

nunca existió, pero que ahora sí la necesita para poder salir del laberinto y luego recorrerlo, deteniéndose en cada surco-estación y recordar cuáles eran sus flores predilectas, quiénes fueron sus amores o quizás si tuvo un sólo amor, este que le acompaña ahora, este que le mira con dulzura y le dice que le ama, lo habrá amado siempre o sólo ahora que lo necesita, cómo era esa sensación- sentimiento de amar.

Las dinámicas utilizadas deben contemplar **con cuál de los cinco sentidos se maneja mejor el paciente**, desde los visuales, cuidando la buena iluminación, que tenga los lentes puestos si los necesita, un buen lugar, espacioso y cálido. Dentro de los estímulos visuales están: el cine de antes, telenovelas, actores y actrices que marcaron una época, seriales antiguas, obras de arte si fue otra de sus inquietudes, intentar que dibuje y pinte. También cuando le interesó la política, mostrar fotos de caudillos de otro momento de nuestro país y del mundo. Es bueno incentivar las tareas manuales en las que se haya destacado y enseñarle nuevas.

Se debe investigar a través de la familia, o sea, los informantes válidos, esos que nos puedan confirmar hipótesis e informarnos de los gustos y preferencias del paciente, así como de su vida cotidiana, cómo era la cotidianidad, trabajo, sucesos trascendentes o no, que puedan haber dejado esa huella-marca desde la que podemos mover el andamiaje de la memoria, en la que podamos "aceitar la maquinaria" de sensaciones que a veces nos dejan a los seres humanos anestesiados y dentro de esa cáscara-coraza que no nos permite ni recordar ni sentir.

"Yo nunca he perdido la memoria, yo soy otro -Dios sabe quién- que por algún accidente se encuentra en esta situación (coma o limbo) y todo lo demás son figuras a floradas por ilusión óptica de la niebla". ⁽⁴⁾

Enfermedad de Alzheimer

Alois Alzheimer estudió el cerebro de una enferma en 1906 y presentó un trabajo al año siguiente:

"una enfermedad grave característica de la corteza cerebral"; en 1910 Kraepelin denominó a dicho cuadro clínico **enfermedad de Alzheimer**.

La etiopatogenia es múltiple y multifactorial. Existen varios factores de riesgo, entre lo que se incluye una predisposición genética y la edad, ya que es más frecuente para los mayores de 65 años y el riesgo parece duplicarse cada 5 años. Entre los factores de riesgo exógenos o ambientales que aparentemente favorecerían su desarrollo, se encuentran los traumatismos craneoencefálicos graves.

"En el Alzheimer esporádico, ni los factores genéticos ni los ambientales por separado provocan la enfermedad. Los factores genéticos y ambientales asociados entre sí

son necesarios, pero no suficientes, precisando además del concurso del factor envejecimiento".

"Los sujetos con mayor capacidad cognitiva natural y adquirida (cociente intelectual, cultura, estudios académicos, participación en actividades culturales y de esparcimiento como juegos de mesa, baile...) presentan la enfermedad más tarde que los sujetos con menor Reserva cognitiva, a igual cantidad de lesiones histopatológicas (alteraciones estructurales que se producen en los tejidos orgánicos) cerebrales típicas presentes en el cerebro". ⁽¹⁰⁾

"En la enfermedad de Alzheimer se produce una atrofia cerebral progresiva, bilateral y difusa, que comienza en regiones mesiales temporales para afectar luego al neocórtex (parte de la corteza cerebral más reciente desde el punto de vista evolutivo, y la mayor en el caso de la especie humana) sobre todo al temporal, parietal y frontal". Ibid

Quiero hacer en este artículo un homenaje póstumo al escritor uruguayo Mario Benedetti quien a pocos días de su muerte, dijo refiriéndose a Luz, su esposa:

"Estuvimos juntos 60 años, pero nos conocíamos desde niños". Los primeros síntomas de Alzheimer – "una enfermedad muy jodida" –, aparecieron hace tres años en Madrid y resolvieron volver a Uruguay. "Siempre recuerdo que en mitad del vuelo me dijo que quería bajarse del avión porque el viaje era muy aburrido. Entonces llamé a una azafata, le dio una pastilla y se durmió." ⁽⁷⁾

Siendo una enfermedad de comienzo insidioso y lento, sin síntomas muy obvios al principio, se presenta de forma tal que la persona no es consciente de lo que le está sucediendo. Por lo general, el motivo de consulta es la pérdida de memoria, especialmente la reciente.

Recuerdo un paciente, siendo yo aún estudiante pasante, en el Servicio de Psicología de la Vejez- que nos decía: *"A ver si Uds., descubren qué me está pasando en la cabeza".*

Esta misma pregunta la he oído después con mucha frecuencia, siendo generadora de mucha angustia, ya que los pacientes tienen conciencia mórbida, y están perdiendo de a recortes trozos de su vida.

Se podría enumerar, entre otras, la repetición una y otra vez de las mismas cosas, haciendo una y otra vez las mismas preguntas, grandes dificultades para encontrar la palabra adecuada en una conversación, utilizando parafasias y circunloquios.

En relación a su aspecto personal, pierden el gusto por el baño y por su arreglo en general, uno ve como van decayendo, van perdiendo en el caso de la mujer la coquetería característica del sexo femenino, cambian el orden en que deben colocarse la ropa, omiten piezas de la indumentaria.

Se les dificulta seguir una conversación, y vemos como se van aislando, depresión y angustia reactivas ante el cuadro que cursan. Aparece muchas veces la desconfianza con determinadas personas y la confianza ciega en otras. Aquí hay que hacer hincapié en algo que considero fundamental en el hacer terapéutico y es **el vínculo que se genera con el terapeuta**, siendo el mismo algo diferente, en cuanto a la necesidad que tienen de amor, de caricias, de abrazos, privilegiando la risa y las bromas, que muchas veces no logran entender.

A medida que progresa la enfermedad, la atrofia hipocámpica subregional se extiende, el hipocampo participa en la memoria y la orientación espacial, con un papel fundamental en la formación de recuerdos nuevos, así como también afecta el acceso a los recuerdos anteriores al daño.

El hipocampo desempeña un rol importante en la función del aprendizaje y la memoria, y participa en la conversión de la memoria de corto plazo en la memoria de largo plazo.

Proceso terapéutico

Hay un refrán que dice que *"es mejor viajar con esperanza que llegar"*, y creo que ese es el proceso terapéutico. Ese proceso que se da en un espacio-tiempo colmado de incertidumbres y fluctuaciones, tiene algo que ver con la física cuántica, con la creación y aniquilación.

La física estudia la energía de vacíos, son comportamientos extraños que se dan en la naturaleza y que no dejan de sorprendernos. Soy lego en física, pero, ¿Por qué no podemos apostar a la regeneración en el cerebro?, ¿Por qué siempre queremos tener una visión del futuro que sea segura y reconfortante?

Nuestra vida no sucede en una burbuja, por lo tanto existen causalidades, existen subjetividades, no es lo mismo sentirme viejo que ser viejo, la percepción que tenemos de nosotros mismos es relativa así como la que tienen los otros con respecto a nosotros, y ese otro que confirma nuestra existencia y nos la devuelve con su mirada, abrigo narcisista de lo compartido.

"¡Oh dios! podría estar atrapado en una cáscara de nuez y sentirme rey de un espacio infinito" (Shakespeare, Hamlet, II, 2.243).

Estar atrapados en una enfermedad, un mal, que sea leve y frágil cual cáscara de nuez, en el espacio infinito de la memoria-desmemoria-olvido, donde empieza uno y termina otro, la cáscara de nuez que envuelve las circunvalaciones de nuestro cerebro, de nuestra vida, sólo nuestra, de sentires sólo nuestros, donde nos reconocemos.

En la terapia se apunta a la continentación del paciente así como al apoyo familiar, el trabajo recordando viejos tiempos, cómo se conocieron, el primer beso, y el red-

cubrir con asombro momentos olvidados, la levedad de los recuerdos.

Cómo protegemos nuestro pasado-identidad, qué cosas hemos protegido con celo y usando metafóricamente las ramas del árbol como si fueran los recuerdos, cómo se dan los entrecruzamientos que tejen nuestra vida pasada y donde se cortan o recortan para darle más fuerza, para lograr las conexiones para poder re-escribir la historia.

Es fundamental **la estimulación de la memoria**, apuntando a la creatividad del terapeuta para intuir lo que más interesa al paciente, intentando conectar la emoción al intelecto, cosa que potencializa el estímulo y resignifica la información con la emoción nueva del vínculo. O sea, poder ver el objeto del recuerdo desde otra perspectiva nos puede conducir a un avance interesante.

El mito de Sísifo

Albert Camus analizó el mito de Sísifo para destacar como lo absurdo y la dicha son inseparables y forman parte de la condición humana. Zeus condenó al astuto Sísifo a rodar para siempre una roca hasta la cima de una montaña, pero apenas la roca llegaba a la cumbre volvía a caer, impelida por su propio peso. Se le castigaba a Sísifo por haber violado los secretos divinos y por haber encadenado a Hades, al que Zeus le ordenó que arrojará a Sísifo al Tártaro y le castigara eternamente. Además, el castigo también se le impuso porque astutamente encadenó a Hades, y por querer disfrutar de los placeres de la tierra.

Dice Camus que si este mito es trágico, lo es porque Sísifo tiene conciencia, de ahí que su tormento se constituye a la vez en su victoria.

Entonces, el mito nos enseña que el destino es un asunto humano que debe ser considerado entre humanos. *"Lo importante es la lucha. En esa lucha vence a los dioses."* *"¿En qué consistiría, en efecto su castigo, si a cada paso le sostuviera la esperanza de conseguir su propósito?"*

El mito nos dice que se puede encontrar la dicha y comprobar que se puede construir un mundo sin dioses donde lo que importa es **la pasión por la vida**.

"Hay que imaginarse a Sísifo dichoso."

El trabajo terapéutico con los enfermos de Alzheimer debe ser entendido en esa lucha por vencer los obstáculos que los sumerge en las brumas de la desmemoria, lo importante es no rendirse y tratar de que lleguen a la cumbre con dignidad.

En este punto retorno a Camus cuando en el *"Hombre rebelde"* escribe que la conciencia surge con la rebelión, que supone la afirmación del hombre como dignidad, como principio fundamental que nada ni nadie puede despojar. Reconoce la figura de la persona como individuo que merece ser respetado por el simple hecho de ser persona.

La memoria viva

“Pero la memoria no es un tesoro, ni un tesoro de archivos inertes, ni una máquina de fotos o de cine con un objetivo hacia atrás... La memoria es un organismo vivo...”

En la mitología griega, la Memoria es la madre de todas las musas. En su definición habitual se enfatiza como capacidad de invocar y actualizar el pasado –y se opone a olvido como la capacidad de borrarlo. Pero si el pasado no actúa como suma de archivos, tampoco lo hace como desorden de posibilidades infinitas, sino que es una construcción, una invención y re-inventio de horizontes múltiples pero limitados. No hay conocimiento sin reconocimiento. No hay presente virgen de memorias. San Agustín habla de los palacios de la memoria, con sus salones luminosos y exhibibles y sus sótanos oscuros y sombríos.

El pasado habita al presente, siempre está allí, sereno o intrusivo, se le invoca y se le disfruta o se le padece. Se le busca o nos invade, para disfrutarlo o padecerlo, como nostalgia o intrusión... El pasado está siempre allí con nosotros. En el trabajo interminable de interiorizar el mundo, el trabajo de memoria y olvido operan perpetuamente un trabajo de selección y recorte. La operación memoriosa o historiadora no se zambulle sin afectos a explorar o a rescatar el pasado, sino (como destacaba Nacho Leucowicz), anuda puentes de sentido entre las conjeturas de lo que fue y las inquietudes o enigmas del presente. No se trata de cronos, del tiempo progrediente del reloj y el calendario, sino de ese tiempo mítico que G. Koolhaas ha llamado tiempo caleidoscópico, ese que dibuja figuras de alegría o pesadumbre, de estancamiento o progresión, donde el ahora tiene una flecha hacia el pasado y otra hacia el porvenir.” (9)

La memoria es ese archivo de recuerdos y mucho más que eso, ya que recordamos muchas veces aquello que está acompañado de sentimientos, de alegría, pero, también borramos recuerdos hermosos, o los tristes que no queremos recordar y vienen a nuestra mente. Parecería ser una maquinaria arbitraria que hace que olvidemos rostros amados, que se nos desdibujan en la niebla, mientras que otras imágenes surgen nítidamente.

Esa memoria atemporal donde se confunden y se mezclan etapas, fases y episodios de nuestra vida y de los seres

con quienes hemos socializado. Y de pronto aparece un brillo especial ante un recuerdo hermoso, una chispa, un segundo, tal vez sea una eternidad y es ese segundo donde Narciso se ve reflejado en las aguas, y es ese segundo que veo a mi enamorado, a ese yo mismo, el sí mismo, y esta piel arrugada de hoy ya no lo es, y este cansancio de hoy ya no lo es, y este olvido de hoy ya no lo es, porque ese recuerdo narcisiza todo mi ser.

¿Qué pasa con nuestro narcisismo en el Alzheimer?

Cuando no nos reconocemos, cuando nuestra identidad ya no es una continuidad, cuando no podemos recordar qué fue antes o después, cuando no podemos recordar sucesos, voces, rostros, cuando todo parece escurrirse como arena entre los dedos... quiero atrapar ese recuerdo para siempre... esa era yo...

No, no, yo no estoy en esta foto...

¿Cómo me puedo amar si no me reconozco?

Si esa de la foto no soy yo, esa de la foto es una desconocida para mí, como sucedió con Narciso que no se reconoció reflejado en las aguas.

No me conozco a mí mismo, o no me reconozco en estas arrugas, si no me puedo reconocer me estoy desconociendo, me estoy desconociendo los retazos de mí existencia, cómo me puedo amar, cómo me puedo cuidar, cómo... cómo... cómo...

Y nuestra tarea es hacer que se re-conozcan, desde el principio, intentar re-construir la colcha de retazos que es la identidad, con fotos, con anécdotas, con semejanzas, y es un trabajo arduo, intenso, para todos, desde el cuidador, la familia, el psicólogo, aunando esfuerzos, siempre empezando, machacando.

Re-conocer-se a sí mismo, en los diferentes envoltorios de nuestro ser, somos y seguimos siendo los mismos en esencia, con cambios imperceptibles y no tanto, en el correr de los años, pero, siempre en el fondo, igual, “genio y figura hasta la sepultura”...

Recepción y aprobación del Artículo

Fecha de recepción: 15 de febrero de 2012

Fecha de aprobación: 27 de abril de 2012.

Bibliografía consultada

- Berriel, F. y Pérez, R. *Alzheimer y Psicoterapia*, Psicoibros Universitario 2007, Montevideo
- Camus, A. *El hombre Rebelde*, Tomo IV, Alianza Editorial, 1996, Madrid
- Camus, A. *El mito de Sísifo*, Ensayo, www.lainsignia.org/2002/abril/ml-002.htm
- Eco, U. *La misteriosa llama de la reina Loana*, Editorial Lumen, 2005, Barcelona
- Hawking, S. *El universo en una cáscara de nuez*, Editorial Planeta, 2002, Barcelona
- http://www.plannermedia.com, Cuadernos de Repaso
- Revista rumboSur, Nº 9, 2006, Montevideo
- Ventura R. y Cols, 400 Respuestas a 400 preguntas sobre la demencia, Bibliomédica Ediciones, Montevideo
- Vinár, M. A propósito de Rememora, repetir y elaborar. Una fenomenología de la memoria en clave freudiana. Asociación Psicoanalítica de Córdoba, Octubre, 2006
- www.hipocampo.org/alzheimer.asp “Alois Alzheimer y la paciente Augusta D”



EXELON PARCHES

(sistema terapéutico transdérmico)

RIVASTIGMINA

Primer y única terapia transdérmica para la enfermedad de Alzheimer¹

- Mejoría superior de la cognición vs donepezilo y galantamina²
- Menor incidencia de eventos adversos gastrointestinales vs terapias orales³
- Una única aplicación cubre 24 horas⁴
- 70% de los cuidadores prefiere el parche⁵



EXELON parche 5. EXELON parche 10. Presentación: El parche 5a de Exelon contiene 9 mg de rivastigmina. La tasa de liberación es de 4,6 mg/24 h. El parche 10a de Exelon contiene 18 mg de rivastigmina. La tasa de liberación es de 9,5 mg/24 h. Indicación: Demencia leve y moderadamente grave asociada a la enfermedad de Alzheimer o de Parkinson. Posología: Tanto al instaurar como al reanudar el tratamiento, se debe comenzar con un parche 5a de Exelon al día. Si el parche 5a se tolera bien, puede aumentarse la dosis al cabo de por lo menos 4 semanas de tratamiento a un parche 10a de Exelon al día, que es la dosis de mantenimiento recomendada. Cabe la posibilidad de sustituir el tratamiento con Exelon en cápsulas en la dosis de mantenimiento de 6-12 mg de rivastigmina por los parches 10a de Exelon. Contraindicaciones: Hipersensibilidad comprobada a la rivastigmina, otros derivados del carbamato u otros componentes de la formulación. Precauciones y advertencias: Si el tratamiento se ha interrumpido durante varios días, ha de reanudarse con el parche 5a de Exelon. Se han observado efectos adversos gastrointestinales al inicio del tratamiento y poco después de aumentar la dosis. Cautela en caso de vómitos o diarrea prolongados (riesgo de deshidratación). Los parasimpaticomiméticos pueden exacerbar los síntomas extrapiramidales y se ha observado un empeoramiento de los síntomas parkinsonianos (especialmente de los temblores) en enfermos de Parkinson tratados con rivastigmina por vía oral. Es posible que los efectos adversos desaparezcan con la retirada del parche. Si persisten, se debe reducir temporalmente la dosis diaria a la dosis bien tolerada anterior. Durante el tratamiento con los parches de Exelon debe controlarse el peso de los pacientes. Igual que en el caso de otros parasimpaticomiméticos, se recomienda tener cautela en los pacientes con síndrome de distonía sinusal, trastornos de la conducción (bloqueo sinusauricular y bloqueo aurículoventricular), procesos ulcerosos gastroduodenales, antecedentes o padecimiento de enfermedad respiratoria, obstrucción urinaria y convulsiones en los pacientes con predisposición a ellas. Cautela en los pacientes con distonía hepática clínicamente significativa y en los pacientes cuyo peso corporal sea inferior a 50 kg. No se ha establecido la inocuidad del parche de Exelon durante el embarazo ni en las madres que dan el pecho a sus bebés. No se recomienda su uso en niños. Interacciones: Precaución en caso de uso simultáneo de fármacos parasimpaticomiméticos, anticolinérgicos o relajantes musculares de tipo succinilcolínico durante la anestesia. Reacciones adversas: Muy frecuentes: vómitos, náuseas. Frecuentes: anorexia, pérdida de apetito, ansiedad, depresión, insomnio, mareos, cefalea, diarrea, dispepsia, abdominalgia, reacciones en el sitio de la aplicación (eritema, prurito, edema), fatiga, aslencia, pérdida de peso. Infrecuentes: apatía, delirio, alucinaciones, accidente cerebrovascular, síncope, somnolencia, arritmia cardíaca (por ejemplo: bradicardia, extrasístole supraventricular), úlcera péptica, hemorragia gastrointestinal, hiperhidrosis, dermatitis de contacto, malestar general. Raras: hipertensión arterial, hipersensibilidad en el sitio de aplicación, prurito, exantema eritema, urticaria, ampollas, dermatitis alérgica. Muy raras: taquicardia, bloqueo aurículoventricular, fibrilación auricular, pancreatitis, caídas, convulsiones, empeoramiento de la enfermedad de Parkinson. Frecuencia desconocida: deshidratación, apoplejías, aplicación y síndrome de distonía sinusal, hepatitis. Reacciones adversas alérgicas observadas con las cápsulas o la solución oral de Exelon: infección urinaria, vómitos interstos asociados con ruptura esofágica (muy raras); angina de pecho, infarto de miocardio, úlcera duodenal (raras), anomalías en las pruebas de la función hepática (infrecuentes), temblores, confusión (frecuente). Condición de venta: Bajo receta profesional. 5 de abril de 2011. Para mayor información consultar la información completa para la prescripción. www.drugs.com/news/exelon-patch-first-only-skin-patch-alzheimer-s-receives-first-worldwide-approval-us-555.html accesado 29 octubre 2012. Z. Data on File. Novartis Pharma AG, Basel, Switzerland. B. Winblad, B. Cummings, J. Andreasen, N. et al. A six-month double blind, randomized, placebo-controlled study of a transdermal patch in Alzheimer's disease-rivastigmine patch versus capsule. *Int. J. Geriatr Psychiatry* 2007; 22(5):456-67. 4. Lefevre G, Seleg J, et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of the novel daily rivastigmine transdermal patch compared with twice-daily capsules in Alzheimer's disease patients. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2008; 83(1):106-14. 5. Winblad B, Kawada AK, Besterien RN, Andreasen N, Veitch J. Caregiver preference for rivastigmine patch relative to capsules for treatment of probable Alzheimer's Disease. *Int. J. Geriatr Psychiatry* 2007; 22(5):485-491.



Condición de venta: Bajo receta profesional
Este producto y su marca son propiedad de NOVARTIS y es comercializado en exclusividad por Gramón Bagó de Uruguay S.A.

Gramón Bagó del Uruguay S.A. Joaquín Suárez 3359. Montevideo, Uruguay. Tel: 2200.4611

