

Anahí Brizuela

Impulsividad en la vejez: entre el impulso y el cuidado

Anahí Brizuela

**Impulsividad en la vejez:
entre el impulso y el cuidado**

Brizuela, María Anahí

Impulsividad en la vejez : entre el impulso y el cuidado / María Anahí Brizuela. - 1a ed. - Almirante Brown: María Anahí Brizuela, 2026.

48 p. ; 23 x 16 cm.

ISBN 978-631-01-3635-6

1. Adultos Mayores. 2. Trastornos en Adultos Mayores. I. Título.

CDD 155.6

Primera Edición febrero 2026

Edición:

Graciela Vega

Diseño de interior y tapa:

Graciela Einschlag

Impreso en Buenos Aires, en febrero de 2026



Dedicatoria

A la Profesora Dra. Alicia Kabanchik,
maestra de la Psiquiatría Geriátrica.
A mi familia.

Índice

Prólogo.....	7
Capítulo 1 - ¿Qué es la impulsividad?.....	9
Impulsividad a lo largo de la vida.....	10
Manifestaciones particulares en la vejez.....	10
¿Cuántas formas de impulsividad existen?.....	11
Impulsividad, sensaciones y otros trastornos	12
El cerebro emocional y el error de Descartes.....	13
Modelo de Goldar	13
Impulsividad en enfermedades.....	14
Apatía e impulsividad.....	15
Identidad, conciencia y regulación emocional	18
Capítulo 2 - Formas de impulsividad en la vejez	19
Capítulo 3 - Riesgos asociados a la impulsividad en adultos mayores.....	21
Capítulo 4 - El entorno como regulador del impulso	23
El rol de los cuidadores, familiares, instituciones. La tolerancia social ante el comportamiento impulsivo.....	23
Accidentes.....	23
Impulsividad, accidentes y suicidio.....	25
El suicidio	26
Impulsividad y agresividad.....	26
Impulsividad.....	27
Relación entre impulsividad y conducta suicida	27
ISRS, impulsividad, agresividad y suicidio.....	27

Capítulo 5 - Estrategias para el abordaje clínico y cotidiano	29
Entrevista clínica.....	29
Entorno y contexto	30
Técnicas psicológicas y psicoeducación.....	30
Terapias cognitivo-conductuales	30
Terapia psicoanalítica	30
Musicoterapia y terapias no farmacológicas	31
Medicación antimpulsiva.....	31
Capítulo 6 - Impulsividad y dignidad en la vejez	33
Enfoque ético y respeto a la persona.....	33
Glosario	34
Salas de multiestimulación (Snöezelen)	35
Enfermedades médicas asociadas a Impulsividad	37
Bibliografía.....	39

Prólogo

La impulsividad, como todo tema ignorado en la geriatría, es una problemática que impacta profundamente en la calidad de vida de los adultos mayores. Muchas veces, sus actos impulsivos se manifiestan en situaciones cotidianas, como reaccionar apresuradamente a un timbre, intentar resolver un desperfecto en casa sin ayuda o ceder a decisiones arriesgadas. Ejemplos como los de Teresa, Felipe y Zelma nos muestran cómo la impulsividad puede desencadenar accidentes, conflictos familiares y desafíos en el cuidado diario.

Casos concretos evidencian este impacto: Felisa cae por una escalera con un balde de agua al apurarse a responder el timbre, resultando en fracturas y meses de rehabilitación. Felipe, al intentar arreglar una teja en el techo sin esperar ayuda, sufre una caída fatal. Zelma, impulsada por su rutina en el bingo, termina arriesgando su integridad física al cruzar imprudentemente una avenida, con consecuencias trágicas.

Estos ejemplos nos invitan a reflexionar sobre cómo el control de los impulsos puede deteriorarse en esta etapa de la vida, agravando las dificultades físicas y emocionales que ya enfrentan los adultos mayores. Surgen por tanto preguntas clave: ¿cuánto control tienen los adultos mayores sobre sus impulsos? ¿Qué factores, como el aislamiento social, la depresión o la falta de apoyo familiar, influyen en su toma de decisiones tornándolas impulsivas? ¿En qué medida la memoria y la atención, cuando se encuentran en desmedro, están en la base de la mala toma de decisiones o del no aprender de la experiencia, y agigantan los peligros de las conductas impulsivas? ¿Es posible reaprender a controlarnos?

Los adultos mayores no son una unidad. Es decir, hay vejezes, personas, personalidades previas. El control de los impulsos depende, por supuesto, de las características de cada persona, de su manera de encarar la vida y de sus valores. Si es verdad que el procesamiento de las emociones con la edad y la experiencia sufre cambios, siguiendo estudios puede verse que para un mayor control de los impulsos es necesario desarrollar una mayor tolerancia a la frustración, una adecuada valoración de la propia fragilidad, y una flexibilidad de junco, entre otros factores.

¿Qué es la impulsividad?

La impulsividad es un rasgo común del comportamiento humano que, a su vez, forma parte de diversas patologías, pero no tiene una definición clara de sus características. Refleja la capacidad o el límite que tiene una persona para ejercer control sobre sus acciones.

Sabemos que lo que distingue a los humanos de las formas de vida con menor desarrollo es la evolución de los neurocircuitos dentro de la corteza prefrontal que permiten practicar el autogobierno.

La impulsividad tiene correlatos bioquímicos, anatómicos, genéticos y psicopatológicos, y se relaciona con un amplio “espectro afectivo” que va desde la ansiedad, la depresión, la agresión y el suicidio.

Para el *DSM-IV* (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – APA, 1994), la impulsividad es un proceso que implica la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás. Desde una perspectiva biopsicosocial, se define como una predisposición a reacciones rápidas, no planeadas, ante estímulos internos o externos, sin considerar las consecuencias negativas de dichas reacciones para sí o para los otros.

Hay un cambio entre el DSM IV y el DSM 5. En este último no existe la categoría “trastornos del control de impulsos no clasificados en otra parte”. En su lugar, los trastornos mencionados anteriormente se clasifican en trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta. La psicopatología desinhibida ha propiciado la identificación nosológica de los «trastornos del control de impulsos» (TCI) en el DSM 5 que implica “incapacidad para resistir un impulso, tentación o impulso de realizar un acto perjudicial para la otra persona o para los demás». El TCI, según se define en el DSM 5, comprende el trastorno negativista desafiante (TND), el trastorno explosivo intermitente (TEI), el trastorno de conducta (TC), la cleptomanía y la piromanía. Existen dos categorías residuales para quienes no cumplen el umbral diagnóstico de las categorías anteriores. Además, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), la tricotilomanía, el trastorno por atracón y los tras-

tornos patológicos del juego se eliminaron y se relegaron a trastornos del neurodesarrollo, obsesivo-compulsivos, de la alimentación, relacionados con sustancias y adictivos, respectivamente. Asimismo, el DSM 5 ahora permite la coexistencia fenomenológica del Trastorno negativista desafiante (TND) y el Trastorno de conducta (TC) y ofrece una escala de gravedad para su uso en el TND. Las compras compulsivas y la adicción a internet ahora se clasifican en “otros trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta especificados”, mientras que antes pertenecían a una categoría conocida como trastorno de conducta disruptiva no especificado de otra manera.

Mucho se ha escrito sobre la impulsividad en niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Sin embargo, poco se aborda sobre cómo se presenta este rasgo en los adultos mayores. En este capítulo, nos proponemos comparar algunos aspectos que se repiten en ambas etapas y otros que, por el contrario, se manifiestan de forma distinta.

Impulsividad a lo largo de la vida

Según el *DSM-IV*, en los niños con TDAH la impulsividad se evidencia en respuestas precipitadas antes de que se terminen de formular las preguntas. Algo similar puede observarse en adultos mayores cuando, durante evaluaciones cognitivas, tienden a saltarse consignas o responder de forma anticipada, con errores.

Otra característica frecuente en los niños es la dificultad para esperar el turno. Esto también puede verse en adultos mayores, aunque con una lectura diferente. Por ejemplo, cuando un anciano se adelanta en la fila de un banco sin mirar a quién estaba antes. Más que una falta de respeto podría tratarse de una conducta impulsiva, no necesariamente intencional.

También es habitual en la infancia la intromisión en conversaciones ajenas. En instituciones geriátricas, no es raro ver cómo algunos residentes se entrometen en los diálogos o acciones de otros, a veces molestando sin mala intención. La serie *Los Soprano* retrata esta situación en un episodio centrado en la madre de Pauli, quien interrumpe constantemente a sus compañeros en el hogar donde vive, provocando tensiones que ella no logra percibir.

Manifestaciones particulares en la vejez

Pero hay manifestaciones propias de la impulsividad en la vejez que no se encuentran en otras etapas. Una de ellas está vinculada a la alimentación: comer con apuro o sin control puede generar trastornos metabólicos graves, ya que el gasto

energético y las funciones digestivas se reducen con la edad. Si, además, hay deterioro cognitivo, y mal estado dentario los riesgos aumentan. Mateo, por ejemplo, se asfixió con un trozo de carne por comer sin masticar lo suficiente, apurado e irreflexivamente. Requirió asistencia de la Emergencia y estuvo al borde de la muerte.

En situaciones de deterioro cognitivo severo, la impulsividad puede tomar la forma de verborragia, lenguaje inapropiado o incluso agresión física. Estas conductas, difíciles de contener, suelen ser el motivo principal por el cual se decide la institucionalización de una persona mayor.

Otro ejemplo relevante es el del juego patológico. Aunque no existen estadísticas precisas, es evidente que bingos y casinos atraen a muchas personas mayores. La fantasía de ganar, el estímulo de las luces y sonidos, y la necesidad de gratificación inmediata pueden llevar a conductas impulsivas con alto costo económico. Berta, por ejemplo, tenía en su casa el dinero que su hijo había obtenido por la venta de un inmueble. El bingo la llamaba desde la vereda de enfrente. Salió con la intención de gastar “solo un poco” y reponerlo después. Terminó perdiendo 30 mil dólares.

Muchas estafas telefónicas también se sustentan en la impulsividad. El clásico ejemplo:

—¡Hola, abuela!

—¿Martín, sos vos?

—Sí, abuela. Papá está en el banco. Hoy se vence el plazo para cambiar los dólares viejos.

—Ah, claro... no sabía.

—Mirá, un empleado de gerencia se ofrece a pasar por tu casa y ver si tenés alguno.

—Bueno, que venga nomás.

Sin demasiada reflexión, la abuela accede. El apuro, la emoción y la confusión momentánea hacen el resto.

¿Cuántas formas de impulsividad existen?

En psicopatología, la impulsividad es un fenómeno complejo. Según la Escala de Impulsividad de Barratt, se clasifica en tres grandes dimensiones:

1. **Impulsividad motora:** actuar sin pensar.

Ejemplo: Felisa oye el timbre y, sin evaluar riesgos, baja apurada por la escalera sin sostenerse del pasamanos. Se cae y se fractura ambos antebrazos. Este tipo de impulsividad también se observa en situaciones cotidianas, como cuando

una señora mayor manipula frutas en una verdulería, para ver si están maduras punto sin detenerse a pensar en la molestia de otros compradores.

2. **Impulsividad atencional:** dificultad para mantener la concentración.
Ejemplo: María se dispone a ver una película, pero se distrae con una mancha en la mesa. Va a buscar un trapo, lo deja sin usar, pierde el hilo del film y, al final, no recuerda de qué trataba. Su mesa, repleta de objetos a medio acomodar, es testimonio de impulsos inconclusos.

3. **Impulsividad por falta de planificación:** decisiones tomadas sin prever consecuencias.

Ejemplo: Zelma decide mudarse a una ciudad nueva sin evaluar sus recursos, red de apoyo o limitaciones físicas. En poco tiempo se encuentra sola, desorientada y sin herramientas para sostener su proyecto.

Impulsividad, sensaciones y otros trastornos

Es fundamental distinguir la impulsividad de otros fenómenos clínicos y comportamentales, para evitar diagnósticos erróneos o intervenciones inadecuadas:

- **Búsqueda de sensaciones:** más común en la adolescencia, implica cierto grado de planificación. Por ejemplo, Fredo (15 años) planifica correr una picada en una noche sin controles policiales. En cambio, Luis (89 años) se sube a un auto automático, sin conocerlo bien, y pone reversa en lugar de marcha adelante. Choca y destruye su propio portón. No hubo cálculo ni anticipación, solo impulso.
- **Déficit de memoria ejecutiva:** cuando alguien omite pasos en una tarea, no necesariamente es impulsivo. Puede deberse a una falla en la organización mental de la acción.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC):** la compulsión suele implicar una lucha interna contra el impulso, que se libera como una descarga.
- **Acatisia:** inquietud psicomotriz provocada por fármacos, que no debe confundirse con impulsividad genuina.
- **Ataques de pánico o fobias:** la urgencia por escapar puede parecer impulsiva, pero está mediada por el miedo intenso y no por una falla del control de impulsos.
- **Agresividad:** no siempre es impulsiva. Puede estar planificada o tener otras causas subyacentes.

El cerebro emocional y el error de Descartes

Para comprender por qué actuamos por impulso, es necesario entender cómo funciona el cerebro en la toma de decisiones.

La amígdala y el hipocampo procesan emociones como el miedo, la ansiedad o la euforia. Pero quien modula la conducta es la corteza prefrontal, especialmente la región orbitofrontal, que permite evaluar consecuencias, inhibir respuestas y actuar éticamente.

Casi como Medardo el vizconde demediado de Italo Calvino, una parte de nuestro cerebro se jacta en el impulso, no mide consecuencias, siente poco la repercusión en los demás de nuestras conductas. Otra parte supervisa y controla esta parte, busca valorar las conductas, espera antes de actuar.

En algunas patologías o en situaciones de estrés parece inhibirse esta instancia y dejar liberada la conducta impulsiva.

Modelo de Goldar

“La voluntad, que es únicamente vigor, carece de auxilio racional, y solo presta su fuerza, incluso al deseo, sea este de cualquier orden. Y aquello que, como prudencia, parece un influjo de leyes racionales sobre la voluntad, en verdad es un mero contenerse dictado por valores impregnados de rancio egoísmo. Así se nos presenta, cuando apartamos el velo de la ética racionalista, la cruda efigie de la mente humana”.

J.C Goldar. *Anatomía de la mente*

El psiquiatra argentino Goldar propuso un modelo donde diferenciaba dos sistemas cerebrales:

- **Cerebro dorsal:** vinculado a la acción motora, derivado del arcocórtex.
- **Cerebro ventral:** responsable de emociones inhibitorias (asco, tristeza, miedo), derivado del paleocórtex. Comprende el área orbitaria y la región basolateralopolar del lóbulo temporal anterior.

Una lesión en la corteza orbitaria impide que esta frene los impulsos. El resultado: se actúa sin considerar normas sociales o consecuencias. Es necesario hacer una mención a la mielinogénesis y tal vez formular una hipótesis en relación con la desmielinización en las enfermedades neurodegenerativas, que vemos en la vejez.

La Dra. Isabel Benítez, investigadora argentina, dice en *La evolución del concepto de hebefrenia* que la cara inferior orbitaria del lóbulo frontal se divide en dos sec-

tores fundamentales. El sector anterior corresponde a las áreas 11 y 47 de Brodmann. Retoma los trabajos de Welt (1888), donde se pone de manifiesto que las lesiones de la corteza orbitaria anterior llevan a un particular trastorno del carácter. También retoma a Kleist y su “concepción del lóbulo orbitario”, con las manifestaciones de déficit en el “yo social”.

Dice Benítez que se puede pensar la COA (corteza orbitaria anterior) como la encargada de conectar los procesos prefrontales (psicomotores) y los procesos límbicos (conducta emocional). Su lesión lleva a una desconexión entre el cerebro intelectual y el emocional (Goldar y Outes, 1972), lo que se traduce en una alteración de la personalidad caracterizada por la desinhibición instintiva.

Menciona también las leyes de Flechsig sobre la mielinización tardía de estas áreas, ya hacia el final de la adolescencia. ¿Será, por tanto, enunciable una desmielinización temprana en las demencias frontotemporales de aquellas zonas que se mielinizaron últimas? Una actitud impulsiva, de escaso apego a la ley, tal como en la adolescencia y en las hebefrenias, así como crisis de excitación inesperadas no ha dejado de ser mencionado en pacientes con Demencia frontotemporal. Desde las primeras observaciones en un paciente con un traumatismo frontal (Phineas Gage) hasta la Sociopatía adquirida tan bien descrita por la Dra. Alicia Kaban-chik en su Tesis doctoral.

Impulsividad en enfermedades

Enfermedades neurológicas, psiquiátricas, déficits vitamínicos y trastornos endocrinológicos cursan con impulsividad. Muchas veces, la impulsividad es considerada solo como un rasgo de carácter propio del anciano. Sin embargo, muchas veces, con compensar la enfermedad física para que la impulsividad desaparezca

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS:• Mecanismo Sedación a dosis altas• Haloperidol• Usar por períodos cortos• Riesgo de diskinesias y extrapiramidalismo | <ul style="list-style-type: none">• ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS• Menos efecto D2, menos extrapiramidalismoRisperidona; efecto comprobado en DemenciaOlanzapinaQuetiapinaClozapina selectiva en agresividad e impulsividadRiesgo Aplasia medularZiprasidona sin sedación disminuye agresividad e impulsos |
|--|---|

TERAPIAS FARMACOLÓGICAS

Betabloqueantes

- Propanolol

Fármacos que actúan en receptores serotoninérgicos

- Buspirona: agonista 5HT_{1A}
- Trazodona en demencia u otros trastornos orgánicos
- Citalopram
- Fluoxetina
- Sertralina

TERAPIAS FARMACOLÓGICAS

ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ANIMO

- Estimulan síntesis de serotonina. Regula la baja de receptores Beta. Bloquea dopaminérgicos. Incrementa comunicación muscarínico-colinérgica
- Litio

ANTICOMICIALES:

- Carbamazepina: en epilépticos como en no epilépticos
- En epilépticos, esquizofrénicos, trastorno explosivo intermitente y lesiones cerebrales postraumáticas
- Fenitoína
- Gabapentina
- Naloxona. Naltrexona: agresividad y problemas del control de los impulsos.
- Valproato (de magnesio): en daño cerebral postraumático y en trastorno límite de personalidad. Combinado Con antipsicóticos en Esquizofrenia

BENZODIAZEPINAS

- En impulsividad y agresión dan efectos contradictorios: pueden desinhibir la conducta violenta
- Lorazepam por su acción corta preferible.
- Efecto paradójico: alprazolam y diazepam.

Recordar:

- Tolerancia y dependencia de las BZD
- riesgo de caídas

Apatía e impulsividad

La apatía puede aparecer en el envejecimiento y se reconoce ampliamente como un predictor del deterioro cognitivo, sobre todo de las funciones ejecutivas. Mucho menos caracterizada que la apatía en los ancianos es la impulsividad, que puede aumentar con el envejecimiento y que el mismo Adulto mayor justifica y naturaliza diciendo “yo siempre fui así”, “le canté las cuarenta” o desde los cuidadores y familiares ser desconocido como síntoma con un despectivo: “es un cascarrabias”.

También se describe con frecuencia la impulsividad en comorbilidad con trastornos del estado de ánimo, como la depresión o el trastorno bipolar, así como con cuadros neurodegenerativos, en especial en las demencias frontotemporales. En estos casos, puede presentarse junto con apatía, desinhibición o alteraciones de la conducta

social, configurando síndromes complejos que requieren una evaluación clínica cuidadosa.

El “error” de Descartes habría sido pensar que el pensamiento puede separarse del cuerpo. Para Damasio, nuestras decisiones están profundamente influidas por lo que sentimos físicamente frente a una situación determinada: sudoración, tensión muscular, taquicardia, respiración agitada... todo eso informa al cerebro y guía la acción.

Estos registros emocionales del cuerpo son los llamados **marcadores somáticos**. Las emociones son elementos que afectan e influyen en el proceso de aprendizaje; consecuentemente, influyen en el proceso de toma de decisiones. De hecho, somos esencialmente “creadores de soluciones” para nuestra vida. Algunas veces somos creadores no-conscientes y otras veces sí pensamos de una forma semiautomática o plenamente consciente. En cualquier caso, no se puede prescindir a la hora de tomar decisiones y aportar las soluciones, de ese elemento que es parte de todo el proceso y que tiene que ver con la emoción y el sentimiento. Las emociones y sentimientos pueden ser motivacionales (nos empujan a actuar) o inhibitorios (nos alertan de un posible peligro). Y se basan en experiencias previas.

Ejemplo clínico: Delia

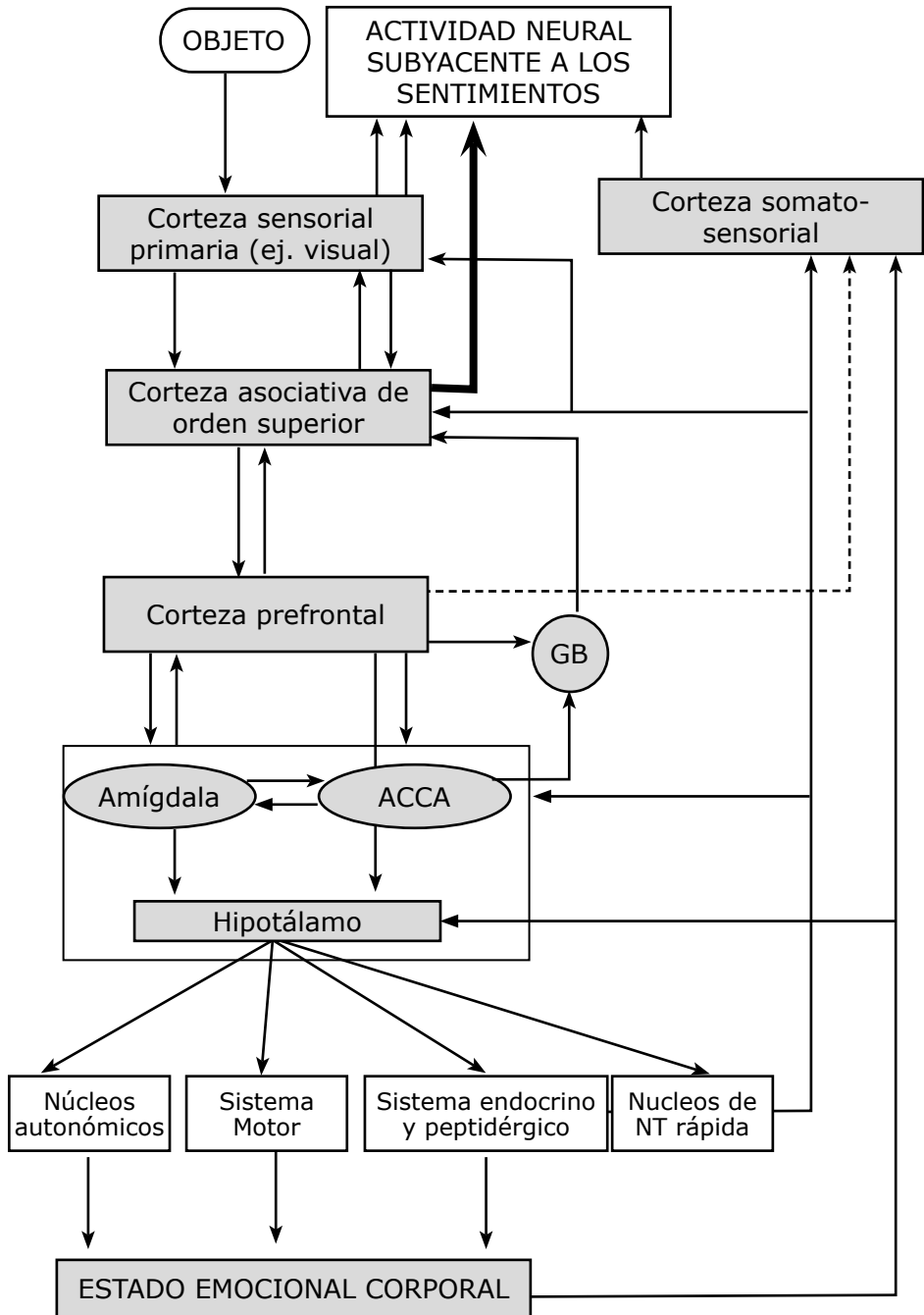
Delia viajó durante años largas distancias en transporte público para ir al trabajo. Esa rutina, impuesta y agotadora, le provocó ansiedad creciente. Finalmente renunció. Años después, tras recibir un reconocimiento, viajó en auto por una ruta similar a la que la angustiaba. A pesar de que era una situación distinta y segura, su cuerpo reaccionó igual: sudoración, palpitaciones, agitación. Casi tomó una mala decisión —abrir la puerta del auto en movimiento— solo por el peso del recuerdo físico-emocional.

“El que se quema con leche, ve la vaca y llora.

Esta memoria del cuerpo no siempre es consciente, pero actúa sobre nuestras decisiones. En la vejez, siempre que la autorreflexión o la planificación estén disminuidas, los marcadores somáticos pueden tomar un protagonismo mayor, y resulta más difícil desentrañarlos.

Muchos pacientes ancianos describen una sensación de ansiedad e inquietud que los obliga a moverse y a veces a agitarse. Alicia decía: “Es como si tuviese miedo, pero no sé de qué, estoy enojada pero no sé por qué.” Lo hemos observado en muchas situaciones. Es como si los marcadores somáticos se liberaran y no pudiera la conciencia descifrar su origen... viejas memorias que tal vez se desencadenan solas. Puede advertirse y psicoeducar al paciente para no reaccionar. Como si fuera un acufeno, no muy molesto, enseñar a descifrar estos estímulos del cuerpo pero a no sobredimensionarlos. Así podrán evitarse conductas disruptivas.

Modelo de procesamiento neurobiológico de las emociones (según Damasio, 1995)



Referencias: CCA: corteza cingulada anterior GB: ganglios basales

Identidad, conciencia y regulación emocional

Damasio también sostiene que tenemos un **yo autobiográfico**, que constantemente reconstruye nuestra identidad a partir de la interacción entre pasado, presente y expectativas de futuro. Este yo interno, que narra nuestra vida y le da sentido, integra las emociones en las decisiones, aunque no siempre sea racional.

Así, la **impulsividad en la vejez** puede verse también como el resultado de un desequilibrio entre:

- las emociones del cuerpo (marcadores somáticos),
- la disminución de los frenos corticales (corteza prefrontal), y
- las narraciones internas que sostienen la identidad.

La impulsividad no es solo un acto abrupto. Es una manifestación compleja en la que interactúan biología, emoción, historia personal, entorno y envejecimiento cerebral. En la vejez, estas variables se entrelazan de forma singular, y merecen un abordaje cuidadoso, ético y clínicamente considerado.

La teoría de Damasio fue cuestionada, pero eso no le quita su condición de **teoría conmoviente y provocadora**. Es cierto que no todos los marcadores somáticos se corresponden a una sola causa. **Lisa Feldman Barrett**, en su libro *La vida Secreta del Cerebro* (2022), de manera graciosa, refiere que fue a comer con un hombre que le gustaba, y al llegar a casa tenía cosquillas en el estómago, taquicardia y agitación. Pensó que se estaba enamorando. En realidad, le habían caído mal las ostras.

Formas de impulsividad en la vejez

Impulsividad motora, atencional y no planeada según la Escala de Barratt. Ilustración con casos reales.

La impulsividad no se presenta de forma uniforme. A lo largo de la vida, sus manifestaciones se transforman y adquieren matices propios según el momento vital, el estado de salud, el entorno y la biografía emocional de cada persona. En la vejez, la impulsividad puede parecer paradójica: ¿cómo puede una etapa asociada a la lentitud, el cansancio o la retirada contener, al mismo tiempo, actos súbitos, decisiones no meditadas o comportamientos inesperados?

Una de las herramientas más empleadas para comprender y categorizar la impulsividad es la **Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)**, que distingue tres formas principales:

a. Impulsividad motora: actuar sin pensar

Se trata de una tendencia a actuar de forma inmediata, sin reflexión previa ni evaluación del entorno. En personas mayores, este tipo de impulsividad puede adquirir un tinte riesgoso, ya que el cuerpo envejecido no siempre acompaña la velocidad del deseo.

Ejemplos frecuentes:

- Bajarse de una cama alta sin apoyo ni calzado, por impulso.
- Atravesar la calle en un momento no seguro, sin mirar.
- Manipular objetos punzantes o calientes sin tomar recaudos.

Caso:

Irma vive sola desde hace más de 20 años. Una mañana escuchó que alguien golpeaba la puerta. Se levantó rápido, cruzó el pasillo a oscuras, tropezó con una silla y cayó. Luego, mientras esperaba la ambulancia, repetía: “No pensé, me apuré por nada”.

Este tipo de impulsividad está vinculado a la pérdida de inhibición conductual, a veces asociada a deterioro frontal leve o a cambios en la sensibilidad emocional. Es un “salto” entre deseo y acto, sin escalas.

b. Impulsividad atencional: dificultad para mantener el foco

La persona no logra sostener la atención en una tarea o conversación. Cambia de tema con facilidad, interrumpe, pierde el hilo de lo que está haciendo o se dispersa

con estímulos irrelevantes. En la vejez, puede confundirse con signos iniciales de deterioro cognitivo, aunque no siempre lo es.

Ejemplos frecuentes:

- Interrupciones durante actividades grupales.
- Saltos abruptos entre temas al hablar.
- Dificultad para completar una consigna simple.

Caso:

Ramón se anotó en un taller de escritura. Durante los encuentros, tomaba la palabra fuera de turno, corregía a sus compañeras o contaba anécdotas que no venían al caso. “No lo hace de malo”, decía la coordinadora. “Pero no puede parar.”

Este tipo de impulsividad puede alterar la convivencia, sobre todo en contextos institucionales. Muchas veces genera irritación en el entorno, más aún si no se comprende que no es deliberada.

c. Impulsividad no planeada: decisiones sin anticipación

En esta forma, la persona toma decisiones sin considerar consecuencias a mediano o largo plazo. No hay evaluación de riesgos, ni reflexión sobre los propios recursos. A veces, estas decisiones responden a estados emocionales intensos; otras, a una necesidad urgente de cambio.

Ejemplos frecuentes:

- Venta impulsiva de objetos de valor.
- Cambios de domicilio sin redes de apoyo.
- Gasto económico importante sin justificación.

Caso:

Zelma tenía 84 años cuando decidió mudarse al norte del país. “No me importa, necesito calor”, dijo. Vendió sus pertenencias y compró un pasaje. Una semana después, desde un hotel, pidió ayuda a su sobrina: “No conozco a nadie, estoy desorientada, no sé qué hacer”.

Este tipo de impulsividad pone en juego nociones de autonomía y responsabilidad, y suele generar dilemas éticos en quienes acompañan: ¿deben intervenir? ¿Hasta qué punto?

Estas tres dimensiones no se excluyen mutuamente. Una misma persona puede presentar varios tipos de impulsividad, de forma simultánea o en distintos momentos. Reconocerlas es el primer paso para intervenir con mayor precisión, comprender el impacto subjetivo que tienen y evitar interpretaciones simplistas o moralizantes.

Riesgos asociados a la impulsividad en adultos mayores

Accidentes, institucionalización, juego patológico, trastornos de la alimentación, conductas verbales o físicas disruptivas.

Las consecuencias de la impulsividad en la vejez no son meramente anecdóticas. Tienen implicancias concretas en la salud física, mental, económica y relacional de las personas mayores. Muchas de estas conductas pasan desapercibidas o se interpretan de manera peyorativa (“está loco”, “hace berrinches”), cuando en realidad responden a un patrón impulsivo que merece ser comprendido en su complejidad.

a. Accidentes domésticos o urbanos

Los actos impulsivos pueden derivar en caídas, quemaduras, cortes o traumatismos. A diferencia de los accidentes por torpeza o fragilidad, estos están motivados por una acción abrupta y no meditada.

Ejemplo:

Catalina, de 87 años, estaba cocinando y recordó que tenía ropa tendida. Sin apagar el fuego, salió al patio. Al regresar, se distrajo, tiró una cacerola y se quemó el brazo. Cuando su hija le preguntó qué había pasado, respondió: “No me detuve a pensar”.

b. Institucionalización precipitada

Cuando las conductas impulsivas generan incomodidad, peligro o vergüenza en el entorno familiar, es común que se proponga el ingreso a una institución como forma de “solución”. Esto sucede especialmente en casos de agresividad verbal o física, desinhibición o reiteración de actos “impropios”.

Ejemplo:

Mario vivía con su hija. Comenzó a caminar desnudo por la casa, a insultar al televisor y a tocar bocina sin motivo en el auto. La hija, desesperada, pidió una internación urgente. Luego se supo que tenía una demencia frontotemporal incipiente.

c. Juego patológico y apuestas

Los bingos y casinos funcionan muchas veces como espacios de socialización para personas mayores, pero también como escenarios de riesgo. La impulsividad en estos contextos puede conducir a pérdidas económicas graves.

Ejemplo:

Estela cobraba su jubilación y pasaba por el bingo “solo un ratito”. Una tarde, perdió su tarjeta y retiró dinero de una cuenta conjunta con su hijo. “No sé qué me pasó, no podía parar”, dijo después. Había perdido el equivalente a tres meses de ingresos.

d. Trastornos de la alimentación

La impulsividad puede reflejarse en episodios de atracones, alimentación desordenada, elección compulsiva de alimentos poco saludables o, en sentido opuesto, en dietas restrictivas tomadas sin supervisión médica.

Ejemplo:

Antonio se quedó solo una semana. Compró 12 facturas y las comió en una tarde. “Me agarró ansiedad, no lo pensé”, explicó. Terminó con una descompensación de su diabetes.

En muchos casos, estos episodios son leídos como “excesos” y no se les da el valor clínico que tienen.

e. Conductas verbales y físicas disruptivas

“Los iracundos hierven en las aguas de su propia cólera”. Dante Alighieri

Gritos, interrupciones constantes, comentarios inapropiados, manoseos, empujones o reacciones desproporcionadas pueden ser expresiones impulsivas que no responden a una intención agresiva, sino a una pérdida de filtros o a una necesidad emocional mal canalizada.

Ejemplo:

Rogelio vive en una residencia. Repetidamente insulta, pechea y amenaza con su bastón a las enfermeras. Una psicóloga explicó que no hay intención hostil, sino desinhibición frontal. El equipo institucional se divide: ¿sanción o comprensión?

Este tipo de conductas generan tensiones en la convivencia, reclamos de otros residentes y dilemas para el personal a cargo. A veces se responde con fármacos sedantes, sin explorar otras opciones.

El entorno como regulador del impulso

El rol de los cuidadores, familiares, instituciones. La tolerancia social ante el comportamiento impulsivo

Accidentes

“El doctor Urbino agarró el loro por el cuello con un suspiro de triunfo: ¡ya y está! Pero lo soltó de inmediato, porque la escalera resbaló bajo sus pies y él se quedó un instante suspendido en el aire, y entonces alcanzó a darse cuenta de que se había muerto sin comunión, sin tiempo para arrepentirse de nada ni despedirse de nadie, a las cuatro y siete minutos de la tarde del domingo de Pentecostés.”

“El amor en los tiempos del cólera” G.García Marquez

Los accidentes representan una causa significativa de morbilidad, mortalidad y pérdida de autonomía en los adultos mayores, y con frecuencia derivan en el abandono del hogar y el ingreso en centros gerontológicos. Esta población es especialmente vulnerable debido a los procesos propios del envejecimiento, la mayor carga de enfermedades asociadas y a que las lesiones resultantes suelen ser más graves.

El reconocimiento de que los accidentes son prevenibles ha incrementado el interés por programas orientados a su prevención. El control de los accidentes se fundamenta en el conocimiento de los factores etiológicos y en la adopción de estrategias preventivas. Las proyecciones demográficas indican un envejecimiento progresivo de la población, especialmente en el grupo de mayores de 84 años. Por tanto, es previsible un incremento de la accidentalidad, con los consiguientes costos socioeconómicos y de calidad de vida. El verdadero desafío es mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece, promoviendo lo que se denomina envejecimiento saludable.

Según Korovsky y Karp (1998) en *Psicogerontología*, accidentarse puede parecer un acto desprovisto de toda intención; el ser humano tiende siempre a buscar un eximente de culpa. El conflicto puede manifestarse a través de un acto motor, es decir, como resultado de la tensión entre un deseo inconsciente que intenta ha-

cerse consciente y la defensa que fracasa parcialmente en su intento de impedirlo. En este sentido, el accidente podría representar una pugna entre la necesidad de cambio y la resistencia al mismo. Todo cambio puede considerarse una condición accidentófila; cuando el conflicto de cambio resulta impensable, se expresa a través del cuerpo como manifestación de enfermedad y se representa mediante un acto motor que interactúa con la realidad.

Asimismo, en accidentes y caídas, la impulsividad y la consecución de una lesión pueden revelar una depresión oculta. No pocas veces, el narcisismo herido de un adulto mayor busca inconscientemente estar enfermo y ser objeto de cuidado, lo que se percibe como preferible a enfrentar la dependencia propia de la vejez. Por ello, siempre es necesario indagar qué ocurrió detrás de un accidente o una caída que podría interpretarse como mala suerte.

Diversos estudios sobre accidentes muestran que la tasa de accidentalidad fue de 46,52 y 81,87 por cada 1.000 hombres y mujeres, respectivamente. El tipo de accidente más frecuente fue la caída (92%), y la lesión más severa fue la fractura (17%), con un riesgo significativamente mayor para las mujeres y para los mayores de 75 años. Estos datos confirman la importancia de los accidentes no intencionados en la población mayor de 64 años en la CAPV (Comunidad Autónoma del País Vasco), ya que la caída constituye una de las principales causas de lesiones, incapacidad e institucionalización (SEGG, 2014, publicado por Elsevier España, S.L.U.).

Se requieren investigaciones que relacionen la impulsividad con las caídas, es decir, que reconstruyan el accidente e indaguen en qué medida intervino un comportamiento impulsivo. Además de prevenir riesgos físicos como alfombras, productos tóxicos o suelos resbaladizos, conviene evaluar si el adulto mayor realiza actos impulsivos con frecuencia.

Por ejemplo, Felisa es una persona prolija, cuidadosa, con manos hábiles y mente despierta. Vive en una casa de dos plantas; los dormitorios del primer piso fueron cómodos cuando sus hijos eran pequeños, pero estos se han ido hace años. El baño de arriba no carga agua especialmente en verano, por lo que Felisa sube con un balde lleno. Tras finalizar la tarea, baja apurada porque suena el timbre y no sabe cómo termina rodando por varios escalones. Queda toda mojada, con el balde sobre la cabeza, como en un dibujo animado. Quiere tomar el teléfono y no puede. Diagnóstico: fractura de ambas muñecas, reducción y posterior operación, 40 días de yeso y dos meses de rehabilitación, con acompañamiento constante. No puede ni abrir la puerta cuando suena el timbre.

En otro caso, Felipe, de casi 80 años, sigue realizando tareas en su casa. Una mañana lluviosa, un hilo de agua cae por el cielorraso debido a una teja corrida. Su nieto de 21 años duerme; apenas comienzan las vacaciones. Felipe sube con una escalera al garage para recolocar la teja con un palo. La escalera se mueve y Felipe

cae, resultando en fractura de cadera. Su nieto no lo escucha; un vecino acude tras un grito. Felipe queda internado y, a la semana, su salud se complica y fallece.

Estos casos ilustran cómo los accidentes, especialmente las caídas, son un fenómeno de gran relevancia en los adultos mayores, tanto por su frecuencia como por sus consecuencias. Además de los factores físicos, los elementos psicológicos como la impulsividad, la resistencia al cambio y la búsqueda inconsciente de cuidado pueden desempeñar un papel importante en la accidentalidad, subrayando la necesidad de un abordaje integral en la prevención y atención de los adultos mayores.

Impulsividad, accidentes y suicidio

“Los accidentes son maneras especiales de enfermarse, diferentes de las neurosis, de las psicosis, o de las enfermedades orgánicas aunque posean elementos comunes a todas ellas”

Korovsky E y Krapf D. *Psicogerontología*

El accidentado no cae a propósito, pero es necesario mirar más allá de una explicación causal que se limite al azar. En algunos casos, puede considerarse que se trata de un suicidio tolerado inconscientemente. Por supuesto, no debemos confundir “causa” con “sentido”.

La tendencia a la autoaniquilación está presente en muchos más seres humanos de los que efectivamente la llevan a cabo. Las lesiones autoinfligidas, por regla general, representan un compromiso entre esa pulsión y las fuerzas internas que aún se oponen a ella (Sigmund Freud).

Matusevich, citado en una guía práctica para la prevención en la vejez publicada en Cuba, menciona diez ítems relevantes para identificar riesgos. El ítem 9 señala que, previo a un suicidio en la vejez, se observan cambios de conducta, especialmente en los días cercanos al hecho: agitación, llanto y situaciones de crisis que pueden culminar en un acto suicida. Entre el 40 y el 70 % de las personas visitaron al médico un mes antes del suicidio, y entre el 20 y el 50 % lo hicieron una semana antes.

Sin embargo, surge una pregunta importante: ¿qué diferencias habría si la persona tiene como rasgo de personalidad una tendencia a la impulsividad?

Cuadros psicopatológicos que predisponen al accidente

- **Melancolía:** por la pérdida de interés por la vida.
- **Esquizoidia:** por la pérdida de contacto con la realidad y la disociación de la misma.

- **Personalidades epileptoides:** por episodios impulsivos o ausencias de control.
- **Manía:** por su sensación de omnipotencia, idealización y negación de la realidad.

En todos estos cuadros se puede considerar el papel de la impulsividad. Accidentarse puede ser percibido como menos humillante que estar débil o enfermo, especialmente en los adultos mayores.

El suicidio

A nivel mundial, el suicidio se sitúa entre las veinte primeras causas de muerte, por encima de la malaria, el cáncer de mama, los homicidios y la guerra (World Health Organization, 2019). A lo largo de las últimas décadas, se ha postulado que las variables de personalidad se relacionan en diferente medida con varios niveles del espectro de la conducta suicida, desde los intentos hasta el suicidio consumado. Rasgos como neuroticismo, introversión, impulsividad o agresividad se identifican como predictores relevantes. Una revisión reciente concluye que tanto los rasgos impulsivos como los agresivos constituyen factores de riesgo para la aparición de conducta suicida (Isometsä, 2014).

Matusevich, en una guía práctica para la prevención del suicidio en la vejez publicada en Cuba, rescata diez ítems relevantes. El ítem 9 señala que, previo a un suicidio en la vejez, se observan cambios de conducta, especialmente en los días cercanos al hecho: agitación, llanto y situaciones de crisis que pueden culminar en un acto suicida. Entre el 40 y el 70 % de las personas visitaron al médico un mes antes del suicidio, y entre el 20 y el 50 % lo hicieron una semana antes.

Impulsividad y agresividad

La impulsividad y la agresividad son factores fuertemente asociados al comportamiento suicida. El estudio de estas características individuales tiene profundas implicancias para la adaptación de planes de prevención dirigidos a poblaciones de riesgo.

Modelo vulnerabilidad-estrés

Este modelo es el más utilizado para comprender el comportamiento suicida:

- **Factores de vulnerabilidad (diátesis):** personalidad, rasgos impulsivos y rasgos agresivos.
- **Factores precipitantes (estrés):** eventos vitales recientes y situaciones de crisis.

Impulsividad

Los suicidios impulsivos muestran una mayor prevalencia de trastornos por consumo de alcohol y otras drogas, historia de abuso en la infancia y eventos vitales significativos en la semana previa a la muerte. La impulsividad se relaciona más con la conducta suicida en personas jóvenes que en mayores. Un estudio mediante autopsia psicológica sobre 164 víctimas de suicidio encontró que los casos impulsivos eran significativamente más frecuentes en jóvenes, mostraban mayor comportamiento agresivo y tenían más probabilidades de presentar un diagnóstico del grupo B, así como una prevalencia de abuso o dependencia de sustancias.

Relación entre impulsividad y conducta suicida

La impulsividad podría llevar al consumo de alcohol, lo que a su vez produce una desinhibición que se asocia con la conducta suicida. En jóvenes chinos se observó la aparición de conducta suicida tanto en individuos con alta intención de morir como en otros con baja intención, pero elevada impulsividad. Nuevamente, se confirma que los rasgos impulsivos y agresivos son factores de riesgo para la aparición de conducta suicida (Isometsä, 2014).

ISRS, impulsividad, agresividad y suicidio

Ensayos clínicos con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) señalan un aumento de la agresividad con estos fármacos, especialmente en niños y adolescentes, donde también se observa un incremento de la suicidabilidad.

Muchos estudios se han realizado en poblaciones jóvenes, lo que evidencia la necesidad de investigaciones específicas sobre el suicidio en personas mayores. Es fundamental contabilizar aquellos que se concretan y aquellos que no, preguntarse si detrás de un supuesto accidente no existió un intento de suicidio y detectar en cuántos casos un acto impulsivo desencadenó una muerte por suicidio. La autopsia psicológica se presenta como una herramienta imprescindible. Esta tarea quedará en manos de psicogeriatras y psicogerontólogos, quienes deberán revisar la bibliografía internacional y sus propias casuísticas.

Estrategias para el abordaje clínico y cotidiano

El abordaje de la impulsividad en la vejez no tiene una única vía. Se trata de un fenómeno multidimensional que requiere intervenciones a distintos niveles. Comprender la impulsividad no solo como un síntoma, sino como una expresión subjetiva, permite pensar estrategias amplias que incluyan lo clínico, lo cotidiano, lo comunitario y lo ético.

No existe una patología única relacionada con la conducta impulsiva, por lo que su tratamiento no es único. Dependerá de cada paciente. Inclusive aunque la misma no llegue a límites patológicos puede reeducarse como una forma de adecuar las relaciones interpersonales.

Entrevista clínica

Desde el ámbito clínico, la detección precoz por parte de los geriatras es fundamental. Esto implica abordar la cuestión mediante preguntas, especialmente alrededor de caídas o ante cualquier hecho que el paciente considere “accidental” o producto de la mala suerte.

Ya hemos mencionado que caídas, estafas o pérdidas de control verbal pueden tener como causa la impulsividad. También es necesario indagar si existen fenómenos clínicos o metabólicos, o si se está iniciando o cursando alguna enfermedad neurológica.

La entrevista debe considerar también al familiar y al cuidador. Es infrecuente que un paciente consulte porque se siente impulsivo. Muchas veces esto cae dentro de lo que llamamos anosognosia: un síntoma que se justifica fácilmente con expresiones como “me enojé y le canté las cuarenta” o “soy frontal, así soy yo”. A veces incluso se valora como una virtud, por ejemplo, al cruzar apresuradamente la avenida para llegar al banco antes de que cierre.

Entorno y contexto

El entorno debe ser cuidadosamente evaluado, especialmente en los ancianos más vulnerables. Se debe investigar si la impulsividad es una respuesta a un maltrato oculto y cómo los cuidadores se relacionan con la persona: ¿hay gritos? ¿pasan mucho tiempo sentados obligatoriamente en una silla?

Técnicas psicológicas y psicoeducación

Desde el ámbito psicológico se pueden emplear diversas estrategias:

- **Psicoeducación:** ejercicios como contar hasta diez o reflexionar sobre situaciones “accidentales” que trajeron consecuencias negativas.
- **Técnicas de relajación:** por ejemplo, antes de abrir la puerta al sonar el timbre, se aprende a pensar en la situación para evitar reacciones impulsivas o accidentes.
- **Contacto social y prevención de estafas:** hablar sobre posibles engaños ayuda a la precaución y a no reaccionar impulsivamente ante palabras o situaciones engañosas.

En casos de demencias avanzadas, se puede utilizar **Snöezelen**, salas de multiestimulación que proporcionan imágenes, aromas y sonidos relajantes. Por ejemplo, una paciente con Alzheimer dejó de intentar agredir al cuidador mientras observaba imágenes de auroras boreales y cambió su actitud comentando sobre las maravillas del mundo y el por qué de las guerras.

Terapias cognitivo-conductuales

- Detección y análisis de la conducta
- Técnicas de relajación
- Control de los estímulos
- Solución de problemas
- Exposición
- Reestructuración cognitiva
- Prevención de recaídas.

Terapia psicoanalítica

Ya sea por actos aislados o formando parte de las características de la personalidad, las acciones impulsivas son el resultado de una lucha entre los impulsos o estados afectivos que pujan por salir y la capacidad del yo para modificarlos o contenerlos.

Acting out (actuación) actuar un impulso o deseo inconsciente para evitar conscientizar los afectos que lo acompañan.

En la terapia :

- Evitar una valoración moralista sobre la acción impulsiva
- En la transferencia saber que el superyo rígido del paciente se proyecta en el analista, para que este lo actúe en su relación con él.
- La intervención del terapeuta será eficaz si se mantiene en una actitud, cálida, atenta y flexible.

Musicoterapia y terapias no farmacológicas

La musicoterapia y otras terapias no farmacológicas pueden resultar eficaces para disminuir impulsividad, ofreciendo alternativas seguras y estimulantes.

Medicación anti-impulsiva

En cuadros psicopatológicos con impulsividad, como trastorno bipolar, psicosis o trastorno límite de la personalidad, se pueden emplear fármacos como lamotrigina, ácido valproico, litio, carbamazepina y oxcarbamazepina.

En trastornos demenciales que no responden a otras terapias, pueden utilizarse antidemenciales como memantina o donepezilo. Asimismo, los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como el citalopram en bajas dosis, pueden ser útiles.

El uso de antipsicóticos requiere precaución, dando prioridad a los de segunda generación, siempre considerando la relación riesgo-beneficio.

Impulsividad y dignidad en la vejez

Autonomía : es la capacidad de tomar decisiones independientes y responsables sobre la propia vida, de acuerdo con los valores y preferencias personales.

Las DIRECTIVAS ANTICIPADAS son una expresión de la autonomía de la persona.

El ordenamiento jurídico debe respetar la libertad de la persona sobre su cuerpo y su salud. El derecho argentino reconoce esa libertad en el código civil y comercial y en la ley de los derechos del paciente.

Enfoque ético y respeto a la persona

Nuestro código civil esta enraizado en el respeto de la Dignidad y de la autonomía. Si bien el Código es del ámbito del Derecho Privado se imbrica en el ejercicio de nuestras profesiones o nuestras relaciones de familia cuando hay un familiar o un paciente con deterioro cognitivo o con un Trastorno específico del control de los impulsos.

Art. 51: la persona es inviolable.

La dignidad debe respetar la Autonomía.

El Código Civil preserva con dos herramientas la planificación de nuestro futuro:

1. Consentimiento Informado
2. Directivas anticipadas.

¿Por qué? Porque esto es un Derecho personalísimo: la planificación del porvenir.

Ante situaciones que la Impulsividad requiriera de apoyos para ser controlada por ej. un adulto mayor que se volcara al juego compulsivo, el apoyo deberá considerar los medios para que el paciente pueda seguir siendo autónomo. Puede ayudarlo dándole cantidades de dinero acotadas, o acompañándolo cada tanto y por un periodo establecido a jugar. Alentando y empoderando a la persona en el sentimiento de poder dominar sus impulsos. En última instancia deberá judicializar el problema, pero siempre respetando la dignidad de la persona sin someterla a insultos o degradaciones de ningún tipo.

Decíamos en el capítulo I mencionando a Damasio que tenemos un **yo autobiográfico**, que constantemente reconstruye nuestra identidad a partir de la interacción entre pasado, presente y expectativas de futuro. Este yo interno, que narra nuestra vida y le da sentido, integra las emociones en las decisiones, aunque no siempre sea racional.

Por eso es tan importante detectar éticamente y desde el punto legal cuando una conducta o decisión fue impulsiva en un anciano.

Pensemos por ejemplo en un Testamento realizado por un anciano y que sorprende a sus presuntos herederos por disposiciones que favorecen a personas de reciente conocimiento para él, o deshereda a otros con quienes ha tenido durante años excelentes relaciones.

Cuantas veces al leerlo no condice con el decir biográfico de una persona. Tal vez obedeció a una situación impulsiva como un enojo o un enamoramiento. Se puede visualizar el corte en lo que el sujeto decía, creía y valoraba y lo que expresa en ese Testamento. Es como una hiancia en su coherencia interna como sujeto, como ser que se desarrolló en un tiempo y con una historia.

Glosario

Mielinización

La mielinización es el proceso mediante el cual se forma la vaina de mielina, una capa aislante que recubre los axones de las neuronas. Esta vaina, compuesta principalmente de lípidos y proteínas, facilita la rápida transmisión de los impulsos nerviosos. El proceso comienza antes del nacimiento y continúa hasta la edad adulta, siendo crucial para el correcto funcionamiento del sistema nervioso.

Los descubrimientos recientes apoyan el concepto de **plasticidad mielínica** y sus implicaciones en la memoria, abriendo nuevas oportunidades para tratar déficits que afectan la función cognitiva. Tradicionalmente, la mielina se conceptualizó como un componente estático que regula la velocidad de transmisión de los impulsos. Sin embargo, cada vez más estudios defienden un papel dinámico y dependiente de la experiencia. La plasticidad mielínica, junto con la plasticidad sináptica, contribuye a los cambios a largo plazo en los circuitos neuronales durante el aprendizaje y la memoria.

Escala de Barratt

El autocontrol o control de impulsos es una de las principales habilidades humanas, que consiste en la capacidad de regular impulsos, emociones, deseos y

conductas. Esta capacidad posee beneficios adaptativos para la vida en sociedad (Tice, Bratslavsky & Baumeister, 2001).

El fracaso en estos mecanismos adaptativos puede llevar a priorizar refuerzos inmediatos a pesar de posibles consecuencias negativas futuras. La impulsividad puede entenderse en términos de demora de las gratificaciones, donde la tensión interior previa se transforma en placer o gratificación tras la consumación del impulso, aunque posteriormente pueda generar arrepentimiento o culpa (Alcázar Córcoles et al., 2010; Solnik et al., 1980; Cervera Martínez et al., 2001).

Ernest Barratt, creador de la **Escala de Impulsividad Barratt (BIS)**, propuso una concepción biopsicosocial de la impulsividad, integrando procesamiento de la información, atención, activación del sistema reticular y mantenimiento en el tiempo del procesamiento cognitivo (Barratt et al., 1997). La impulsividad se relaciona además con medidas psicofisiológicas, niveles anormales de metabolitos de serotonina y respuestas a anticonvulsivantes, considerándose una tendencia psicobiológica que predispone a un espectro de comportamientos y no a una acción específica (Squillace et al., 2011).

La BIS-11, versión 11 de la escala, identifica seis dimensiones principales:

- **Atención:** capacidad de mantener la concentración durante una tarea.
- **Impulsividad motora:** tendencia a actuar según estados emocionales transitorios.
- **Autocontrol:** orientación a pensar y planear acciones cuidadosamente antes de ejecutarlas.
- **Complejidad cognitiva:** disfrute por pruebas mentales desafiantes.
- **Perseverancia:** consistencia en costumbres y hábitos.
- **Inestabilidad cognitiva:** tendencia a la distracción por interferencia de pensamientos y sensaciones intrusivas.

La **BIS-11** es una escala autoadministrada con 30 ítems, agrupados en tres subescalas: impulsividad cognitiva, motora y por imprevisión. Cada ítem tiene cuatro opciones de frecuencia (nunca, de vez en cuando, a menudo, siempre), algunas con puntuación inversa. La puntuación total se obtiene sumando todas las subescalas. No existe un punto de corte estándar.

Flechsigt: el psiquiatra de Schreber

Paul Emil Flechsigt (29 de junio de 1847, Zwickau, Alemania – 22 de julio de 1929, Leipzig, Alemania) fue un neuropatólogo, neuroanatomista y psiquiatra alemán, conocido por sus investigaciones en **mielogénesis** (formación y desarrollo de la mielina). Entre sus estudiantes se encontraban Emil Kraepelin y Oskar Vogt.

Flechsig fue el psiquiatra de Daniel Paul Schreber, cuyo caso inspiró a Sigmund Freud en 1911 para un análisis detallado.

Flechsig estudió el cerebro de fetos a término y recién nacidos mediante el entintado con mielina, observando que el cerebro se mieliniza entre dos meses antes y dos meses después del nacimiento. Derivó un mapa cortical basado en mielinización, no en histología como Brodmann, dividiendo la corteza en:

- **Zona primitiva de mielinización temprana:** incluye cortezas motora, visual, auditiva y somatosensorial.
- **Campo bordeando la zona primitiva:** mielinización siguiente.
- **Zona de mielinización tardía o de “asociación”.**

La última área en mielinizarse en humanos es la **corteza prefrontal dorsolateral**, que sigue desarrollándose en adolescencia y edad adulta, y se relaciona con la función ejecutiva y la memoria de trabajo.

Salas de multiestimulación (Snøezelen)

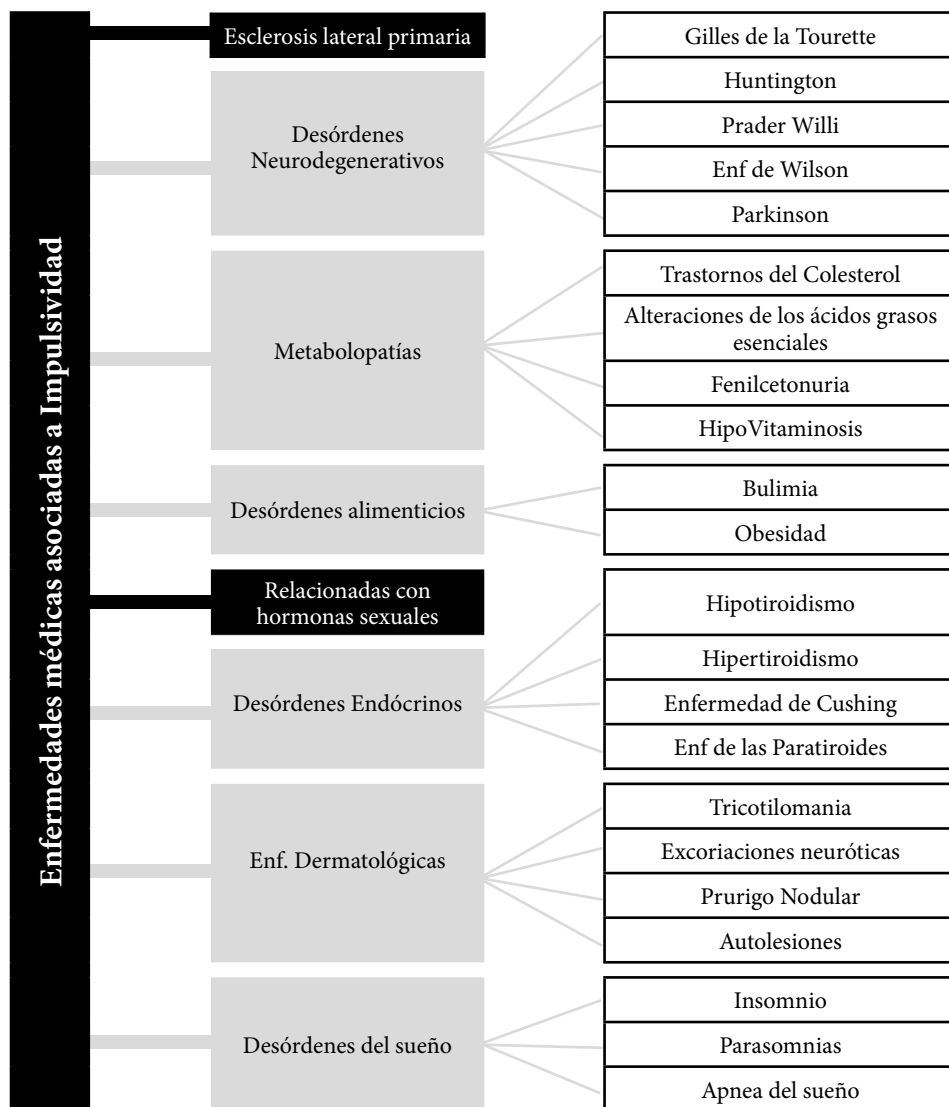
El término **Snøezelen** proviene de la combinación de palabras holandesas que significan “impregnarse” y “soñar”, y se centra en la estimulación sensorial.

Estas salas interactúan para estimular los sentidos (tacto, oído, vista, olfato y gusto) con el objetivo de mejorar la comunicación entre la persona y su entorno. Los elementos incluyen texturas, formas, música, aromaterapia, efectos de iluminación y control corporal, promoviendo bienestar físico y mental.

El propósito principal de Snøezelen es **reconectar a la persona discapacitada con su entorno**, estableciendo comunicación verbal o no verbal y favoreciendo la relajación y la disminución de conductas impulsivas.

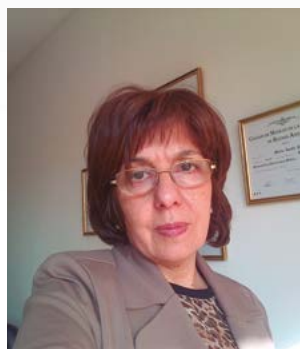
Artículo 51 del Código Civil y Comercial de la República Argentina (2015): **ARTÍCULO 51. Inviolabilidad de la persona humana.** La persona humana es inviolable y en cualquier circunstancia tiene derecho al reconocimiento y respeto de su dignidad.

DAMASIO: hipótesis del marcador somático -mecanismo por el cual los procesos emocionales guían e influyen en la conducta, y especialmente en los procesos de toma de decisiones-



Bibliografía

- Alighieri, D. (2022). *La Divina Comedia*. Editorial Terramar.
- American Psychiatric Association. (1995). DSM-IV. *Breviario*. Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Barratt, E. S. (1995). Impulsiveness and aggression. En J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 61–79). University of Chicago Press.
- Benítez, I. (1979). El yo social y el lóbulo orbitario: Desarrollo de una teoría. *Neuropsiquiatría Argentina*, X(1), 1–96.
- Calvino, I. (2013). *El vizconde demediado*. Siruela.
- Delbazi Paz, M. (s. f.). Análisis de impulsividad y agresividad mediante la escala de Barratt. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, Universidad Nacional de Córdoba.
- Goldar, J. C. (1978). *Biología de la memoria*. Editorial Salerno.
- Huertas, D. (2005). Neurobiología de la agresividad humana (cap. 5.3). *Ars Médica*.
- Korovsky, E. (1998). *Psicogerontología*. Roca Viva.
- Montero González, P. (2005). Snöezelen: El despertar sensorial. *Puertas a la lectura*, (18), 153–161.
- Oquendo, M., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalbán, V., & Mann, J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *European Journal of Psychiatry*, 15, 147–155.
- Ros Montalbán, S. (2004). *Impulsividad*. ARS Médica.
- Sáenz Gómez, S., et al. (2022). Suicidio, agresividad e impulsividad. En *Congreso Interpsiquis*.
- Zarebski, G. (1994). *¿La vejez es una caída?* Tekné.



Anahí Brizuela

Nació en 1955 en Lomas de Zamora y vive en José Mármol. Es médica psiquiatra y legista, con una Maestría en Psiconeuroendocrinofarmacología Clínica. Se formó en el Hospital Braulio Moyano. Trabajó durante veintidós años en la Justicia de la Provincia de Buenos Aires como perito psiquiatra, desempeñándose en un Juzgado de Menores y en un Juzgado de Familia. Dirige una institución geriátrica y cuenta con una especialización en Psicogeriatría y dos diplomaturas en Psicogerontología.

ISBN 978-631-01-3635-6

