

DEL AISLAMIENTO SOCIAL Y PSICOSOCIAL, LA INCAPACIDAD DE AFRONTAR LAS PÉRDIDAS, HASTA EL AUTO BLOQUEO SENSORIAL, Y FINALMENTE, EL ALZHEIMER

Luis María Sánchez

(Facultad de Ciencias de la Salud, Metodología de la Investigación, Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina. Dirección : 8 de junio 600 (3260) Concepción del Uruguay, Entre Ríos, email stopalzheimer@hotmail.com stopalzheimer@adinet.com.uy sanchez@fcs.uner.edu.ar)

SUMMARY

Objective : to explore an hypothetical unchained of restrictive personality profiles, very important personal losses and positive affront unfitness of those in install the process named Alzheimer by a previous auto sensorial blocking. **Methodology** : seven relational and communicational areas, very important personal losses, and the capacity to affront those in the pre clinic phase were studied in 29 women and 24 men in Alzheimer's process, in comparison with other 29 women and 24 men normal ageing, matched in age, schooling, marital status, family income, ethnicity and other factors (normal ageing pseudo twins). Protocol patterned interviews were carried out to the main caregiver relative, while face to face interviews were applied to the normal ageing volunteers. **Results** : All the affected persons underwent a *sui generis* depression phase from mild to major and later an affected sensorial behavior. The studies show also that the relational/communicational areas in the Alzheimer's cases were clearly reduced as compared with the normal volunteers, largely due to the fact that a quite minor capacity to a positive affront of their losses. No significant differences were present between both groups in personal losses ponderation. **Conclusions** : It is then abduced that this acute constriction of the RC areas, the significant personal losses and the positive affront unfitness of those losses is the breakdown setting where an extreme and intimate decision take place, like *I wish to die*, or *I loss all interest to go on living*. These decision appear as instrumented by the gradual auto blocking of the sensory functions, what will cause the voidance of normal neuronal net reinforcement, producing the progressive brain functions disintegration. This is the onset of the psycho-social-neurobiology theory of the alzheimerization process.

KEY WORDS

Alzheimer. Psychosocial. Relational. Losses. Sensorial. Blocking. Reinforced. Aversion. Brain. Disintegration.

RESUMEN

Objetivos : Explorar la hipótesis de que la personalidad de relacionamiento y comunicación muy limitada, pérdidas personales significativas e incapacidad de afrontar positivamente las mismas se encadenan en dirección al auto bloqueo sensorial e instalan el proceso denominado Alzheimer. **Metodología** : Se estudiaron en 29 mujeres y 24 hombres actualmente con Alzheimer, el desarrollo de siete áreas de relación-comunicación, las eventuales pérdidas personales y la capacidad de afrontamiento de las mismas, y se compararon separadamente con otras tantas mujeres y hombres con envejecimiento normal, emparejados por edad, perfil laboral, escolaridad, ingreso del grupo familiar, etnia y otros factores (seudo gemelos). Los datos e informaciones se obtuvieron mediante entrevistas en profundidad bajo protocolos previamente validados, efectuadas al familiar cuidador central o al familiar más cercano, mejor instruido y dispuesto, y en forma directa a los voluntarios con envejecimiento normal. **Resultados** : Todos los participantes en proceso de alzheimerización transcurrieron una fase de depresión *sui generis* de leve a extrema y posterior deterioro sensorial manifiesto, en tanto que el perfil de relación y comunicación resultó significativamente menos plural y más bajo que en los seudo gemelos con envejecimiento normal, y la capacidad de afrontamiento positivo fue notablemente menor. Por el contrario, las pérdidas personales importantes fueron en general similares en ambos grupos. **Conclusiones** : se abduce entonces que esta constricción aguda en lo relacional y comunicacional, sumado a la incapacidad de afrontamiento positivo de las pérdidas personales, es el escenario de crisis en que se produce la decisión íntima última de *desear morir* o de perder *el interés en seguir viviendo*, decisión que la persona afectada instrumenta mediante el bloqueo sensorial, lo que desencadenará la anulación o aversión del reforzamiento natural de las redes neuronales, con la consiguiente desintegración progresiva de las funciones cerebrales. Estos son los lineamientos generales de la teoría psico-socio-neurobiológica sobre el origen del proceso de alzheimerización.

PALABRAS CLAVES

Alzheimer. Relacional. Pérdidas. Afrontamiento. Bloqueo. Sensorial. Aversión. Reforzamiento. Desintegración. Funciones. Cerebrales.

INTRODUCCIÓN

Aún cuando a la mera observación del comportamiento psicosocial, las personas afectadas por el proceso de alzheimerización pueden comprenderse como padeciendo un repliegue social extremo y progresivo, aún cuando el cuadro está escrito desde siempre en las biografías y en la novelística, y aún cuando en todas las lenguas existen desde épocas inmemoriales expresiones que identifican al fenómeno de personas que luego de uno o varios acontecimientos muy penosos para ellos se rinden y su cerebro comienza a desintegrarse o son afectadas por enfermedades que los aniquila rápidamente, el estudio sistemático y con metodología científica de los escenarios, circunstancias y factores sociales que se muestran ligados al comienzo e instalación plena de dicho proceso, tiene un peso muy bajo en el concierto de la investigación mundial sobre el problema.

En el referente semántico por excelencia de la lengua castellana, común a centenares de millones de personas, puede encontrarse desde 1925 la acepción undécima de **entregar**, como **entregar(la)** [vida, -o sea-] **morir**, en el lenguaje coloquial (1). Precisamente *entregarse* es la designación popular en nuestra región de lo que le acontece a una persona frente a una pérdida inconsolable e insuperable, que hoy se denomina Alzheimer. Boller y Forbes (2) nos relatan casos notables como el de Jonathan Swift, o el que resalta como emblemático de Maurice Ravel (3-5), quien entra en ese proceso ante la pérdida (¿acaso objetiva?) de su creatividad.

Si bien está bastante extendida la concepción de que el mejor encuadre científico de lo social en el campo de la salud son los estudios de factores de riesgo asociado, dejando a la *verdadera* ciencia ocuparse de las causas mismas, esto es insostenible tanto conceptual como epistemológicamente. Baste recordar que si una enfermedad es causada por una bacteria, un factor de riesgo es aquel que coloca al individuo en condición de ser enfermado por la bacteria de acuerdo con una lógica explícita y una base factual indubitable, y que las esperanzas en avanzar en la salud de las poblaciones se centran precisamente en este marco lógico y humanístico, y no en limitarse en aniquilar a la bacteria.

También es necesario llamar la atención de que un factor de riesgo puede y debe estudiarse siempre en relación a una causa ya establecida y comprobada científicamente, y por ello, y dado que se desconocen las causas que producen el fenómeno que se ha dado en llamar Alzheimer, todo lo que hasta ahora se ha estudiado entra en la categoría epidemiológica de *presunto factor asociado*. Para pasar al nivel de factor de riesgo, debe establecerse en primer lugar la causa, en segundo lugar la lógica que une al factor de riesgo con la causa, y por último la causalidad *-relación, no ya asociación-* de producción cierta, no ya probabilística, del efecto frente a dicha causa. Si ésta se establece, se puede actuar y obtener el resultado esperado, se puede entonces conjugar los factores de riesgo y establecer un modelo científico cierto de prevención. En sentido estricto, lo saldado hasta el momento con las investigaciones en Alzheimer no alcanza para afirmar que se trata de una enfermedad, sino quizás sólo un síndrome. A esto se agrega la profusa variabilidad semiológica y la heterogeneidad clínica que surgen de los test neuropsicológicos (7), que pone en tela de juicio la identidad nosológica que se presume, con una taxonomía cada vez más amplia, compleja y confusa de síndromes.

Uno de los argumentos más fuertes para presumir que al menos *ab initio* el problema está anclado en lo social, son las investigaciones sobre tratamientos psicoterapéuticos que producen efectos verificables (8-11). Nada hay más científico, al menos desde la primigenia concepción pragmática de Charles S. Peirce, que obtener un resultado esperado a partir de actuar sobre la base de una hipótesis explícita. Después, habrá de verificar si la causa que suponemos como tal no está unida a la verdadera causa a través de un artefacto que no hemos identificado inicialmente como actuante.

Esta perspectiva se refuerza con los estudios que dan cuenta de diversos factores relacionados con un perfil especial de la personalidad de riesgo, como escasas y poco plurales relaciones personales, baja actividad física e intelectual, pasividad, dificultades en la comunicación, retraimiento (12-22, 26-28), situaciones que ya Coleman (23) alertara sobre su importancia en la atención primaria, y que los propios familiares han reportado desde siempre, como nos consta, y Cahill y La Rue, entre otros, sistematizaran (24,25).

Y también se ha reportado la situación inversa, es decir, que el establecimiento de vínculos amplios y plurales, una vida activa, la exploración de nuevas experiencias, la curiosidad persistente, la actividad física, la actividad intelectual, son protectivas de la demencia de este tipo (12,14,17,29,30).

En el marco de aquella personalidad especial, pero algo frecuente sin duda, acontecimientos personales penosos, como la pérdida de la pareja, de un hijo muy apegado, o hijos, de algún familiar muy vinculado, o del trabajo, o de la capacidad mental (objetiva o subjetiva), de la capacidad física, del poder omnímodo sobre otros (de artistas o políticos, por ejemplo), o de aspectos estéticos muy notables, entre otros, se han indicado como incrementando el riesgo para Alzheimer (14,18,19,21-23,28-30).

Por otra parte son muy numerosos los estudios que asocian el bajo nivel de escolaridad con este tipo de demencia (31-41), el tipo de ocupación (33,36-38,41), así como el bajo nivel socioeconómico (38,40,41).

A esto se agregan las diferencias notables en las prevalencias poblacionales o institucionales en diferentes lugares, países o diferentes regiones de un mismo país, o de la misma etnia pero residentes en diferentes partes del planeta, o de ciertas etnias y razas (42-46), una abrumadora evidencia que obliga al enunciador de políticas de salud como la WHO, a aceptar la influencia del estilo de vida en la instalación del Alzheimer (Dold, 47).

Si sólo la mitad de lo expuesto precedentemente tuviese un indubitable sostén casuístico y metodológico, podría decirse que son insostenibles las hipótesis que apuestan al origen genético o de factores físicos o químicos del ambiente en la instalación del proceso de alzheimerización. Hasta los trabajos originales de Alois Alzheimer son hoy día descartados no sólo metodológicamente sino también por sus resultados mismos : personas sin Alzheimer presentan amiloidosis y ovillos intracelulares de proteína τ (los dos indicadores histopatológicos a que hiciera mención Alois Alzheimer) y viceversa, personas con la afectación presentaron al fallecer una situación histopatológica cerebral similar a cualquier persona con envejecimiento normal. La medicalización extrema del problema (6), y el subterráneo paradigma organicista de las afectaciones mentales tienen tal fuerza que en muchos casos obnubilan el razonamiento científico. En otros, en

cambio, es posible que nos encontremos hablando de distintos objetos nosológicos : la fase de instalación, anclada en lo social, y la fase de desarrollo, eminentemente biológica.

El problema científico se ha trasladado entonces a la cuestión de cómo ciertos comportamientos y acontecimientos del campo de la vinculación del individuo con lo social y la manera en que lo social lo afecta y cómo éste responde, se convierten en fenómenos anormales neurobiológicos y afectan tan significativamente las funciones cerebrales. Esta es precisamente la inquietud subyacente de la presente investigación, que forma parte de una serie de estudios secuenciados sobre nuestra base de casos registrados desde 1988, pero ya en el marco de una explícita teoría general.

SUJETOS, MÉTODOS Y TÉCNICAS

Dado que la metodología epidemiológica, utilizada centralmente en los estudios citados, tiene una limitación excluyente que impide pasar de lo meramente orientativo, a lo demostrativo, es necesario superar dicho esquema y optar por un diseño cuasi experimental, en el cual las experiencias, valga la redundancia, que la realidad efectúa sin nuestra injerencia ni control, puedan ser recuperadas, resignificadas y sistematizadas para ser consideradas como variables en el marco de un clásico modelo de diseño experimental. Al que debe sumarse entonces una hipótesis de articulación de factores en ciertas condiciones de contorno que generan, presumiblemente, el fenómeno estudiado. Este es precisamente el meollo metodológico del presente trabajo.

Los participantes que actualmente se encuentran en proceso de alzheimerización (29 mujeres y 24 varones) fueron postulados para esta investigación por sus familiares cuidadores más cercanos o sus familiares mejor instruidos y colaborativos, que accedieron a nuestro grupo sea por conferencias realizadas en el cono sur de América Latina o en España, a través de los medios de prensa o la difusión de nuestros boletines mensuales, o bien posteriormente por las páginas web www.stopalzheimer.com.ar o www.prevenirelalzheimer.cjb.net de nuestro centro de investigaciones, y luego seleccionados para esta primera etapa de presentación de resultados y primera publicación, de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión : diagnóstico clínico con al menos un año de seguimiento y confirmación anterior a los 65 años de edad y por criterios MMSE y luego NINCDS-ADRD, escolaridad de 8 a 13 años, ingreso del grupo familiar de 200 a 350 u\$s \pm 10 %, casados, viudos o separados con no más de 10 años sin pareja, residir en la región de la cuenca media del Río Uruguay (Este de Argentina, Oeste de la R.O. del Uruguay, Sudoeste de Brasil), sin antecedentes de progenitores con Alzheimer, demencia senil, arterioesclerosis o depresiones mayores (diagnosticadas o referidas como tales por sus familiares). Se utilizaron protocolos estandarizados y validados previamente (14,19) que se agregan luego de las referencias bibliográficas, para que el familiar cuidador más estrecho, o bien el familiar más instruido y dispuesto evaluaran y ponderaran la dinámica de relación y comunicación de la persona en su mediana edad sana, de la significación de las pérdidas personales, y de la capacidad que tenía para hacer frente a una pérdida personal y seguir alternativas superadoras (afrentamiento positivo). Los mismos protocolos se utilizaron en las entrevistas realizadas a los voluntarios participantes que cursan con envejecimiento normal,

pertenecientes a grupos de la tercera edad como Clubes de Tango, Centros Folklóricos, de Danzas Folklóricas, de Samba, de Amigos, de Adultos Mayores, de Grupos solidarios laicos o confesionales, de Colectividades, de Centros de Jubilados y Pensionados y otros colectivos más específicos, o más plurales. Estos voluntarios participantes se seleccionaron de acuerdo a las condiciones de inclusión referidos previamente, excepto obviamente por cursar con envejecimiento normal los voluntarios, y además tamizados uno a uno para emparejar lo más cercanamente posible la serie de factores demográficos con las personas con Alzheimer. Dichos factores de emparejamiento son los mismos que las establecidas como condiciones de inclusión, y que incluye las siguientes “etnias” : de origen español sin aditamento, gallego, catalán, vasco, andaluz, asturiano, castellano, murciano, valenciano, portugués, italiano, hebreo, alemán, alemán del Volga, belga, suizo, francés, polaco, armenio, sirio-libanés, ruso y nativos de tercera generación. Estos participantes voluntarios, o controles, los denominamos pseudo gemelos de los casos de Alzheimer. Las entrevistas se realizaron tanto a los familiares de los casos como a los colaboradores con envejecimiento normal con conocimiento informado y aceptado de buen grado de los objetivos, finalidades y alcances de la investigación. Participaron de ellas los integrantes de nuestro grupo de investigación y los tesisistas de grado y postgrado de comunicación social, enfermería, fonoaudiología, kinesiología, medicina, obstetricia, psicología, psiquiatría y trabajo social, que recibieron un entrenamiento previo mediante un seminario, un taller y una representación teatralizada de la entrevista y posterior análisis crítico. Cada estudio requirió tres instancias : la primera de presentación y explicación del protocolo, la segunda para retirar las respuestas al cuestionario y cotejar su llenado, y la tercera para saldar dudas y faltantes halladas durante la carga de los datos e informaciones. El proceso fue controlado por el Comité de Ética en la Investigación en Ciencias de la Salud de nuestro centro de investigaciones, de acuerdo a las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos, del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002. Los datos fueron procesados con el programa Epi Info 3.0 y se indican en cada caso en Resultados los estadísticos de las pruebas de t que se analizaron y presentaron, pero que es un procesamiento restringido a los fines de este trabajo. Los tesisistas de post grado e investigadores que pudieran estar interesados en los datos crudos totales e informaciones accesorias para eventuales procesamientos ulteriores, pueden solicitarlo vía internet a la casilla de correo electrónico del director. Nuestra base de datos cuenta con 359 registros completos de casos a diciembre de 2003.

RESULTADOS

En las siguientes tablas (1-M a 4-M correspondientes a las 29+29 mujeres y 1-V a 4-V para los 24+24 varones) se presentan los valores medios sólo en enteros, las desviaciones estándar (**SD**) y los intervalos de confianza al 95 % (**IC95%**) para las siete áreas de relación-comunicación de los pseudo gemelos en su mediana edad (**DRC_m**) en la escala 0-100, de la ponderación de las pérdidas personales significativas acaecidas (**PPS**) en la escala 0-100, del factor de afrontamiento positivo de las mismas (**FAP**) en la escala 0-1, y de la resultante de aplicar dicho factor al monto de las pérdidas personales en cada área para obtener una estimación de la dinámica de relación y comunicación

previa a la instalación del Alzheimer o actual para el caso de los controles (**DRC_f**), de acuerdo al algoritmo **DRC_f = DRC_m - PPS (1 - FAP)**, para cada uno de los pares de pseudo gemelos. Se presentan además los valores de **P** y de las significaciones estadísticas de las diferencias, **S.E.D.**, como **AS** : altamente significativas, **S** : significativas, **ES** : escasamente significativas, y **NS** : no significativas, siguiendo en lo conceptual a Gardner y Altman, de 1993 en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 114(6):536-549.

Al comparar en primer lugar la dinámica relacional y comunicacional en la mediana edad, se observa que las seudo gemelas que cursan con envejecimiento normal presentan un perfil de relación-comunicación francamente más plural, con diferencias significativas especialmente en las valoraciones y consideraciones de sí mismas, en las relaciones sociales, en relación con las entidades abstractas, en lo sexual y muy escasamente en lo laboral, no así con relación a la pareja y las relaciones familiares.

Tabla 1.M : Ponderación de la dinámica relacional-comunicacional en la escala 0 (nula) a 100 (máxima) en la mediana edad (DRC_m) en 29 pares de seudo gemelas con y sin Alzheimer

	<i>Mujeres actualmente con Alzheimer</i>	<i>Pseudo gemelas normales</i>	Test de t Valores P y S.E.D.
DRC_m 1 <i> consigo misma</i>	47±13 IC95% 42-52	70±10 IC95% 66-72	P<0,0005 MS
DRC_m 2 <i> con la pareja</i>	70±12 IC95% 66-74	67±9 IC95% 64-70	P > 0,43 NS
DRC_m 3 <i> con familiares</i>	72±10 IC95% 69-75	70±7 IC95% 66-74	P > 0,46 NS
DRC_m 4 <i> con lo social</i>	45±12 IC95% 38-44	72±10 IC95% 67-77	P < 0,01 S
DRC_m 5 <i> con lo laboral</i>	54±12 IC95% 47-61	61±11 IC95% 57-65	P 0,5 NS
DRC_m 6 <i> con lo sexual</i>	60±8 IC95% 57-63	69±7 IC95% 65-73	P < 0,005 S
DRC_m 7 <i> con lo abstracto</i>	41±12 IC95% 38-44	70±12 IC95% 67-73	P < 0,0005 MS

La situación correspondiente pero entre los varones afectados y sus pseudo gemelos normales se presenta de la siguiente manera :

Tabla 1.V : Ponderación de la dinámica relacional-comunicacional en escala 0 (nula) a 100 (máxima) en la mediana edad (DRC_m) en 24 pares de seudo gemelos con y sin Alzheimer

	<i>Varones actualmente con Alzheimer</i>	<i>Pseudo gemelos normales</i>	Test de t Valores P y S.E.D.
DRC_m 1 <i> consigo mismo</i>	56±9 IC95% 53-59	73±8 IC95% 69-77	P <0,005 S
DRC_m 2 <i> con la pareja</i>	65±12 IC95% 60-70	69±11 IC95% 65-73	P 0,41 NS
DRC_m 3 <i> con familiares</i>	64±10 IC95% 60-68	61±12 IC95% 57-65	P 0,40 NS
DRC_m 4 <i> con lo social</i>	42±18 IC95% 31-53	68±12 IC95% 63-73	P <0,005 S
DRC_m 5 <i> con lo laboral</i>	81±10 IC95% 78-84	84±13 IC95% 78-90	P 0,18 NS
DRC_m 6 <i> con lo sexual</i>	73±11 IC95% 70-76	76±9 IC95% 72-80	P 0,15 NS
DRC_m 7 <i> con lo abstracto</i>	49±16 IC95% 43-55	72±14 IC95% 67-77	P <0,005 S

El mismo patrón de diferencias entre afectados y normales se presenta entre los varones en la mediana edad en lo que hace a la relación consigo mismos, con lo social y con lo abstracto, pero entre estos pseudo gemelos las diferencias entre ellos en las cuatro áreas restantes no resultaron significativas.

La ponderación objetiva de las pérdidas que han tenido las mujeres, tanto las afectadas como sus pseudo gemelas con envejecimiento normal, se presentan en la siguiente tabla :

Tabla 2-M : Ponderación de las pérdidas personales significativas (PPS) en la escala 0 (no tuvo) a 100 (total) de 29 pares de seudo gemelas, con y sin Alzheimer

	<i>Mujeres actualmente con Alzheimer</i>	<i>Pseudo gemelas normales</i>	Test de t Valores P y S.E.D.
PPS 1 <i>de sí misma</i>	41±22 IC95% 34-48	20±8 IC95% 17-23	P 0,05 ES
PPS 2 <i>de la pareja</i>	64±22 IC95% 58-70	51±17 IC95% 47-55	P 0,495 NS
PPS 3 <i>de familiares</i>	41±22 IC95% 35-47	28±15 IC95% 21-35	P 0,495 NS
PPS 4 <i>de lo social</i>	24±10 IC95% 20-28	15±7 IC95% 12-18	P 0,07 ES
PPS 5 <i>de lo laboral</i>	26±20 IC95% 20-32	37±22 IC95% 30-44	P 0,45 NS
PPS 6 <i>de lo sexual</i>	46±13 IC95% 42-50	43±19 IC95% 35-51	P 0,2 NS
PPS 7 <i>de lo abstracto</i>	22±20 IC95% 12-32	17±5 IC95% 15-19	P 0,2 NS

Esta componente no presenta diferencias notables entre uno y otro grupo, excepto en la relación consigo mismas y con lo social, pero con escasa significación estadística. Es posible que las ponderaciones se encuentren sesgadas en parte por la situación sana de las participantes con envejecimiento normal, y porque su pertenencia a colectivos dinámicos de la tercera edad les da una impronta especial, y viceversa para las afectadas.

En cambio, la ponderación de las pérdidas efectivamente acaecidas en los varones de este estudio se presentan en la siguiente tabla :

Tabla 2-V : Ponderación de las pérdidas personales significativas (PPS) en la escala 0 (no tuvo) a 100 (total) de 24 pares de seudo gemelos, con y sin Alzheimer

	<i>Varones actualmente con Alzheimer</i>	<i>Pseudo gemelas normales</i>	Test t Valores P y S.E.D.
PPS 1 <i>de sí mismo</i>	47±17 IC95% 39-55	33±12 IC95% 29-37	P <0,025 ES
PPS 2 <i>de la pareja</i>	49±32 IC95% 37-61	22±23 IC95% 11-33	P 0,31 NS
PPS 3 <i>de familiares</i>	32±18 IC95% 25-39	36±20 IC95% 28-44	P 0,30 NS
PPS 4 <i>de lo social</i>	42±15 IC95% 37-47	46±13 IC95% 41-51	P 0,2 NS
PPS 5 <i>de lo laboral</i>	69±15 IC95% 61-77	57±24 IC95% 49-65	P 0,45 NS
PPS 6 <i>de lo sexual</i>	35±15 IC95% 28-42	27±16 IC95% 20-34	P 0,33 NS
PPS 7 <i>de lo abstracto</i>	63±15 IC95% 55-71	59±16 IC95% 53-65	P 0,25 NS

Entre los varones pseudo gemelos aquí estudiados tampoco aparecen diferencias en las pérdidas efectivamente sufridas, excepto en la relación consigo mismos en que aparece una diferencia, aunque escasamente significativa desde el punto de vista estadístico.

El indicador de la modalidad con que la persona ha enfrentado a sus pérdidas se ha sistematizado con el protocolo anexo correspondiente, y se presenta en las siguientes tablas, la primera para las mujeres y la segunda para los varones :

Tabla 3-M : Factor de afrontamiento positivo de las pérdidas personales acaecidas (FAP) en la escala 0 (pérdida no superada en absoluto) a 1 (pérdida superada totalmente), en 29 pares de seudo gemelas, con y sin Alzheimer

	<i>Mujeres actualmente con Alzheimer</i>	<i>Pseudo gemelas normales</i>	Test de t Valores P Y S.E.D.
Factor de afrontamiento positivo (FAP)	0,34 ± 0,12 IC95% 0,29-0,39	0,71 ± 0,11 IC95% 0,67-0,75	P <0,0005 MS

Este factor es indudablemente el que presenta las diferencias más notables y altamente significativas estadísticamente, por lo que podríamos decir que se trata de una componente clave en el proceso de instalación de la alzheimerización.

Tabla 3-V : Factor de afrontamiento positivo de las pérdidas personales acaecidas (FAP) en la escala 0 (pérdida no superada en absoluto) a 1 (pérdida superada totalmente), en 24 pares de seudo gemelos, con y sin Alzheimer

	<i>Varones actualmente con Alzheimer</i>	<i>Pseudo gemelos normales</i>	Test de t Valores P y S.E.D.
Factor de afrontamiento positivo (FAP)	0,43 ± 0,14 IC95% 0,36-0,50	0,66 ± 0,10 IC95% 0,62-0,70	P <0,0005 MS

Entre los pseudo gemelos vuelve a repetirse la notable diferencia en la capacidad de afrontamiento de las pérdidas por las que han atravesado, aunque las diferencias son menores que en las mujeres.

Por último presentamos la resultante de aplicar el algoritmo al que hicimos referencia, para obtener las estimaciones de la Dinámica de Relación y Comunicación, bien previas al diagnóstico de Alzheimer en unos casos, o actuales, en los participantes con envejecimiento normal.

Tabla 4-M : Estimación de la Dinámica de Relación y Comunicación previa a la instalación del Alzheimer o actual en las colaboradoras con envejecimiento normal (DRC_f), obtenida a partir de aplicar el Factor de Afrontamiento Positivo a los perfiles DRC en la mediana edad, de acuerdo al algoritmo
 $DRC_f = DRC_m - PPS(1 - FAP)$

	<i>Mujeres actualmente con Alzheimer</i>	<i>Pseudo gemelas normales</i>	Test de t Valores P y S.E.D.
DRC_f 1 consigo misma	23±12 IC95% 18-28	49±10 IC95% 44-54	P<0,0005 MS
DRC_f 2 con la pareja	28±16 IC95% 21-35	44±13 IC95% 40-48	P 0,4 NS
DRC_f 3 con familiares	45±10 IC95% 41-49	48±12 IC95% 44-52	P 0,47 NS
DRC_f 4 con lo social	29±12 IC95% 23-35	70±13 IC95% 65-75	P<0,0005 MS
DRC_f 5 con lo laboral	35±10 IC95% 31-39	53±11 IC95% 49-57	P<0,0005 MS
DRC_f 6 con lo sexual	24±10 IC95% 17-31	47±12 IC95% 42-52	P<0,0005 MS
DRC_f 7 con lo abstracto	25±10 IC95% 21-29	53±13 IC95% 48-58	P<0,0005 MS

Se observa una acentuada diferencia entre ambos grupos de casos y sus pseudo gemelas en lo que hace a su mundo de relación-comunicación, muy francamente disminuida en el caso de las personas que entrarían en alzheimerización. Excepto en la relación con su pareja y con los familiares, en las demás áreas las diferencias resultaron de elevada significación estadística.

Los correspondientes datos para los pares de pseudo gemelos varones se presentan seguidamente :

Tabla 4-V : Estimación de la Dinámica de relación y comunicación previa a la instalación del Alzheimer o actual en los controles con envejecimiento normal (DRC_f), obtenida a partir de aplicar el Factor de afrontamiento positivo a los perfiles DRC en la mediana edad,

	<i>Varones actualmente con Alzheimer</i>	<i>Pseudo gemelos normales</i>	Test de t Valores P y S.E.D.
DRC_f 1 consigo mismo	34±12 IC95% 28-40	60±10 IC95% 56-64	P<0,0005 MS
DRC_f 2 con la pareja	52±23 IC95% 40-60	65±14 IC95% 58-72	P 0,475 NS
DRC_f 3 con familiares	46±13 IC95% 41-51	50±17 IC95% 42-58	P 0,27 NS
DRC_f 4 con lo social	23±17 IC95% 15-31	52±12 IC95% 46-58	P<0,0005 MS
DRC_f 5 con lo laboral	43±13 IC95% 39-47	64±18 IC95% 57-71	P<0,0005 MS
DRC_f 6 con lo sexual	54±30 IC95% 35-63	68±11 IC95% 64-72	P <0,0005 ES
DRC_f 7 con lo abstracto	18±15 IC95% 11-25	53±14 IC95% 47-59	P<0,0005 MS

Aquí no resultaron significativas las diferencias con relación a la pareja y a la familia, en tanto que se repite a similitud de lo ocurrido con las mujeres con diferencias muy significativas en la relación consigo mismo, con lo social, con lo laboral y con lo abstracto.

DISCUSIÓN

En esta serie de presentaciones, del cual el presente trabajo forma parte, se van introduciendo nuevos casos a partir de aquellos que constituyen nuestra base de datos iniciada en 1988, y en esta oportunidad hemos seleccionados los participantes afectados y normales por medio del emparejamiento uno a uno con diversos factores, precisamente los que ya fueron estudiados y considerados como asociados al Alzheimer en muy diversas investigaciones. De esta manera esperamos poder reducir drásticamente su influencia y su variabilidad entre los pares de pseudogemelos, unos con Alzheimer y otros con envejecimiento normal. Esta metodología ha sido posible por otra parte por el trabajo sostenido durante años de diferentes camadas de nuestros tesisistas de grado y postgrado con los colectivos de la tercera edad, que son numerosos en nuestra región y con una gran disposición a colaborar en investigaciones, lo que constituye una inestimable ayuda.

En este estudio vuelve a repetirse la situación que hemos reportado previamente (14,19 y 23) en el sentido de que los perfiles de relación y comunicación de las personas que luego entrarían en el proceso Alzheimer, son francamente menores que el de las personas con envejecimiento normal, y esto mismo coincide con otras investigaciones (11-13,15-18,20-22). A su vez, el perfil de las pérdidas personales significativas se muestra similar, aunque no igual, entre ambos grupos, con una diferencia de mayor peso de ciertas pérdidas en el grupo con envejecimiento normal, pero que no ha resultado significativo desde el punto de vista estadístico, y es probable que se deba a la variabilidad intrínseca de este tipo de ponderaciones personales y psicosociales, y también al azar, por el tamaño de la muestra.

Las diferencias más notorias en lo que hace a la dinámica de relación y de comunicación tanto entre los pseudo gemelos mujeres como varones, se da en la relación consigo mismos, con lo social y con las entidades abstractas. A este último respecto, cabe aclarar que la evaluación de este último componente tiene aquí una remota relación con el nivel de escolaridad, que es el indicador más frecuentemente usado en las investigaciones entre “educación” y Alzheimer. De hecho no aparece en nuestro protocolo, ya que no se le adjudica mayor peso. Así por ejemplo, un ingeniero con un post grado universitario, podría llegar a tener en nuestra evaluación una relación más restringida con las entidades abstractas que una ama de casa que está informada de los acontecimientos sociales, nacionales e internacionales, lee novelas o está realizando un taller de teatro, por ejemplo.

Este tipo de investigaciones tienen como limitación el que las informaciones vertidas por los familiares de la persona afectada con relación a los rasgos de la personalidad que se les solicitan ponderar, o sobre las pérdidas personales incluso, no deben ser con seguridad independientes del hecho mismo de la situación actual de dichas personas. Así como que las pseudo gemelas y pseudo gemelos con envejecimiento normal, al pertenecer a colectivos dinámicos de los adultos mayores, seguramente están sesgados hacia la positividad. No obstante, los resultados están alineados coherente y consistentemente con una lógica de producción del fenómeno Alzheimer, y es posible prever perfeccionamientos metodológicos ulteriores

En cambio, la componente psicosocial relativa a la capacidad de encontrar una alternativa y seguirla frente a una dada pérdida importante, que se corresponde

conceptualmente a la expresión *afrentamiento* (*positivo*, agregamos) utilizado en investigaciones europeas, presenta aquí diferencias que no sólo son estadísticamente muy significativas, sino que puede decirse que constituye una de las claves importantes en el proceso de instalación del Alzheimer. De hecho el escenario, previo al inicio del problema, de relaciones sociales de las personas afectadas, está extraordinariamente disminuido frente a sus pseudo gemelos con envejecimiento normal, no tanto por el monto mismo de las pérdidas acaecidas, sino por el bajo valor de este factor.

Entendemos que esta secuencia de acontecimientos conduce a colocar a la persona en una situación de constricción relacional extrema y sin capacidad de recuperación por sus propios medios, dando lugar a una crisis personal extrema, que para el observador externo aparece como una depresión *sui generis* (48-52), cuando que en realidad se trata de otra situación. Y esto podría explicar la disparidad en los estudios sobre esta fase del Alzheimer, ya que sería diferente su etiología. Situación que pronto se convertirá en un auto bloqueo de las vías sensoriales, que es también otra mirada y otra categoría descriptiva para aquello tan estudiado como variable de las disfunciones cognitivas en las etapas iniciales del Alzheimer (53-58).

Suponemos que en el interin se ha decidido *desear la muerte*, o bien se ha perdido *todo interés en seguir viviendo*, y que ello se instrumenta precisamente mediante dicho bloqueo progresivo y cada vez más efectivo de lo sensorial, a despecho de la integridad de las correspondientes vías funcionales (56-58). Y el recurrir a cortar la conexión con la realidad se comprende, ya que es algo que sabemos bien hacer todos como parte de la modulación y regulación natural de los estímulos externos. Así la persona mira pero no ve, toca pero no siente, escucha pero no oye, todo lo cual, aunque utilizando otras categorías nosológicas, se han descriptos abundantemente en la bibliografía.

Las consecuencias de todo ello serán profundas, dado que se altera el mecanismo natural, la fuente cotidiana del mecanismo de reforzamiento de las redes neuronales y sus emergentes, la funciones cerebrales, y que se efectúa por medio de la actividad sensorial permanente, y con ello aquellas comenzarán un lento e inexorable proceso de desintegración.

Este es básicamente el enunciado de nuestra teoría psico-socio-neuro-biológica sobre el establecimiento del fenómeno denominado Alzheimer. Pero que también puede considerarse como la postulación de un mecanismo que traza un puente objetivo, constatable, entre el ser social y el ser biológico, entre una personalidad peculiar en una dada cultura y con una cierta historia de vida, y la afectación somática, que puede tener connotaciones más allá de su aplicación en los casos de Alzheimer.

AGRADECIMIENTOS

A los tesisistas de grado y posgrado de Argentina y Uruguay que a lo largo de años han colaborado con estas investigaciones en la realización de las tareas de campo. A los médicos geriatras, psiquiatras y neurólogos de los tres países que participaron en la ejecución de los MMSE y la aplicación de los criterios NINCDS-ADRD y clínicos. Y a los miembros de los grupos comunitarios de adultos mayores y de la tercera edad de Argentina, Brasil y Uruguay, siempre dispuestos a brindar su apoyo en forma desinteresada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española (1992), Diccionario de la Lengua Española, XXI Ed., pp. 852.
2. Boller F, Forbes MM. (1998), History of dementia and dementia in history : an overview. *J of the Neurol Sciences* 158:125-133.
3. Henson R.(1988), Maurice Ravel's illness : a tragedy of lost creativity. *Br Med J* 296:1585-8.
4. Dalessio D.(1984), Maurice Ravel and Alzheimer's disease. *J Am Med Assoc* 252:3412-3.
5. Crichton P. (1993), Jonathan Swift and Alzheimer's disease. *Lancet* 342:874.
6. Estes C, Binney E. (1989), The biomedicalization of aging : dangers and dilemmas. *The Gerontologist* 29:587-96.
7. Alberca R. Heterogeneidad clínica de la enfermedad de Alzheimer. En : Alberca R., López Pousa (eds.): *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias*, 2ª. Ed. Madrid : Panamericana 2002; 279-286.
8. Richarz B.(1997), Considerations to the Psychosomatics of Alzheimer's Disease. *Dynamische Psychiatrie* ; (166/167): 340-55.
9. Bauer J. (1997), Benefits of psychotherapeutic treatment in Alzheimer patients in the early stage of the disease. *Nervenarzt* 68:421-424.
10. Richarz B.(1996), Psychodynamische un gruppensdynamische. Aspekte einer Alzheimer Demenz. *Dyn. Psychiat* 29:101-115.
11. Oswald WD. (2001), Non-drug therapy and prevention of Alzheimer disease. *Z Gerontol Geriatrie* 34/2:116-121.
12. Kondo K, Yamashita I. (1990), A case-control study of Alzheimer's disease in Japan : association with inactive psychosocial behaviors. En Hasegawa K, Homma A, Eds, *Psychogeriatrics biomedical and social advances*. Amsterdam : Excerpta Medica pp. 49-53.
13. Mortimer JA. Do psychosocial risk factors contribute to Alzheimer's disease ? In : Henderson AS., Henderson JH.. editors. *Etiology of dementia of Alzheimer's type*. Chichester. John Wiley & Sons 1988; 39-52.
14. Sanchez LM y Garcia JD.(1995), La patología de la sociabilidad y la comunicación como fase previa a la instalación de la enfermedad de Alzheimer. II Congreso del Comité Regional Latinoamericano-International Association of Gerontology, 11:26-30, Buenos Aires.
15. Linn RT, Wolf PA, Bachman DL, Knoefel JE, Cobb JL, Belanger AJ, et al. (1995), The "preclinical phase" of probable Alzheimer's disease. A 13-year prospective study of the Framingham cohort. *Arch Neurol* 52:485-90.
16. Kropiunigg U, Sebek K, Leonhardsberger, Schemper M, Dal'Bianco P. (1999), Psychosocial risk factors for Alzheimer's disease. *Psychoter Psychosom Med Psychol* 49:153-9.

17. Conde Sala JL.(1999), Personalidad premórbida y factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 34:157-61.
18. Malinchoc M, Rocca WA, Coligan RC, Offord KF, Kokmen E. (1997), Premorbid psychosocial proceses in patients with Alzheimer's disease : an exploratory case-control study. *Behav Neurol* 10:117-20.
19. Sanchez LM. (2003), Dinámica relacional y comunicacional y perfiles de pérdidas personales en la fase preclínica de casos de Alzheimer no genético de instalación temprana, *Geriatrionet.com* 5(2):1-14.
20. Bauer J, Stadtmüller G, Qualmann J, Bauer H. (1995), Prämorbide psychologische Prozesse bei Alzheimer-Patienten un bei Patienten mi vaskulären Demenzerkrankungen. *Z Gerontol Geriat* 28:179-189.
21. Sanchez LM (1996), Psychosocial corraling profiles at the preclinical phase as a trigger for the Alzheimer's disease. *Alzheimer Disease International*, 12th International Conference, Jerusalem.
22. Friedland RP, Smyth KA, Rowland DY, Esteban-Santillan C, Koss E, Cole R et al. Pre-morbid activities in patients with Alzheimer's disease as compared to age- and sex- matched controls : Results of a case-control study. In : Iqbal, K : Winblad, B; Nishimura T; Takeda M; Wisniewski HM eds.*Alzheimer's disease : Biology, diagnosis and therapeutics*. New York : Wiley; 1997:33-37.
23. Coleman WH.(2000), Importance of behavioral and psychological symptoms of dementia in primary care. *Psychogeriatr* 12:67:72.
24. Cahill S. (1996), Family carers recognition of early stage dementia. *Alzheimer Disease International*, 12th International Conference, Jerusalem.
25. La Rue A, Watson S, Plotkin D. (1993), First symptoms of dementia : a study of relatives' reports. *Int J Geriatr Psychiatry* 8:239-245.
26. Shen Y. (1992), A case-control study of risk factors on Alzheimer's disease. Multicenter collaborative study in China. *Chung Hua Shen Ching Shen Ko Tsa Chih* 25:284-7.
27. Helmer C, Damon D, Letenneur L, Fabrigoule C, Barberger-Gateau P, Lafont S, et al. (1999), Marital status and risk of Alzheimer's disease : a French population-based cohort study. *Neurology* 53:1953-8.
28. Pecyna SM. (1993), Effect of psychological family crises on manifestations of Alzheimer's disease in people of working age. *Przegl Epidemiol* 47:343-8.
29. Wang H X, Karp A, Winblad B, Fratiglioni L. (2002), Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia : a longitudinal study from the Kungsholmen Project. *Am J Epidemiol* 155:1081-7.
30. Danner DD, Snowdon DA. (2001), Positive emotions in early and longevity : finding from the Nun Study. *J Pers Soc Psychol* 80:804-13.
31. Fratiglioni L, Grut M, Forsell Y, Viitanen M, Grafstrum M, Holmen K, et al. (1991), Prevalence of Alzheimer's disease and other dementias in an elderly urban population : relationship with age, sex and education. *Neurology* 41:1886-1892
32. Katzman R.(1993), Education and the prevalence of dementia and Alzheimer disease. *Neurology* 43:13.

33. Mortimer JA, Graves AB. (1993), Education and other socioeconomic determinants and Alzheimer's disease. *Neurology* 43(suppl 4):S39-S44.
34. Martinez Lage JM. (2001), Educación, reserva cerebral y factores de riesgo de demencia y enfermedad de Alzheimer. *Med Clin (Barcelona)* 116:418-21.
35. Schmand B, Smit J, Geerlings ML. (1997), Low education is a genuine risk factor for accelerated memory decline and dementia. *J of Neurology, Neurosurgery and Pshchiatry* 59:170.174.
36. Stern Y, Gurland BJ, Tatemichi TK, Tang MX, Wilder D, Mayeaux R.(1994), Influence of education and occupation on the incidence of Alzheimer's disease. *J Am Med Assoc* 271:1004-1010.
37. Ravaglia G, Forti P, Maioli F, Orlanducci O, Sacchett L, Flisi E, et al.(2002), Education, occupation and prevalence of dementia : findings from the Conselice Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 14:90-100.
38. Bonaiuto S, Rocca WA, Lippi A, Giannandrea E, Mele M, Cavarzeran F, et al. (1995), Education and occupation as risk factors for dementia : a population-based case-control study. *Neuroepidemiology* 14:101-109.
39. Ott A, van Rossum CTM, van Harskam F, von de Mheen H, Hofman A, Breteler MM. (1999), Education and the incidence of dementia in a large population-based study: the Rotterdam Study. *Neurology* 53:663-666.
40. Cobb JL, Wolf PA, Au R, White R, D'Agostino RB. (1995), The effect of education on the incidence of dementia and Alzheimer's disease in the Framingham Study. *Neurology* 45:1707-1712.
41. Evans DA, Hebert LE, Beckett LA, Scherr PA, Albert MS, Chown MJ, et al. (1997), Education and other measures of socioeconomic staus and risk of incident Alzheimer disease in a defined population of older persons. *Arch Neurology* 54:1399-1405.
42. Hendrie HC, Osuntokun BO, Hall KS. (1995), Prevalence of Alzheimer's disease and dementia in two communities : nigerian africans and african Americans. *Am J Psychiatry* (152):1485-92.
43. Hendrie HC. Alzheimer's disease : a review of cross cultural studies. In : Mayeux R, Christen Y Eds. *Epidemiology of Alzheimer's disease : from gene to prevention*. Berlin: Springer 1999; 87-101.
44. Hendrie HC, Hall KS, Pillay N, et al.(1993), Alzheimer's disease is rare in Cree. *Int Psychogeriatr* 5:5-14.
45. Whaley LJ, Thomas BM, McGonical G, Starr JM. (1995), Epidemiology of presenile Alzheimer's disease in Scotland (1974-88): 1. Non-random geographical variation. *British J of Psychiatry* 167:728-731.
46. Brenner SR. (2001), Lower incidence of Alzheimer disease in an Indian community compared with an American community. *Arch Neurol* 58:517.
47. Dold C. (2001), Lifestyle and Alzheimer disease - study strengthens link, *Bulletin WHO* 79:378.

48. Speck CE, Kukull WA, Brenner DE, Bowen JD, McCormick WC, Teri L, et al. (1995), History of depression as a risk factor for Alzheimer's disease. *Epidemiology* 6:366
49. Devanand D, Sano M, Tang M, Taylord S, Gurland B, Wilder D, et al. (1996), Depressed mood and the incidence of Alzheimer's disease in the elderly living in the community. *Arch Gen Psychiatry* 53:175-182.
50. Starkstein SE, Chemerinski E, Sabe L.(1997), Prospective longitudinal study of depression and anosognosia in Alzheimer's disease. *British J of Psychiatry* 171:47-52.
51. Förstl H, Burns A, Luthert P.(1992), Clinical and neuropathological correlates of depression in Alzheimer's disease. *Psychological Medicine* 22:877-884.
52. Loreck DJ, Folstein MF. Depression in Alzheimer's disease. In *Depression in Neurologic disease* (Eds Starkstein SE & Robinson RG), pp. 50-62. Baltimore, MD: John Hopkins University Press, 1993.
53. Kaskie B, Storandt M. (1995), Visuospatial deficit in dementia of the Alzheimer type. *Arch Neurol* 52:422-425.
54. Kurylo DD, Corkin S. Allard T., Zatorre RJ. (1993), Auditory function in Alzheimer's disease. *Neurology* 43:1893-1899.
55. Binetti G, Cappa SF, Magni E, Padovani, Bianchetti A & Trabucchi M. (1998), Visual and spatial perception in the early phase of Alzheimer's disease. *Neuropsychology* 12(1):29-33.
56. Davies DC, Mccoubrie P, McDonald B, et al. (1995), Myelinated axon number in the optic nerve is unaffected by the Alzheimer's disease. *British J of Ophtalmology* 79:596-600.
57. Tipper SP, Weaver B, Houghton G. (1994), Behavioral goals determine inhibitory mechanisms of selective attention. *Quaterly J of Exptl Psychology* 47A:809-840.
58. Marmonier J-P, Charles A. (1995), Démence et résolution de problemes un déclin progressif des structures de controle. *Revue européenne de Psychologie Appliquée*, 3er. Trimestre vol 45, No.3, pp. 203-214.

**Protocolo A,
para la evaluación de la dinámica de relación y comunicación**

(DRC). En todos los casos se solicita al familiar cuidador o familiar muy cercano una ponderación global de entre 0 y 100.

DRC 1 : par consigo mismo : nivel de autoestima, de autovaloración, grado de libertad para tomar decisiones propias, cuidado que le mereciera su salud, cuidado de su vestimenta, de su aseo y su estética, de su estado físico, el resguardo de sus formas particulares de ocio y recreación, el resguardo de sus objetos propios. Su cultivo intelectual, su interés por aprender cosas nuevas, por estar informado de hechos ajenos y/o lejanos, reconocimiento de talentos propios y capacidades adquiridas sean físicas o intelectuales.

DRC 2 : en la pareja : parte de la vida dedicada a atender su relación de pareja, acompañamiento al otro, grado de dependencia y/o necesidad del otro, acuerdo con el otro para la toma de decisiones sociales o financieras, dificultad para la utilización inconsulta del dinero por los gastos diarios, dificultad para la realización de actividades sociales propias, afectación por los problemas de su pareja.

DRC 3 : con familiares : concentración de relación afectiva con algunos familiares (excluyendo esposo/esposa o pareja), grado de desplazamiento relacional en dirección a algún o algunos familiares (hijos, nietos, sobrinos, etc) más allá de la atención cotidiana hogareña habitual, grado de compromiso con lo que le sucede a ciertos familiares, grado de afectación por percances menores que afectaron a dichos familiares.

DRC 4 : con lo social : grado de pertenencia y participación con un colectivo social, cultural, deportivo o religioso. Grado de concurrencia a reuniones sociales tales como reuniones familiares, barriales, escolares, muestras, conferencias, exposiciones, representaciones u otras. Grado en que se ha involucrado en lo político (no sólo partidario). Nivel de participación activa, espontánea y natural con lo religioso instituido. Cantidad y riqueza de amistades con quienes comparte actividades sociales.

DRC 5 : con lo laboral (incluye el trabajo en el hogar y los que son por cuenta propia) : grado de importancia otorgado al trabajo, de compromiso con la eficacia y eficiencia de su tarea, cumplimiento, cuidado y respeto dispensado a su trabajo, grado de prioridad otorgado al trabajo.

DRC 6 : con lo sexual : grado de importancia otorgada a la relación sexual. Frecuencia con que, a través de distintas formas verbales, gestuales, en forma de bromas o comentarios, dejaba traslucir el peso de lo sexual. Preocupación por la motivación sexual, preocupación por la posibilidad de declinación sexual, o por los impedimentos físicos para la expresión sexual.

DRC 7 : DRC con las entidades abstractas y el pensamiento : grado de interés en los informativos, en la problemática política social o gremial, frecuencia de lectura de periódicos y pluralidad de temas consultados, frecuencia de lectura de libros o revistas de contenidos plurales, concurrencia a conferencias, cursos o actividades intelectuales. Participación en conversaciones sobre temas teóricos o abstractos, reales o virtuales, grado de auto reconocimiento de influencia o liderazgo intelectual, grado de capacidad de convencimiento y de convocatoria con la palabra. Interés en los temas abstractos traídos al seno del hogar por hijos o nietos, interés en las nuevas tecnologías y los nuevos equipos.

**Protocolo B,
para la evaluación del grado de afectación sobre la persona de una pérdida personal significativa (PPS).** En todos los casos se solicita al familiar cuidador o familiar muy cercano que pondere la importancia de la pérdida entre 0 y 100.

PPS 1 : de una pérdida en él mismo, sea de memoria, del habla, del lenguaje, del pensamiento, de su posibilidad de desplazamiento, de su visión, de su audición, de su autoestima, autovaloración, libertad y posibilidades que antes tenía..

PPS 2 : Pérdida de su pareja, total o parcial, sea debido a fallecimiento, separación, alejamiento, incapacitación importante

PPS 3 : Pérdida de aquellos familiares sobre el cual o cuales había depositado la mayor parte de su energía emocional (excluye al esposo/esposa o la pareja), ya sea por fallecimiento, traslado, casamiento, u otra causa.

PPS 4 : Pérdida de pertenecer a un colectivo social, deportivo o cultural, de concurrir a exposiciones, muestras, conferencias, representaciones, u otras, de participar activamente en cuestiones político sociales o gremiales, o de tener una participación activa con lo religioso, de haber perdido o no haber podido continuar con amistades a través de las cuales se relacionaba socialmente.

PPS 5 : Pérdida del trabajo, sea por jubilación, incapacitación, despido u otra razón, o reducción importante de de la eficacia y eficiencia del trabajo, sea por motivos físicos o intelectuales propios, o por razones externas.

PPS 6 : pérdida de la relación o de la actividad sexual no debida a fallecimiento de su pareja, sino por razones propias o de su pareja sexual.

PPS 7 : pérdida intelectual, del pensamiento, de su capacidad de sostener una relación dinámica con las entidades abstractas, pérdida de la comunicación y expresión, pérdida de su posición social-intelectual (profesión, docencia, gerenciamiento, dirección, jefatura de grupo de trabajo, jefatura de sección o encargado, titular de taller propio, de colectivo social, político, gremial, cultural, religioso, etc.), o pérdida de la capacidad de mantener conversaciones significativas con familiares, vecinos, amigos o compañeros del colectivo al que perteneciera.

Protocolo C

Factor de afrontamiento positivo (FAP), y capacidad de encontrar alternativas a pérdidas personales significativas

A ponderar por el familiar cuidador o familiar más cercano en la escala 0 a 1 para cada uno de los ítems que se indican a continuación (escala de 0 a 1 en todos los casos).

1.-capacidad para superar y resolver positivamente pérdidas nimias, como desperfectos en el hogar, el automóvil o similar. Disposición inmediata a encontrar la solución más expedita, eficaz y eficiente posible.

2.-Capacidad para enfrentar y buscar salidas y alternativas frente a situaciones de pérdidas intermedias, como despidos de trabajo, imposibilidad de vacacionar, enfermedades transitorias, incapacidades transitorias, alejamiento de los hijos por razones laborales o de constitución de nuevo núcleo familiar, u otras similares.

3.-Capacidad para enfrentar pérdidas muy significativas, como fallecimientos de la pareja, hijos o familiar muy apegado, abandonos, alejamientos afectivos traumáticos, pérdidas significativas de la capacidad física, pérdida auto reconocida de la capacidad mental, declinación sexual importante, gran decepción moral, accidente con muertes de allegados, enfermedad con pronóstico fatal, u otro acontecimiento de similar nivel de importancia.

4.-capacidad de sobrellevar, es decir, iniciar una alternativa de reemplazo, más allá que muestra no haber superado la pérdida.
