

# CAPÍTULO 8

## Acompañamiento Terapéutico y clínica de las demencias: de lo general a lo singular

*Nora Cecilia Carbone y Sergio Zanassi*

*Cátedra Problemáticas en Salud Mental de Adultos y Adultos Mayores*

¿Cómo dice yo el que no recuerda,  
cuál es el lugar de su enunciación  
cuando se ha destejido la memoria?

Sylvia Molloy, *Desarticulaciones*

### Introducción

En el presente capítulo se realizará una aproximación a una de las principales expresiones del sufrimiento psíquico que puede ser objeto de la intervención de el/la acompañante terapéutico/a (at): la demencia en el adulto y en el adulto mayor.

Veremos, en primer lugar, las diferencias entre el declive normal -propio del envejecimiento-, el deterioro cognitivo leve y la demencia propiamente dicha. Para ello deberemos, previamente, despejar el concepto básico de *cognición*. En segundo lugar, distinguiremos las nociones de *fragilidad*, *vulnerabilidad* y *dependencia* en adultos/as mayores. Luego nos centraremos en la caracterización clínica general del grupo de las demencias y en las causas en juego, haciendo hincapié en una de sus formas más frecuentes: el Mal de Alzheimer.

Por último, sin descuidar el importante costado deficitario que conllevan estas manifestaciones sintomáticas, no olvidaremos la importancia de situar los aspectos positivos, es decir los recursos subjetivos y las potencialidades que permiten pensar estrategias terapéuticas de acompañamiento.

Consideramos relevante aclarar que, más allá de cualquier afán clasificatorio, pondremos énfasis en el movimiento que va de la generalidad del tipo clínico a la particularidad de la respuesta subjetiva, lo que implica tanto la transmisión de los síntomas representativos de todo el grupo como el apesamiento de lo inclasificable del caso singular. Desde este punto de vista, el capítulo buscará brindar al/la at un *mapa de ruta* para detectar ciertos aspectos generales y otros únicos

de las situaciones clínicas relativas al deterioro cognitivo que se les presenten en su quehacer profesional; paso necesario, creemos, para direccionar sus intervenciones.

## Algunas nociones básicas acerca de la cognición

Para comprender la especificidad de los síntomas de las demencias en su distinción con otras presentaciones clínicas de adultos/as y adultos/as mayores, consideramos que es necesario primero establecer un concepto general: el de *cognición*. Esto es así porque, como veremos, en todas ellas la misma se encuentra, en mayor o menor medida, afectada.

¿A qué llamamos cognición? Es un conjunto de funciones superiores que tienen su asiento en la actividad de la corteza cerebral. Abarca la atención, la memoria, la capacidad visuoespacial, la capacidad visuoconstructiva, el lenguaje y las capacidades ejecutivas. Analicemos brevemente cada una de ellas, siguiendo, para ello, los aportes de Kaplan et al. (2009) en su texto *Los grandes síndromes psiquiátricos*.

Con respecto a la *atención*, podemos definirla como la capacidad de focalizar la actividad mental. Es una función esencial para el desarrollo normal de todas las demás.

Pasemos ahora a la *memoria*, que es la capacidad de obtener, almacenar y recuperar información. Puede ser de corto plazo -que contiene información muy simple y nueva durante un breve lapso, como, por ejemplo, un número de teléfono-, o de largo plazo. Ésta a su vez se divide en memoria reciente y remota, según la información aprendida, conservada y recuperada corresponda a hechos más nuevos o de un pasado más distante.

En cuanto a las *capacidades visuoespacial y visuoconstructiva*, estos autores indican que son las funciones que intervienen en el procesamiento de información visual, como por ejemplo el reconocimiento de rostros, imágenes de objetos, cálculo de la distancia, orientación espacial y la construcción de objetos.

Otro de los aspectos que se incluye en la cognición es el *lenguaje*. Se trata de una función compleja que sirve para vehicular o comunicar los pensamientos. Puede ser verbal o no verbal. Si es verbal, abarca el flujo espontáneo de palabras, la capacidad de denominación -coloquialmente identificada como la capacidad de *encontrar la palabra justa*- y también la capacidad de comprensión, expresión y reproducción de lo que se dice. Cuando la función del lenguaje está perturbada se habla de *afasia*.

Por último, las *capacidades ejecutivas*. Según los autores mencionados, éstas se refieren a las habilidades para planificar y llevar a cabo una tarea, evaluando resultados y corrigiendo errores sobre la marcha. Para ello se requiere poder establecer secuencias en el tiempo, hacer cálculos, cambiar el foco de atención, formular ideas abstractas.

A estos dominios cognitivos, Kaplan et al. (2009) agregan otras dos funciones relacionadas: las *praxias* y las *gnosias*. Las primeras corresponden a la capacidad para llevar a cabo movimientos voluntarios de manera coordinada (por ejemplo, atarse los cordones de los zapatos, abrocharse los botones de la camisa). Cuando está alterada, se llama *dispraxia*, y si está abolida,

*apraxia*. Las segundas, se relacionan con la capacidad para reconocer un objeto o su significado por sus características y su perturbación se denomina *agnosia*.

## Declive normal, deterioro cognitivo leve y demencia

Habiendo ya precisado el concepto general de cognición, estamos en condiciones de ver las distintas situaciones en las que la misma puede hallarse comprometida en los adultos/as y adultos/as mayores y, también, de qué maneras lo hace.

Es sabido que el proceso de envejecimiento normal acarrea modificaciones físicas, neurológicas y psicológicas. Como señalan Allegri et al. (2015), se constata, por ejemplo, “una disminución de la velocidad de procesamiento de la información, cambios sensoriales y perceptivos, cambios en la personalidad y cambios en la capacidad de aprendizaje y en los sistemas de memoria” (p. 28). En la normalidad, dichas modificaciones suelen ser progresivas, lentas y más o menos silenciosas, a tal punto que sólo son advertidas por el individuo o por su entorno con el transcurso del tiempo.

Desde el punto de vista psicológico, el declive de las funciones cognitivas puede ser considerado como una consecuencia normal del envejecimiento, pero también puede indicar la aparición de los primeros indicios del avance de un proceso neurodegenerativo asociado a la demencia. De allí que el deterioro sea considerado como una *continuidad* cognitiva que va desde el envejecimiento normal, pasando por el deterioro cognitivo leve, hasta llegar a procesos neurodegenerativos graves como la enfermedad de Alzheimer. En consecuencia, cuando hablamos de deterioro cognitivo hay que tener en cuenta que no se trata de una enfermedad específica, sino de un síndrome, es decir, de un conjunto de signos y síntomas, heterogéneo tanto desde el punto de vista clínico como etiológico.

Esto es importante para no confundir el declive propio del envejecimiento normal con lo que se llama el deterioro cognitivo leve, o con los estadios iniciales de la demencia. Por supuesto que el diagnóstico diferencial es a veces muy difícil, pero podemos delinear algunas distinciones entre ambos.

En el declive propio del envejecimiento normal lo más común es un enlentecimiento en el procesamiento de información y en las capacidades ejecutivas, con detrimento leve de la memoria -sobre todo la reciente-. Se encuadra dentro de este grupo a los mayores de 50 años, que se quejan de olvidos de aparición gradual, pero que tienen un funcionamiento cognitivo normal en el resto de las áreas. Esos olvidos, llamados olvidos benignos, son normales para la edad, aunque representan un desvío estándar en relación a individuos más jóvenes. Por otra parte, son personas que no cumplen los criterios que veremos luego para el diagnóstico de demencia y que no tienen antecedentes de patología cerebrovascular, trastornos neurológicos, traumatismo de cráneo, trastornos depresivos, ni están en tratamiento con drogas que puedan afectar la cognición. En general, no tienen mayor riesgo de evolucionar hacia una demencia (Allegri et al., 2015).

El *deterioro cognitivo leve*, en cambio, supone ya un proceso patológico con signos más claros: en primer lugar, se corrobora una pérdida de la memoria o de otra función cognitiva -tanto en las evaluaciones cognitivas como en la información aportada por el entorno-; en segundo lugar, el paciente se queja de ello, tiene registro de lo que le pasa; y, por último, no se registra interferencia importante en las actividades. Este tipo de deterioro podría ser considerado como una etapa intermedia entre la normalidad y la demencia ya que, si bien las personas que lo padecen efectivamente presentan fallas cognitivas y/o de memoria, las mismas no son de magnitud tal como para ser diagnosticadas como demencia. Aunque sí podrían evolucionar hacia ella, con lo cual no dejan de ser pacientes de riesgo (Allegri et al., 2015).

Con respecto a las *demencias* propiamente dichas, que estudiaremos en detalle más adelante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) las define así:

La demencia (F00–F03) es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, de naturaleza habitualmente crónica o progresiva, en el cual existe un deterioro de múltiples funciones corticales superiores, entre las que se cuentan la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad para el aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se halla obnubilada. Los deterioros en el área cognoscitiva frecuentemente se acompañan, y a menudo son precedidos, por un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación (1992, p. 298).

Como veremos, el grupo abarca una serie de trastornos, siempre adquiridos, que comparten ciertas características genéricas y otras no, y que se diferencian en base a su etiología (que será distinta en cada uno de ellos, pero necesariamente orgánica en todos).

En cualquier caso, para detectar la demencia y distinguirla de otras presentaciones clínicas, se requiere de una operación diagnóstica sensible y compleja, en la que participe un equipo interdisciplinario. El examen debe incluir una anamnesis completa, un estudio neurológico, una exploración neuro-cognitiva, una evaluación psiquiátrica, estudios de laboratorio, estudios por imágenes, y, en ocasiones, análisis de biomarcadores de patología molecular y genética. Más allá de que el diagnóstico es fundamentalmente médico y psiquiátrico, el aporte de el/la at puede ser de mucha importancia en lo que atañe al funcionamiento del enfermo en sus actividades cotidianas, lo que lo convierte en una pieza clave para la apreciación justa del caso. Esta valoración es crucial no sólo para el diagnóstico sino también para determinar la pertinencia de la intervención de el/la at. Este deberá evaluar, de acuerdo al momento subjetivo del paciente y la evolución de la enfermedad, si la misma corresponde o no. Así, por ejemplo, si el cuadro de deterioro se encuentra en una etapa muy avanzada, quizá no esté indicado un Acompañamiento Terapéutico (AT) sino otro tipo de asistencia. Tener en cuenta estos aspectos es fundamental ya que, de lo contrario, el/la at corre el riesgo de transformarse en un mero cuidador.

## Fragilidad, vulnerabilidad y dependencia

Antes de comenzar con la clínica específica de las demencias, veremos tres conceptos ligados al proceso de envejecimiento que constituyen factores de riesgo de padecer, entre otras, estas enfermedades neurodegenerativas, y que están relacionados entre sí: *fragilidad*, *vulnerabilidad* y *dependencia*.

¿En qué consisten? Con respecto a la llamada *fragilidad* hay que decir que es un término bastante difícil de precisar ya que existen diferentes criterios para referirse a él. Así, por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud -OPS- (2011) ha definido como adultos/as mayores frágiles a quienes padecen o están en riesgo de presentar los llamados *Gigantes de la Geriatría*: la inmovilidad, la inestabilidad, la incontinencia y el deterioro intelectual. Por otra parte, muchos estudiosos del tema coinciden en pensar la fragilidad como un estado que se caracteriza por el deterioro en las reservas fisiológicas del individuo, que lo expone a posibles daños y altera su capacidad de respuesta al estrés. El mismo se asocia a una pérdida de la vitalidad y a un conjunto de síntomas más bien inespecíficos: la disminución inexplicable de peso corporal, la fatiga, la anorexia, la lentitud en la marcha, la inactividad física. Tales manifestaciones son correlativas a otras características subyacentes, como la sarcopenia, la osteopenia<sup>9</sup>, la malnutrición, la disminución de la fuerza. Las consecuencias de dicho estado pueden volver a la persona mayor *vulnerable* a una serie de situaciones adversas, como las caídas, la incontinencia, la demencia, la presentación atípica de enfermedades, las alteraciones en la respuesta a los fármacos, la agudización de enfermedades crónicas, el mayor riesgo de presentar enfermedades agudas y finalmente la muerte. Como aumenta el riesgo de incapacidad, puede dar lugar a la *dependencia* (véase Urtubey y Moreira, este volumen). Con respecto a esta última noción, se considera dependiente a aquella persona que necesita ayuda o supervisión para realizar las actividades de la vida diaria, lo que suele relacionarse con la mortalidad a corto plazo o con la probabilidad de institucionalización (OPS, 2011). Dicho concepto es central ya que es precisamente la razón por la cual muchas veces se requiere del acompañamiento terapéutico para asistir a los pacientes que la padecen.

De acuerdo a esta Organización, es importante tener en cuenta que hablar de fragilidad supone contemplar no sólo factores de tipo orgánico. Existen también otros componentes que vuelven frágil a un/a adulto/a mayor, tales como los estados depresivos o de ansiedad. Asimismo, el aislamiento, la escasez de redes sociales de apoyo, y la falta de pareja o familia son marcadores de fragilidad. Por otra parte, debe agregarse que, si bien el síndrome de fragilidad se asocia al envejecimiento, es diferente de él. Esto quiere decir que no todos los/las adultos/as mayores son frágiles y que puede haber fragilidad en otros rangos etarios más allá de la vejez.

---

<sup>9</sup> En el lenguaje médico, se utiliza el término *osteopenia* para referirse a una afección por la que la masa ósea o densidad mineral ósea es más baja que la normal. Asimismo, se da el nombre de *sarcopenia* a la pérdida de la masa, la fuerza y el funcionamiento de los músculos, lo que es muy común en las personas mayores.

## Las demencias: generalidades clínicas del grupo

Como lo señalan Kaplan et al. (2009), “la demencia debe entenderse como un síndrome que comprende un conjunto de síntomas y signos que definen una situación clínica detrás de la cual existen causas que deben identificarse” (p. 109). Esto quiere decir que puede obedecer a etiologías diferentes: en ciertos casos, como en el Mal de Alzheimer, la alteración afecta predominantemente el lóbulo temporal; en otros, como la Enfermedad de Pick, se trata de una degeneración del lóbulo frontal. En la Enfermedad de Huntington, por ejemplo, subyace una degeneración de predominio subcortical. También existen las demencias de tipo vascular, y otras debidas a causas hereditarias, traumáticas, tóxicas (la más frecuente es la secundaria al alcoholismo), infecciosas, tumorales, metabólicas, autoinmunes. Todas ellas tienen varios rasgos clínicos comunes y otros diferentes, de acuerdo a la particularidad de la causa en juego, ya que los signos de deterioro cognitivo siguen patrones especiales en función de la zona cerebral afectada. Veremos ahora los aspectos generales, comunes a todo el grupo.

Según estos autores, uno de los criterios para establecer el diagnóstico de demencia es que el paciente presente alteración en la memoria y en algún otro dominio cognitivo de los referidos anteriormente. Ahora bien, aunque “la pérdida de la memoria es una constante en casi todas las demencias (particularmente en el Alzheimer) y un requisito para su diagnóstico” (Kaplan et al., 2009, p. 110), debe señalarse que hay algunas demencias -como la frontotemporal y ciertas demencias vasculares- en las que la memoria puede estar conservada en etapas iniciales. Por esta razón, algunos especialistas en el tema proponen que el diagnóstico de demencia pueda hacerse también si se constata un deterioro en tres dominios cognitivos cualesquiera, o en dos dominios cognitivos cualesquiera con el agregado de cambios en la personalidad.

Por otra parte, para saber si estamos frente a un caso de demencia, debe corroborarse que los síntomas acarreen dificultades en la vida laboral, social o familiar del enfermo. Esto es lo que en la psiquiatría actual se llama criterio de *significación clínica*, y muchas veces sólo puede apreciarse a partir de las referencias aportadas por terceros. En este punto, como decíamos, la contribución de el/la at en el equipo interdisciplinario es capital, ya que el trato asiduo con el paciente le permite conocer de cerca los aspectos que más se encuentran afectados en él, el modo cómo interfieren en su desempeño diario y su evolución a lo largo del tiempo.

Otra cuestión a considerar es que el trastorno debe ser *adquirido*, tal como se desprende de la variedad de causas que hemos señalado. Tratándose de un grupo de trastornos neurodegenerativos, se supone la acción de una noxa que interviene a partir de un momento dado, produciendo el daño cerebral. Kaplan et al. (2009) advierten que esta premisa es importante para diferenciar la demencia de la oligofrenia, situación que, si bien no es habitual, debe tenerse en cuenta cuando se evalúa a un paciente que no se conocía previamente y no hay ningún familiar a quien se pueda preguntar al respecto.

Asimismo, el trastorno cognitivo y funcional debe ser *persistente* y *permanente*. En algunas formas puede mantenerse estable por largos períodos, pero es irreversible. Este criterio sirve para diferenciarlas de otros cuadros de deterioro cognitivo conductual que pueden revertir con el

tratamiento adecuado, como sucede con aquellos debidos a depresión, a un déficit de vitamina B12 o a hipercalcemia, por citar sólo algunos ejemplos.

Por último, cabe añadir que, además de los signos de deterioro cognitivo, el grupo de las demencias presenta manifestaciones clínicas de tipo emocional o afectivo, que pueden aparecer en cualquier momento de la evolución de la enfermedad. Los fenómenos más comunes son la depresión/ansiedad, la apatía, la irritabilidad, la desinhibición, la agitación, la alteración del ciclo sueño-vigilia, las conductas repetitivas y sin objeto, la agresividad verbal o física, el descuido de la higiene personal, el vagabundo. De la misma manera, pueden constatarse síntomas psicóticos, como alucinaciones -tardías y predominantemente visuales- e ideas delirantes.

Si bien, como señalamos, existen varias formas de demencia, en el presente capítulo hemos decidido ahondar específicamente en una de ellas, el llamado Mal de Alzheimer, ya que es la de presentación más habitual. Dejaremos para otra oportunidad el abordaje de otras variedades menos frecuentes, como la Enfermedad de Pick, la Demencia vascular o la Demencia por cuerpos de Lewy.

## El Mal de Alzheimer

La llamada enfermedad o Mal de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia en las personas mayores. Desde el punto de vista estadístico, entre el 50 y el 60% de los casos de demencia corresponden a esta patología, la cual es, además, ligeramente más común en mujeres que en hombres. Se trata de un proceso mórbido neurodegenerativo que produce una demencia progresiva de tipo cortical. Dicho proceso se debe a la metabolización anómala de una proteína neuronal, que se acumula en el espacio extracelular, provocando inflamación y luego lesiones en distintas partes de la corteza cerebral. Al comienzo, esas lesiones se circunscriben a las áreas corticales relacionadas con la memoria y el aprendizaje, pero a medida que la enfermedad avanza, se diseminan por toda la corteza cerebral. Paralelamente a la extensión progresiva de esas modificaciones cerebrales, se agrava el cuadro clínico, que va afectando cada vez más áreas cognitivas y de la conducta.

Como el lector habrá notado, las causas enumeradas son orgánicas, pues este es un caso de enfermedad mental en el que sí se cumple el denominado *paralelismo psicofísico*, en la medida en que está en juego una etiología orgánica comprobable desde el punto de vista anatómico-patológico. No obstante, en la práctica no es habitual solicitar biopsias cerebrales para confirmarla, sino que el diagnóstico es básicamente clínico, es decir, realizado a partir de la presencia de un determinado grupo de síntomas, que siguen una evolución particular. Para establecerlos, nos guiaremos por las pautas del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV), elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), que nos brinda -más allá de ciertas críticas que podrían formularse- una descripción cabal y detallada del cuadro.

Antes de adentrarnos en ella, cabe aclarar que, como todo manual de corte estadístico, el DSM nos provee una caracterización de tipo general. El *para todos* que lo vertebra hace que se

eludan los aspectos más singulares que hacen que cada paciente sea único (véase Roberts, Abdala Grillo y Silveira, este volumen). En tal sentido, ofrece un mapeo útil para detectar la enfermedad, pero no nos dice nada acerca de un enfermo en particular. Será tarea del/la at, aprender a valerse de ese saber de lo universal y, a la vez, poder encontrar, como un hilo que comande las intervenciones, aquello que imprime a cada sujeto con demencia un sello impar. Volveremos sobre esto más adelante.

Según el DSM-IV (1994), para discernir si estamos frente a un caso de Mal de Alzheimer es necesario que se cumplan los siguientes criterios: en primer lugar, la presencia de varios déficits cognitivos. Esto incluye, necesariamente, el deterioro de la memoria y, además, una o más de las alteraciones cognitivas que marcamos al comienzo: afasia, apraxia, agnosia, alteración de la capacidad ejecutiva. Veamos cada uno de estos déficits en profundidad:

Con respecto a la memoria, que, como dijimos, es la función que siempre está comprometida, debe constatarse un déficit para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente. Así, los/las enfermos/as pueden olvidar al comienzo dónde han dejado sus objetos personales o perderse en lugares que no les son muy conocidos y luego, en “las formas avanzadas, el deterioro de la memoria es tan intenso, que el sujeto olvida su ocupación, el grado de escolarización, los aniversarios, los familiares o, en ocasiones, incluso su propio nombre” (APA, 1994, p.140).

Entre los demás déficits -de los cuales, como dijimos, se exige la presencia de al menos uno- puede encontrarse la alteración del lenguaje o *afasia*. En este caso aparecen, por ejemplo, dificultades en la pronunciación de nombres de personas y objetos. También el lenguaje “puede ser vago o vacío, con largos circunloquios y uso de términos de referencia indefinida como «cosa» y «ello»” (APA, 1994, p. 140) cuando no se encuentra la *palabra justa* para denominar algo. El trastorno puede afectar tanto la expresión como la comprensión del lenguaje y, en las fases avanzadas de demencia, los enfermos pueden “enmudecer o presentar un patrón de lenguaje deteriorado, caracterizado por ecolalia (p. ej., repetir lo que oye) o palilalia (p. ej., repetir sonidos o palabras una y otra vez)” (APA, 1994, p. 140).

En muchos casos, se evidencia la presencia de *apraxias*, es decir, un deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta. Tal como lo especifica la APA, el/la enfermo/a tiene dificultades para usar el peine, para abotonarse de la ropa o para atarse los cordones del calzado; también para ejecutar actos motores conocidos como levantar la mano para saludar, cocinar, dibujar.

En cuanto a las *agnosias*, que también pueden aparecer, se trata, como vimos, de una falla en el reconocimiento o identificación de objetos, aunque la función sensorial está conservada. Por ejemplo, la persona podría conservar intacta su visión, pero no así su capacidad de reconocer objetos habituales, familiares o su propia imagen corporal. Su sensación táctil podría estar indemne pero no así su capacidad de identificar objetos usuales a través del tacto, como ser la perilla de una puerta. (APA, 1994).



Por último, otro déficit que suele corroborarse afecta a la *capacidad de ejecución*, que “implica la capacidad para el pensamiento abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y detener un comportamiento complejo” (APA, 1994, p. 141).

Tomando ahora en cuenta el criterio de *significación clínica* al que ya hemos hecho referencia, el DSM indica que los déficits mencionados deben provocar un deterioro significativo de la actividad laboral o social, que represente una merma importante del nivel previo de actividad que mantenía la persona. Es el caso, por ejemplo, de un contador que tiene dificultades en hacer balances o de un ama de casa que no puede hacer una comida porque no recuerda la receta.

Otro criterio diagnóstico capital es el *curso* del cuadro clínico, que se caracteriza por un inicio *gradual* y un deterioro cognoscitivo *continuo*. Esto es importante para realizar el diagnóstico diferencial con otros cuadros, que presentan manifestaciones similares pero que tienen una evolución distinta, tal como sucede en el llamado *delirium*. La característica principal de este último consiste en una “alteración de la conciencia que se acompaña de un cambio de las funciones cognoscitivas que no puede ser explicado por la preexistencia o desarrollo de una demencia” (APA, 1994, p. 130). A diferencia del Alzheimer, aquí la alteración se desarrolla de manera aguda a lo largo de un breve período de tiempo (horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día. Las manifestaciones más típicas son la disminución de la capacidad de atención al entorno, la pérdida o disminución temporal de la memoria reciente, la desorientación temporo-espacial y ciertas perturbaciones de la percepción, como las interpretaciones erróneas, las ilusiones o las alucinaciones visuales. También hay alteraciones del lenguaje: dificultad para nombrar objetos, lenguaje vago e irrelevante o caudaloso e incoherente. Si bien los déficits -en particular el de la memoria- están presentes en ambos cuadros, en la demencia el sujeto está vigil y no tiene la alteración de la conciencia característica del *delirium*. Por otra parte, el *delirium* obedece a un orden causal distinto del que se constata en el Alzheimer. En efecto, la anamnesis, el examen físico y los estudios de laboratorio demuestran que generalmente se debe a efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, a intoxicaciones o abstinencia de sustancias, al consumo de medicamentos o bien a una combinación de estos factores.

Lo anteriormente explicitado es importante porque de allí se desprende un nuevo criterio diagnóstico establecido por el DSM: para hablar de demencia, los déficits no deben aparecer exclusivamente en el transcurso de un *delirium*. No obstante, no hay que olvidar que el *delirium* puede sobreañadirse a la demencia.

Por último, el manual prevé algunas otras especificaciones, como el inicio temprano (a los 65 años o antes) o tardío (después de los 65 años), la presentación de ideas delirantes, de estado de ánimo depresivo o de alteraciones del comportamiento (como, por ejemplo, el vagabundeo).

Hasta aquí, las características más relevantes que componen esta forma clínica del padecimiento, tal como las plantea una de las corrientes actuales del pensamiento psiquiátrico. Conocerlas es necesario, pues hacen las veces de tabla de orientación para no andar a ciegas en aspectos generales. Sin embargo, no es suficiente, en la medida en que allí se soslayan otras aristas de interés, que situaremos a continuación.

## Aspectos positivos en la vejez y en las demencias: recursos subjetivos

Lo desarrollado anteriormente sobre el envejecimiento normal, el deterioro cognitivo leve y las demencias, puede dejar un sabor amargo al lector. En efecto, nos hemos enfocado en una perspectiva que podría llamarse *deficitaria* de el/la adulto/a y de el/la adulto/a mayor. Es por ello que quisiéramos, en este punto, introducir algunos aspectos positivos que convendría tener presentes. Al respecto, nos parece interesante retomar la propuesta que hacen Claudia Arias y Ricardo Iacub en su artículo *Aspectos positivos en la investigación e intervención con personas mayores*, donde mencionan que la mirada positiva sobre la vejez “no implica de ningún modo negar los déficits o deterioros, sino identificar recursos y potencialidades desde los cuales trabajar, aún en casos donde se presentan mayores niveles de patología” (Arias y Iacub, 2015, p. 4). Los/as autores/as hacen allí referencia a ciertos dispositivos de abordaje en ámbitos clínicos que “en lugar de apuntar a disminuir el daño, la patología o el sufrimiento se han enfocado específicamente en potenciar lo positivo (...), (incluyendo) múltiples propuestas de talleres, cursos y actividades que apuntan a potenciar los recursos y promover el desarrollo” (Arias y Iacub, 2015, p. 7).

Consideramos crucial -a la hora de intervenir con estos pacientes- que el at sostenga este punto de vista, así como que sea capaz de liberarse de ciertos prejuicios sociales, como aquellos que afirman que las personas con demencia ya no son capaces de hacer nada por sí mismas. En este sentido, si “la mirada positiva supone la presencia de recursos y fortalezas en todas las personas mayores, incluso en aquellas que presentan los mayores niveles de deterioro en alguna o en varias áreas” (Arias y Iacub, 2015, p. 2), eso implica aprender a captarlos y promover su despliegue. Sin desconocer aquellos aspectos en donde la cognición falla, habrá que intentar ir a favor de ese capital subjetivo que es, por supuesto, singular. De lo contrario el/la at correrá el riesgo de caer en un asistencialismo puro, que sólo profundizará la dependencia y que resultará, consecuentemente, iatrogénico.

Es por ello que, a la hora de plantearse los objetivos del Acompañamiento Terapéutico (AT) con una persona con demencia, lo primero y de importancia vital será escuchar cuáles son las demandas del sujeto, sus posibilidades, por dónde circula su deseo, y establecer un lazo en donde eso sea alojado. Esto quiere decir que la evaluación y el manejo de los recursos yoicos y subjetivos nunca podrán ser ajenos a la instauración de un vínculo transferencial. Sólo a partir de allí se podrán proponer luego, por ejemplo, actividades de estimulación cognitiva para enlentecer el deterioro, para potenciar las funciones conservadas y otras que incentiven la integración social y la construcción de redes. Además, no debe perderse de vista que la evolución de los cuadros clínicos demenciales va a exigir, de parte de el/la at, una periódica redefinición del abordaje. No es lo mismo acompañar a un sujeto que está en la fase inicial de su proceso demencial que hacerlo cuando la enfermedad está avanzada. No sólo sus potencialidades y sus limitaciones funcionales cambiarán conforme se desarrolla el proceso, sino que la relación con su deseo también estará sometida a movimientos a los que hay que prestar atención. Como decíamos

anteriormente, si la enfermedad se encuentra en una fase de sintomatología muy marcada, habrá que ver si es conveniente un/a at o si se necesita más bien de un cuidador. La flexibilidad para seguir esa dinámica será fundamental, entre otras cosas, para calibrar lo que se puede esperar en cada etapa, evitando así exponer al paciente a situaciones de riesgo o a un incremento de su padecimiento subjetivo.

Podemos ilustrar este pasaje con un comentario sobre una película que narra los avatares de una mujer que padece Mal de Alzheimer de inicio temprano. Nos referimos a *Siempre Alice* (Glatzer y Westmoreland, 2014), cuya protagonista presenta los signos inequívocos de esa enfermedad: pierde paulatinamente el recuerdo de situaciones recientes, se desorienta en la calle y, habiendo sido una eximia disertante y lingüista -esa era su profesión- no encuentra las palabras justas para expresarse. Hasta allí, todo encaja con la descripción del funesto diagnóstico que, por supuesto, no tarda en llegar. Sin embargo, el film bucea en la subjetividad de la enferma y se centra en su posición frente a lo que le toca sobrellevar y en cómo la misma es complementada por quien la acompaña. La vemos entonces hacer un esfuerzo por mantener esa memoria que le resulta esquivada, pegando papeles con recordatorios de palabras y nombres por toda la casa y haciendo ejercicios con una aplicación de su celular. La vemos también, en la fase incipiente de su proceso de deterioro, aceptar una invitación como oradora ante una Asociación sobre Mal de Alzheimer. Para ayudarse, escribe el texto, lo subraya a medida que lo relee a fin de evitar perderse en el renglón, y lo ensaya junto a su hija, quien, como veremos, resultará un personaje central en el acompañamiento de su madre enferma. El contenido de lo escrito por ésta la sorprende: en la preparación de su discurso, Alice se ha explayado sólo en cuestiones médicas. Habla de neuronas, tratamientos, pronósticos. La intervención de su hija no se deja esperar: “muy científico, ¿no?”, le suelta, para luego sugerirle que escriba “algo más personal”. Los efectos de ese comentario, dúctil a las trazas de la dimensión subjetiva, se dejan escuchar en la conmovedora alocución que finalmente Alice lee ante el público. Allí, nos transmite, en primera persona, lo que es para ella “aprender el arte de perder”. Repasa uno a uno los extravíos que la aquejan y apela a “ser tomada en serio”, a pesar de sus crecientes dificultades: “nuestra enfermedad no es lo que somos”, declara con firmeza, mostrando con mucha lucidez la brecha que existe entre el organismo y el sujeto. Habla entonces de las cosas que aún quiere hacer, de su lucha por “seguir en contacto” y hace un chiste sobre su limitación, como un ejemplo vivo de lo que es el sujeto del inconsciente, que se expresa a través de sus formaciones. Sabe que, aunque pronto lo olvide, ese momento de tomar la palabra la humaniza y, como dice, “significa un mundo” para ella.

En un tramo posterior de la película, nos encontramos a Alice ya sumida en las profundas tinieblas de su deterioro cognitivo. Casi no habla y requiere de asistencia para los quehaceres más simples de su vida. La acompaña, nuevamente, su hija Lydia, que otrora había mantenido una relación difícil con la madre, pero que ahora se ha hecho cargo de su cuidado. Lo que puede hacer con ella ya no es mucho -¿o sí?-. Llevarla a pasear y leerle en voz alta fragmentos de obras de teatro. En una de esas lecturas, da una vez más en el blanco al otorgarle la palabra y preguntarle: “¿te gustó?, ¿de qué se trata?”. La respuesta de Alice, que balbucea un solo vocablo, no apunta al contenido de lo que acaba de escuchar, y que seguramente no comprendió del todo, sino que resume el vínculo que las une.

No expresaremos aquí qué es lo que dijo; sólo destacaremos que, en esa única palabra final, posibilitada por el lazo que esa hija supo sostener, apareció, por última vez el sujeto. Podría decirse que Lydia tomó el lugar que bien podría corresponder a un/a at y que, parafraseando a Lacan “supo llevar(a) de la mano, sin dejar(a) caer” (Lacan, 2006, p.136).

## A modo de conclusión

Lo expuesto en el presente escrito ha permitido poner en tensión dos aspectos diferentes del campo psicopatológico de las demencias: uno de ellos es de índole general y corresponde a la caracterización fenomenológica del cuadro, para la cual resulta insoslayable el aporte de la psiquiatría. El otro, que escapa a cualquier saber válido para *todos* los casos, apunta a la singularidad de la respuesta subjetiva, que hace único e irrepetible a cada uno, tanto en el modo de sufrir como en los intentos de hacer algo con ello. Es importante que el/la at se haga soporte de dicha tensión para que, sin ignorar los rasgos clínicos y los determinantes orgánicos de esta patología, sepa hacer lugar a la dimensión más específicamente humana, aquella que nos enseña que el ser hablante nunca se reduce al funcionamiento -normal o patológico- del cerebro. Se tratará entonces, un poco a la manera de la hija de Alice, la protagonista de la película, de tomar en cuenta las pérdidas, sin renegar de ellas, pero también de amparar y alentar las posibilidades más individuales, que tornan al/la enfermo/a en un ser único.

## Referencias

- Allegri, R., Roqué, M., Bartoloni, L., y Rubin, R.K. (2015). *Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras demencias. Formación Profesional para el Equipo Socio-Sanitario*. Ministerio de Desarrollo Social.
- Arias, C.J., y Iacub, R. (2015). Aspectos positivos en la investigación e intervención con personas mayores. *Revista Kairós Gerontología*, 18(20), 1-13.
- Asociación de Psiquiatría Americana (1994). Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos. En *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pp.129-170). Editorial Masson.
- Glatzer, R. y Westmoreland, W. (2014). *Siempre Alice*: Killer FilmsBackup Media, Big Indie Pictures y BSM Studio.
- Kaplan, R; Jáuregui, J. y Rubin, R. (2009). *Los grandes síndromes geriátricos*. Edimed.
- Lacan, J. (2006). *El Seminario de Jacques Lacan, Libro 10: La angustia* (1962-1963). Paidós.
- Molloy, S. (2010). *Desarticulaciones*. Eterna Cadencia Editora.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. MEDITOR.
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *La salud de los adultos mayores. Una visión compartida*. OPC.