

La intervención psicológica en las demencias.

Pérez, Robert, Berriel, Fernando y Charamelo, Ana.

Cita:

Pérez, Robert, Berriel, Fernando y Charamelo, Ana (2005). *La intervención psicológica en las demencias. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-051/17>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewYf/wzu>

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LAS DEMENCIAS

Pérez, Robert; Berriel, Fernando; Charamelo, Ana
Universidad de la República: Facultad de Psicología, Comisión Sectorial de Investigación Científica

Resumen

La presente comunicación surge de la investigación "Factores afectivos, cognitivos, funcionales y psicosociales en la Enfermedad de Alzheimer", que se desarrolla en la Facultad de Psicología y la de Medicina, de la Universidad de la República, Uruguay. Se trata de un estudio psicológico, de diseño cuasi - experimental, con un grupo de intervención y un grupo de control. En el grupo de intervención, durante 16 meses se aplica un tratamiento psicoterapéutico al paciente, su cuidador y la familia. Se realiza una evaluación de los sujetos de ambos grupos al inicio, a los 8 y a los 16 meses. En virtud de ser una investigación en curso, el presente artículo se centra en los fundamentos teórico técnicos y preguntas de la investigación, a la vez que presenta el diseño de la misma y los resultados esperados. Se discuten los diferentes modelos de abordaje de estas patologías, diferenciando el modelo biomédico del multidimensional, en el que se fundamenta la presente investigación, así como la intervención psicológica en este campo, en cuatro ámbitos: a) Psicoterapia psicodinámica individual; b) Programa de desarrollo de los procesos creativos y rehabilitación cognitiva; c) psicoeducación y apoyo psicoterapéutico grupal con los cuidadores; d) Intervención psicoterapéutica familiar.

Palabras Clave

Alzheimer, Demencia, Intervención Psicológica,

Abstract

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN DEMENTIAS

This is a report from the research project "Affective, cognitive, functional and psychosocial factors on Alzheimer's Disease", which is actually developing in the Faculty of Psychology and the Faculty of Medicine, Universidad de la República, Uruguay. It is a psychological approach following a quasi-experimental design, taking a sample of patients, which has assisted to the intervention program against a control sample. The intervention lasts during 16 months applying a psychotherapeutic treatment to the patient, her/his caregiver and her/his family. An evaluation is made to both samples at the beginning of the recruitment, eight months later and up to the 16th intervention session. Given that it is an ongoing research the present communication will be centered on the theoretical foundations of it as well as the formulated hypothesis as well as the design and expected results. Different approach models for these kind of diseases are discussed, establishing a difference between the traditional biomedical treatment and the multidimensional program which stands as the basis of the present project together with the psychotherapeutic intervention. Four domains are attended in the sample: An individual psychodynamic psychotherapy; A structured program to develop creative processes and cognitive rehabilitation; Group psychotherapy for the caregivers; Family psychotherapy.

Key words

Alzheimer, Dementia, Psychological intervention

INTRODUCCIÓN

La presente comunicación surge a partir de la investigación "Factores afectivos, cognitivos, funcionales y psicosociales en la Enfermedad de Alzheimer", que se desarrolla en la Universidad de la República, Uruguay. En virtud de ser una investigación en curso, el presente artículo se centrará en los fundamentos teórico técnicos y preguntas de la investigación, a la vez que presenta el diseño de la misma y los resultados esperados.

Asistimos la última década, a un gran desarrollo de la investigación científica en el área de las neurociencias y genética. Estos conocimientos, aplicados al campo de las demencias, permiten actualmente conocer con mucha precisión, el curso de los procesos biológicos en la EA. Sin embargo, cuanto más se conoce del cerebro humano, más evidente se hacen los límites de nuestros saberes (11) pues, a pesar de la enorme inversión de recursos en este campo, muy poco se ha avanzado aún en cuanto a la etiología de la enfermedad o sobre cómo detener su avance (18, 24). Esta perspectiva biológica de la EA, si bien ha permitido avanzar mucho en el conocimiento neurobiológico de estas patologías, al plantearse como modelo hegemónico de concebir la enfermedad, ha oficiado como obstáculo que invisibiliza y desestima otros procesos que intervienen en la instalación y desarrollo de la misma (18).

La perspectiva biomédica dominante, concibe la EA como una enfermedad exclusivamente bioquímica, fisiológica y genética del Sistema Nervioso Central (SNC), que extiende sus efectos al entorno. Una patología biológica que desarrolla un individuo encapsulado en sí mismo y desde allí va deteriorando su vida anímica y de relación. En función de esto, cuando se ha incluido a otras personas en su estudio ha sido con el objetivo pragmático de resolver el problema social que formulan los sujetos que padecen esta enfermedad (4). Dentro de este modelo positivista (14), la investigación se ha centrado mayoritariamente en detener el avance "biológico". No se puede dejar de tener en cuenta que estos discursos, producen realidad, quedando el "saber" de la EA capturado dentro del ámbito médico neurológico y la intervención reducida a tratamientos farmacológicos apoyados, en el mejor de los casos, por medidas funcionales de entorno.

Sin embargo, en la actualidad, y sin desconocer el peso de lo biológico en la demencias, concebirlas simplemente desde esta dimensión es un reduccionismo, una perspectiva esencialista, muy difícil de comprender, fuera de las relaciones de poder y dominación imperantes en el ámbito científico internacional. No podemos dejar de señalar que este modelo de ciencia - y por lo tanto, su concepción de ser humano - resulta funcional a la principal fuente de financiación de estas investigaciones: la industria farmacéutica.

Este modelo biomédico, en la medida que pretende constituirse como único, como verdad absoluta, comete varios errores teóricos y epistemológicos. Señalaremos aquí tres de ellos:

a) La no diferenciación entre procesos biológicos y procesos psicosociales, asignando los mismos patrones biológicos a ambos. Numerosos estudios longitudinales (6, 13, 16) han demostrado que los procesos psicológicos y sociales no siguen el mismo patrón de envejecimiento que los biológicos. Mientras que en estos últimos el modelo es de desarrollo seguido de paulatino e irreversible declive hasta la muerte, los procesos sociales y psicológicos luego de un gran desarrollo inicial,

pueden mantener a lo largo de toda la vida una estabilidad o incluso de un crecimiento, de acuerdo a diversos factores culturales, sociales, económicos, etc. que hacen a la variabilidad individual (20).

b) La asimilación del cuerpo al organismo. Varios estudios (2, 3, 17) han puesto de manifiesto que, en tanto el organismo remite al sustrato biológico, el cuerpo refiere a la representación mental, a la significación y producciones de sentido, a la historia de cada persona, a los afectos y su sexualidad.

c) La indiferenciación entre SNC y psiquismo. Al igual que el error anterior, aquí se pretende explicar el psiquismo y las producciones subjetivas de significados y sentidos (categorías psicossociales) desde el estudio y lógicas de su sustrato neurobiológico.

Basados en estas tres distinciones y congruente con recientes investigaciones de diversos campos, tales como las neurociencias (5, 11, 12, 17), la psicología (7, 8, 9, 15, 24) y nuestra propia investigación y experiencia clínica (2, 4, 10, 19, 21), es que concebimos las demencias degenerativas de tipo Alzheimer como una patología multicausal y multidimensional que impregna los procesos biológicos, psicológicos y sociales, donde el curso de la enfermedad dependerá mayoritariamente de cómo se conjuguen estos procesos entre sí (18). Desde el punto de vista psicológico, la EA se presenta como una desorganización de orden cognitivo y psicoafectivo, que hace que paulatinamente se vayan perdiendo las funciones cognitivas y las estrategias adaptativas del proceso secundario (19). Esta concepción confluye con recientes estudios que han comenzado a cuestionar la incidencia de factores psicológicos y sociales en la instalación y evolución de la enfermedad, manifestando la necesidad de abordar el problema en forma interdisciplinaria (1, 9, 10, 18, 22, 23, 24).

Especificación de las Preguntas que Busca Responder el Proyecto

En la actualidad existe un consenso bastante generalizado en que el tratamiento integral de la EA cuenta básicamente con dos componentes: uno farmacológico y otro no farmacológico o terapias blandas (10, 18, 23, 24). Respecto a los tratamientos farmacológicos, existe un consenso en los fármacos a emplear. Sin embargo, estos tratamientos siguen siendo sintomáticos, pero no etiológicos ni curativos (24). Sus mejores resultados son en los síntomas Psicológicos y conductuales asociados a la demencia (neurolépticos, antidepresivos, etc.).

En relación a los tratamientos no farmacológicos, si bien existe en el ámbito científico un consenso respecto a su utilización conjunta con el tratamiento farmacológico, no hay aún una unificación de criterios respecto al tipo de terapia a emplear. Este hecho - que tiene sus causas en lo relativamente reciente de este tipo de abordaje y a que la investigación en este sentido no ha interesado a los grandes centros de financiación - es de esperar que comience a revertirse en los próximos años. El primer consenso sobre "Terapias No Farmacológicas para Demencias Tipo Alzheimer" que se realizará este año en Madrid para establecer estándares internacionales, es un primer paso en ese sentido.

Por nuestra parte consideramos que un abordaje integral de la EA debería articular investigación e intervención, incluyendo al menos tres líneas de acción: una bio-médica; una antropológico-social con énfasis en estudios transculturales; y una psicológica atendiendo a la producción de subjetividad como proceso de construcción colectiva (4).

La presente investigación pretende abordar a la EA concibiéndola, al igual que todo proceso mórbido, como un fenómeno multidimensional. Partimos de considerar a la vida psíquica como una producción compleja que se vuelve inabordable si no se incluye, dentro de las condiciones de existencia de los sujetos, a la organización social predominante, la historia grupal e individual y la vida familiar. Consecuentemente con esto, lo psíquico, además de sus propios componentes inconscientes,

remite a las dimensiones institucionales que lo producen (4). Desde este punto de vista, la enfermedad se construirá e impactará en diferentes dimensiones de los sujetos: en la biológica, el impacto mayor de la patología será en el SNC de una persona, donde existe un déficit orgánico a nivel de las áreas terciarias y cuaternarias del cerebro. Este déficit progresivo afecta las estructuras y funciones superiores, los instrumentales de la inteligencia (memoria, lenguaje, gnosias, praxias) y las funciones ejecutivas, que es el sistema neurocognitivo que los regula (atención, juicio, capacidad de planificación, etc.). En la dimensión psicológica, la enfermedad se manifestará en toda la vida anímica, en los afectos (desestructuración yoica, actuación de afectos reprimidos, de viejas fantasías y temores), las relaciones familiares. Aquí, la patología no es sólo en el paciente, sino que se desarrolla también en las personas cercanas, "dementizándose" también los vínculos. Lo mismo sucede en el área social, donde la enfermedad se desarrolla en la red social de la persona, en su entorno inmediato, en la comunidad, en sus soportes institucionales y simbólicos (18). De cómo se articulen y construyan estos elementos, será el desarrollo que tenga la enfermedad sobre los diferentes sujetos involucrados (paciente, familia, red social, etc.). El análisis de estas diferentes dimensiones de la patología, el conocer el mapa de ruta de su impacto diferencial en cada uno de los procesos y personas afectadas, nos abre una nueva perspectiva terapéutica de intervención en la patología, en un campo donde, hasta hace poco tiempo atrás, la Psicología se limitaba simplemente a medidas funcionales de entorno.

Conceptualizada así la EA, nos preguntamos: ¿cuál es la incidencia de factores afectivos, cognitivos, funcionales y psicossociales en el curso de la EA?. ¿se pueden identificar los mismos desde el mapa de ruta de la enfermedad?. Si tenemos en cuenta que existe evidencia empírica respecto a la efectividad de determinados tratamientos no farmacológicos en la mejora, de algún aspecto parcial de lo de los factores señalados: ¿qué efectividad tendrá un tratamiento psicoterapéutico que realice un abordaje multidimensional?. Si este tratamiento logra mapear y controlar los principales aspectos afectivos, cognitivos, funcionales y psicossociales que se instalan en la E.A.: ¿podrá enlentecer el curso esperado de la misma? ¿contribuirá a elevar la calidad de vida de los involucrados?

La Convergencia de Dos Líneas de Investigación

En el presente proyecto convergen y se potencian dos líneas de investigación psicológica de las demencias: La desarrollada en la Clínica Psicológica de Trastornos Cognitivos del Servicio de Psicología de la Vejez de Facultad de Psicología y el trabajo llevado adelante desde el Departamento de Geriátrica de la Facultad de Medicina, Hospital de Clínicas, actividades profundizadas en la investigación para la Tesis de Maestría de una de nosotros (10).

Objetivo General

Investigar la incidencia de factores afectivos, cognitivos, funcionales y psicossociales en la evolución de la Enfermedad de Alzheimer

Tipo de Estudio y Variables

Estudio psicológico, de diseño cuasi - experimental, con un grupo de intervención y un grupo de control. Se realiza en conjunto entre el Servicio de Psicología de la Vejez, Facultad de Psicología y el Departamento de Geriátrica de la Facultad de Medicina. Los sujetos son seleccionados por características comunes, definidas a partir de la aplicación de pruebas baremadas, validadas internacionalmente. En el grupo de intervención, durante 16 meses se aplica un tratamiento psicoterapéutico no farmacológico que controla los factores afectivos, cognitivos, funcionales y psicossociales de la E.A., incluyendo al paciente, su cuidador y la familia. El grupo de control recibe los tratamientos habituales disponibles en nuestro

medio. Se realiza una evaluación de los sujetos de ambos grupos al inicio, a los 8 y a los 16 meses..

Las Variables Independientes (VI), son las estrategias que utilizaremos para el tratamiento psicoterapéutico: Psicoterapia psicodinámica individual para cada paciente y su cuidador principal; grupo de desarrollo de los procesos creativos y rehabilitación cognitiva, grupo de psicoeducación y apoyo psicoterapéutico para familiares cuidadores; Intervención psicológica con las familias de los pacientes.

Las Variables Dependientes (VD), son los aspectos cognitivos, afectivos, funcionales y psicosociales de los pacientes, los aspectos afectivos y psicosociales de los cuidadores. Estos aspectos sobre los cuales vamos a actuar con las VI, con lo que aspiramos obtener una mejoría en algunas y estabilidad en otras.

Se tendrán en cuentas ciertas condiciones que pueden influir sobre las VD, le llamaremos *Variables Controladas*: a) que todos los pacientes de la muestra y del grupo control tengan diagnóstico clínico neuropsicológico de EA, apoyado con diagnóstico imagenológico; b) Aquellos pacientes medicados con inhibidores de la acetilcolinesterasa, para ser incluidos deben tener un período de medicación continua de por lo menos 6 meses, de modo que los cambios que esperamos obtener no sean por el efecto del fármaco, sino por la intervención psicológica; c) nivel de escolaridad mínimo de 3 años, que hayan accedido al código de la lectoescritura; d) que desde el punto de vista de los órganos de los sentidos, en especial la visión y la audición, no tengan una afectación severa, de modo que puedan estar en condiciones similares de recibir los estímulos; e) Se descartarán los trastornos del lenguaje severos, como lo son las afasias.

Resultados Esperados

- Identificar, dentro de los casos estudiados, relaciones entre el origen de la enfermedad de Alzheimer y factores vinculares y/ o afectivos.
- Mejoría en los aspectos afectivos y funcionales de los pacientes con EA y por lo tanto su calidad de vida, constatados clínicamente y objetivados en una mejor performance en las pruebas de valoración.
- Estabilidad en el rendimiento en las pruebas que valoran los aspectos cognitivos.
- Disminución y mejoría de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias (SPCD)
- Disminución del estrés en el cuidador principal de estos pacientes, mejoría en los aspectos afectivos y en su calidad de vida.

personalidad premórbida en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española Geriátrica Gerontológica*. 2003 Ene; 38 (1):10 - 24

(10) Charamelo, Ana (2004) *Centro Diurno para pacientes con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Tesis de Maestría en Gerontología Social. Montevideo - Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Mat. Mim.

(11) Damasio, A. (1996) *El error de Descartes. La razón de las emociones*. Santiago de Chile: Andrés Bello.

(12) Domínguez, J. C. (1999) *El cerebro y la mente en una sociedad tecnológica: esquema de una teoría general del conocimiento*. Montevideo: El Galeón

(13) Fernández - Ballesteros, R (1996) *Psicología del Envejecimiento: crecimiento y declive Lección inaugural del curso académico 1996-1997*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

(14) González, Luis (2000) *Investigación cualitativa en Psicología. Rumbos y desafíos*. México: International Thomson

(15) Kabanchik, A. (1995) Demencias. Una mirada psicoanalítica. En Salvarezza, L. (comp., 1995) *El Fantasma de la Vejez*. Bs. As. : Tekné.

(16) Lehr, U. (1988) *Psicología de la Senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Herder.

(17) Pally, R. (1998) Emotional processing: the mind - body connection. *International Journal of Psycho - Análisis*, 79, 2, 349 - 362

(18) Pérez, R. (2004) La intervención familiar dentro del dispositivo de abordaje psicológico combinado de las demencias. En: Berriel, F. (comp., 2004) *Grupos y Sociedad. Intervención Psicosocial y discusiones actuales*. Montevideo: Nordan, pp. 41 - 53.

(19) Pérez, R (2003) Tratamiento no farmacológico afectivo cognitivo en las Demencias. En: Autores Varios (2003) *VIII Seminario Nacional para cuidadores profesionales y familiares de personas con demencia*. Montevideo: AUDAS - IMM. Mat. Mim., pp. 42 - 48s

(20) Pérez, R (2001) *Una propuesta de docencia universitaria en el campo de la Psicología del envejecimiento y vejez. Proyecto y concepción de cargo para el llamado a profesor adjunto para el Servicio de Psicología de la Vejez*. Montevideo: Facultad de Psicología, mat. mim., 48 pp.

(21) Pérez, R (1996) Factores afectivos y vinculares en la enfermedad de Alzheimer. Una primera aproximación. En: Universidad de la República. Facultad de Psicología (1998) *IV Jornadas de Psicología Universitaria*. Montevideo: Tack, pp. 55 - 60.

(22) Sociedad Española de Psiquiatría (2000) *Consenso español sobre demencias*. Madrid: Ed. Drug Farma SL. 93-163.

(23) Tárraga Mestre, L (2000) El Programa de Psicoestimulación Integral, tratamiento complementario para la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, Barcelona

(24) Tárraga Mestre, L (2001) El enfoque terapéutico integral de los pacientes con demencia. En: Martínez Lage, J.; Robles Bayón, A (2001) *Alzheimer 2001: teoría y práctica*. Madrid: Aula médica. Capítulo 15

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Barquero, M.; Marcos, A.; Tárraga, L. (2000.) Unidades de día para pacientes con demencia. En: Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias, Sociedad Española de Neurología: *Guía en demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia*. Madrid: Masson. 213-227.

(2) Berriel, F.; Pérez, R. (2005) *Informe de investigación: Imagen el cuerpo y representación social de familia, trabajo y salud en el proceso de envejecimiento*. Montevideo: Universidad de la República, mat. mim., 53 pp.

(3) Berriel, F.; Pérez, R. (2004) Imagen del cuerpo en los adultos mayores: el caso de la población montevideana. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. Agosto de 2004

(4) Berriel, F.; Leopold, L.; Pérez, R. (1998) Investigación: "Factores afectivos y vinculares en la enfermedad de Alzheimer". En: Facultad de Psicología, Unidad de Apoyo a la Investigación (1998). *Revista de Investigación*. 1. 1. Montevideo: Lapsus Ltda., pp. 73 - 82

(5) Bechara, A.; Tranel, D.; Damasio, H.. y Col. (1995) Double dissociation of conditioning and declarative knowledge relative to the amygdala and hippocampus in humans. *Science*, 269 (5227), 1115.

(6) Belsky, J. (1996) *Psicología del envejecimiento*. Barcelona: Masson

(7) Bleichmar, H. (1999) Psicoanálisis y neurociencia. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista de Psicoanálisis*, N° 1.

(8) Bruner, J.; Gómez, J. C.; Linaza, J. (1991) *Actos de significado : más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.

(9) Conde, J. (2003) Importancia de los factores psicosociales y el tipo de