Arial 26pt o equivalente son recomendados). Las tres tarjetas con respuestas tipo, deben ser impresas sobre tarjetas individuales (aproximadamente 30 x 10 cm) en un tamaño de los caracteres similar a las preguntas. Las respuestas deben ser puestas horizontalmente con líneas verticales y separar líneas en cada una. Las respuestas deben contener solamente las palabras que definen cada punto y no los puntajes relacionados con cada respuesta.

Por favor contactar:
Dr. Richard Trigg
División de psicología
Universidad de Trent de Nottingham
NG1 4BU de Nottingham
Tel 0115 8485603
Email: richard.trigg@ntu.ac.uk
© 2006, la universidad de Bath

Valoración de baño de la calidad de vida subjetiva
En demencia (BASQID)

1. Fondo y descripción

Sin cura disponible, uno de los objetivos principales no farmacológico, conductual, son las intervenciones sociables y ambientales en la demencia que deben ser de mantenimiento o incluso la mejora de la calidad de vida del paciente (QoL) (Conrad, 1990; Kane, 1999). La calidad de vida es un concepto pluridimensional que incluye muchas áreas de vida diferentes. Un concepto es el que debe incluir no sólo lo objetivo (observable) comparables a índices de bienestar juzgados contra los criterios socio – normativos, sino también la percepción subjetiva propia de su puesto en la vida (Lawton, 1991) de la persona. El elemento subjetivo de QoL es exactamente la razón del por qué es valioso QoL como un indicador de la eficacia de tratamientos, intervenciones y sistemas de cuidado (Ben - Shlomo, 1999; Whitehouse et al, 1997). Las incumbencias mundiales de pacientes en relación con sus propios valores y expectativas deben ser considerados, si vamos a suministrar un patrón aceptable del cuidado para las personas con la demencia. Con pacientes presentar en etapas más tempranas de la enfermedad y estar involucrado en las decisiones sobre su cuidado y tratamiento, es importante que podemos suministrarlos con la información exacta sobre el impacto en su conjunto y el Bienestar de la enfermedad como cualquier intervención potencial (Clancy & Cooper, 1999).

Esto es especialmente importante, ahora qué rango de intervenciones administradas están disponibles para las personas con la demencia. Las personas con la demencia y sus cuidadores verán "Los beneficios de estas drogas que serán determinados por su habilidad de mejorar su funcionamiento diario y QoL" (Kelly et al, 1997).

Los trastornos de la memoria, la atención, la comunicación, la perspicacia, el criterio y a varían en síntomas conductuales y no- cognitivos como las ilusiones, la depresión o la agitación, limita la habilidad de una persona con la demencia para informar sobre los asuntos de QoL total. Debido a esto, ha habido una suposición inmotivada larga, de que las personas con la demencia que son incapaces de dar su queja sobre QoL (Cotrell & Schulz, 1993) por si mismas.

La medición se ha concentrado en los más aspectos observables y objetivos de QoL como la gravedad del síntoma y su marcha con la sola referencia breve, por consiguiente la Impresión subjetiva de la persona (Stewart et al, 1996). Como son un resultado, de muchas medidas de QoL corren el riesgo de ser poco más que valoraciones de estado de salud que reproducen con mucha información que puede ser obtenida de las otras medidas de la incapacidad y la carga de enfermedad (Gill &; Feinstein, 1994; Leplege & Hunt, 1997)

Un método de adquirir una nueva percepción exacta respecto a la experiencia imaginaria de la persona con la demencia, y cómo se sienten sobre su QoL, es preguntar sobre la persona directamente. La investigación ha demostrado que las personas con la demencia en la etapa moderada y severa, pueden proveer la información consecuente y segura respecto a los asuntos de QoL (Feinburg & Whitlatch, 2001; Mozley et al, 1999). Aunque muchos de los dominios tradicionales se relacionaron con QoL como las actividades diarias el estado físico, la movilidad, la interacción social y el ambiente, el bienestar emocional son relevantes para las personas con la demencia, la investigación indica que puede haber en la enfermedad un importante número específico que se relacionan con el impacto de la demencia dentro de cada uno de estas áreas (Brod et al, 1999)

Medidas breves, simples que ponen una carga cognitiva baja sobre el encuestado son lo que se necesita. El contenido y la lengua de las preguntas deben ser desarrollados de la información que se adelantó directamente de las personas que vivían con esta condición debilitante.

Medidas de QoL que afirman el ser "Subjetivo" son desarrolladas a menudo sin

ingreso de esas personas que tienen experiencia de vivir con la demencia. Tales medidas corren el riesgo de pedir a los pacientes que respondan a las preguntas que son importantes para los clínicos y otros terceros, antes que responder a las preguntas que reflejan sus incumbencias realmente (Leplege & Hunt, 1997; Muldoon et al 1998; Russel, 1996). Solamente a través de un acuerdo exacto de los asuntos de QoL valorado por los pacientes acerca de los sistemas de cuidado son desarrollados y es eficaz para satisfacer la necesidad de las personas con la demencia. Por lo tanto hay una necesidad, de tasar la evaluación subjetiva de una extensión completa.

QoL es un concepto pluridimensional que abarca los asuntos físicos y psicológicos y sociables y ambientales (Guyatt et al.., 1989). Las sentencias de QoL deben incluir en ambos una evaluación subjetiva por la persona individual tanto como una evaluación más objetiva que se juzgó contra normas sociales (Muldoon et al, 1998). Este segundo punto es ilustrado por la definición de World Health Organization de QoL que dice que QoL es "La percepción de su puesto en la vida en el contexto de la cultura y la sistemas de valor en los que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, padrones e incumbencias de una persona individual" (el grupo de WHOQOL, 1995) bien.

De forma semejante, Lawton (1991) ha descrito QoL como "Una evaluación pluridimensional por tanto intrapersonal como los criterios de normas sociales, del sistema ambiental en que la persona vive".

La demencia puede tener un impacto sobre áreas de vida que se relacionan tanto, como una persona funciona, el humor, el comportamiento, la salud y el ambiente (los factores determinantes). El efecto de la demencia sobre estos factores determinantes pueden ser tasados ambos objetivamente y subjetivamente tasando la salud de la persona, la función, la movilidad la interacción sociable, las actividades de ocio, la energía, el sueño, el humor, el ambiente local y financiero.

Los indicadores objetivos de QoL son aquellos a quienes uno podría encontrar en las valoraciones sobre la base de un modelo médico de la demencia importan dónde es posible curar o aliviar el énfasis.

Síntomas de la enfermedad, o un modelo de consecuencias donde el objetivo del cuidado, compense las deficiencias, las incapacidades o las discapacidades. En este nivel las valoraciones están más preocupadas por la presencia o la gravedad de los síntomas, el nivel de la habilidad o la incapacidad exhibido por una persona y la frecuencia con que pueden llevar a cabo las actividades de la vida diaria. El rendimiento de la persona es juzgado contra los padrones obtenidos de las normas sociales y culturales.

El marco conceptual para QoL es Alternativo, QoL de demencia puede ser juzgado de acuerdo con la evaluación subjetiva de la persona con la demencia. Esta evaluación será influida por acción de un moderador de variables incluyendo recursos internos, como el uso de las estrategias pudiendo cambiar las expectativas, los valores y las preferencias.

Los moderadores de QoL subjetivo pueden también incluir recursos externos como soporte formal e informal factores de enfermedad relatados como el nivel de la persona individual de la perspicacia y la función cognitiva.

Las valoraciones que están ubicados sobre la base del nivel que debe incluir en las preguntas sobre la sentimientos como la satisfacción, el disfrute, la competencia y la confianza y debe tener en cuenta la influencia posible del moderador de variables. En el nivel subjetivo, la persona evalúa su QoL que será influida por las necesidades y expectativas de esa persona. Las personas usarán sus propias evaluaciones subjetivas de dominios de QoL diferentes para determinar la extensión a la que sienten su necesidad estando cubiertos. Este proceso de la introspección también tendrá consecuencias importantes, en relación con satisfacción de necesidad percibida, pero también en relación con los presentimientos sobre el sí mismo de la persona, sus habilidades y su estado emocional.

La disponibilidad de las medidas como el BASQID, que admiten la valoración de los asuntos de QoL subjetivos como la satisfacción, la satisfacción de necesidad y la identidad, permiten la prueba adicional de este modelo.

Haciendo referencia al modelo conceptual, el BASQID se concentra en la valoración de QoL subjetivo. El contenido del BASQID cubre esas áreas que relatan evaluación y experiencia de dominios de vida múltiples, su satisfacción de necesidad y sus presentimientos sobre sí y su identidad a las personas

individuales. Las preguntas son enmarcadas en una manera como admitir la influencia de moderador de variables.

Demencia
Factores determinantes
Funcionar
Humor
Comportamiento
Salud
Ambiente
Moderadores
Factores de enfermedad
Memoria
Cognición
Perspicacia
Recursos internos
Estrategias cognitivas
Estrategias conductuales
Creencias
Recursos externos
Soporte práctico
Apoyo emocional
Soporte informativo
De los factores determinantes
Energía de salud
Sueño de función
Ambiente de movilidad
Humor sociable
Ocio
Participación en Reuniones;
Normas culturales
Necesidad
Expectativas
Evaluación subjetiva de los factores determinantes
Energía de salud
Sueño de función
Ambiente de movilidad
Humor sociable
Ocio
Persona individual
Características
Sentimientos
Necesite la satisfacción
Identidad
Emoción

Preguntar sobre su nivel de la satisfacción con su habilidad y la extensión a la que pueden llevar a cabo las actividades que quieren hacer.

Es esperado que tomando este enfoque, QoL se pueda conceptualizar en una manera relevante para todas personas con la demencia, incluyendo aquellos con los problemas graves y limitación. Las personas con la demencia podrían estar seriamente restringidas en relación con lo que pueden hacer y dónde pueden ir. Si uno mira su rendimiento frente a dominios múltiples de QoL objetivamente funcionarán indudablemente muy mal y un QoL negativo será deducido. Sin embargo algunas personas con demencia podrían haberse ajustado a la vida con la enfermedad y aceptado que enfrentan una disminución inevitable con éxito. A través del poder y la adaptación, tales personas individuales pueden estar llevando las restricciones y las limitaciones que existen al otro lado de gran parte de su existencia. Estas personas pueden valorar e interpretar su QoL dentro de parámetros muy diferentes a otra persona en una etapa similar de la enfermedad. Por consiguiente, tal cambio en las expectativas puede actuar como un" observador de "Apariencia" que actúa desde la proximidad.

El BASQID contiene 14 artículos de punto principal y usa dos respuestas de cinco puntos diferentes

Medidas. Los artículos de BASQID moldean dos subescalas distintas que se relacionan con **satisfacción de vida** (LS) y los **sentimientos** de QoL seguro (FPQ). Tres preguntas adicionales (G1 - G3) son incluidos dentro del BASQID para suministrar las **clasificaciones subjetivas** mundiales de QoL, **la salud y la memoria**.

Estas preguntas deben ser analizadas por separado. Una lista de las preguntas de BASQID y la admisión de subescala son dadas en el Cuadro 1.

1.1.2 Puntajes de balanza

El BASQID contiene dos subescalas. Los puntajes de cada Subescala son obtenidos calculando la suma de puntajes del artículo en la medición y expresar esto, como porcentajes del posible puntaje máximo. Esto transforma las subescalas con el propósito de que cada uno es registrado sobre una balanza de 0 - 100, facilitando las comparaciones entre las dos balanzas. Esto es conseguido multiplicando el puntaje de suma por 100 / **(m x (k - 1)** donde **"m"** representa el número de artículos en la medición y **"k"** representa el número de las elecciones de respuesta.

[100 / (8x4)] de x = [la suma de preguntas 1-8] de satisfacción (LS) de vida

Sentimientos de [100 / (6x4)] de x = [la suma de preguntas 9-14] de QoL (FPQ)

Para facilitar la transformación de puntajes de subescala sin procesar, las tablas de transformación son proveídas sobre la página final de puntaje.

Los administradores necesita solamente sumar los puntajes del artículo dentro de cada subescala y luego seleccionar que a las ideas apropiadas determinen el puntaje transformado sobre la tabla.

Las tablas de transformación son suministradas para ambas subescalas.

1.1.3 Datos faltantes

Los valores de Subescala pueden ser calculados si hay un artículo faltante dentro de uno o ambas subescalas. Un valor para el artículo faltante debe ser atribuido tomando el puntaje de media de otros artículos dentro de la subescala. Si hay más que un artículo faltante en cualquier subescala, un valor para ese subescala no puede estar calculado.

1.2 Instrucciones para administradores

El administrador debe asegurarse que tienen la copia de la hoja de puntaje (contener la información y ser leídos a los participantes antes de cada sección) Además, de que todas dudas y mediciones de respuesta deben ser impresos sobre tarjetas individuales. Así también, según las recomendaciones dar una idea general de antes de comenzar. Las plantillas para esta duda y balanzas de respuesta están disponibles para descargar, como de hacer copias de la hoja de puntaje.

1.2.1 Antes de administrar el BASQID

A) cada esfuerzo debe ser hecho, asegurándose de que el entrevistado está cómodo y relajado.

B) explique al participante que le será pedido que responda a algunas preguntas sobre cómo **Se sienten sobre su QoL.**

C) asegure que el participante comprende qué representa QoL. Si necesario, el uso de Frases como "Cómo usted se siente sobre la vida en general".

D) explique al participante que serán 17 preguntas diferentes sobre los aspectos de su vida diaria y eso debe tomar aproximadamente 10 minutos en total.

E) haga hincapié al participante que el BASQID no es una prueba. Explique que no hay ninguna respuesta correcta o equivocada pero que eso le permitirá valorar y detectar cómo se sienten sobre su vida a este tiempo.

1.2.2 Administración del BASQID

A) Aclare que todas las preguntas son como la persona es en su QoL reciente.

B) ponga la tarjeta de respuesta en frente del encuestado y verifique que es claramente Visible y que el encuestado puede leerlo.

C) lea las instrucciones dadas literalmente sobre el puntaje del entrevistador de BASQID

Cubra con una tarjeta nueva la empleada

D) ponga G1 de pregunta debajo de la respuesta y léalo en voz alta.

Lea las opciones de respuesta, destacando cada reacción cuando usted lo dice.

Por ejemplo que "Cómo usted evalúa su calidad de vida? Usted diría que su calidad de es muy mala, pobre, justa, buena o muy buena?"

E) repita la pregunta y las alternativas de respuesta tantas s veces como necesario.

No exprese de otra manera la pregunta o las opciones de respuesta nunca.

Si la explicación adicional lo requiere, usar el indicador de comandos normado dado en cursiva después de la pregunta en la hoja de puntaje. Si el encuestado todavía es incapaz de comprender haga preguntas y muévase a la próxima pregunta.

F) repita la respuesta para G1 al encuestado.

Por ejemplo, "Por eso usted diría que su calidad de vida es buena."

G) sondee la respuesta para G1 al encuestado para asegurar la reacción a esa alternativa que fue seleccionada con exactitud y refleja la evaluación de su QoL a la persona.

H) los pasos de repetición "d-g" G2 y G3 para las preguntas.

I) si el encuestado es incapaz de responder a todas las preguntas en parte A (Pregunta sobre G1 - G3), detenga la entrevista.

J) si el encuestado puede proveer las respuestas satisfactorias para G1 - 3 de preguntas,
Muévase a parte B (preguntas 1-8) y haga una investigación sobre la 1ª de las preguntas, para asegurarse de esa nueva medición de respuesta que está siendo interpretado correctamente y usado. Repetir la pregunta para investigar si la interrogación 2 fue comprendida, si es necesario.

K) si el encuestado es solamente capaz de responder a uno o dos de las preguntas en la parte A, muévase a parte B y sondee 1-5 de las preguntas. Si el encuestado es incapaz de responder a todo, pare la entrevista.

L) repetir los pasos "b-g" para las preguntas en parte B, usando B de respuesta y hacer una investigación dónde fuera necesario.

M) repita que los pasos "b-g" para las preguntas en parte C (preguntar sobre 9-14), usando C de respuesta. Sonde la respuesta del encuestado para preguntar sobre 9 (y preguntar sobre 10 si necesario) para asegurarse de que la nueva respuesta está siendo comprendida correctamente.

Manual de asignación de puntajes

Encuestado_____ Fecha de valoración_____/_____/_____
Fecha de nacimiento._____/_____/_____ Tiempo de inicio_____
Entrevistador_____ Duración de valoración_____

Parte A

Antes de administrar G1 - G3 de preguntas por favor lea lo siguiente al encuestado:

Voy a hacerle algunas preguntas generales sobre cómo usted se siente, sobre su salud en primer lugar y Calidad de vida en su conjunto. Las preguntas son sobre cómo se ha sentido la mayor parte del tiempo dentro de las últimas dos semanas
(A de medición de respuesta). Me gustaría que usted pueda responder a las preguntas usando cualquiera de estas respuestas para hacerlo.
Responda a las preguntas eligiendo una de estas frases; muy mala, pobre, bueno, o muy Bueno (señalar a cada uno cuando lo lea en voz alta - usted también puede dar una explicación de las elecciones de respuesta
Así que asegúrese de que el encuestado este seguro del significado de cada uno).
Tome el tiempo que necesite para responder a las preguntas. Si usted no comprende una palabra o pregunta o tiene problemas al elegir una respuesta, por favor dígame y trataré de ayudarlo tantas veces como necesite.

		Muy Pobre	Pobre	Acepta-ble	Bueno	Muy Bueno
G1	¿Cómo evaluaría usted su calidad de vida? *Por ejemplo el bienestar en conjunto,* cómo usted se siente sobre su vida en general	0	1	2	3	4
G2	¿Cómo evaluaría su salud usted? *Incluir Memoria / cognición*	0	1	2	3	4
G3	¿Cómo evaluaría su memoria usted?	0	1	2	3	4

Total ____

Parte B

Antes de que administrar pregunte sobre 1-8 por favor lea lo siguiente al encuestado.

Voy a hacerle una serie de preguntas sobre qué tan satisfecho está usted ahora con las diferentes áreas de su vida. Las preguntas son sobre cómo se ha sentido la mayor parte del tiempo dentro de las últimas semanas.

(B de balanza de respuesta de función).

Me gustaría que usted pueda responder a cada pregunta usando esta medida.

En cada respuesta que usted tenga puede usar y escoger una de estas frases; para nada satisfecho, un poco satisfecho, satisfecho, Muy satisfecho o sumamente satisfecho (señalar a cada uno cuando usted lo lea en voz alta.

La explicación de las elecciones de respuesta con el propósito de que el encuestado este seguro del significado de cada una).

Si tiene problemas para escoger una respuesta, por favor dígame y trataré de ayudarlo tan mucho como yo poder.

		No del todo satisfecho	**Un poco satisfecho**	**Satisfecho**	**Muy Satisfe-cho**	**Extremada-mente satisfecho**	**LS Puntua-ción**
Q1	Qué tan satisfecho está usted con su salud *Incluyendo memoria y cognición*	0	1	2	3	4	
Q2	Qué tan satisfecho está usted con su habilidad para el diario vivir *Por ejemplo el lavado, arreglo, la comida; la bebida, ir al baño*	0	1	2	3	4	
Q3	Qué tan satisfecho está usted es con su nivel de energía?	0	1	2	3	4	
Q4	Qué tan satisfecho está usted con su entusiasmo para hacer las cosas?	0	1	2	3	4	
Q5	Qué tan satisfecho está usted es con la forma en que generalmente pasar su día?	0	1	2	3	4	
Q6	Qué tan satisfecho está usted con su nivel de independencia? *Por ejemplo su habilidad de hacer las cosas sin la ayuda de otros.*	0	1	2	3	4	
Q7	Qué tan satisfecho está usted con su modalidad personal para establecer relaciones? *Por ejemplo amigos y familia*	0	1	2	3	4	
Q8	Qué tan satisfecho está usted con su habilidad de hablar a las otras personas?	0	1	2	3	4	

Total

Parte C

Antes de que administrar y preguntar sobre 9-14 por favor lea lo siguiente al encuestado.

Voy a pedirle que responda a una serie diferente de preguntas sobre cómo se siente (usted) ahora, o si experimenta ciertas cosas. Las preguntas son sobre cómo se ha sentido la mayor parte del tiempo dentro de las últimas semanas.

(C de medición de respuesta). Me gustaría que usted pueda responder a cada pregunta usando estas respuestas; muy pobre, pobre, aceptable, bueno, muy bueno (señalar cada una de las respuestas a mediad que usted lo lea en voz alta - usted también puede *Dar una explicación de las elecciones de respuesta con el propósito de que el encuestado este seguro del significado de cada una).*

Tome el tiempo que necesite para responder a las preguntas. Si usted no comprende una palabra puede preguntar o tiene problemas para escoger una respuesta, dígame por favor y trataré de ayudarlo.

		Muy Pobre	Pobre	Aceptable	Bueno	Muy Bueno	FPQ Puntaje
Q9	**Hasta qué alcance o medida usted puede moverse en este lugar?** *Por ejemplo la área circundante su Casa que está dentro de la distancia andante*	0	1	2	3	4	
Q10	**Hasta qué alcance o medida usted puede hacer todas las actividades que usted quiere hacer?** *Por ejemplo el trabajo, el ocio, y Quehaceres domésticos*	0	1	2	3	4	
Q11	**Hasta que alcance o medida usted puede hacer eso a cosas que Disfruta?**	0	1	2	3	4	
Q12	**Hasta que alcance o medida siente que usted tiene la elección para hacer las cosas que usted quiere hacer?**	0	1	2	3	4	
Q13	**¿Hasta qué medida usted se siente útil?**	0	1	2	3	4	
Q14	**¿Hasta qué medida usted se siente feliz?**	0	1	2	3	4	
						Total	

Puntajes sin procesar totales para el LS y FPQ por el que las balanzas deben ser cambiado se transformaron Montones se extender de 0-100

LS Puntaje (0-32)	LS transformado Puntaje (0-100)	FPQ Puntaje (0-100)	FPQ Puntaje (0-24) Transformar
32	100	24	100
31	96	23	95
30	93	22	91
29	90	21	87
28	87	20	83
27	84	19	79
26	81	18	75
25	78	17	70
24	75	16	66
23	71	15	62
22	68	14	58
21	65	13	54
20	62	12	50
19	59	11	45
18	56	10	41
17	53	9	37
16	50	8	33
15	46	7	29
14	43	6	25
13	40	5	20
12	37	4	16
11	34	3	13
10	31	2	8
9	28	1	4
8	25	0	0
7	21		
6	18		
5	15		
4	12		
3	9		
2	6		
1	3		
0	0		

Escala	Puntaje Bruto	Puntaje Transformado
Subescala de Satisfacción de Vida (LS)		
Subescala de Sentimientos de la calidad de vida (FPQ)		

Material:

G1. ¿Cómo evaluaría Usted su calidad de vida?
Por ejemplo su bienestar en general, Cómo se siente Usted sobre su vida en general?

G2. ¿Cómo evaluaría usted su salud? Incluir memoria y atención

G3. ¿Cómo evaluaría su memoria?

1. ¿Qué tan satisfecho está usted con su salud?

2. ¿Qué tan satisfecho está usted con su habilidad para el diario vivir, cuidarse usted mismo?

3. ¿Qué tan satisfecho está usted con su nivel de la energía?

4. ¿Qué tan satisfecho está usted con su entusiasmo para hacer cosas?

5. ¿Qué tan satisfecho está usted con la manera en que pasa el día generalmente?

6. ¿Qué tan satisfecho está usted con su nivel de la independencia?

7. ¿Qué tan satisfecho está usted con su modalidad personal para establecer relaciones personales? Por ejemplo, amigos/ familia

8. ¿Qué tan satisfecho está usted con su habilidad de hablar con otras personas?

9. ¿Hasta qué alcance o medida de acción usted puede moverse alrededor de este lugar?

10. ¿Hasta qué alcance o medida puede hacer usted todas las actividades que usted quiere hacer? Por ejemplo, trabajo, ocio, quehaceres

11. ¿Hasta qué alcance o medida es capaz de hacer usted cosas que disfruta?

12. ¿Hasta qué alcance o medida usted siente que Tenga la elección de hacer cosas que quiere hacer?

13. ¿En qué medida usted se siente útil?

14. ¿En qué medida usted se siente feliz?

Respuestas

A

No del todo	Pobre	Bueno	Muy bueno

B

No del todo Satisfecho	**Un poco Satisfecho**	**Satisfecho**	**Muy Satisfecho**	**Extremadamente Satisfecho**

C

Muy Pobre	Pobre	Aceptable	Bueno	Muy bueno

Referencias

Ben-Shlomo Y (1999). Health Outcome Measures. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry, 66*, 416-416. Brod M, Stewart AL, Sands L, Walton P. (1999). Conceptualisation and

Measurement of Quality of Life in Dementia: The Dementia Quality of Life Instrument (DQoL). *The Gerontologist, 39*, 25-35.

Clancy CM, Cooper JK. (1999). Outcomes and Effectiveness Research in Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 11,* 7-11.

Conrad P. (1990). Qualitative Research on Chronic Illness: A commentry on method and conceptual development. *Social Science and Medicine, 30,* 1257-1263.

Cotrell V, Schulz R. (1993).The perspective of the person with Alzheimer's disease: A neglected dimension of dementia research. *The Gerontologist, 33,* 205-211.

de Leval N (1999). Quality of life and depression: Symmetry concepts. *Quality of Life Research, 8,* 283-291.

Feinburg LF, Whitlatch CJ. (2001). Are persons with cognitive impairment able to state consistent choices? *The Gerontologist, 41*, 374-382.

Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR. (1998) Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technology Assessment Review, Vol2*, No 14.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. (1975). "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*, 189-198

Gill TM, Feinstein AR. (1994) A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. *Journal of the American Medical Association, 272*, 619-626

Guyatt GH, Velduyzen Van Zanten SJ, Feeny DH, Patrick DL. (1989) Measuring Quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. *Can Med Assoc J, 140*, 1441-1448

Kane RL. (1999).Which Outcomes Matter in Alzheimer Disease and Who Should Define Them? *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 11*, 12-17.

Kelly CA, Harvey RJ, Cayton H. (1997). Drug Treatments for Alzheimer's Disease.

British Medical Journal, 314, 693

Lawton MP. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In JE Birren, JE Ludden, JC Rowe, GE Deutschman (eds), *The concept amd measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press Inc.

Leplege A, Hunt S. (1997). The Problem of Quality of Life in Medicine. *Journal of the American Medical Association, 278*, 47-50.Schneider LS. Assessing Outcomes in Alzheimer Disease. (2001). *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 15*, S8- S18

McDowell I & Newell C (1996) *Measuring Health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York; Oxford United Press.

Mozley CG, Huxley P, Sutcliffe C, et al. (1999). 'Not Knowing Where I Am Doesn't Mean I Don't Know What I Like': Cognitive Impairment And Quality Of Life Responses In Elderly People. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14*, 776-783.

Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. (1998) What are quality of life measuresments measuring? *British Medical Journal, 316*, 542-545.

Russel C. (1996). Passion and heretics: Meaning in life and quality of life in persons with dementia. *Journal of the American Geriatric Society, 44 (11)*, 1400-1401 13

Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust (2002). Assessing health status and quality of life instruments: Attributes and review criteria. *Quality of Life Research, 11,* 193-205.

Stewart A, Sherbourne C & Brod M. (1996). Measuring health-related quality of life in older and demented populations. In B Spilker (ed), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials: Second edition* (pp. 819-829).Philadelphia: Lippincott-Raven

Stiles PG & McGarrahan JF (1998) The Geriatric Depression Scale: A comprehensive review. *J Clin Geriopsychoy, 4*, 98-110

The WHOQOL Group. (1995) The World Health Organisation Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organisation.*Social Science and Medicine, 41*, 1403-1409

The WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organisation WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine, 28,* 551-558.

Whitehouse PJ, Orgogozo J, Becker RE, et al. (1997). Quality-of-Life Assessment in Dementia Drug Development. *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 11*,56-60.

Glosario

Glosario

1. **Abordaje**: Conjunto de acciones que conllevan a la apertura del encuentro.

2. **Abordaje músicoterapeutico:** Conjunto de acciones de acercamiento a través de las cuatro herramientas básicas (sonido, voz, instrumentos y expresión corporal).

3. **Afasia:** Incapacidad para procesar el lenguaje hablado.
   Óptica. Incapacidad para nombrar objetos presentados ante la vista pero puede nombrar desde una descripción verbal y gesticular la utilización del objeto.

4. **Agnosia:** Incapacidad para recorrer objetos familiares en ausencia de deterioro sensorial.
   - Aperceptiva. Incapacidad para formar la percepción visual de un objeto.
   - Asociativa. Incapacidad para integrar la percepción del objeto con la función y uso de éste.
   - Semántica. Incapacidad para integrar la percepción del objeto con conocimiento de su significado y función.

5. **Apraxia:** Incapacidad para hacer movimientos voluntarios (en presencia de sensibilidad y tono muscular normales).

6. **Aprendizaje:** Hecho de que la experiencia produce cambios en el sistema nervioso que pueden ser duraderos y se manifiestan en el comportamiento de los organismos. La memoria, un fenómeno generalmente inferido a partir de esos cambios, da a nuestras vidas un sentido de continuidad.

7. **Atención:** Selección de las características del ambiente para el procesamiento perceptivo.
   a. automática: atención en acciones y conductas habituales sin conciencia de ello.

b. controlada: atención en situaciones nuevas, ocupando es necesario una toma de decisiones

c. focalizada: capacidad para procesar un estímulo e ignorar otros.

8. **Atesoramiento:** Capacidad de la etapa de la vejez de proyectar en objetos que acumula y acopia, sentimientos y recuerdos.

9. **Autotrascendencia:** El hombre siempre está orientado y ordenado a algo que no es él mismo; ya sea un sentido que ha de cumplir ya sea otro ser humano con el que se encuentra.

10. **Atravesamiento:** Figuras representativas de referencia paterna, fraterna o sustitutos de esas funciones que permanecen en nosotros y logramos desde la salud adjudicar significaciones particulares a los objetos, escenas y relaciones.

11. **Apelación:** Técnica que imprime cierta cantidad de exigencia amorosa con fines de movilización y logro de objetivos.

12. **Bienestar:** Capacidad en la lucha por la existencia, que garantiza que puede hacer frente a la vida.

13. **Calidad de vida**: Calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta, y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

14. **Calidad de vida objetiva**: Indicadores relacionados con la vivienda, accesibilidad (casa de planta alta, pisos sin/con ascensor), equipamientos (calefacción, teléfono, gas natural), y déficit estructurales (goteras, humedad y falta de iluminación).

15. **Calidad de vida subjetiva:** Valoración subjetiva del estado de salud, AVD y relativas al contexto.

16. **Condicionado:** Restringido, limitado en su margen de libertad.

17. **Condicionados somáticamente**: La condicionalidad del hombre lo condiciona más no lo constituye. Somático: a fenómeno irreductible. Los síntomas cursan con un órgano afectado.

18. **Deterioro:** Llamamos deterioro a una serie de síntomas clínicos que están marcados por ciertos déficits y que dan cuenta de que el cerebro ha entrado en un proceso patológico. Son estos mismos síntomas los que, incrementándose a través del tiempo-con este proceso patológico en evolución-transforman al deterioro en demencia.

19. **Deprivación Cognitiva**: Incapacidad para recibir, recordar, comprender, organizar y usar la información recogida por los sentidos.

20. **Derreflexión**: O intención paradójica, Técnica logoterapéutica para combatir el agarrotamiento como efecto de la hiperintención y la inhibición como efecto de la hiperreflexión. Un exceso de intención lleva al agarrotamiento, así como el exceso de autoobservación lleva a lleva a la inhibición.
    Se aplica a situaciones de falta de confianza en sí mismo, falta de espíritu de sacrificio y entrega.

21. **Doliente:** Sufrir significa tomar postura frente al dolor y equivale a estar por encima de él. Esta superioridad tiene relevancia existencial, se sobrepone.

22. **Encuentro:** a. Es una relación con un semejante en la que se reconoce a éste como ser humano.

    b. Relación de intimidad, respeto y confianza, facilita la comunicación, lleva la relación profesional a un plano de comunicación, sin perder de vista la necesaria definición de roles.

23. **Epoché:** reducción o *epokhé* es que no queda sino el «residuo fenomenológico». Husserl lanza un proceso nuevo que llama epoché (de la palabra griega para la abstinencia). Por ende, para descubrir pruebas que son claras, distintas, y racionales, debemos suspender las costumbres, las ideas, y presiones del mundo temporalmente y concentrar en los hechos de una situación con un conocimiento "Borrado" . Entonces epoché debe ser acompañada por una segunda estrategia: la reducción eidética, para tener el significado de los hechos o las ideas, entre paréntesis temporalmente y concentrarse en encontrar el significado que es único y propio de la persona individual.

    Mientras Frankl no usa la palabra, "epoché", sigue la propuesta de Husserl en afirmar la identidad, que se concentra en la naturaleza de serlo y en una búsqueda individual del significado. Frankl distingue la búsqueda del significado como la única y específica de cada persona.

24. **Escenario acústico-relacional**: Espacio específicamente músicoterapeutico donde se desarrolla el proceso de diagnóstico y tratamiento. En el escenario se determina el modo relacional y el enlace con el objeto acústico.

25. **Espacio de evocación:** Parte del escenario relacional en donde se promueve la reedición de escenas.

26. **Esquema corporal**: Es nuestro vivir carnal, el contacto con el mundo físico. Nuestras experiencias de la realidad dependen de nuestra de la integridad del organismo, o de sus lesiones transitorias o indelebles, neurológicas, musculares, óseas y sensaciones fisiológicas viscerales, circulares.

27. **Facilitadores:** Rol complementario al de conductor. Proveedor de elementos para que el otro pueda. Puente entre el Ser y el Deber Ser.

28. **Facticidad psicofísica**: Hechos que parecen limitar en forma drástica el margen de libertad del espíritu humano. Pero también puede en virtud de su libertad puede despegar de los hechos biológicos o neurológicos.

29. **Facultativo:** Contraposición de la facticidad. Voluntad que posee el hombre de ser libre.

30. **Fenomenología:** La palabra *fenomenología* deriva del griego N"4<`:,<@<,(lo que aparece). En Kant, "fenómeno" y "fenomenología" remiten a la realidad en tanto sensible, conocida y cognoscible: el fenómeno es co-constituido por el sujeto cognoscente y la cosa a conocer. Ésta, como "cosa en sí" (noúmeno), queda fuera de las posibilidades del conocimiento, que, por tanto, es íntegramente fenomenológico. fenomenología trascendental, es el método que permite describir el sentido de las cosas viviéndolas como fenómenos [noemáticos] de conciencia. Lo concibe como una tarea de clarificación para poder llegar «a las cosas mismas» partiendo de la propia subjetividad, en cuanto las cosas se experimentan primariamente como hechos de conciencia, cuya característica fundamental es la intencionalidad.

31. **Frustración existencial:** Sentimiento de falta de sentido de la propia existencia. Dicho de otra manera, Frustración de la voluntad de sentido.

32. **Frustración de la voluntad de sentido:** Frustración existencial. Refugio de la voluntad de placer. Permanece latente, hasta que se orienta el sentido del paciente- moviliza su voluntad de sentido.
33. **Hipocampo:** Cuerpo del lóbulo temporal del cerebro que implica la orientación espacial y la memoria.

34. **Homunculismo:** Pérdida de sentido en el ser humano. Imagen caricaturesca, movida por alambres.

35. **Identidad espiritual:** Es la necesidad afectiva (sentimientos), cognitiva (conciencia de sí mismos y del otro como persona) y activa (el ser humano tiene que "tomar decisiones" haciendo uso de su libertad y voluntad.

36. **Imagen del cuerpo:** Percepción subjetiva sobre el aspecto del propio cuerpo. "La imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emociales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de sensaciones erógenas

electivas, actuales o arcaicas o actuales. Gracias a nuestra imagen del cuerpo portada por- entrecruzada con- nuestro esquema corporal, podemos entrar en comunicación con el otro".

37. **Inconciente espiritual:** Consiste en la ausencia de la autoconciencia reflexiva, conserva activa la autocomprensión implícita, conciencia de sí mismo.

38. **Intencionalidad:** Intencionalidad del ser espiritual en el fondo de su esencia, se hace presente a sí mismo al estar presente en otros, al hacerse consciente de otros. Al revelarse la persona más allá de la corporeidad y la sensibilidad trasciende intencionalmente. Son valores objetivos. Intencionalidad es existencialidad.

39. **Intuición:** Toda intuición en que se da algo originariamente es un fundamento de derecho del conocimiento; que todo lo que se nos brinda originariamente (por decirlo así, en su realidad corpórea) en la intuición, hay que tomarlo simplemente como se da, pero también sólo dentro de los límites en que se da.

40. **Logoterapia**: terapéutica mediante el logos, mediante el sentido. Desde luego podría traducirse también como curación mediante el sentido, aún cuando ello implicaría un cierto acento religioso que no está necesariamente presente en la Logoterapia. En cualquier caso, Logoterapia es una psicoterapia centrada en el sentido

    Abordaje dinámico y comprehensivo de la realidad humana. Es la psicoterapia del sentido de la vida.

41. **Logo-actitud:** Una mayor comprensión del sentido que el síntoma u otra situación de crisis que se presenta como motivo de consulta para él y en el cual el lugar del diagnóstico dentro del panorama existencial donde los vacíos buscan llenar y donde todavía permanecen a pesar de todas las tentativas.

42. **Logodiagnóstico:** Proceso y actitud de apertura incondicional para el otro: Para descubrirlo, percibirlo en su peculiaridad y originalidad, reconocerlo

como él es y discriminarlo de lo que no es, para orientarlo rumbo a la realización de su deber ser.

43. **Memoria global:** La memoria engloba a las funciones cognitivas, tal que si estimulamos por ej. las funciones de atención o comprensión, a su vez participa la memoria, por ende no como funciones aisladas, sino integralmente.

44. **Mensaje fundacional:** Representación donde se constituye el valor del otro persona, a partir de la comunicación de las almas.

45. **Neurocognitiva/ción:** Mecanismos implicados en la función cognitiva. Los estudios sobre neurocognición son cada vez más útiles para describir e identificar el grado de pérdida o déficit de las capacidades cerebrales superiores.

46. **Neurotróficos:** Los factores neurotróficos, o neurotrofinas, son una familia de factores de crecimiento que mantienen y potencian la supervivencia de las neuronas.

47. **Noodinamismo:** Dinámica de lo espiritual. En el Campo de tensión donde se extiende el polo del objeto y el polo del sujeto como condición de su propia posibilidad, se funda un noodinamismo. Persecución de algo que trascienda a la existencia humana.

48. **Noodinamismo facultativo**: Dimensión de persona. Apertura al mundo de valores

49. **Noopsíquico:** En analogía con el paralelismo psicofísico, sólo cabe hablar de un antagonismo noopsíquico. Distancia de lo espiritual frente a lo psíquico, que funda el antagonismo psiconoético.

50. **Paradigma:** Procedimiento experimental particular que es descrito con detalle.

51. **Plasticidad Cerebral:** La memoria experimenta de forma marcada el efecto de la pérdida de plasticidad cerebral producida por el paso de los años, de forma que su involución puede hacerse notoria a partir de la tercera década de vida del hombre, de forma similar a lo que ocurre con otras funciones físicas corporales.

    Puede explorarse en la reprogramación de las redes neuronales, de manera que disminuyan los efectos provocados por diferentes deficiencias o daños neurológicos.

    La posibilidad de la plasticidad cerebral a partir de influencias ambientales es esencial para el desarrollo de estrategias terapéuticas para el tratamiento de diversos desórdenes cerebrales.

52. **Poder de resistencia del espíritu:** La libertad espiritual frente a la condicionalidad corporal y psíquica.

53. **Potencialidades:** El individuo deviene persona, debiendo asumirse como dato y tarea, y por lo tanto como "proceso". Debe ir pasando de las potencialidades de la persona a la madurez, en un camino que no consiste en ir conquistando su esencia sino en realizarla, actualizaría a través del tiempo en la medida de las disponibilidades. La autorrealización es maravillosa, pero lamentablemente no puede obtenerse mediante intención directa, simplemente tratando de alcanzarla, sino que es el efecto colateral del cumplimiento de un sentido. La autorrealización significa la realización de las propias potencialidades, pero imagínense cuáles pueden ser los resultados.

54. **Potenciales evocados:** Son las técnicas que registran las respuestas cerebrales provocadas por estímulos sensitivos (visuales, auditivos o táctiles eléctricos). Se denominan según el estímulo que produce la respuesta como Potenciales evocados visuales (PEV), Potenciales evocados auditivos (PEA) o Potenciales evocados somatosensoriales (PESS). Para registrar estas ondas hay que dar varios cientos de estímulos, y promediar la respuesta recibida, ya que su amplitud es muy baja.

    El estímulo visual (mirar un cuadrado o recibir un flash) va a producir una onda típica en el área cerebral occipital que recibe la información visual. Los

estímulos auditivos (tonos por un auricular) producen ondas que se registran con electrodos desde lejos del troncoencéfalo (cuero cabelludo, oreja, área de la mastoides).

55. ***Priming:*** El priming o facilitación en el procesamiento de un estímulo a consecuencia de la exposición previa de ese mismo estímulo o de otro con él relacionado puede ponderarse restando del porcentaje de ítems críticos completados, el porcentaje correspondiente a los ítems de control.

56. **Programa:** conjunto coherente de acciones encadenadas y construidas a partir de una evaluación de necesidades, buscando la creación o adaptación de actividades dirigidas al cumplimiento de los objetivos (realistas) trazados como fin del programa a implementar.

57. **Promoción:** Aspectos sanos en contraposición de prevención

58. **Psicodinámicos:** La mayoría de los esquemas psicodinámicos parten de la idea de un hombre que es "impulsado" en tanto sus conductas se explican como resultantes de un conflicto de fuerzas intrapsíquicas y los problemas se llevan solamente al plano psicológico, olvidándose que el hombre emerge más allá de si mismo en la dimensión humana.
59. **Psiconoético:** Posibilidad de ayudar a la persona a afrontar el deterioro como enfermedad psicofísica. Contraponiéndose a lo psicofísico, resistiendo y remitiendo al poder de resistencia del espíritu.

60. **Reducción eidética:** la realidad fenoménica, por una libre consideración de todas las posibilidades que la razón descubre en ella, pierde las características individuales y concretas y revela una esencia constante e invariable. La razón pone entre paréntesis todo lo que no es fenómeno y, del fenómeno, todo lo que no constituye su esencia y su sentido, su forma o su idea (*eidos*): intuición o reducción eidética. La ciencia de estas esencias, y su descripción, es la tarea fundamental de la fenomenología.

61. **Reducción fenomenológica:** consiste en «poner entre paréntesis», a modo de una suspensión de juicio (*epokhé*), lo que Husserl denomina la «actitud natural»: creencia en la realidad del mundo, cuestionamiento de si lo percibido es real, supuestos teóricos que lo justifican, afirmaciones de las ciencias de la naturaleza, etc. El resultado de esta reducción o *epokhé* es que no queda sino el «residuo fenomenológico», a saber, las vivencias o fenómenos de la conciencia, cuya estructura intencional presenta dos aspectos fundamentales: el contenido de conciencia, nóema, y el acto con que se expresa este contenido, nóesis.

62. **Reducción Trascendental:** resultado de la reducción fenomenológica no es sólo la aparición de «lo que se da a conocer a la conciencia» (los nóemas), sino también el que todo «es conciencia» (nóesis); esta unidad de nóema y nóesis configura la unidad de conciencia, o la subjetividad; esto es, el sujeto trascendental. De esta conciencia trascendental, surge el mundo conocido.

63. **Reminiscencia:** Salvarezza la define con mayor precisión diciendo que es: "una actividad mental organizada, compleja y que posee una finalidad instrumental importantísima: la de permitirle al sujeto reafirmar su autoestima cuando sus capacidades psicofísicas y relacionales comienzan a perder vitalidad".

    Haight (1988) descubrió que en los que participaron en un proceso estructurado de repaso de sus vidas la satisfacción de la vida mejoraba notablemente con respecto a la que tenían con anterioridad al examen y con la que tenían con posterioridad al examen, en un muestreo de gerontes confinados a sus hogares. Merriam y Cross (1981) encontraron resultados mixtos sobre la base de si se utilizó ***reminiscencia*** por placer o para sobrellevar un problema. Aquellos que enfatizaron en el uso de ***reminiscencia*** por placer obtuvieron niveles altos de satisfacción de la vida. Por el contrario, aquellos que utilizaron ***reminiscencia*** para sobrellevar un problema obtuvieron resultados más bajos de satisfacción de la vida.

64. **Remisión:** Disminución de la gravedad o desaparición temporal de los síntomas durante la evolución de una enfermedad

65. **Reserva cognitiva:** Habilidad del cerebro de tolerar mejor los efectos de la patología de la demencia puede ser resultado de una habilidad innata o de los efectos de experiencias vividas tales como educación u ocupación laboral.

66. **Retardo:** Rezago en la velocidad de memorización e incapacidad para nuevos aprendizajes y para la evocación de la información. En el deterioro cerebral es frecuente.

67. **Salutogénico:** destaca el matiz dinámico del proceso salud/enfermedad y pone de relieve las capacidades individuales del individuo para afrontar las experiencias de su entorno. Considera la salud como un valor positivo, a nivel individual y comunitario, y además que el sujeto disponga de actitudes positivas que orienten su conducta. Los procesos de salud/enfermedad, ocurren dentro de un marco social y ecológico y están ligados a estilos de vida, riesgos y retos ambientales, tipo de recursos disponibles y habilidades individuales, son determinados por sistemas donde interactúa el individuo.

68. **Sentido:** El sentido concreto, es una situación determinada. Es siempre requerimiento del momento y dirigido a una persona concreta y singular de esta. Compuesto por la triada: valores de actitud, creación y experiencia.

69. **Significado:** "el fracaso para encontrar un significado en la vida, el sentimiento de que uno no tiene ninguna razón para vivir, para luchar, para esperar... de que uno es incapaz para encontrar una meta o una directriz en la vida, el sentimiento de que, aunque los individuos se esfuercen mucho en su trabajo, en realidad no tienen ninguna aspiración".

70. **Significándolo**: refiérase de un significado convocante, que le permita asumir así una verdadera actitud ante tales acontecimientos

71. **Subjetividad/tiva:** Perteneciente o relativo al sujeto, considerado en oposición al mundo externo. Relativo a nuestro modo de pensar o de sentir, y no al objeto en sí mismo

72. **Suspensión:** La *epojé* (suspensión del juicio acerca del mundo tal como se da en una actitud positivista) fenomenológica invita a poner entre paréntesis todo el mundo objetivo para atender al ámbito de la conciencia, en que dicho mundo se da como vivencia de mi subjetividad. Para hacer posible la auténtica exención de supuestos, la fenomenología parte de la *epojé* fenomenológica. Este término griego significa originariamente "suspensión del juicio", "abstención".

73. **Transubjetividad:** "La persona tiene que captar y comprender el sentido de la situación, tiene que reconocerlo, percibirlo y comprobarlo, es decir que tiene que realizarlo. Por consiguiente, el sentido de las cosas es también, por ser relativo a la situación, único e irrepetible, y esta unicidad de "lo uno que hace falta" constituye su transubjetividad: hace que el sentido no sea dado por nosotros, sino que nos sea dado, aun cuando su percepción y su realización pueda depender mucho de la *subjetividad del conocimiento y de la conciencia del hombre.* La falibilidad del conocimiento y de la conciencia del hombre, no perjudica a la *transubjetividad del ser entendido por el conocimiento del hombre ni a la del deber ser captado por el conocimiento humano.* Quien esté convencido de esta transubjetividad estará también convencido de que solamente una conciencia equivocada puede defender cosas como el asesinato y el suicidio. Y esta convicción legitima al médico, en casos excepcionales, a imponer su propia concepción de los valores y del mundo basándose en *su propia* consciencia; pero aun entonces es consciente de la falibilidad de su propia consciencia y de la del paciente".

74. **Únitax múltiples:** El hombre es uno y múltiple, es un únitax, Tomás de Aquino citado por Frankl

75. **Vacío:** Vacío interior o nada, llamado por Frankl Vacío existencial.

76. **Valores:** Ciertas categorías universales típicas de sentido que caracterizan a la condición humana

77. **Valores de actitud:** Modo, disposición o actitud, con que el hombre enfrenta lo previsible. Están divididos en la tercer tríada –valores de actitud ante el sufrimiento, la culpa y la muerte

78. **Valores de creación**: Lo que el hombre brinda, aporta o pone en el mundo.

79. **Valores de experiencia:** Lo que el hombre toma del mundo, para su riqueza personal.

80. **Vínculo terapéutico:** Relación beneficiosa que tiende al efecto de aportar una modificación existencial. El factor decisivo es la relación humana entre terapeuta y paciente. Intento de provocar un cambio de actitud, una modificación personal respecto del síntoma.

Índice Analítico

1. Abordaje: 8, 23, 40, 45, 52, 81.
2. Abordaje músicoterapeutico: 131, 246.
3. Afasia: 10, 67/8, 75, 86, 118, 127, 139, 167, 184, 215, 223, 228, 231.
4. Agnosia:167, 184,
5. Apraxia: 184
6. Aprendizaje: 32, 55, 66-69, 76/7, 89, 90, 96, 118-120, 122, 129, 165, 178/9,194, 197-202, 205, 219, 220,222, 230.
7. Atención: 23, 36, 43, 59, 65, 67, 69, 71, 73, 74, 77, 81, 91, 115/6, 119,128/9, 132, 135, 150, 152, 156/7, 160, 161, 164/5, 168, 170, 172-175, 179-182, 184, 188, 194, 206, 208, 209, 223, 231, 234, 247.
8. Atesoramiento: 67
9. Autotrascendencia: 12, 24, 31, 37, 39, 43, 136, 142, 149.
10. Atravesamiento: 124
11. Apelación: 9
12. Bienestar: 31, 36, 39, 45,47, 52, 57, 139, 144/5,148, 190, 206, 229, 231, 233, 234, 241/2, 248.
13. Calidad de vida: 7, 11, 24, 47, 57, 60, 81, 89, 114, 119, 122, 128, 135, 139, 161, 209, 228, 234, 238, 244, 248.
14. Calidad de vida Objetiva: 233-234.
15. Calidad de vida Subjetiva: 228-233.
16. Condicionado: 23, 26, 56, 81, 128, 152, 240, 246
17. Condicionado somáticamente: 26/7
18. Deterioro: 5- 12, 21-24, 27/8, 30, 31, 36, 38/9, 46, 59, 61/2, 67/8, 70, 77, 79, 81/2, 87, 90/1, 93/4, 96/7, 110/1, 114/5, 117, 119, 120, 123, 125/6, 129, 132, 135/6, 138-140, 143, 145, 147/8, 150, 152, 155, 158/9, 161, 165/6, 171/2, 179, 182, 193, 195, 197/8, 205, 207-209, 213, 115, 217/8, 220, 222, 225, 228, 248.
19. Deprivación Cognitiva: 49, 122, 157, 168, 241.
20. Derreflexión: 9, 19, 24, 86, 136.
21. Doliente: 6, 12, 19, 30, 53, 82, 121, 128, 139, 141, 231, 234, 242.
22. Encuentro: 5, 7, 9, 11, 22, 24, 28, 30-32, 36- 38, 40-43, 55, 84, 86, 87, 89, 91, 97, 101-103, 121.

23. Epoché: 16, 18/9.
24. Escenario acústico-relacional: 124
25. Espacio de evocación: 136
26. Esquema corporal: 90-93, 97, 106. 114, 121.
27. Facilitadores: 33, 58.
28. Facticidad psicofísica: 8, 23, 34, 47/8, 128.
29. Facultativo: 8, 34, 47.
30. Fenomenología: 15-19, 41.
31. Frustración existencial: 21.
32. Frustración de la voluntad de sentido: 229.
33. Hipocampo: 79, 201, 211, 213, 219, 221/2.
34. Homunculismo: 34.
35. Identidad espiritual: 63.
36. Imagen del cuerpo: 118, 183.
37. Inconciente espiritual: 247
38. Intencionalidad: 17, 39, 43, 84, 104, 107, 120, 124, 215.
39. Intuición: 16.
40. Logoterapia: 5, 8, 9, 23/4, 26, 32, 34/5, 45, 47, 85, 87,110, 122, 163.
41. Logo-actitud: 26, 30.
42. Logodiagnóstico: 59, 128, 155, 157, 171.
43. Memoria global: 81, 205, 233.
44. Mensaje fundacional: 31.
45. Neurocognitiva: 63, 123, 147, 157, 159, 223.
46. Neurotróficos: 222.
47. Noodinamismo: 5
48. Noodinamismo facultativo: 8, 47.
49. Noopsíquico: 34.
50. Paradigma: 8, 41, 52, 229.
51. Plasticidad Cerebral: 46, 66, 69, 187, 193, 217/8, 220, 223
52. Poder de resistencia del espíritu: 56.
53. Potencialidades: 9, 12, 24, 33, 55, 57, 65, 116.
54. Potenciales evocados: 71.
55. *P*riming: 194, 198.

56. Programa: 6, 8, 10, 23/4, 26, 34, 37-39, 45, 52, 65, 67, 68, 73-75, 79, 80/1, 87, 93, 96, 99, 101, 107, 111, 114, 120, 123, 147, 150, 154-5, 157, 159-161, 163-167, 171, 179/0, 183/4, 186/7, 190, 204, 206, 224.
57. Promoción: 9, 35, 46, 47, 50-52, 54, 55, 57/8, 61, 63, 91, 96, 111, 114, 123, 129, 136, 155, 162, 233, 239, 246.
58. Psicodinámico: 92.
59. Psiconoético: 34, 47.
60. Reducción eidética: 20.
61. Reducción fenomenológica: 16, 18/9.
62. Reducción Trascendental: 70.
63. Reminiscencia: 9, 28, 31, 38, 59, 63, 71, 81, 84/5, 87, 119, 125, 130, 133, 137, 143/4, 145-149, 150-153, 182, 189, 201, 205, 223, 234,
64. Remisión: 62,110, 151, 155, 159, 161, 164, 182, 187, 229, 231, 233.
65. Reserva cognitiva: 110, 151, 155, 159, 161, 164, 182, 187, 229, 231, 233.
66. Retardo: 6, 7, 9, 10, 114, 180, 184.
67. Salutogénico: 87, 234.
68. Sentido: 5, 11, 15, 17, 19, 21, 22-24,26/7, 30-35, 38/9, 42, 45, 47-50, 52-54, 56, 58, 63,69, 80, 84-86, 88/9, 93, 96, 102, 104, 106/7, 110/1, 121, 128, 138, 140-142, 147, 152, 159, 164, 205, 209, 216-218, 221, 226, 228-231, 234-236, 238/9, 241, 243, 246/7.
69. Significado: 5, 11, 15-20, 28, 48, 60, 63, 80, 101/2, 104, 107, 110, 140/1, 150, 153, 159, 166, 168, 176, 207, 231.
70. Significándolo: 6.
71. Subjetividad/tiva: 80, 139, 199, 228, 230-233, 241, 248.
72. Suspensión: 84.
73. Transubjetividad: 6.
74. Unitax múltiples: 5.
75. Vacío: 21/2, 27/8, 32, 35, 49, 59, 62, 63, 84, 87-89, 95, 142, 184, 186/7, 230, 247/8.
76. Valores: 17/8, 22, 26, 34, 36, 41, 50/1, 144, 232, 235-336, 239-42, 244.
77. Valores de actitud: 24, 33, 141/2, 228.
78. Valores de creación: 238.
79. Valores de experiencia: 208.
80. Vínculo terapéutico: 64, 79, 162, 168.

Bibliografía

❖ Blair Gould, William, (1993), *"Frankl. Life with meaning"*, Books/Cole, Publishing Company Pacific Grave, California.

❖ Betta, Juan, (1981), *"Manual de Psiquiatría"* Bs. As., Centro editor Argentino.

❖ Bernat E., y cols.,(2001), *"Subliminal visual oddball stimuly evoked a P300 component"*, EUA, Clinical Neurophysiology.

❖ Buela, G; Fernández, L. y Carrasco, T. (1997), *"Psicología Preventiva"*, Madrid, Edit. Pirámide.

❖ Caplan, G., (1985),*"Principios de Psiquiatría Preventiva"*, Barcelona, Paidós.

❖ Cook, Emily A., , *(1998), "Effects of* reminiscence on life satisfaction of elderly female nursing home residents", *USA,* Health Care for Women International, Vol. 19.

❖ Chiapa K., (1997),*"Evoked potentials in Clinical Medicine"*, 3° edición. Lippincott- Raven.

❖ Doltó, Francoise,(1995), "La imagen inconsciente del cuerpo", México, Edit. Paidós.

❖ Frankl,Viktor Emil.,(1987),*"El hombre en busca de sentido"*,Barcelona, Edit Herder.

❖ Frankl,Viktor Emil, (1980),*"Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia"* , Barcelona, Edit. Herder.

❖ Frankl,Viktor Emil, (1990),*"El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia"*, Barcelona, Edit. Herder S.A.

❖ Frankl,Viktor Emil,(1991), *"La psicoterapia y la dignidad de la existencia"*, Bs.As, Edit. Almagesto.

❖ Frankl,Viktor Emil, (1986),*"La psicoterapia y la práctica médica"*, Munich, Colección Noesis. Edición R. Piper GmbH & Co. KG.

❖ Frankl,Viktor Emil, (2000),*"Fundamentos y Aplicaciones de la Logoterapia"*, Buenos Aires, Editorial San Pablo, Colección Noesis nº 15.

❖ Frankl,Viktor Emil, (1992), *"Teoría y terapia de las Neurosis"*, Barcelona, Edit. Herder.

❖ Frankl,Viktor Emil, (1979), *"La idea Psicológica de Hombre"*, Madrid, Edic. RIALP,S.A.

❖ Gallardo, Rubén, (2002), *"Introducción a la Músicoterapia Clínica"*, Bs. As., Estudio de músicoterapia clínica.

❖ García Pintos, Claudio Cesar, (1993), *"El círculo de la vejez : Sobre la psicología normal de la persona que envejece"*, Bs. As., Edit. Almagesto, Fundación Ross Rosario.

❖ García Pintos, Claudio Cesar, (1992), *"El atardecer de la existencia. Ayuda para que el viejo pueda vivir feliz"*, Brasil, Editora Santuario.

❖ García Pintos, Claudio Cesar,(1998), *"Víctor E. Frankl. La humanidad posible"*, Bs.As., Edit. Almagesto.

❖ Gennette, Gerard, (1999), *"Fronteras del relato"* Figures IV, París, Edit. Du Seuil.

❖ Goffman, Erving,(1973), *"Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales"*, Bs.As., Edit. Amorrortu.

❖ Goffman, Erving, (2000), *"Estigma. La identidad deteriorada"*, Bs. As., Edit. Amorrortu, Año 1986 HALES, Robert. DSM-IV, *"Tratado de Psiquiatría"*, Barcelona, Edit. Masson 3era Edic.

❖ Greimas, A.J, (1976), *"Semántica estructural, investigación metodológica"*, Madrid, Edit. Gredos.

❖ Hammer, Emanuel, (1995), *"Test Proyectivos gráficos"*, México, Edit. Paidós.

❖ Haworth, Mary, (1966), *"Las técnicas proyectivas"*, Bs. As., Edit. Paidós

❖ Jarquín, Miguel; 2003), *"La comunicación revelación de una existencia"*, *Salamanca,* Colecc. Persona.

❖ Jessell, Thomas y otros, (2000), *"Neurociencia y conducta"*, Prentice Hall, Bs. As.

❖ Junquë, C., Barroso J., (1994), "El lóbulo frontal y sus disfunciones". En Junqué C. , Barroso J.. Neuropsicología, Edit Síntesis.

❖ Kiehl, K. y Cols., (2000), *"Error proccesing and rostral anterior cingulate: an event-related fMRI study"*, Psychophysiology N°37

❖ *Kolb B., Whisha I. Q., (1996), "Fundamentos de neuropsicología humana", Barcelona, Edit. Labor.*

❖ Lukas, Elizabeth, (1995), *"Psicoterapia en dignidad"*, Bs. As., Edit. San Pablo.

❖ Mainetti, José Alberto,(2000), *"Compendio Bioético"*, La Plata, Edit. Quirón.

❖ Mainetti José Alberto, (1990), *"Homo Infirmus"*, Bs. As., Edit. Inst. Humanidades médicas, Edic. Quirón.

Manual Moderno

❖ Manes, Facundo, (2005), *"Convivir con personas con enfermedad de Alzheimer u otras Demencias"*, Bs.As., Edic. Facundo Manes.

❖ Mesulam, E M.,(2000), *"Principles of Behavioral and Cognitive Neurology,* 2° Edition Oxford University Press.

❖ Müller Marina, (1990), *"Aprender para Ser"*, Bs. As. , Edit Bonum.

❖ Ninomiya, G. Jesús, (1998), *"Fisiología Humana: Neurofisiología"*, México, Edit.

❖ Pardo Sáenz, José María, (2004), *"Bioética práctica, al alcance de todos"*, Madrid, Edic. Rialp.

❖ Pichot, Pierre, (1999), DSM-lV, *"Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales"*, Barcelona, Edit. Masson.

❖ Pinazo Hernandis, Sacramento y Sanchez Martinez,Mariano, (2005:188), *"Gerontología. Actualización, innovación y propuestas"*, Madrid, Perason Prentice Hall

❖ Prohaska, Leopold.*(1981), "Pedagogía de encuentro"*, Madrid, Edit. Herder.

❖ Suarez Ojeda, E. N. y Mellillo, A., (2002), *"Resiliencia; descubriendo las propias fortalezas"*, Bs.As., Edit Paidós.

❖ Tomás de Aquino, Santo, (1997), *"Cuestiones disputadas sobre el mal"*, Pamplona, Eunsa.

❖ Romanella, Arturo y otros,(1998) *"La memoria"*, Edit. Anaké.

❖ Vallejo Ruidoba, J. , (1991), *"Introducción a la psicopatología y psiquiatría"Bs.As.*, Salvat Editores.

❖ Vanistendael, Stefan,(1996), *"Cómo crecer superando los percances". Resiliencia: capitalizar las fuerzas del individuo*". Colección Cuadernos del BICE-Oficina Internacional Católica de la Infancia, Ginebra.

❖ YalomA Irvin, (1984), *"Psicoterapia existencial"*, Barcelona, Edit. Herder.

Materiales de cursos

o Altman J, Das GD. J, (1965), "Autoradiographic and histological evidence of postnatal hippocampal neurogenesis in rats", Comp Neurol. Curso de Multiestimulación Interdisciplinaria, cognitivo-conductual, Equipo memoria, 2006.

o Barthes, R., (1974), *"Investigaciones retóricas I. La antigua retórica. Comunicaciones"*, Bs.As. Curso/seminario: "La hermenéutica literaria", UCA, 2003.

o Bechara A. y cols.(1995), *"Double dissociation of conditioning and declarative knowledge relative to the amygdala and hipocampus in humans"*, Science. Curso de Multiestimulación Interdisciplinaria, cognitivo-conductual, Equipo memoria, 2006.

o Djartonsky, Juana, (2002) *"Cambios moleculares producidos por la palabra psicoterapéutica en el Sistema Nervioso Central"* (Apuntes de cátedra de especialización en Psicogerontología. Univ. Maimónides)

o Eco, Humberto, (1932), *"Tratado de semiótica General"* Edit. Lumen. Curso/seminario: "La hermenéutica literaria", UCA,2003.

o Fuster, J. M., (1989), *"The, Prefrontal Cortex : Anatomy, Physiology, and Neuropsychology of the Frontal Lobe",New York, 2ª ed.. Raven Press.* Curso de geronto-neuropsiquiatría, Univ Favaloro, 2006.

o García Berrio, A., (1994), *"Teoría de la literatura. La construcción del significado poético"* Madrid, Edic. Cátedra. Curso/seminario: "La hermenéutica literaria", UCA, 2003.

o García Pintos, Claudio, (2005), fichas Nº 2, 4,5,6 y 7, *"Curso Introductorio a la Logoterapia*", Bs.As. , UCA.

- Herrera, Julio, (2002), *"Depresión y enfermedad de Alzheimer"* (Apuntes de cátedra de especialización en Psicogerontología. Univ. Maimónides)
- James S. Simkin, in Charlotte Buhler, (1992), *"Values in Psychotherapy"*, New York, Free Press of Glencoe.
- Lozano, Jorge y Peña Cristina, (1999), *"Hacia una semiótica de la interacción textual"*, Madrid, Edic. Cátedra. Curso/seminario: "La hermenéutica literaria", UCA, 2003.
- Miguez, Hugo A., (2002), *"Estrategias de Epidemiología Comunitaria Centros de estudios locales (CEL) y Ventanas Epidemiológicas"*; Bs.As., Programa de Epidemiología Psiquiátrica Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.
- Miguez, Hugo A.(2001), *"Programa de epidemiología psiquiátrica"*, CONICET, Córdoba, Trabajo presentado en el 3° Congreso Internacional sobre Adicciones de Programa Cambio en Córdoba.
- Ricoeur, Paul, (1984), *"Introducción a la simbólica del mal"*, México, Edic. Magapolis. Curso/seminario: "La hermenéutica literaria", UCA, 2003.
- Rudolf Allers,(1962), *"The Meaning of Heidegger"*, The New Scholasticism
- Rudolf Allers, (1961), *"Ontoanalysis: A New Trend in Psychiatry"*, Proceedings of the American Catholic Philosophical Association.
- Van Dijk, Teun "Estructuras y funciones del discurso", México, Edic. Siglo XXI 1998. Curso/seminario: "La hermenéutica literaria", UCA, 2003.

Artículos consultados :

- Abraham H. Maslow,(1965), *"Eupsychian Management: A Journal"*, R. Irwin, Illinois. Homewood.
- Abraham H. Maslow,(1962), *"Lessons from the Peak-Experiences"*, Journal of Humanistic Psychology.
- Andrés, Haydée, Psiquiatría, *(1993), "Deterioro, depresión y demencia", Bs.As., Psicogeriatría, Rev. de Geriatría Práctica*

- *Alonso Prieto, Esther y otros, (2003), "Alteraciones específicas de la atención en estadios tempranos de la Enfermedad de Parkinson" Rev. Neurol Vol. 36 Nº. 11.*
- Antonovsky, A. (1998). "*The structural sources of salutogenic strengths*". Rev. Electrónica de Psicología Vol. 2, No. 1.
- Baddeley, A. D., (1986), "*Working memory*", Oxford, Clarendon Press.
- De Barbieri Sabatino, A., (2002), "*La primera técnica de la logoterapia: El encuentro*", México, Rev. Mexic. de logot. N°7.
- Becker, J.T y Overman, A.A, (2002), "*El déficit de la memoria semántica en la enfermedad de alzheimer*", EUA, Rev. de Neurología.
- Benedit, Mj,(2003), "*Alteraciones de la comunicación verbal y alteraciones del lenguaje en las demencias corticales. Estado actual de la invetigación*", Madrid, Revista de Neurología.
- Daichman, Susana, (1999), "*Maltrato Institucional y vejez*", Bs.As., Rev. De geriatría y gerontología
- Dunque, J. E., (2003), "*Relaciones Neurobiológicas y envejecimiento*", Colombia, Revista de Neurología.
- *Fuster J. M., (1989), "The, Prefrontal Cortex : Anatomy, Physiology, and Neuropsychology of the Frontal Lobe",New York, 2ª ed.. Raven Press*
- *Gustafson, L y Passant, U,(2002), "Demencia Frontotemporal. Diagnóstico y tratamiento", Madrid, Revista de Psicogeriatría. Lud. Suecia*
- *Junquë C.y Barroso J, (1994)," El lóbulo frontal y sus disfunciones". En Junque*
- *Barroso J.. Neuropsicología, Edit Síntesis.*
- Bauduco, Guillermo y otros, (2002), "*Las Memorias*", Bs.As., Rev. de Psiquiatría, Nº 46, VERTEX
- Boto, Ángela, (2003), "*Neurología. «Fotos» cerebrales detectan el Alzheimer a los 20 años*", Madrid, Suplemento el Mundo.
- Butman, J; Allegri, R.F. y Otros, (2001), "*El Mini Mental State Examination, en español. Normas para Bs. As*", Bs.As., Rev de Neurología.
- Blum, R. (1998). "*Health Youth Development as a Model for Youth Health Promotion*", en Journal of Adolescent Health.
- Hogstel, Mildred O.,(2001), "*Gerontology : Nursing Care of the Older Adult*", Delmar Learning, California.

➢ Gustafson, L. y Passant, U., (2002), *"Demencia frontotemporal. Diagnóstico y tratamiento", Madrid, Departamento de Psicogeriatría.* Hospital Universitario. Lund. Suecia Rev. De Psicogeriatría Vol. 2. N.° 1, ARÁN Edic.

➢ Kane JM, Woerner M, Lieberman J. (1988: 52)"Tardive dyskinesia: prevalence, incidence, and risk factors". JClin Psychopharmacol. En Rev. Chilena de Neuropsiquiatría, AÑO 57, VOL 41, No 2, ABRIL-JUNIO 2003, www.sonepsyn.cl

➢ *Kolb B. y Whisha, I. Q., (1986), "Fundamentos de neuropsicología humana",* Barcelona, Edit. Labor.

➢ *Lezak M., (1989), "Assessment of psychosocial dysfunctions resulting head trauma." En Lezak M. Assessment of behavioral consequences of head trauma Alan R. Liss. Inc. New York*

➢ *Lezk M., (1982), "The problem of assessing executive functions", Inter. Journal Psychol.*

➢ *Manes, Facundo,(2005), "Funciones ejecutivas y trastornos del lóbulo frontal", Bs.As., Rev. de Psicología N°2 UCA*

➢ Mainetti, José Alberto, (2003), *"Bioética. Autobiografía intelectual".* Rev. Vida y Ética. Rev. UCA, Bs. As.

➢ Mateer A. ,Williams D., (1991), *"Effects of frontal lobe injury in childhood",* Developmental Neuropsychology

➢ Mendez, Marta L., (1992), *"Envejecimiento y Vejez", Cap. "Factores de riesgo en el envejecimiento y en la vejez"*, Bs. As., Revista de Psicogerontología,

➢ Milner B., (1992), *"Some cognitive effects of frontal lobe lesion in man"*, Philosophical transactions of the Royal Society of London.

➢ Montgomeryg, K., (1995), *"A multi factor account of dissability after brain injury. Brain Injury"*, N° 9

➢ Ortega y Gasset, José, (1957), *"Pidiendo un Goethe desde dentro. Carta a un alemán",* Tomo IV. 4ª ed., Madrid, Revista de Occidente.

➢ Rebolat, R. y Carrasco, M.C., (1998), *"¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de alteraciones del envejecimiento?"* Servicio de Publicaciones. Universidad de Murcia, vol 14, n° 1, Murcia (España).

➢ Restrepo, John, (2000), *"Diseño–Sociedad–Naturaleza: Hacia un Desarrollo Sostenible en Latinoamérica"*, Revista THEOMAI, Trabajo presentado al XXII International Congress of the Latin American Studies Association, Miami, Florida. March 16-18, 2000.

➢ Stephenson, Raquel, (2005),"Promoting Self--Expression Through Art Therapy", Journal of Advanced Nursing, Academic Search Premier.

➢ Strejilich, S., (2001), *"¿Quién se va a ocupar de su cabeza? en: tercera edad. Querer y Poder"*, Bs. As., Rev. Encrucijadas UBA.

➢ Tarraga, y Boada, (1998), *"El tratamiento longitudinal de la enfermedad de alzheimer"*, Soc. Española de Neurología, Rev. de neurología.

➢ Tirapu, J. Y Muñoz-Céspedes, J.M.,(2005), *"Memoria y funciones ejecutivas"*, Madrid, Rev. de Neurología.

➢ *The Piggle*, (1978), *"The Hogarth Press"*, Londres, En Pelento, Lucila, (1985),*"Teoría de los objetos y proceso de curación en el pensamiento de Donald Winnicott"*, Revista "Psicoanálisis: ayer y hoy", Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, Bs. As.

➢ Trigg, Richard, (2006), *"Bath Assessment of Subjective Quality of life in Dementia"*, London, University of Bath, University of Trent of Nottingham.

➢ Zegers, Otto Dörr, (2002:300) *"El papel de la psiquiatría en la terapéutica psiquiátrica"*, Chile, Rev. Chilena de Neuro-Psiquiatría.

➢ Zegers, Otto Dörr, (2002), *"Ética y Psiquiatría"* Chile, Edic. Revista colombiana en Psiquiatría Vol. XXXI, N° 1.

Otros Documentos Consultados

➢ Atkinson RC, Shiffrin RM, (1968),*"Human memory: a proposed system and its control processes"*, en: Spence KW (comp.), The Psychology of Learning and Motivation, New York, Academic Press.

➢ Boccardi M, Frisoni GB.,(2006:166-72), "Cognitive rehabilitation for severe dementia: critical observations for better use of existing knowledge", Mech Ageing Dev. Review. PubMed - indexed for MEDLINE.

➢ Domec, Emil, (2005), *"Asegurar la mente activa para una buena vejez"*, Memorias del Congreso de Geriatría y Gerontología, Río de Janeiro.

➢ *Ferri,Cleusa, Prince, Martin y otros, (*2005; 366), Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study, University of Cambridge, Cambridge, referencia @uca.edu.ar

➢ Ferri, C. (Jun2006), *"Survey on Alzheimer's Disease Prevalence Predicts Doubling in Patient Population in 20 Years"*, Journal of Hospice & Palliative Nursing. Vol. 8 Issue 3 referencia @uca.edu.ar

➢ Pittiglio L. (2000), *"Use of reminiscence therapy in patients with Alzheimer's disease"*, Lippincotts Case Manag. Review. PubMed - indexed for MEDLINE.

➢ Riello R, Frisoni GB. (2001:317-21), *"Music therapy in Alzheimer's disease: is an evidence-based approach possible?"* Review. Italian. PubMed - indexed for MEDLINE.

➢ Spector A, Orrell M, Davies S, Woods RT., (2000), *"Reminiscence therapy for dementia"*, PubMed - indexed for MEDLINE.

➢ Stephenson, Raquel, (2005),"Promoting Self--Expression Through Art Therapy", Journal of Advanced Nursing, Academic Search Premier.

➢ Merriam, Sharan, (1999), *"The uses of reminiscence in older aduthood"* Universidad de Georgia Material de Referencia@uca.edu.ar

➢ Morón Bernabeu, (2000:20), "Música, terapia y comunicación". Revista de músicoterapia, Cuadra Quinta.

➢ Zarebski y otros., (2002), *"El cuerpo en la vejez: una mirada Psicogerontológica"*, (material de la carrera de postgrado de Especialización en Psicogerontología)

Base de Datos consultada

- PubMed - indexed for MEDLINE
- Medical Books-Free books4Doctors

ACCESO A BASES DE EBSCO

Bases Principales

- ***Academic Search Premier***
- ***Business Source Premier***