

1997

Niveles de alteracion de la memoria evaluados por el Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT), en pacientes mayores de 65 años incluidos en los estadios 1, 2, 3, 4, 5 y 6 de la escala global de deterioro para la Declinación Cognoscitiva (G.D.S)

Albani, María Lujan

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/871>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Niveles de alteración de la memoria evaluados
por el Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT),
en pacientes mayores de 65 años incluidos en los
estadios 1, 2, 3, 4, 5 y 6 de la Escala Global de Deterioro
para la Declinación Cognoscitiva (G.D.S.)

**Autoras : Albani, María Luján
Ramos, Roberta Marcela**

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
1044	615.8(043) A 332
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

Mar del Plata, Septiembre de 1997.-

DIRECTORAS :

Dra. Diana Scharosky



T.O. Bettina Roumec



ASESORA METODOLOGICA :

Lic. en T.O. Sandra Gómez



A José y Oscar

Niveles de alteración de la memoria evaluados
por el RBMT, en pacientes mayores de 65 años
incluidos en los estadíos 1, 2, 3, 4, 5 y 6
de la Escala G.D.S.

Deseamos expresar nuestro agradecimiento
a quienes con su dedicación, tiempo y experiencia
contribuyeron de diferente manera a la concreción
de este trabajo : directoras, asesora metodoló-
gica y a la Sra. Antonia S. de Mendoza.
En especial a Dolores, Fernando, Lourdes y Mabel
por su aliento y comprensión permanente.

UNA PEQUEÑA CONFUSION

Sólo quiero unas líneas, para decir que estoy vivo,
que no estoy alrededor de la muerte.
Supongo que estoy más olvidadizo
y tengo un poco confundida mi cabeza.

A veces no puedo recordar
si es que estoy al pie de la escalera,
si debo subirla para algo
o si acabo de bajar por ella.

Con frecuencia estoy frente a la heladera
y mi mente se llena de dudas :
¿ es que acabo de guardar algo
o al contrario lo estaba por retirar ?

A veces cuando está oscuro
con mi ropa de noche me encuentro
y no sé si me estoy yendo a la cama
o si me acabo de levantar.

Así pasó mi turno de escribirles
y no hay necesidad de preocuparse
creo que ya he escrito bastante
y no los quiero aburrir.

En fin recuerden que los quiero
y deseo que estuvieran aquí
pero llegó el momento del correo
y debo decirles "adiós".

¡Y aquí estoy frente al buzón
con mi rostro enrojecido !
En lugar de enviar mi carta
acabo de volver a abrirla.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
PROBLEMA.....	8
OBJETIVOS.....	8
ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN.....	9
MARCO TEÓRICO :	16
I Alteraciones de memoria y envejecimiento normal y patológico.....	17
II Performance Ocupacional.....	41
III Baterías Neuropsicológicas.....	47
IV Rehabilitación Cognoscitiva.....	54
V Características de la Institución S.A.T.E.....	58
ASPECTO METODOLÓGICO :	63
Diseño Metodológico.....	64
Población.....	65
Método de selección de la muestra.....	65
Criterios de Selección de unidades de análisis.....	66
Procedimiento de recolección de datos.....	67
Prueba piloto.....	68
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HIPÓTESIS.....	69
DATOS ESTADÍSTICOS.....	87
Análisis e interpretación de datos.....	88
CONCLUSIONES.....	103
BIBLIOGRAFIA GENERAL.....	107

INTRODUCCION

El aumento de la expectativa de vida, hace que la pirámide poblacional, en algunos países se invierta. Dado que en general el geronte precisa mayor atención se verán incrementadas las demandas en el campo de la salud y obligará a la sociedad a enfrentarse con una serie de problemas cada vez mayores, de orden económico, sociofamiliar y médico asistencial. Por ello las autoridades sanitarias deberán dirigir su esfuerzo a la organización de una red asistencial y a la realización de estudios epidemiológicos de esta franja etaria. El envejecimiento y su problemática sanitaria es uno de los grandes retos de la sociedad actual.

Nuestra intervención en una población añosa, está fundamentada en mantener y/o mejorar la máxima independencia funcional que va a posibilitar la permanencia en sus hogares, insertos en la comunidad, activos ; contribuyendo a mejorar la calidad de vida. Enfocar al hombre desde esta óptica es el permanente desafío de la rehabilitación, su meta es el hallazgo y consecuente descripción y elaboración de una estrategia efectiva que pueda ser usada por los pacientes en su vida cotidiana, orientados a aliviar sus problemas, más que a lograr restaurar la función perdida.

Uno de los problemas que se plantea frecuentemente, lo constituye la alteración de la memoria que conlleva a una pérdida de adaptación del individuo a su medio ambiente, afectando fundamentalmente su desempeño en las actividades de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (IADL).

Se intenta a través de este trabajo de investigación comparar si existe correlación entre los niveles de alteración de la memoria evaluados por el T.O. utilizando para ello el RBMT y el grado de desempeño en las AVD e IADL implementando el Índice

BARTHEL y la Escala LAWTON respectivamente, que permitirán dar respuesta a nuestra pregunta, la cual motiva y guía este trabajo de investigación científica.

PROBLEMA:

¿Cómo se relacionan los niveles de alteración de la memoria , con el grado de desempeño en las AVD y en las IADL en pacientes mayores de 65 años, incluidos en los estadios 1,2,3,4,5, y 6 de la Escala G.D.S. que concurren a Terapia Ocupacional (T.O.), Servicio Atención a la Tercera Edad (S.A.T.E.), Hospital Privado de Comunidad (H.P.C.), Mar del Plata, en el período Junio-Agosto 1997 ?

OBJETIVOS:

- Caracterizar y ubicar la población en los distintos estadios de la Escala G.D.S., incluyendo los correspondientes del 1 al 6.
- Identificar los niveles de alteración de la memoria, evaluados por el RBMT.
- Determinar el grado de desempeño en las A.V.D. e I.A.D.L., en pacientes mayores de 65 años.
- Comparar y analizar los puntajes obtenidos en el RBMT, con los correspondientes al Índice Barthel y la Escala Lawton.
- Describir la modalidad de trabajo y abordajes terapéuticos para pacientes con alteración de memoria, según la nomenclatura de prestaciones de S.A.T.E., H.P.C., Mar del Plata.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION

El RBMT fue administrado en diferentes países, en pacientes con distintas patologías y edades.

Inicialmente fue diseñado para pacientes con traumatismo de cráneo por Wilson B., Baddeley A. y Cockburn J. en el año 1985.

En el año 1988, Baddeley A. , realizó un trabajo llamado "Midiendo la Memoria" en pacientes mayores de 65 años, en él se realizaban tres extensos acercamientos, para la medición del funcionamiento de la memoria.

El primero de ellos implica usar la memoria como un indicador general de una disfunción en el SNC. Este acercamiento es ilustrado usando el Test de Stemberg's que examina el paradigma de la memoria a corto plazo. La ventaja de estos Test es la de ser muy sensibles, sin embargo, la dificultad que presentan es para ser interpretados en términos teórico - práctico.

En la segunda aproximación se utilizó un grupo de tareas seleccionadas con el fin de observar los diferentes aspectos de la memoria humana, este trabajo es fundamentalmente de interés teórico. Concluyendo: la evolución rápida de las teorías de la memoria hace compleja la lectura con este tipo de mapeo, de los resultados de la memoria ontogénica, fuera del laboratorio.

En la tercera aproximación se intenta realizar una medida más directa para evaluar la memoria en la vida diaria. El uso de dos cuestionarios para este propósito será discutido críticamente y un nuevo Test de memoria cotidiana será descrito. El RBMT bien correlacionado con observaciones de pacientes, parece ofrecer una prometedora nueva línea de desarrollo.

En el año 1989 Lincon y Timson (Inglaterra) utilizaron el RBMT, estableciendo una relación entre la memoria objetiva y subjetiva después de 7 meses de un accidente cerebro vascular (A.C.V.), en 78 pacientes. La intención de este estudio era examinar

las relaciones entre la memoria subjetiva y la valoración objetiva, usando el Test designado, para reflexionar sobre el funcionamiento de la memoria en la vida diaria.

En este mismo año se realizaron dos investigaciones más. En Italia Af Schwartz y M t Mac Millan evaluaron la memoria en los hechos cotidianos, después de una severa injuria cerebral, para lo cual utilizaron dos tipos de cuestionarios, el cuestionario de la memoria subjetiva (SMQ) y el cuestionario de la memoria cotidiana(EMQ), ambos fueron administrados a un grupo de pacientes con traumatismo de cráneo, y a un grupo de control. Ambos tenían una puntuación relativa y correlacionada significativamente en sí con los valores del RBMT.

En Inglaterra RM Jhaveri realizó una investigación sobre los efectos de la ventilación hipocámpica sobre la función mental, en pacientes mayores que fueron intervenidos quirúrgicamente de cataratas.

La función mental fue estudiada usando el RBMT y el Test no preparado de la reacción simple del tiempo, en 83 pacientes mayores de edad para la cirugía de cataratas.

El Test psicométrico era administrado mediodía antes de la operación, y a 4 días y 4 semanas después de la misma.

Estadísticamente aparecen cambios significativos en la realización de aquellos pacientes hiperventilados, los cuales no pudieron ser demostrados usando estos Test.

En 1990 en Inglaterra J Cockburn, B. Wilson, A. Baddeley y R. Hiorns, evaluaron la memoria en pacientes con disfasia, para lo cual modificaron el RBMT, desarrollando medidas de existencia y extensión de problemas de memoria en la vida diaria, conteniendo ítems verbales y no verbales. El estudio descripto está basado en una muestra de 176 pacientes, con daños cerebrales, mostrando que aquellos pacientes con una leve a moderada limitación del déficit del lenguaje presentaron un rendimiento bajo en la realización del RBMT.

Una versión reducida del Test fue desarrollada y mostró ser sensible a los déficit de memoria e insensible a los efectos de la disfasia.

En 1992 Barbeger, B ; Commemges,D ; Gagnon,M y otros, realizaron un trabajo de investigación, en el cual pretendían identificar que las IADL están relacionadas con el deterioro cognoscitivo, independientemente de la edad, sexo y educación en una comunidad de la tercera edad. El análisis del mismo fue realizado en dos fases :

a) Evaluación funcional (Escala IADL de Lawton y Brody) y examinación del Estado Mini-Mental (MMSE).

b) Criterios DSM III para la demencia, criterios NINCDS ADRA, aplicado por el neurólogo.

Los resultados arrojados fueron los siguientes : cuatro de los ítems de las IADL, están relacionados con el deterioro cognoscitivo independientemente de la edad, sexo y educación, son : el uso del teléfono, el uso de los medios de transporte, la responsabilidad por la medicación y el manejo de finanzas. En un puntaje agregado el número de dependencia tiene una sensibilidad de 0.62 y una especificidad de 0.80 en la más baja puntuación límite (puntaje > 0) para el diagnóstico de deterioro cognoscitivo. La misma puntuación en el mismo límite tiene una sensibilidad de 0.94 y una especificidad de 0.71 para el diagnóstico de la demencia.

La prevalencia de demencia (2.4%) está reducida por un factor de 12, en sujetos, independientes para las cuatro IADL.

Puede concluirse que el puntaje de los cuatro ítems en las IADL podría ser incorporado en el procedimiento de análisis por demencia en la comunidad de la tercera edad.

En 1993, en China(G. Yuan, L. He., J. Wang, Z. Luo, S. Liu, H.Zeng.) aplicaron dicho Test en pacientes que padecían arterioesclerosis. Los resultados mostraron que el índice de anomalía de estos pacientes fueron superiores al del grupo de control.

Concluyeron en decir que existe una relación entre el daño cerebral y la declinación de la memoria del comportamiento, sugiriendo que el RBMT, es sensible para detectar déficit leves de memoria. Con esta sencillez y sensibilidad el RBMT puede tener algún valor práctico en China.

En Inglaterra H.J. Markowitsch, D.Y. Von-Cramon y U. Schuri realizaron un perfil de la performance mnésica de un paciente con infarto bilateral diencefálico con inteligencia preservada y severos disturbios mnésicos.

Se emplearon un amplio grupo de pruebas cognoscitivas para investigar su rendimiento en todos los aspectos relevantes de la inteligencia, atención, memoria subjetiva y retrógrada, retención inmediata y de términos largos, aprendizaje y resolución de problemas, formación de conceptos, flexibilidad cognoscitiva y habilidad constructiva; un total de 50 pruebas fueron utilizadas, entre las que se incluyeron la Escala de Memoria de Weschler y el RBMT.

La investigación permitió confirmar la dicotomía entre funciones declarativas y no declarativas. Además ellos demuestran que posterior a un daño encefálico focal pueden resultar amnesias anterógradas profundas y retrógradas selectivas, desconectando porciones mediales y basolaterales del circuito límbico, teniendo consecuencias devastadoras sobre la memoria.

También en 1993, en los países bajos, F.A. Huppert, L. Beardssall, investigan el deterioro de la memoria prospectiva como un indicador temprano de demencia en sujetos mayores de una muestra general, que incluye pacientes dementes, evaluados por medio del RBMT.

La investigación permitió aportar evidencias de que las tareas de la memoria prospectiva, son particularmente sensibles en los primeros estadios de demencia.

En la Tesis de grado realizada por Ingrid Rosemberg y Silvia Faidutti, en 1993, sobre la Evaluación de la discapacidad en personas mayores de 65 años que sufrieron un ACV, dicho trabajo se basó en la relación de pacientes mayores de 65 años que sufrieron un ACV (sin discapacidad física previa) en los cuales se produce un cambio brusco generado por la patología, que provoca un deterioro de la función, que puede conllevar a la discapacidad; ante la necesidad de proponer la utilización de un instrumento de evaluación funcional estándar de discapacidad física, concluyeron que el Índice Barthel es el que da resultados de mayor interés, además de cumplir con los

principios que todo instrumento de evaluación debe tener: rápido y simple, dando información global acerca de la discapacidad del paciente, muy importante para su utilización en la etapa aguda de la enfermedad debido a su función pronóstica.

En el año 1994, en Inglaterra, J.Cockburn y P.T. Smith, realizaron un trabajo que investigaba la relación entre la ansiedad y los errores de la memoria prospectiva en pacientes adultos mayores.

Teniendo en cuenta que cada error, depende de la naturaleza de la tarea, del contexto y de los recursos disponibles del paciente. Respuestas de un grupo de adultos mayores, citadas en un artículo del RBMT son examinados con frecuencia, apareciendo diferentes tipos de error y sus relaciones con otras variables, tales como ansiedad, inteligencia y edad.

Los resultados sugieren que existe una relación directa e inversamente proporcional entre la ansiedad e inteligencia respectivamente con los diferentes tipos de error.

En la tesis realizada por M.L. Laguarde y M.E. Archilla, en 1994, siendo el tema de la misma La importancia del tratamiento de T.O. en pacientes con demencia para el mantenimiento de su independencia y calidad de vida. Utilizaron para dicho trabajo el RDRS (Rapid Dementia Rating Scale) como instrumento de evaluación. Concluyeron que existen diferencias en el mantenimiento de la independencia entre el grupo de control que recibió tratamiento durante seis meses. Se observó una relación entre el tratamiento de T.O. y el mantenimiento de las IADL en los pacientes con diagnóstico de probable demencia.

En el nivel de independencia de las IADL (entre) antes y después del tratamiento no se registraron diferencias significativas.

En el Grado de Asistencia en las IADL ocurrieron las siguientes modificaciones: en el grupo de control algunos del grupo semidependiente pasaron al dependiente. El grupo de tratamiento se mantuvo constante.

En el Grado de Discapacidad y Problemas Especiales del RDRS no interfirieron en la evolución del paciente.

En 1995, en USA, S. Kotler-Cope y C.J. Camp, realizaron un estudio, aplicando el RBMT, por medio del cual se evaluó la anosognosia de la enfermedad de Alzheimer, incluyendo las áreas cognoscitivas, psiquiátricas y conductuales. Esta investigación se realizó en 13 pacientes con demencia probable tipo Alzheimer de moderada hasta moderadamente severa, comparando los resultados entre las autoevaluaciones y las evaluaciones realizadas a familiares de los pacientes, utilizando la escala de valores de conducta cognoscitiva; el conocimiento de la enfermedad era definido como una diferencia entre familiares y pacientes.

Los resultados de este pequeño estudio preliminar, en pacientes dañados con demencia tipo Alzheimer, sugiere que los conocimientos de los problemas psiquiátricos y de comportamiento pueden ser relativamente preservados comparado con los conocimientos de los problemas cognoscitivos.

A principio de 1996, en Inglaterra culminó un trabajo de investigación realizado por B. Wilson, A. Baddeley y C. De Wall, donde se realiza la extensión del RBMT (ERBMT), para la evaluación del rendimiento de la memoria en la vida diaria en adultos normales.

El RBMT suministró un instrumento válido, para detectar problemas diarios de memoria en un grupo de pacientes. El mismo fue originalmente diseñado como un Test de "Screening", pero poco sensible para detectar déficit leves, debidos a un daño cerebral, o a la administración de una droga o stress.

El ERBMT aumentó el nivel de dificultad duplicando la cantidad de material a ser recordado, o combinando material de los subtest del test original para presentar dos versiones paralelas de la nueva extensión del Test.

La sensibilidad del ERBMT fue evaluada comparando su ejecución en personas de mediana edad y a personas mayores normales, esperando demostrar moderadas

diferencias en la performance de la memoria.

Los subtest varían en su sensibilidad, por pequeñas diferencias en las edades, pero cuando la sensibilidad es calculada, en términos de una escala de puntuación, que permite en su totalidad combinar, las medidas de la memoria, el Test prueba su sensibilidad ($t = 4.87, p < 0,0001$) fuera de los efectos “ceiling and floor”.

El ERBMT suministra una prometedora medida de evaluación de la memoria en la vida diaria en adultos normales.

“ Hay que haber empezado a perder la memoria aunque solo a retazos para darse cuenta de que esta memoria es lo que constituye nuestra vida (...) Nuestra memoria es nuestra coherencia, nuestra razón, nuestra acción, nuestro sentimiento. Sin ella no somos nada.”

Luis Buñuel

MARCO TEORICO

MARCO TEORICO

I ALTERACIONES DE MEMORIA Y ENVEJECIMIENTO NORMAL Y PATOLOGICO

Conforme se invierte la pirámide poblacional, se altera también la incidencia y prevalencia de muchos tipos de enfermedades y discapacidades. Estas modificaciones, junto con los cambios tecnológicos, de organización laboral y de jubilación, supondrán un reto para los sistemas privados encargados de administrar y financiar la asistencia sanitaria.¹

Los problemas sociales, económicos y culturales creados por este cambio demográfico alcanzarán proporciones de crisis en el próximo siglo, si no nos ocupamos de ellos ahora.²

Cuando se habla de anciano la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia a personas mayores de 65 años. En esta etapa de la vida puede generarse un conflicto por la confrontación entre lo nuevo que se desconoce y se teme y lo conocido que se deja; esta situación despierta expectativas positivas y negativas, a las que se suma la visión desvalorizada que la sociedad posee del geronte.³

Existen diferentes teorías en relación a la causa del envejecimiento, entre las cuales se pueden mencionar:

- Envejecimiento como consecuencia del daño gradual de las células, producidos a través de mutaciones génicas, degradación de proteínas o procesos autoinmunes.

¹ HAM,R ; DE SLOANE,F.- Atención primaria gerontológica. Casos clínicos. Editorial Mosby-Deoyma Libros SA. División Iberoamericana. Segunda edición. 1995.

² MIRANDA,C ; Y OTROS.- La ocupación en la vejez. Una visión gerontológica desde Terapia Ocupacional. Editorial Relieve. Argentina. Septiembre 1996. Pág.65.

³ Op. Cit. MIRANDA,C ; Y OTROS.Pág.67.

Otra de las líneas de argumentación es que el envejecimiento se produce por acumulación de sustancias tóxicas posiblemente derivadas del metabolismo celular.

- Por último se ha propuesto la teoría de que la senescencia celular es un fenómeno programado genéticamente.⁴

El envejecimiento es un proceso natural e inevitable, que conlleva a una pérdida progresiva e irreversible de las capacidades de adaptabilidad del organismo a su medio ambiente, como consecuencia de las modificaciones morfológicas, fisiológicas y bioquímicas acontecidas en esta etapa de la vida.⁵

La senectud está condicionada por el estado fisiológico (influenciado por las alteraciones del sistema nervioso) y por la posición existencial del hombre en la última etapa de su vida, con la consiguiente vivencia de su propio envejecimiento, percibiéndose las siguientes manifestaciones :

* Disminución del rendimiento de la memoria desempeñando un papel importante la declinación de las energías vitales, la disminución del interés de fijar información, actitudes personales, un debilitamiento de la capacidad de concentración y atención, y el deterioro neurofisiológico de esta edad.

* El aprendizaje es un proceso mediante el cual se constituyen nuevas actividades o se modifican otras ya existentes. Los factores individuales que condicionan todo aprendizaje son : la actitud y la facilidad para aprender, la persistencia del aprendizaje, es decir, la capacidad de recordar, la sensibilidad al estímulo del aprendizaje o afán de aprender y la intensidad de dicho aprendizaje. Existen diversas características que influyen a esta edad, como son el interés, el entrenamiento, la salud, la educación obtenida, el miedo a fallar, el tiempo más alargado de reacción y otros.

⁴ Op. Cit.- HAM,R ; DE SLOANE,F.

⁵ TROMBLY,C.- Occupational Therapy for physical dysfunction. Edition 1995. Pág.218.

* Con respecto a la creatividad, se considera que el viejo es creativo si se propone generar nuevas ideas y de solucionar problemas que se le presentan. El ritmo de deterioro de las facultades creativas estaría relacionado con las diferencias individuales, el nivel cultural del sujeto, la ejercitación y el adiestramiento de dichas facultades.

* Las aptitudes psicomotoras según Lehr definidas como una serie de pautas de comportamiento adquiridas, de movimientos voluntarios y coordinados entre sí, subsiguientes a una determinada situación o a un determinado estímulo. Generalmente en los ancianos, el componente premotor o tiempo que transcurre desde la aparición del estímulo hasta el comienzo del movimiento se prolonga, ya que existe mayor latencia desde el momento que llega a la conciencia la necesidad de acción que ha de realizar.

A veces los ancianos se sienten afectados por sus acontecimientos vitales condicionados por su biografía y personalidad. Dichos acontecimientos, estarán influidos por factores como : la familia, los nuevos tipos de relaciones sociales, el deterioro de procesos psicológico - cognoscitivos, la soledad entre otros.

Esto coincide con otra serie de hechos, como pérdida de familia, disminución progresiva del círculo de amistades y conflictos familiares, económicos, sociales, ocasionados por la pérdida del status socioprofesional y mayor probabilidad de enfermar. Todo ello puede propiciar el trastorno afectivo más frecuente de la ancianidad : la depresión. Si el entorno es favorable y la capacidad de adaptación del individuo es buena, gran número de ancianos se adaptan sin dificultad a la pérdida progresiva de sus facultades físicas e intelectuales, disminuyendo la probabilidad de presentar psicopatología afectiva.

Los aspectos fundamentales de la personalidad que existen en la edad madura tienden a permanecer durante toda la vida. Pueden existir ciertos cambios de la personalidad debido a que en la senectud los valores y actitudes cambian, se desean y

esperan otras cosas en la vida, y las necesidades sociales se alteran. Puede ocurrir también un cambio consistente en la vejez : el aumento de la introversión, les preocupa su propio mundo interior, necesitan estar menos con otras personas, se encuentran bien en soledad. ⁶

Las observaciones realizadas en personas que envejecen muestran :

- una declinación progresiva de la así llamada “inteligencia fluida” (que es la que permite resolver problemas nuevos) en contraposición a una cierta estabilidad de la inteligencia cristalizada (que implica respuestas adecuadas a situaciones ya varias veces resueltas).

- una disminución en la retención de nueva información, independiente del grado de interés afectivo, pudiendo facilitarse su borramiento con estímulos interferentes durante los segundos inmediatos a su recepción. No hay acuerdo acerca de cuál es el proceso íntimo que dificulta estos procesos mnésicos, pero sí sobre la importancia que ellos tienen, en la adaptación del organismo a su medio ambiente. ⁷

La memoria es una de las funciones centrales de la actividad intelectual y es la base de nuestro conocimiento, que incluye los procesos de registro y recuerdo, consolidación y almacenamiento y recuperación de la información.

La organización estructural de la información en la memoria se hace linealmente, según un desarrollo temporal en tres fases:

- Memorización.
- Conservación.
- Restitución.

***Memorización** : es el conjunto de procesos que permite percibir una nueva información, operar sobre la misma utilizando los conocimientos almacenados e in-

⁶ **MARCOS, T.-** Neuropsicología Clínica. Más allá de la psicometría. Editorial Mosby-Deoyma Libros SA. 1994.

⁷ **STREJILEVICH, M.-** Asistencia Psiquiátrica. Comunidad Terapéutica. Demencias. Artículos Conexos. 1995.

Introducirlos en la memoria, en esta fase son precisos dos tipos de procesos .

1) Mantenimiento ya que la cantidad de información, sobrepasa habitualmente la capacidad de memoria a corto plazo, es necesario mantenerla un cierto tiempo para lograr el pasaje hacia el archivo a largo plazo. Si no se mantienen pueden ser borradas por las informaciones siguientes que adquieren el valor de distracción o interferencia. La autorreplicación permite parcialmente estas dos condiciones.

2) Adquisición : todo trazo mnésico es multidimensional y depende de tres tipos de operaciones : a) operaciones de codificación de la información que hacen que pueda ser percibida bajo su aspecto más superficial (sensorial) o más profundo (fonológico y semántico).

b) operación de codificación para reagrupar la información según los hábitos cognoscitivos del sujeto.

c) operaciones de codificación en función de relacionar toda la información a un contexto temporo - espacial.

Los procesos de adquisición dependen necesariamente de los procesos de mantenimiento.

*Conservación : este estadio depende de dos tipos de acciones : a) consolidación : la información debe ser transformada en trazos durables y permanentes.

b) reconstrucción :

los trazos mnésicos no son estáticos y fijos, ellos son usados constantemente en el curso de la adquisición de trazos mnésicos nuevos que se integran a los antiguos.

*Restitución : conjunto de procesos que permiten la utilización de los trazos mnémicos archivados. No es suficiente almacenar la información, debe ser capaz de recuperarla cuando es necesario. La restitución puede ser espontánea (recuerdo) o facilitada (reconocimiento).⁸

⁸ ALLEGRI,R ; TAMAROFF,L.- Introducción a la Neuropsicología clínica. Edición Libros de la Cuadriga. Buenos Aires. Argentina. Mayo 1995. Pág.73.

Sólo a fines didácticos, clínicos o de investigación podemos separar la memoria de otras funciones cognoscitivas sin las cuales “memorizar” sería dificultoso o imposible (atención, percepción, lenguaje, inteligencia, etc.).⁹

Se utiliza para su mejor comprensión el Modelo de memoria de Atkinson y Schiffrin : el mismo postula la existencia de tres estadios.

1) Memoria Sensorial : es el breve procesamiento de la información recibida por los órganos de los sentidos que dura sólo algunos milisegundos. La memoria sensorial incluye aferencias visuales (icónicas), auditivas (ecoicas), táctiles y propioceptivas. La memoria sensorial permite un mayor análisis del estímulo en cada modalidad.¹⁰

2) Memoria a corto plazo (MCP) : desde cada modalidad sensorial (visión, audición) se envía la información al segundo componente del sistema, el *archivo a corto plazo*.

Esta memoria tiene la facultad de mantener una información durante un lapso de tiempo muy corto (menos de un minuto) y poder restituirla en forma inmediata (Signoret, 1987).

Este archivo a corto plazo es el componente central del modelo y tiene una capacidad limitada y temporaria, la información puede ser perdida por desplazamiento ante una nueva información entrante o por disminución en el tiempo.

Esta memoria es muy sensible al efecto de la interferencia, la cual si aparece inmediatamente después del ingreso de la información hace perder la misma (Lezak 1983).

Esta sensibilidad al fenómeno de interferencia es una de las bases para la distinción neuropsicológica entre la memoria a corto y largo plazo.

⁹ DALMAS,F.- La memoria desde la Neuropsicología. Editorial Roca Viva. Montevideo. Uruguay. Octubre 1993. Pág.40.

¹⁰Op. Cit. DALMAS,F.- Pág. 28.

La MCP está supeditada a un “efecto recence” o de recuerdo de los ítems más recientes. En el recuerdo inmediato de una lista de palabras, normalmente se recuerdan los dos o tres primeros ítems de la lista y sobre todo los últimos. Este efecto no existe con la memoria a largo plazo donde se recuerda mejor el comienzo de la lista.

Hay dos factores que juegan un rol importante en este proceso de registro, la afectividad y la atención.¹¹

En 1974 Baddeley y Hitch desarrollaron un modelo de MCP llamado **Memoria de trabajo**.

La memoria de trabajo es un espacio de trabajo o memoria buffer en la cual se mantiene la información mientras está siendo procesada.

Este modelo es un sistema de capacidad limitada, destinado al mantenimiento temporario y a la utilización de la información durante la realización de una serie de pruebas cognoscitivas de comprensión, de razonamiento o de aprendizaje.

Este sistema está compuesto por un administrador central y dos sistemas accesorios : el bucle articulatorio y el registro visuoespacial.

El componente principal es el administrador central que es un sistema de control atencional que supervisa y ordena la información proveniente de los dos sistemas accesorios y sirve para liberar una parte de sus capacidades a fin de realizar las pruebas cognoscitivas más exigentes. Efectúa operaciones de selección y control.

El bucle articulatorio es un sistema de archivo mnésico para el material verbal, que utiliza el lenguaje subvocal, para mantener temporariamente una secuencia de ítems verbales, sin exigir un tratamiento por parte del administrador central.

El registro visuoespacial es un sistema temporario empleado en la creación y manipulación de las imágenes mentales visuales no verbales.

Esta memoria de trabajo utiliza las informaciones que le son necesarias para efectuar las pruebas, las cuales trae del archivo a largo plazo.

¹¹ Op. Cit. ALLEGRI,R ; TAMAROFF,L.-

Se habla así de la memoria conciente activa y la memoria inconciente pasiva.¹²

Existe una clara intervención de la corteza prefrontal dorsolateral en este tipo de memoria.

3) Memoria a largo plazo (MLP) o secundaria, mantiene la información desde varios minutos a varios años (Croik, 1977).

El proceso de archivo de la información como MLP, comienza después que la información ingresó en la MCP y continúa mientras la información está allí.

La información de este sistema a largo plazo se almacena en relación al significado, o sea que tiene una codificación semántica (Broadbent, 1970; Croik, 1972).

¹³Constituye el registro más o menos permanente de nuestras experiencias, conocimientos y habilidades.

En relación con la MCP la MLP tiene las siguientes características :

* Es de duración ilimitada. Este proceso es prolongado en el tiempo al punto que Squire habla de un proceso de consolidación continua.

* La capacidad de la MLP es prácticamente ilimitada.

* La información de la MLP es mucho más resistente a la interferencia, en buena medida debido al proceso de consolidación.¹⁴

Existen evidencias a favor de la separación en más de un sistema en la MLP. Esto ha sido apoyado por la afectación selectiva de diferentes partes del sistema en pacientes con trastornos mnemónicos. Así fueron propuestas en ellas las siguientes dimensiones:

a) memoria visual/verbal

b) memoria semántica/episódica.

¹² Op. Cit. ALLEGRI, R ; TAMAROFF, L.- Pág. 75-76.

¹³ Op. Cit. ALLEGRI, R ; TAMAROFF, L.-

¹⁴ Op. Cit. DALMAS, F.- Pág. 30-31.

*Visual - Verbal: las informaciones percibidas de imágenes se memorizan mejor que las verbales correspondientes. Esto llevó a postular la existencia de dos sistemas mnésicos cualitativamente diferentes, el sistema imagen y el sistema verbal. En el sistema imagen, las informaciones sobre la imagen y el objeto se almacenan en forma análoga; en el verbal las informaciones se almacenan bajo la forma de unidades discretas ligadas arbitrariamente a los objetos y/o hechos que ellos representan.¹⁵

* Memoria episódica: se entiende básicamente la memoria autobiográfica. Está constituida por nuestros recuerdos individuales, los hechos que nos ocurrieron en un lugar y tiempo determinado. Lo característico es que, además del evento en sí, recordamos con más o menos precisión cuando y donde ocurrió. Dicho en otros términos el recuerdo está ligado al contexto temporoespacial en que ocurrió.¹⁶

*Memoria semántica: trasciende un contexto particular. Corresponde a las adquisiciones culturales sin referencia personal, se trata de conocimientos lingüísticos y culturales (Trillet y Laurent, 1988).

Ambos sistemas corresponden al conocimiento declarativo, es decir al conocimiento de algo.

Existe un tercer sistema de representación en relación a cómo hacer algo, es decir, la memoria procedural o memoria de los procedimientos, que (permite al individuo el aprendizaje de las conexiones entre los estímulos y las respuestas, y actuar de manera adaptativa a los hechos (Cohen y Squire 1980).]

Constituye una forma de memoria implícita. Es decir que la adquisición y la utilización se hacen en forma automática sin que el sujeto sea consciente o capaz de situar el período, lugar o contexto del aprendizaje (Schacter) (Dentro de esta forma de memoria se incluyen: * fenómeno de activación (priming) como tal permite procesar un estímulo cualquiera con mayor facilidad, cuando éste en otro similar ha

¹⁵ Op. Cit. ALLEGRI, R ; TAMAROFF, L.-Pág. 77.

¹⁶ Op. Cit. DALMAS, F.-Pág. 92.

sido presentado previamente. Esta presentación previa no es recordada como “escrito” en la memoria, no hay registro consciente de la misma.

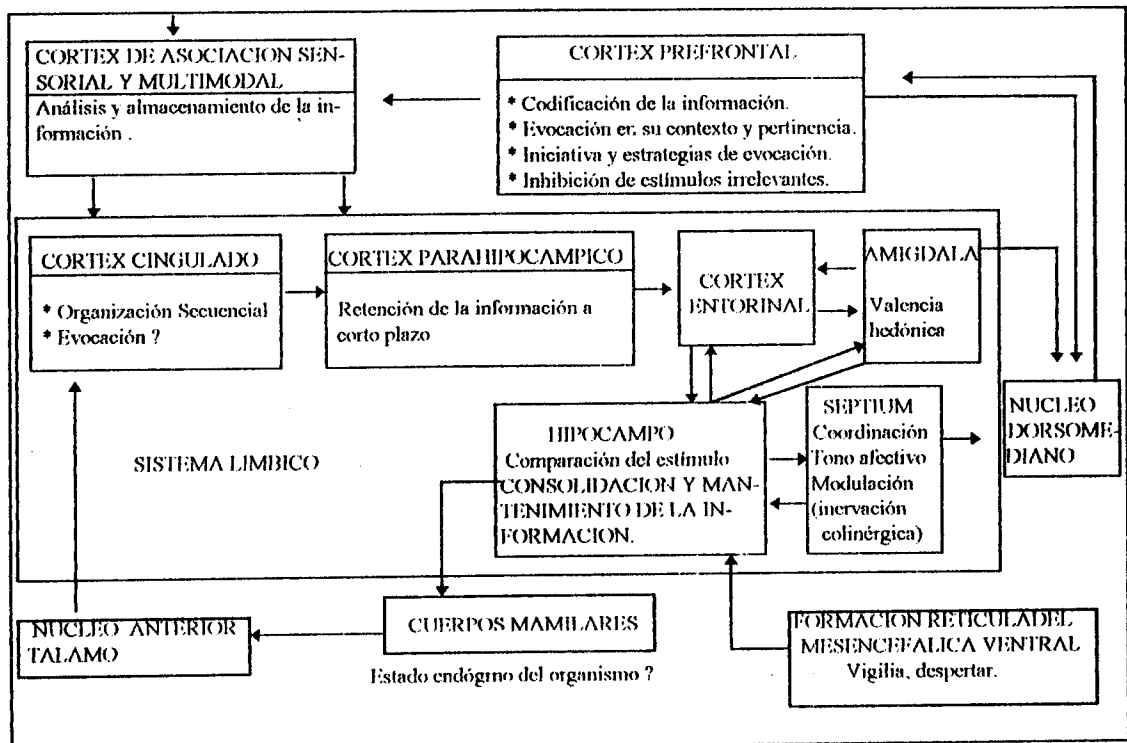
* aprendizaje de habilidades motoras.

* aprendizaje de habilidades perceptivas.

* aprendizaje de habilidades cognoscitivas.

Si bien podemos afirmar que para la MCP hay una especialización hemisférica : el hemisferio izquierdo está especializado en la conservación de la memoria verbal, en tanto que la memoria visuoespacial está más vinculada específicamente al hemisferio derecho ; y que la MCP utilizaría circuitos corticales temporales externos o prefrontales y la MLP los circuitos hipocámpicos. No debemos olvidar que el entramado neural que subyace a los procesos mnésicos, está dispuesto como un conjunto de bucles entre niveles neocorticales, límbicos y subcorticales, integrados por una red de conexiones paralelas, donde el probable valor funcional de cada estructura surge de la interacción entre las mismas.

DIAGRAMA DE UN MODELO NEURAL PARA LA MEMORIA.



17

La forma en que funciona la memoria de una persona depende en gran parte de su experiencia vital y las demandas cognoscitivas particulares que recaen sobre esa persona en la vida cotidiana.

Una de las características es la variedad de estrategias que los individuos normales utilizan para recordar información del pasado y explorar acciones futuras.¹⁸

Cada individuo posee el conocimiento y la valoración de su propia memoria, este concepto es definido por la neuropsicología como metamemoria.

Implica, entre otras cosas, tener conciencia de que hay determinadas tareas a aprender que exigen un determinado esfuerzo y una determinada estrategia para que ese aprendizaje sea más económico y más efectivo.

El concepto de metamemoria, incluye también el conocimiento de las posibilidades de nuestra memoria.

Este tiene importancia ecológica : saber cuantos ítems podremos recordar, por ejemplo, de las compras que debemos hacer en el supermercado, sin necesidad de llevar una lista.¹⁹

De lo anteriormente mencionado se infiere la importancia que posee la memoria en las actividades que se realizan diariamente.

La escala G.D.S. permite obtener un registro de : déficits cognoscitivos, características del paciente, datos objetivos de la vida cotidiana, situación laboral, orientación temporoespacial y características psíquicas.

Dicha escala fue desarrollada por Reisberg, quién describe 3 fases clínicas:

1) Fase temprana de olvido: en la cual el déficit es primariamente subjetivo, pero verificable con test cognoscitivos objetivos.

¹⁷ Op. Cit. DALMAS,F.- Pág. 34-35, 101 y 104

¹⁸ GRIEVE,J.- Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales. Evaluación de la percepción y la cognición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Argentina. 1994. Pág. 77 y 79.

¹⁹ Op. Cit. DALMAS,F.- Pág. 37-38.

2) Fase confusional intermedia: cuyo déficit se observa objetivamente.

3) Fase de demencia tardía.

Estas fases pueden ser redefinidas en 7 estadios identificables clínicamente :

- ESTADIO 1: sin declinación cognoscitiva.

Los pacientes aparecen clínicamente normales, no se quejan de déficit de memoria y en la entrevista no se detectan.

- ESTADIO 2: muy suave declive cognoscitivo.

Es la fase de los olvidadizos. El paciente se queja de su déficit de memoria; no recuerda dónde deja objetos familiares, olvida nombres de personas conocidas. El individuo en esta fase presenta interés acerca de los síntomas.

- ESTADIO 3: declinación cognoscitiva suave.

En esta etapa aparecen los primeros déficit clínicos claros, de cualquier modo, la evidencia objetiva del déficit de memoria hasta el momento sólo se obtenía a través de una intensiva entrevista.

Su rendimiento disminuido puede manifestarse en los empleos demandantes o situaciones sociales.

Por primera vez el paciente puede estar seriamente perdido cuando atraviesa un lugar no familiar. La sutileza de los síntomas clínicos puede verse aumentada por la negación, que casi siempre comienza a manifestarse en estos pacientes.

- ESTADIO 4: declinación cognoscitiva moderada.

Esta es la fase confusional tardía. Los déficit se manifiestan en muchas áreas.

En este estadio los pacientes no rinden en una tarea compleja y larga, con precisión y eficacia. Sin embargo ciertas habilidades permanecen preservadas; continúan bien orientados respecto al tiempo y a las personas, siendo capaz de reconocer rápidamente a personas familiares de los desconocidos.

La negación se vuelve el mecanismo de defensa dominante, ya que esta declinación evidente de las capacidades intelectuales y cognoscitivas es una pérdida demasiado agobiante para una aceptación completa.

- ESTADIO 5: declinación cognoscitiva moderadamente severa.

Es la fase de la demencia temprana. Los pacientes pueden no sobrevivir por mucho tiempo sin asistencia. Presentan dificultades para responder a los principales aspectos relevantes de su vida actual, para recordar dirección o números de teléfonos, nombres de familiares cercanos, así como también están desorientados en tiempo y lugar.

Pueden presentar inconvenientes para elegir la ropa apropiada, vistiéndose en forma inapropiada.

- ESTADIO 6: declinación cognoscitiva severa.

Es la fase media de la demencia. Requieren sustancial asistencia en las actividades de la vida cotidiana. Sumado a las alteraciones de memoria presente se registran modificaciones emocionales, tales como conducta ilusoria, síntomas obsesivos, ansiedad, abulia cognoscitiva.

- ESTADIO 7: declinación cognoscitiva muy severa.

Es la demencia tardía. Todas las habilidades verbales están perdidas. Tienen incontinencia urinaria y requieren asistencia para higienizarse y comer. Pierden la habilidad psicomotora, etc.²⁰

Los trastornos mnésicos son considerados como base para el diagnóstico de la demencia, pero por definición éstos se deben acompañar de un deterioro neuropsicológico más global de las llamadas funciones cerebrales superiores.²¹

En el envejecimiento puede haber una declinación parcial de alguno de los tipos de memoria que son diferentes a los hallados en la demencia.

²⁰ REISBERG, B.- Journal Psychiatry. Escala de deterioro para la declinación cognitiva para la evaluación de demencia degenerativa primaria. Volumen 139-9. Septiembre 1982. Pág. 1136.

²¹ Op. Cit. MARCOS, T.-

Si nos basamos en los modelos de memoria descritos por Atkinson y Schiffrin, los déficit relacionados con la edad se observan en la MLP (tipo retención de historias).

La MCP(tipo span de dígitos) y la memoria sensorial se mantienen normales.

Estos déficit englobarán tanto la codificación como el recuerdo. Esta declinación de la memoria puede poner en compromiso las actividades y trabajo de estas personas, aunque es cierto que los ancianos aceptan las limitaciones físicas subsiguientes al paso del tiempo.

Una de las dificultades mayores es establecer límites definidos entre los cambios fisiológicos y patológicos, lo que se considera envejecimiento cerebral y lo que es demencia. Desde un punto de vista teórico resulta difícil establecer la diferencia entre ambos límites, debido a que los cambios neuroquímicos y neurofisiológico que se asocian al envejecimiento y demencia de tipo Alzheimer difieren en aspectos cuantitativos pero no cualitativos, por lo que algunos autores consideran posible la existencia de un spectrum continuo entre el envejecimiento normal y las demencias, los estados demenciales no serían una consecuencia del envejecimiento normal, sino formas de envejecimiento patológico.

La demencia es entendida como el deterioro global en todos los aspectos del funcionamiento mental, incluyendo memoria, intelecto general, atributos emocionales y aspectos distintivos de la personalidad.

Cumming y Benson ofrecen una definición descriptiva, operativa y útil al considerar la demencia como una alteración adquirida y persistente de las funciones intelectuales, que compromete al menos tres de las siguientes esferas de la actividad mental : lenguaje, memoria, función visuoespacial, personalidad o fondo emocional, cognición.

La Sociedad de Psiquiatría Americana considera que al diagnosticar la demencia hay tres características importantes :

- Que sea un deterioro cognoscitivo global.
- Que la alteración tenga una duración mínima de tres meses.
- Que la conciencia del individuo este totalmente conservada.²²

Como síndrome, la demencia puede responder a varias etiologías.

En el cuadro A se describe la clasificación etiológica de los síndromes demenciales.

ETIOLOGIA	PREVALENCIA
DEMENCIAS IRREVERSIBLES PROCESOS DEGENERATIVOS - Enfermedad de Alzheimer : Presenil y Senil * asociada a trastornos vasculares * asociada a Parkinsonismo	65%
- Enfermedad de Pick - Enfermedad de Parkinson - Enfermedad de Huntington - Parálisis Supranuclear Progresiva - Degeneraciones Cerebelosas - Esclerosis Lateral Amiotrófica PROCESOS VASCULARES - Demencia Multivasular - Enfermedad de Binswanger - Infartos Corticales de territorio limitrofe PROCESOS ANOXICOS - Demencia Post Paro Cardiorrespiratorio - Intoxicación con CO PROCESOS TRAUMATICOS - Demencia Postraumática (Injuría Axonal Difusa) - Demencia Pugilística	18%
PROCESOS INFECCIOSOS - Demencia Postencefalítica - Enfermedad de Creutzfeld-Jakob - Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva - Complejo Sida-Demencia (Encefalopatía por HIV) DEMENCIAS TRATABLES PROCESOS INFECCIOSOS - Neurosífilis (Parálisis General Progresiva) - Infecciones crónicas : Hongos y Bacterias PROCESOS OCUPANTES DE ESPACIO - Tumores Primarios y/o Secundarios - Hematoma Subdural Crónico PROCESOS AUTOINMUNES - Lupus Eritematoso Sistémico - Vasculitis Cerebral - Esclerosis Múltiple - Hidrocéfalo Normotensivo del Adulto - Epilepsia - Demencia Alcohólica - Enfermedad de Whipple	10,5%

²² Op. Cit. MARCOS, T.- Pág. 107.

DEMENCIAS REVERSIBLES	
Demencias Secundarias a Drogas.	
PROCESOS METABOLICOS Y DISENDRONICOS	
- Insuficiencia Hepática	
- Insuficiencia Renal	
- Hipoglucemia	
- Disfunción Tiroidea	
- Disfunción Metabolismo Calcio-Fósforo	
- Disfunción Corticoadrenal	
- Déficit de Vitamina B12	4,7%
- Déficit de Niacina	
DEMENCIAS DE CAUSAS NO DETERMINADAS	1,8%

Como puede apreciarse es muy variado el número de entidades nosológicas que puede desencadenarlos. La mayoría de los cuadros demenciales son irreversibles, algunos tienen tratamiento con el que puede detenerse, mas no revertir el proceso, mientras que existe un reducido grupo, que si es tratado adecuadamente dentro del año de producido el cuadro patológico, puede revertir el cuadro clínico (Katzman R. et al. , 1988).

Existe una tendencia actual a agrupar a los cuadros demenciales en relación al área cerebral donde reside el mayor impacto patológico de la entidad : cortical, áreas subcorticales, sustancias blanca o mixtas. Esta clasificación un tanto arbitraria nos permite agrupar una serie de signos o síntomas para orientarnos a un determinado grupo etiopatogénico (Filley C., et al. 1989).

	Cortical	Sust.Blanca	Subcortical
CLINICA			
Trast. Atencionales		+	+
Alt. Emocionales		+	+
Dismin. T. Reacción		+	+
Olvidos : Trast. en la Evocación		+	+
Amnesia :			
Trast. en el Almacenamiento y Evocación	+		
Alt. Mem. Procedural		+	+
Afasia	+		
Disartria			+
Apraxia	+		
Agnosia	+		

Mov. Involuntarios			+
	Alzheimer E. Pick	Esc. Múltiple E. Binswanger Sida-Demencia Demencia Post-traumática Hidrocefalo Normotensivo	Corea de Huntington E. Parkinson E. Wilson Degen Cerebelosas. Parálisis Supranuclear Progresiva
MIXTAS			
Demencia Multivascular Neurólúes (Parálisis General Progresiva) E. Creutzfeld-Jakob			

A.- Demencias Corticales :

Caracterizada por disfunción en el almacenamiento, evocación y reconocimiento mnemónico, tanto de la memoria episódica como semántica. Se asocian los típicos signos afaso, apraxo, agnósicos como así también patología psiquiátrica en algún momento evolutivo. Los signos focales convulsiones y mioclonías son de aparición tardía. La enfermedad de Alzheimer y Pick son ejemplos de este grupo.

B.- Demencias Subcorticales :

Precoz aparición de trastornos del movimiento y/o tono postural. La memoria se halla afectada principalmente en su fase de evocación, alteraciones de la fluencia verbal, entecimiento psicomotor, abulia cognoscitiva y depresión. Son ejemplos los cuadros de deterioro que acompañan a la enfermedad de Parkinson, Corea, Parálisis Supranuclear Progresiva, Atrofias Multisistémicas, etc.

C.- Demencias por afectación de la Sustancia Blanca :

Se observan principalmente trastornos de la atención en los tiempos de reacción, disminución de la velocidad de procesado de la información, signos de liberación piramidal en MMII y afectación

en el mecanismo de evocación. Suelen verse secundarios a Esclerosis Múltiple, Complejo Sida-Demencia, Enfermedad de Binswanger (la forma vascular de las demencias de Sustancia Blanca) etc.

D.- Demencias Mixtas :

Comparten varios de los signos o síntomas anteriores en función del área de lesión. La encefalopatía multivascular, el síndrome de Jakob Creutzfeld son ejemplos de este grupo.

DEMENCIAS CORTICALES

- Enfermedad de Alzheimer :

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la etiología más frecuente de los síndromes demenciales. La sintomatología incluye pérdida progresiva de la memoria, disminución de las habilidades cotidianas, compromiso de la judicación, desorientación temporoespacial, dificultad en el aprendizaje y progresiva pérdida de la comunicación verbal. El curso evolutivo cuyo término medio es de 6 a 12 años siendo más tórpido y agresivo en su forma clínica presenil.

En los estadios iniciales de la enfermedad el paciente presenta trastornos fundamentalmente en la MCP, desorientación temporoepacial, trastornos de concentración, dificultad en hallar la palabra adecuada y progresiva fatiga mental. El enfermo comienza a tener problemas en las áreas ocupacionales y cotidianas, notando que ya no es capaz de realizarlas con la rapidez y facilidad a que estaba acostumbrado, lo que le genera síntomas depresivos, ansiedad e irritabilidad.

En el estadio intermedio de demencia moderada se evidencia el compromiso de todos los aspectos de la memoria verbal semántica y episódica. La memoria para hábitos motores o memoria de procedimiento no se halla afectada sino hasta estadios más avanzados.

Comienzan a aparecer dispraxia y agnosia asociada a trastornos del lenguaje. Los mismos se caracterizan por pérdida de la espontaneidad expresiva, restricción del vocabulario, fallas anómicas, perseveraciones, parafasias semánticas y fonológicas y jergonofasias (semejando los signos de una afasia transcortical sensorial). Dada la creciente dificultad en la correcta expresión semántica y sintáctica de sus ideas, el paciente reemplaza su lenguaje habitual por frases agramaticales estereotipadas y/o exclamaciones. El juicio, pensamiento abstracto y cálculo matemático se hallan comprometidos.

El cuadro cognoscitivo se acompaña tardíamente de signos de disfunción extrapiramidal akineto-rígido, trastornos de la marcha y en un 5 a 10 % de los pacientes crisis epilépticas o mioclonías. La apatía con disminución de las respuestas emocionales reemplazan al cuadro depresivo ansioso.

El paciente tiene dificultades en reconocer a la persona que lo asiste e incluso a su propia imagen en el espejo. Se observa un adelgazamiento progresivo a pesar de un apetito voraz.

En el estadio terminal de demencia severa, todas las funciones intelectuales están afectadas. Los trastornos del lenguaje se hacen más severos, aparece palilalia, ecolalia, emisión de sonidos guturales o mutismo.

La progresiva espasticidad, los signos de disfunción akineto-rígido, la doble incontinencia esfinteriana y la ausencia de comunicación verbal con el medio confinan al paciente al aislamiento y total dependencia encontrando así la muerte desencadenada por lo general por patología infecciosa concomitante.

Síntomas psiquiátricos con delirio, depresión, alucinaciones y agresividad acompañan a la enfermedad desde su inicio.

Marcadores cognoscitivos para la detección precoz de deterioro puede hallarse en evaluaciones de memoria semántica, episódica y mecanismos de transcodificación semántica.

Los trastornos no cognoscitivos o conductuales asociados a la EA incluyen delusiones, alucinaciones, trastornos del humor, alteraciones sexuales, cambio en el apetito y en el sueño y desórdenes psicomotores.

Un síndrome distímico es frecuente que acompañe los estadios iniciales de la EA, pero difícilmente reúne criterios para una depresión mayor. Las alteraciones de la personalidad como apatía e indiferencia y desinhibición están presentes como también las alteraciones en el sueño, apetito y actividad sexual.

Los trastornos psicomotores : hiperactividad motora, desasosiego, vagabundeo, agitación, etc., ocurren independientes del nivel de deterioro del enfermo salvo el vagabundeo y la agitación.

- Enfermedad de Pick :

La enfermedad de Pick (EP) es otra demencia de tipo cortical donde predominan, los síntomas conductuales y una atrofia de tipo lobar. Es un proceso degenerativo cuya patología está limitada a los lóbulos frontal y/o temporal. Si bien hay formas familiares con transmisión autosómica dominante, la mayoría de los casos son esporádicos.

Su inicio es entre los cuarenta y los sesenta años, si bien hay casos reportados tan jóvenes como de veintiún años.

Neuropatológicamente, se caracteriza por la presencia de atrofia lobar, temporal y/o frontal, inclusiones citoplasmáticas de los cuerpos de Pick y una importante pérdida neuronal.

En el estadio inicial dominan los trastornos de la personalidad, conductas anti-sociales y de desinhibición. Posteriormente en el estadio moderado aparecen trastornos del lenguaje con anomias, estereotipias y alteraciones en la comprensión. La memoria, cálculo y orientación visuoespacial comienzan a deteriorarse en los estadios moderados de la enfermedad. En el estadio final hay severo deterioro

cognoscitivo global, aparición de un síndrome akineto-rígido progresivo, se pierde el lenguaje, mutismo y complicaciones infecciosas. Los trastornos de la personalidad son cambios de tipo frontal como apatía, desinhibición (exabruptos sexuales, hilaridad inapropiada) y conductas de tipo antisocial (exhibicionismo, cleptomanía, etc.). Los fenómenos de desinhibición son en la EP las manifestaciones clínicas más precoces y anteceden varios años al deterioro cognoscitivo.

Respecto al lenguaje se observa una notable disminución de la fluencia, aparición de estereotipias, ecolalias y conductas verbales reiterativas.

Algunos pacientes presentan anomias y aparición de sólo dificultades en hallar la palabra adecuada y conducta verbal reiterativa. La EP tiene precoz disfunción del lenguaje expresivo con comprensión conservada hasta períodos avanzados de la enfermedad. Podríamos resumir que la sospecha de EP debe estar presente cuando un paciente presenta una atrofia lobar con un trastorno neuropsicológico de tipo disejecución y una relativa preservación de la memoria y habilidad visuoespacial.²³

DEMENCIAS SUBCORTICALES :

El concepto de Demencia Subcortical (DS) es clínico, delimitado en un síndrome sin connotaciones anatómo-patológicas o de localización topográfica.

Se acepta la sinonimia Demencia Fronto-Subcortical (DFS).

Los criterios diagnósticos aplicables a las DS, según el C.A.E.D. (Consortium Argentino para el estudio de las demencias) son :

- Trastornos de memoria de Trabajo (Síndrome de Disejecución Frontal).
- Trastornos en la secuenciación temporal y espacial (Síndrome de Disecuenciación temporoespacial).
- Trastornos de lenguaje.

²³ Op. Cit. ALLEGRI,R ; TAMAROFF,L.-Pág. 218-222, 229-230.

Las características distintivas del deterioro cognoscitivo (conductual tipo Fronto-Subcortical) son :

- Memoria episódica: Trastornos en el mecanismo de evocación espontánea que mejora con facilitación externa (olvidos).
- Memoria procedural: Trastorno primario en los mecanismos de la memoria implícita relacionada con los procedimientos.
- Memoria de trabajo: (Ver síndrome de disejecución).
- Trastornos en otras áreas cognoscitivas:

Síndrome de disejecución

*Alteración en la secuenciación temporal y espacial no corregidas con apoyo verbal.

* Alteración de la memoria de trabajo : inhabilidad para mantener dos procesos cognoscitivos operando en forma alternada (MCP con MLP).

* Dificultad en la planificación.

* Dificultad en la resolución de problemas.

* Inflexibilidad de la función cognoscitiva (inhabilidad para adaptarse a cambios de estrategia).

Trastornos atencionales:

* Déficit visuoperceptivo con disfunción visuoconstructiva.

* Disminución en la velocidad de procesado de la información cognoscitiva y motora (enlentecimiento psicomotor).

Cambios en la personalidad :

* Modificaciones del humor de tono depresivo.

* Indiferencia, apatía.

Otros trastornos :

- * Alteración en el habla (disartria).
- * Alteración en la fluencia verbal.

Conclusiones :

Criterios diagnósticos del plenario del Consortium Argentino para el estudio de las demencias (C.A.E.D.).

- a) Trastornos de la memoria con patrón subcortical.
- b) Por lo menos dos signos de deterioro cognoscitivo fronto-subcortical.
- c) Los disturbios en a y b deberán ser lo suficiente severos como para interferir en las AVD más allá del defecto secundario a su trastorno motor, afectando sus relaciones sociales familiares y laborales.²⁴

Demencia Vascolar : Según los criterios publicados por la Alzheimer Disease Diagnostic and Treatment Centers (ADDTC) la demencia vascular es un desorden complejo caracterizado por el deterioro cognoscitivo resultado de isquemia, hemorragia o lesión del cerebro por isquemia hipóxica.

Definimos declinación cognoscitiva del nivel previo dado por el deterioro de la memoria y dos o más dominios cognoscitivos (orientación, lenguaje, atención, función visuoespacial, función ejecutiva, control motor y praxias) preferentemente establecido por examen clínico y documentado por test neuropsicológicos.

El déficit anteriormente mencionado debe ser de una intensidad suficiente como para interferir con las AVD y esta alteración no debe depender del A.C.V.

Rasgos que hacen que el diagnóstico sea consistente :

²⁴ CONSORTIUM ARGENTINO PARA EL ESTUDIO DE LAS DEMENCIAS (C.A.E.D.).- Conclusiones de la subcomisión de demencias subcorticales. Sesión del 16 de Mayo de 1994.-

- a) disturbios tempranos en la marcha (pequeños pasos, apraxia-ataxia).
- b) historia de inestabilidad o caídas sin causa conocida.
- c) presencia temprana de aumento de la frecuencia urinaria, urgencia miccional y otros síntomas urinarios no explicados por patología urológica.
- d) parálisis pseudobulbar.
- e) cambios del humor y la personalidad : abulia, depresión, incontinencia emocional u otros déficit incluyendo retardo psicomotor y anormalidades en la función ejecutiva.
- f) factores de riesgos de enfermedad cerebrovascular.
- g) historia clínica de múltiples accidente isquémico transitorio (TIA).
- h) Hachinski mayor de 7.²⁵

Cabe aclarar que los diferentes tipos de demencias anteriormente mencionados son evaluados y atendidos por la médica geriatra de S.A.T.E.

²⁵ CUI, HC ; VICTOROFF, JI ; MARGOLIN, D ; JAGUST, W ; SHANKLE, R ; KATZMAN, R. Criteria for the diagnosis of ischemic vascular dementia proposed by the Syaye of California Alzheimer Disease Diagnostic and Treatment Centers (ADDTC). Neurology 1992. Volumen 42. Pág. 473-480.

II PERFORMANCE OCUPACIONAL

Según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) los T.O. son los profesionales indicados para habilitar y/o capacitar personas para participar en sus roles, tareas y actividades que son significativas y básicas para sus vidas. Los pacientes que tienen una disfunción ocupacional o para quienes han perdido una función secundaria a un deterioro, discapacidad o handicap son derivadas a T.O.

Nuestra intervención en una población como es la de la tercera edad, está fundamentada en mantener y/o mejorar la máxima independencia funcional para posibilitar la permanencia en sus hogares, insertos en la comunidad, activos dentro del marco de sus limitaciones.²⁶

Es decir contribuir a promover la calidad de vida, entendida como el logro por parte del individuo del mayor grado posible de bienestar que reconforta, tanto en el aspecto físico, psicológico, social como espiritual.²⁷

Por medio de las evaluaciones se obtiene la información sobre las capacidades y limitaciones del paciente, es decir, deducir los déficit de la Performance Ocupacional (P.O.) y sus probables causas funcionales.

La P.O. es la habilidad de un individuo para realizar y estar satisfecho con su rendimiento en las actividades que se propone dentro de su entorno y sus roles.

- * Las áreas de la P.O. son :
- AVD
 - IADL
 - trabajo
 - tiempo libre

²⁶ Op. Cit. TROMBLY, C.-

²⁷ CALMAN, K.- Journal of Medical Ethics. La calidad de vida en pacientes con cáncer : Una hipótesis. 1994.

*Componentes de la P.O. : habilidades y destrezas - **sensoriomotoras**
- **cognoscitivas**
- **psicológicas**
- **sociales**

*El entorno posee componentes : - **físicos**
- **sociales**
- **culturales**
- **económico**
- **organizativos**

que constituyen el marco dentro del cual se desarrolla toda actividad humana.

El entorno mide : - **accesibilidad** : para ser alcanzado y utilizado.
- **barreras ambientales** : impiden que una persona alcance el nivel óptimo de la P.O.
- **soportes ambientales** : qué componente del entorno estimula, previene o provee asistencia.

Para deducir cuales son los déficits en uno o más de los componentes de la P.O. los T.O. obtienen información de distintas fuentes : * Revisar historias clínicas : puede aportar datos o conocimientos esenciales, incluyendo diagnóstico, consultas médicas, medicamentos y otros datos relevantes.

* Entrevista : brinda información sobre roles anteriores, los roles deseados, las tareas que comprometen a esos roles, sentimientos, disposición a participar y capacidad de responsabilizarse con su tratamiento, expectativas con respecto al mismo, habilidades cognoscitivas, tales como memoria, habilidades para secuenciar y organizar la información, orientación temporoespacial, comprensión de consignas, percepción de lo que puede hacer por él, intereses, historia social, educacional y vocacional.

Las entrevistas a los familiares (fiiars) pueden aportar también información sobre los vínculos fiiars, el impacto de la disfunción no sólo en el paciente sino en la dinámica fiiar. Es muy importante el aporte de datos de los fiiars en cuanto a la personalidad premórbida.

* Observación : la observación de la P.O. puede identificar los factores implícitos que limitan la ejecución de una evaluación formal.

* Evaluación : antes de iniciar la evaluación, el T.O. debe elaborar un plan de evaluación que incluye que capacidades se van a evaluar, que procedimientos se van a utilizar para obtener la información sobre las capacidades y limitaciones del paciente, que instrumentos elige según el modelo conceptual o marco teórico que utiliza.

Los resultados de la evaluación son analizados para determinar el status funcional del paciente y documentado en la H. C.

Identificar los problemas da la dirección a la planificación del tratamiento ; el T.O. debe prestar atención a los datos significativos que reflejan las limitaciones actuales o potenciales o indicar el potencial de riesgo.²⁸

En nuestra investigación las áreas de la P.O. que evaluaremos y registraremos por medio de distintos test son las AVD e IADL.

Las AVD definidas como todas aquellas actividades básicas, necesarias e indispensables que surgen en el transcurso de un día de vida,²⁹ las mismas son sinónimo de autocuidado personal y supervivencia. Se refieren a las funciones físicas que sostienen el funcionamiento normal de la vida diaria de un individuo.³⁰El

²⁸ Op. Cit. TROMBLY,C.-

²⁹ MALTINSKY,K ; ROBERTI,F.- Rehabilitación, recuperación funcional del lisiado. Editorial Científico-Técnicas AMERICANAS. Cuarta Edición. Buenos Aires. Argentina. 1993.

³⁰ WADE,D.- Measurement in Neurological Rehabilitation. Oxford University Press. Walten, Street, Oxford. 1992.

término funcionalidad indica la capacidad que tiene una persona para realizar con independencia las actividades que son imprescindibles y de mayor importancia. Estas capacidades están dadas por un conjunto de funciones integradas por movimientos coordinados y dirigidos que consiguen satisfacer una necesidad. Cada función forma parte de una actividad ; cada actividad, de un todo constituido por un complejo número de tareas emergentes de las necesidades humanas.

Para su evaluación se implementará el índice Barthel que fue introducido por Dorothea Barthel en el año 1955 para su utilización en el seguimiento de progresos en automantenimiento y habilidad motriz, durante la rehabilitación de pacientes con discapacidad física.

Dicho índice evalúa la discapacidad física a través del análisis global del desempeño funcional. Consta de diez ítems que incluyen las siguientes actividades de la vida diaria:

- * **intestinos**
- * **vejiga**
- * **arreglo personal**
- * **uso de toilet**
- * **alimentación**
- * **transferencia**
- * **movilidad**
- * **vestido**
- * **escaleras**
- * **bañado**

Este índice cumplimenta tres características esenciales: validez, confiabilidad y relevancia de datos, y tres características deseables: sensible, simple y comunicable.

El índice debe ser utilizado como un registro de lo que el paciente hace, no como un registro de lo que el paciente podría hacer.

Es fundamental establecer el grado de independencia de cualquier ayuda física o verbal, ya sea mínima o por cualquier razón donde la necesidad de supervisión convierte al paciente en no independiente.

La evaluación estandarizada de las AVD es realizada por la T.O. a través del interrogatorio o cuestionario al paciente, cuidador o familiar y mediante la observación directa³¹ y/o evaluación en el entorno real del paciente.

Las IADL se refieren a actividades más complejas que una persona hace para mantener su independencia en la casa y comunidad. Comprende las tareas más allá del cuidado de uno mismo que involucran interacción con el medio social y físico³². Para su evaluación se utilizará la escala diseñada en el Philadelphia Geriatric Center por Lawton y Brody en el año 1969 focalizando las actividades instrumentales que son de mayor necesidad para el desempeño comunitario diario.

En general la evaluación estandarizada de las IADL es realizada por la T.O. a través de un interrogatorio al paciente y/o un familiar o cuidador, o mediante la observación de situaciones de la vida diaria, es decir haciendo una simulación de la tarea o ambas formas determinando así el nivel o grado de dependencia.

Dicha escala consta de ocho ítems que incluyen las siguientes habilidades:

- * **Capacidad para utilizar el teléfono.**
- * **Ir de compras.**
- * **Lavado de ropas.**
- * **Cuidado de la casa.**
- * **Preparación de la comida.**
- * **Utilización del transporte.**

³¹ FAIDUTTIS ; ROSEMBERG, I.- Evaluación de discapacidad en personas mayores de 65 años. Tesis de grado. Mar del Plata. Argentina. 1993.

³² Op. Cit. TROMBLI, C.

*** Responsabilidad de la medicación.**

*** Capacidad para utilizar el dinero.** ³³

El Índice Barthel y la Escala Lawton son instrumentos en la práctica que constituyen elementos de medición de valiosa objetividad, que el T.O. encuentra convincente por las aplicaciones que tienen en relación con los problemas del paciente. Pueden ser de utilidad como guía para evaluar el progreso y el tratamiento. La evaluación de las AVD e IADL permiten establecer la condición del paciente en el momento de decidir el tipo de tratamiento, orientar el progreso durante el mismo y determinar los beneficios que brinda la institución a la cual concurre.

Tanto los T.O. como la sociedad en su conjunto reconocen con una claridad cada vez mayor que el número de gerontes acrecienta la responsabilidad de brindar atención a un grupo caracterizado por su gran dependencia. Quienes les prestan asistencia procuran disminuir esa dependencia siempre que les es posible, basados en el principio de que la independencia contribuye a sustentar la fuerza física, emocional y social con sentido a la integración. La independencia en las AVD e IADL es importante para ese bienestar y puede ser un componente básico en cualquier definición de la salud de los ancianos. Enfocar al hombre desde esta óptica es el permanente desafío de la rehabilitación, constituyendo uno de los más destacados objetivos dentro de este programa.

El Índice Barthel y la Escala Lawton además de permitir hacer evaluaciones cuantitativas de la enfermedad y sus efectos, ofrece un medio adicional para estudiar el proceso de envejecimiento.

³³ BROW,C ; MORE,W ; HERMMAN,D y YUNEK,A.- The American Journal of Occupational Therapy. Influence of instrumental of daily living : Assesment Method on Judgmennts of independence. Volumen 50 N° 3. Marzo 1996.

III BATERIAS NEUROPSICOLOGICAS

La exploración de la función mnésica , se basa en dos pilares fundamentales : la anamnesis y la exploración formal o testeado.

Anamnesis : es una instancia fundamental en la exploración del paciente que nos orienta inicialmente al diagnóstico y al posterior testeado.

Toda historia clínica debe contener información sobre los antecedentes, la patología y características generales del paciente.

Dentro del examen, al paciente se le pueden marcar dos instancias diferentes : una primera de investigación no formal o no protocolizada de algunos factores permisivos básicos que no habilitan para el testeado y donde se investigan algunos sectores específicos de la memoria. Es necesario para llevar a cabo el testeado con provecho un buen grado de colaboración y atención por parte del paciente.

Una segunda instancia de investigación estandarizada o testeado formal : todo test utilizado debe someterse a un análisis factorial crítico y exhaustivo de manera de determinar si realmente mide lo que pretende medir, dicho de otra manera, si posee validez intrínseca.³⁴

Las pruebas estandarizadas presentan ventajas y/o desventajas por las siguientes razones:

Ventajas: - Las pruebas son objetivas.

- Existe un procedimiento claro para administrar cada prueba.

- Puede repetirse en el mismo paciente en diferentes momentos para

mostrar su evolución.

³⁴ Op. Cit. DALMAS,F.- Pág. 134-136.

- Distintos terapeutas pueden evaluar el mismo paciente y efectuarse comparaciones confiables.

- El rendimiento de un paciente puede compararse con el de otros pacientes en el mismo servicio.

- Los resultados pueden utilizarse para apoyar y extender las evaluaciones funcionales.

Desventajas:

- Se necesita una buena cooperación del paciente.
- Algunos pacientes no son capaces de completar toda la batería en una ocasión sin fatigarse.
- Las pruebas son muestra estática sin ninguna dimensión temporal y se presentan en ausencia de un contexto.
- Es difícil administrar algunas de las pruebas a pacientes con problemas de comprensión del lenguaje.³⁵

Luego de un análisis en cuanto a las desventajas en este tipo de pruebas, las mismas se tomaron en cuenta en el momento de seleccionar la población considerándolas como criterios de exclusión.

La prueba estandarizada que incluiremos, es una batería neuropsicológica apropiada para uso en T.O., se trata del **Test Conductual de Memoria Rivermead (RBMT)**.

Las baterías neuropsicológicas tienen en la actualidad un campo de utilización muy amplio, que incluye, además del estudio y detección de lesiones cerebrales, el análisis de los trastornos psicopatológicos y de los aspectos evolutivos de la infancia y el envejecimiento normal.

³⁵ Op. Cit. GRIEVE, J.- Pág. 85-88.

El objetivo de una batería neuropsicológica es reunir un conjunto de pruebas variadas, sensibles a los efectos de medir las funciones cerebrales superiores y sus alteraciones. La variedad de efectos de las lesiones cerebrales sobre el comportamiento, determina que una sola prueba produzca un elevado número de falsos negativos, es decir, pacientes con rendimientos normales en la tarea explorada. Además permite delimitar en cada paciente las funciones afectadas de las preservadas.

Una batería ideal debería abarcar todas las funciones cognoscitivas, pero ello es inviable en situaciones prácticas. Estas pruebas se complementan con tareas resistentes a los efectos de la lesión cerebral, para poder determinar el nivel premórbido de funcionamiento del paciente.

La realización de cualquier tarea intelectual por simple que parezca implica la movilización de numerosas funciones más elementales.³⁶

El **RBMT** fue diseñado por Wilson B., Cockburn J. y Baddeley A. en el año 1985 y modificado en el año 1991. Es un test de evaluación de memoria ecológica, desarrollado para detectar alteraciones en el funcionamiento de la memoria de lo cotidiano³⁷; así como también para seguir los cambios producidos por el tratamiento de las alteraciones de memoria. Intenta salvar la distancia entre las mediciones de memoria obtenidas a través de los test tradicionales y la ofrecida por la observación y los cuestionarios. Su objetivo es proporcionar situaciones mnésicas cotidianas análogas a las que en la realidad plantean problemas a algunos pacientes con lesiones adquiridas. Los subtest han sido seleccionados en base a las dificultades de memoria manifestadas por pacientes con traumatismos de cráneo así como en base a observaciones de pacientes en el Centro de Rehabilitación Rivermead en Oxford,

³⁶ Op. Cit. MARCOS, T.- Pág. 23.

³⁷ WILSON, B.- Rehabilitation of Memory. Edition Guild Fourd Press. New York. 1987.

Inglaterra.³⁸ Originalmente dicha prueba fue estandarizada para el intervalo de 16-69 años de edad y en la actualidad ha sido extendida para 70 años o más. El mismo se divide en 11 subpruebas que abarcan la exploración de la memoria a corto y largo plazo, así como la memoria verbal, visual y visuoespacial.³⁹ Los ítems consisten en recordar, realizar tareas cotidianas o en retener el tipo de información necesaria para un funcionamiento cotidiano adecuado. La existencia de cuatro versiones paralelas del RBMT elimina el efecto aprendizaje debido a la repetición del mismo test. El RBMT cumple los requisitos prácticos de un test neuropsicológico : es corto, fácil de administrar e interpretar. Es además aplicable en una amplia gama de situaciones ambientales.

Los subtests o pruebas que comprende son los siguientes :

Items 1 y 2 Recordando un nombre : se le muestra al paciente una fotografía de una persona y se le dice un nombre y apellido. Después se coloca la fotografía boca abajo sobre la mesa y luego de un intervalo activo (donde se realizan otras pruebas) se le pide que los evoque.

Item 3 Recordando un objeto personal escondido : se le pide al paciente un objeto personal y se esconde. Se le dice que al final de la sesión reclame el objeto y recuerde donde fue escondido.

Item 4 Recordando una cita: se prepara el reloj para que suene veinte minutos más tarde y se le dice al paciente que deberá hacer una pregunta previamente establecida cuando suene el reloj.

Item 5 Reconocimiento de dibujos : mostrar al paciente diez dibujos de objetos comunes. Se le pide al paciente que nombre cada uno de los dibujos y después de una interferencia seleccione los diez mostrados previamente de un grupo de veinte.

³⁸ COCKBURN, J ; SMITH, P.- The Rivermead Behavioural Memory Test, Supplement 3 : Elderly people. Thames Valley Test Company. Bury St. Edmunds, Suffolk. 1989.

³⁹ Op. Cit. GRIEVE, J.-

Item 6 Recuerdo inmediato y diferido de una historia : se lee en voz alta una historia corta y se le pide al paciente que trate de retener la máxima información posible.

Item 7 Reconocimiento de Caras : Se le muestran al paciente cinco fotografías de rostros, una después de otra. Luego de un intervalo de tiempo se le pide que reconozca de diez las cinco mostradas previamente.

Item 8 Recordando un pequeño recorrido en forma inmediata y diferida : El examinador realiza por la habitación un pequeño recorrido que comprende cinco tramos. Se le pide al paciente que lo reproduzca. El recorrido deberá ser apto para ser realizado por pacientes en silla de ruedas.

Item 9 Recordando dejar un mensaje en forma inmediata y diferida : registrar si el paciente toma o no el sobre y lo deja en el lugar correcto.

Item 10 Orientación : se le hacen al paciente diez preguntas sobre orientación temporoespacial y de actualidad.

Item 11 Fecha : Este ítem se plantea separadamente del anterior, dado que un estudio piloto mostró que no estaba correlacionado con el ítem de orientación.⁴⁰

Los puntajes estandarizados para la batería de pruebas permiten la categorización en :

memoria normal

escasa memoria

memoria moderadamente afectada

memoria gravemente afectada⁴¹

Según Bárbara Wilson el RBMT permite evaluaciones repetidas para controlar la estabilidad o desarrollo a lo largo del tiempo, del deterioro mnésico en pacientes, quienes pueden estar en proceso de cambio.

⁴⁰ Op. Cit. COCKBURN,J ; SMITH,P.-

⁴¹ Op. Cit. GRIEVE.J.- Pág 88.

La validez del RBMT fue realizada por dos caminos :

Primero se correlacionó el desempeño en el RBMT con el desempeño en distintos test estandarizados de memoria. Si el test es una buena medida de desempeño de la memoria, entonces se esperaría una relación consistente con otros test. Estos test fueron: Test de Reconocimiento de memoria Warrington para palabras y rostros, extensión de dígitos, extensión temporal utilizando la técnica de bloques Corsi, y el subtest de aprendizaje de asociación de pares tomado de Randt, Brown and Osborne. También se incluyó una medida de velocidad de acceso a la memoria semántica basado en la tarea de verificación de oración de Collins y Quilian. Mientras que hay evidencia de que este test es sensible a los efectos del daño cerebral, una investigación previa indica que no hay correlación con las quejas por problemas diarios de la memoria.

Las correlaciones relevantes son uniformemente positivas, variando en el caso del puntaje evaluativo desde 0.22 para la tarea de procesamiento semántico a 0.60 en el caso de memoria de reconocimiento de palabras basado más en puntaje bruto que en el estandarizado. En el caso del puntaje perfil, las correlaciones variaron desde 0.20 para el procesamiento semántico a 0.63 para la memoria de reconocimiento de palabras. Se aprecia entonces que el RBMT puede ser reconocido como una medición del desempeño general de la memoria cuando se lo valora en comparación de los test existentes.

Segundo, como una característica principal del RBMT apunta a reflejar la memoria diaria donde se valora su éxito correlacionando el desempeño en el test con observaciones de lapsos de memoria realizada por T.O. durante el tratamiento. Todos los pacientes en Rivermead concurren a rehabilitación cuatro sesiones cada día. Los T.O. que trataban a estos pacientes completaron una lista de control al final de cada sesión por un período de dos semanas. Se observaron 80 pacientes en un promedio de 35 horas por cada uno, la correlación entre el desempeño en el RBMT y el número de

lapsos de memoria registrados fue de -0.71 para el puntaje evaluativo y -0.75 para el puntaje de perfil estandarizado ($p > 0.001$ en cada caso). Sugiriendo que el RBMT ofrece una buena medición del desempeño de la memoria diaria.⁴²

En síntesis puede decirse que la implementación del RBMT podría ser una herramienta útil para predecir e identificar alteraciones mnésicas cognoscitivas debido a que intenta aproximarse a la memoria en un medio real.⁴³

⁴² Op. Cit. COCKBURN, C ; SMITH, P.

⁴³ Op. Cit. WILSON, B.

VI REHABILITACION COGNOSCITIVA

Respecto a la tarea a realizar con un grupo etario como es la tercera edad con alteraciones cognoscitivas, en donde se registra incapacidad por parte del individuo para procesar la información necesaria para realizar actividades usuales de manera segura ; el equipo interdisciplinario de S.A.T.E., adhiere a la postura de Gordon & Hibbard, al utilizar el término rehabilitación cognoscitiva.⁴⁴

La rehabilitación cognoscitiva ha sido definida por la Academia de Rehabilitación de Medicina como “un sistemático servicio orientado funcionalmente de actividades cognoscitivas terapéuticas basadas en una evaluación y comprensión de los déficit cerebro conductuales de la persona”. (Harley 1992).

La A.O.T.A. sin embargo ha fijado que es la T.O. la que identifica cómo el deterioro afecta la realización de las tareas del diario vivir (Poole 1991).

Es por esto que la generalización, entendida como la habilidad de transferir lo que es aprendido en la situación de tratamiento a las actividades de la vida diaria, se ha convertido en el centro y objeto de la rehabilitación cognoscitiva.

La cuántica en los test no es lo fundamental, sino promover la mejoría en el diario vivir.

La rehabilitación cognoscitiva generalmente incluye las áreas de memoria, atención, resolución de problemas y habilidades perceptuales.

En los tratamientos pueden darse dos categorías : 1) Reparador (remedial o terapéutico).

2) Adaptativa.

⁴⁴ SCHAROSKY,D ; FAIDUTTIS ; ROUMEC.B ; GARRALDA,S ; SOLIS,P y VEGA,A -Ampliando horizontes. Rehabilitación cognitiva : Intervención interdisciplinaria en pacientes con diagnóstico presuntivo de demencia. Santa Fe. Argentina. Septiembre 1995. Tomo I Pág. 147-155.

1) Procura influir en una función específica cognoscitiva. Este acercamiento pretende que el tratamiento estimule y promueva la recuperación de la función del SNC.

2) Intentan sortear el déficit enseñando estrategias al paciente o cambiando ^{el} entorno. Este acercamiento sostiene que uno puede facilitar la sustitución de comportamiento o de conductas indemnes o intactas por deteriorados o afectados.⁴⁵

Rehabilitar al paciente significa ante todo pensar en el individuo como un ser integral, reinsertándolo en su medio familiar y social, es la búsqueda de un nuevo equilibrio en el cual el paciente acepte sus limitaciones y sea aceptado, tal cual es. Con esto queremos decir que el paciente deberá tener un nuevo lugar donde pueda no sólo desarrollar sus capacidades remanentes sino adquirir nuevas habilidades.

La familia cobra una importancia fundamental ya que es el grupo de pertenencia y referencia natural del hombre, donde cada uno de sus miembros desempeña roles que se complementan para lograr un funcionamiento estable. Dentro de ella se desarrolla una configuración vincular que lo identifica, un modo de relacionarse que le es propio y que nace de su historia, mitos, creencias y valores.

Los trastornos de memoria , que impiden al paciente ubicarse en el aquí y ahora y planear el futuro, le crean un alto grado de dependencia.

El objetivo de la rehabilitación deberá ser : reducir el impacto del déficit en la vida del individuo, a lo que debería agregarse que comprende adaptarse al diario vivir, tanto en su hogar como en la comunidad.⁴⁶

La rehabilitación se organiza sobre la base de crear nuevos sistemas funcionales asentados en las aferencias intactas. El empleo de los analizadores indemnes como apoyo de la enseñanza es otro principio trascendental de la rehabilitación de las funciones. Utiliza como reemplazo del eslabón disociado del sistema integral esas aferencias precisamente dejadas en el fondo de reserva.

⁴⁵ Op. Cit. TROMBLY,C.-

⁴⁶ Op. Cit. DALMAS,F. - Pág. 245-248.

El paciente tiene del pasado una gran experiencia social de actividades intelectuales y articularias. Esta no desaparece nunca totalmente y quedan en él indemnes muchas formas de actividad. Suele ser frecuente que se conserven los actos de la experiencia anterior que transcurren a un nivel menos volitivo. El empleo de posibilidades residuales de las formas más consolidadas de actividades debe ser también uno de los principios de la enseñanza. Esto permite transferir provisionalmente la función lesionada a otro nivel inferior de su ejecución, accesible al paciente.

El programa rehabilitador será al principio, un medio para dirigir el restablecimiento de las funciones, y una vez asimilado aparecerá a los ojos del paciente como medio de autogobierno, como procedimiento para ejecutar una u otras acciones.

La participación activa del paciente es indispensable y se vuelve el primer objetivo del rehabilitador si se quiere evitar las dependencias y el fracaso del programa.⁴⁷

Es importante identificar las áreas del problema para poder conducir a la selección de auxiliares mnemónicos externos apropiados. La práctica repetida solo puede servir para ayudar a los pacientes a adquirir información específica. La información se vuelve más recordable en sujetos normales, con la información de imágenes visuales vividas y claras, que representen el material a recordar de manera precisa y llamativa.

De ahí que la estrategia mnésica de representación de la imagen visual, sea una de las preferidas en el trabajo clínico. Algunos autores encontraron que pacientes con déficit de la memoria podrán mejorar sus recuerdos con la técnica de “palabra bisagra”, así como el trabajo con pares asociados. Sin embargo los pacientes con trastornos severos mejoraban cuando el observador dibujaba en la sesión, delante del paciente el material a ser recordado.

Los relojes con alarma son efectivos para algunos pacientes pero carecen de valor para otros.

⁴⁷ Op. Cit. MARCOS, T.- Pág. 56-57.

Las agendas convencionales son útiles para muchos pacientes, pero solo si se acompañan por una alarma que recuerden su lectura. Wilson B. sugirió que debe aumentar la enseñanza del uso de auxiliares mnésicos en el ambiente en el que se utilizarán.

La rehabilitación neuropsicológica no busca enseñar, reeducar o volver a educar sino que se intenta que el paciente incorpore nueva información, que pueda recurrir a su bagaje, a lo ya adquirido, encontrando nuevas formas o vías para acceder él mismo, recuperándolo.

La última meta concerniente a la rehabilitación de la memoria, es el hallazgo y consecuente descripción y elaboración de una estrategia efectiva que puede ser usada por los pacientes en su vida cotidiana para superar alteraciones mnésicas específicas.

En el momento actual, las aproximaciones más acertadas y realistas, serían las orientadas a aliviar los problemas cotidianos de los pacientes, más que a intentar restaurar la función perdida.

Más allá de la gravedad del problema, siempre se debe intentar un abordaje terapéutico, en la creencia de que una mejoría por mínima que sea es valiosa, para el individuo que mejora su déficit, para su entorno, para el terapeuta y el equipo tratante.

La rehabilitación debe partir del paciente como un ser integral, inserto en su núcleo familiar y social que sufrirá el impacto de las limitaciones de uno de sus miembros. Se entiende así la necesidad del abordaje a través de un equipo interdisciplinario.⁴⁸

⁴⁸ Op. Cit. DALMAS, F.- Pág. 249-258.

V CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION

S.A.T.E.

El S.A.T.E. dependiente del H.P.C., posee un equipo de salud constituido por:

- **Coordinadora Médica geriatra jerarquizada.**
- **Médicos asistentes y asesores.**
- **Nutricionista.**
- **2 Psicólogos.**
- **1 Terapeuta Ocupacional.**
- **1 Asistente Social.**
- **1 Kinesiólogo.**
- **1 Fonoaudióloga.**
- **2 Profesores de Educación Física.**
- **1 Profesor de Gimnasia aplicada.**
- **1 Docente.**

Los objetivos de este servicio son cumplimentar los tres niveles de Prevención:

- * 1) a) Promoción de la salud.
 - b) Prevención de enfermedades.
- * 2) Tratamiento.
- * 3) Rehabilitación.

De enfermedades crónicas en forma grupal y con abordaje interdisciplinario.

NOMENCLATURA DE PRESTACIONES

* 1) Ejercicios terapéuticos programados.

*2) Hospital de día:

-Accidente cerebro vascular (A.C.V.).

- Age Associate Memory Impairment (A.A.M.I.) u olvido

acorde a la edad.

- Demencia.

- Caídas.

- Obesidad.

*3) Grupos de autoayuda:

a) Grupo de autoayuda Mal de Alzheimer (G.A.M.A.).

b) Grupo de autoayuda obesos (R.O.II.C.).

c) Apoyo familiares A.C.V.

*4) Educación para pacientes:

a) Curso de educación para la salud.

b) Agentes de salud.

c) Ciclo primario de educación.

*5) Educación gerontológica para profesionales:

- Curso de educación gerontológica para profesores de

Educación física.

PROYECCION COMUNITARIA

- Centros periféricos para independientes, para

autoválidos.

- G.A.M.A.

- R.O.H.C.

MODALIDAD DE TRABAJO

Previamente a concurrir al SATE el paciente es atendido en el H.P.C., generalmente es el médico de cabecera quien decide la derivación, o bien es el paciente que en forma espontánea concurre al servicio, ante la aparición de queja de falla de memoria.

Al llegar al SATE es evaluado por la médica geriatra y el neurólogo, a fin de realizar el diagnóstico; en una segunda etapa se efectúan las evaluaciones del equipo interdisciplinario, en las cuales se aportan elementos desde cada una de sus áreas.

Una vez finalizada la etapa de evaluación, el paciente es incluido de acuerdo a su nivel de compromiso en uno de los grupos de estimulación que ofrece esta institución : - grupo de memoria que se divide en :

prememoria

memoria
postmemoria, entre estas tres etapas

transcurre un año de tratamiento.

- grupo de demencia que comprende : demencia leve

demencia moderada

Se trabaja en forma grupal con una modalidad de grupo abierto, el ingreso es paulatino para favorecer la inclusión en el grupo ya preformado y bajar el nivel de ansiedad e inhibición que la inclusión provoca. Dadas las características de estos pacientes de mantener vínculos a predominio diádico, ésta será la vía por excelencia para comunicarse el profesional con el mismo (vínculos proximales - afectivos) para acceder al trabajo de las funciones cognoscitivas.

Desde T.O. el objetivo de la estimulación cognoscitiva tiene que ver con mejorar la calidad de vida del paciente ayudándolo a organizar su desorganización - interna y externa- que se expresan a diario en sus actividades cotidianas.

La estimulación se plantea en términos de mantener actividades y las funciones cognoscitivas (memoria, lenguaje, gnosias, praxias, razonamiento, juicio, etc.) y no en sentido de restaurar una función.

La diferencia básica entre los tratamientos de los grupo de memoria y los de demencia es que en los primeros se trabaja con un criterio adaptativo, enseñando al paciente a sortear el déficit por medio de estrategias compensatorias como por ejemplo las ayudas externas, además el tratamiento posee una graduación basada en el modelo de Allegri y las fichas de estimulación de Lilian Israel.

En el caso de los grupos de demencia se trabajan las AVD e IADL desde un plano más concreto, realizando sesiones de ejecución de AVD para las cuales es necesario activar el funcionamiento cognoscitivo y motriz.

Al comienzo de ambos tratamientos se dan una primera etapa de adaptación, donde las actividades implementadas tienden a favorecer la interacción e integración grupal y adquirir hábitos.

Luego de este período se comienza con sesiones que constan de 3 momentos :

1. EVOCACIÓN : se trabaja orientación temporoespacial, intentando evocar día, mes, año, lugar, etc. Así mismo se recuerda lo realizado en la sesión anterior, se reconoce si están presentes todos los integrantes del grupo, etc.
2. EJECUCIÓN : las actividades implementadas son de ejecución simple, de corta duración y complejizadas según la demanda del grupo. Comprende :
 - *Ejercicios de estimulación sensorial (tacto, gusto, olfato, vista, oído).
 - *Ejercicios de atención voluntaria, permitiendo orientar la percepción y luchar contra las interferencias.

*Ejercicios de estructuración intelectual, contribuyendo a reforzar la agilidad de mecanismos operatorios, permitiendo una mejor adaptación del paciente a las AVD.

*Ejercicios de técnicas de asociación : el objetivo es transformar en imágenes lo que se quiere memorizar, garantizando una mayor retención, pues la imagen es mejor retenida que las palabras y los sonidos ; se trata en definitiva de imaginar y visualizar para retener y evocar mejor.

3. REFLEXION : al finalizar cada sesión se concluye reflexionando con los pacientes acerca de la utilidad que la tarea realizada podría tener en su vida cotidiana.

Concluido el abordaje grupal e interdisciplinario, de duración previamente determinada, este paciente es derivado a otro grupo dentro del servicio o bien a centros periféricos.

La mayor premisa que sostiene la intervención de T.O. en esta área es la relación causal entre cognición y la actividad con un objetivo u ocupación. La cognición es entonces asumida como el mayor determinante de la ejecución funcional humana.⁴⁹

49 Op. Cit. SCHAROSKY,D. ; FAIDUTTI,S. Y OTROS. Pág. 150-153.

***ASPECTO
METODOLOGICO***

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO :

De acuerdo a la índole del problema planteado se seleccionó un diseño metodológico correlacional no experimental de tipo transversal .

Fundamentándose en una hipótesis correlacional que pretende establecer interrelaciones o covariaciones entre las variables :

“ Los niveles de alteración de la memoria, se relacionan en forma directamente proporcional con el grado de desempeño en las AVD y en las IADL en pacientes mayores de 65 años, incluidos en los estadios 1.2.3.4.5 y 6 de la Escala GDS que concurren a T.O., S.A.T.E., H.P.C., Mar del Plata, en el período Junio-Agosto 1997.”

VARIABLE INDEPENDIENTE: niveles de alteración de la memoria

VARIABLES DEPENDIENTES : grado de desempeño en las AVD

grado de desempeño en las IADL

CONSTANTE: pacientes mayores de 65 años, incluidos en los estadios 1,2,3,4,5 y 6 de la Escala G.D.S. que concurren a T.O., S.A.T.E., H.P.C., Mar del Plata.

Se deja abierta la posibilidad de estudiar la influencia de ciertas variables intervinientes. Tales como :

- Influencia del tratamiento grupal.
- Tipo de demencia.
- Patologías anexas.
- Grado de compromiso en el tratamiento.

Este diseño no indaga en las relaciones causales, ni avanza en ninguna interpretación aventurada en esa dirección, el mismo pone en evidencia el grado en que las variaciones en un factor, corresponden a variaciones en el mismo sentido de otro factor. Es decir, busca descubrir poner de manifiesto relaciones existentes entre las categorías de dos o más variables.

POBLACION :

Nuestra muestra de estudio se compone de 30 pacientes mayores de 65 años, incluidos en los estadios 1,2,3,4,5 y 6 de la Escala G.D.S., derivados a T.O., S.A.T.E., H.P.C., Mar del Plata, en el período junio-agosto de 1997.

METODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se emplea el método probabilístico aleatorio, utilizando como procedimiento en la selección al azar, el muestreo estratificado con una fracción uniforme. De esta manera el grupo de estudio queda conformado por pacientes con G.D.S. 1, 2, 3, 4, 5 y 6 ubicando en cada uno de ellos a 5 pacientes, lo que suma un total de 30.

Se utiliza esta forma de muestreo, ya que se sospecha que la población es muy heterogénea, por existir dentro de ella grupos muy diferentes entre sí.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE UNIDADES DE

ANALISIS

* CRITERIOS DE SELECCION DE LA MUESTRA:

- Pacientes de ambos sexos
con G.D.S. 1,2,3,4,5 y 6.

- Pacientes mayores de 65 años ; edad que fija la Organización Mundial de la Salud. (O.M.S.) como comienzo de la vejez.

- Pacientes cuya lengua de origen sea el español.

* CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con G.D.S. 7 debido a que estos pacientes no son atendidos por S.A.T.E., H.P.C., Mar del Plata.

- Pacientes con estado confusional.

- Pacientes con déficit auditivo y/o visual significativo, que se considere pueda dificultar la evaluación.

- Pacientes afásicos.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Los datos registrados en el presente estudio son recogidos mediante el uso de los siguientes métodos e instrumentos :

-Indice Barthel : a través del mismo se evalúan las AVID permitiendo el registro de lo que el paciente puede efectuar en cuanto a actividades cotidianas tales como : intestino, vejiga, aseo, uso de toilet, comer, transferencia, movilidad, vestido, escaleras, bañado.

Se realiza por medio de interrogatorio al paciente y/o familiar, empleando en los casos necesarios, la observación directa para confirmar la información, posibilitando el registro de datos, hechos y fenómenos de la realidad tal como se presentan naturalmente.

-Escala Lawton : a través de la misma se evalúan las IADL permitiendo el registro de lo que el paciente puede efectuar en cuanto a actividades más complejas tales como : capacidad para utilizar el teléfono, ir de compras, lavado de ropa, cuidado de la casa, preparación de la comida, utilización del transporte, responsabilidad sobre la medicación, capacidad para utilizar el dinero.

Se realiza por medio de interrogatorio al paciente y/o familiar, empleando en los casos necesarios, la observación directa para confirmar la información, posibilitando el registro de datos, hechos y fenómenos de la realidad tal como se presentan naturalmente.

- RBMT : a través del mismo se evalúa la memoria ecológica permitiendo identificar alteraciones en el funcionamiento de la memoria de lo cotidiano.

La categorización se obtiene mediante el rendimiento del paciente en los diferentes subtest.

- **Registro de historias clínicas** : es utilizado para seleccionar los 30 pacientes mayores de 65 años incluidos en los estadios 1, 2, 3, 4, 5 y 6 de la Escala G.D.S., a fin de configurar la muestra.

PRUEBA PILOTO

Los instrumentos de evaluación fueron analizados y discutidos en forma interdisciplinaria. Llevándose a cabo una prueba piloto a fin de corroborar no sólo su confiabilidad y validez, sino también permitir una apreciación de probables resultados de acuerdo al nivel de compromiso de los pacientes.

A tal efecto se seleccionó un grupo reducido de 6 pacientes, cada uno de los cuales representaba un estadio de la Escala GDS.

Los resultados obtenidos permitieron realizar el siguiente análisis :

- La necesidad de separar la variable grado de desempeño en AVD e IADL en :

* grado de desempeño en AVD.

* grado de desempeño en IADL, para ser cada una de

ellas correlacionadas individualmente con el nivel de alteración de la memoria, observándose diferencias en cuanto a su compromiso.

- Utilizar el puntaje global para categorizar el nivel de alteración de la memoria, dado que el perfil de puntuación dificultaría el análisis y correlación de datos con las otras dos variables, debido a que su objetivo fundamental es registrar en forma más analítica el compromiso del paciente en cada uno de los ítems que comprende el RBMT.

DEFINICIONES

NIVELES DE ALTERACION DE LA MEMORIA

DEFINICION CIENTIFICA :

Corresponde a los grados de dificultad o trastorno que se observa en el paciente, que afecta las capacidades para utilizar variedad de estrategias de manera que le permiten recordar el pasado y explorar acciones futuras, posibilitando un desempeño independiente en las funciones de la vida diaria, en relación con las demandas cognoscitivas particulares que recaen sobre esa persona y su experiencia vital.

Los niveles de alteración de la memoria serán categorizados mediante la evaluación realizada por el RBMT en : memoria normal, escasa memoria, moderada y gravemente afectada.

DEFINICION OPERACIONAL:

Los indicadores del nivel de alteración de la Memoria evaluados por el RBMT son:

- 1 y 2) Recordando un nombre: Se refiere a la capacidad para recordar nombre y apellido de una persona, que ha sido mostrada por fotografía un momento antes.
- 3) Recordando un objeto escondido: Se refiere a la posibilidad de reclamar una pertenencia escondida, cuando finaliza la sesión.
- 4) Recordando una cita: implica la posibilidad de realizar una pregunta al examinador previamente establecida, luego de un intervalo de 20 minutos.

- 5) Reconocimiento de dibujos: Se refiere a la capacidad de, (luego de un intervalo de tiempo establecido), reconocer 10 imágenes mostradas anteriormente, en una serie de 20.
- 6) Recuerdo inmediato y diferido de un pequeño texto : Luego de la lectura de una historia corta, se le pide al paciente que trate de retener la mayor información posible.
- 7) Reconocimiento de caras : Se refiere a poder reconocer 5 rostros presentados anteriormente.
- 8) Recuerdo inmediato y diferido de un trayecto corto : Se refiere a la posibilidad de lograr reproducir un trayecto de 5 tramos en forma inmediata y diferida.
- 9) Recordar tomar y dejar en forma inmediata y diferida un mensaje : Se refiere a la posibilidad de tomar y dejar un mensaje, en el mismo lugar del trayecto que el examinador le indicó.
- 10) Orientación: Se refiere a poder responder preguntas de orientación temporo-espacial, datos personales, de actualidad, etc.
- 11) Evocación de la fecha.

DIMENSIONAMIENTO

NIVELES DE ALTERACION DE LA MEMORIA	ITEMS 1 Y 2 RECORDANDO UN NOMBRE	Recuerda espontáneamente el nombre No lo recuerda	1 0
		Recuerda espontáneamente el apellido No lo recuerda	1 0
	ITEM 3 RECORDANDO UN OBJETO ESCONDIDO	Recuerda espontáneamente el objeto y el lugar donde fue escondido	1 0
		No lo recuerda	0
	ITEM 4 RECORDANDO UNA CITA	Recuerda sin facilitación	1 0
		No lo recuerda	0
	ITEM 5 RECUERDO Y RECONO- CIMIENTO DE DIBUJOS	Reconoce las 10 imágenes	1 0
		No reconoce al menos 1 de las 10	0
	ITEM 6 RECORDANDO UNA HISTORIA	Recuerda como mínimo 6 ideas en re- cuerdo inmediato y 4 en el diferido	1 0
		No recuerda como mínimo 6 ideas en recuerdo inmediato y 4 en el diferido	0
ITEM 7 RECONOCIMIENTO DE CARAS	Reconoce correctamente los 5 rostros	1 0	
	No reconoce al menos 1 de los 5	0	
ITEM 8 a RECORDANDO UN PEQUEÑO RECORRIDO	Reproduce en forma inmediata los 5 tramos del recorrido en el orden correcto	1 0	
	No reproduce en el orden correcto al menos 1 de los 5 tramos en forma inmediata	0	
ITEM 8 b RECORDANDO UN PEQUEÑO RECORRIDO	Reproduce en forma diferida los 5 tramos del recorrido en el orden correcto	1 0	
	No reproduce en el orden correcto al menos 1 de los 5 tramos en forma diferida	0	
ITEM 9 a y b RECORDANDO DEJAR UN MENSAJE	Toma y deja el sobre en forma inmediata y diferida	1 0	
	No toma y/o deja el sobre en forma inme- diata y diferida	0	
ITEM 10 ORIENTACION	Responde correctamente todas las preguntas	1 0	
	No responde al menos 1 de las 10	0	

DIMENSIONAMIENTO

NIVELES DE ALTERACION DE LA MEMORIA	[ITEM 11 FECHA	[Responde correctamente la fecha	1
					No responde

CATEGORIZACION

Se utilizan 2 sistemas de puntuación, uno para obtener la puntuación global, y otro para obtener el perfil de puntuación más detallado.

En nuestro trabajo de investigación utilizaremos la puntuación global tal como hemos referido anteriormente.

En la modificación del RBMT realizada en el año 1991, la puntuación límite es 9, por lo tanto se considera que los sujetos que obtienen 9 o menos presentan alteraciones. Originariamente se utilizó una gama de categorización que variaba desde memoria normal a gravemente afectada. En el presente trabajo se emplea la clasificación descrita por June Grieve en Neuropsicología para T.O. Evaluación de percepción y

cognición :

- memoria normal
- escasa memoria
- memoria moderadamente afectada
- memoria gravemente afectada.

De acuerdo al puntaje obtenido utilizaremos la siguiente valoración :

No presenta alteraciones	—————→	memoria normal	12-10
Presenta alteraciones	—————→	escasa memoria	9-6
		memoria moderadamente afectada	5-3
		memoria gravemente afectada	2-0

No presenta alteraciones de memoria : **memoria normal** : rendimiento óptimo donde el paciente obtiene de 10 a 12 puntos.

Presenta alteraciones de memoria : **escasa memoria** : pérdida de la memoria leve, con por lo menos 3 errores y hasta un máximo de 6 en los diferentes subtest.

memoria moderadamente afectada : pérdida de la memoria marcada, donde el paciente obtiene un máximo de 6 en los diferentes subtest.

memoria gravemente afectada : pérdida de la memoria severa, con más de 10 errores, en los diferentes subtest.

DEFINICIONES

desde acá.

Conservar y/o mejorar el

GRADO DE DESEMPEÑO EN LAS AVD

DEFINICION CIENTIFICA :

Es el nivel que se observa en el paciente según si es incapaz de realizar, realizar con asistencia o realizar por sí solo todas aquellas actividades que son universales, básicas y necesarias para mantener la salud, son sinónimo de autocuidado personal y supervivencia.

El grado de desempeño en las AVD será categorizado mediante la evaluación realizada por el Índice Barthel en : dependiente, semidependiente e independiente.

DEFINICION OPERACIONAL :

De acuerdo al número de las AVD que el paciente realiza por sí solo o con asistencia se definen los siguientes grados de dependencia:

- Dependiente:

Paciente que es asistido en la realización de todas las actividades básicas (intestino, vejiga, aseo, uso de toilet, comer, transferencia, movilidad, vestido, escaleras, bañado).

- Semidependiente:

Paciente que es asistido en la realización de una o más actividades básicas (intestino, vejiga, aseo, uso de toilet, comer, transferirse, movilidad, vestido, escaleras, bañado) pero que no llega a cumplir con la totalidad.

- Independiente:

Paciente con posibilidades de realizar sin asistencia o por sí solo, todas las actividades básicas (intestino, vejiga, aseo, uso de toilet, comer, transferencia, movilidad, vestido, escaleras, bañado).

El grado de dependencia en AVD es medido a través del **Índice Barthel**. A continuación detallamos las actividades observables que funcionan como indicadores:

* INTESTINOS: se hace referencia a la necesidad del paciente que se le efectúen enemas (es no continente) o si tiene un accidente ocasional o continente.

* VEJIGA: se intenta determinar si el paciente es incontinente e incapaz de manejarse solo, o si tiene un accidente ocasional máximo de 1 en 24 horas, o es continente por más de 7 días.

* ARREGLO PERSONAL: se refiere a higiene personal, lavarse los dientes, ponerse dentadura postiza, peinarse, afeitarse, lavarse la cara; los elementos pueden ser provistos por un ayudante.

* USO DE TOILET: se tendrá en cuenta si el paciente puede llegar al baño/inodoro, desvestirse, limpiarse solo, vestirse y salir, o si requiere ayuda pero solo algo hace, o si es dependiente.

* ALIMENTACION: se hace referencia a la posibilidad de que el paciente sea capaz de comer cualquier comida normal (no sólo blanda), donde ésta es cocinada y servida por otros, pero no cortada por otros; o si la comida es cortada y el paciente puede comer solo, o si es incapaz de comer solo.

* TRANSFERENCIA: se intenta determinar si el paciente es capaz de trasladarse de la cama a la silla y volver, si es incapaz de sentarse ya que no tiene equilibrio sentado, requiriendo dos personas para levantarlo, o si requiere una ayuda mayor de una persona entrenada o dos normales y puede levantarse solo, o una ayuda mínima (verbal o física).

* MOVILIDAD: se refiere a la posibilidad de desplazarse dentro de la casa o a resguardo, puertas adentro. Puede usar ayudas (bastón). Si usa silla de ruedas debe sortear obstáculos, esquinas y puertas sin ayuda. Si requiere ayuda de una persona no entrenada, incluyendo supervisión o indicación.

* VESTIDO : el paciente debe ser capaz de seleccionar y ponerse toda la ropa. Si necesita ayuda pero la mitad lo hace solo, o si es dependiente.

* ESCALERAS: se refiere a la posibilidad de subir y/o bajar escaleras con ayuda física y/o verbal, usando bastón o en forma independiente.

* BAÑADO: debe entrar y salir de la bañera sin supervisión y lavarse solo, o si es dependiente.

Falta esto
y laurton

DIMENSIONAMIENTO

GRADO DE DESEMPEÑO EN AVD			Pac.	0
GRADO DE DESEMPEÑO EN AVD	INTESTINO	Incontinente	Fliar.	0
			P	1
		Accidente ocasional	F	1
		P	2	
		F	2	
		Continente	F	2
	VEJIGA	Incontinente o sonda e incapaz de manejarse solo	P	0
			F	0
		Accidente ocasional máximo 1 en 24 hs	P	1
			F	1
		Continente (por más de 7 días)	P	2
			F	2
	ARREGLO PERSONAL	Necesita ayuda	P	0
			F	0
		Independiente (cara-pelo-dientes-etc.)	P	1
F			1	
USO DE TOILET	Dependiente	P	0	
		F	0	
	Necesita ayuda, pero algo hace solo	P	1	
		F	1	
	Independiente (entrar-salir-vestirse)	P	2	
		F	2	
ALIMENTACION	Incapaz	P	0	
		F	0	
	Necesita ayuda p/cortar, poner manteca	P	1	
		F	1	
	Independiente	P	2	
		F	2	
TRANSFERENCIA (cama-silla y volver)	Incapaz, no tiene balance sentado	P	0	
		F	0	
	Gran ayuda (ayuda física de 1 ó 2 personas y puede sentarse)	P	1	
		F	1	
	Pequeña ayuda verbal o física	P	2	
		F	2	
	Independiente	P	3	
		F	3	
MOVILIDAD	Inmóvil	P	0	
		F	0	
	Silla de ruedas independiente, inclusive esquinas	P	1	
		F	1	
	Camina con ayuda de una persona (verbal o física)	P	2	
		F	2	
Independiente (pero puede usar cualquier bastón)	P	3		
	F	3		
VESTIDO	Dependiente	P	0	
		F	0	
	Necesita ayuda, pero la mitad lo hace solo	P	1	
		F	1	
	Independiente (incluye botones, lazos)	P	2	
F		2		

DIMENSIONAMIENTO

GRADO DE DESEMPEÑO EN AVD	ESCALERAS	Necesita ayuda(verbal-fisica) usando bastón	P	1
			F	1
		Independiente	P	2
			F	2
	BAÑADO	Dependiente	P	0
			F	0
Independiente (entrar-salir bañadera)		P	1	
		F	1	

FALTA ESTO

CATEGORIZACION

En el Indice Barthel los pacientes son divididos en cinco grupos según el grado de desempeño en :

0-4 muy severo

5-9 severo

10-14 moderado

15-19 leve

20 independiente

Debido a que en nuestro trabajo de investigación se utiliza también la Escala de IADL diseñada por Lawton y Brody que se divide en tres categorías : dependiente, semidependiente e independiente, creemos necesario unificar ambas escalas de AVD e IADL con la misma designación o categorización para evitar diferencias entre ambas y con el fin de facilitar la realización posterior de presentación, análisis e interpretación de datos.

Para nuestro trabajo utilizaremos en el Indice Barthel los grupos según el siguiente puntaje :

0-9 dependiente
10-19 semidependiente
20 independiente

Consideramos este puntaje ya que la suma total de los puntajes intermedios de cada ítem es 10, siendo éste el límite inferior de la categoría semidependiente, constituyendo también el 50% del total.

DEFINICIONES

aprovechar y/o mejorar el GRADO DE DESEMPEÑO EN LAS IADL

DEFINICION CIENTIFICA :

Es el nivel que se observa en el paciente según si es incapaz de realizar, realizar con asistencia, o realizar por sí solo las actividades que son más complejas y se refieren a las tareas más allá del cuidado de uno mismo, que involucran la interacción con el medio social y físico.

El grado de desempeño en las IADL será categorizado mediante la evaluación realizada por la **Escala Lawton** en : dependiente, semidependiente e independiente.

DEFINICION OPERACIONAL :

De acuerdo al número de actividades complejas que el paciente realiza por sí solo o con asistencia se definen los siguientes grados de dependencia en IADL:

- Dependiente:

Paciente que es asistido en la realización de todas las actividades instrumentales (capacidad para utilizar el teléfono, ir de compras, lavado de ropa, cuidado de la casa, preparación de la comida, utilización del transporte, responsabilidad sobre la medicación, capacidad para utilizar el dinero).

- **Semidependiente:**

Paciente que es asistido en la realización de una o más actividades instrumentales (capacidad para utilizar el teléfono, ir de compras, lavado de ropa, cuidado de la casa, preparación de la comida, utilización del transporte, responsabilidad sobre la medicación, capacidad para utilizar el dinero) pero que no llega a cumplir con la totalidad.

- **Independiente:**

Paciente con posibilidades de realizar sin asistencia o por sí solo, todas las actividades instrumentales (capacidad para utilizar el teléfono, ir de compras, lavado de ropa, cuidado de la casa, preparación de la comida, utilización del transporte, responsabilidad sobre la medicación, capacidad para utilizar el dinero).

El grado de dependencia en IADL es medido a través de la **Escala Lawton y Brody**.

A continuación detallamos las actividades observables que actúan como indicadores :

* **CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL TELEFONO:** se hace referencia a la habilidad que tiene el paciente para utilizar el teléfono por iniciativa propia, buscando y marcando los números, si marca algunos números conocidos, si atiende y contesta el teléfono pero no los marca, o si no lo usa en absoluto.

* **IR DE COMPRAS:** se intenta determinar si el paciente realiza con independencia todas las compras, o si compra solo pequeñas cosas, si necesita que alguien lo acompañe o si no realiza compras en absoluto.

* **PREPARACION DE LA COMIDA:** permite identificar si el paciente realiza con independencia o si es capaz de planear, preparar y servir las comidas por sí solo, si sólo prepara las comidas cuando se le entregan los ingredientes, si calienta, sirve y

prepara las comidas pero no mantiene una dieta adecuada o si necesita que se le prepare y sirva la comida.

* CUIDADO DE LA CASA: se refiere a la posibilidad que tiene el paciente para realizar tareas domésticas, cuidando la casa sólo o con ayuda ocasional; o si sólo realiza trabajos ligeros, si ejecuta tareas domésticas ligeras pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable, o si necesita ayuda con todas las tareas de la casa, o no participa de ninguna tarea doméstica.

* LAVADO DE ROPA: se refiere a la posibilidad de que el paciente realice el lavado de ropa personal por completo, o lave solo pequeñas ropas o necesita que otro se ocupe de todo el lavado.

* MEDIO DE TRANSPORTE: se tendrá en cuenta si el paciente viaja en transportes públicos en forma independiente o conduce su propio coche, o es capaz de organizar su transporte en taxi pero no usa otros transportes públicos o si lo acompaña otra persona viaja en transportes públicos, o viaja ayudado de otros sólo en taxi, o no viaja en absoluto.

* RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACION: se hace referencia a la posibilidad de que el paciente sea responsable de su medicación en las dosis correctas y horas indicadas o sólo es responsable cuando otro prepara su dosis en forma separada o no es capaz de ser responsable de su propia medicación.

* CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO: se intenta determinar si el paciente es capaz de manejar asuntos financieros con independencia y conoce sus ingresos, si maneja gastos cotidianos necesitando ayuda para grandes gastos o es incapaz de manejar dinero.

DIMENSIONAMIENTO

GRADO DE DESEMPEÑO EN IADL						
	CAPACIDAD DE USAR EL TELEFONO	1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números.	Pac.	1		
			Fliar.	1		
		2. Marca unos cuantos números bien conocidos.	P	1		
			F	1		
			3. Contesta el T. E. pero no marca.	P	1	
				F	1	
			4. No usa el T. E. en absoluto.	P	0	
				F	0	
	IR DE COMPRAS	1. Realiza todas las compras necesarias con independencia.	P	1		
			F	1		
		2. Compra con independencia pequeñas cosas.	P	0		
			F	0		
			3. Necesita compañía para realizar cualquier compra.	P	0	
				F	0	
			4. Completamente incapaz de ir de compras.	P	0	
				F	0	
	PREPARACION DE LA COMIDA	1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia.	P	1		
			F	1		
		2. Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes.	P	0		
			F	0		
		3. Caliente, sirve y prepara las comidas o prepara comidas pero no mantiene una dieta adecuada.	P	0		
			F	0		
		4. Necesita que se le prepare y sirva la comida.	P	0		
			F	0		
CUIDADO DE LA CASA	1. Cuida la casa sola o con ayuda ocasional (por ej. trabajos duros, etc.)	P	1			
		F	1			
	2. Realiza tareas domésticas ligeras (como fregar los platos o hacer las camas).	P	1			
		F	1			
	3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.	P	1			
		F	1			
		4. Necesita ayuda con todas las tareas de la casa.	P	0		
			F	0		
		5. No participa en ninguna tarea doméstica.	P	0		
			F	0		
LAVADO DE ROPA	1. Realiza completamente lavado de ropa personal.	P	1			
		F	1			
	2. Lava ropas pequeñas, aclara medias, etc.	P	1			
	F	1				
		3. Necesita que otro se ocupe de todo el lavado.	P	0		
			F	0		
MEDIO DE TRANSPORTE	1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche.	P	1			
		F	1			
	2. Capaz de organizar su transporte en taxi, pero no usa otros transportes públicos.	P	1			
		F	1			
	3. Viaja en transportes públicos, si lo acompaña otra persona.	P	1			
	F	1				
		4. Sólo viaja en taxi, automóvil, ayudado de otros.	P	0		
			F	0		
		5. No viaja en absoluto.	P	0		
			F	0		
RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACION	1. Es responsable en el uso de la medicación, en las dosis correctas y en las horas indicadas.	P	1			
		F	1			
	2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas.	P	0			
	F	0				
		3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación.	P	0		
			F	0		

DIMENSIONAMIENTO

GRADO DE DESEMPEÑO EN IADL	CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	1. Maneja los asuntos financieros con independencia (rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco), recoge y conoce sus ingresos.	P	1
			F	1
		2. Maneja gastos cotidianos, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.	P	1
			F	1
		3. Incapaz de manejar dinero.	P	0
			F	0

CATEGORIZACION

En el S.A.T.E. se realiza una diferenciación teniendo en cuenta la variable interviniente sexo, para determinar la puntuación máxima.

En el sexo femenino se tomarán en cuenta los ocho ítems que presenta esta escala, mientras que en el sexo masculino la puntuación máxima es de cinco, excluyendo las IADL correspondientes a los ítems de : lavado de ropa, preparación de la comida y cuidado de la casa cuando estas tareas no han sido realizadas nunca por el paciente.

Para nuestro trabajo utilizaremos en la Escala Lawton y Brody la siguiente valoración :

	Sexo Femenino	Sexo Masculino
- Independiente	8	5
- Semidependiente	7-4	4-3
- Dependiente	3-0	2-0

hasta acá

DATOS

ESTADISTICOS

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS.

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a través de la sistematización y análisis de los datos recogidos en el trabajo de campo, por medio de la implementación de diversos test (Índice Barthel, Escala Lawton y RBMT).

Con el objetivo de determinar como se relacionan los niveles de alteración de la memoria con el grado de desempeño en las AVD y en las IADL en pacientes mayores de 65 años, incluidos en los estadios 1, 2, 3, 4, 5 y 6 de la Escala G.D.S. que concurren a T. O., S.A.T.E., H.P.C., Mar del Plata, en el período Junio-Agosto 1997.

TABLA N° 1

Grado de desempeño en las AVD en pacientes mayores de 65 años, incluidos en los estadios 1, 2, 3, 4, 5 y 6 de la Escala G.D.S. que concurren a T.O., S.A.T.E., H.P.C., Mar del Plata, en el período Junio-Agosto 1997.

GRADO DE DESEMPEÑO EN LAS AVD					
Independiente		Semidependiente		Dependiente	
N°	%	N°	%	N°	%
12	40	16	53.3	2	6.7

(Ver Gráfico N° 1)

* El grado de desempeño en las AVD demuestran que el 40 % de los pacientes son independientes, el 53.3 % semidependientes, mientras que el 6.7 % resultan dependientes.

GRAFICO N° 1

Grado de desempeño en las AVD en paciente mayores de 65 años en los estadios 1,2,3,4,5 y 6 de la Escala G.D.S. que concurren a T.O., S.A.T.E., H.P.C., Mar del Plata, en el período Junio-Agosto 1997.

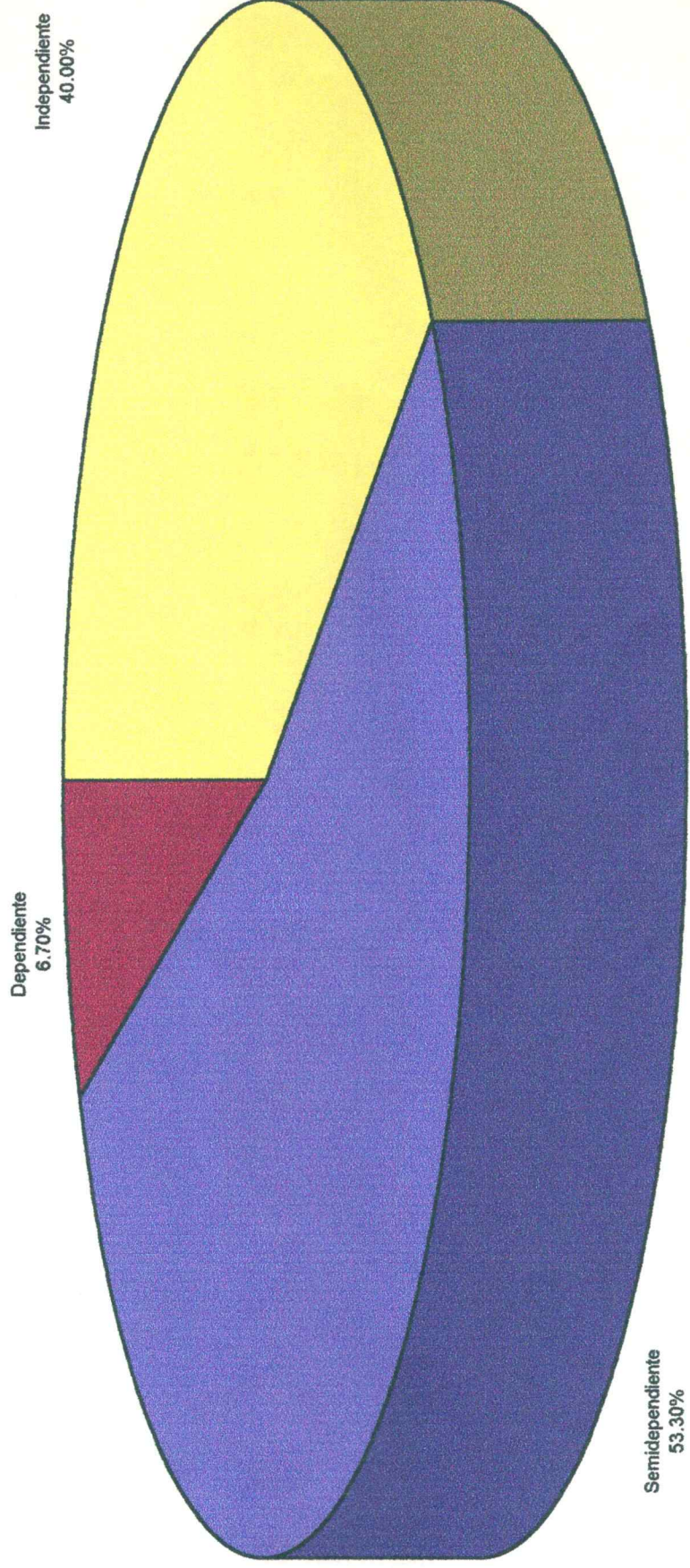


TABLA N° 2

Grado de desempeño en las IADL en pacientes mayores de 65 años, incluidos en los estadios 1, 2, 3, 4, 5 y 6 de la Escala G.D.S. que concurren a T.O., S.A.T.E., H.P.C., Mar del Plata, en el período Junio-Agosto 1997.

GRADO DE DESEMPEÑO EN LAS IADL					
Independiente		Semidependiente		Dependiente	
N°	%	N°	%	N°	%
9	30	10	33.3	11	36.7

(Ver Gráfico N° 2)

* Como se observa en el grado de desempeño en las IADL, un 30 % de los pacientes son independientes, el 33.3 % representan a los semidependientes y el 36.7 % restante son dependientes.

TABLA N°3

Niveles de alteración de la memoria en pacientes mayores de 65 años, incluidos en los estadios 1, 2, 3, 4, 5 y 6 de la Escala G.D.S. que concurren a T.O., S.A.T.E., H.P.C., Mar del Plata, en el período Junio-Agosto 1997.

NIVELES DE ALTERACION DE LA MEMORIA							
Memoria Normal		Escasa Memoria		Moderadamente Afectada		Gravemente Afectada	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
7	23.3	9	30	3	10	11	36.7

(Ver Gráfico N° 3)

*La misma muestra que en el nivel de alteración de la memoria, los pacientes con memoria normal representan el 23.3 % del total, el grupo que presenta nivel de escasa alteración ocupa el 30 % de los pacientes, mientras que los de memoria moderadamente afectada el 10 % y el 36.7 % restante los gravemente afectados.

GRAFICO N° 2

Grado de desempeño en las IADL en pacientes mayores de 65 años, incluidos en los estadios 1,2,3,4,5 y 6 de la Escala G.D.S. que concurren a T.O., S.A.T.E., H.P.C., Mar del Plata, en el período Junio-Agosto 1997.

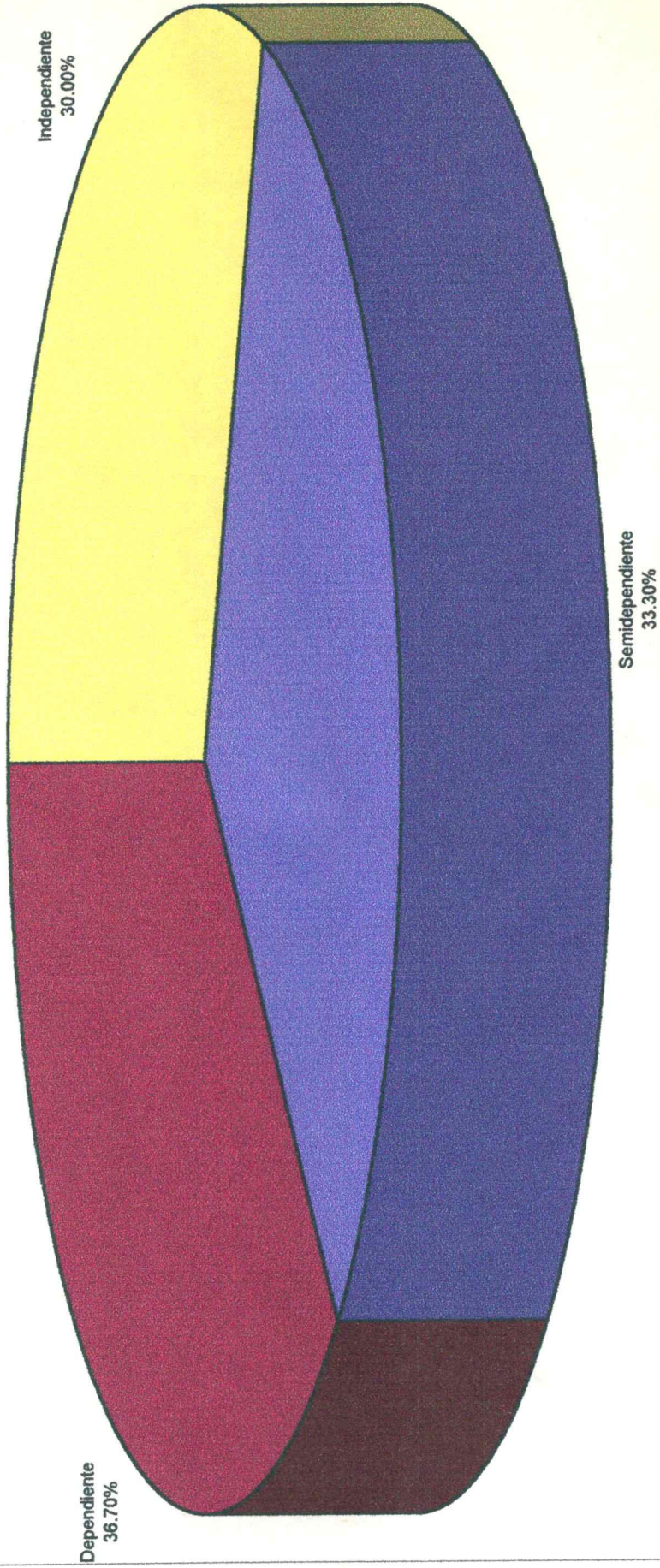


GRAFICO Nº 3

Niveles de alteración de la memoria en pacientes mayores de 65 años, incluidos en los Estudios 1,2,3,4,5 y 6 de la Escala G.D.S., que concurren a T.O., S.A.T.E., H.P.C., Mar del Plata, en el período Junio-Agosto 1997.

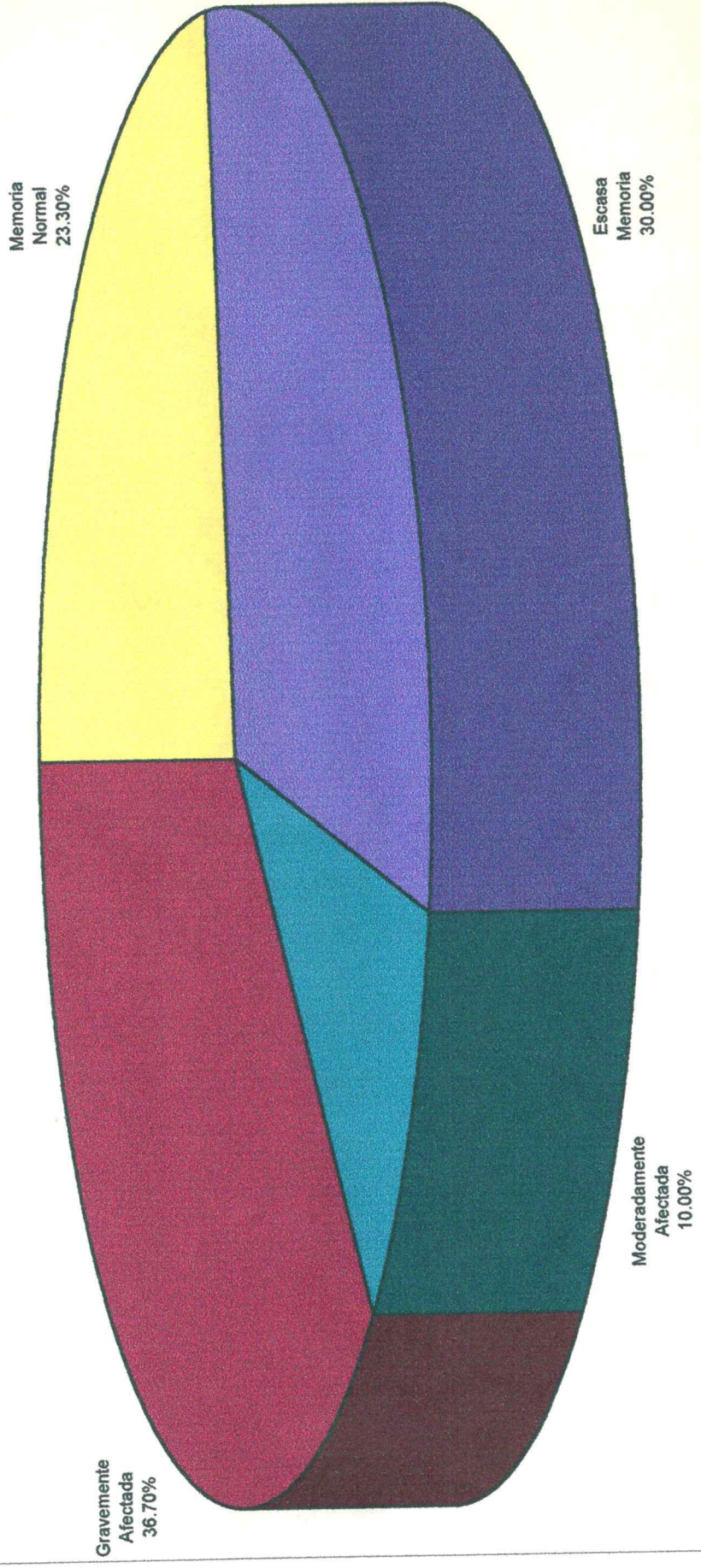


TABLA N°4

Niveles de alteración de la memoria según el estadio de la Escala G.D.S. en pacientes mayores de 65 años que concurren a T.O, S.A.T.E., H.P.C., Mar del Plata, en el período Junio-Agosto 1997.

ESTADIOS DE LA ESCALA G.D.S.	NIVELES DE ALTERACION DE LA MEMORIA								TOTALES
	Normal		Escasa		Moderada		Grave		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Estadio 1	3	60	2	40	-	-	-	-	5
Estadio 2	3	60	2	40	-	-	-	-	5
Estadio 3	1	20	1	20	2	40	1	20	5
Estadio 4	-	-	3	60	1	20	1	20	5
Estadio 5	-	-	1	20	-	-	4	80	5
Estadio 6	-	-	-	-	-	-	5	100	5
TOTALES	7	23.3	9	30	3	10	11	36.7	30

$\chi^2 = 36.5$ (Corrección de Yates)

gl = 15

p < 0.001

(Ver Gráfico N° 4)

*En los estadios 1 y 2 de la Escala G.D.S. el 60 % representan a los pacientes con memoria normal, mientras que el 40 % son pacientes con nivel de alteración de escasa memoria ; no se registran casos de pacientes con memoria moderada y gravemente afectada, en ambos estadios.

*En el estadio 3 el 20 % del total son pacientes con memoria normal, el mismo por-

centaje ocupan los pacientes con nivel de alteración escasa y gravemente afectada, el 40 % restante corresponden a los moderadamente afectados.

*En el estadio 4 el 60 % es ocupado por pacientes con nivel de alteración escasa, el 20 % con memoria moderadamente afectada e igual porcentaje los gravemente afectados. No se registran casos de pacientes con memoria normal.

*En el estadio 5 un 20 % representan los pacientes con nivel de alteración escasa, el 80 % son pacientes gravemente afectados. No se registran casos de pacientes con memoria normal y moderadamente afectada.

*En el estadio 6 el 100 % está representado por pacientes con memoria gravemente afectada.

Se pudo verificar que existe una alta significación estadística al relacionar los niveles de alteración de la memoria (normal, escasa, moderada y grave) con los estadios de la Escala G.D.S. (1, 2, 3, 4, 5 y 6).

GRAFICO 4

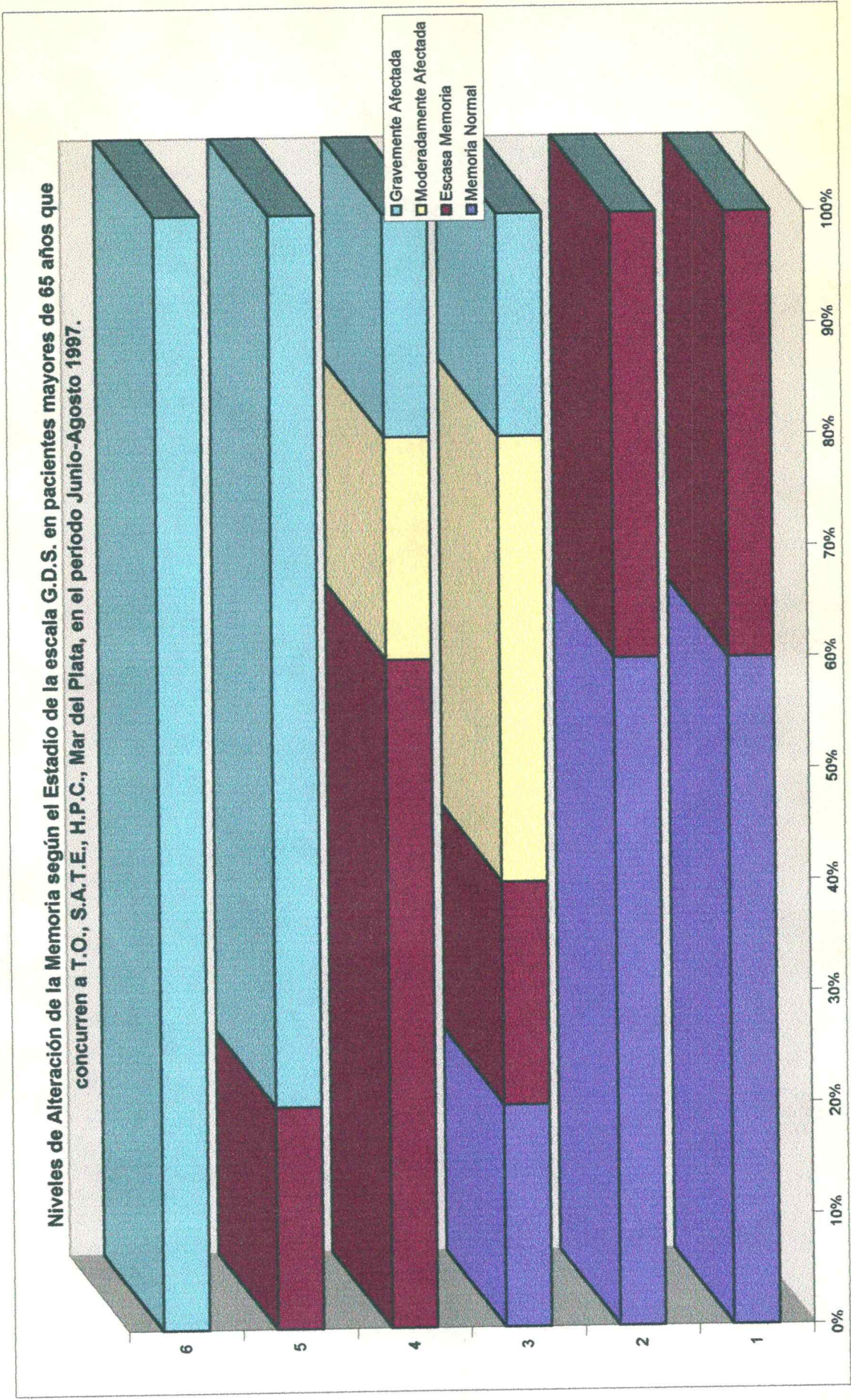


TABLA N° 5

Grado de desempeño en las AVD según los niveles de alteración de la memoria en pacientes mayores de 65 años, incluidos en los estadios 1, 2, 3, 4, 5 y 6 de la Escala G.D.S. que concurren a T.O., S.A.T.E., H.P.C., Mar del Plata, en el período Junio-Agosto 1997.

NIVELES DE ALTERACION DE LA MEMORIA	GRADO DE DESEMPEÑO EN LAS AVD						TOTALES
	Independiente		Semidependiente		Dependiente		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Normal	7	100	-	-	-	-	7
Escasa	4	44.4	5	55.6	-	-	9
Moderada	1	33.3	2	66.7	-	-	3
Grave	-	-	9	81.8	2	18.2	11
TOTALES	12	40	16	53.3	2	6.7	30

$\chi^2 = 24.02$ (Corrección de Yates)

gl = 6

p < 0.001

(Ver Gráfico N° 5)

* En el nivel de memoria normal representan el 100 % los pacientes ubicados dentro del grupo independiente en las AVD, no registrándose ningún caso que sea semidependiente y dependiente.

* En el nivel de alteración de escasa memoria el 44.4 % de los pacientes son independientes, mientras los semidependientes ocupan el 55.6 % del total. No se registra ningún caso de pacientes dependientes.

* En el nivel de la memoria moderadamente afectada el 33.3 % son independientes, el 66.7 % semidependientes, no registrándose pacientes dependientes en este nivel.

*En el nivel de alteración de la memoria gravemente afectada no se registran casos en el grupo de los independientes, el 81.8 % representan a los semidependientes y el 18.2 % a los dependientes.

Se pudo verificar que existe una alta significación estadístico al relacionar el nivel de alteración de la memoria (normal, escasa, moderada y grave) con el grado de desempeño en las AVD (independiente, semidependiente y dependiente).

GRAFICO Nº 5

Grado de desempeño en las AVD según el nivel de alteración de la memoria en pacientes mayores de 65 años incluidos en los estadios 1,2,3,4,5 y 6 de la Escala G.D.S. que concurren a T.O., S.A.T.E., H.P.C., Mar del Plata, en el Período Junio-Agosto 1997.

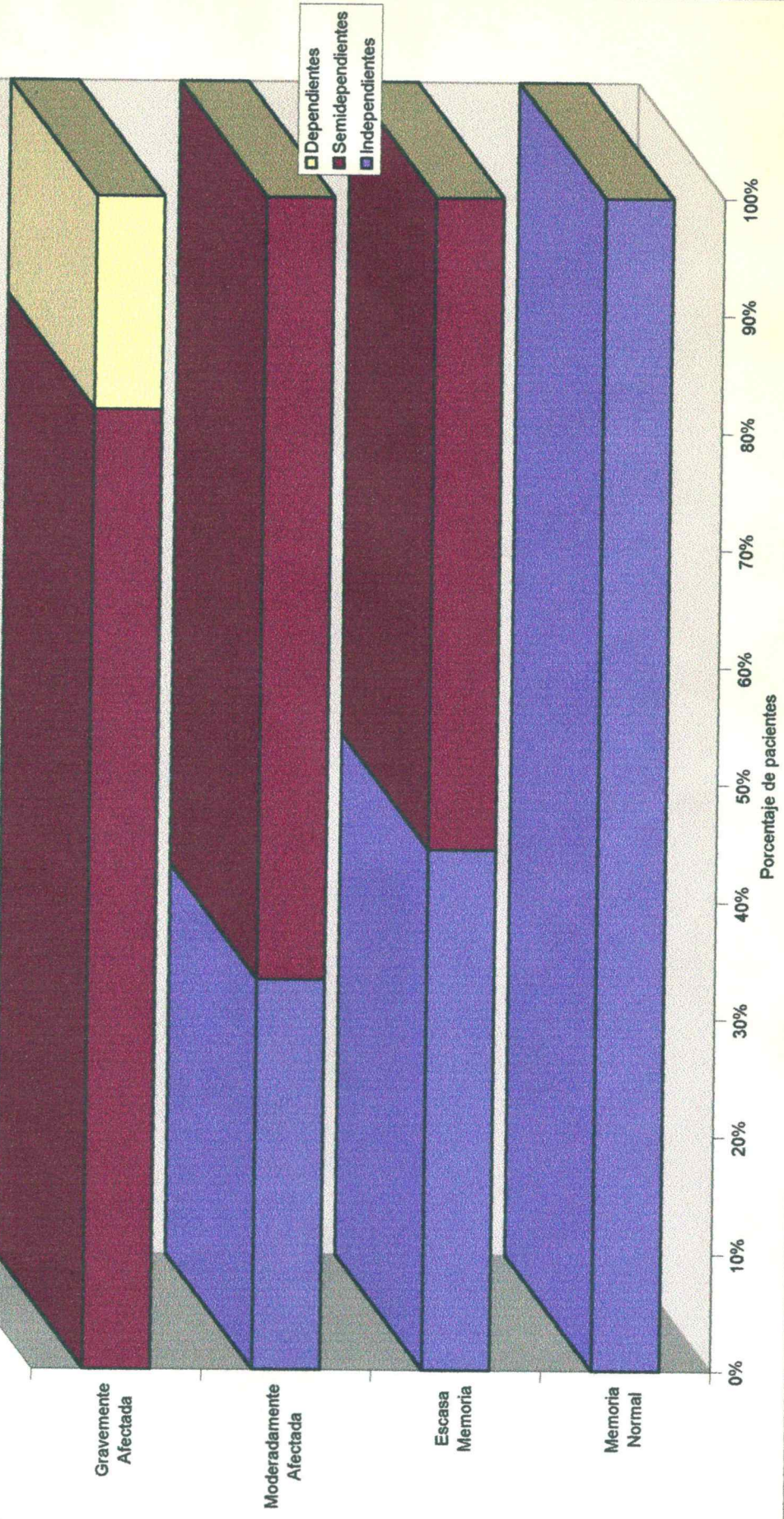


TABLA N° 6

Grado de desempeño en las IADL según los niveles de alteración de la memoria en pacientes mayores de 65 años, incluidos en los estadios 1, 2, 3, 4, 5 y 6 de la Escala G.D.S. que concurren a T.O., S.A.T.E., H.P.C., Mar del Plata, en el período Junio-Agosto 1997.

NIVELES DE ALTERACION DE LA MEMORIA	GRADO DE DESEMPEÑO EN LAS IADL						TOTALES
	Independiente		Semidependiente		Dependiente		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Normal	7	100	-	-	-	-	7
Escasa	2	22.2	7	77.8	-	-	9
Moderada	-	-	2	66.7	1	33.3	3
Grave	-	-	1	9.1	10	90.9	11
TOTALES	9	30	10	33.3	11	36.7	30

$\chi^2 = 42.71$ (Corrección de Yates)

gl = 6

$p < 0.001$

(Ver Gráfico N° 6)

* En el nivel de memoria normal representan el 100 % los pacientes ubicados dentro del grupo independiente en las IADL , no registrándose ningún caso que sea semi-dependiente y dependiente.

* En el nivel de alteración de escasa memoria el 22.2 % de los pacientes son independientes, mientras los semidependientes ocupan el 77.8 % del total. No se registra ningún caso de pacientes dependientes.

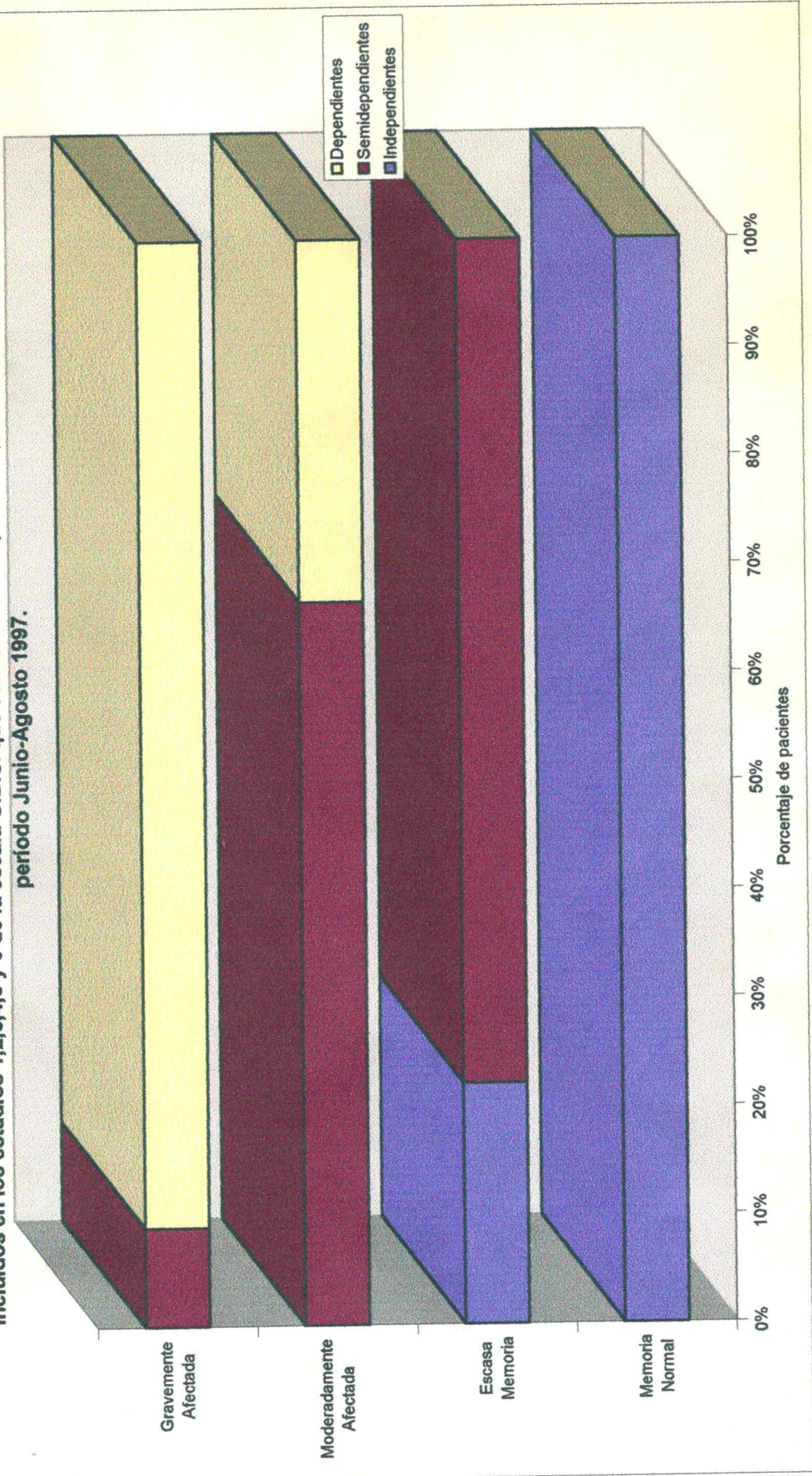
* En el nivel de la memoria moderadamente afectada no se registra ningún caso de pacientes independientes, el 66.7 % son semidependientes y el 33.3 % restante dependientes.

*En el nivel de alteración de la memoria gravemente afectada no se registran casos en el grupo de los independientes, el 9.1 % representan a los semidependientes y el 90.9 % a los dependientes.

Se pudo verificar que existe una alta significación estadístico al relacionar el nivel de alteración de la memoria (normal, escasa, moderada y grave) con el grado de desempeño en las IADL (independiente, semidependiente y dependiente).

GRAFICO N° 6

Grado de desempeño en las IADL según el nivel de alteración de la memoria en pacientes mayores de 65 años, incluidos en los estadios 1,2,3,4,5 y 6 de la escala G.D.S. que concurren a T.O., S.A.T.E., H.P.C., Mar del Plata, en el período Junio-Agosto 1997.



CONCLUSIONES :

Se seleccionaron a través de las historias clínicas a 30 pacientes mayores de 65 años, incluidos en los estadios 1, 2, 3, 4, 5 y 6 de la Escala G.D.S. empleando el método probabilístico aleatorio, utilizando el muestreo estratificado con una fracción uniforme.

Esta Escala permite obtener un registro de : déficit cognoscitivo, características del paciente, datos objetivos de la vida diaria, situación laboral, orientación temporo-espacial y características psíquicas, observándose un aumento gradual de las alteraciones en dichas áreas, así como también evidenciar una involución en los pacientes que varía desde una fase temprana de olvido, pasando por una confusional intermedia, culminando en demencia tardía ; lo que se manifiesta en la Tabla N° 4.

La evaluación de la memoria en estos 30 pacientes fue llevada a cabo mediante la implementación del Test RBMT, en el cual se utilizó originariamente una gama de categorización que varía desde memoria normal a gravemente afectada, en este trabajo se empleó la clasificación descrita por June Grieve, registrándose 23,3% de pacientes con memoria normal, 30 % con escasa memoria, 10 % con memoria moderadamente afectada y 36,7 % con memoria gravemente afectada.

La evaluación de las AVD y las IADL fue realizada por medio del Índice Barthel y la Escala Lawton respectivamente, registrándose mayor compromiso en el grado de desempeño en las IADL con respecto a las AVD, por lo cual se consideró necesario separar la variable GRADO DE DESEMPEÑO EN LAS AVD E IADL en dos.

Si bien al relacionar los niveles de alteración de la memoria con el grado de desempeño en las AVD y en las IADL, se pudo verificar que existe una alta significación estadística. Al compararlos se obtuvieron los siguientes resultados :

Los pacientes con memoria normal ubicados en el grupo independiente en las AVD representan el 100 % al igual que en las IADL, no se registran casos de pacientes semidependientes y dependientes en las AVD y en las IADL.

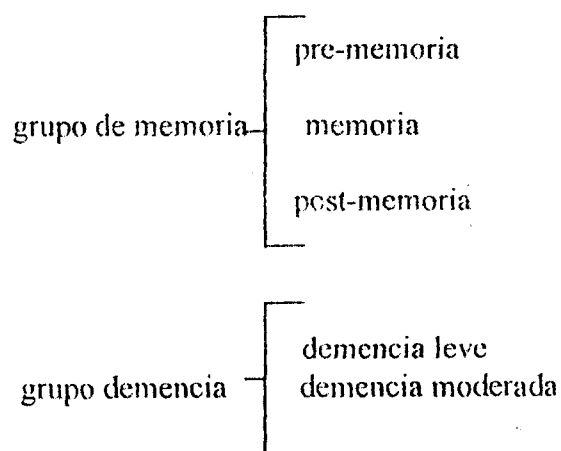
En el nivel de escasa memoria el 44 % de los pacientes son independientes en AVD, mientras que el 22 % en las IADL. Los semidependientes en las AVD ocupan el 55,3% y en las IADL el 77,8 %, no se registran casos de pacientes dependientes en las AVD y en las IADL.

En el nivel de la memoria moderadamente afectada el 33,3 % son independientes en las AVD, no registrándose ningún caso en las IADL ; el 66,7 % son semidependientes en las AVD ocupando el mismo porcentaje en las IADL. No se registran pacientes dependientes en este nivel en las AVD, mientras que en las IADL el 33,3 % son pacientes dependientes.

En el nivel de alteración de la memoria gravemente afectada no se registran casos en el grupo de los independientes, tanto en las AVD como en las IADL. El 81,8 % representan a los semidependientes en las AVD y el 9,1 % en las IADL. Los dependientes en las AVD ocupan el 18,2 %, mientras que en las IADL el 90,9 %.

De acuerdo a los resultados arrojados en las evaluaciones se puede apreciar que los niveles de alteración de la memoria se relacionan en forma directamente proporcional con el grado de desempeño en las AVD y en las IADL. Observándose un aumento de los porcentajes de dicha relación en las IADL.

De acuerdo al nivel de alteración de la memoria , el paciente que concurre a S.A.T.E. es incluido en uno de los siguientes grupos :



El abordaje se realiza por medio de estimulación cognoscitiva, la misma tiene por objetivo mejorar la calidad de vida del paciente, ayudándolo a organizar su desorganización - interna y externa - que se expresa en sus actividades cotidianas.

La estimulación cognoscitiva es un área relevante para trabajar con los adultos mayores, tanto en el nivel preventivo como del tratamiento y rehabilitación, sobre todo considerando la alta incidencia de personas con trastornos de las funciones superiores debido a distintos tipos de demencias (corticales, subcorticales y axiales), que constituyen una de las causas más frecuentes de internaciones tanto en hogares de día, como en instituciones de internación permanente.

Por lo cual la T.O. por ser la disciplina que tiene por objeto de estudio la actividad humana orientada al logro de la máxima expresión de las capacidades potenciales de la persona, con el fin de posibilitarle una interacción adecuada al medio social y cultural en el cual se encuentra inmerso, debe buscar nuevos métodos de evaluación, que posean un enfoque ecológico el cual plantea una evaluación basada en pruebas relacionadas con la vida cotidiana. El mismo constituye un aspecto importante para ser trabajado por la T.O. junto con otros profesionales ya que remarca la importancia del desempeño cognoscitivo en las actividades cotidianas e instrumentales de la vida diaria que conforman, las diferentes ocupaciones humanas, sobre las cuales se basa la implementación terapéutica de dicha disciplina.

Es por esta razón que el presente trabajo de investigación, intenta aportar un nuevo método de evaluación para ser utilizado por las T.O., como lo es el R.B.M.T., el cuál consiste en una batería diseñada por neuropsicólogos y T.O. en el Centro de Rehabilitación de Rivermead, en Inglaterra.

Se divide en once subtests que determinan conocimientos verbal, visual, así como habilidades para recordar y aprender. Todos los subtests utilizan instrumentos simples y de realización diaria.

El mismo permite obtener las habilidades de la memoria en las tareas de cada día, esto es determinar destrezas necesarias para adecuar el funcionamiento en la vida normal, puede también ser usado para ayudar a las T.O. a identificar las áreas de tratamiento.

El propósito general del tratamiento o reentrenamiento de los procesos perceptivos, operaciones del pensamiento y **memoria**, sería entonces lograr ampliar la capacidad de la persona para manejar información y transformarla en tareas con un objetivo, de manera que el paciente sea capaz de buscar en forma sistemática la información y de generalizar esta conducta a otras actividades.

Para finalizar consideramos importante reflexionar acerca de nuevos modelos de trabajo y evaluación desarrollados en otros países, incentivando la necesidad de un mayor conocimiento, formación y aplicación futura de los mismos en la práctica gerontológica.

El presente trabajo de investigación, con los lineamientos teóricos expuestos pretende ser el comienzo de una experiencia clínica que debe seguir enriqueciéndose y mejorándose, en pos de alcanzar una sistematización metodológica y una investigación más profunda sobre el tema.

Cabe aclarar que, dado el tamaño de la muestra los resultados obtenidos quedarían establecidos como "tendencias", considerándose necesario iniciar futuros estudios que aseguren la validez de los resultados arrojados en el presente trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) **ABREU BEATRIZ.** Memory : Evaluation and treatment. 1995.
- 2) **ALLEGRI R. Y TAMAROFF L.** Introducción a la Neuropsicología clínica.
Edición Libros de la Cuadriga. Primera edición. Bs. As. Argentina. Mayo 1995.
- 3) **ANDIEL C. Y LIU L.** The American Journal of Occupational Therapy. Working Memory and older adults : Implications for Occupational Therapy. Volumen 49 N° 7. Julio-Agosto 1995.
- 4) **BOGLIO M., BOTALLA M. Y CASTRO L.** Actividades de la vida diaria en pacientes con A.R. Tesis de grado. Mar del Plata 1996
- 5) **BROWN C., MORE W., HERMMAN D. Y YUNEK A.** The American Journal of Occupational Therapy. Influence of instrumental of daily living : Assesment Method on Judgmennts of independence. Volumen 50 N°3. Marzo 1996.
- 6) **CALMAN K.** Journal of Medical Ethics. La calidad de vida en pacientes con cáncer : Una hipótesis. 1994.
- 7) **CAPE R.** Geriatría. Editorial Salvat. Barcelona-Madrid. 1982.
- 8) **CHINTIS, STONE, SALESBURY.** Clinical Gerontological Nursing. A guide to advanced practice. Editorial WB Saunders Company. 1991.
- 9) **CIUI HC, VISTOROFF JL, MARGOLIN D, JAGUST W, SHANKLE R, KATZMAN R.** Criteria for the diagnosis of ischemic vascular dementia proposed by the State of California Alzheimer Disease Diagnostic and Treatment Centers (ADDTC). Neurology 1992. Vol. 42. Pág. 473-480.
- 10) **CONSORTIUM ARGENTINO PARA EL ESTUDIO DE LAS DEMENCIAS.** Conclusiones subcomisión demencias subcorticales. Sesión del 16 de mayo de 1994.
- 11) **DALMA F.** La memoria desde la Neuropsicología. Editorial Roca Viva. Montevideo. Uruguay. Octubre 1993.

- 12) **FAIDUTTI S., ROSEMBERG I.** Evaluación de discapacidad en personas mayores de 65 años. Tesis de grado. Mar del Plata. Argentina. 1993.
- 13) **GIBAJA R.** Acerca del detalle metodológico en la investigación educacional. La Educación. Revista Interamericana de Desarrollo Educativo. Año 32 N° 103. 1988.
- 14) **GRIEVE J.** Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales. Evaluación de la percepción y la cognición. Editorial Médica Panamericana. Bs. As. Argentina. 1994.
- 15) **HAM R. Y DE SLOANE F.** Atención primaria en geriatría. Casos clínicos. Editorial Mosby - Deoyma Libros S.A. División Iberoamericana. Segunda edición 1995.
- 16) **IZQUIERDO I.** ¿ Qué es la memoria ?. Fondo de cultura Económica. 1992.
- 17) **LAGUARDE L. Y ARCHILLA M.** Importancia del tratamiento de T.O. en pacientes con síndrome de demencia para el mantenimiento de su independencia y calidad de vida. Tesis de grado. Mar del Plata. Argentina. 1994.
- 18) **LAURENT B. Y DIRKY E.** La mémoire et la vieillissement. Editorail Recherche. Volumen 25. Julio-Agosto 1994.
- 19) **LURIA A.** Las funciones corticales superiores del hombre. Editorial Distribuciones Fontamara S.A. Primera edición. Colonia del Carmen, México. 1986.
- 20) **MALTINSKY K., ROBERTI F.** Rehabilitación, recuperación funcional del lisiado. Editorial Científico - Técnicas Americanas. Bs. As. Argentina. Cuarta edición. 1993.
- 21) **MARCOS T.** Neuropsicología Clínica, más allá de la psicometría. Editorial Mosby - Doyma Libros. 1994.
- 22) **MIRANDA C. Y OTROS.** La ocupación en la vejez. Una visión gerontológica desde T.O. Imprenta Relieve. Primera edición. Mar del Plata. Argentina. Septiembre 1996.

- 23) **NELSON D. Y LENHART D.** The American Journal of Occupational Therapy.
Resumption of out patient Occupational Therapy for a young woman five years
after traumatic brain injury. Volumen 50, N° 3. Marzo 1996.
- 24) **NICHOLS P.** Rehabilitación en medicina. Tratamiento de Incapacidad Física.
Editorial Salvat S.A. Barcelona. España. 1984.
- 25) **OPS.** Hacia el bienestar de los ancianos. USA. Publicación Científica N° 492.
1985
- 26) **PAGANIZZI L.** Terapia Ocupacional Actualizaciones en Teoría y Clínica. Colto
III. Formas de pensar la Terapia Ocupacional. 1995.
- 27) **PARADISO J.** Fisiología de la memoria. Procesos y sistemas. Fundación
Ameghino. Río Negro. Argentina. Volumen 7. Julio 1981.
- 28) **PASSAMONTE D. Y FUSTINONI O.** La tercera edad. Editorial La Prensa
Médica. Bs. As. Argentina. 1980.
- 29) **POLIT D. Y HUNGLER B.** Investigaciones Científicas en Ciencias de la Salud.
Editorial Interamericana - Mc Graw Hill. Cuarta edición. Bs. As. Argentina. 1994.
- 30) **REED K. Y SANDERSON S.** Concepts of Occupational Therapy. Editorial
Williams y Wilkins. USA. 1992.
- 31) **REISBERG B.** Journal Physiquiatry. Escala de deterioro para la declinación
cognitiva, para la evaluación de demencia degenerativa primaria. Volumen 139.
Septiembre 1982.
- 32) **RODOMSKI M.** The American Journal of Occupational Therapy. Cognitive
Rehabilitation : Advancing the stature of Occupational Therapy. Volumen 48 N° 3.
Marzo 1994.
- 33) **SABU'SKY J.** Metodología de la Investigación. Editorial Kapyfac Srl. Pabellón
Pérez. Ciudad Universitaria. 1993.
- 34) **SCHAROSKY D., FAIDUTTI S., ROUMEC B., GARRALDA S. SOLIS P. Y**
VEGA A. Ampliando Horizontes. Rehabilitación cognitiva: Intervención

- interdisciplinaria en pacientes con diagnóstico presuntivo de demencia. Santa Fe. Argentina. Tomo I. Septiembre 1995.
- 35) **SINE R., LISS S., ROUSH R Y HOLCOMB D.** Técnicas básicas de Rehabilitación. Guía de Autoaprendizaje. Editorial Científico Médica. Barcelona España. 1979.
- 36) **STREJILEVICH M.** Asistencia Psiquiátrica. Comunidad Terapéutica. Demencias. Artículos Conexos. 1995.
- 37) **SUTTHICHAI J., PIROM K. Y SHAH E.** Age and Ageing. The Meaning of activities od daily living in a thai Elderly Population : Development of a New Index. Volumen 23. 1994.
- 38) **TRILLET M., LAURENT B. Y FISCHER C.** La mémoire et ses troubles. Enciclopédic Médico Chirurgicale. Paris. Francia. Volumen 6. 1982.
- 39) **TROMBLY C.** Occupational Therapy for Physical Dysfunction. 1995.
- 40) **VALDES MIYER M., UDINA A., RONQUILLO J. Y DE FLORES T.** DSM III. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Editorial Masson S.A. 1983.
- 41) **WADE D.** Measurement in Neurological Rehabilitation. Oxford University Press. Walten, Street, Oxford. 1992.
- 42) **WILSON B.** Assesment for Rehabilitation Rivermead Behavioural Memory Test.
- 43) **WILSON B.** Ecological vality of neuropsychological indexes predict performance in everyday activities.
- 44) **WILSON B.** Management and Remediation of memory problems in brain injured adults.
- 45) **WILSON B.** MRC Aplicad Psychology Unit Cambridge Memory and Executive Functioning. Theory Assessment and Treatment.
- 46) **WILSON B.** Rehabilitation of Memory. Edition Guid Ford Press. New York. 1987.

TESIS

Nombre: NIVELES DE ALTERACION
DE LA MEMORIA EVALUADOS
POR EL RBMT.

Autores:

RAMOS, ROBERTA.

ALBANI, MARIA LUJAN.

Integrantes del Jurado:

DR. GUILLERMO ROSSI

LIC. ALEJANDRA CAMPISI

LIC. ALICIA MONCHETTI

Fecha de defensa: 19/11/97.

Calificación: 9 (NUEVE)