

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

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

2005

Quejas mnésicas en la vida cotidiana : un enfoque desde terapia ocupacional

Ocantos, Julieta

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/868>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



Universidad Nacional de Mar del Plata.

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

Licenciatura en Terapia Ocupacional.

Tesis de Grado.

“Quejas Mnésicas en la Vida cotidiana. Un enfoque desde Terapia Ocupacional”.

Mar del Plata, 21 de diciembre de 2005.

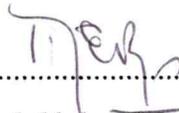
- **Ocantos, Julieta.**
- **Zambón, Ma. Agustina.**

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
2818	TO
Vot	Ejemplar
Universidad N	de Mar del P



.....
Directora. Bettina Roumec.

Terapista Ocupacional.



.....
Asesora Metodológica. María Elba Penzín.

Licenciada en Sociología.



.....
Julieta Ocantos.

D.N.I. 28297873.



.....
María Agustina Zambón.

D.N.I. 28219712.

Agradecimientos.

Varias personas e instituciones merecen un agradecimiento especial por haber contribuido a la elaboración de este proyecto.

En primer lugar, agradecemos al Servicio de Medicina Preventiva (SATE), por permitirnos llevar a cabo este trabajo de investigación.

A la Terapista Ocupacional Bettina Roumec, directora de esta tesis, por todo su apoyo; su disponibilidad en todo momento y sus orientaciones, que han ido más allá de un puro trabajo académico.

A María Elba Penzín, por todo su apoyo y ánimos constantes, así como por toda la confianza que ha depositado en nosotras.

A Gustavo Nuñez, asesor estadístico de esta tesis, quien ha sido un buen amigo a lo largo de todo el proceso: motivador, entusiasta e infinitamente paciente.

A nuestros familiares, siempre presentes en el transcurso de elaboración de este trabajo, que nos han ayudado a no desanimarnos en aquellos momentos difíciles y a seguir adelante.

A las personas que concurrieron al Taller de Memoria, por su gran colaboración y por todo lo que nos enseñaron. Y a todos los que, de una forma u otra, estuvieron con nosotras a lo largo de estos años. A todos, Muchas Gracias!!!!.

Julieta y Agustina.

 Índice.

Introducción.....	pág. 5.
- Problema. Objetivo General. Objetivos Específicos.....	pág. 8.
Marco Teórico.	
◆ Capítulo I. Estado Actual de la Cuestión.....	pág. 9.
- Bibliografía.....	pág. 23.
◆ Capítulo II. Envejecimiento y declinación cognoscitiva.....	pág. 25.
◆ Capítulo III. Neuropsicología Cognitiva.....	pág. 32.
◆ Capítulo IV. Cambios en el funcionamiento cognoscitivo asociados al envejecimiento.....	pág. 35.
- Teorías acerca del envejecimiento cognoscitivo.....	pág. 36.
- Memoria y envejecimiento.....	pág. 43.
- Atención.....	pág. 50.
- Funciones visoespaciales, visoperceptivas y visoconstructivas.....	pág. 52.
- Funciones ejecutivas.....	pág. 53.
- Lenguaje.....	pág. 56.
◆ Capítulo V. La Metamemoria.....	pág. 62.
- Metamemoria y envejecimiento.....	pág. 65.
◆ Capítulo VI. Memoria Cotidiana.....	pág. 68.
- Memoria Cotidiana y envejecimiento.....	pág. 70.
◆ Capítulo VII. El Olvido.....	pág. 72.
◆ Capítulo VIII. Evaluación Clínica de las Quejas de Memoria en la Vida Cotidiana. Cuestionario de Olvidos Cotidianos (COC).....	pág. 76.
◆ Capítulo IX. Marco Institucional. Servicio de Medicina Preventiva (SATE).....	pág. 79.

◆ Capítulo X. El taller: de un rol pasivo a un rol protagonista en el proceso de construcción de la salud.....	pág. 83.
- Objetivos generales de los talleres.....	pág. 84.
- Rol del coordinador del taller.....	pág. 84.
- El Grupo.....	pág. 85.
◆ Capítulo XI. Plasticidad cerebral: un factor esencial en la estimulación cognoscitiva.....	pág. 88.
◆ Capítulo XII. Taller de Memoria. Un enfoque desde Terapia Ocupacional.....	pág. 90.

Aspectos Metodológicos.

- Problema.....	pág. 96.
- Objetivo General.....	pág. 96.
- Objetivos Específicos.....	pág. 96.
- Diseño Metodológico.....	pág. 97.
- Métodos de Recolección de datos.....	pág. 98.
- Definición de la variable: Quejas Mnésicas en la Vida Cotidiana.....	pág. 102.
- Dimensionamiento de la variable.....	pág. 105.

Presentación de Resultados.....	pág. 109.
--	------------------

Interpretación de resultados.....	pág. 134.
--	------------------

Conclusión.....	pág. 139.
------------------------	------------------

Bibliografía General.....	pág. 142.
----------------------------------	------------------

Anexo.....	pág. 147.
-------------------	------------------

- Taller de Memoria.....	pág. 148.
- Cuestionario de Olvidos Cotidianos (COC).....	pág. 160.
- Autorregistro de Olvidos Diarios (AOD).....	pág. 161.

INTRODUCCION.

Introducción.

“La población mundial está envejeciendo a un ritmo progresivo sin precedentes en la historia de la humanidad. En los últimos años ha presentado una tendencia sostenida a modificar su composición demográfica, pasando de un estado de altas tasas de natalidad y mortalidad a otro caracterizado por una marcada disminución de las mismas...”¹

El aumento de la longevidad y la disminución de nacimientos da como resultado un aumento de la proporción de individuos mayores en la composición de la población. Esto se denomina *envejecimiento poblacional*. Esta prolongación de la vida ha hecho que patologías y problemáticas que en épocas anteriores tuvieron una baja prevalencia ocupen en la actualidad un lugar de primacía. Entre estas, los *problemas cognoscitivos* se encuentran en un lugar preponderante.

Diferentes investigaciones sostienen que los sujetos pueden ser categorizados dentro de un amplio espectro cognoscitivo desde el envejecimiento “normal” hasta la demencia, pasando por diferentes entidades clínicas tales como deterioro de la memoria asociada a la edad (AAMI), declinación cognoscitiva asociada a la edad (AACD), deterioro cognoscitivo leve (MCI), entre otras, de posible diferenciación y a la vez superposición entre ellas.

“La aproximación diagnóstica a esta difícil problemática ha sido controversial, debido en parte a un dilema conceptual sobre qué constituye la cognición normal en el geronte versus qué es una cognición que está afectada, y por otra parte debido a la incertidumbre acerca de cuáles son los métodos más sensibles a los síntomas incipientes de demencia”.² Los límites entre el envejecer sano y el patológico no son demasiado claros y resulta difícil determinar dónde comienza uno y acaba el otro.

Son muy valiosos los aportes que las neurociencias brindan al conocimiento de la cognición y el cerebro. En el diagnóstico de toda persona que presenta **quejas subjetivas de memoria**, la Neuropsicología contribuye a dilucidar si las mismas forman parte de un

¹ Mangone, C.A. y cols.: *Demencia. Enfoque Multidisciplinario*. Ed. Sagitario. 1ª edición. Buenos Aires, Argentina. 1997.

² De Pascale, A.: *Predictores neuropsicológicos del deterioro cognitivo mínimo en ancianos*. II Congreso internacional de neuropsicología en internet.

<http://www.serviciode.com/congreso/congress/pass/conferences/DePascale-Predic.html>

síndrome demencial ya instaurado, de un estadio presintomático demencial o si se encuentran dentro de lo esperable para su edad, sexo y nivel educativo.

Actualmente los sujetos reciben mayor cantidad de información acerca de la enfermedad de Alzheimer y de la demencia en general, debido a un aumento de las campañas de prevención y a una mayor difusión del tema. Esto hace que cada vez más gente consulte en forma espontánea por quejas de pérdida de memoria. Si bien las quejas son casi siempre el síntoma incipiente de un deterioro cognoscitivo se debe tener en cuenta que otros cuadros pueden presentar quejas de memoria, por ejemplo: depresión, ansiedad, trastornos de atención, problemas de aprendizaje, enfermedad física, entre otros.

Desde hace unos años se profundiza el estudio de las funciones intelectuales superiores en las personas que presentan quejas subjetivas de memoria. Las quejas de fallas mnésicas suelen formar parte de diferentes motivos de consulta (sino constituyen por sí mismas el motivo de consulta propiamente dicho) entre los adultos mayores, y aumentan con la edad. Estos problemas de memoria dificultan el adecuado desempeño en la vida cotidiana y generan en el sujeto sentimientos de desconfianza respecto de sus capacidades provocando desvalorización, frustración, angustia y temor.

Cabe destacar, que las experiencias subjetivas de pérdida de memoria no siempre concuerdan con el rendimiento real. La existencia de estereotipos o prejuicios hacia los adultos mayores, ejercen una fuerte influencia en la percepción que estos tienen acerca de sí mismos, en su percepción de autoeficacia, de manera tal que integran estas creencias y tienden a cumplirlas.

En general, se ha estudiado a la memoria en condiciones de control riguroso que solo son posibles en el ámbito del laboratorio. Desde Terapia Ocupacional se sugiere realizar una evaluación funcional de la memoria, ésta debería contemplar el entorno actual del individuo y su estilo de vida teniendo en cuenta los requerimientos de los procesos de memoria que hacen las situaciones más comunes de la vida cotidiana (hacer una llamada telefónica, acordarse de acudir a una cita.) a los fines de detectar la calidad de resolución y su impacto en el contexto natural del sujeto.

Debido a que en nuestro país son escasas las investigaciones en relación con abordajes de estimulación cognoscitiva en adultos mayores que presentan quejas de

memoria, y que aún se desconocen los aportes que la Terapia Ocupacional puede realizar en este ámbito, es que surge el siguiente problema de investigación:

¿En qué medida un taller de memoria modifica las quejas mnésicas en la vida cotidiana, en adultos mayores de 65 años?.

El taller de memoria pretende intervenir en los siguientes niveles:

Cognoscitivo: Se estimula la memoria, así como también el resto de las funciones cognoscitivas.

Conductual: Teniendo en cuenta que las personas que presentan quejas de memoria pueden experimentar cambios en el comportamiento y en la personalidad, el taller intenta contribuir al ajuste emocional de los sujetos, funcionando como grupo de apoyo, promoviendo la interacción social entre los participantes del grupo.

Funcional: Se pretende que el individuo pueda realizar las actividades de la vida diaria en forma independiente, dentro de su medio y **se encuentre satisfecho con su desempeño.**

Así pues, a partir de la estimulación de las capacidades mnésicas, de la enseñanza de estrategias de memoria aplicables en la vida diaria, el taller de memoria brinda la posibilidad de mejorar la **calidad de vida** de los adultos mayores que concurren al mismo.

Para el adecuado abordaje del sujeto que presenta quejas subjetivas de pérdida de memoria, se considera importante realizar los talleres de memoria dentro de un espacio de diálogo, que permita expresar los sentimientos, las necesidades, abordar los conflictos, hacerlos públicos, discutirlos y consensuar su solución, promoviendo un clima de participación abierta de todos los actores intervinientes.

Se espera que la presente investigación brinde un aporte a la disciplina, dando cuenta de los beneficios de los talleres de memoria, y de la importancia del rol del T.O. dentro de los equipos interdisciplinarios que abordan esta temática.

Problema.

¿En qué medida un taller de memoria modifica las **quejas mnésicas en la vida cotidiana** en adultos mayores de 65 años, que concurren al Servicio de Medicina Preventiva SATE de la ciudad de Mar del Plata durante los meses agosto-noviembre de 2005?

Objetivo General.

Estudiar los cambios que se producen en las quejas mnésicas en la vida cotidiana luego de la implementación de un taller de memoria.

Objetivos Específicos.

- Valorar las quejas mnésicas en la vida cotidiana antes de la implementación de un taller de memoria.
- Valorar las quejas mnésicas en la vida cotidiana después de la implementación de un taller de memoria.
- Determinar las quejas mnésicas en la vida cotidiana que presentan con mayor frecuencia los individuos de la muestra estudiada.
- Comparar las quejas mnésicas en la vida cotidiana valoradas antes y después de la implementación de un taller de memoria y determinar las modificaciones existentes.
- Identificar si existe correlación entre las quejas subjetivas de memoria y la medición objetiva de la memoria.

MARCO TEORICO.

Capítulo 1.

Estado Actual de la Cuestión.

En el año 1991, fue publicado en la revista *Geriatrics* un artículo de Yesavage, J.A.: “Técnicas no farmacológicas para contrarrestar las pérdidas de memoria en el anciano normal”. En este trabajo se revisan varios estudios que han intentado desarrollar técnicas no farmacológicas (técnicas para mejorar la atención y reducir la ansiedad, organizacionales, nemónicas, entre otras.) para afrontar los decrementos experimentados por los ancianos en las funciones cognoscitivas. A pesar de que los efectos a largo plazo de estas técnicas todavía no se conocen demasiado bien, han demostrado mejorar ciertos procesos cognoscitivos, entre ellos la memoria, llegando en algunos casos a compensar totalmente las pérdidas debidas al proceso de envejecimiento. Algunos de los trabajos más recientes sugieren además que el efecto beneficioso de estas técnicas se mantiene durante varios meses.

En Madrid, desde el año 1994, Miguel Angel Maroto Serrano, se encuentra llevando a cabo talleres de memoria con personas mayores de 60 años sin síntomas claros de deterioro cognoscitivo. La finalidad de estos talleres es estimular y mantener los procesos mnésicos-cognoscitivos en personas mayores. A su vez, propician tanto el trabajo individual como el trabajo en grupo, de esta manera previenen el aislamiento y la depresión. Otro objetivo que se persigue con este programa es proporcionar seguridad y aumentar la confianza de la persona mayor en sus ejecuciones cognoscitivas, contribuyendo a mejorar su autoestima. El programa está estructurado en 12 sesiones de aproximadamente una hora y media cada una. La frecuencia y duración de las sesiones puede variar en función de las características del grupo. El taller se lleva a cabo en grupos de 15 personas. Se trabajan fundamentalmente dos áreas: 1- Entrenamiento en técnicas de memoria para mejorar la codificación, almacenamiento y recuperación de la información; 2- Ejercicios de estimulación y mantenimiento cognoscitivo. En algunas ocasiones se administra un cuestionario de quejas de memoria antes y después del programa. Este cuestionario fue aplicado dentro del programa “Taller de memoria para personas mayores”, que se desarrolló en el municipio de Coslada (Madrid) entre los meses de febrero y mayo de 1998.

Participaron en el mismo un total de 35 personas mayores de 65 años, divididas en dos grupos de 20 y 15 personas respectivamente. En los resultados se observaron diferencias entre el pretest y postest a favor del programa. Luego de la implementación del taller, la media (M) fue de 2,09 olvidos menos.

En el año 1996, Benedet María Jesús y Seisdedos Nicolás publicaron un estudio titulado: “ Evaluación clínica de las quejas de memoria en la vida cotidiana”. El objetivo general de esta investigación fue analizar cómo utilizan su memoria en las situaciones de la vida cotidiana los adultos de diferentes grupos de edad, sexo y nivel socioeducativo. Un segundo objetivo, resultado del primero, fue establecer un grupo normativo con el que se pueda comparar el funcionamiento de la memoria en la vida cotidiana de un individuo de edad, sexo y nivel educativo determinados que acude a la consulta de un especialista con quejas de memoria. La predicción de los autores fue que obtendrían resultados diferentes en el grupo normativo en función de la edad, el estatus socioeducativo y el sexo.

La muestra del estudio estuvo compuesta por 428 sujetos (y sus correspondientes 428 controles) de ambos sexos, de 18 años de edad en adelante, distribuidos en siete grupos y de tres niveles educativos.

La recolección de los datos se realizó mediante el *Cuestionario de olvidos cotidianos (COC)*. Dicho cuestionario se aplicó individualmente a cada sujeto y a su respectivo control. Los resultados pusieron de manifiesto, entre otras cosas, que en una población de sujetos sin antecedentes neurológicos ni psiquiátricos: a. no hay diferencias significativas entre las respuestas del sujeto y las del control; b. cuando se controlan las variables edad, sexo, nivel educativo y nivel profesional, sólo la edad arroja diferencias significativas; c. que las diferencias significativas debidas a la edad comienzan a partir de los 65 años.

Este cuestionario permite establecer si las quejas de memoria del paciente son o no reales, es decir, si el paciente tiene o no menos memoria que la media de los individuos de su misma edad.

Los autores concluyeron que el objetivo del COC consiste en cubrir la primera etapa de la evaluación de las quejas de memoria. Una vez que los datos obtenidos mediante el COC y las entrevistas ponen de manifiesto la existencia de un problema de memoria real, el paso

siguiente es la evaluación detenida de ese trastorno de memoria mediante las técnicas especializadas de que dispone hoy el neuropsicólogo. Dicha evaluación contribuye al diagnóstico de la etiología del trastorno y permite establecer un programa de rehabilitación individualizado y realista.

En el año 1996, Dellefield, K. y McDougall, G. publicaron un artículo titulado: “Incrementando la metamemoria en los adultos mayores”. El propósito del estudio fue evaluar los efectos de una intervención destinada a incrementar la metamemoria y el desempeño en memoria, así como también evaluar la influencia de la depresión en la metamemoria. La muestra estaba compuesta por 145 adultos mayores; de los cuales 74 conformaron el grupo de intervención y 71 sujetos el grupo control (M:71 años). La intervención se llevó a cabo durante 4 sesiones de una hora y media, en el transcurso de dos semanas. Los sujetos completaron un cuestionario demográfico y una clasificación global de salud. La metamemoria fue evaluada por cuatro de las subescalas del Cuestionario de Metamemoria en la Adulthood (MIA, Metamemory in Adulthood Questionnaire.); el desempeño en memoria por medio de un “test de desempeño en memoria” y la depresión a través de la versión resumida de la escala de depresión geriátrica (GDS). Se realizó un pre-test, un post-test y una evaluación final (dos semanas después de la última sesión) a ambos grupos.

La intervención mejoró significativamente la metamemoria y el desempeño en memoria en el grupo que recibió tratamiento. El grupo control experimentó una declinación en la metamemoria a lo largo del tiempo.

Los individuos con depresión obtuvieron valores menores en la metamemoria en relación con aquellos que no presentaban depresión, sin embargo, no se hallaron diferencias en el desempeño en memoria. Desde el post-test y el período siguiente los individuos con depresión que recibieron intervención mostraron una declinación en la metamemoria, mientras que los individuos sin depresión no evidenciaron ningún cambio.

En 1997, fue publicado en la revista *Psychology and Aging* un estudio de Floyd, M. y Scogin, F.: “Los efectos del entrenamiento de la memoria en el funcionamiento de la memoria subjetiva y la salud mental de los adultos mayores: Un Meta-análisis”.

El presente meta-análisis³ fue realizado para examinar los efectos de los programas de entrenamiento de memoria en las medidas subjetivas de la función de memoria. Un total de 25 artículos de investigación con 27 estudios que reunían los criterios de inclusión fueron identificados en la búsqueda y usados en este estudio, como por ejemplo los artículos utilizados en el estudio de Verhaeghen y cols. La muestra total en estos estudios fue de 1.150 participantes con una edad promedio de 70,6 años.

Los resultados indicaron que el entrenamiento mejoró el funcionamiento de la memoria subjetiva, pero la magnitud del progreso fue menor que la obtenida en las medidas de memoria objetiva en el meta-análisis de P. Verhaeghen, A. Marcoen y L. Groossens (1992). La diferencia entre las medidas subjetivas y objetivas fue significativa lo cual indica, según este trabajo, que las medidas objetivas responden mejor a los programas de entrenamiento de memoria que las subjetivas.

La mejoría en el funcionamiento de la memoria subjetiva se vio incrementada por la inclusión de un pre-entrenamiento en habilidades tales como el uso de la imaginación e intervenciones para mejorar la actitud de los participantes hacia los efectos del envejecimiento en el funcionamiento de la memoria.

En el año 1997, en Argentina, en la revista Medicina Dentone, M.J e Insúa, A.M. publicaron un artículo titulado “Quejas sobre la memoria y déficits mnémicos en ancianos sanos y deprimidos”. Este estudio se propuso determinar si las quejas sobre la pérdida de memoria se relacionaban con vivencias depresivas y comparar, mediante pruebas objetivas de memoria y aprendizaje, el rendimiento de ancianos sanos y depresivos. La muestra estuvo integrada por un grupo experimental de 25 pacientes con trastornos depresivos y por un grupo control de 24 personas sin diagnóstico de depresión. Fueron incluidos aquellos que en una consulta psiquiátrica de control expresaron espontáneamente que tenían dificultades con la memoria. A cada uno de los integrantes de la muestra se les administró en forma individual el Cuestionario de Quejas sobre la Memoria (CQSM); el

³ El término *meta-análisis* (MA) fue introducido por Glass en el año 1976. Se define como el proceso de combinar los resultados de diversos estudios relacionados con el propósito de llegar a una conclusión. El MA es en su esencia una revisión bibliográfica, pero a diferencia del método clásico que ésta utiliza, consistente en comentar, analizar y comparar descriptivamente ensayos clínicos individuales, el MA relaciona sistemáticamente y cuantifica gran diversidad de resultados y ofrece conclusiones cuantitativas y cualitativas sobre el aspecto estudiado.

Inventario de Beck sobre Depresión (BDI) y cinco variables del Test California sobre Aprendizaje Verbal (CVLT).

Los resultados de este trabajo mostraron que los pacientes deprimidos no tenían déficits de memoria, comparándolos con un grupo control sano. Se observó una asociación entre depresión y quejas sobre la memoria. Los pacientes tenían un puntaje significativamente más alto en quejas y en síntomas depresivos, con respecto al grupo control. Los dos grupos no se diferenciaron en las medidas objetivas de memoria y aprendizaje.

La administración de pruebas objetivas para evaluar la memoria, junto con un cuestionario acerca de las vivencias subjetivas de pérdida de la misma puede ayudar en el diagnóstico diferencial entre depresión y alteración cerebral orgánica.

En el año 1997 en la ciudad de Mar del Plata, Albani, M.L. y Ramos, R.M. realizaron su tesis de grado de Licenciatura en Terapia Ocupacional titulada: “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.). El problema de esta investigación fue: “¿Cómo se relacionan los niveles de alteración de la memoria, con el grado de desempeño en las AVD y en las AIVD en pacientes mayores de 65 años, incluidos en los estadios 1 a 6 de la Escala G.D.S. que concurren a T.O., Servicio Atención a la Tercera Edad (S.A.T.E.), Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, en el período junio – agosto 1997?”.

La muestra estuvo conformada por 30 pacientes mayores de 65 años, incluidos en los estadios 1 a 6 de la escala G.D.S. La memoria fue evaluada con el Test RBMT. Las AVD e AIVD mediante el Índice Barthel y la Escala Lawton respectivamente.

De acuerdo a los resultados arrojados en las evaluaciones las autoras concluyen que los niveles de alteración de la memoria se relacionan en forma directamente proporcional con el grado de desempeño en las AVD e AIVD.

En el año 1998, en la revista española de Geriatria y Gerontología, Montenegro, M. y cols., publicaron un estudio sobre quejas de memoria en los mayores y los cambios producidos por un entrenamiento de memoria. Los objetivos

fueron entre otros, analizar las quejas de memoria más frecuentes en los mayores de 65 años; estudiar la correlación entre las quejas y el rendimiento real; comprobar qué otras variables influyen y estudiar los cambios en las quejas de memoria después de un entrenamiento de memoria. La muestra del estudio estuvo conformada por 1.699 personas que realizaron el Programa de Entrenamiento de Memoria en el Ayuntamiento de Madrid. Estos sujetos fueron evaluados antes y después del entrenamiento y a los 6 meses del mismo. Se utilizaron pruebas objetivas de memoria Test Conductual de Memoria Rivermead (RBMT), Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Diaria (MFE), y otras tales como Mini Examen Cognoscitivo (MEC), GDS, Perfil de Salud.

Entre los resultados más importantes fueron destacados los siguientes: las quejas más frecuentes fueron “tener una palabra en la punta de la lengua”, “perder cosas por la casa”, entre otras. A los 6 meses de haber realizado el entrenamiento se produjo una disminución significativa en las quejas de memoria. El nivel de quejas previo al entrenamiento no se correlacionó con la mejoría objetiva de memoria, como así tampoco con el estado de ánimo.

En el año 1999, en el libro de J. Peña - Casanova: Intervención Cognitiva en la enfermedad de Alzheimer, se mencionan dos métodos de entrenamiento de la memoria; uno de ellos, publicado en 1988 (L. Israël) está dirigido a personas con olvidos benignos que se quejan de trastornos de memoria. Su objetivo es mantener el funcionamiento de los procesos mentales y preservar así la autonomía psicológica de las personas de edad. El método incluye una serie de técnicas de memorización y de ejercicios de aprendizaje, intentando combinar una acción pedagógica, una acción psicoterapéutica y una acción socioterapéutica. Las experiencias realizadas mostraron mejorías en las estrategias de recuerdo (acción pedagógica) y efectos positivos psicoterapéuticos y socioterapéuticos, mediante los cuales los sujetos efectúan una resocialización.

El otro método “Programa de Activación Cerebral (PAC)” fue creado en Francia en el año 1987. Su objetivo era doble: identificar las quejas por trastornos de memoria y comprobar el efecto de un programa de estimulación intelectual. El programa consta de 15 sesiones colectivas en las que participaron una decena de personas. La duración de las mismas era de

dos horas. Los ejercicios incluían factores de atención, perceptivos, mnésicos, verbales e intelectuales, así como factores psicoafectivos y motivacionales.

La bibliografía no menciona resultados acerca de este último programa.

En el año 2000 en la ciudad de Mar del Plata, Bereilh, G. y Del Biaggio, M.C. realizaron su tesis de grado de Licenciatura en Terapia Ocupacional: “Estimulación Mnésico-Cognoscitiva y Performance Ocupacional en Adultos Mayores”. El objetivo general de esta investigación fue identificar si existe relación entre el tratamiento de estimulación mnésica-cognoscitiva llevado a cabo por el Servicio de Terapia Ocupacional y el mantenimiento de la Performance Ocupacional (PO) en A.V.D. y A.I.V.D. en los pacientes con G.D.S. II y III (sin demencia), que concurren al grupo de estimulación de memoria en el Servicio de Medicina Preventiva. La muestra estuvo compuesta por un grupo experimental y un grupo control de 15 pacientes cada uno.

Los resultados evidenciaron que existen diferencias cuantitativas en el desempeño de la PO y desempeño cognoscitivo entre las instancias de pre-tratamiento y post-tratamiento en el caso del grupo experimental y, dichos resultados comparados con los obtenidos del análisis del grupo control, muestran que el grupo experimental mantuvo o mejoró su desempeño en relación a este último. Las autoras concluyeron que la estimulación mnésica-cognoscitiva influye en el mantenimiento y /o mejoría del desempeño de las AVD y AIVD.

En el año 2001, la Dra. Ma. Luisa Delgado Losada publicó en la Revista de Neurología un Programa de Entrenamiento en Estrategias para Mejorar la Memoria. Este programa surge debido al gran número de quejas que las personas mayores de 60 años manifiestan sobre su pérdida de memoria. El objetivo general consiste en realizar un programa de entrenamiento en estrategias de memoria que prevenga y/o mejore los déficits de memoria en personas mayores. Algunos de los objetivos específicos son: informar sobre qué es y cómo funciona la memoria, conocer el funcionamiento de la metamemoria; aprender a utilizar técnicas y estrategias de memoria que permitan compensar los déficits de memoria que aparecen en la vida diaria; estimular los procesos cognoscitivos básicos; disminuir la puntuación obtenida en el cuestionario de quejas, así como en la escala de ansiedad.

En la realización del programa participan todas aquellas personas mayores de 60 años pertenecientes a los Centros de Mayores del Distrito de Chamartín, Madrid que expresan tener fallas de memoria. Antes del entrenamiento, se realiza una evaluación neuropsicológica, para tal fin se utilizan el test de Rivermead, el miniexamen cognitivo, el test de Aprendizaje verbal de California, el test de Stroop y el test de Goldberg de ansiedad y depresión, entre otros. Luego, se desarrollan las nueve sesiones que conforman el programa de entrenamiento. Cada sesión dura una hora y media, con una frecuencia de dos a la semana. El entrenamiento se realiza en grupos de 12 personas, combinando la dinámica grupal y los ejercicios individuales. Al finalizar las nueve sesiones, se aplica una nueva evaluación. A su vez, se llevan a cabo dos sesiones de seguimiento: la primera al mes de finalizado el entrenamiento, y la segunda a los dos meses de la primera. En las mismas se recuerdan los conceptos básicos del funcionamiento de la memoria y se realizan ejercicios de atención, percepción, por citar algunos. A los seis meses de la realización del programa se administra una evaluación final.

Luego del entrenamiento se observa una mejoría en la memoria que se mantiene a los seis meses y un descenso en las puntuaciones tanto de ansiedad como de depresión.

En el año 2002, en Buenos Aires, la Terapeuta Ocupacional Risiga Magalí realizó una investigación titulada: “Variaciones en las quejas mnésicas de adultos mayores con olvidos benignos que realizan talleres de memoria, medidas por el Cuestionario de Quejas Mnésicas de Marja Vink”. El objetivo general de la investigación fue conocer si las técnicas implementadas en los talleres de memoria para adultos mayores con olvidos benignos, producen variaciones en las quejas mnésicas tanto en sus aspectos objetivos como subjetivos. Otros objetivos planteados fueron identificar qué olvidos cotidianos aparecen con mayor frecuencia en la población asistida; conocer en qué grado las quejas mnésicas inciden en el desempeño de las actividades cotidianas; conocer si los sujetos utilizan las estrategias aprendidas en el taller. La muestra de estudio estuvo compuesta por 20 adultos mayores de 60 años de ambos sexos, con olvidos benignos, derivados a T.O. por médicos geriatras o psicogeriatras. Esta fue dividida en dos grupos por edades, un grupo hasta 76 años y el otro de 77 en adelante, comparándolos en todos los ítems estudiados. Se realizó una evaluación antes del entrenamiento y al finalizar

los seis meses estipulados para el mismo, utilizando para tal fin el Cuestionario de Quejas Mnésicas de M. Vink. Los talleres se realizaron con una frecuencia de una vez por semana durante una hora y media, en grupos de 6 a 10 personas. Los resultados del estudio confirman que las técnicas implementadas en los talleres de memoria permiten una disminución de las quejas mnésicas tanto en sus aspectos objetivos como en los subjetivos. Los olvidos cotidianos que aparecen con mayor frecuencia en la población asistida se relacionan con disminución de la fluidez verbal, pérdida de objetos, dificultades en la planificación y recuerdo de nombres. En estos ítems se observan los mayores cambios entre la primera y segunda medición, lo cual demuestra que las técnicas implementadas en el taller tienen un alto grado de efectividad en los mismos. “El contar con espacios para entrenarse en estrategias que faciliten el recuerdo, y den cauce y contención a los fantasmas que se asocian a la pérdida de memoria, posibilitan el reencuentro con recursos propios. Esto redundará en un mejor desempeño en las actividades cotidianas y en una adecuación exitosa a los proyectos vitales, al recuperar la confianza en sí mismo”.⁴

Cabe destacar que si bien esta investigación ha sido registrada por la autora, aún no ha sido publicada.

Desde el año 2002, en el Servicio de Medicina Preventiva (SATE) de la ciudad de Mar del Plata, la Terapeuta Ocupacional Roumec Bettina, realiza talleres de memoria destinados a adultos mayores que presentan olvidos acordes a la edad. Se decidió llevar a cabo estos talleres debido a la gran cantidad de personas que manifestaban quejas subjetivas de fallas mnésicas. Las personas acuden espontáneamente o son derivadas luego de la evaluación interdisciplinaria para formar parte de los mismos. El objetivo prioritario es mejorar la calidad de vida de las personas que se asisten. Otros objetivos planteados son: estimular las funciones mnésico - cognoscitivas, lograr un fortalecimiento yoico, desarrollar el capital social y conscientizar el déficit/declinación mnésico cognoscitivo, entre otros. Desde el área de Terapia Ocupacional las evaluaciones utilizadas son: el Test conductual de memoria Rivermead (RBMT), la evaluación de las funciones frontotemporales (FAB), el

⁴ Risiga, M.: *Variaciones en las quejas mnésicas de adultos mayores con olvidos benignos que realizan talleres de memoria, medidas por el Cuestionario de Quejas Mnésicas de Marja Vink*. Trabajo Final. Lic. en T.O. Universidad Nacional de San Martín. Junio de 2002. p44.

Test De Renzi, Piezcuro y Vignolo Test de apraxia (DVPT), el Test de Barthel de actividades de la vida diaria y el Test de Lawton de actividades instrumentales de la vida diaria.

Debido a la falta de recursos humanos y económicos no todas las personas pueden ser evaluadas antes de ingresar al taller. Cabe destacar que ninguna de estas personas son evaluadas al finalizar el mismo. El taller se lleva a cabo durante nueve sesiones de una hora y media de duración cada uno, con la posibilidad de extenderse si los sujetos lo solicitan.

Los enfoques y/o modelos teóricos utilizados son la Neuropsicología Cognitiva y la Neuropsicología Clásica. También se hace hincapié en lo que Bárbara Wilson denomina proceso de generalización, es decir, que la persona pueda transferir lo aprendido en la sesión de tratamiento a la vida cotidiana.

Desde el año 2.002, en la ciudad de Mar del Plata, la Lic. en T.O. Del Biaggio, María del Carmen realiza talleres de memoria en una Asociación sin fines de lucro: GAMA (Grupo Apoyo Mal de Alzheimer), destinados a adultos mayores que presentan olvidos y deterioro. Actualmente, concurren al taller cinco personas, que de manera espontánea se acercaron a la asociación para integrar el mismo. Estas personas no fueron evaluadas al ingresar. Si en el transcurso de las sesiones se observan dificultades en el desempeño cognoscitivo de los sujetos, éstos son derivados al Servicio de Medicina Preventiva (SATE), con el fin de evaluar exhaustivamente los procesos mnésicos-cognoscitivos y arribar a un diagnóstico pertinente.

Los objetivos planteados desde T.O. son estimular los procesos mnésicos-cognoscitivos y poder transferir lo aprendido en la situación de tratamiento a las actividades de la vida diaria.

Las personas concurren al taller una vez por semana, siendo las sesiones de una hora de duración. También participan de una hora de actividad física. El taller no tiene un tiempo estipulado de duración, los sujetos continúan asistiendo mientras lo requieran.

La Lic. Del Biaggio, también lleva a cabo talleres de memoria de las mismas características en dos centros periféricos: en el centro de Castilla y León cito en Hipólito Irigoyen 2067, desde el mes de septiembre de 2004 y en el centro ubicado en calle 25 de Mayo 3398 desde hace cuatro años. La profesional refiere que en este último centro al inicio del taller

administró el cuestionario de Quejas Mnésicas de Vinck, M.; el cual no volvió a aplicar. No obstante, considera de importancia volver a administrarlo para poder valorar los posibles cambios en las quejas mnésicas.

Los datos de los talleres de memoria que llevan a cabo las Lic. en T.O. Del Biaggio, M.C. y Roumec, B. fueron recogidos a través de entrevistas personales semiestructuradas con preguntas que apuntaban a indagar acerca de los objetivos de los talleres, características de los pacientes que conforman los grupos, métodos de evaluación implementados, enfoques y/o modelos teóricos utilizados.

En el año 2003, fue publicado en la revista española de Geriátría y Gerontología un estudio de Montejo, P.: “Programa de entrenamiento de memoria para mayores con alteraciones de memoria: resultados y predictores”; basado en los datos tomados del Programa de Memoria para Mayores del Ayuntamiento de Madrid, que se realiza desde 1994 (programa multifactorial que se ofrece a todas las personas mayores de 65 años de la ciudad de Madrid). Los objetivos del presente trabajo fueron estudiar los resultados del entrenamiento en una muestra de sujetos con alteraciones de memoria, y estudiar qué variables funcionan como predictoras de resultados en el rendimiento objetivo de memoria. La muestra estuvo compuesta por 1.083 sujetos que participaron en el programa de entrenamiento de la memoria. Se realizó una evaluación antes del entrenamiento, una evaluación al terminar el entrenamiento y una evaluación final a los 6 meses de la primera. Entre otras pruebas se utilizaron el Mini Examen Cognoscitivo (MEC), la Escala Geriátrica de Depresión (GDS), el Test Conductual de Memoria Rivermead (RBMT) y el Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Diaria (MFE). El entrenamiento de la memoria se llevó a cabo durante 11 sesiones de una hora y media de duración cada una, en grupos de 14-16 personas.

Se concluyó que el método multifactorial de entrenamiento de memoria produjo una mejoría objetiva y subjetiva de la memoria. Sin embargo, la metamemoria y, de modo específico, las quejas de memoria no evidenciaron cambios significativos luego del entrenamiento. El entrenamiento puede hacer que los sujetos sean más conscientes de sus déficits, refuercen sus creencias y empeoren en su valoración subjetiva. La mejoría se

mantuvo a los 6 meses. Con respecto al segundo objetivo planteado, no detallamos los resultados, ya que no consideramos que sean significativos para nuestra investigación.

En el año 2003, en Mar del Plata, en la Revista del Hospital Privado de Comunidad, Scharovsky, D.; Ricchi, L. y Natal, M. publicaron un estudio titulado: “Las quejas por fallas en la memoria. Un síntoma importante”. Este trabajo tuvo como objetivo general determinar el grado de compromiso de los pacientes que consultaron por quejas subjetivas de fallas de memoria al “Consultorio de memoria” del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de Comunidad, de la ciudad de Mar del Plata durante el período 1999 – 2000. En el marco de este estudio surgió la inquietud de explorar las interrelaciones entre una escala de administración sencilla llamada Escala Global de Deterioro (GDS) con otra derivada de la impresión diagnóstica elaborada por el equipo interdisciplinario, que surge de la realización de una serie de pruebas neuropsicológicas y funcionales. Se realizó un relevamiento de 965 pacientes. Las características registradas fueron: edad, sexo, GDS e impresión diagnóstica. Resultados: de acuerdo al GDS el 43,7% de los pacientes presentaban demencia en diferentes estadios, si se incluye el olvido leve (GDS III) (semejante al MCI) este valor se incrementa a 69,2%. En base a la impresión diagnóstica estos porcentajes fueron 54,6% y 83,7% respectivamente. El coeficiente de correlación entre la GDS y la impresión diagnóstica fue de 0,79 lo cual indica un alto grado de concordancia.

En el año 2003, se publicó en la Revista de Psicología de la Universidad de Chile un artículo de Schade, N.; Gutiérrez, B. y cols.: “Comparación entre adultos mayores y adultos: emoción, nivel socio-cultural, percepción de la capacidad de la memoria y ejecución en tareas de memoria”. El objetivo de esta investigación fue comparar las relaciones existentes entre emociones, nivel sociocultural, percepción de la capacidad de memoria y ejecución en tareas de memoria entre adultos mayores y adultos. La muestra la conformaron 257 sujetos (100 adultos mayores y 157 adultos), con edades comprendidas entre los 30 y 87 años.

Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario (no se especifica cuál fue utilizado), una prueba de Percepción de la Capacidad de Memoria (PCM) y una prueba de memoria.

Los resultados de esta investigación señalan que existe una relación negativa entre la edad, la percepción de la capacidad de memoria y el rendimiento en tareas de memoria; es decir, con el aumento de la edad existe un menor rendimiento en tareas de memoria y una percepción más negativa acerca de ésta. Con respecto a los sistemas de memoria se encontró que la edad se asocia negativamente con la percepción de la capacidad y rendimiento en tareas que involucran a la memoria operativa. En relación a los subsistemas de la memoria a largo plazo (MLP) se observó una relación positiva entre la edad y la percepción de la capacidad de la memoria semántica, es decir, los sujetos de mayor edad perciben que tienen suficiente información en la memoria. Pero existe una relación negativa entre la edad y el rendimiento en este tipo de tarea. Otro de los subsistemas de la MLP estudiados fue el de la memoria procedimental, en la cual se encontró que existe una relación positiva entre la edad y la percepción con respecto a ella, pero el rendimiento no se asociaba con la edad. Esto podría deberse a que este tipo de memoria no cambia con la edad. Por último, con respecto a la memoria episódica se encontró que existe una relación negativa pero no significativa entre el rendimiento y la edad.

En el año 2004, en España, desde la Universidad de Murcia, el Dr. en Psicología Conrado Navalón Vila y cols. comenzaron a realizar un Programa de Estimulación Cognoscitiva en personas mayores de 65 años con pérdidas de memoria asociadas a la edad. Este proyecto está dirigido a la población murciana mayor de 65 años que presenta quejas de memoria asociadas a la edad, procedentes de los centros de salud de Beniajan, Casillas y Alcantarilla – casco. El equipo investigador está constituido por dos geriatras, cinco psicólogos/as, tres enfermeras y nueve colaboradoras de la Facultad de Psicología.

El programa pone énfasis en promover la autonomía e independencia de los sujetos, mejorar la calidad de vida y mantener la capacidad funcional.

Algunos de los objetivos planteados son: evaluar y diagnosticar la pérdida de memoria asociada a la edad, diferenciando los déficits reales de los que solamente son quejas de memoria; diferenciar las personas con pérdida de memoria asociada a la edad de aquellas cuyos trastornos de memoria son causados por alteraciones como demencia y depresión.

El proceso de evaluación se realiza en tres fases: cribaje de la población con pérdida de memoria asociada a la edad; evaluación específica de memoria y de factores asociados, y evaluación posterior al entrenamiento.

El programa consta de ocho sesiones, dos por semana, más dos de seguimiento a los tres y seis meses; la duración de las mismas es de una hora y media. Las sesiones se llevan a cabo en grupos de 10-12 personas.

El estudio consta de un grupo experimental al que se le aplica el programa, un grupo placebo al que se le imparten actividades no relacionadas con memoria (como por ejemplo, charlas de salud, entrenamiento físico.) y un grupo control al que no se le aplicaría ningún tratamiento. A todos estos grupos se les realiza un pre-test y un pos-test para su posterior comparación y estudio. En el pre-test se aplican las siguientes pruebas: Mini-examen cognoscitivo, GDS, RBMT, y Cuestionario de satisfacción con la vida LSI. El grupo experimental y placebo, completarán las puntuaciones del pre-test mediante la realización del cuestionario de memoria de la vida diaria MFE; y el cuestionario de perfil de salud de Nottingham. En el post-test se aplicará la misma batería de tests citada con anterioridad.

A continuación se lleva a cabo la evaluación final en dónde se aplicará nuevamente la batería de tests en sus modalidades alternativas.

Hasta la fecha se ha realizado la selección de historias clínicas, el cribaje y la evaluación pre-test. La fase de entrenamiento se inició en el mes de septiembre de 2004. Aún no se publicaron nuevos datos acerca de este estudio.

Bibliografía.

- ◆ Albani, M.L.; Ramos, R.M.: *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 (GDS)*. Tesis de Grado. Lic. en Terapia Ocupacional. UNMdP. Mar del Plata. Septiembre. 1997.
- ◆ Antikainen, R. et al.: *Una disminución de las quejas de memoria se asocia con mejoría en el estado de ánimo: un estudio de seguimiento a los doce meses en pacientes deprimidos*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. (Ed. esp.), Vol.18, nº3, pp.142 – 151. Septiembre. 1994.
- ◆ Benedet, M.J.: *Evaluación de la memoria en la clínica neuropsicológica*. Revista Neurológica (Barcelona), Vol.24, nº132, pp 914 – 920. 1996.
- ◆ Benedet, M.J.; Seisdedos, N.: *Evaluación clínica de las quejas de memoria en la vida cotidiana*. Editorial Médica Panamericana. España. 1996.
- ◆ Bereilh, G.F.; Del Biaggio, M.C.: *Estimulación mnésico-cognoscitiva y performance ocupacional en adultos mayores*. Tesis de Grado. Lic. en Terapia Ocupacional. UNMdP. Mar del Plata. Abril. 2000.
- ◆ Delgado Losada, L.M.: *Programa de entrenamiento de estrategias para mejorar la memoria*. Revista de Neurología, Vol.33, nº4, pp 369 - 372. 2001.
- ◆ Dellefield, K. S.; McDougall, G. J.: *Increasing Metamemory in Older Adults*. Official Journal of the Eastern Nursing Research Society and the Western Institute of Nursing, Vol.45 (5), pp 284 – 290. Septiembre/ Octubre. 1996.
- ◆ Dentone, M.J.; Insua, A. M.: *Quejas sobre la memoria y déficits mnémicos en ancianos sanos y deprimidos*. Revista Medicina, Vol.57, pp 535 – 540. Buenos Aires. 1997.
- ◆ Dixon, R.A.; Hulstsch, D.F.: *Structure and Development of Metamemory in Adulthood*. Journal of Gerontology, Vol.38, nº6, pp 682 – 688. 1983.
- ◆ Floyd, M. y Scogin, F.: *Effects of Memory Training on the Subjective Memory Functioning and Mental Health of Older Adults: A Meta – Analysis*. Psychology and Aging, Vol.12, nº1, pp 150 – 161. 1997.

- ◆ Larrabee, G. J.; McEntee, W. J.: *Age-associated memory impairment: Sorting out the controversies*. *Neurology*, Vol.45 (4), pp 611 – 614. Abril. 1995.
- ◆ Maroto Serrano, M.A.: *Taller de Memoria*. Ed. TEA. Madrid, España. 2000.
- ◆ Montejo, P.: *Programa de entrenamiento de memoria para mayores con alteraciones de memoria: resultados y predictores*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, Vol.38, nº6, pp 305 – 381. Noviembre – Diciembre. 2003.
- ◆ Montenegro, M. y cols.: *Estudio de las quejas de memoria en los mayores y los cambios producidos por un entrenamiento de memoria*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, Vol.33 (S 1), pp 47 - 50. 1998.
- ◆ Navalón Vila, C. y cols.: *Procesos básicos y vejez: Programa de estimulación cognitiva*. Septiembre. 2004.
- ◆ Peña –Casanova, J.: *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer*. Ed. Fundación “La Caixa”. 1999.
- ◆ Risiga, M.: *Memoria y Envejecimiento. Posibilidades de la Estimulación Cognitiva*. Terapia Ocupacional Avances. C.O.L.T.O.A. Grupo Editor. Argentina. 1997.
- ◆ Risiga, M.: *Variaciones en las quejas mnésicas de adultos mayores con olvidos benignos que realizan talleres de memoria, medidas por el Cuestionario de Quejas Mnésicas de Marja Vink*. Trabajo Final. Lic. en T.O. Universidad Nacional de San Martín. Buenos Aires, Argentina. Junio. 2002.
- ◆ Schade, N. y cols.: *Comparación entre Adultos Mayores y Adultos: Emoción, Nivel Socio-cultural, Percepción de la Capacidad de la Memoria y Ejecución en Tareas de Memoria*. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, Vol.12, nº1, pp 97 - 110. 2003.
- ◆ Scharovsky, D.; Ricci, L.; Natal, M.: *Las quejas por fallas en la memoria. Un síntoma importante*. *Revista del Hospital Privado de Comunidad*, Vol.6, nº1, pp 7 - 11. Fundación Médica de Mar del Plata. Enero – Julio. 2003. Este trabajo fue premiado en el III Congreso Panamericano de Gerontología, dictado en la ciudad de mar del Plata del 30 de abril al 3 de mayo de 2003.
- ◆ Yesavage, J. A.: *Técnicas no farmacológicas para contrarrestar las pérdidas de memoria en el anciano normal*. *Geriátrika. Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología*, Vol.1 (1), pp 43 – 50. 1991.

Capítulo 2.

Envejecimiento y declinación cognoscitiva.

Durante el proceso de envejecimiento, la declinación de las funciones cognoscitivas, especialmente la memoria, constituye un motivo frecuente de consulta y preocupación, tanto por parte del adulto mayor que presenta estas dificultades como por parte de la comunidad científica. En la práctica clínica, surgen dificultades para diferenciar cuándo una alteración mnésica forma parte del proceso de envejecimiento o indica el inicio de un cuadro demencial. Debido a esto, arribar a un diagnóstico, pronóstico, así como tomar decisiones acerca del abordaje terapéutico de estas personas, constituye un obstáculo frecuente en la práctica profesional. Numerosas investigaciones fueron llevadas a cabo intentando definir esta situación cognoscitiva, sin embargo siguen existiendo controversias en relación al tema y aún no se ha arribado a un criterio uniforme.

A continuación, se realiza una revisión del tema con especial detenimiento en lo referente a terminología, criterios operativos de definición vigentes, y diagnósticos diferenciales.

En 1962, Kral describió dos patrones a los cuales denominó **olvido senescente benigno** y **olvido senescente maligno** para referirse a la pérdida de memoria asociada al envejecimiento. El olvido benigno refleja la pérdida de memoria que ocurre en el envejecimiento normal, se define como “la incapacidad de los individuos de recordar datos relativamente insignificantes y partes de una experiencia, como el nombre, un lugar o una fecha, mientras que la experiencia a la cual pertenecen los datos olvidados puede ser recordada”⁵. Por el contrario, el tipo maligno se encuentra asociado a la demencia “Son olvidos de una situación completa, y éstos nunca más se recuerdan, aunque se ayude con claves. Se acompañan de frecuentes reiteraciones de relatos o preguntas. Los familiares

⁵ Bischkopf et. al: *Mild cognitive impairment – a review of prevalence, incidence and outcome according to current approaches*. Acta Psychiatr Scand 2002. p 404:

suelen notar el problema y se preocupan. Los olvidos pueden acarrear complicaciones en la vida cotidiana o laboral y aumentan con el correr del tiempo”.⁶

En 1986, Crook y cols. propusieron una nueva entidad neuropsicológica denominada **deterioro de la memoria asociado a la edad (DMAE) (AAMI, Age-Associated Memory Impairment)**. Los criterios AAMI pretenden definir una población que sin problemas neurológicos, psiquiátricos o médicos en general, muestra cambios de memoria asociados a la edad. Los criterios que se tienen en cuenta para el diagnóstico de AAMI son los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Mayores de 50 años.
- Quejas de fallas mnésicas.
- Evidencia de adecuado funcionamiento intelectual y cognoscitivo en otras áreas.
- No cumplimiento de criterios clínicos de síndrome demencial.
- Scores de performance mnésica un desvío estándar (DS) por debajo del rendimiento estandarizado para población de sujetos jóvenes.

Criterios de exclusión:

- Perturbaciones del nivel de conciencia.
- Antecedentes de desórdenes neurológicos vinculados con deterioro cognoscitivo.
- Historia de enfermedades infecciosas o inflamatorias.
- Evidencia de patología cerebrovascular.
- Historia de traumatismo craneano.
- Depresión u otras afecciones psiquiátricas mayores.
- Historia de alcoholismo o dependencia a drogas.
- Desórdenes generales relacionados con deterioro cognoscitivo.
- Tratamiento con drogas modificadoras de la funcionalidad cognoscitiva.⁷

⁶ Lisso, J.: *Deterioro cognitivo leve (MCI). Una nueva entidad nosológica*. Revista del Hospital Privado de Comunidad, Vol. 7, nº1, pp 64-67. Mar del Plata. Enero-julio 2004.

⁷ Mangone, C. A.; Allegri, R.F. y cols.: *Enfermedad de Alzheimer. Enfoque actual*. Ediciones Libros de la Cuadriga. p 33.

Una de las críticas planteadas al constructo AAMI es que la alteración de memoria se define comparando el rendimiento del sujeto con la normativa referida a sujetos adultos jóvenes. Si bien esta entidad neuropsicológica se fundamenta en la alteración de las funciones mnésicas, se ha demostrado que otras funciones cerebrales se encuentran también comprometidas, es por esta selectividad de los trastornos de memoria que ha recibido fuertes críticas. Finalmente, algunos autores difieren respecto a los criterios de exclusión por el carácter restrictivo de los mismos ya que la vulnerabilidad que caracteriza a la edad avanzada determina la aparición de múltiples enfermedades que no afectan necesariamente el rendimiento de la memoria.

Blackford y La Rue, en 1989 efectuaron una revisión de los criterios iniciales de AAMI y crearon dos nuevas subcategorías. Una es la **alteración de la memoria consistente con la edad (ACMI, Age-Consistent Memory Impairment)**, en la que los sujetos obtienen puntuaciones dentro de 1 DS por debajo de la media establecida por su edad en el 75% o más de las pruebas de memoria administradas. La otra se denomina el **olvido de la edad avanzada (LLF, Late-Life Forgetfulness)**, en ella los sujetos obtienen puntuaciones entre 1 y 2 DS por debajo de la media establecida por la edad en el 50% o más de las pruebas.

Levy y cols. conjuntamente con la Asociación Internacional de Psicogeriatría (AIP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) propusieron en 1994, los criterios para el constructo denominado **declinación cognoscitiva asociada a la edad (DECAE) (AACD, Aging-Associated Cognitive Decline)**. Como la declinación puede iniciar tempranamente, no se incluye ninguna restricción para la edad. A diferencia de la entidad AAMI este criterio incluye, además de la memoria, otros dominios cognoscitivos (atención, lenguaje, aprendizaje, funciones visuo-espaciales) y la comparación es realizada con sujetos de la misma edad.

Criterios para el diagnóstico de Declive Cognoscitivo Asociado a la Edad. DECAE - AACD.⁸

- Presencia de declinar cognoscitivo, ya sea referido por el paciente (quejas subjetivas de pérdida de memoria u otras dificultades) o por un informador fiable, y de al menos 6 meses de duración.
- Evidencia objetiva de rendimiento deficitario en algún dominio principal de la cognición (por ejemplo, en memoria, aprendizaje, atención, concentración, lenguaje, pensamiento o pruebas visuoperceptivas). El déficit se define por un rendimiento al menos 1 DS por debajo de la media del grupo control de edad y educación similar en tests neuropsicológicos bien estandarizados.
- Ausencia de evidencia de cualquier trastorno médico conocido que pueda originar dicha disfunción cerebral.

En 1994, en la IV versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) se propone la entidad **declinación cognoscitiva relacionada con la edad (ARCD, Age-Related Cognitive Decline)**. ARCD es utilizado cuando se identifica objetivamente una declinación en el funcionamiento cognoscitivo relacionado con el proceso de envejecimiento dentro de los límites normales establecidos para la edad de la persona. Los individuos con esta condición presentarán problemas en el recuerdo de nombres o citas o experimentarán dificultades en la resolución de problemas complejos.

Posteriormente, surgieron otras clasificaciones que representan un estadio intermedio entre declinación cognoscitiva asociada a la edad y demencia.

En 1995, Petersen y cols. de la Clínica Mayo de Rochester (Estados Unidos) establecieron los criterios actuales de **deterioro cognoscitivo leve (DCL) (MCI, Mild Cognitive Impairment)**. Este término se utiliza para definir a un grupo de pacientes que presentan un riesgo mayor de evolucionar a demencia. "Algunos trabajos muy recientes afirman que el MCI no representaría una fase de transición entre el envejecimiento y la enfermedad de Alzheimer, sino que en general es ya un estadio inicial de dicha

⁸ Martínez-Lage, J.M. y cols.: *Alzheimer 2001: teoría y práctica*. Pamplona, Navarra. Octubre 2001. p 22.

enfermedad”.⁹ Esta entidad no es consecuencia directa de la edad, sino que está relacionada con una patología subyacente. El déficit debe manifestarse únicamente en la función mnésica, con una pérdida superior a la esperada para la edad.

Criterios para el diagnóstico de Deterioro Cognoscitivo Leve. DCL - MCI.¹⁰

- Quejas de memoria comunicadas por el propio paciente o su familia al médico, o detectadas por entrevista o pruebas de estado mental básicas.
- Normalidad en las actividades de la vida diaria.
- Función cognoscitiva global normal.
- Alteración objetiva de la memoria u otra área de función cognoscitiva evidenciadas por puntuaciones 1.5 DS por debajo de la media de la edad.
- Clinical Dementia Rating Score de 0.5.
- No evidencia de demencia.

Recientemente se ha propuesto una definición más amplia que incluye tanto individuos con deterioro en un solo dominio cognoscitivo o deterioro en múltiples dominios cognoscitivos diferentes de memoria (lenguaje, atención, función visuoespacial y praxias). Podría decirse entonces que el MCI puede presentarse de tres formas: a) forma amnésica pura, b) forma de deterioro en múltiples dominios cognoscitivos y c) deterioro en dominio único distinto de memoria, que no suele progresar a enfermedad de Alzheimer (EA), pero sí a demencia frontotemporal o afasia progresiva primaria.¹¹

Los criterios de Petersen y cols. sólo incluyen la forma amnésica, que es la más difundida y estudiada. La falta de incorporación de otras funciones cognoscitivas diferentes de memoria en la definición de MCI se basa en la dificultad para medirlas.

Si se sigue longitudinalmente en el tiempo a estos pacientes, 10-15% por año evolucionan a EA. Esto contrasta con que sólo 1-2% por año de los sujetos considerados “normales” de la población general, desarrollan esta enfermedad.

⁹ Martínez-Lage, J.M. y cols. Op. Cit. p 22.

¹⁰ Junqué, C.: *Trastorno cognitivo y envejecimiento normal*.

<http://www.hospitalarias.org/publiynoti/libros/artAcuculos/162/art7.htm>.30-09-04. p 5.

¹¹ Lisso, J. Op. Cit. pp 64-67.

La prevalencia de MCI es de 3%, si se tienen en cuenta los criterios de Petersen, que sólo considera la forma amnésica pura, mientras que si se tienen en cuenta las otras dos variantes alcanzaría un 20%.

En 1994, en el DSM-IV fue propuesto el término **trastorno neurocognoscitivo ligero (MND, Mild Neurocognitive Disorder)**. Para ser considerado MND debe confirmarse la existencia de una enfermedad cerebral subyacente, afectación de dos o más funciones cognoscitivas (memoria, funciones ejecutivas, atención, lenguaje, capacidad perceptivo-motora), no cumpliendo los criterios de síndrome demencial. La principal diferencia que se plantea entre el MND y el MCI, es que en este último los criterios exigen que la única función afectada sea la memoria, si se tienen en cuenta los criterios de Petersen y cols.

En 1995, Graham y cols. definieron los criterios para el **deterioro cognoscitivo, no demencia (CIND, Cognitively Impaired, Not Demented)**, éste incluye a todos los individuos con deterioro cognoscitivo que no satisfacen los criterios para la demencia. Esta clasificación tiene en cuenta los casos con deterioro provocado por condiciones médicas o psiquiátricas.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), propone el **desorden cognoscitivo leve (MCD, Mild Cognitive Disorder)**, que incluye casos con deterioro provocado por condiciones médicas o psiquiátricas. En los individuos con este diagnóstico, la presencia de ansiedad, depresión y neurosis predomina sobre los déficits cognoscitivos.

“La inexistencia de una clasificación que permita una adecuada descripción del compromiso de la memoria en el envejecimiento normal constituye, de acuerdo con el Instituto Nacional de la Salud de los Estados Unidos (NIH), un verdadero obstáculo para los estudios clínicos ya que aún no se ha logrado discriminar el compromiso en la etapa

donde el mismo es todavía incipiente, y esto provoca dificultades en lo que se refiere a una adecuada prevención y manejo de los déficit de la memoria vinculados con la edad”.¹²

Es por esto, que surge la necesidad de realizar un tratamiento precoz de los síndromes demenciales para retrasar al máximo su evolución y proporcionar así una mayor calidad de vida al sujeto y a su entorno familiar. Se considera de importancia saber diferenciar con la máxima precisión las entidades anteriormente mencionadas para poner en marcha las medidas adecuadas a cada caso.

En los distintos estudios realizados respecto a prevalencia y posterior seguimiento de los casos ^{13 14}, se llega a la conclusión general de que los problemas cognoscitivos del anciano considerado “sano” deben constituir una entidad bien diferenciada, sobre todo si son comparados con una población de similares características demográficas sin dichos trastornos cognoscitivos.

En resumen, la literatura refiere que los sujetos pueden ser categorizados dentro de un amplio espectro cognoscitivo desde el envejecimiento “normal” hasta la demencia, pasando por AACD, AAMI, CIND y MCI, de posible diferenciación y a la vez superposición entre ellos. Estos constructos están aún en desarrollo. En la actualidad, los investigadores se hallan abrumados por una extensa lista de definiciones heterogéneas. Esto requiere el surgimiento de un consenso, en el cual, a partir de los constructos teóricos ya existentes, se defina una única categoría.

¹² Meyer Taussik, I. y Mattos Pimenta Parente, M.A.: *La vulnerabilidad de memoria prospectiva en las quejas de memoria del adulto*. Revista Neurológica Argentina, Vol. 28, n°2, p 86. 2003.

¹³ Keefover, R.W.: *Aging and cognition*. Neurol. Clin. North. Am., Vol. 16, pp 635 – 648. 1998.

¹⁴ Ebly, E.M. et al.: *Cognitive impairment in the nondemented elderly. Results from the Canadian Study of Health and Aging*. Arch. Neurol., Vol. 52, pp 612 – 619. 1995.

Capítulo 3.

Neuropsicología Cognitiva.⁽¹⁵⁾

La Neuropsicología es la rama de la ciencia que investiga, trata de comprender y explicar las relaciones entre el cerebro, las actividades mentales superiores y el comportamiento.

La **Neuropsicología Cognitiva** es la convergencia de la Psicología Cognitiva y la Neuropsicología.

La **Psicología Cognitiva** estudia los procesos mentales que posibilitan y subyacen a nuestra habilidad diaria para reconocer objetos y personas familiares, hablar, leer y escribir, planificar y realizar acciones, tomar decisiones y recordar.

La **Neuropsicología** estudia la forma en que las estructuras y los procesos particulares del cerebro median el comportamiento, abarcando aspectos como los deseos y las emociones y los componentes cognoscitivos de la vida mental.

La Neuropsicología es cognitiva en la medida que pretende clarificar los mecanismos de las funciones cognoscitivas haciendo uso de la evidencia procedente de la neuropatología.

La Neuropsicología Cognitiva tiene dos objetivos básicos:

- “Explicar los patrones de las realizaciones cognitivas afectadas o intactas que se pueden observar en los pacientes con lesiones cerebrales, en términos de alteración de uno o más componentes de una teoría o modelo del funcionamiento cognitivo normal.
- Extraer conclusiones sobre los procesos cognitivos intactos y normales a partir de los patrones de habilidades afectadas e intactas observadas en pacientes con lesiones cerebrales”.¹⁶

La **modularidad** es uno de los supuestos esenciales de la neuropsicología cognitiva. A la visión sobre el modo en que la mente y el cerebro están organizados se la denomina **hipótesis de la modularidad**. Esta procede en gran parte de los trabajos de Marr (1976,

¹⁵ Ellis, A.W.; Young, A.W.: *Neuropsicología Cognitiva Humana*. Ed. Masson. 1ª edición. España. 1992.

¹⁶ Ellis, A.W.; Young, A.W. Op. Cit. p 4.

1982) y Fodor (1983). Según esta hipótesis la vida mental es posible gracias a la actividad orquestada de múltiples procesadores cognoscitivos o **módulos**.

Fodor describió las propiedades de los módulos cognoscitivos. Entre estas, menciona la *encapsulación informativa* que significa que un módulo puede realizar su propia forma de procesamiento con total ignorancia o aislamiento de los procesos que se producen en otros lugares del sistema cognitivo. Además, considera que estos deben poseer *especificidad de dominio* lo que implica que cada módulo acepta sólo un tipo particular de aferencia. Otro atributo propuesto por el autor es el *carácter obligatorio* del funcionamiento de los módulos, es decir, que la actividad de estos no se puede detener ya que se encuentra fuera del control voluntario y, si se produce el input apropiado, un módulo llevará a cabo su propio tipo de procesamiento, lo desee o no el propietario de este módulo. La propiedad de los módulos que recibió críticas fue el carácter *innato* de los mismos, es decir, el formar parte de la dotación genética.

Mientras que la neuropsicología tradicional tendía a estudiar grupos de pacientes y el interés primario se centraba en la delimitación de síndromes en relación con lesiones focales del cerebro; los neuropsicólogos cognitivos investigan casos aislados de cierta importancia teórica. Es decir, tratan a cada sujeto como un caso único que requiere una explicación independiente.

Para la realización de nuestro trabajo de investigación, se tuvieron en cuenta los aportes de las siguientes teorías ¹⁷:

- **Neuropsicología:** brinda información sobre la localización de las funciones en el cerebro, investigaciones de etiologías particulares y proporciona técnicas para testear o eliminar déficits adicionales. También contribuye a la comprensión del origen de la declinación mnésica asociada a la edad.

¹⁷ Del Biaggio, M.C.; Di Lorenzo, M.; Roumec, B.: *Rol del Terapeuta Ocupacional en un equipo de rehabilitación cognitiva*. Monografía presentada en el Curso de Neuropsicología Cognitiva. Sociedad Argentina de Geronto Neuropsiquiatría. 2000.

- **Psicología Cognitiva:** aporta teorías sobre la naturaleza de la memoria humana, realiza interpretaciones sobre la amnesia y proporciona información sobre el aprendizaje de habilidades en pacientes con declinación y/o deterioro mnésico.
- **Psicología del Comportamiento:** proporciona técnicas conductuales para el asesoramiento en los problemas cotidianos que surgen como consecuencia de trastornos cognoscitivos. Además, ofrece técnicas para el tratamiento que contribuyen a reducir el problema cognoscitivo.

Capítulo 4.

Cambios en el funcionamiento cognoscitivo asociados al envejecimiento.

*“El envejecimiento es un proceso natural de duración variable, propio de cada especie, sobre el cual influyen numerosos factores algunos propios del individuo (genéticos), y otros ambientales, circunstanciales, etc. Este proceso es dependiente del tiempo y consiste en un aumento progresivo de la vulnerabilidad y disminución de la viabilidad del organismo, asociados con una creciente dificultad en las posibilidades de adaptación y una mayor posibilidad de contraer enfermedades, lo que eventualmente conduce a la muerte”.*¹⁸

Allegri y cols. plantean dos definiciones de normalidad en el envejecimiento. La primera se refiere al **“envejecimiento exitoso o sano”**, el cual incluye individuos que no presentan declinación cognoscitiva, enfermedades sistémicas u otras condiciones neurológicas. Esta definición involucra un segmento muy pequeño de la población. La segunda se refiere al **“envejecimiento típicamente normal”**, en el que los individuos presentan declinación cognoscitiva determinada por múltiples factores, que no implican deterioro, y la coexistencia de dos o más enfermedades (hipertensión arterial, coronariopatías, diabetes, entre otras).

En el presente trabajo de investigación se intentó describir lo que sucede en el **“envejecimiento típicamente normal”**.

Tipos de envejecimiento normal.

- ✓ **Envejecimiento exitoso o sano.**
Sin enfermedades sistémicas.
Sin declinación cognoscitiva.
- ✓ **Envejecimiento típicamente normal.**
Co-morbilidades (hipertensión arterial, coronariopatías, entre otras), 70% de las mujeres y 53% de los hombres mayores de 80 años presentan dos o más patologías.
Declinación relacionada con la edad.

Fuente: Allegri, R.F. y cols.: *Manual para los familiares y el equipo de salud*. Ed. Polemos. 1°ed. Buenos Aires. 2003. p 50.

¹⁸ Allegri, R.F. y cols.: *Manual para los familiares y el equipo de salud*. Ed. Polemos. 1°ed. Buenos Aires. 2003. p 48.

Teorías acerca del envejecimiento cognoscitivo.

La evidencia científica demuestra que a medida que se envejece, los procesos mentales son menos eficientes; así mismo con la edad se alcanzan un conocimiento y una experiencia que pueden ser útiles para la resolución de problemáticas diversas. Las principales teorías propuestas para explicar la causa de la variabilidad asociada a la edad que se produce en las tareas cognoscitivas son cuatro ¹⁹: (1) la velocidad con que se procesa la información; (2) el funcionamiento de la memoria operativa; (3) la función inhibitoria; (4) el funcionamiento sensorial. Es importante destacar que la combinación de estas teorías proporciona una comprensión más acabada del envejecimiento cognoscitivo que la medida individual de cualquiera de ellas por separado.

A continuación se describen las teorías antes mencionadas:

1. Teoría de la velocidad de procesamiento.

Salthouse (1991, 1996) basándose en los trabajos previos de Birren (1965) y otros, ha propuesto una teoría que sugiere que el mecanismo fundamental para explicar la variabilidad relacionada con la edad es un descenso generalizado en la velocidad con que se llevan a cabo las operaciones mentales.

Sostiene que existen dos mecanismos responsables de la relación entre velocidad de procesamiento y cognición. Por un lado el *mecanismo del tiempo limitado* sugiere que el tiempo para realizar operaciones posteriores se ve muy limitado, cuando una parte importante del tiempo disponible está ocupado en la ejecución de operaciones previas. El otro mecanismo llamado por Salthouse *de simultaneidad* sostiene que los productos del procesamiento previo podrían haberse perdido para cuando se finaliza el procesamiento posterior. De este modo, en los adultos mayores se produce una ralentización en la ejecución de las tareas cognoscitivas. Debido al enlentecimiento en las fases iniciales de estas, puede suceder que nunca se alcancen las fases finales, ya que los productos de las operaciones previas podrían no estar disponibles.

¹⁹ Park, D.; Schwarz, N.: *Envejecimiento Cognitivo*. Editorial Médica Panamericana. España. 2002.

Como consecuencia de las limitaciones impuestas por este enlentecimiento asociado a la edad, las principales diferencias en el rendimiento de los adultos jóvenes y mayores se evidencian en la realización de tareas complejas.

Los efectos de una velocidad más lenta de procesamiento tienen impacto sobre todos los aspectos cognoscitivos, incluso en tareas que no parecen tener un componente obvio de velocidad.

2. Memoria de Trabajo u Operativa.

Craik y Byrd (1982) explicaron los efectos del envejecimiento cognoscitivo en relación al modelo de memoria de trabajo. Según estos autores, en la edad avanzada surgen dificultades en la habilidad para llevar a cabo lo que denominaron procesamiento iniciado personalmente o autoiniciado.

La memoria de trabajo puede conceptualizarse como la cantidad de recursos disponibles en un momento determinado para procesar información sobre la marcha (on-line), lo cual podría implicar almacenamiento, recuperación y transformación de la información.

Esta teoría considera que la capacidad de la memoria de trabajo disminuye con la edad, por lo que las tareas que requieren a la vez almacenamiento y procesamiento de la información son más susceptibles de resultar afectadas por dicha disminución en los ancianos.

Según Craik y Bird, brindando apoyos ambientales a las personas mayores podría paliarse el déficit en los recursos de procesamiento identificados con la memoria de trabajo. Los apoyos ambientales son elementos de una tarea cognoscitiva que reducen los requisitos mnemónicos necesarios para llevarla a cabo. De esta manera, a pesar de las limitaciones de la capacidad de la memoria operativa observada en los adultos mayores, las tareas cognoscitivas podrían organizarse de forma tal que no precisaran tanta capacidad para su realización.

3. Inhibición.

Hasher y Zacks (1988) han propuesto que en la edad avanzada se observan mayores dificultades para mantener la concentración sobre la información principal e inhibir la atención sobre los aspectos irrelevantes. Si bien los contenidos de la memoria de trabajo

parecen disminuir al envejecer, de acuerdo con este modelo, los mecanismos subyacentes responsables de esta pérdida aparente serían el resultado del mantenimiento de una cantidad de información irrelevante en la memoria operativa debido a una función inhibitoria ineficiente.

Según los autores, la noción de un mal funcionamiento inhibitorio puede ser útil para comprender la conducta de los adultos mayores en diversas situaciones cotidianas. Es por este motivo que serían más proclives a la distracción cuando se enfrentan a varias fuentes de estímulos, entre las cuales deben atender sólo a una. Además, las dificultades de los procesos inhibitorios darían lugar a un peor control en situaciones sociales (por ej. mayor tendencia a “decir lo primero que se cruza por la cabeza”, “ser intolerantes con los demás”).

Existe menor cantidad de información acerca de la función inhibitoria que acerca de la velocidad y la memoria de trabajo, debido a que es difícil lograr una medida fiable de las diferencias individuales de la función inhibitoria. Sin embargo, la rica teorización que rodea este constructo, la existencia de circuitos neuronales inhibitorios y la considerable cantidad de evidencia favorable a la postura de Hasher y Zacks, sugieren que la inhibición es un mecanismo que seguirá apareciendo como explicación del envejecimiento cognoscitivo y que merece una investigación continuada.

Recientes investigaciones han demostrado las diferencias existentes entre jóvenes y ancianos en relación a la forma en que llevan a cabo la selección de la información que procesan. Señalan la importancia de las investigaciones dirigidas al estudio de los **mecanismos de inhibición de la memoria operativa**, los cuales serían responsables, al menos, de tres importantes funciones²⁰:

- ❖ Controlar el acceso de información a la memoria operativa, impidiendo este acceso a informaciones irrelevantes procedentes del exterior o del interior del propio sistema (es decir, de la memoria a largo plazo).
- ❖ Controlar la eliminación de estas informaciones cuando han dejado de ser relevantes para la tarea que el sujeto está desempeñando.

²⁰ Zacks, R.T.; Hasher, L.: *Cognitive gerontology and attentional inhibition. A reply to Burke and McDowd.* Journal of gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 52 B, pp 274- 83. 1997.

- ❖ Contener las que podríamos calificar como respuestas sobreaprendidas, cuando éstas son inadecuadas.

De acuerdo a estas investigaciones, la eficacia de estos mecanismos de inhibición disminuiría con los años. El sistema de procesamiento de los ancianos tendría menos capacidad para mantener fuera de la memoria la información irrelevante o, a medida que sus objetivos fueran modificándose, de llevar a cabo la desactivación de las ideas que ya no son de interés. Las consecuencias de esto serían, entre otras, mayor distractibilidad, respuestas inapropiadas más frecuentes (o necesidad de más tiempo para emitir una respuesta adecuada) y olvidos más habituales.

Desde el punto de vista neuropsicológico, las funciones ejecutivas y de control de la memoria operativa están relacionadas al funcionamiento de los lóbulos frontales. Algunos artículos recientes²¹ han mostrado que el envejecimiento puede producir cambios en los sistemas frontoestriados, cambios que parecen afectar a los procesos de inhibición voluntaria.

Pousada Modesta y cols.²² realizaron un estudio sobre los efectos de la información irrelevante en la memoria operativa de las personas mayores. En este, analizaron los cambios que experimenta este tipo de memoria durante el envejecimiento, centrándose en las dificultades que parece tener el proceso de inhibición de la información irrelevante. El objetivo de esta investigación fue determinar las diferencias que presentan ancianos y jóvenes en el recuerdo de información relevante e irrelevante.

Los autores arribaron a las siguientes conclusiones: el nivel de recuerdo de los ancianos está por debajo del de los jóvenes y, lo que es más importante, en los sujetos ancianos las ideas irrelevantes tienen más peso del que tienen en el recuerdo de los jóvenes. El recuerdo de los ancianos se ve contaminado en mayor grado que el de los adultos jóvenes por informaciones que no son de relevancia para la tarea que están desempeñando en ese momento, lo cual puede influir de manera significativa en diversas tareas cotidianas que impliquen la manipulación y la actualización continua de información.

²¹ Sweeney, J.A.; Rosano, C.; Berman, R.A. et al.: *Inhibitory Control of attention declines more than working memory during normal aging*. *Neurobiology of aging*, 22, pp 39- 47. 2001.

²² Pousada, M.; De la Fuente, J. y cols.: *Los efectos de la información irrelevante en la memoria operativa de las personas mayores*. *Rev. Mult. Gerontol.*, Vol. 14, n°1, pp 16 – 21.2004.

También se atribuye a esta “contaminación” que ejerce la información irrelevante la mayor distractibilidad que se observa en el comportamiento cotidiano de los ancianos y sus dificultades para centrar la atención cuando simultáneamente hay otras fuentes de estimulación cercanas. A su vez, estas dificultades para focalizar su atención pueden contribuir también a ralentizar su conducta motriz y cognoscitiva.

4. Las funciones sensoriales.

Lindenberger y Baltes (1994) demostraron que casi toda la variabilidad relacionada con la edad en pruebas de habilidad cognoscitiva (incluyendo medidas de velocidad de procesamiento, razonamiento, memoria, conocimiento general y fluidez verbal) estaba relacionada con el funcionamiento sensorial, evaluado mediante pruebas de agudeza visual y auditiva. La función sensorial es una medida de integridad cerebral, es fundamental para el funcionamiento cognoscitivo e importante mediador de todas las capacidades cognoscitivas.

“...las funciones sensoriales y la velocidad podrían ser indicadores directos de la integridad neuronal global del sistema nervioso central de los sujetos, pero aún sigue constituyendo un desafío la conexión directa de las medidas comportamentales de envejecimiento cognitivo con las del funcionamiento neurobiológico. El funcionamiento de la memoria operativa parece estar directamente relacionado con la velocidad de procesamiento, aunque constituye un constructo importante por derecho propio y quizá controla, al margen de la velocidad, parte del rendimiento en tareas que requieren esfuerzo cognitivo. Por último, en comparación con los otros tres mecanismos fundamentales, queda por esclarecer el papel de la inhibición en el deterioro asociado a la edad en tareas cognitivas”.²³

Por su parte Benedet y Seisdedos²⁴ agregan las siguientes hipótesis explicativas:

- **El efecto edad por complejidad de la tarea.**

Diferentes investigadores (Cerelia, Poon y Williams, 1980; Salthouse, 1982, 1985, 1988) observaron que las diferencias entre el funcionamiento de los adultos jóvenes y el de

²³ Park, D.; Schwarz, N. Op. Cit.p 22.

²⁴ Benedet, M.J.; Seisdedos, N.: *Evaluación clínica de las quejas de memoria en la vida cotidiana*. Editorial Médica Panamericana. España. 1996. pp 34-35.

los ancianos en diferentes tareas cognoscitivas se manifiesta sólo cuando esas tareas alcanzan un determinado nivel de complejidad.

Se observa que los ancianos pueden mantener en su memoria la información en su forma original tan bien como los adultos jóvenes, solo se observan diferencias significativas cuando las tareas requieren que se lleven a cabo operaciones de abstracción u otro tipo de transformaciones sobre esa información. Los diferentes autores se preguntan cuáles son las razones de este fenómeno, para lo cual plantean tres respuestas alternativas:

- a) limitaciones de la memoria de trabajo,
- b) disminución de la atención y,
- c) como consecuencia del enlentecimiento de las operaciones, los productos de las operaciones previas se desintegrarían antes de que esas nuevas operaciones lleguen a completarse.

- **La hipótesis de la disminución de recursos** (la teoría de los recursos).

Trata de explicar los cambios del procesamiento de la información con la edad en virtud de una disminución del fondo de recursos generales de procesamiento. Como consecuencia, y de acuerdo con el modelo de Baddeley, cuanto más recursos necesite una tarea, más se verá afectada por esta disminución del fondo general. Por otro lado, cuando los recursos deben distribuirse entre el almacenamiento y el procesamiento, uno de los dos o ambos se verán afectados por ello. Las tareas más afectadas serán aquellas que requieren que se mantenga la información en estado activo mientras se ejecuta algún tipo de operación compleja sobre ella.

- **El deterioro selectivo de la memoria episódica.**

Según esta hipótesis, la variable edad afecta de modo muy especial a la memoria episódica, afectando menos a la memoria semántica y apenas a la memoria procedimental (Mitchell, 1989).

Light²⁵ en 1991, agrupa las hipótesis sobre la pérdida de memoria asociada al envejecimiento en cuatro categorías:

1. Hipótesis sobre la existencia de problemas de metamemoria.

Desde esta perspectiva, la pérdida de memoria estaría relacionada con fallas en algunos de los mecanismos de metamemoria, dando lugar a dificultades en el uso espontáneo de estrategias de memoria adecuadas y en la efectiva regulación de las mismas. Según Light esta hipótesis ha recibido escaso apoyo empírico.

2. Hipótesis basadas en los déficits en la codificación semántica.

De acuerdo con esta hipótesis, la causa de los problemas de memoria se encuentra en una dificultad para codificar a nivel semántico la información que se recibe; ello daría lugar a diferencias cuantitativas y cualitativas entre distintos grupos de edad en lo que respecta a la profundidad, las conexiones asociativas y las posibilidades inferenciales de la información codificada. No obstante, la evidencia no avala esta hipótesis demostrando una organización estable del conocimiento durante la vejez.

3. Hipótesis sobre problemas en la recuperación deliberada de la información.

Siguiendo a esta hipótesis, se produce una disminución de la recuperación cuando ésta se plantea de modo deliberado (pruebas de memoria directa: recuerdo libre), no observándose deterioro cuando se mide a través de pruebas indirectas (recuerdo con claves).

4. Hipótesis acerca de la reducción de los recursos de procesamiento. (Fue descrita anteriormente por otros autores. p 36).

Luego de la revisión realizada en este capítulo, podemos observar que la mayoría de los autores consideran como mecanismos básicos para explicar el declive cognoscitivo asociado al envejecimiento, el **enlentecimiento en la velocidad de procesamiento**, los **déficits en los mecanismos de inhibición** y la **disminución en la capacidad de la memoria de trabajo**. La interrelación entre estos mecanismos sería responsable de los cambios que se evidencian en el rendimiento de los adultos mayores en una amplia gama de

²⁵ Pousada, M.: *El déficit en los mecanismos de inhibición como hipótesis explicativa de la pérdida de memoria asociada a la edad*. Anales de Psicología, Vol. 14, n° 1, pp 55-74. 1998.

funciones cognitivas tales como: atención, memoria, razonamiento y solución de problemas.

Memoria y envejecimiento.

El envejecimiento se encuentra asociado a cambios en la morfología, fisiología y bioquímica cerebral. Si bien se ha identificado un declive en el funcionamiento cognoscitivo, éste no parece afectar de forma homogénea a todos los procesos. Algunos aspectos de la cognición declinan con la edad, mientras que otros se encuentran preservados. Las funciones intelectuales superiores que se encuentran mayormente afectadas en el envejecimiento son la memoria, el aprendizaje, la velocidad de procesamiento de la información, el rendimiento motor y las funciones ejecutivas.

Es importante destacar algunos de los aspectos que dificultan la identificación de las características neuropsicológicas en la senectud. En primer lugar resulta controversial delimitar que constituye la cognición normal en el geronte y qué la cognición afectada. Por otro lado, se encuentran la variabilidad interindividual, y la dificultad en la extrapolación de resultados procedentes de sujetos lesionados adultos.

Los cambios observados en el funcionamiento cognoscitivo general con la edad, junto con los cambios en la motivación, los intereses, y las demandas del entorno social, desempeñan un papel importante en el funcionamiento de la memoria de las personas de edad avanzada.

Las **quejas de fallas mnésicas** constituyen un motivo frecuente de consulta entre los adultos mayores, especialmente las relacionadas con su memoria en la vida diaria.

Si bien existe variabilidad interindividual, en general, las personas refieren olvidar el nombre de objetos familiares, nombres propios, tener dificultad para encontrar la palabra que se desea utilizar, marcar un número de teléfono y no saber a quién se estaba llamando, abrir la heladera para buscar algo y no recordar que era lo que se buscaba.

Cutler y Grams (1988) sostienen que aunque no todos los ancianos informan de quejas de memoria, el modo en que éstas se distribuyen indica un aumento relacionado con

la edad de forma que entre los 55 y 59 años aparece una frecuencia del 9,7% que aumenta hasta los 80 y 84 donde la frecuencia es de 22,7%.²⁶

Cuando un paciente acude a la consulta con quejas de memoria la primera cuestión a resolver es si dichas quejas son o no reales, dependiendo del grado de ajuste entre las expectativas del sujeto y el funcionamiento real. Para tal fin, es necesario establecer si ese funcionamiento es equivalente, inferior o superior al de la población "normal" y de sus mismas características y si dicho funcionamiento se ha modificado en las últimas semanas o meses.

Ahora bien, ¿cuáles son los principales cambios en la memoria relacionados con el envejecimiento?

A continuación se realizará una descripción de los cambios que se producen en los distintos sistemas de memoria.

¿Memoria Sensorial?.²⁷

Es importante señalar que existen controversias acerca de si la memoria sensorial es un tipo de memoria o no.

La información que recibimos del medio externo ingresa a nuestro sistema nervioso a través de los diferentes canales sensoriales (visual, táctil, auditivo). Así la información es mantenida durante un breve periodo de tiempo en el archivo específico de cada modalidad sensorial (Memoria Sensorial o reciente vs. Registro). La duración de la memoria sensorial es muy corta y varía en tiempo para las diferentes modalidades sensoriales.

Se ha investigado poco sobre este tipo de memoria, pero la postura comúnmente aceptada es que se mantiene a lo largo de la vida, siempre que la persona no tenga algún déficit sensorial (por ejemplo, en la agudeza visual o auditiva) que perturbe la recepción de

²⁶ Pérez, M. y cols.: *Memoria cotidiana y metamemoria en ancianos institucionalizados*. Anales de Psicología, Vol.11(1), pp 47-62. 1995.

²⁷ Allegri, F.R. y Tamaroff, L.: *Introducción a la neuropsicología clínica*. Ediciones libros de la Cuadriga. Buenos Aires, Argentina. 1995. p 75.

información. Dado que en la vejez son habituales estos déficits sensoriales, se podría afirmar que este tipo de memoria se encuentra afectada.

Memoria a Corto Plazo (MCP).²⁸

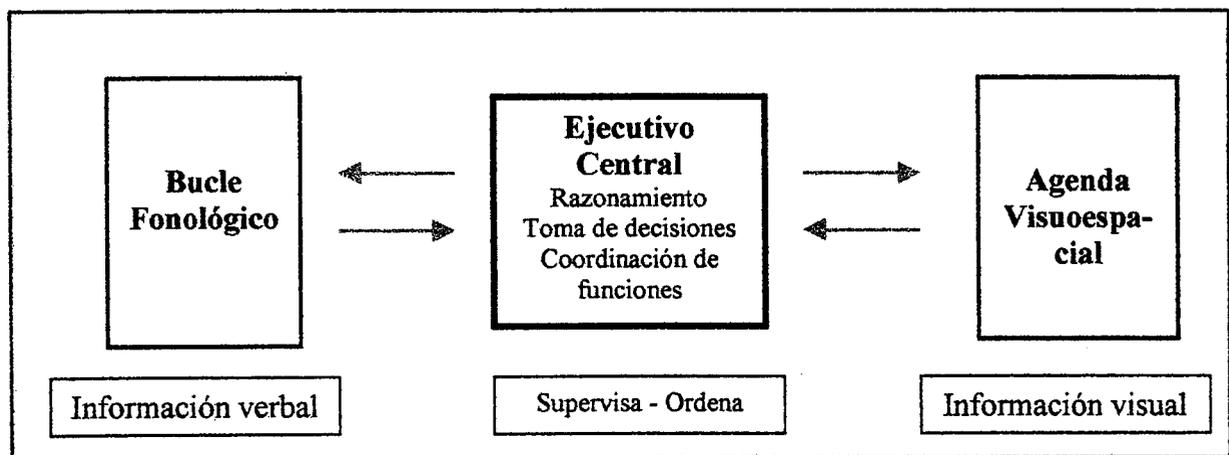
La **memoria de corto plazo** o **inmediata** o **primaria** tiene la facultad de mantener una información durante un lapso de tiempo muy corto (menos de un minuto) y poder restituirla en forma inmediata. Este archivo a corto plazo tiene una capacidad limitada y temporaria, la información puede ser perdida por desplazamiento ante una nueva información entrante o por el transcurso del tiempo. Hay dos factores que juegan un rol importante en este proceso de registro, la **afectividad** y la **atención**. Es muy sensible al efecto de la interferencia, esta hace perder la información si aparece inmediatamente después del ingreso de la misma.

En 1974 *Baddeley y Hitch* desarrollaron un modelo de “memoria a corto plazo” al que denominaron **memoria de trabajo**. Este modelo describe 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, razonamiento o aprendizaje. Desde este modelo, la memoria se considera un sistema activo de procesamiento (no es estático, ni secuencial es de ingreso) que permite retener información auditivo / verbal o visuoespacial y operar con ella al mismo tiempo y procesarla de forma simultánea.

Este sistema está compuesto por un componente central: el “Ejecutivo Central” y dos “subsistemas esclavos”: el “Bucle fonológico” (para la entrada de toda la información que ingresa por vía auditiva de forma verbal) y una “Agenda visuoespacial” (o block de notas para la entrada de información visual). El ejecutivo central es un sistema de control atencional que supervisa y ordena la información proveniente de los dos subsistemas esclavos, efectúa diversas operaciones de selección y de control.

²⁸ Allegri, R.F.; Tamaroff, L. Op. Cit. pp 75 – 77.

Modelo de Memoria de Trabajo.



Fuente: Allegri, F.R. y Tamaroff, L.: *Introducción a la neuropsicología clínica*. Ediciones libros de la Cuadriga. Buenos Aires, Argentina. 1995. p 77.

En el año 2000 este modelo fue reformulado²⁹ y se incluyó un tercer subsistema esclavo denominado "Buffer episódico". Este nuevo componente almacena simultáneamente información fonológica y visual, e integra además la información que proviene de la memoria a largo plazo, de este modo se crea una representación multimodal y temporal de la situación actual.³⁰

Baddeley encuentra dificultades para definir el concepto de Sistema Ejecutivo Central (SEC) y los procesos implicados en éste, por ello recurre al concepto de Sistema Atencional Supervisor (SAS) de Norman y Shallice para intentar operativizar este sistema. "Este modelo plantea que el SAS se activa cuando una situación se reconoce como novedosa o no rutinaria, por lo que se precisa poner en acción procesos ejecutivos de anticipación, selección de objetivos, planificación y monitorización. En cada uno de estos procesos actuaría la memoria de trabajo y en particular el SAS. Es muy importante señalar que el SEC o SAS no contiene información lo que indica lo inapropiado de la denominación de este sistema con el término de memoria. Por tanto, el SAS trabaja con la

²⁹ Baddeley, A.D.: *The episodic buffer: a new component of working memory*. Trends Cogn Sci, 4, pp 417-23. 2000.

³⁰ Tirapu-Ustárroz, J. y cols.: *Memoria y funciones ejecutivas*. Revista de Neurología, 41 (8), pp 475-484. 2005.

información y su cometido fundamental se centra en seis procesos interrelacionados, pero que pueden diferenciarse como:

- Codificación/mantenimiento de información cuando se saturan los sistemas esclavos (bucle y agenda).
- Mantenimiento/actualización como capacidad del SEC/SAS para actualizar y mantener la información.
- Mantenimiento y manipulación de la información.
- Ejecución dual entendida como la capacidad para trabajar con bucle y agenda simultáneamente.
- Inhibición como capacidad para inhibir estímulos irrelevantes del tipo paradigma Stroop.
- Alternancia cognitiva que incluye procesos de mantenimiento, inhibición, y actualización de sets o criterios cognitivos”.³¹

Luego de haber revisado el concepto de memoria de trabajo, debe quedar en claro las siguientes modificaciones:

- No se trata de un sistema de memoria sino de un sistema atencional operativo para trabajar con contenidos de la memoria.
- El SEC contiene varios subprocesos, pero no contiene información y debería denominarse SAS (lo que resulta coherente con la denominación de sistema atencional operativo).
- Se añade un tercer sistema esclavo denominado “buffer episódico”.

En el envejecimiento existiría una alteración aislada del ejecutivo central como puede también observarse en pacientes con lesiones focales prefrontales.

Parking y Walter y Craik y cols. relacionaron el declive de la memoria de trabajo asociado a la edad con el deterioro de los lóbulos frontales.

Memoria a Largo Plazo (MLP).

La **memoria a largo plazo** permite la conservación duradera de las informaciones gracias a una codificación, seguida del almacén organizado en una trama asociativa

³¹ Tirapu-Ustárrroz, J. y cols. Op. Cit. p 477.

multimodal (semántica, espacial, temporal y afectiva), permite el aprendizaje, y las informaciones entrelazadas son objeto de una consolidación variable en función de su importancia emocional y de su repetición.³² Este sistema mantiene la información desde varios minutos a muchos años.

La MLP no constituye un sistema unitario, está formada por la **memoria declarativa o explícita** y la **memoria implícita o procedural**.³³

La memoria declarativa incluye la **memoria episódica** y **semántica**. El sistema episódico constituye el archivo de los hechos o episodios relacionados a nuestra historia individual, así como el conocimiento del contexto en que suceden. La memoria semántica trasciende un contexto particular, corresponde a las adquisiciones culturales sin referencia personal, se trata de los conocimientos lingüísticos y culturales. Ambos sistemas (episódico y semántico) corresponden al conocimiento declarativo, es decir al “conocimiento de algo”.

La **memoria de procedimientos** (cómo hacer algo) incluye habilidades, efecto “priming”, condicionamientos clásicos y otros (habitación, efecto post-perceptual...), instancias donde el aprendizaje puede ser expresado solo en términos de rendimiento o cambio en la facilidad de realizar una operación cognoscitiva específica. Constituye una forma de memoria implícita. Es decir que la adquisición y la utilización se hacen en forma casi automática sin que el sujeto sea consciente o capaz de situar el periodo, lugar o contexto del aprendizaje.

Durante el envejecimiento, la declinación en la memoria explícita es más importante que en la memoria implícita, sin embargo, esta última también se halla disminuida en relación a los sujetos más jóvenes.

En los subsistemas de la memoria explícita o declarativa, se ha observado que se produce un déficit en la memoria episódica, preservándose la memoria semántica. Un problema asociado a la memoria episódica es que debido a que maneja información nueva, no es posible utilizar esquemas y rutinas sobreaprendidas para codificar y recuperar los acontecimientos.

Las diferencias en el rendimiento mnésico relacionadas a la edad son más o menos marcadas en relación al tipo de prueba utilizada. Así en condición de “*recuerdo libre*” (el

³² Gil, R.: *Manual de Neuropsicología*. Ed. Masson. Barcelona, España. 1999. p 177.

³³ Allegri, R.F.; Tamaroff, L. Op. Cit. pp 78 -79.

sujeto debe recordar libremente las palabras sin ninguna ayuda en particular) la diferencia de rendimiento mnésico entre jóvenes y ancianos es muy importante. Esta diferencia disminuye en condición de “*recuerdo con claves*” (el sujeto debe recordar las palabras aprendidas basándose en claves); finalmente se observa una mejoría aún más importante en condición de “*reconocimiento*” (el sujeto debe reconocer las palabras aprendidas entre un conjunto de palabras distractoras).³⁴

“Se puede concluir que la alteración de la memoria episódica relacionada a la edad es atribuible a una disminución de la eficiencia en términos de dificultades de autoiniciación de las operaciones óptimas de codificación y de recuperación de las informaciones”.³⁵

Respecto a la memoria procedimental, no es afectada por el proceso de envejecimiento. La fuerte implicación de procesos mentales automáticos bien aprendidos se considera uno de los factores que protegen a este tipo de memoria de los efectos del envejecimiento.³⁶

Memoria Prospectiva.

“Estuve varios días esperando ver en la tele un recital y me olvidé”.

“Olvidé saludar a una amiga en el día del maestro”.

“Fui a hacer una llamada a una amiga, conversé 20 minutos y cuando colgué no le formulé un comentario para mí importante”.

“Olvidé que el jueves a la mañana tenía el taller de la memoria y tomé un turno de masajes para el jueves a las 10 horas”.

(Fragmentos extraídos del Autorregistro de Olvidos Diarios (AOD) de los adultos mayores que concurren al Taller de Memoria. SATE. Agosto – Noviembre 2005.)

Se describe por separado la **memoria prospectiva** dado su significado clínico. Kvavilashvili y Ellis la definieron como “el recuerdo de hacer algo en un momento concreto del futuro y la ejecución del plan previamente formulado. En los modelos taxonómicos, la memoria prospectiva forma parte de la memoria episódica o autobiográfica que puede dividirse en retrospectiva (hacia el pasado) y prospectiva (hacia el futuro)”.³⁷

La memoria prospectiva requiere procesos más controlados y elaborados de codificación y recuperación; se halla relacionada con los procesos ejecutivos como función y con la corteza prefrontal como estructura. El punto de unión entre la memoria prospectiva y las funciones ejecutivas puede encontrarse en el SAS, ya que éste interviene en la

³⁴ Mangone, C.A. y cols. Op. Cit. pp 354 – 355.

³⁵ Mangone, C.A. y cols. Op. Cit. p 355.

³⁶ Park, D.; Schwarz, N. Op. Cit. p 80.

formulación de planes; en él se llevan a cabo ensayos mentales; se evalúa, se revisa y se corrige.

El componente atencional es fundamental para la memoria prospectiva, tanto como el buen funcionamiento de la memoria de trabajo.

Los hallazgos indican que la eficacia de la memoria prospectiva disminuye con la edad. Los ancianos tienen grandes dificultades en este tipo de memoria pues se olvidan fácilmente lo que tienen que hacer, por ejemplo la hora de tomar su medicación. No se activa el alerta atencional ni la planificación.

La memoria en el envejecimiento.

- ✓ **¿Memoria Sensorial?** ↓
- ✓ **Memoria a Corto Plazo:**
 - Modelo de Memoria de trabajo ↓
- ✓ **Memoria a Largo Plazo:**
 - Memoria episódica: recuerdo libre ↓; reconocimiento ↑
 - Memoria semántica: conservada.
 - Memoria procedimental: conservada.
- ✓ **Memoria Prospectiva** ↓

Fuente: Elaboración propia.

Atención.

Mesulam³⁸ (1992) define esta función como un conjunto de procesos neurológicos que sirven para focalizar la conciencia sobre la parte relevante del espacio extra e intrapersonal, mientras se inhibe la intrusión de los estímulos distractores. Actualmente no existe una única definición de atención.

Mesulam divide el proceso atencional en:

³⁷ Tirapu-Ustárrroz, J. y cols. Op. Cit. p 479.

- **Atención tónica:** responsable de la vigilancia y concentración y
- **Atención selectiva:** se refiere a la habilidad de dirigir el foco de la vigilancia hacia aspectos relevantes del espacio sensorial.

Las dimensiones tradicionalmente estudiadas de la atención son:

- **Atención sostenida:** es la capacidad de mantener el estado de selectividad atencional durante un período prolongado en la realización de una tarea. (Habilidad para mantener una respuesta durante una actividad continua y repetitiva).
- **Atención selectiva:** es la capacidad para seleccionar, de entre varias posibles, la información relevante que se va a procesar o el esquema de acción apropiado.
- **Atención alternante:** este nivel requiere la capacidad de flexibilidad mental que lleva a la persona a cambiar el foco de atención y realizar tareas que tienen diferentes requerimientos (por ejemplo: en el caso de una secretaria, hablar por teléfono y cobrar, teclear y responder a preguntas).
- **Atención dividida:** es la capacidad de realizar la selección de más de una información a la vez o de más de un proceso o esquema de acción simultáneamente.

En estos momentos, no se puede enfocar la atención como un sistema unitario o como una problemática de una función unitaria, deben plantearse varios componentes, procesos y subprocesos que participan del proceso atencional.

El estudio de la atención como función se plantea coordinado con el resto de los dominios y funciones cognoscitivas.

Lóbulo prefrontal y atención. ⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾

La disminución en la atención, especialmente la capacidad para mantener una adecuada focalización (atención selectiva) o llevar a cabo tareas de atención dividida (dos o más acciones a la vez), se ha asociado con los cambios degenerativos que aparecen en el lóbulo frontal durante el envejecimiento. En relación a la atención dividida, parece existir un acuerdo generalizado que durante el envejecimiento se produce una disminución del rendimiento en tareas duales.

³⁸ Allegri, F.R. y Tamaroff, L. Op. Cit. p 43.

³⁹ Román Lapuente, F. y Sánchez Navarro, J.P.: *Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal*. Anales de Psicología, Vol.14, n°1, pp 27 – 43. Murcia. España. 1998.

⁴⁰ Gil, R. Op. Cit. pp 162-163.

Trabajos en los que se han empleado tareas distractoras sugieren que en los ancianos se produce una disminución en la capacidad para inhibir estímulos irrelevantes dentro de un contexto concreto.

La distractibilidad y la contaminación de las tareas por las estimulaciones procedentes del contexto (efecto de campo, denominado por Luria) testimonian las dificultades atencionales de los sujetos con lesiones frontales. La atención supone la orientación-concentración mental hacia una tarea y la inhibición de las actividades competidoras.

En el campo de la neuropsicología cognitiva, el modelo de Memoria de Trabajo propuesto por Baddeley y cols. está teniendo una gran repercusión porque postula en el control atencional diferentes funciones ejecutivas que pueden verse afectadas por la edad.

Como hemos mencionado anteriormente, el componente central de este sistema de memoria: *el ejecutivo central*, tiene como función esencial regular la cantidad de información que está mantenida en los sistemas subsclavos. Es un generador de recursos, su variable específica es la **ATENCIÓN**. Si alguien habla, la información ingresa en forma auditiva. Si el ejecutivo central no le otorga el recurso atencional a lo que escucha, no recibirá dicha información. Una persona con déficit ejecutivo tiene menos recursos para el tratamiento de la información.

Funciones visoespaciales, visoperceptivas y visoconstructivas.

“Las **funciones visoespaciales** hacen referencia a la capacidad para relacionar la posición, dirección o movimientos de objetos o puntos en el espacio”.⁴¹ A partir de los setenta años comienza a observarse una declinación en la organización visoespacial, también se evidencian dificultades en la orientación espacial, especialmente en la orientación derecha-izquierda.

“Las **funciones visoperceptivas** están implicadas en la distinción de estímulos simbólicos o verbales y configuraciones estimulares, como por ejemplo la identificación de una figura enmascarada entre otras, la identificación de caras no familiares o identificación de una figura a la que falta alguna parte”.⁴² Si bien el déficit en estas funciones es menor

⁴¹Román, F. y Sánchez, J.P. Op. Cit. p 37.

⁴²Román, F. y Sánchez, J.P. Op. Cit. p 37.

que el observado en las visoespaciales, se constata que el rendimiento es inferior al observado en individuos jóvenes.

“Las **funciones visoconstructivas**, aquellas que implican la integración visoespacial y visoperceptiva con la actividad motora, como por ejemplo dibujar figuras tridimensionales, hacer dibujos complejos como una bicicleta o realizar tareas de construcción con cubos, presentan una afeción asociada a la edad”.⁴³

Funciones ejecutivas.

Se han investigado posibles asociaciones del compromiso de la memoria con otros cambios cognoscitivos, concluyendo algunos autores que muchos de estos cambios son consecuencia de una declinación en las **funciones ejecutivas**.

“Las funciones ejecutivas se han definido, de forma genérica, como procesos que asocian ideas simples y las combinan hacia la resolución de problemas de alta complejidad”.⁴⁴ Algunos componentes integrados en el funcionamiento ejecutivo son la memoria de trabajo, la orientación y adecuación de los recursos atencionales, la inhibición de respuestas inapropiadas y la monitorización de la conducta en referencia a estados motivacionales y emocionales del organismo.

Estas funciones representan un conjunto de habilidades cognoscitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de las actividades y de las operaciones mentales, la autorregulación y la monitorización de las tareas, la selección precisa de los comportamientos y las conductas, la flexibilidad cognoscitiva y su organización en el tiempo y en el espacio para obtener resultados eficaces en la resolución de problemas. Estas habilidades hacen referencia a las funciones superiores que operan en situaciones no rutinarias como la novedad, el conflicto o las tareas complejas.⁴⁵

⁴³Román, F. y Sánchez, J.P. Op. Cit. p 37.

⁴⁴ Tirapu-Ustároz, J. y cols. Op. Cit. p 475.

⁴⁵ De Pascale, A. Op. Cit.

Un modelo de la función ejecutiva es el que proponen *Norman y Shallice*, denominado **Sistema de Activación Supervisor (SAS)**.⁴⁶ Este sistema se activa siempre que la selección rutinaria de operaciones resulta inapropiada. Así, el SAS se activará cuando un individuo encuentra peligro, novedad y atracción, y cuando surgen opciones de respuesta que requieren tomar una decisión.

Los autores sostienen que la mayor parte de las operaciones mentales son rutinarias y que la prioridad de un conjunto de acciones sobre otro está determinado por el programa de arbitraje. Sin embargo, cuando surge un problema, estas actividades rutinarias son anuladas por el SAS, el cual asegura que se elabore una respuesta nueva y apropiada. Se predicen dos tipos de dificultades de comportamiento para el caso en que este sistema quede dañado: la **perseveración** y la **distracción**.

“Los procesos cognitivos asociados al lóbulo frontal, en especial a las regiones prefrontales, son de los primeros en sufrir un declive durante el envejecimiento”.⁴⁷ Se observan déficits en algunos tipos de formación de conceptos, evidenciándose mayor concreción que en los sujetos jóvenes. También disminuye la flexibilidad cognoscitiva necesaria para la realización de nuevas abstracciones y nuevos enlaces conceptuales. Por ejemplo, cuando se le solicita a los ancianos que categoricen objetos, los agrupan en función de sus relaciones menos abstractas. A su vez, aparecen déficits en el cambio de categoría, así como tendencias perseverantes. Además, se produce un cambio en el procesamiento inhibitorio, teniendo los ancianos más dificultades tanto para interrumpir una respuesta y adoptar normas nuevas en una tarea como para desestimar estímulos distractores.

Por otra parte, existe una disminución en la capacidad para resolver problemas y en la toma de decisiones. Este déficit es más notable frente a problemas que no resultan familiares o son más complejos. “...la solución de problemas cotidianos está influenciada por las capacidades fluidas (capacidad para adquirir nuevos conceptos y adaptarse a situaciones nuevas) más que por las cristalizadas (capacidades intelectuales aprendidas)”⁴⁸.

⁴⁶ Parkin, A.J.: *Exploraciones en Neuropsicología Cognitiva*. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España. 1999. Cap. 10.

⁴⁷ Román, F. y Sánchez, J.P. Op. Cit. pp 37 – 38.

⁴⁸ Román, F. y Sánchez, J.P. Op. Cit. p 38.

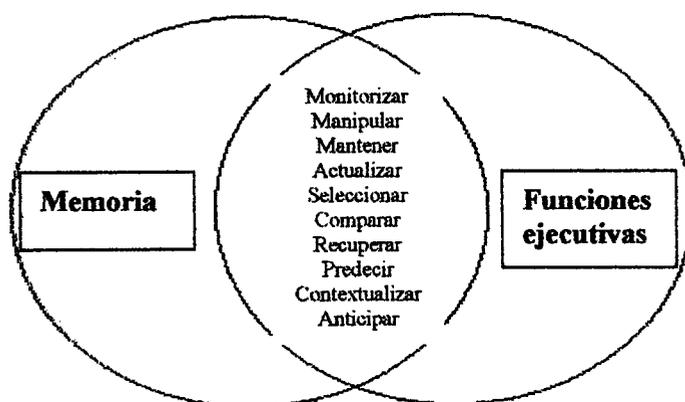
Los déficits de memoria pueden ocurrir como consecuencia de daños en los lóbulos frontales y parece posible atribuir éstos a funciones ejecutivas alteradas. Recientemente se ha argumentado que la pérdida de memoria asociada al envejecimiento tiene la misma causa subyacente que la encontrada tras un daño de los lóbulos frontales.⁴⁹

Múltiples trabajos relacionan el daño frontal con déficit de memoria específicos⁵⁰:

- Afectación de la memoria de trabajo.
- Problemas de metamemoria.
- Amnesia de la fuente⁵¹.
- Dificultades en la memoria prospectiva.

El córtex prefrontal como estructura y los procesos ejecutivos como función desempeñan un papel fundamental en relación con la memoria (ver figura 1). La corteza frontal participa en la organización, búsqueda, selección y verificación del recuerdo de la información almacenada; no interviene en los procesos de almacenamiento per se, sino que media en procesos estratégicos de recuperación, monitorización y verificación.⁵²

Figura 1.



Fuente: Tirapu-Ustárrroz, J. y cols.: *Memoria y funciones ejecutivas*.

Revista de Neurología, 41 (8), p 481. 2005.

⁴⁸ Parkin, A.J. Op. Cit. pp 275-276.

⁵⁰ Tirapu-Ustárrroz, J. y cols. Op. Cit. pp 475-484.

⁵¹ “Este término hace referencia a casos observados en la clínica en los que un paciente puede recordar correctamente un hecho o información concreta, pero no logra recordar cuando o dónde adquirió ese conocimiento, es decir, no recuerda la fuente ni el contexto donde aprendió esa información”. Los problemas de memoria de la fuente se presentan especialmente en niños y en el envejecimiento, al coincidir con una menor riqueza sináptica en la corteza frontal. (Tirapu-Ustárrroz, J. y cols. Op. Cit. p 479).

⁵² Tirapu-Ustárrroz, J. y cols. Op. Cit. pp 475-484.

Lenguaje.^{(53) (54)}

El lenguaje es, entre todas las funciones cognoscitivas, la que menos declina durante el envejecimiento, a excepción de que exista una pérdida auditiva o cualquier otra alteración importante relacionada con el aparato fonador que produzca cambios en la comunicación.

Generalmente, las dificultades más habituales se relacionan con:

❖ **el acceso a las redes léxicas**, los ancianos presentan dificultades importantes en el acceso al léxico: problemas para encontrar la palabra adecuada para nombrar objetos, con un incremento en los episodios de tener la palabra “en la punta de la lengua”, además de las dificultades que manifiestan sobre todo cuando se trata de recuperar nombres propios.

❖ **disminución de la fluencia verbal**: Román y cols.⁵⁵ señalan que frente a una consigna fonética (emitir palabras de forma espontánea que comiencen por una determinada letra) el rendimiento de los sujetos es superior al que se observa ante una consigna semántica (emitir palabras que se relacionen con una categoría semántica, por ejemplo: nombres de animales).

Por el contrario, Butman y cols.⁵⁶ encontraron mayores rendimientos en fluencia semántica que en fluencia fonológica.

❖ **dificultades en la comprensión de estructuras gramaticales complejas**: a diferencia de la lectura, donde uno puede volver atrás para repasar una frase cuyo significado no ha quedado claro, en la percepción del lenguaje hablado, este proceso ha de hacerse en la memoria. En relación a esto, los ancianos evidencian mayores dificultades para comprender el lenguaje con estructuras complejas que supongan una carga adicional para la capacidad

⁵³ Román, F. y Sánchez, J.P. Op Cit. pp38-39.

⁵⁴ Juncos Rabadán, O. y cols.: *Problemas de acceso léxico en la vejez. Bases para la intervención*. Anales de psicología, Vol. 14, n°2, pp 169 – 176. Murcia, España. 1998.

⁵⁵ Román, F. y Sánchez, J.P. Op Cit. pp 38 – 39.

⁵⁶ Butman, J., Allegri, F.R., Harris, P., Drake, M.: *Fluencia verbal en español: datos normativos en Argentina*. Medicina, vol. 60, N° 5/1, pp 561 – 564. Buenos Aires. 2000.

de la memoria. Sin embargo, cuando escuchan oraciones cortas, de sintaxis sencilla, su comprensión y recuerdo mejoran.

❖ **declinación en la descripción de objetos comunes.**

❖ El vocabulario pasivo aumenta o se mantiene: los ancianos reconocen y comprenden tantas o más palabras que los jóvenes, dependiendo del nivel cultural.

❖ El conocimiento conceptual no parece deteriorarse con la edad, sino que parece incrementarse en los ancianos.

Todo parece indicar que las dificultades léxicas en los ancianos responden más a un problema de ejecución que de competencia. El conocimiento léxico se mantiene, tanto desde el punto de vista conceptual, semántico y fonológico. Lo que se observa fundamentalmente es una dificultad para acceder a este conocimiento que se manifiesta en: incapacidad para encontrar los nombres (especialmente de personas o de poca frecuencia); un aumento de los tiempos de reacción y el uso de paráfrasis como estrategia compensatoria.⁵⁷

Para Luria (1976) la dificultad para encontrar el nombre se debe, no a la ausencia de la palabra correspondiente, sino a la competición por parte de muchas alternativas superfluas que complican el proceso de selección.

Los déficits en el acceso léxico frecuentes en las personas mayores se han intentado explicar de dos maneras: como una alteración en la **transmisión** (Burke, Mackay y cols. 1991), o bien como una alteración en el proceso de **activación – inhibición** (Zacks y Hasher. 1994). Según la primera teoría, la emisión de una palabra se hace difícil porque hay un debilitamiento en las conexiones entre los diferentes niveles representacionales. Según la segunda la emisión de palabras puede bloquearse por la presencia de información irrelevante que no es inhibida adecuadamente.

Las teorías de la transmisión y de la inhibición no se contraponen sino que pueden explicar aspectos distintos de los problemas léxicos en la vejez que tienen su base en

⁵⁷ Juncos Rabadán, O. y cols. Op. Cit. pp 169 – 176.

alteraciones del sistema cognoscitivo general: **el enlentecimiento cognoscitivo y problemas atencionales e inhibitorios.**

Según Debora Burín, en el envejecimiento, el declive no abarca todas las funciones sino que se observa el “**Patrón clásico de envejecimiento**”⁵⁸:

❖ **Inteligencia fluida** (vs. cristalizada): atención, procesos viso- espaciales, abstracción y razonamiento.

❖ **Percepción.**

- Agudeza y velocidad perceptiva.*
- Percepción de color, orientación de líneas, formas.

❖ **Atención.**

- Amplitud.
- Atención sostenida (resistencia a la fatiga). *
- Atención focalizada (resistencia a la interferencia). *
- Atención selectiva (velocidad búsqueda visual). *

❖ **Funciones viso- espaciales y viso- constructivas.**

- Reconocimiento de objetos.
- Viso- construcción.
- Manipulación espacial de imágenes mentales. *

❖ **Memoria y aprendizaje.**

- Curva de aprendizaje.
- MCP / MLP. *
- Memoria episódica * / semántica.

⁵⁸ Burín, D.: Jornadas de actualización llevadas a cabo en el Servicio de Medicina Preventiva (SATE). HPC. Mar del Plata. 1995.

- Procesamiento con esfuerzo: codificación, almacenamiento, recuperación. *
- Memoria de procedimientos (implícita).
- Memoria remota.
- Memoria prospectiva. *

❖ **Lenguaje.**

- Expresivo (habla) / Receptivo (comprensión).
- Repetición.
- Comprensión y emisión a nivel de fonema, palabra, frase, discurso.
- Lecto-escritura.
- Ritmo y melodía.
- Denominación. *
- Fluencia. *

❖ **Cálculo.**

❖ **Praxias.**

- Ideomotoras.
- Ideatorias.
- Buco-lingo-faciales.
- Praxia del vestir.

❖ **Funciones ejecutivas.**

- Mantenimiento, inhibición y cambio atencional. *
- Evocación, fluencia. *
- Estrategias de organización.

*Funciones que declinan durante el envejecimiento.

❖ **Funciones “superiores”.**

- Abstracción y conceptualización. *
- Resolución de problemas y razonamiento deductivo e inductivo. *

Para Junqué y Jódar ⁵⁹, desde el punto de vista neuropsicológico, el patrón de deterioro normal debido al envejecimiento tiene las mismas características, aunque en diferente grado, que el deterioro descrito en las demencias subcorticales. Las características de la demencia subcortical fueron descritas de la siguiente manera:

- ❖ Alteración de la memoria de evocación,
- ❖ Enlentecimiento del pensamiento (bradifrenia),
- ❖ Cambios emocionales y de personalidad (apatía, depresión e irritabilidad),
- ❖ Afectación de la capacidad de manipular los conocimientos previamente adquiridos.

No se puede dejar de mencionar que los cambios que experimentan las funciones cognoscitivas durante el envejecimiento, están relacionados con cambios neurofisiológicos y neuroanatómicos. Desde el punto de vista anatómico, en el cerebro del sujeto anciano se observa una pérdida de peso y volumen cerebral, una relativa disminución del volumen de la sustancia gris y un aumento de los surcos corticales. Las técnicas de neuroimagen permiten evidenciar estos cambios estructurales en cerebros de sujetos normales de edad avanzada.

Sin desconocer los interesantes aportes que estas perspectivas cognitivas brindan para el trabajo de la memoria con los sujetos ancianos, desde Terapia Ocupacional se considera que es un reduccionismo desprender la capacidad de la memoria de su carácter intersubjetivo y contextual.

⁵⁹ Junqué, C.; Jódar, M.: *Velocidad de procesamiento cognitivo en el envejecimiento*. Anales de Psicología, Vol. 6 (2), pp 199-207. 1990.

Los procesos cognoscitivos en la vejez, entre ellos la memoria, se encuentran atravesados por la historicidad que se singulariza en cada sujeto. El uso que los adultos mayores hacen de sus recursos cognoscitivos y particularmente de la memoria, siempre está mediado por el *contexto ecológico* en el que se desarrolla y más aún, por la significación que el mismo sujeto le atribuye. Es por esto, que para un abordaje integral se debe tener en cuenta al **SUJETO** que recuerda y olvida, el **CÓMO** recuerda y olvida, el **CUÁNDO** recuerda y olvida y el **CONTENIDO** de lo que recuerda y olvida (vivencias personales, saberes, creencias, sentimientos, etc.), sin dejar de lado lo sincrónico (el aquí y ahora) y lo diacrónico (la historicidad que se entrama con lo social).

Es importante acompañar los cambios que tienen lugar durante el envejecimiento con espacios que posibiliten la reflexión y la autorregulación de los conocimientos de cada sujeto. Así, la estimulación cognoscitiva, pretende favorecer el uso reflexivo de las capacidades cognoscitivas al incorporar estrategias o procedimientos para mejorar su funcionamiento, favoreciendo además, la resignificación de los logros personales y mejorando la autoestima.

Además, tener un conocimiento de estos cambios permite brindarle a los sujetos ancianos las estrategias adecuadas para que puedan llevar a cabo sus actividades de la vida diaria con la mayor eficacia y eficiencia posible.

Capítulo 5.

La Metamemoria.

En la década de 1970 comienzan las investigaciones sobre la metamemoria en los adultos mayores. Antiguamente existía escasa necesidad de teorizar acerca de lo que las personas mayores sabían o creían acerca de la memoria, dado que se consideraba que la declinación cognoscitiva era un proceso inevitable. Posteriormente, a medida que fue quedando claro que el desarrollo de la memoria en la vejez depende del tipo específico de memoria que se evalúe y de las diferencias individuales, la metamemoria pasó a ser una de las potenciales variables explicativas. Es así como se constituye en un ámbito significativo dentro del marco de la memoria.

Aunque el concepto de **metamemoria** se ha ido modificando con el correr de los años, “en general se refiere al conocimiento acerca de cómo recordamos, los procesos de control del procesamiento de la memoria y las creencias que mantenemos acerca de ella”.⁶⁰

Dixon y Hertzog (1988) definen la **metamemoria** como “el conocimiento y creencias que las personas tienen sobre el funcionamiento, evolución, limitaciones y capacidades de su propia memoria y el sistema humano de memoria”.⁶¹

Tirapu-Ustárrroz y cols. sostienen que la metamemoria “implica aspectos tan complejos como la estimación de la capacidad de nuestro aprendizaje, la selección de las estrategias de memorización, la evaluación o monitorización del aprendizaje, la conciencia de lo que conozco y no conozco o las creencias sobre nuestra memoria”.⁶² Todos ellos son procesos muy relacionados con el funcionamiento ejecutivo. Según estos autores la metamemoria es la confluencia entre la memoria episódica y semántica (lo que sé y lo que conozco que sé). Esta confluencia se lleva a cabo en el córtex prefrontal.

“En la literatura se pueden encontrar tres ámbitos de investigación en metamemoria. La primera fuente de estudios proviene del área educativa y evolutiva, y se dirigen a investigar cómo se adquiere y cómo evolucionan los conocimientos que tienen los sujetos de su memoria. Otra línea de investigación la constituyen los estudios experimentales

⁶⁰ Park, D.; Schwarz, N. Op. Cit. p 118.

⁶¹ Pérez, M. y cols. Op. Cit. p 49.

⁶² Tirapu-Ustárrroz, J. y cols. Op. Cit. p 478.

centrados en investigar los conocimientos que los individuos tienen sobre los contenidos de su propia memoria, cómo han sido almacenados y cómo pueden ser recuperados. Por último, la tercera línea de investigación estudia las creencias que tienen los sujetos sobre su memoria, enfatizando el concepto autobiográfico”.⁶³ Esta diversidad en cuanto a los campos de investigación, se corresponde con distintas formas de conceptualizar la metamemoria.

Inicialmente fue Flavell quién definió en 1971 el concepto de metamemoria, haciendo hincapié en una serie de funciones que se suelen agrupar en dos grandes categorías: “a) el control ejecutivo, que incluye las capacidades de trazarse metas, diseñar planes para alcanzar esas metas, ejecutar esos planes, controlar esta ejecución adaptándola a las demandas cambiantes de la situación, comparar el producto final con la meta y controlar, a lo largo del proceso, el uso y distribución de los recursos atencionales en vistas a poner en juego en cada momento las estrategias más eficaces, b) la autoconciencia de memoria o conocimiento que tiene un individuo acerca del funcionamiento de su memoria”.⁶⁴

El control del uso de las estrategias de almacenamiento y recuperación de la información, es quizá la función de metamemoria más estudiada dentro del paradigma cognoscitivo. El buen funcionamiento de este control nos permite evaluar que recursos son necesarios en cada momento, logrando con ello una distribución óptima de los mismos. Además, este control crea expectativas de desempeños futuros y permite planificar la mejor manera de acordarse en el futuro (por ejemplo, hacer una lista), esto se relaciona con la memoria prospectiva, la cual desempeña un papel esencial en la memoria cotidiana.

En cuanto a la autoconciencia de memoria, o conocimiento que tiene un individuo acerca de sus procesos y capacidades de memoria, incluye su conocimiento y/o sus creencias acerca de ⁶⁵:

a) cuáles son las leyes que gobiernan el funcionamiento de la memoria en general y su propia memoria en particular. Por lo general, las personas poseen mayor o menor cantidad de conocimientos acerca de las leyes que rigen el funcionamiento de la memoria. Por ejemplo, se puede creer que la mejor manera de no olvidar la información es repitiéndola

⁶³ Pérez, M. y cols. Op. Cit. p 49.

⁶⁴ Benedet, M.J.; Seisdedos, N. Op. Cit. p 25.

⁶⁵ Benedet, M.J.; Seisdedos, N. Op. Cit.

numerosas veces o bien organizándola mentalmente; también se puede creer que la memoria se deteriora con la edad. El individuo adquiere estas creencias no solo a partir de su experiencia sino también de fuentes externas. Estas creencias determinarán el uso y elección de las estrategias de memoria.

b) cuál es el funcionamiento de su memoria. La metamemoria lleva a cabo una evaluación sistemática del funcionamiento de la memoria y lo compara con lo que cree ser el funcionamiento de la memoria de los individuos “normales”, generando sentimientos de satisfacción o insatisfacción, según ese funcionamiento se ajuste o no a las expectativas del sujeto. Como consecuencia de esto, los individuos suelen preguntarse si su memoria es normal o si están perdiendo la memoria progresivamente. Según Herrmann (1982), las creencias acerca del funcionamiento de la propia memoria tienen dos orígenes: por un lado, la observación por parte del sujeto de su funcionamiento en las tareas de memoria; y por el otro, la información que éste recibe de los demás acerca del funcionamiento de su memoria. De los diversos cuestionarios utilizados para evaluar estas creencias, se desprende que las mismas suelen ser estables, pero poco exactas.

A su vez, es necesario considerar el estado afectivo del individuo. En el caso de individuos depresivos, quienes tienden a autoevaluarse negativamente, las quejas de un mal funcionamiento de la memoria son más frecuentes que en el resto de la población. Si bien el déficit de memoria figura entre los síntomas característicos de la depresión, se ha observado que las atribuciones acerca del propio funcionamiento de la memoria influyen de modo importante en ese funcionamiento. En general, las atribuciones cuando son inferiores a las expectativas estarían en la base de las quejas de memoria.

c) cuál es su fondo de conocimientos. Otro aspecto de la metamemoria es el conocimiento que tiene un individuo acerca de lo que sabe y de lo que no sabe, es decir, la evaluación que hace acerca de la disponibilidad en su almacén de memoria de una determinada unidad de información, de su capacidad de acceder a ella y del grado de veracidad o exactitud de dicho elemento de información.

Por su parte, Cavanaugh en 1989 se refiere a la metamemoria en términos de conciencia de memoria y la divide en tres categorías:

- **conciencia sistémica:** es la conciencia del sistema de memoria y de cómo funciona éste;
- **conciencia epistémica:** es el conocimiento o acceso a información relacionada con la amplitud y estabilidad de los contenidos almacenados, es decir, el conocimiento de lo que sabemos, y
- **conciencia en funcionamiento:** es el control ejecutivo de la memoria.

La conciencia epistémica es estática ya que se refiere al contenido per se; mientras que la conciencia sistémica y en funcionamiento son dinámicas, dado que se relacionan con operaciones cognoscitivas que se ejecutan sobre un contenido. Estas tres modalidades de metamemoria son interdependientes.

En 1994, Hertzog y Dixon presentaron una taxonomía de la metamemoria con tres categorías generales:

- “conocimiento declarativo de tareas y procesos de memoria, definido como el conocimiento acerca de cómo funciona la memoria y la viabilidad de conductas estratégicas precisas en la situaciones que requieren de los procesos mnemónicos;
- control de la memoria, definido como la conciencia acerca del estado actual del sistema de memoria propio; y
- creencias autorreferidas sobre la memoria”.⁶⁶

A partir de esta revisión, se observa que en los últimos años se ha puesto mayor énfasis en el estudio de la metacognición, sobre todo en el ámbito de la metamemoria. Se ha evidenciado que ésta última no solo desempeña un papel central en los procesos de memoria sino también en los procesos cognoscitivos en general.

Metamemoria y Envejecimiento.

Las distintas investigaciones realizadas indican que existe una relación bidireccional entre el autoconcepto sobre el funcionamiento de la memoria y el funcionamiento real. A

⁶⁶ Park, D.; Schwarz, N. Op. Cit. p 120.

continuación, se describirá cómo evoluciona dicha relación durante el envejecimiento teniendo en cuenta para ello distintos estudios realizados sobre el tema.

Cavanaugh (1989) observó que los adultos mayores presentan más fallas mnésicas que los jóvenes, y manifiestan más quejas de memoria sobre todo en lo que a nombres, objetos y rutinas se refiere. El autor señala que generalmente, las fallas ocurren cuando deben recuperar información que no han utilizado recientemente, cuando están cansados o bajo condiciones de estrés. Además, sostiene que si hubiera un aumento de la conciencia en funcionamiento con la edad, esto traería aparejado un aumento de la conciencia de las fallas de memoria y mayor preocupación, lo que a su vez produciría un aumento del control que llevaría a una mayor conciencia. Según Cavanaugh, esta espiral podría ser la responsable del **aumento de las quejas de memoria con la edad** y manifiesta que este incremento no se correlacionaría con el funcionamiento real en memoria. También hace hincapié en la importancia de "...no deducir un aumento importante del olvido con la edad sólo porque los ancianos se quejan de él y de investigar, en cambio, hasta qué punto un aumento de la conciencia de la memoria en funcionamiento es responsable de esas quejas".⁶⁷

Lachman y cols. (1979) plantean dos hipótesis en relación al tema:

- Si se produce una **declinación de la metamemoria durante el proceso de envejecimiento**, los individuos demostrarán un peor desenvolvimiento en la vida cotidiana.
- Si la **metamemoria mejora con la edad**, también mejorará el funcionamiento de la memoria cotidiana, aún en presencia de un déficit ligero de la memoria. Si así fuera, la metamemoria desempeñaría el papel de un mecanismo compensatorio del déficit.

Luego de realizar diversos estudios para verificar estas hipótesis, los autores concluyen que **la metamemoria se mantiene en la tercera edad**, al menos en ausencia de daño orgánico.

Murphy y cols. (1981) llevan a cabo un estudio en el que solicitan a dos grupos de sujetos (adultos jóvenes y ancianos) que predigan su ámbito de recuerdo para una serie de dibujos simples. Mientras los ancianos tendían a sobreestimar su recuerdo y dedicaban menos tiempo a estudiar la información; los sujetos jóvenes tendían a infraestimarla. Los

⁶⁷ Benedet, M.J.; Seisdedos, N. Op. Cit. p 37.

autores concluyen que los adultos mayores presentan un **déficit de metamemoria** que no les permite ser conscientes de que necesitan más tiempo para aprender la información.

Devolder y cols. (1990) destacan la influencia del estereotipo del deterioro de la memoria con la edad sobre las infraestimaciones de los sujetos ancianos. Respecto a las sobreestimaciones de éstos, señalan que la autopercepción del funcionamiento de la memoria no se adecua a los cambios reales de dicho funcionamiento durante el envejecimiento.

Los diversos estudios realizados sobre los cambios de la metamemoria que se producen en los adultos mayores, han arribado a conclusiones contradictorias. Esto podría deberse a que las distintas investigaciones utilizan tareas, situaciones y muestras no comparables. Por otra parte, variables como la motivación, el nivel educativo, entre otras no siempre han sido controladas en forma adecuada.

Cavanaugh sostiene "...la memoria está fuertemente influenciada por toda una serie de factores relacionados con la personalidad, el contexto social y los juicios acerca de la propia capacidad".⁶⁸ Es imprescindible tener en cuenta estos factores al momento de abordar al sujeto anciano que presenta quejas subjetivas de fallas mnésicas.

En cuanto a las percepciones que los adultos mayores tienen acerca de sus capacidades de memoria, Dixon y Hertzog consideran que éstas influyen sustancialmente en la ejecución. Además, se debe tener en cuenta que existen diferencias en la exactitud de las percepciones que tienen distintos ancianos (**variabilidad entre individuos**) y en el grado en que éstas percepciones son estables en un mismo individuo (**variabilidad intraindividual**).

En todas las líneas de investigación citadas anteriormente, se observa el componente subjetivo de la evaluación, es decir, los informes de los sujetos no son índices reales de su ejecución en las tareas de memoria, sino que nos informan sobre cómo perciben su ejecución y el sistema de memoria.

⁶⁸ Benedet, M.J.; Seisdedos, N. Op. Cit. p 40.

Capítulo 6.

Memoria Cotidiana.⁽⁶⁹⁾ (70)

En 1978, Neisser en la conferencia sobre “aplicaciones prácticas de la memoria”, llevada a cabo en el Reino Unido denuncia, lo que él considera un divorcio entre las investigaciones sobre memoria que se llevan a cabo en el laboratorio, y los requerimientos de memoria en la vida cotidiana. A partir de este momento, se trata de conferir mayor “validez ecológica” a los trabajos de laboratorio. Se produce entonces la eclosión de los estudios de la “memoria de la vida cotidiana”.

Conway (1991) señala que, aunque el concepto de **memoria cotidiana** hace referencia a la memoria episódica, este último término ha sido utilizado exclusivamente para referirse a los estudios de laboratorio en los que la mayoría de las variables están controladas. Por el contrario, en el mundo real, el acto de recordar tiene lugar en el contexto de la vida del individuo y está estrechamente relacionado con sus conocimientos previos, con sus metas futuras y con los significados personales. Por este motivo, las conclusiones procedentes de la investigación sobre memoria episódica y las procedentes de investigación sobre memoria cotidiana pueden no ser coincidentes.

A continuación, se describen los principales temas que se estudian bajo la denominación de memoria cotidiana, los cuales contribuyen a la definición del concepto:

- **Memoria espacial.** Hace referencia a cuestiones como por ejemplo hasta qué punto un individuo recuerda un recorrido desde el comienzo hasta el final. Un tema que ha sido objeto de una investigación diferenciada es el de la *memoria para las ubicaciones inusuales*, ésta se refiere a la ubicación de un objeto escondido de modo intencional y premeditado en un lugar inusual.
- **Memoria autobiográfica.** Elemento esencial de nuestra identidad personal.
- **Memoria para las caras.** En esta se puede distinguir: a) la identificación de caras, y

⁶⁹ Benedet, M.J.; Seisdedos, N. Op. Cit. Cap. III.

⁷⁰ Benedet, M.J.: *Evaluación de la memoria en la clínica neuropsicológica*. Revista Neurológica (Barcelona), Vol. 24, nº132, pp 914 – 920. 1996.

b) el reconocimiento de caras. En la vida cotidiana suele darse otro proceso denominado recuerdo de caras: recordamos una cara cuando intentamos describírsela a alguien, intentamos visualizarla o dibujarla de memoria. La memoria de caras puede variar enormemente entre las personas que no presentan trastornos de memoria.

- **Memoria para los nombres.** Se suele diferenciar entre memoria para los nombres comunes y la memoria para los nombres propios, por tratarse de dos habilidades independientes.
- **Memoria para las actividades.** Es decir, hasta qué punto un individuo recuerda si ha hecho o ha dejado de hacer algo que había proyectado o que suele rutinariamente efectuar (el sujeto suele preguntarse por ejemplo: ¿He apagado las luces del auto?, ¿He cerrado la llave del gas?).
- **Recuerdo de información antigua.** Se centra en la información de naturaleza sociohistórica y trata de averiguar si la edad del sujeto cuando esos hechos ocurrieron, y su edad actual influyen en los recuerdos.
- **Memoria para los acontecimientos reales vs. los acontecimientos imaginados.** Es la capacidad para discriminar entre el recuerdo de los acontecimientos reales y el de los acontecimientos imaginados.

Hasta comienzos de los años '80 la evaluación de la memoria estaba restringida a los estudios de laboratorio. Teniendo en cuenta que no todas las conductas pueden ser provocadas en el laboratorio, se ha tendido a restringir la investigación a aquellas conductas más fáciles de provocar y en las que intervienen variables más fáciles de controlar. Son especialmente difíciles de reproducir en el laboratorio los requerimientos de los procesos de memoria que hacen las situaciones más comunes de la vida cotidiana, tales como acordarse de acudir a una cita, de hacer una llamada telefónica o de dónde hemos estacionado el auto.

La memoria cotidiana abarca una serie de temas cuya importancia habría sido difícil de detectar en el ámbito del laboratorio. Sin embargo, una vez detectados y estudiados en la vida cotidiana, pueden ser llevados al laboratorio para ser tratados de un modo más sistemático. Ambos estudios de un mismo tema son complementarios.

Memoria Cotidiana y Envejecimiento.

En relación a la memoria cotidiana, es escaso lo que se sabe acerca de los cambios que experimenta con la edad. Como hemos mencionado anteriormente el funcionamiento de la memoria de los adultos mayores puede ser incluso mejor que el de los jóvenes si se dan ciertas condiciones contextuales, las cuales es más probable que se den en la vida cotidiana que en el laboratorio.

La creciente comprensión de los mecanismos básicos que subyacen a los cambios en el funcionamiento cognoscitivo asociado a la edad, ha dado lugar a un aumento en el interés por el significado de estos cambios en el funcionamiento cotidiano de las personas mayores. Aunque el descenso en la velocidad de procesamiento y en la memoria trabajo da como resultado un declive en muchas conductas cotidianas, este declive es menor del que cabría esperar y a veces es incluso imperceptible. La evidencia sugiere que los adultos mayores llevan a cabo muy bien las tareas en las que son expertos cuando las realizan en entornos familiares. El impacto de los déficits cognoscitivos es mayor cuando se encuentran en ambientes desconocidos y cuando tienen que llevar a cabo tareas que son nuevas para ellos.

Martin (1986) y Perlmutter (1978) señalan que, en el entorno cotidiano, la edad no conlleva un déficit de memoria generalizado, sino que mientras ciertos aspectos del funcionamiento de la memoria se deterioran otros parecen mejorar. Los ancianos suelen informar que tienen mejor rendimiento en tareas cognoscitivas que se benefician con una mejor capacidad de organización (por ejemplo, acordarse de las citas, de pagar las facturas.), que las que requieren memoria automática (números de teléfono, nombres de personas).

La vida cotidiana se encuentra fundamentalmente afectada por la pérdida de **memoria episódica y prospectiva**. Los eventos cotidianos no pueden ser codificados en lugar y tiempo, por ejemplo, la persona no puede recordar qué desayunó. En la rutina diaria se producen omisiones debido a la pérdida de memoria prospectiva la cual activa los planes

de acción en el momento adecuado, por ejemplo, la persona puede olvidarse de acudir a una cita.⁷¹

⁷¹ Grieve, J.: *Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales*. 2ª edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España. 2000.

Capítulo 7.

El Olvido.

“En la quinta década había empezado a imaginarme lo que era la vejez cuando noté los primeros huecos de la memoria. Sabaneaba la casa buscando los espejuelos hasta que descubría que los llevaba puestos, o me metía con ellos en la regadera, o me ponía los de leer sin quitarme los de larga vista. Un día desayuné dos veces porque olvidé la primera, y aprendí a reconocer la alarma de mis amigos cuando no se atrevían a advertirme que les estaba contando el mismo cuento que les conté la semana anterior. Para entonces tenía en la memoria una lista de rostros conocidos y otra con los nombres de cada uno, pero en el momento de saludar no conseguía que coincidieran las caras con los nombres. (...)

...En cambio, es un triunfo de la vida que la memoria de los viejos se pierda para las cosas que no son esenciales, pero que raras veces falle para las que de verdad nos interesan. Cicerón lo ilustró de una plumada: No hay un anciano que olvide dónde escondió su tesoro”.

“Memoria de mis putas tristes”

Gabriel García Márquez.

Desde que se comenzó a investigar “el problema del olvido” se plantea la hipótesis de la alteración en alguna de las siguientes etapas:

- Ingreso de información: **CODIFICACION.**
- Retención en el tiempo: **ALMACENAMIENTO.**
- Recuperación.

Cuando se “olvida” puede suceder que no se codificó, no se retuvo en el tiempo, o no se pudo recuperar.

La problemática del recuerdo puede explicarse como ⁷²:

a) Debilitación de la huella mnésica: la huella mnésica es el trazado que supone el ingreso de información. El debilitamiento de esta, estaría relacionado con la ineficacia, entre los índices de “codificación” y los índices de “recuperación” (si los índices no son los mismos no se produce el equilibrio que permite recordar normalmente). Entonces ¿por qué

⁷² Pellegrini, M.: *Memoria*. Material brindado en curso de Introducción a la Neuropsicología Cognitiva. Sociedad Argentina de Geronto Neuropsiquiatría (SAGNP). Mar del Plata. Junio – Noviembre. 1999.

olvidamos?. Porque existió un proceso deficiente en la codificación, o porque no se almacenó la información, o porque no fue posible recuperar.

b) Fenómeno de interferencia: este fenómeno provoca que la huella mnésica se pierda porque hay otra información que la desplaza e interfiere. Esta interferencia no permite la consolidación (codificación) o recuperación. Las interferencias pueden ser *proactivas* (la incorporación del nuevo material está forzando a la memoria, interfiriendo sobre lo ya aprendido) o *retroactivas* (recuperación del material antiguo que aparece entre el nuevo).

Hasher y Zacks ⁷³ consideran que una falla en los mecanismos de inhibición tendría consecuencias sobre el olvido, ya que se incrementaría la posibilidad de que información no relevante accediera a la memoria de trabajo y, recibiera mayor activación de la que hubiese recibido. Esta situación, daría lugar a las circunstancias ideales para que operasen dos de los mecanismos clásicos del *olvido*: **una codificación deficiente de la información, y una mayor competencia entre informaciones relacionadas.**

Según Dalmás, los motivos por los que consultan los individuos con quejas de fallas mnésicas suelen ser muy variados. A continuación se detallarán los de observación más frecuente en la clínica ⁷⁴:

❖ *Alteraciones de la memoria episódica (olvidos episódicos).*

Se dividen en olvidos hacia el pasado y hacia el futuro (elementos a recordar en un momento específico del futuro).

a) Olvidos hacia el pasado:

- Pérdida de objetos de uso frecuente: es uno de los motivos de consulta más habitual. El sujeto no encuentra, ni recuerda dónde coloca cosas y elementos de uso personal que utiliza continuamente como por ejemplo anteojos, llaves, billetera.
- Desorganización temporal de la biografía y el pasado reciente: el sujeto olvida los acontecimientos del día, hechos más o menos recientes, repite las mismas preguntas. No recuerda el contenido de conversaciones mantenidas, así como haber ido a determinado

⁷³ Pousada, M. Op. Cit.

⁷⁴ Dalmás, F.: *La memoria desde la neuropsicología*. Editorial Roca Viva. Montevideo, Uruguay. 1993.

lugar, haber recibido visitas en su domicilio. En ocasiones olvida hechos biográficos diversos (por ejemplo: actividades desarrolladas, viajes realizados.) y otros elementos de su pasado.

b) **Olvidos hacia el futuro (denominados por otros autores memoria prospectiva):**

En este tipo de olvidos el sujeto se queja de que no recuerda una tarea planificada con antelación o programada: una cita, una fecha de importancia, cobros o pagos, toma de medicamentos, entre otras.

❖ ***Olvidos del lenguaje.***

El individuo se queja de que olvida o no encuentra algunas palabras, especialmente nombres propios, nombres de medicamentos, sustantivos y nombres de calles.

❖ ***Olvidos topográficos.***

El sujeto se pierde en lugares bien conocidos previamente como por ejemplo, en su barrio o cuadra. Tiene dificultades para aprender un trayecto que conoce hace poco tiempo y que debe realizar actualmente, como así también para explicar a otra persona trayectos que le son conocidos. Tiene dificultad para reconocer un lugar que conoce desde hace tiempo.

En su casa, no encuentra objetos que están siempre en el mismo sitio; si cambia el lugar habitual de estos, tiene dificultades para aprender el nuevo sitio.

❖ ***Olvidos Agnósicos.***

Este tipo de olvido implica la falla en el reconocimiento de rostros. Tiene dificultades para reconocer la cara de personas a las que conoce desde hace tiempo y con las que se ve regularmente. Puede suceder que se de cuenta que conoce la persona pero no puede evocar su nombre ni de donde la conoce. Dificultades en el reconocimiento de personas famosas.

❖ ***Olvidos apráxicos o de destreza.***

Los familiares o el sujeto pueden consultar porque este último ya no realiza ciertas tareas que antes realizaba o se muestra reacio a cumplirlas cuando se lo invita, dando múltiples excusas (sobre todo si se trata de una tarea compleja). Tiene dificultades para

recordar el modo de uso de ciertos objetos y para aprender el modo de uso de objetos que nunca había utilizado.

❖ **Olvidos o fallas atencionales.**

Son un motivo de consulta muy frecuente. El sujeto se queja de que presenta episodios de “mente en blanco” en los que no recuerda lo que estaba haciendo o se proponía hacer. Olvida el lugar en el que acaba de colocar un objeto y no sabe lo que ha hecho con él; olvida objetos personales (llaves, anteojos) cuando se va de un lugar. El sujeto se olvida de hacer algo que antes hacía automáticamente (ej: olvida apagar la hornalla luego de haber cocinado). Entra a una habitación para hacer algo y no sabe qué era lo que tenía que hacer.

Dado que el envejecimiento y la enfermedad de Alzheimer en su inicio comparten el “olvido”, es importante distinguir cuándo estamos frente a un olvido “benigno” y cuándo frente a un olvido “patológico”:

Olvidos. Diagnóstico diferencial.

Olvido Benigno.	Olvido Patológico.
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para recordar datos relativamente poco importantes (nombres, lugares, fechas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para recordar datos importantes recientes.
<ul style="list-style-type: none"> • Conservación del recuerdo de la experiencia en sí. 	<ul style="list-style-type: none"> • Olvidar una situación completa.
<ul style="list-style-type: none"> • Los datos no recordados, pueden ser evocados en otra oportunidad (más tarde). 	<ul style="list-style-type: none"> • No recordar posteriormente lo olvidado.
<ul style="list-style-type: none"> • Los sujetos son conscientes de su déficit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los sujetos minimizan el problema.
<ul style="list-style-type: none"> • Tratan de compensarlo con rodeos o, en oportunidades, disculpase por sus olvidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay algún episodio de confusión en la calle o desorientación.
	<ul style="list-style-type: none"> • La función intelectual impresiona como disminuida.

Fuente: Allegri, R.F.y cols.: *Manual para los familiares y el equipo de salud.*

Ed. Polemos. 1ºed. Buenos Aires. 2003. p 51.

Capítulo 8.

Evaluación Clínica de las Quejas de Memoria en la Vida Cotidiana. Cuestionario de Olvidos Cotidianos (COC).⁽⁷⁵⁾

El **Cuestionario de Olvidos Cotidianos (COC)** ha sido ideado para ser aplicado a aquellos pacientes que acuden a la consulta de un especialista *quejándose* de pérdida de memoria.

El COC es la versión castellana del *Questionnaire d'auto-évaluation de la Mémoire (Q.A.M.)* (Cuestionario de Autoevaluación de la Memoria) de Van der Linden, Wyns, Coyette, Von Frenckell y Seron (1988). Dicha versión fue realizada por Benedet, María Jesús (Neuropsicóloga) en el año 1986.

Este cuestionario consta de 68 preguntas cerradas acerca de olvidos de la vida cotidiana, distribuidas en 10 apartados o temas: **1. Olvidos referentes a las conversaciones. 2. Olvidos referentes a las películas y a los libros. 3. Distracciones comunes en la vida cotidiana. 4. Olvidos referentes a caras, nombres y detalles de la vida de las personas conocidas. 5. Dificultad para aprender o para recordar el manejo de objetos nuevos. 6. Olvidos relacionados con el fondo general de conocimientos sociohistóricos tanto recientes como viejos. 7. Olvido de lugares, trayectos y ubicación de objetos. 8. Memoria prospectiva, tanto en su etapa de acordarse de hacer algo como en su etapa de acordarse de cancelar lo ya hecho. 9. Memoria autobiográfica. 10. Consecuencias sobre el desempeño en memoria cotidiana de ciertos factores de interferencia: cansancio, estrés, emoción, estado físico y otros.**

Cada uno de estos apartados tiene, además, una pregunta abierta (a excepción del apartado 10, que tiene dos) que permite recoger el tipo de información que suele escapar de los cuestionarios cerrados.

Antes de comenzar el cuestionario, y al final del mismo, el sujeto ha de contestar a la pregunta: “¿Cree usted que tiene problemas de memoria en su vida de cada día?”. La comparación de las respuestas permite ver hasta qué punto ha habido una mayor toma de

⁷⁵ Benedet, M.J.; Seisdedos, N. Op. Cit.

conciencia de los olvidos, como consecuencia de haber tenido que autoevaluarse en cada una de las situaciones de memoria a que hacen referencia las preguntas, y hasta que punto ello ha influido en la autopercepción y el autoconcepto del individuo en relación con su desempeño en memoria.

Todas las preguntas hacen referencia a la memoria episódica, por cuanto se refieren a hechos y situaciones que han ocurrido en un momento determinado y no a un fondo de conocimientos generales. El recuerdo o el olvido en sí de cada uno de esos episodios implica esa función de la metamemoria que Cavanaugh denomina “la conciencia en funcionamiento”, es decir, el control permanente de lo que hacemos y de cómo lo hacemos. Por último, la autoevaluación necesaria para responder al cuestionario hace referencia a esa otra función de la metamemoria que el mismo autor denomina “conciencia sistémica”.

La aplicación del cuestionario propiamente dicho va precedida de una introducción en la que se explica al sujeto breve y sencillamente su fundamento teórico, cómo está constituido y cómo ha de llenarlo; pero sobre todo se le explica la escala de valoración. Esta consta de seis etiquetas, correspondientes a otros tantos puntos de una escala de Liker; cada una de esas etiquetas ha sido cuantificada de la siguiente manera:

- NUNCA (ninguna de cada diez veces).
- MUY RARA VEZ (una o dos de cada diez veces).
- A VECES (tres o cuatro de cada diez veces).
- CON CIERTA FRECUENCIA (de cinco a siete de cada diez veces).
- SIEMPRE (todas las veces de cada diez veces).

La respuesta se registra rodeando con un círculo la categoría correspondiente. En cuanto a la modalidad de aplicación, el cuestionario se ha de aplicar individualmente, siendo el evaluador quién lo complete a partir de las respuestas verbales del sujeto.

La aplicación del cuestionario lleva aproximadamente 30 minutos. La duración máxima dependerá de cada individuo en particular.

El COC también debe ser administrado a un sujeto control, no obstante, en el presente trabajo de investigación esto no se tendrá en cuenta. Sólo se aplicará el cuestionario al sujeto que consulta por quejas de fallas mnésicas, ya que en el Servicio de Medicina Preventiva se entrevista al familiar en caso de que el sujeto presente deterioro cognoscitivo.

Los autores sugieren no utilizar el cuestionario en pacientes que presentan una patología cerebral o psiquiátrica moderada o severa, ya que no están capacitados para dar información objetiva acerca de sí mismos, y tampoco en aquellos que son llevados a la consulta por una tercera persona o por una institución y no están de acuerdo con la misma.

La información más importante que proporciona la interpretación de los datos es si las quejas de memoria del sujeto son o no reales, es decir, si el paciente tiene o no menos memoria que la media de los individuos de su misma edad.

El COC puede aportar información acerca de si el déficit de memoria es generalizado o afecta principalmente a uno o varios de los temas contemplados por él. En este último caso, hay que preguntarse si el problema es la memoria o bien hay otro problema subyacente.

Capítulo 9.

Marco institucional.

Servicio de Medicina Preventiva (SATE).

“El Hospital Privado de Comunidad (HPC) surge en mayo de 1971 por iniciativa de un grupo de médicos provenientes del HIGA (Hospital Interzonal General de Agudos) del partido de General Pueyrredón con el objetivo de crear un hospital privado con sistema de elevadas pautas científicas y técnicas, con proyección social a la comunidad y con la finalidad básica de promover, apoyar y patrocinar todas las actividades tendientes a la promoción, protección y recuperación de la salud.

Es un hospital de agudos de alta complejidad que se caracteriza por asistencia especializada y por brindar atención en los tres niveles de la salud.

En su infraestructura existe un área de capacitación permanente y un área de docencia e investigación.

El Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de Comunidad surge en 1981 por iniciativa de la doctora Diana Sharovsky bajo el nombre de Servicio de Atención a la Tercera Edad (SATE), a partir de realizar con un grupo de pacientes actividades basadas en el ejercicio físico y comprobar, empíricamente el beneficio que esta herramienta aporta en el sostenimiento de la salud. El abordaje que se construye es grupal e interdisciplinario (Kinesióloga y Terapista Ocupacional), sostenido desde el paradigma integral de la salud.

Las actividades se llevan a cabo en un espacio extrainstitucional, no incluyéndose esta área en el organigrama del HPC.

En 1983 la Fundación Médica Mar del Plata incorpora al plantel del servicio el resto de los profesionales y destina un espacio dentro de la institución, desarrollando nuevos programas acordes a las necesidades de la población.

En 1995 el HPC amplía el ámbito de las actividades del SATE hacia otras franjas etáreas transformando el servicio al concepto de medicina preventiva”.⁷⁶

Los propósitos que sostiene el Servicio de Medicina Preventiva son:

- ◆ Implementar programas de actividades basados en un enfoque bio-psico-social, que colaboren al desarrollo del capital social de la población que se asiste.
- ◆ Aplicar técnicas de intervención que favorezcan el mayor nivel de acuerdos y coincidencias entre las expectativas de la población objetivo y el Servicio de Medicina Preventiva.
- ◆ Alcanzar la máxima eficiencia-eficacia posible para mejorar la relación institución-población objetivo-comunidad.

El objetivo prioritario del servicio es mejorar la **calidad de vida** de los individuos, entendiéndose esta como la “percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.⁷⁷

Otro de los objetivos fundamentales consiste en el desarrollo del **capital social**, es decir, la construcción de normas y redes que las personas pueden utilizar para la resolución de problemas comunes. El desarrollo del capital social es considerado por el Servicio de Medicina Preventiva como uno de los propósitos viables para alcanzar un envejecimiento satisfactorio, lo cual permite la reconstrucción de las redes personales, moviliza la participación y genera apoyo social.

Este servicio aborda los cuatro niveles de prevención⁷⁸:

- ❖ **Prevención primaria:** está constituida por aquellas iniciativas realizadas con la finalidad de evitar la aparición de una determinada enfermedad en un individuo, reduciendo la prevalencia de los factores de riesgo o mediante la aplicación de medidas

⁷⁶ Aguirre, M.J.; Schmale, E.; Villarreal, M.I.: *Intervención del terapeuta ocupacional en una escuela de espalda*. Tesis de grado. Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P. Mar del Plata. Noviembre. 2003. p18.

⁷⁷ Bobes J., Bousonio M., González, M.P., Suarez, E.: *Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida*. Monografías de psiquiatría, Vol 5 (6), pp 5-9. 1993.

⁷⁸ Alvarez, C.; Garralda, S.; Roumec, B.: *Material de circulación interna del Servicio de Medicina Preventiva (SATE)*. H.P.C. Mar del Plata.

activas, cuando la enfermedad no existe. Las actividades que se desarrollan están dirigidas a la **promoción de la salud**.

- ❖ **Prevención secundaria:** implica la detección de la enfermedad, ya existente, en sus estadios precoces aún asintomáticos. Las prácticas en este nivel se proponen detener la progresión de la enfermedad, prevenir las complicaciones y secuelas, evitar la difusión de enfermedades transmisibles y acotar los períodos de incapacidad. Las actividades que se desarrollan están dirigidas al **diagnóstico precoz y tratamiento oportuno**.
- ❖ **Prevención terciaria:** pretende mejorar el estado funcional de los individuos que ya presentan una enfermedad clínicamente evidenciada con la finalidad de reducir sus complicaciones y mejorar la calidad de vida. Su accionar se basa en la **rehabilitación**, a través de las tareas programadas se busca desarrollar al máximo las capacidades remanentes, prevenir la enfermedad mental secundaria, proteger la salud social, disminuir los efectos sociales y económicos de la invalidez.
- ❖ **Prevención cuaternaria:** dedicada a la **docencia e investigación**.

Es importante destacar que los diferentes programas que se llevan a cabo en el SATE tienen en cuenta al sujeto social desde una perspectiva integral, es decir, tienden a favorecer la interacción de diversos factores tales como:

- **Biofisiológico:** conformado por un aspecto biológico y otro fisiológico, que producen cambios en la apariencia física, la declinación gradual del vigor y la pérdida de la habilidad física.
- **Psicológico:** está en relación con los procesos sensoriales, destrezas motoras, inteligencia, procesos de aprendizaje y emociones, los que también sufren modificaciones que están en estrecha relación con los aspectos biológicos y con el ambiente social del individuo.
- **Comportamiento:** este aspecto se relaciona con las aptitudes, expectativas, motivación, autoimagen, roles sociales, personalidad y ajustes psicológicos a la vejez.
- **Sociológico:** vinculado con la representación social que el proceso de envejecer simboliza para esa sociedad y por la influencia que los individuos tienen a su vez en la sociedad. El individuo, su entorno, la comunidad, la salud, las políticas sociales, son parte de la sociología de la vejez.

Programas que se implementan de acuerdo a los diferentes ejes de intervención.

Eje paciente:

- Ejercicios Programados.
- Accidente Cerebro Vascular.
- Trastornos de memoria no demencia.
- Demencia.
- Caídas.
- Obesidad.
- Dolor de espalda.
- Factores de riesgo cardiovascular.

Eje familia:

- Grupo de apoyo para familiares de pacientes con demencia.
- Grupo de reflexión para familiares de pacientes con secuela de A.C.V.

Eje comunidad:

- Grupo Apoyo Mal de Alzheimer y/o enfermedades semejantes (GAMA).
- Centros de actividad física y Terapia Ocupacional.
- Articulación con organismos formales y no formales de la comuna.

Eje docencia e investigación:

- Educación para la salud.
- Escuela de hipertensión.
- Taller de dislipidemias.
- Escuela primaria para adultos mayores.
- Curso de Orientación Gerontológica para profesores de Educación Física.
- Supervisión de Práctica Clínica de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional, UNdMP.

Capítulo 10.

El Taller: de un rol pasivo a un rol protagónico en el proceso de construcción de la salud.

En una primera instancia surge la necesidad de definir el término **Taller**, para ello adoptamos la definición que realizaron en su tesis de grado las Licenciadas en T.O. Carbajo, Navone y Xifra por ser la que mejor se adapta a nuestro trabajo de investigación.

*“Técnica participativa con una finalidad de capacitación y reflexión dónde a partir de actividades grupales se ponen de manifiesto dificultades y posibilidades de resolución. Es una instancia de producción colectiva generadora de transformaciones individuales, cuyo objetivo primordial es promover y mejorar la salud hacia una calidad de vida óptima del sujeto tendiente a mantener el equilibrio dinámico biopsicosocial”.*⁷⁹

El taller “como espacio de aprendizaje” tal como lo llama Dora García en su libro “El Grupo. Métodos y Técnicas participativas”⁸⁰, ofrece una opción para el trabajo grupal; promueve la participación activa de los individuos en su proceso de salud; permite integrar las experiencias personales de cada participante en el proceso de enseñanza-aprendizaje y propicia que los aprendizajes adquiridos en el taller puedan ser transferidos a las actividades de la vida diaria. La interacción de los participantes entre sí hace que el taller también se constituya en una experiencia social, es decir, un lugar de vínculos, de participación, de comunicación: un lugar de producción social de objetos, hechos y conocimientos.

⁷⁹ Carbajo, A.S.; Navone, M.C.; Xifra, M.J.: *Talleres de educación para la salud en asma bronquial pediátrico. Un enfoque desde Terapia Ocupacional*. Tesis de grado. Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P. Mar del Plata. julio, 2002. p 44.

⁸⁰ García, D.: *El Grupo. Métodos y Técnicas participativas*. Ed. Espacio. 1º edición. Buenos Aires, Argentina. 1997. pp 20 – 21.

Objetivos generales de los talleres.

- Favorecer el desarrollo integral y armónico de la personalidad de todos los participantes, a partir de una acción protagónica, creativa y placentera.
- Contribuir a la utilización de diversos canales de comunicación que posibiliten el acceso a la identidad personal y la conformación de la identidad grupal.
- Incrementar el ejercicio del espíritu crítico con respecto a las propias acciones, privilegiando la práctica cuestionadora y enfatizando el sentir y el hacer como punto de partida para conocer.
- Promover y facilitar la reflexión en grupo.

En relación a los pasos previos a la implementación de un taller se deben tener en cuenta los siguientes:

- Conocer las características de las personas que formarán parte del taller;
- Conocer cuál es la demanda o necesidad del grupo;
- Elaborar los objetivos del taller;
- Establecer el número de encuentros que serán necesarios para alcanzar los objetivos planteados;
- Determinar quién será el coordinador del grupo;
- Establecer el encuadre.

Rol del coordinador del taller.

El coordinador cumple en el grupo un rol prescripto, ser facilitador de la comunicación y el aprendizaje, así como también participar activamente con el grupo en el proceso de construcción de la salud. Por otra parte, debe ser capaz de alejarse del lugar del supuesto saber, creando un espacio para canalizar todo tipo de información; así como también realizar una lectura de los emergentes grupales: qué se dice, de qué se habla, como son las relaciones. Lleva a cabo una función muy activa, dado que realiza señalamientos al grupo acerca de lo que está ocurriendo. De esta manera, podríamos afirmar que la tarea del coordinador está orientada hacia la promoción y prevención de la salud de los individuos que conforman el grupo.

A continuación se enumeran algunas de las funciones que Dora García⁸¹ le asigna al coordinador de grupos:

- Crear, fomentar y mantener la comunicación.
- Promover y proponer actividades que faciliten el vínculo y la tarea.
- Detectar y señalar los obstáculos que se presentan en la tarea.
- Mantener y sostener el encuadre dentro del tiempo del grupo.
- Detectar las situaciones emergentes.
- Analizar la funcionalidad de los roles.
- Reflexionar acerca de las relaciones de los integrantes entre sí y con la tarea.
- Ayudar al reconocimiento de necesidades y objetivos comunes.
- Hacer explícito lo implícito de la actividad grupal.

El Grupo.

Se define al **grupo** como *“todo conjunto de personas, ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna, se plantea explícita e implícitamente una tarea, que constituye su finalidad. Podemos decir entonces que estructura, función, cohesión y finalidad, junto con un número determinado de integrantes, configuran la situación grupal...”*⁸²

El grupo se constituye a partir de las necesidades y demandas de sus integrantes, estas son por sí mismas principio de movimiento, lo que permite afirmar que el grupo es una estructura en movimiento. Es decir, posee un objetivo común que responde a necesidades compartidas, esto implica la posibilidad de poder operar sobre el ambiente externo e interno al grupo mismo.

En el Servicio de Medicina Preventiva, cuando se trabaja en actividades de prevención y promoción de la salud, se lo hace desde esta concepción de grupo, dado que la interacción entre los participantes produce modificaciones a nivel de la dimensión

⁸¹ García, D. Op. Cit. p 35.

⁸² Pichón Riviere, E.: *El proceso grupal*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. 1979. p 152.

intrasubjetiva, de la transformación del mundo interno. Esta dimensión intrasujeto también modificará lo intersubjetivo, lo relacional observable.

Los grupos se pueden clasificar en terapéuticos y no terapéuticos de acuerdo a sus objetivos. En el caso del taller de memoria los grupos son **operativos** (no terapéuticos), es decir, son grupos de aprendizaje. Estos grupos fueron creados por Pichón Riviere, en los mismos se aprende a pensar en términos de resolución de las dificultades creadas y manifiestas en el campo grupal. Los grupos operativos están basados en los conceptos de emergente y portavoz. En ellos se resuelven los obstáculos que interfieren en el aprendizaje. Desde esta perspectiva, se entiende por aprendizaje “la posibilidad de abordar un objeto, apoderarse instrumentalmente de un conocimiento para poder operar con él; disolviendo las resistencias al cambio que se consideran siempre presentes”.⁸³

En general, en todo proceso grupal se transita por tres etapas⁸⁴: en la primera de estas, predomina el individualismo así como también la extrema dependencia del coordinador. Se observa una gran demanda, y al mismo tiempo un rechazo a todos los aportes realizados por los integrantes y el coordinador. En esta etapa el sujeto se encuentra centrado en sus propias necesidades siendo incapaz de reconocer las necesidades del otro.

En la segunda etapa, se observan cambios, la comunicación adquiere un papel relevante en el grupo, se hace más explícita. Es el momento en que todos son iguales, excepto el coordinador. Se escuchan poco los señalamientos de este, y se produce una nueva fantasía de autoabastecimiento, donde aparentemente no necesitan al coordinador.

En la tercera etapa, se produce la aceptación de los otros, se establecen nuevos vínculos, se observa mayor discriminación: se reconocen los límites propios y los del otro. En esta etapa se pierde el individualismo favoreciendo de esta manera la construcción de la identidad grupal. El coordinador es integrado al grupo, pero con su rol diferenciado.

En esta institución se siguen los criterios de la Task Force sobre eficiencia, eficacia y efectividad, dado que se considera que el abordaje grupal abarca los tres conceptos.⁸⁵

⁸³ Edelman, L.; Kordon, D.: *A manera de introducción a la teoría y práctica de los grupos.*

⁸⁴ García, D. Op. Cit. pp 32 – 33.

⁸⁵ Alvarez, C.; Garralda, S.; Roumec, B. Op. Cit.

Desde el de **eficiencia** se logra una mayor atención de pacientes con mínimos recursos humanos.

Desde el de **eficacia**, se acuerda a conceptualizaciones de la teoría psicoanalítica y de la teoría de lo grupal, se tiene en cuenta la complejidad del ser humano atendiendo a las instancias intrasubjetiva, intersubjetiva y transubjetiva.

Desde la **efectividad** como estos procesos operan inconscientemente desde la experiencia vivida, los cambios pasan a ser parte del sujeto, corresponden a su mismidad, lo que favorece el mantenimiento de lo adquirido.

Capítulo 11.

Plasticidad Cerebral: un factor esencial en la estimulación cognoscitiva.

*"El término **"plasticidad"** se ha utilizado para describir diversos tipos de cambio asociados a la neurona y a sus conexiones. La **plasticidad** se define como la capacidad de una neurona de adaptarse a cambios en el ambiente interno o externo, a la experiencia previa o a las lesiones".* ⁸⁶

El objetivo de este capítulo es demostrar en qué medida la plasticidad cerebral puede resultar un factor esencial en el tratamiento de las alteraciones cognoscitivas asociadas al envejecimiento.

Durante el envejecimiento, se evidencian cambios cuantitativos y cualitativos en el cerebro en lo que se refiere a: número de neuronas, extensión dendrítica y número y estructura de sinapsis. Estos cambios se relacionan con disminuciones tanto en la capacidad conductual como en la plasticidad asociada al envejecimiento. Esta disminución de la plasticidad es la responsable, al menos en parte, del deterioro fisiológico y cognoscitivo asociado a la edad. No obstante, algunos investigadores sostienen que una cierta plasticidad se mantiene, aunque de forma más reducida, durante toda la vida del individuo. Se ha observado que el crecimiento adaptativo y respuestas de tipo regenerativo se encuentran conservadas en el envejecimiento.

Redolat y Carrasco, suponen que esta plasticidad es dependiente del uso, y parafraseando a otros autores afirman "úsala o piérdela". A su vez sostienen que si el individuo ejercita dicha plasticidad o utiliza estrategias que la potencien, su condición sería más favorable para afrontar el proceso de declinación cognoscitiva que se produce durante esta etapa.

La evidencia ha demostrado que tanto la estimulación cognoscitiva como las condiciones ambientales influyen sobre la salud mental y alteran la función y supervivencia

⁸⁶ Redolat, R. y Carrasco, M.C.: *¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento?*. Anales de Psicología, Vol. 14, nº1. 1998. p 45.

de diversas poblaciones neuronales en el sistema nervioso central. De esta manera se confirma la predicción de que el mantenerse activo ayuda a proteger la memoria y otras funciones cognitivas a medida que el sujeto envejece. También se ha demostrado que esto produce cambios positivos en la neuroquímica y neuroanatomía cerebral: aumento del grosor cortical, de la ramificación neuronal o del número de sinapsis.

Sin embargo, es importante destacar que si bien la plasticidad estimula las neuronas atroficas, para que esto tenga lugar es necesaria la **interacción activa del sujeto con su ambiente**. Es decir, el sujeto debe ser partícipe activo en el proceso de selección, percepción e integración de estímulos.

Por todo lo dicho anteriormente, creemos al igual que Redolat y Carrasco que la capacidad para el cambio positivo (plasticidad cerebral) puede utilizarse para prevenir el deterioro cognoscitivo y/o mantener las funciones intelectuales superiores. Además consideramos que mantenerse activo a nivel físico, cognoscitivo y social se asocia con mayores posibilidades de experimentar un envejecimiento satisfactorio.

Capítulo 12.

Taller de Memoria. Un enfoque desde Terapia Ocupacional.

“Envejecidos normales que realizan talleres de estimulación cognitiva amplían sus recursos frente al olvido, y esto es comprobable en la experiencia clínica. Los pacientes manifiestan tener más recursos internos, ser capaces de utilizar estrategias aprendidas, y esencialmente, su caudal de angustia disminuye”.

T.O. Magalí Risiga.

Desde los años 50 han aparecido numerosos enfoques que pretenden mejorar o mantener las capacidades cognoscitivas en personas que presentan trastornos de memoria a través de la estimulación y la actividad. Entre ellos cabe mencionar los programas de psicoestimulación integral, activación cerebral, gimnasia mental, estimulación psicomotriz, entrenamiento cognoscitivo, entre otros; los que gozan de mayor reconocimiento en el ámbito clínico son: la *Estimulación Cognoscitiva* y la *Terapia Cognoscitiva*.

La *Estimulación cognoscitiva* “tiene el propósito de “animar a la acción o a la ejecución”. Representa, en cierto modo, un tipo de “gimnasia cerebral”.⁸⁷

Por su parte, la *Terapia Cognoscitiva* “tiene un objetivo “más elaborado”. La terapia cognoscitiva se fundamenta en un análisis detallado de las capacidades mentales a fin de establecer estrategias de intervención más fundamentadas en el plano teórico y mejor articuladas en el plano metodológico”.⁸⁸

Algunos de estos enfoques han sido estudiados y validados, otros carecen de una base científica seria. Ninguna de las propuestas constituye por sí misma algo sólido y generalizable a todos los casos. Por tal motivo el Dr. Jordi Peña – Casanova sugiere denominarlas **Intervención Cognoscitiva**.

En el Taller de Memoria se combinan ambos enfoques (estimulación cognoscitiva y terapia cognoscitiva) para el abordaje integral del sujeto que presenta *Quejas de fallas mnésicas*. Este tipo de intervención no se limita a la mera recepción de estímulos sino que requiere la **participación activa por parte del sujeto** para el logro de resultados

⁸⁷ Peña – Casanova, J. Op. Cit. p 27.

satisfactorios. Implica la aplicación de procedimientos y técnicas así como también la utilización de ayudas con el objetivo de que la persona que presenta fallas mnésicas pueda realizar sus actividades de la vida diaria en forma segura, productiva e independiente. Pretende desarrollar los procesos cognoscitivos básicos (atención, capacidad sensorial...) y los procesos cognoscitivos propiamente dichos. Combina técnicas clásicas de rehabilitación, entrenamiento, aprendizaje y actividades pedagógicas y psicoterapéuticas (disminución de la ansiedad, superación de la inseguridad, adquisición de actitudes positivas, entre otras).

Entonces, ¿cuáles son los objetivos que se pretenden lograr a través del taller de memoria?

El objetivo principal es transferir las técnicas y recursos aprendidos en las sesiones a las distintas situaciones de la vida cotidiana, y lograr así mayor independencia en todas las áreas de performance ocupacional. Bárbara Wilson denomina a esto proceso de **Generalización**. También se pretende explicar qué es y cómo funciona la memoria y la metamemoria; estimular los procesos cognoscitivos básicos; aprender a utilizar técnicas y estrategias de memoria que permitan compensar las fallas de memoria que aparecen en la vida diaria; modificar las actitudes y estereotipos negativos sobre los déficits de memoria en las personas mayores; disminuir las quejas mnésicas; favorecer la comunicación, la autoestima, y las relaciones sociales entre los participantes.

La memoria no puede ser considerada como una función aislada, se encuentra estrechamente relacionada con el resto de las funciones cognoscitivas: percepción, atención, imaginación, entre otras. Por este motivo en los talleres de memoria si bien se pone énfasis en la misma, se realiza una estimulación global, considerando siempre la influencia que el medio (afectos, motivación, emociones) ejerce sobre el funcionamiento de la misma.

⁸⁸ Peña – Casanova, J. Op. Cit. p 27.

Intervención de Terapia Ocupacional en un Taller de Memoria.

Teniendo en cuenta que el objetivo de la Terapia Ocupacional es permitir a los individuos ganar independencia en áreas de **Performance Ocupacional**, consideramos necesario definir este término. La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 1990) define a la Performance Ocupacional (PO) como: “la habilidad de un individuo para realizar actividades de la vida diaria con un propósito determinado dentro de su medio y **estar satisfecho con su desempeño**, etapa de desarrollo y roles sociales”.⁸⁹ Dentro de la PO se incluyen las áreas de desempeño, sus componentes y el entorno en el cual se desarrollan.

Las áreas de PO son actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), tiempo libre y trabajo. Los componentes de la performance son el funcionamiento sensorial integral, el funcionamiento motor, el funcionamiento psicológico y el funcionamiento cognoscitivo. El entorno de PO posee componentes físicos, sociales, culturales, económicos y organizativos, los cuales constituyen el marco dentro del cual se desarrollan todas las actividades humanas.

Ahora bien, **¿cómo se relaciona la performance ocupacional, las quejas mnésicas en la vida cotidiana y la intervención de Terapia Ocupacional a través de un taller de memoria?**

Las quejas en relación con el funcionamiento mnésico en la vida cotidiana constituyen uno de los principales motivos de consulta entre los adultos mayores. Definimos a las mismas como *expresión de disconformidad o disgusto respecto del desempeño mnésico en la vida cotidiana que refleja percepciones pasadas del funcionamiento de la memoria. Dichas quejas pueden ser o no reales, dependiendo del grado de ajuste entre las expectativas del sujeto, y el funcionamiento real.*

Los cambios en el perfil neurológico asociados al envejecimiento y las bajas expectativas de logro que en general mantienen los adultos mayores sobre su memoria, generan una *espiral viciosa* en la que el sujeto obtiene bajos resultados en relación a su funcionamiento mnésico, realiza menos esfuerzo y simultáneamente incrementa las quejas

⁸⁹ Trombly, C.: *Occupational Therapy, ford physical dysfunction*. Williams & Wilkins. 4º edición. USA.1995.

acerca de sus posibilidades. Todo esto refuerza la creencia transmitida socialmente sobre la pérdida de memoria asociada a la edad.

Las quejas se identificarían como un problema en la PO, dado que el individuo no se encontraría *satisfecho* con su desempeño mnésico en las distintas áreas que forman parte de la misma. La PO es una cuestión individual y la *percepción* que un individuo tiene de la misma es un aspecto significativo que conduce el proceso de Terapia Ocupacional. Es importante que la persona sea quien identifique qué aspectos de la PO lo beneficiarán de la intervención de T.O. Por ello, para la realización del taller se comienza con una evaluación de lo que el adulto mayor quiere, necesita y espera en función de su etapa de desarrollo y roles sociales. Además el T.O. debe determinar las posibilidades y limitaciones de cada sujeto.

El taller de memoria tomando como punto de partida una visión holística, favorece el desarrollo de la potencialidad de cada individuo como función de adaptación y cambio y a la vez, como soporte de la identidad. Se pone énfasis en atender a la persona que presenta quejas de memoria, teniendo en cuenta la problemática relacionada a los cambios cognoscitivos dados por la edad, como las connotaciones peyorativas asignadas al envejecimiento desde el imaginario social.

Durante el envejecimiento, se observa que el individuo presenta mayor tendencia al retraimiento social, abandono de actividades y pérdida de intereses. En ocasiones, esto puede producirse por vergüenza o temor a que se evidencien sus fallas mnésicas.

Es por este motivo, que la modalidad de abordaje es en forma grupal, ya que favorece el desarrollo del capital social, la comunicación, la autoestima, el estado de ánimo como así también produce modificaciones en las actitudes y estereotipos negativos en relación al envejecimiento. A su vez, lo grupal favorece la ubicación del senescente en su edad cronológica.

Características del Taller de Memoria.

El taller de memoria se llevó a cabo durante los meses agosto-noviembre de 2005 en el Servicio de Medicina Preventiva (SATE) perteneciente al HPC. Se desarrolló en nueve sesiones de aproximadamente una hora y media cada una, con una frecuencia de una sesión

por semana. El taller fue coordinado por la Terapeuta Ocupacional Bettina Roumec. Se realizaron observaciones no estructuradas del mismo, estas permitieron comprender el desarrollo del proceso grupal en relación con los objetivos planteados, con las modalidades de abordaje de la tarea y con los obstáculos que en ella se presentaron.

“La función de observación, implica tanto la recolección de información como el análisis e interpretación de esos datos (...). Esta función no es exclusiva del observador, sino que es realizada, también, por el coordinador del grupo, permitiendo al equipo la formulación de hipótesis y la toma de decisiones para el mejor desenvolvimiento del grupo. (...) El observador, (...) puede ir leyendo la dinámica grupal desde una distancia que le permitirá, a posteriori, realizar una devolución de los emergentes. (...) Desde este punto de vista, su rol es específico y se transforma en un co-pensador del coordinador, lo que enriquecerá permanentemente la tarea”.⁹⁰

En el taller de memoria se abordaron dos ejes fundamentales: Ejercicios de estimulación y actividad cognoscitiva, y Entrenamiento en técnicas de memoria para mejorar la codificación, almacenamiento y recuperación de la información. Dichas técnicas son denominadas por B. Wilson como **ayudas internas y externas de memoria**. Las “Ayudas”⁹¹ son aquellas estrategias que funcionan como facilitadoras de la memoria en personas con déficit mnésico. Estas pueden agruparse en dos categorías:

1. **Ayudas internas:** técnicas y hábitos a los que puede recurrir una persona para facilitar el recuerdo de la información. Ej: imagen visual, asociación, entre otras.
2. **Ayudas externas:** elementos y modificaciones ambientales a las que se puede recurrir para que funcionen como la memoria del sujeto. Ej: agenda, planilla, calendario.

La enseñanza de estrategias resulta fundamental en tanto se ha demostrado que los adultos mayores generalmente no utilizan estrategias para codificar, almacenar y recuperar la información. Sin embargo, si se les enseña o se les da la posibilidad de emplear dichas estrategias, su rendimiento mejora de forma significativa.

⁹⁰ García, D. Op. Cit. pp 41-42.

⁹¹ “Guía de autoayuda para personas con fallas mnésicas”. Cuadernillo elaborado por practicantes de T.O. período 1997 y 2004. Servicio de Medicina Preventiva. (SATE) H.P.C. Mar del Plata.

Para Benedet⁹² el escaso uso de estrategias que realizan los ancianos se debe a la disminución de recursos de procesamiento que se produce durante el proceso de envejecimiento.

Al comienzo del taller, en la etapa de adaptación, se realizaron actividades lúdicas y de presentación, con el fin de favorecer la interacción e integración grupal. También se llevaron a cabo reflexiones sobre las quejas de memoria en las personas mayores y los estereotipos sobre la vejez.

Luego se explicó qué es la memoria, cuáles son sus fases, la influencia de la atención sobre la misma y también el “Modelo de Organización Funcional del Sistema Nervioso”.⁹³ A continuación, se inició la etapa de estimulación propiamente dicha.

Cada sesión constó de tres momentos⁹⁴:

- ◆ **Evocación:** Se trabajó orientación témporo-espacial. Se recordó lo realizado en las sesiones anteriores, entre otras actividades.
- ◆ **Ejecución:** Se realizaron las actividades de estimulación propiamente dicha.
- ◆ **Reflexión:** Al concluir cada sesión, se reflexionó con las personas acerca de las vivencias generadas por la actividad. Así mismo se intentó transferir lo aprendido en el taller a las distintas situaciones de la vida cotidiana (proceso de generalización).
(Ver descripción del Taller de Memoria en Anexo).

⁹² Benedet, M.J. y cols.: *Diferencias con la edad en el uso de estrategias, en el aprendizaje y en la retención*. Anales de Psicología, Vol. 14, n° 2, pp 139-156. 1998.

⁹³ Allegri, F.R. y Tamaroff, L.: *Introducción a la neuropsicología clínica*. Ediciones libros de la Cuadriga. Buenos Aires, Argentina. 1995. pp 39-42.

⁹⁴ Del Biaggio, M.C.; Di Lorenzo, M.; Roumec, B. Op. Cit.

**ASPECTOS
METODOLOGICOS.**

Aspectos Metodológicos.

Problema.

¿En qué medida un taller de memoria modifica las **quejas mnésicas en la vida cotidiana** en adultos mayores de 65 años, que concurren al Servicio de Medicina Preventiva SATE de la ciudad de Mar del Plata durante los meses agosto-noviembre de 2005?

Objetivo General.

Estudiar los cambios que se producen en las quejas mnésicas en la vida cotidiana luego de la implementación de un taller de memoria.

Objetivos Específicos.

- Valorar las quejas mnésicas en la vida cotidiana antes de la implementación de un taller de memoria.
- Valorar las quejas mnésicas en la vida cotidiana después de la implementación de un taller de memoria.
- Determinar las quejas mnésicas en la vida cotidiana que presentan con mayor frecuencia los individuos de la muestra estudiada.
- Comparar las quejas mnésicas en la vida cotidiana valoradas antes y después de la implementación de un taller de memoria y determinar las modificaciones existentes.
- Identificar si existe correlación entre las quejas subjetivas de memoria y la medición objetiva de la memoria.

Diseño Metodológico.

Enfoque. Cuantitativo.

Tipo de Estudio. El tipo de estudio de esta investigación es exploratorio – descriptivo. Debido a que en nuestro país son escasas las investigaciones en relación con abordajes de estimulación cognoscitiva en adultos mayores que presentan quejas de memoria, y que aún se desconocen los aportes que la Terapia Ocupacional puede realizar en este ámbito. Es por esto, que intentamos identificar y describir el comportamiento de la población de estudio respecto de las quejas mnésicas en la vida cotidiana, antes y después de la implementación de un taller de memoria.

Diseño.

La investigación, con respecto al diseño, es de tipo pre-experimental, utilizando pre-prueba y post-prueba con un solo grupo. Cada adulto fue evaluado antes y después de la implementación del taller.

Muestra.

La muestra de este estudio estuvo inicialmente constituida por 25 adultos mayores de 65 años de ambos sexos, inscriptos al Taller de Memoria impartido por personal especializado perteneciente al Servicio de Medicina Preventiva SATE del Hospital Privado de Comunidad, previsto para los meses de junio a septiembre de 2005. Por diversas causas el Taller se dictó entre los meses de agosto y noviembre de 2005 y solo 7 participantes completaron la asistencia al mismo, lo cual redujo sensiblemente el tamaño de la muestra.

Criterios de Inclusión.

- Adultos mayores de 65 años de ambos sexos.
- Concurrir al Servicio de Medicina Preventiva SATE perteneciente al Hospital Privado de Comunidad.
- Quejas de fallas mnésicas en la vida cotidiana.
- No cumplimiento de criterios de Demencia. (Mini Mental State Test \geq 24 puntos)

- Concurrir por lo menos a siete de las nueve sesiones del Taller de Memoria.

Criterios de Exclusión.

- Cualquier trastorno médico que pueda originar dicha disfunción cerebral.
- Analfabetismo (menos de tres años de escolaridad).

Métodos de Recolección de datos.

Los sujetos de la muestra fueron evaluados antes de la implementación del taller a través de los siguientes instrumentos: **Mini Mental State de Folstein (MMS)**, **Fluidez Verbal**, **Rey Auditory-Verbal Learning Test (RAVLT)**, **Inventario de Beck sobre Depresión (BDI)**, **Cuestionario de Olvidos Cotidianos (COC)**, **Test Conductual de Memoria Rivermead (Rivermead Behavioural Memory Test - RBMT)**.

Estos tests fueron administrados con el fin de *caracterizar la muestra*; evaluar la *Queja Mnésica en la Vida Cotidiana* antes de la implementación del taller y, detectar casos de deterioro cognoscitivo y depresión severa que debieran ser excluidos de la muestra.

♦ **Evaluación de las Funciones Cognoscitivas.**

- **Mini Mental State de Folstein (MMS):** Este test consiste en una serie de preguntas agrupadas en diez secciones. Cada una de estas secciones incluye la evaluación de orientación, recuerdo inmediato, atención y cálculo, memoria reciente, denominación, repetición, comprensión oral, comprensión escrita, escritura y praxia constructiva. Son en total 30 preguntas que valen un punto cada una, de modo que el puntaje máximo es 30. Explora las funciones que se alteran con más frecuencia en el síndrome demencial. Constituye una forma práctica de normatizar la evaluación cognoscitiva en la primera consulta.⁹⁵
- **Fluidez Verbal:** “La fluidez verbal es la capacidad de producir un habla

⁹⁵ Fustinoni, O. y cols.: *Semiología del sistema nervioso*. Ed. El Ateneo. 13ª ed. Buenos Aires, Argentina. 1997.

espontáneamente fluida, sin excesivas pausas ni falla en la búsqueda de palabras”.⁹⁶ Las pruebas de fluidez verbal semántica y fonológica brindan información acerca de la capacidad de almacenamiento del sistema mnésico semántico, la habilidad para recuperar la información guardada en la memoria y la indemnidad de las funciones ejecutivas, particularmente a través de la capacidad de organizar el pensamiento y las estrategias utilizadas para la búsqueda de palabras.

Para evaluar la **fluidez fonológica** se solicita al sujeto que evoque durante un minuto la mayor cantidad posible de palabras que empiecen por una determinada letra (P).

Para evaluar la **fluidez semántica** se solicita al sujeto que evoque durante un minuto la mayor cantidad posible de palabras a partir de una determinada categoría (animales).

- **Rey Auditory-Verbal Learning Test (RAVLT)**. El propósito de este test es evaluar la memoria inmediata, el aprendizaje, la susceptibilidad a la interferencia y la memoria de reconocimiento.

♦ **Evaluación de las Quejas de Memoria en la vida cotidiana.**

Evaluación subjetiva.

- **Cuestionario de Olvidos Cotidianos (COC)**: Como ya fue explicado en el capítulo 8 (pp 76-78) este consta de 68 preguntas cerradas acerca de olvidos en la vida cotidiana, distribuidas en diez apartados o temas. Cada uno de estos apartados tiene además, una pregunta abierta (a excepción del apartado diez que tiene dos). Por otro lado, antes de comenzar el cuestionario propiamente dicho y al finalizar el mismo, el sujeto debe contestar a la pregunta: ¿Cree usted que tiene problemas de memoria en su vida de cada día?. Tanto la respuesta a estas dos preguntas como la respuesta a cada una de las 68 preguntas cerradas se ha de hacer en una escala de valoración de seis puntos. Esta escala de valoración consta de seis etiquetas correspondientes a una escala de Liker; cada una de esas etiquetas ha sido cuantificada de la siguiente manera:

N = NUNCA (ninguna de cada diez veces).

MR = MUY RARA VEZ (una o dos de cada diez veces).

AV = A VECES (tres o cuatro de cada diez veces).

⁹⁶ Butman, J. y cols. Op. Cit. pp 561 – 564.

CF = CON CIERTA FRECUENCIA (de cinco a siete de cada diez veces).

MF = CON MUCHA FRECUENCIA (ocho o nueve de cada diez veces).

S = SIEMPRE (todos las veces de cada diez veces).

Debido a que se han cuantificado estas etiquetas y a fin de evitar las confusiones fácilmente inducidas, en el cuestionario los números han sido sustituidos por las etiquetas. Sin embargo, para el tratamiento estadístico de los datos se mantuvieron los dígitos que corresponden a cada uno de esos puntos.

La aplicación del cuestionario puede realizarse de forma autoadministrada o por entrevista personal. En este caso, el sujeto lee las preguntas y el evaluador marca las respuestas.

Evaluación objetiva.

- **Test Conductual de Memoria Rivermead (Rivermead Behavioural Memory Test - RBMT):** fue diseñado por B. Wilson, J. Cockburn y A. Baddeley en el año 1985. Es un test de memoria ecológica desarrollado para detectar alteraciones en el funcionamiento de la memoria de lo cotidiano, 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 tests de laboratorio y la ofrecida por la observación y los cuestionarios. Su objetivo es proporcionar situaciones mnémicas cotidianas análogas a las que en la realidad plantean problemas a personas con quejas de fallas mnésicas. Las tareas que lo constituyen abarcan la exploración de la memoria a corto plazo y a largo plazo, así como tareas verbales, visuales y espaciales. Los subtests que comprende son los siguientes: recordar un nombre, recordar un objeto escondido, recordar una cita, reconocimiento diferido de imágenes, prueba de reconocimiento de rostros, evocación inmediata y diferida de una historia, evocación inmediata y diferida de un trayecto, recordar dejar un mensaje, orientación tiempo – espacial y evocación de la fecha. **La existencia de cuatro versiones paralelas del RBMT elimina el efecto aprendizaje debido a la repetición del mismo test.** Es importante señalar que antes de la implementación del Taller los sujetos fueron evaluados a través de la *Versión A* de este test. Luego del Taller, se administró la *Versión B* con el fin de eliminar el efecto aprendizaje.

♦ **Evaluación del estado de ánimo, humor o estado emocional.**

- **Inventario de Beck sobre Depresión (BDI):** Este consta de 21 síntomas de depresión, tales como tristeza, culpa y pérdida de peso. La aplicación del inventario se realizó de forma autoadministrada.

Después de la implementación del taller los sujetos fueron evaluados mediante el **Test Conductual de Memoria Rivermead (Rivermead Behavioural Memory Test - RBMT)** y el **Cuestionario de Olvidos Cotidianos (COC)**.

Estos tests fueron administrados con el objetivo de valorar las *Quejas Mnésicas en la Vida Cotidiana* después de la implementación del taller, como así también identificar si existe correlación entre las quejas subjetivas (COC) y la medición objetiva de la memoria (RBMT).

♦ **Recopilación Documental.**

Se extrajeron datos de fuentes primarias: **historia clínica** de cada individuo (nivel educativo; ocupación; antecedentes neurológicos, psiquiátricos, médicos; exposición a sustancias diversas).

♦ **Observación no estructurada.**⁹⁷

Es importante aclarar que el taller de memoria fue coordinado por una terapeuta ocupacional idónea en el tema. También fueron realizadas observaciones no estructuradas del mismo.

Los datos fueron registrados a través de notas de campo por medio de las cuales se realizaron descripciones objetivas del taller de memoria, se recabó información como tiempo, lugar, actividad, diálogo, en forma tan completa y objetiva como fue posible (ver descripción del Taller de Memoria en el anexo).

⁹⁷ Polit, D.; Hungler, B.: *Investigación científica en ciencias de la salud*. Ed. Interamericana/MC.Graw-Hill.

Definición de la variable.

“Quejas Mnésicas en la Vida Cotidiana”.

Definición Científica.

Expresión de disconformidad o disgusto respecto del desempeño mnésico en la vida cotidiana que refleja percepciones pasadas del funcionamiento de la memoria. Dichas quejas pueden ser o no reales, dependiendo del grado de ajuste entre las expectativas del sujeto, y el funcionamiento real.

Siguiendo a Benedet, éstas se refieren a los siguientes temas: ***Olvidos referentes a las conversaciones***: éstos están relacionados con lo que el propio sujeto o sus interlocutores dicen en una conversación. Este tipo de olvidos pueden ser importantes para el ajuste profesional y social del individuo, no solo porque interfieren con la comunicación de información, sino también porque pueden traer como consecuencia un rechazo o retraimiento social; ***Olvidos referentes a las películas y a los libros***: éstos interfieren con la capacidad de seguir el hilo de películas y lecturas. El individuo que presenta este tipo de olvidos puede perder interés por el cine, la T.V. y las lecturas, lo que puede interferir con sus actividades de ocio; ***Distracciones***: se presentan esporádicamente en todos los individuos. Son frecuentes cuando el sujeto se haya preocupado, cansado, en estos casos la condición es pasajera. El problema radica en su condición permanente; ***Olvidos referentes a caras, nombres, y detalles de la vida de las personas conocidas***; ***Olvidos referentes al modo de utilización de ciertos objetos***; ***Olvidos referentes a acontecimientos de actualidad y a ciertos conocimientos generales***; ***Olvido de lugares, trayectos y ubicación de objetos (memoria espacial)***; ***Olvidos referentes a ciertos actos que hay que ejecutar (memoria prospectiva)***; ***Olvidos referentes a ciertos hechos relacionados con su vida personal (memoria autobiográfica)*** y; ***Consecuencias sobre el desempeño en memoria cotidiana de ciertos factores de interferencia.***

Definición Operacional.

Las quejas mnésicas en la vida cotidiana abarcan los siguientes temas:

- ◆ **Olvidos referentes a las conversaciones:** Dentro de estos se incluyen dificultades tales como: seguir el hilo de una conversación con una o varias personas; recordar el contenido de conversaciones, reiterar las mismas cosas.

- ◆ **Olvidos referentes a las películas y a los libros:** Dentro de estos se incluyen dificultades en la lectura, en el recuerdo de lo leído días antes, dificultades para seguir el hilo de una película o emisión de radio, entre otros.

- ◆ **Distracciones:** Estas incluyen: **las distracciones propiamente dichas** (por ejemplo: olvidar el lugar dónde se ha colocado un objeto; olvidar objetos personales al retirarse de un sitio); **la dificultad para cambiar rutinas y la dificultad para mantener rutinas.**

- ◆ **Olvidos referentes a caras, nombres y detalles de la vida de las personas conocidas:** Dentro de estos se incluyen **las dificultades para aprender nuevas caras y nombres; dificultades para retener caras y nombres con las que el sujeto se relaciona esporádicamente y dificultades para retener nombres y caras de las personas con las que interactúa regularmente.**

- ◆ **Olvidos referentes al modo de utilización de ciertos objetos:** Se relacionan con dificultades para recordar el modo de empleo de ciertos objetos y dificultades para aprender el modo de empleo de objetos nuevos.

- ◆ **Olvidos referentes a acontecimientos de actualidad y a ciertos conocimientos generales:** Se trata de dificultades para recordar acontecimientos de actualidad reciente (ocurridos hace menos de un mes) y acontecimientos de actualidad menos reciente (ocurridos hace varios meses); dificultades para recordar ciertas informaciones sobre

conocimientos generales adquiridos en el pasado y dificultades para memorizar ciertos conocimientos (ej.: conocimientos profesionales, sobre la casa).

- ◆ **Olvido de lugares, trayectos y ubicación de objetos (memoria espacial):** estos se dividen en **olvidos ocurridos fuera de la casa** (dificultades para aprender trayectos nuevos; para recordar el nombre de calles; dificultades para reconocer lugares conocidos y otros) y **olvidos ocurridos dentro de la casa** (dificultad para hallar objetos que se encuentran siempre en el mismo sitio y/o para aprender el nuevo sitio cuando éstos son cambiados de lugar).

- ◆ **Olvidos referentes a ciertos actos que hay que ejecutar (memoria prospectiva):** se dividen en dos etapas: **acordarse de hacer algo** (olvido de citas; de toma de medicamentos) y **cancelar lo ya hecho** (dudas acerca de si se ha realizado una acción hace algunos minutos o días)

- ◆ **Olvidos referentes a ciertos hechos relacionados con su vida personal (memoria autobiográfica):** Se relacionan con el olvido de acontecimientos antiguos (vividos hace algunos años) y acontecimientos recientes (vividos hace algunos días o semanas); con dificultades para recordar información personal que sabía de memoria y para aprender información personal nueva.

- ◆ **Consecuencias sobre el desempeño en memoria cotidiana de ciertos factores de interferencia** tales como: cansancio, estrés, emoción, estado físico, ruido, momento del día o información susceptible de interferir con la información a aprender o recuperar.

Dimensionamiento de la variable.
Quejas Mnésicas en la Vida Cotidiana.

1. Cree que tiene problemas de memoria en su vida de cada día. N - MR - AV - CF - MF - S

2. Olvidos referentes a las conversaciones.

2.1. Dificultades para seguir el hilo de una conversación

2.1.1. Con una sola persona. N - MR - AV - CF - MF - S.

2.1.2. Con varias personas. N - MR - AV - CF - MF - S.

2.2. Repite varias veces lo mismo

2.2.1. Porque olvida que acaba de decirlo. N - MR - AV - CF - MF - S.

2.2.2. Porque olvida que lo había contado algunas horas o días antes. N - MR - AV - CF - MF - S.

2.3. Olvida el contenido de una conversación

2.3.1. Que mantuvo días antes. N - MR - AV - CF - MF - S.

2.3.2. Que acaba de tener lugar. N - MR - AV - CF - MF - S.

3. Olvidos referentes a las películas y los libros.

3.1. Dificultades en la lectura.

3.1.1. No retiene lo que lee y debe volver atrás para releerlo. N - MR - AV - CF - MF - S.

3.1.2. No recuerda lo leído días antes. N - MR - AV - CF - MF - S.

3.2. Dificultades para seguir el hilo de una película o de una emisión de radio.

N - MR - AV - CF - MF - S.

3.3. Dificultades para recordar la historia de una película que ha visto hace algunos días.

N - MR - AV - CF - MF - S.

4. Distracciones.

4.1. Distracciones propiamente dichas.

4.1.1. Olvida el lugar dónde acaba de colocar un objeto. N - MR - AV - CF - MF - S.

4.1.2. Olvida objetos personales al retirarse de un sitio. N - MR - AV - CF - MF - S.

4.1.3. Entra en una habitación para hacer o tomar algo y realiza otra cosa. N - MR - AV - CF - MF - S.

4.1.4. Entra en una habitación y no recuerda lo que tenía que hacer. N - MR - AV - CF - MF - S.

4.2. Dificultad para cambiar rutinas.

4.2.1. Dificultades para adoptar nuevas costumbres. N - MR - AV - CF - MF - S.

4.3. Dificultad para mantener rutinas.

4.3.1. Olvida hacer algo que antes hacía automáticamente. N - MR - AV - CF - MF - S.

5. Olvidos referentes a caras, nombres y detalles de la vida de las personas conocidas.

- 5.1. Dificultades para aprender nuevas caras y nombres.
- 5.1.1. Dificultades para aprender el nombre de una persona a la que conoce desde hace poco tiempo. N - MR - AV - CF - MF - S.
- 5.1.2. Dificultades para reconocer la cara de personas a las que conoce desde hace poco tiempo. N - MR - AV - CF - MF - S.
- 5.2. Dificultades para retener caras y nombres de personas.
- 5.2.1. Con las que se relaciona esporádicamente:
- 5.2.1.1. Olvida el nombre de personas célebres. N - MR - AV - CF - MF - S.
- 5.2.1.2. Dificultades para reconocer la cara de personas célebres. N - MR - AV - CF - MF - S.
- 5.2.2. Con las que interactúa regularmente:
- 5.2.2.1. Olvida el nombre de personas a las que conoce desde hace tiempo. N - MR - AV - CF - MF - S.
- 5.2.2.2. Olvida detalles de la vida de personas que conoce desde hace tiempo. N - MR - AV - CF - MF - S.
- 5.2.2.3. Dificultades para reconocer la cara de personas que conoce desde hace tiempo. N - MR - AV - CF - MF - S.

6. Olvidos referentes al modo de utilización de ciertos objetos.

- 6.1. Dificultades para recordar el modo de empleo de ciertos objetos. N - MR - AV - CF - MF - S.
- 6.2. Dificultades para aprender el modo de empleo de objetos nuevos. N - MR - AV - CF - MF - S.

7. Olvidos referentes a acontecimientos de actualidad y a ciertos conocimientos generales.

- 7.1. Dificultades para recordar acontecimientos de actualidad:
- 7.1.1. Reciente (ocurridos hace menos de un mes). N - MR - AV - CF - MF - S.
- 7.1.2. Menos reciente (ocurridos hace varios meses). N - MR - AV - CF - MF - S.
- 7.2. Dificultades para recordar conocimientos generales adquiridos en el pasado. N - MR - AV - CF - MF - S.
- 7.3. Dificultades para memorizar ciertos conocimientos. N - MR - AV - CF - MF - S.

8. Olvido de lugares, trayectos y ubicación de objetos (Memoria Espacial).

- 8.1. Olvidos ocurridos fuera de la casa.
- 8.1.1. Se pierde en lugares conocidos. N - MR - AV - CF - MF - S.
- 8.1.2. Dificultades para aprender trayectos nuevos. N - MR - AV - CF - MF - S.
- 8.1.3. Dificultades para recordar el nombre de calles conocidas. N - MR - AV - CF - MF - S.
- 8.1.4. Dificultades para explicar a otra persona un trayecto conocido. N - MR - AV - CF - MF - S.
- 8.1.5. Dificultades para reconocer lugares conocidos. N - MR - AV - CF - MF - S.
- 8.2. Olvidos ocurridos dentro de la casa.
- 8.2.1. Dificultad para hallar objetos que se encuentran siempre en el mismo

sitio.

N - MR - AV - CF - MF - S.

8.2.2. Dificultades para aprender el nuevo sitio de objetos.

N - MR - AV - CF - MF - S.

9. Olvidos referentes a ciertos actos que hay que ejecutar (Memoria Prospectiva).

9.1. Acordarse de hacer algo.

9.1.1. Olvida hacer algo que había planeado hacer.

N - MR - AV - CF - MF - S.

9.1.2. Olvida decir algo que había previsto decir.

N - MR - AV - CF - MF - S.

9.1.3. Olvida citas.

N - MR - AV - CF - MF - S.

9.1.4. Olvida tomar medicamentos.

N - MR - AV - CF - MF - S.

9.2. Cancelar lo ya hecho.

9.2.1. Duda acerca de si ha realizado una acción hace algunos minutos y vuelve a hacerla.

N - MR - AV - CF - MF - S.

9.2.2. Duda acerca de si ha realizado una acción hace algunos días y vuelve a hacerla.

N - MR - AV - CF - MF - S.

10. Olvidos referentes a ciertos hechos relacionados con su vida personal (Memoria Autobiográfica).

10.1. Olvido de acontecimientos:

10.1.1. Antiguos (vividos hace algunos años).

N - MR - AV - CF - MF - S.

10.1.2. Recientes (vividos hace días o algunas semanas).

N - MR - AV - CF - MF - S.

10.2. Compra objetos repetidos porque olvida que ya los tenía.

N - MR - AV - CF - MF - S.

10.3. Duda en comprar una cosa porque no está seguro si ya la tiene.

N - MR - AV - CF - MF - S.

10.4. Dificultades para recordar información personal que sabía de memoria.

N - MR - AV - CF - MF - S.

10.5. Dificultades para aprender de memoria información personal nueva.

N - MR - AV - CF - MF - S.

11. Consecuencias sobre el desempeño de memoria cotidiana de ciertos factores de interferencia.

11.1. Cansancio.

11.1.1. Tiene más dificultades para aprender algo cuando está cansado.

N - MR - AV - CF - MF - S.

11.1.2. Tiene más dificultades para recordar algo cuando está cansado.

N - MR - AV - CF - MF - S.

11.2. Estrés.

11.2.1. Tiene más dificultades para aprender algo cuando está nervioso.

N - MR - AV - CF - MF - S.

11.2.2. Tiene más dificultades para recordar algo cuando está nervioso.

N - MR - AV - CF - MF - S.

11.3. Estado emocional.

11.3.1. Tiene más dificultades para aprender algo cuando se encuentra en un estado emotivo particular.

N - MR - AV - CF - MF - S

11.3.2. Tiene más dificultades para recordar algo cuando se encuentra en un

estado emotivo particular.	N - MR - AV - CF - MF - S.
11.4. Estado físico (Dolor de cabeza).	
11.4.1. Tiene más dificultades para aprender algo cuando le duele la cabeza.	N - MR - AV - CF - MF - S.
11.4.2. Tiene más dificultades para recordar algo cuando le duele la cabeza.	N - MR - AV - CF - MF - S.
11.5. Ruidos.	
11.5.1. Tiene más dificultades para aprender algo en un ambiente ruidoso.	N - MR - AV - CF - MF - S.
11.5.2. Tiene más dificultades para recordar algo en un ambiente ruidoso.	N - MR - AV - CF - MF - S.
11.6. Momento del día.	
11.6.1. Tiene más dificultades para aprender algo:	
11.6.1.1. Por la mañana.	N - MR - AV - CF - MF - S.
11.6.1.2. Después de comer.	N - MR - AV - CF - MF - S.
11.6.1.3. Al atardecer.	N - MR - AV - CF - MF - S.
11.6.2. Tiene más dificultades para recordar algo:	
11.6.2.1. Por la mañana.	N - MR - AV - CF - MF - S.
11.6.2.2. Después de comer.	N - MR - AV - CF - MF - S.
11.6.2.3. Al atardecer.	N - MR - AV - CF - MF - S.
11.7. Información susceptible de interferir con la información a aprender o recuperar.	
11.7.1. Tiene más dificultades para aprender algo cuando debe aprender muchas cosas a la vez.	N - MR - AV - CF - MF - S.
11.7.2. Tiene más dificultades para recordar algo cuando debe acordarse muchas cosas a la vez.	N - MR - AV - CF - MF - S.
11.7.3. Tiene más dificultades para aprender algo cuando está haciendo otra cosa.	N - MR - AV - CF - MF - S.
11.7.4. Tiene más dificultades para recordar algo cuando está haciendo otra cosa.	N - MR - AV - CF - MF - S.

12. Cree que tiene problemas de memoria en su vida de cada día. N - MR - AV - CF - MF - S.

- **N = NUNCA: 1 punto.**
- **MR = MUY RARA VEZ: 2 puntos.**
- **AV = A VECES: 3 puntos.**
- **CF = CON CIERTA FRECUENCIA: 4 puntos.**
- **MF = CON MUCHA FRECUENCIA: 5 puntos.**
- **S = SIEMPRE: 6 puntos.**

**PRESENTACION E
INTERPRETACION DE
RESULTADOS.**

Presentación de Resultados.

Relevamiento de las características generales de la población estudiada.

La muestra de este estudio estuvo inicialmente constituida por los 25 adultos mayores de 65 años, de ambos sexos, inscriptos en el Taller de Memoria impartido por personal especializado perteneciente al Servicio de Medicina Preventiva SATE del Hospital Privado de Comunidad, previsto para los meses de junio a septiembre de 2005. Por diversas causas el Taller se dictó entre los meses de agosto y noviembre de 2005 y solo 7 participantes completaron la asistencia al mismo, lo cual redujo sensiblemente el tamaño de la muestra.

A cada uno de los integrantes de la muestra inicial se les administró, antes de la implementación del taller, la siguiente batería de tests: Mini Mental State de Folstein (MMSE), Fluidez Verbal, Rey Auditory Learning Test (RAVLT), Inventario de Beck sobre Depresión (BDI), Test Conductual de Memoria Rivermead (RBMT) y Cuestionario de Olvidos Cotidianos (COC). Estos tests fueron utilizados con el fin de caracterizar la muestra, evaluar en forma objetiva y subjetiva la queja mnésica en la vida cotidiana y, excluir de la muestra individuos con probable trastorno cognoscitivo o depresión severa.

Una vez analizados los resultados de la primera toma de datos se detectó que una de las pacientes presentaba signos de deterioro cognoscitivo, por lo que se decidió su exclusión de la muestra. A los fines metodológicos se denomina, de aquí en adelante, “grupo 24” a la muestra inicial de veinticuatro personas que comenzaron el taller y “grupo 7” a los siete individuos que completaron el mismo.

Caracterización de los grupos.

Grupo 24.

Este grupo estuvo constituido por veinticuatro personas, distribuidas en veinte mujeres y cuatro varones. En relación con las edades se encontraron: seis personas entre 60 y 69 años, quince entre 70 y 79, y tres de ochenta o más años. En cuanto a nivel de educación, cinco no completaron sus estudios primarios, cinco sí lo hicieron, dos no

completaron el secundario, nueve sí lo concluyeron y tres completaron estudios universitarios. En los gráficos que siguen se puede apreciar la composición en cada una de las variables mencionadas. Los niveles educativos fueron reagrupados en tres categorías, para facilitar su lectura.

Gráfico 1

Grupo 24 - Distribución por Sexo



Gráfico 2

Grupo 24 - Distribución por Edades

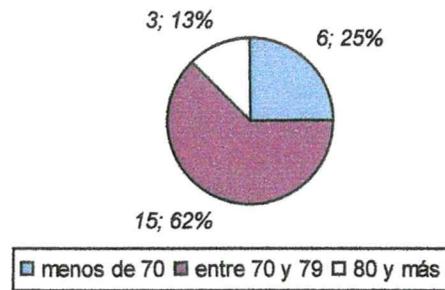


Gráfico 3

Grupo 24 - Distribución por nivel de estudios

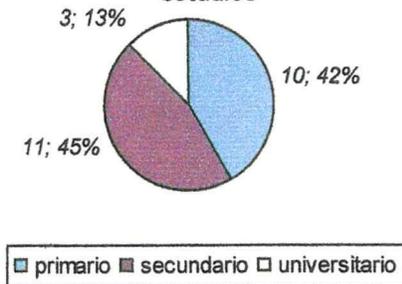
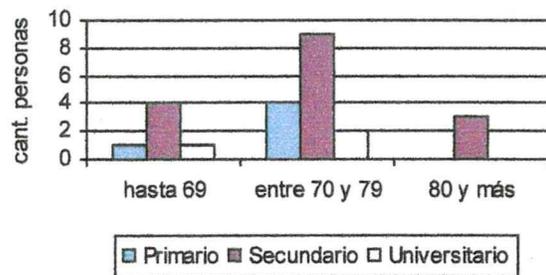


Gráfico 4

Grupo 24 - Edades y Nivel de Estudios



La siguiente tabla resume la información anterior.

Tabla 1: Clasificación del "grupo 24" por sexo, nivel de educación y edades.

Sexo	Estudios	Edades			Totales
		Hasta 69	70 a 79	80 y más	
Varones	Primario	0	0	0	0
	Secundario	0	2	1	3
	Superior	1	0	0	1
Mujeres	Primario	1	4	0	5
	Secundario	4	7	2	13
	Superior	0	2	0	2
Totales varones		1	2	1	4
Totales mujeres		5	13	2	20
Totales muestra		6	15	3	24

Fuente: elaboración propia.

En ambos sexos el nivel educativo más frecuente fue el secundario, en el rango de edades de 70 a 79 años.

Grupo 7.

Este grupo estuvo constituido por las siete personas que (como ya se mencionó) completaron el taller, distribuidas en seis mujeres y un varón. En relación con las edades se encontró que el 29% de las personas tenía entre 60 y 69 años, el 42% entre 70 y 79, y el 29% ochenta o más años. En cuanto a nivel de educación, uno no completó sus estudios primarios, uno sí lo hizo, cuatro completaron el secundario, y uno completó estudios universitarios. *Gráfico 5*

Grupo 7 Distribución por Sexo

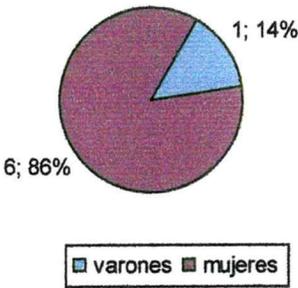


Gráfico 6

Grupo 7 Distribución por Edades

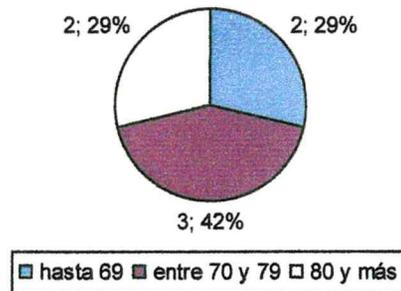


Gráfico 7

Grupo 7 Distribución por Nivel de Estudios

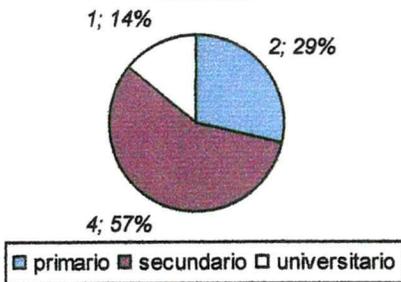
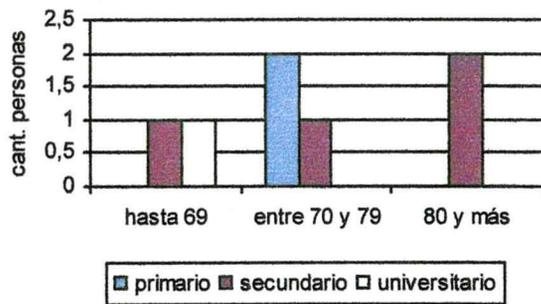


Gráfico 8

Grupo 24 Edades y Nivel de Estudios



La tabla 2 resume la información anterior.

Tabla 2: Clasificación del “grupo 7” por sexo, nivel de educación y edades.

Sexo	Estudios	Edades			
		Hasta 69	70 a 79	80 y más	Totales
Varones	Primario	0	0	0	0
	Secundario	0	0	0	0
	Superior	1	0	0	1
Mujeres	Primario	0	2	0	2
	Secundario	1	1	2	4
	Superior	0	0	0	0
Totales varones		1	0	0	1
Totales mujeres		1	3	2	6
Totales muestra		2	3	2	7

Fuente: elaboración propia.

En la categoría varones se observó que el único dato corresponde al nivel educativo universitario y se ubicó en el rango de edades de hasta 69 años. En las mujeres el nivel educativo más frecuente fue el secundario, la mitad de ellas en los rangos de edades de hasta 79 años y la otra mitad en el rango más de 80 años; concordantemente el promedio de edad fue de 74 años. No se registraron mujeres con estudios universitarios.

Comentarios de los resultados de las pruebas administradas.

Mini Mental State de Folstein (MMSE).

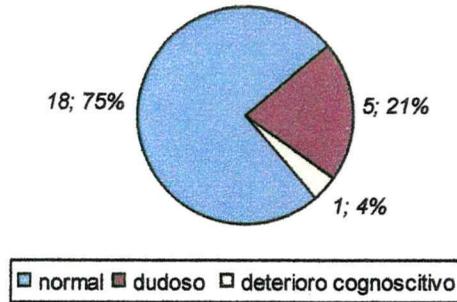
En el “Grupo 24” se detectó que de los veinticuatro pacientes, dieciocho no evidenciaron síntomas de síndrome demencial, cinco encuadraron en la categoría “deterioro dudoso” y uno en la categoría “deterioro cognoscitivo”, conformando así el 96% apto para nuestro estudio y solamente el 4% no apto, desde el punto de vista de la evaluación cognoscitiva, guarismos que pueden apreciarse en la tabla y gráfico siguientes.

Tabla 3: Mini Mental State de Folstein - Distribución de puntajes Grupo 24

Intervalo		Frecuencias
Normal	27 – 30	18 (75%)
Dudoso	24 – 26	5 (21%)
Deterioro cognoscitivo	Menos de 24	1 (4%)

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 9
Grupo 24 - Mini Mental State de Folstein
Distribución por Categorías



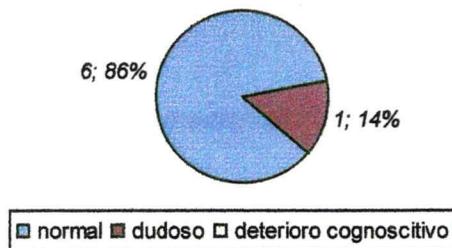
En el “grupo 7” se detectó que de los siete pacientes, seis no evidenciaron síntomas de síndrome demencial, solo uno se ubicó en la categoría “deterioro dudoso” y ninguno en la categoría “deterioro cognoscitivo”, conformando así el 100% apto para este estudio; la mejoría en los porcentajes se debe a la merma en el tamaño de la muestra y a la selección aleatoria; en la tabla y gráfico siguientes se observan las cifras anteriores.

Tabla 4: Mini Mental State de Folstein - Distribución de puntajes Grupo 7

Intervalo		Frecuencias
Normal	27 – 30	6 (86%)
Dudoso	24 – 26	1 (14%)
Deterioro cognoscitivo	Menos de 24	0

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 10
Grupo 7 - Mini Mental State de Folstein
Distribución por categorías



Fluidez verbal.

Grupo 24.

Los resultados obtenidos fueron analizados por grupos de edades y nivel educativo. En relación con el nivel de estudios, el grupo de los universitarios obtuvo el mejor desempeño y el más limitado correspondió al grupo de nivel primario. En cuanto a la clasificación por edades, el mejor desempeño lo tuvo el grupo de hasta 69 años, luego el grupo de los de 80 o más y finalmente el grupo de 70 a 79 años; en ese orden. En la tabla 5 se muestran los promedios y desvíos estándar del grupo 24, clasificados simultáneamente por edades y nivel de estudios.

Tabla 5: Fluidez Verbal - Grupo 24

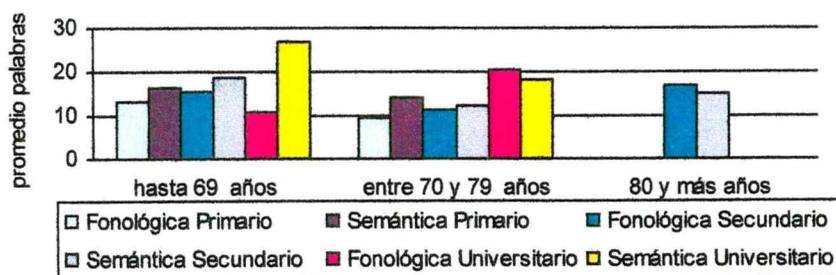
Nivel educativo	Nro. Pacientes / Fluidez	Edades			
		Hasta 69	70 a 79	80 y más	totales
Primario	N	3	7	0	10
	Fonológica	13 (2,65)	9,71 (2,98)		10,7 (3,16)
	Semántica	16,3 (3,06)	14,1 (5,58)		14,8 (4,89)
Secundario	N	2	6	3	11
	Fonológica	15,5 (0,71)	11,2 (3,54)	16,7 (3,06)	13,5 (3,91)
	Semántica	18,5 (2,12)	12,3 (4,23)	15,0 (6,24)	14,2 (4,81)
Universitario	N	1	2	0	3
	Fonológica	11,0 (0,00)	20,5 (3,54)		17,3 (6,03)
	Semántica	27,0 (0,00)	18,0 (1,41)		21,0 (5,29)
Totales	N	6	15	3	24
	Fonológica	13,5 (2,43)	11,7 (4,73)	16,7 (3,06)	12,8 (4,30)
	Semántica	18,8 (4,67)	13,9 (4,83)	15,0 (6,24)	15,3 (5,18)

Ref.: promedio (desvío estándar)

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 11

Grupo 24 - Fluidez Verbal



Los resultados ponen en evidencia la relevancia del **factor educacional** en esta prueba, diferenciándose en este aspecto con la variable **edad**. No se observó una influencia significativa de la edad en los puntajes de fluidez verbal.

En general, se observó un menor rendimiento en **fluidez verbal fonológica** que en **fluidez verbal semántica**, que coincidiría con los resultados encontrados por Butman, Allegri, Harris y Drake (2000) en un trabajo similar.

Grupo 7.

Los resultados obtenidos fueron analizados por grupos de edades y nivel educativo. En relación con el nivel de estudios, el grupo de los universitarios obtuvo el mejor desempeño y el más limitado correspondió al grupo de nivel primario. En cuanto a la clasificación por edades, el mejor desempeño lo tuvo el grupo de hasta 69 años, luego el grupo de los de 80 o más y finalmente el grupo de 70 a 79 años; en ese orden. En la tabla 6 se muestran los promedios y desvíos estándar del grupo 7.

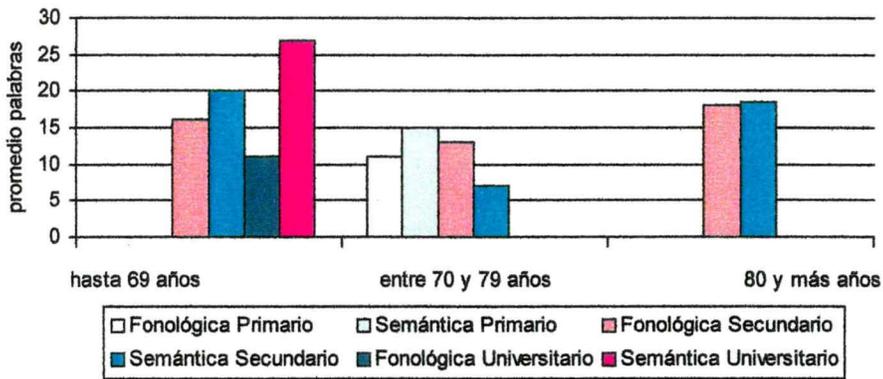
Tabla 6: Fluidez Verbal - Grupo 7

Nivel educativo	Nro. Pacientes / Fluidez	Edades			
		Hasta 69	70 a 79	80 y más	totales
Primario	N	0	2	0	2
	Fonológica		11,0 (2,83)		11,0 (2,83)
	Semántica		15,0 (1,41)		15,0 (1,41)
Secundario	N	1	1	2	4
	Fonológica	16,0 (0,00)	13,0 (0,00)	18,0 (2,83)	16,3 (2,87)
	Semántica	20,0 (0,00)	7,0 (0,00)	18,5 (2,12)	16,0 (6,16)
Universitario	N	1	0	0	1
	Fonológica	11,0 (0,00)			11,0 (0,00)
	Semántica	27,0 (0,00)			27,0 (0,00)
Totales	N	2	3	2	7
	Fonológica	13,5 (3,54)	11,7 (2,31)	18,0 (2,83)	14,0 (3,65)
	Semántica	23,5 (4,95)	12,3 (4,73)	18,5 (2,12)	17,3 (6,16)

Ref.: promedio (desvío estándar)

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 12
Fluidez Verbal Grupo 7



Al igual que en el grupo 24, los resultados obtenidos indican una importante influencia de la **escolaridad** y una escasa influencia de la **edad**. De todos modos, se requeriría de nuevos estudios, basados en un tamaño mayor de muestra de sujetos para demostrar estas afirmaciones.

También pudo observarse que el rendimiento en la prueba de **fluidez verbal fonológica** fue menor que en la prueba de **fluidez verbal semántica**.

Rey Auditory – Verbal Learning Test (RAVLT).

Tabla 7: Rey Auditory – Verbal Learning Test (RAVLT) Grupo 24

Listas	Edades			
	Hasta 69	70 a 79	80 y más	Totales
A1	5,3 (1,6)	3,7 (1,3)	5,7 (4,6)	4,4 (2,0)
A2	7,7 (1,0)	5,9 (1,9)	7,0 (2,0)	6,5 (1,9)
A3	8,2 (2,2)	7,3 (1,8)	8,0 (3,6)	7,6 (2,1)
A4	10,0 (1,6)	8,0 (1,5)	8,0 (3,5)	8,5 (2,0)
A5	11,0 (1,9)	9,2 (1,7)	10,0 (2,6)	9,8 (2,0)
B	5,8 (1,2)	4,1 (1,8)	3,7 (1,5)	4,5 (1,8)
A6	8,5 (2,3)	6,9 (2,1)	8,7 (4,0)	7,5 (2,4)
A7	8,7 (2,3)	6,3 (2,3)	9,7 (5,9)	7,3 (3,0)
Reconocimiento	13,0 (1,3)	12,0 (1,9)	14,0 (0,0)	13,0 (1,7)

Ref.: promedio (desvío estándar)

Fuente: elaboración propia.

Tabla 8: Rey Auditory – Verbal Learning Test (RAVLT) Grupo 7

Listas	Edades			
	Hasta 69	70 a 79	80 y más	Totales
A1	7,0 (3,1)	3,7 (1,5)	7,0 (5,7)	5,6 (3,1)
A2	8,5 (2,1)	6,0 (2,6)	8,0 (1,4)	7,3 (2,1)
A3	10,0 (2,3)	7,0 (1,7)	9,5 (3,5)	8,6 (2,3)
A4	12,0 (2,2)	8,0 (2,0)	10,0 (0,0)	9,7 (2,2)
A5	13,0 (1,6)	10,0 (1,0)	12,0 (0,7)	11,0 (1,6)
B	7,0 (2,3)	4,0 (3,0)	4,5 (0,7)	5,0 (2,3)
A6	11,0 (2,4)	6,7 (0,6)	11,0 (0,0)	9,0 (2,4)
A7	12,0 (3,8)	6,0 (2,6)	13,0 (1,4)	9,6 (3,8)
Reconocimiento	14,0 (2,0)	11,0 (2,3)	14,0 (0,0)	13,0 (2,0)

Ref.: promedio (desvío estándar)

Fuente: elaboración propia.

El cambio en el número de palabras recordadas desde la primera evocación (A1) hasta la quinta (A5) muestra el **aprendizaje**. De esta manera, se observa que el aprendizaje fue mayor en el grupo de menor edad (hasta 69 años).

Los resultados también ponen de manifiesto que el desempeño de los adultos mayores es mejor en condición de “reconocimiento” (el sujeto debe reconocer las palabras aprendidas entre un conjunto de palabras distractoras) que en “recuerdo libre” (el sujeto debe recordar el mayor número posible de palabras inmediatamente después de haber escuchado la última palabra de la lista).

Finalmente, se observa una susceptibilidad a la interferencia en todos los grupos de edad. Luego de la lectura de la Lista B (distractor) el recuerdo de la primera lista de palabras disminuye.

Inventario de Beck sobre Depresión (BDI).

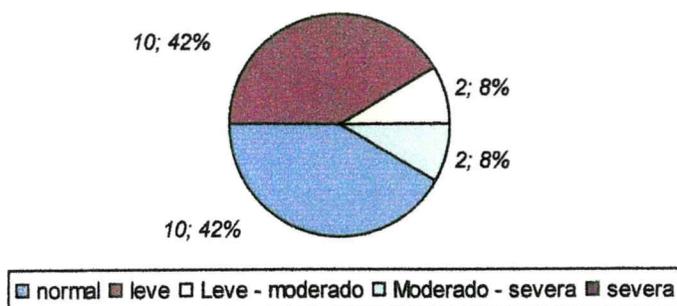
El “Grupo 24” quedó conformado por diez personas ubicadas en la categoría “normal”, diez en “leve”, dos en “leve-moderado”, dos en “moderado-severa” y ninguno en “severa”. De esta manera el 84% de los pacientes no presentó o apenas evidenció síntomas de depresión y el 16% restante lo hizo de manera moderada, resultando todos aptos para la investigación.

Tabla 9: Inventario de Beck sobre Depresión -Grupo 24

Intervalos		Frecuencia
Categoría	Puntuación	
Normal	Menos de 10	10
Leve	10 – 15	10
Leve – moderado	16 – 19	2
Moderado – severa	20 – 29	2
Severa	Más de 29	0

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 13
Grupo 24 - Inventario de Beck sobre Depresión



El “Grupo 7” quedó conformado por cinco personas ubicadas en la categoría “normal”, dos en “leve”, ninguno en “leve-moderado”, ninguno en “moderado-severa” y ninguno en “severa”. Así el 100% reunió los requisitos prefijados para integrar la muestra.

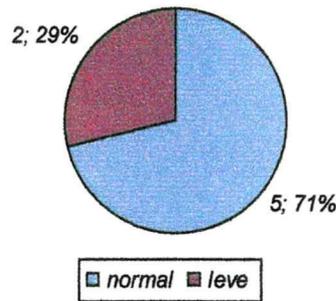
Tabla 10: Inventario de Beck sobre Depresión -Grupo 7

Intervalos		Frecuencia
categoría	Puntuación	
normal	Menos de 10	5
leve	10 – 15	2
Leve - moderado	16 – 19	0
Moderado - severa	20 – 29	0
severa	Más de 29	0

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 14

Grupo 7 - Inventario de Beck sobre Depresión



Test Conductual de Memoria Rivermead (RBMT).

El “Grupo 24” quedó conformado por dieciocho personas ubicadas en la categoría “normal”, cinco en “escaso deterioro”, uno en “moderadamente afectado” y ninguno en “gravemente afectado”. De esta manera el 96% de los pacientes no presentó o apenas evidenció alteraciones en el funcionamiento de la memoria cotidiana, el 4% restante lo hizo de manera moderada, resultando este último la única persona a quien podría excluirse de la muestra.

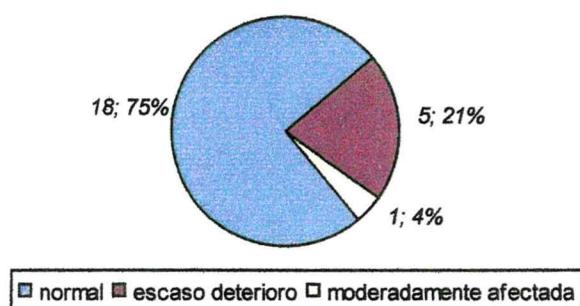
Tabla 11: Test Conductual de Memoria Rivermead – grupo 24

Intervalos		Frecuencia
Categorías	Puntuación	
Normal	12 – 10	18
Escaso deterioro	9 – 6	5
Moderadam. Afectada	5 – 3	1
Gravemente afectada	2 – 0	0

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 15

Grupo 24 - Test Conductual de Memoria Rivermead



El “Grupo 7” quedó conformado por tres personas ubicadas en la categoría “normal”, cuatro en “escaso deterioro”, ninguno en “moderadamente afectado” y ninguno en “gravemente afectado”. Así el 100% reunió los requisitos prefijados para integrar la muestra.

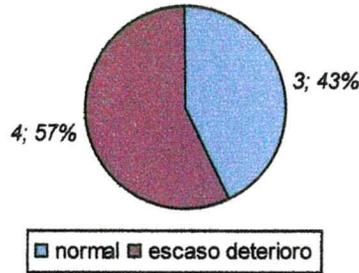
Tabla 12: Test Conductual de Memoria Rivermead – grupo 7
- al inicio del Taller -

Intervalos		frecuencia
categorías	puntuación	
normal	12 – 10	3
Escaso deterioro	9 – 6	4
Moderadam. afectada	5 – 3	0
Gravemente afectada	2 – 0	0

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 16

Grupo 7 - Test Conductual de Memoria Rivermead
-al Inicio del Taller-



Al finalizar el Taller, se administró nuevamente este test y los resultados fueron: cinco personas ubicadas en la categoría “normal”, dos en “escaso deterioro”, ninguno en “moderadamente afectado” y ninguno en “gravemente afectado”. Estos resultados evidencian una mejoría en las medidas de memoria objetiva.

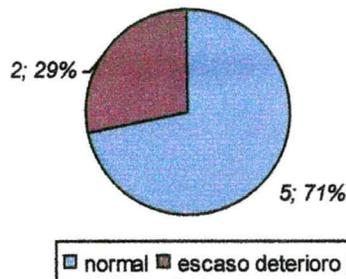
Tabla 12: Test Conductual de Memoria Rivermead – grupo 7
- al finalizar el Taller -

Intervalos		frecuencia
categorías	puntuación	
normal	12 – 10	5
Escaso deterioro	9 – 6	2
Moderadam. afectada	5 – 3	0
Gravemente afectada	2 – 0	0

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 17

Gráfico 7 - Test Conductual de Memoria Rivermead
-a la Finalización del Taller-



Cuestionario de Olvidos Cotidianos (COC).

El COC se administró tanto al “grupo 24” como al “grupo 7” al inicio del taller y a este último también a la finalización. Se determinó la media aritmética de cada respuesta (entre puntajes de 1 a 6) y su correspondiente desvío estándar; los resultados se resumen en las siguientes tablas:

Tabla 13: Cuestionario de Olvidos Cotidianos (COC) Grupo 24

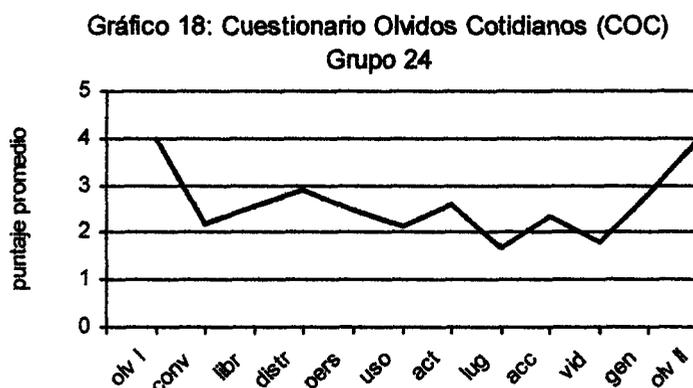
Tema	Media	Desvío estándar
0. olvidos I	4.00	0.98
1. conversaciones	2.19	0.86
2. libros/cine	2.55	1.35
3. distracciones	2.92	0.82
4. personas	2.49	0.91
5. uso de objetos	2.13	1.08
6. actualidad	2.61	1.21
7. lugares	1.67	0.63
8. acciones	2.35	0.79
9. vida personal	1.81	0.64
10. general	2.80	1.03
0. olvidos II	4.00	0.93

Fuente: elaboración propia.

Del análisis de conjunto a partir de la tabla anterior resulta que los dos apartados con mayor promedio de olvidos fueron “distracciones” y “general” y los dos menos olvidados fueron “lugares” y “vida personal”. La media general, es decir el promedio de todos los elementos, fue de 2,63 (con D.E. 0.74), lo cual indica que el grupo completo al inicio del taller tuvo olvidos en un punto intermedio entre la frecuencia 2, *muy rara vez*, y la frecuencia 3, *a veces*; incluyendo las respuestas a las preguntas Olvidos I y II “¿Cree usted que tiene problemas de memoria en su vida cotidiana?”. Si se las excluye, el promedio general desciende a 2,35 (con D.E. 0,41) valores algo menores que indican que cuando los adultos mayores tienen que realizar una autoevaluación de sus habilidades de memoria, generalmente lo hacen en forma negativa, tienden a subestimar su recuerdo y a percibir mayor cantidad de olvidos. Esto se contrapone con lo que luego manifestaron en sus respuestas, donde se observó una menor frecuencia de olvidos.

A su vez puede apreciarse que la respuesta a la pregunta Olvidos I no coincide con la respuesta a la pregunta Olvidos II, esto pone en evidencia dificultades en la autopercepción del funcionamiento de la propia memoria en los sujetos de la muestra estudiada.

En el gráfico 18 se pueden observar los puntajes promedio del Grupo 24; las preguntas Olvidos I y II se presentan al principio y al final (al igual que en el test) y registran –como se señaló- los puntajes más altos.



En la siguiente tabla se muestran los resultados promedio de las respuestas al inicio del Taller del grupo que asistió hasta la finalización del mismo (“Grupo 7”).

Tabla 14: Cuestionario de Olvidos Cotidianos (COC) Grupo 7
- al inicio del Taller -

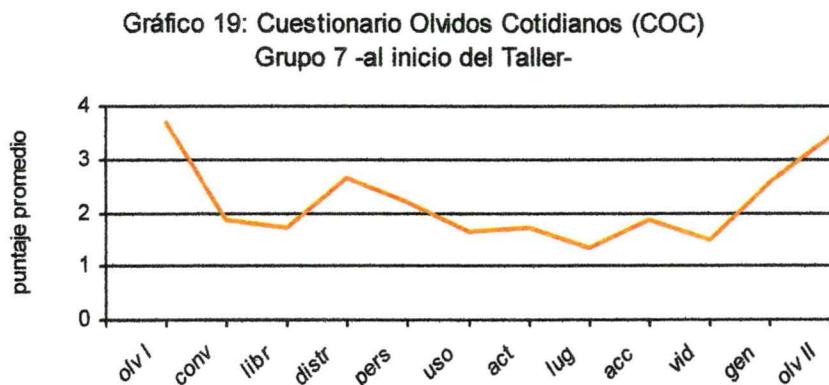
Tema	Media	Desvío estándar
0. olvidos	3.71	1.11
1. conversaciones	1.86	0.43
2. libros/cine	1.71	0.80
3. distracciones	2.64	0.71
4. personas	2.20	0.79
5. uso de objetos	1.64	0.75
6. actualidad	1.71	0.57
7. lugares	1.33	0.24
8. acciones	1.88	0.58
9. vida personal	1.50	0.45
10. general	2.59	0.99
0. olvidos II	3.43	0.53

Fuente: elaboración propia.

El análisis de conjunto permite apreciar que los dos apartados con mayor promedio de olvidos fueron “distracciones” y “general” y los dos menos olvidados fueron “lugares” y “vida personal”. Obsérvese –una vez más– que la reducción del tamaño de la muestra no ha provocado variación en el tenor de las respuestas en términos generales, es decir no ha afectado ni a los “olvidos más frecuentes” ni a los “menos frecuentes”. La media general fue de 2,63 (con D.E. 0.79), lo cual indica que el grupo objeto de este estudio al inicio del taller tuvo olvidos en un punto ubicado entre la frecuencia 2, *muy rara vez*, y la frecuencia 3, *a veces*, resultado similar al del “grupo 24”, incluyendo las respuestas a las preguntas Olvidos I y II. Si se las excluye, el promedio general desciende a 2,36 (con D.E. 0,52), valores algo menores que indican que cuando los adultos mayores tienen que realizar una autoevaluación de sus habilidades de memoria, generalmente lo hacen en forma negativa, tienden a subestimar su recuerdo y a percibir mayor cantidad de olvidos. Esto se contrapone con lo que luego manifestaron en sus respuestas, donde se observó una menor frecuencia de olvidos.

A su vez puede apreciarse que la respuesta a la pregunta Olvidos I no coincide con la respuesta a la pregunta Olvidos II, esto pone en evidencia dificultades en la autopercepción del funcionamiento de la propia memoria en los sujetos de la muestra estudiada.

En el gráfico 19 se pueden observar los puntajes promedio del Grupo 7 al inicio del taller.



A continuación se muestran los resultados promedio de la aplicación del COC al final del Taller, al grupo de individuos que completaron el requisito de asistencia estipulado.

Tabla 15: Cuestionario de Olvidos Cotidianos (COC) Grupo 7
- a la finalización del Taller -

Tema	Media	Desvío estándar
0. olvidos	3.00	0.00
1. conversaciones	1.45	0.36
2. libros/cine	1.32	0.43
3. distracciones	2.19	0.68
4. personas	1.84	0.56
5. uso de objetos	1.00	0.00
6. actualidad	1.36	0.35
7. lugares	1.12	0.13
8. acciones	1.67	0.41
9. vida personal	1.19	0.24
10. general	2.15	0.61
0. olvidos II	3.00	1.00

Fuente: elaboración propia.

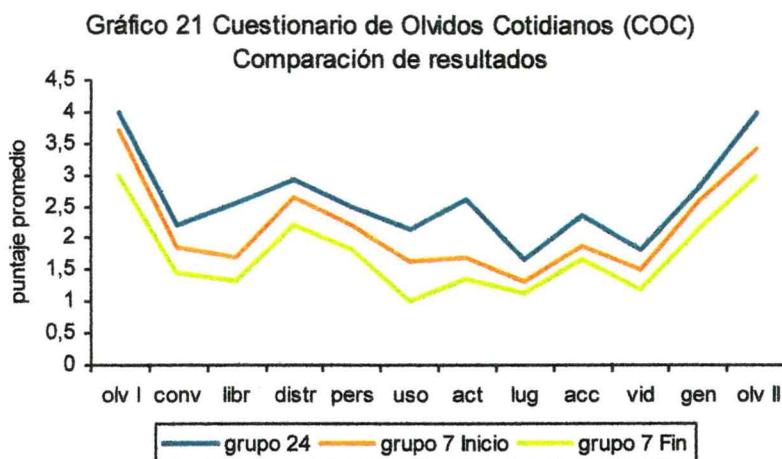
El análisis de conjunto a partir de la tabla anterior es que los dos apartados con mayor promedio de olvidos fueron “distracciones” y “general” y los dos menos olvidados fueron “uso de objetos” y “vida personal”. Nótese que los “*olvidos más frecuentes*” continúan siendo los correspondientes a los apartados 3 y 10, al igual que al inicio del taller, pero que los “*olvidos menos frecuentes*” han variado, correspondiendo ahora a los apartados “uso de objetos” y “vida personal” en vez de “lugares” y “vida personal” (en ese orden). La media general, es decir el promedio de todos los elementos, fue de 1,67 (con D.E. 0.67), incluyendo las respuestas a las preguntas Olvidos I y II. Si se las excluye, el promedio general desciende a 1,53 (con D.E. 0,42) valores algo menores que indican -como ya fue mencionado- que cuando los sujetos tienen que realizar una autoevaluación de sus habilidades de memoria, generalmente lo hacen en forma negativa, tienden a subestimar su recuerdo y a percibir mayor cantidad de olvidos. Esto se contrapone con lo que luego manifestaron en sus respuestas, donde se observó una menor frecuencia de olvidos. Por el contrario, luego de la implementación del taller, se evidenció una **mejoría en la**

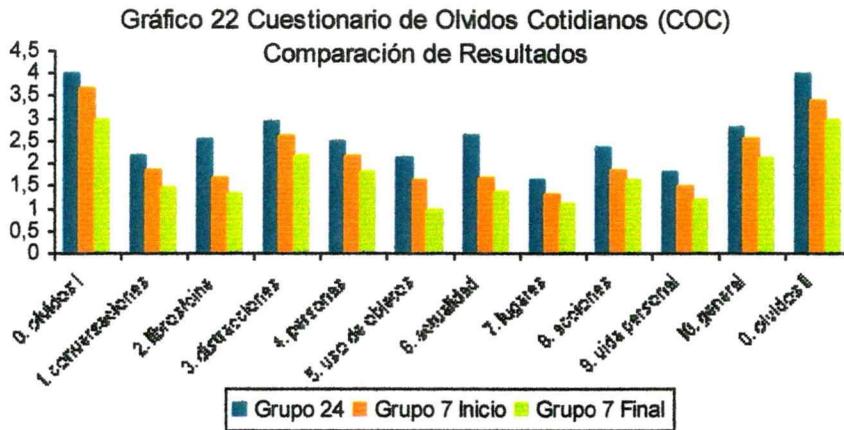
autopercepción: la respuesta a la pregunta Olvidos I coincidió con la respuesta a la pregunta Olvidos II.

Este grupo al momento de finalizar el taller tuvo olvidos en un punto intermedio entre la frecuencia 1, *nunca*, y la frecuencia 2, *muy rara vez*. Estos resultados, sensiblemente menores a los obtenidos al inicio del Taller con el mismo grupo, permiten afirmar que las quejas de memoria disminuyeron, situación que se someterá a prueba más adelante. En el gráfico 20 se pueden observar los puntajes promedio del Grupo 7 al finalizar el taller.



Finalmente, en los gráficos 21 y 22 se observan los resultados de las tres pruebas en los dos grupos, tanto al inicio como a la finalización del taller, según corresponda.





Comparación de resultados.

Con el fin de comparar en términos estadísticos los resultados del COC antes y después de la implementación del Taller de Memoria, en busca de la significatividad de las diferencias halladas, se realizaron contrastes de hipótesis tanto paramétricos como no-paramétricos. Se utilizó el Test para la Diferencia de Medias -con base en observaciones apareadas- y el Test de Wilcoxon (no paramétrico). Se probó la hipótesis de que no existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos antes y después de la implementación del taller, lográndose rechazarla en ambos casos, a los niveles de significación del 1% y del 5%. Puede concluirse que existe evidencia significativa para afirmar en términos estadísticos que se produjeron modificaciones favorables en la queja mnésica de los adultos mayores que completaron el Taller de Memoria, tal como se observó en el apartado anterior.

Correlación queja subjetiva – medición objetiva.

Se intentó medir la existencia y el grado de relación entre la queja subjetiva de memoria y la medición objetiva de memoria, a partir de los datos obtenidos en el Test

Conductual de Memoria Rivermead (RBMT) y en el Cuestionario de Olvidos Cotidianos (COC). Para ello se calculó el coeficiente de correlación de Pearson, hallándose los valores que se indican en la siguiente tabla:

Tabla 16: coeficientes de correlación de Pearson

Variables correlacionadas	Antes del taller	Después del Taller
Promedio puntaje COC vs. Puntuación global Rivermead	- 0,3783	0,7510
Promedio puntaje COC vs. Perfil de puntuación Rivermead	0,0154	0,8545
Mediana puntaje COC vs. Puntuación global Rivermead	- 0,4710	0,6728
Mediana puntaje COC vs. Perfil de puntuación Rivermead	- 0,0390	0,7604

Fuente. Elaboración propia.

Los valores hallados no evidenciaron relación significativa entre los resultados de las pruebas mencionadas al principio del Taller, aunque sí lo hicieron a la finalización del mismo. Se halló una relación positiva con coeficientes entre 0,67 y 0,86, evidencia de una elevada relación directa entre los resultados del Rivermead y el COC. Se puede afirmar que el Taller de Memoria produjo una mejoría objetiva y subjetiva de la memoria.

Respuestas a las preguntas libres del COC – INICIO.

A continuación se detallan las respuestas dadas por los sujetos a cada una de las respuestas abiertas del COC. Detrás de cada respuesta figura, entre paréntesis, una cifra que corresponde a la frecuencia de aparición de esa respuesta cuando sea superior a uno.

Pregunta 1.7 *¿Cree que Ud. tiene otros olvidos referentes a las conversaciones?*

Falta de interés (2)

Tener la palabra en la punta de la lengua (2)

Pasar de un tema a otro

Volver a preguntar algo que se dijo

Problemas para encontrar la palabra adecuada para nombrar objetos

Olvido apellidos

Olvido nombres

Olvido lo que quiero responder

Olvido la palabra que continua en relación con lo que se está hablando

Recuerdo idea general, olvido detalles

No (14)

Pregunta 2.5 *¿Cree Ud. que tiene otros olvidos relacionados con las películas o los libros?*

Olvido nombres de libros, películas, actores (6)

No recuerdo detalles

Olvido fecha de una noticia

Si no me agradó, lo olvido

Detalles de la película

Dificultad para leer varias hojas, cansancio

Dificultad para concentrarme

Falta de interés

Olvido las películas

No (14)

Pregunta 3.7 *¿Cree Ud. que tiene otras distracciones?*

No recordar

No vuelvo a poner las cosas en el mismo lugar, olvido guardarlas

Pierdo cosas

Al viajar en colectivo no recuerdo a donde me dirigía / donde tenía que bajar

Al hacer una cosa pienso en otra

Dificultades para concentrarme en algo

No (19)

Pregunta 4.8 *¿Cree Ud. que tiene otros olvidos relacionados con las personas?*

Información de la vida de las personas, por ejemplo fechas de cumpleaños (3)

Veo la cara de una persona y no me sale el nombre

No (21)

Pregunta 5.3 *¿Cree Ud. que tiene otros olvidos relacionados con el uso de ciertos objetos?*

No recuerdo como poner la alarma de la radio

La tecnología me produce miedo

No (22)

Pregunta 6.5 *¿Cree Ud. que tiene otras dificultades referentes al recuerdo de acontecimientos de actualidad y de conocimientos generales?*

No puedo recuperar conocimientos adquiridos en el pasado

No (23)

Pregunta 7.8 *¿Cree Ud. que tiene otras dificultades relacionadas con los lugares o los sitios?*

Olvido donde dejé el auto

Coloco objetos en el lugar equivocado y luego no los encuentro

No (23)

Pregunta 8.7 *¿Cree Ud. que tiene otros olvidos relacionados con algo que ha de hacer?*

Olvido hacer un llamado telefónico

Olvido comprar algo que necesitaba

Olvido ir a algún lado

No (22)

Pregunta 9.7 *¿Cree Ud. que tiene otros olvidos relacionados con su vida personal?*

No (24)

Pregunta 10.17 *¿Utiliza trucos para evitar los olvidos?*

Anoto (16)

Agenda (8)

Asociación (5)

Carteles ayuda memoria

Computadora

Reglas mnemotécnicas

Escribir almanaque

Preparo las cosas en un lugar para no olvidarme

Poner cosas a la vista

No

Pregunta 10.18 *Explique brevemente como se da Ud. cuenta de sus olvidos*

Ausencia del objeto que necesito (6)

Porque no hice algo (3)

Porque otra persona me lo dice (2)

Cuando me acuerdo

Dudas

Cuando tengo que hablar con alguien y no recuerdo que tenía que decir

Al finalizar el día me doy cuenta de que me olvidé de hacer algo.

No (10)

Respuestas a las preguntas libres del COC – FIN.

Pregunta 1.7 *¿Cree que Ud. tiene otros olvidos referentes a las conversaciones?*

Olvido la palabra que continua en relación con lo que estoy hablando

Cuando me voy del tema para dar una explicación

Pregunta 2.5 *¿Cree Ud. que tiene otros olvidos relacionados con las películas o los libros?*

Olvido nombres de libros, películas, actores (3)

Distracciones mientras miro la novela

Pregunta 3.7 *¿Cree Ud. que tiene otras distracciones?*

Olvido cosas superfluas

Poner plata en la billetera cuando voy de compras

Ir al supermercado y olvidarme de comprar algo

En lugar de decir mi número de teléfono cuando me lo preguntan, digo otro al que llamo con frecuencia

Pregunta 4.8 *¿Cree Ud. que tiene otros olvidos relacionados con las personas?*

Fechas de cumpleaños

Nombres

Direcciones

Pregunta 5.3 *¿Cree Ud. que tiene otros olvidos relacionados con el uso de ciertos objetos?*

No (7)

Pregunta 6.5 *¿Cree Ud. que tiene otras dificultades referentes al recuerdo de acontecimientos de actualidad y de conocimientos generales?*

No (7)

Pregunta 7.8 *¿Cree Ud. que tiene otras dificultades relacionadas con los lugares o los sitios?*

Olvido cuando coloco las cosas en lugares no habituales o cuando cambio el modo de hacer las cosas (2)

Pregunta 8.7 *¿Cree Ud. que tiene otros olvidos relacionados con algo que ha de hacer?*

Olvido hacer un llamado telefónico

Pregunta 9.7 *¿Cree Ud. que tiene otros olvidos relacionados con su vida personal?*

Fechas de cumpleaños

Pregunta 10.17 *¿Utiliza trucos para evitar los olvidos?*

Anoto (4)

Asociación (3)

Presto más atención (3)

Técnica de la primera letra (2)

Agenda (2)

Coloco objetos en lugar visible

Lista de compras

Organizar

Computadora

Calendario

Ubico las cosas en el mismo lugar

Pregunta 10.18 *Explique brevemente como se da Ud. cuenta de sus olvidos*

Ausencia del objeto que necesito (2)

Cuando alguien me lo hace saber

Interpretación de los Resultados.

Los resultados indican que existe evidencia significativa para afirmar en términos estadísticos que se produjeron *modificaciones* en la *Queja Mnésica* de los adultos mayores que completaron el Taller de Memoria. Los hallazgos ponen de manifiesto que, efectivamente, los individuos de la muestra estudiada se benefician del Taller. El beneficio alcanza a la medida objetiva de memoria (Test Conductual de Memoria Rivermead) y a la valoración subjetiva de memoria (Cuestionario de Olvidos Cotidianos). La mayor parte de los estudios sobre entrenamiento de memoria citados en el estado actual coinciden con los resultados positivos obtenidos en este estudio.

Se observó una *disminución* de las quejas mnésicas en la vida cotidiana. Al inicio del taller, los olvidos se ubicaron en un punto intermedio entre la frecuencia 2, *muy rara vez*, y la frecuencia 3, *a veces*. Al finalizar el taller, los olvidos descendieron a un punto intermedio entre la frecuencia 1, *nunca*, y la frecuencia 2, *muy rara vez*. La disminución de las quejas permite inferir que los sujetos se encuentran más **satisfechos** respecto de su desempeño mnésico en la vida cotidiana. Desde Terapia Ocupacional se plantea que el taller de memoria es eficaz en la medida en que el sujeto es capaz de incrementar sus capacidades cognoscitivas reflejadas en las actividades de su vida diaria por más que logre avances en condiciones de laboratorio; la efectividad del taller se debe plantear en **la vida diaria**.

Esta mejoría podría atribuirse por una parte, a la implementación del **taller de memoria**, en el que se intenta **educar** a los adultos mayores, se reconocen sus **derechos**, se promueve su **participación activa** en el proceso de construcción de la salud y se les brindan herramientas para posibilitarles el logro de su autonomía.

Por otra parte, podría deberse al **efecto de grupo**. El abordaje grupal permite que se establezcan vínculos, se cuenta con el apoyo de otros participantes y del coordinador, y se comprueba que las propias fallas de memoria son comunes a otras personas de la misma edad. Este proceso de identificación grupal contribuiría a disminuir la ansiedad provocada por la presencia de fallas mnésicas y por el temor a padecer los primeros síntomas de una demencia. A su vez, lo grupal favorece la ubicación del senescente en su edad cronológica. Esta modalidad de abordaje permitiría el replanteamiento de las propias capacidades,

elevaría la autoestima y mejoraría la autopercepción. De todos modos, estas afirmaciones deberían demostrarse con la metodología adecuada, es decir pruebas estadísticas basadas en datos tomados de muestras de tamaño mayor. Por ello es importante señalar que dado el reducido tamaño de esta muestra, los resultados obtenidos deben tomarse como “tendencias”, considerándose necesario futuros estudios que aseguren la validez de los mismos.

Las *Quejas Mnésicas* más frecuentes que presentaron los sujetos de la muestra estudiada se observaron en los apartados “*Distracciones*” y “*General*”. Como ya fue mencionado, este último hace referencia a las consecuencias sobre el desempeño en memoria cotidiana de ciertos factores de interferencia tales como: cansancio, estrés, emoción, estado físico (dolor de cabeza), ruido, momento del día (mañana, tarde, noche) o información susceptible de interferir con la información a aprender o recuperar. Estos hallazgos coinciden con estudios anteriores (Benedet y Seisdedos, 1996) en los que se demostró que el tema con mayor frecuencia media de olvidos fue “*General*”, entre los demás se destacó el de “*Distracciones*”.

Los apartados con mayor frecuencia de olvidos estarían relacionados con las alteraciones del sistema cognoscitivo que se observan más frecuentemente en el “*Patrón clásico de envejecimiento*”: *enlentecimiento en la velocidad de procesamiento, problemas atencionales, déficits en los mecanismos de inhibición y disminución en la capacidad de la memoria de trabajo.*

Como consecuencia del enlentecimiento asociado a la edad, las principales dificultades de los adultos mayores se evidencian en la realización de tareas complejas. Benedet y Seisdedos señalan que “...*parece normal que las cuestiones con mayor frecuencia (o porcentaje) de olvidos incluyan una determinada complejidad: aprender en ambiente ruidoso, (...) o cuando hay que aprender muchas cosas a la vez*”.⁹⁸ Además, los olvidos tienden a ocurrir sobre todo cuando han de recuperar información que no han utilizado recientemente, cuando están fuera de la rutina habitual, cuando están cansados o bajo condiciones de estrés o cuando tienen dificultades para concentrarse.

La atención supone la orientación-concentración mental hacia una tarea y la inhibición de las actividades competidoras. Según Hasher y Zacks, en la edad avanzada, se

⁹⁸ Benedet, M.J.; Seisdedos, N. Op. Cit. p 69.

observan mayores dificultades para mantener la concentración sobre la información principal e inhibir la atención sobre los aspectos irrelevantes. Se coincide con estos autores en que la noción de un deficiente funcionamiento inhibitorio puede ser útil para comprender la conducta de los adultos mayores en diversas situaciones cotidianas.

Las consecuencias de esto serían, entre otras, mayor distractibilidad; dificultades para centrar la atención cuando simultáneamente hay otras fuentes de estimulación cercanas; dificultades para impedir el acceso a informaciones irrelevantes procedentes del exterior (por ejemplo, ruidos de fondo de la radio o la televisión encendida) o del interior del propio sistema (por ejemplo, pensamientos distractores acerca de preocupaciones y asuntos personales); dificultades para interrumpir una actividad rutinaria y elaborar una respuesta nueva y apropiada; latencias (o necesidad de más tiempo para emitir una respuesta adecuada) y olvidos más habituales.

Las *Quejas Mnésicas* menos frecuentes se observaron en los siguientes apartados “*Lugares*”, “*Vida personal*” y “*Uso de objetos*”. Si se tiene en cuenta que en los temas anteriormente mencionados las preguntas tienen que ver con algo que el sujeto *conoce bien*, con alguien con quien *se ve regularmente* o con la compra de objetos que maneja cotidianamente (utensilios, alimentos, entre otros), se puede observar que los olvidos no se corresponden con lo *cotidiano y familiar*. Por el contrario, la mayor frecuencia de olvidos se observa en aquellas situaciones que *no resultan familiares* o son más *complejas*, en las que se debe elaborar una respuesta *nueva* y apropiada, o en tareas en las que se requiere mantener y manipular la información en forma simultánea.

Parece “normal” que en estos contenidos (lugares, vida personal y uso de objetos) se den pocos olvidos. De hecho, la existencia de más olvidos en estos temas suele ser característica de determinadas patologías cerebrales o psiquiátricas.

Por otra parte, las respuestas a las preguntas libres del COC brindan información cualitativa acerca de los **olvidos**. Estos se corresponden con lo que Allegri y cols. (capítulo 7) denominan **olvido benigno**. Se observa:

- Dificultad para recordar datos relativamente **poco importantes** (nombres, lugares, fechas, entre otros).

- Conservación del recuerdo de la experiencia en sí. Los sujetos olvidan parte de situaciones, no la situación completa (recuerdan la idea general, olvidan detalles).
- Los sujetos son conscientes de su déficit (están preocupados por sus olvidos, “quejas de memoria”).
- Los hechos olvidados son recordados fácilmente ante ayuda externa como claves o aparecen espontáneamente más tarde.
- Además, como ya se mencionó, los olvidos están relacionados con las alteraciones del sistema cognoscitivo que se observan generalmente en el “Patrón Clásico de envejecimiento”.

En relación al uso de **estrategias o ayudas de memoria**, puede observarse que antes de la implementación del taller, los adultos mayores hacían escaso uso de las mismas y, empleaban preferentemente las **ayudas externas de memoria** (agenda, almanaque, computadora, entre otras). Luego del taller, se evidenció un aumento en el uso de estrategias para codificar, almacenar y recuperar la información. Este resultado es concordante con aquellas investigaciones en las que se encontró que las personas mayores no utilizan estrategias de memoria; sin embargo, si se les enseña o se les menciona la posibilidad de emplear dichas estrategias su **rendimiento mejora de forma significativa**.

Antes de comenzar el cuestionario propiamente dicho (Olvidos I) y al final del mismo (Olvidos II), el sujeto ha de contestar a la pregunta “*¿Cree usted que tiene problemas de memoria en su vida cotidiana?*”. La comparación de las respuestas permite ver hasta qué punto ha habido una *mayor toma de conciencia de los olvidos (o de la buena memoria)*, como consecuencia de haber tenido que autoevaluarse en cada una de las situaciones de memoria a que hacen referencia las preguntas, y hasta qué punto ello ha influido en la *autopercepción* y el *autoconcepto* del individuo en relación con su desempeño en memoria (**metamemoria**).

Antes de la implementación del taller de memoria, se observó que los adultos mayores tendían a **percibir en forma negativa su desempeño en memoria, a subestimar su recuerdo**. A su vez pudo apreciarse que la respuesta a la pregunta Olvidos I no coincidía con la respuesta a la pregunta Olvidos II, esto pone en evidencia **dificultades en la autopercepción del funcionamiento de la propia memoria** en los sujetos de la muestra estudiada. De todo lo anterior se desprende que los adultos mayores tienen una concepción

generalmente deficitaria de su memoria, con lo cual, predicen resultados más desalentadores en relación a la posibilidad de recordar. Estos datos están en la línea de los resultados encontrados en la literatura (Devolder y cols. 1990).

Los resultados obtenidos indican que luego del taller, **mejoró la autopercepción** (la respuesta a la pregunta Olvidos I coincidió con la respuesta a la pregunta Olvidos II). Los sujetos realizaron una **autoevaluación más adecuada de sus habilidades de memoria**, se evidenció una mayor **toma de conciencia de las dificultades y posibilidades de su memoria**.

CONCLUSION.

Conclusión.

Los resultados de este estudio confirman la existencia de modificaciones en la *Queja Mnésica* de los adultos mayores que concurren al Taller de Memoria. Se evidenció una *disminución* de las quejas mnésicas en la vida cotidiana.

Esta disminución en las quejas trajo aparejada una mejoría en la **percepción** de los sujetos respecto de su desempeño mnésico en la vida cotidiana, así como también en la **satisfacción** que los mismos sienten por dicho desempeño.

Si se tiene en cuenta la definición de **Performance Ocupacional (PO)** “habilidad de un individuo para realizar actividades de la vida diaria con un propósito determinado dentro de su medio y **estar satisfecho con su desempeño**, etapa de desarrollo y roles sociales”, puede observarse que los adultos mayores se beneficiaron del taller; y este beneficio puede vislumbrarse en la vida diaria.

Las quejas mnésicas que presentaron con mayor frecuencia los sujetos que participaron de este estudio fueron aquellas relacionadas con los apartados de “*distracción*” y “*cuestiones generales*”.

También se observó una mejoría significativa en la medición objetiva de la memoria (medida a través del Test Conductual de Memoria Rivermead). El cambio en las quejas se asoció con el cambio en la medición objetiva de la memoria. Esto quiere decir que, tanto el funcionamiento de la memoria cotidiana como la **percepción** que los individuos tienen acerca de ese funcionamiento mejoraron en forma conjunta.

De todo lo anterior se desprende que, la administración de pruebas objetivas para evaluar la memoria, junto con un cuestionario acerca de las vivencias subjetivas de pérdida de la misma brinda una comprensión más acabada de lo que le sucede a la persona que presenta fallas de memoria y, permite examinar el significado que tienen para la vida cotidiana las alteraciones cognoscitivas normalmente asociadas a la edad.

En relación al *Cuestionario de Olvidos Cotidianos (COC)*, resulta una herramienta muy útil para el terapeuta ocupacional en la evaluación de las quejas de memoria ya que, aporta información acerca de si el déficit de memoria es generalizado o afecta principalmente a uno o varios de los temas contemplados por él. Esto brinda la posibilidad de diseñar estrategias de intervención tomando como punto de partida las **demandas o**

necesidades del grupo o persona. A su vez, permite conocer la valoración que el propio sujeto hace de sus capacidades de memoria y las estrategias que ha desarrollado para compensar las fallas mnésicas.

Entonces, este cuestionario brinda a los T.O. la posibilidad de evaluar la performance diaria de personas con quejas de memoria y, determinar cómo estas tareas son afectadas por la presencia de fallas mnésicas permitiendo luego desarrollar y evaluar formas de intervención apropiadas.

Se concluye que el Taller de Memoria produce una disminución de las quejas mnésicas de personas que no presentan demencia. Esta primera aproximación (se requeriría un mayor número de casos y un seguimiento más prolongado) permite inferir que este tipo de intervención puede constituir una medida de **prevención** para el desarrollo de alteraciones cognoscitivas, lo cual sería de gran importancia terapéutica.

También es importante tener en cuenta que todo individuo que acude a consultar tiene un problema, aunque dicho problema no sea exactamente aquél por el cual consulta. Los motivos por los que una persona consulta por trastornos de memoria pueden ser muy diversos, pero en general todos tienen una característica en común: la *gran ansiedad* que este síntoma le provoca al sujeto; no importando si el origen es funcional o lesional.

A su vez, en la queja subjetiva de los adultos mayores pueden evidenciarse también, cuestiones relacionadas a las transiciones vitales como la jubilación y el mayor tiempo libre, la viudez y otros eventos expectables del envejecer por los que atraviesan los adultos mayores. En algunos casos, las *quejas mnésicas* reflejan más este decaimiento, la ansiedad y las pérdidas sociales que un verdadero déficit.

Es importante señalar que para el abordaje del sujeto que presenta quejas de memoria debe tenerse en cuenta lo sincrónico (el aquí y ahora) y lo diacrónico (la historicidad que se entrama con lo social); es decir, el *contexto ecológico* en el cual el adulto mayor hace uso de su memoria y más aún, la *significación* que el mismo sujeto le atribuye.

Sería interesante para futuras investigaciones poder comprobar si los beneficios del taller permanecen en el tiempo. Es decir, realizar un seguimiento de todas aquellas personas

que participaron en el taller, para comprobar la permanencia de los aprendizajes realizados y su aplicación a la vida diaria.

La presente investigación sólo pretende ser un primer escalón para futuras investigaciones sobre el tema, que enriquezcan y mejoren la práctica clínica y permitan un lugar más jerarquizado de los terapeutas ocupacionales en la rehabilitación cognoscitiva, como así también, en el área de prevención y promoción de la salud. Finalmente, se espera que este trabajo haya constituido un aporte para el abordaje del sujeto que presenta quejas de fallas mnésicas.

Bibliografía General.

- ◆ Acuña, M.M.; Risiga, M.: *Talleres de activación cerebral y entrenamiento de la memoria*. Ed. Paidós. 1º edición. Buenos Aires, Argentina. 1997.
- ◆ Aguirre, M.J.; Schmale, E.; Villarreal, M.I.: *Intervención del terapeuta ocupacional en una escuela de espalda*. Tesis de grado. Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP. Mar del Plata. Noviembre. 2003.
- ◆ Alvarez, C.; Garralda, S.; Roumec, B.: Material de circulación interna del Servicio de Medicina Preventiva. (SATE). H.P.C. Mar del Plata.
- ◆ Allegri, R.F. y cols.: *Manual para los familiares y el equipo de salud*. Ed. Polemos. 1ºed. Buenos Aires, Argentina. 2003.
- ◆ Allegri, F.R. y Tamaroff, L.: *Introducción a la neuropsicología clínica*. Ediciones libros de la Cuadriga. Buenos Aires, Argentina. 1995.
- ◆ Ander-Egg, E.: *Técnicas de investigación social*. Ed. Magisterio del Río de la Plata. 23º edición. Buenos Aires, Argentina. 1993.
- ◆ Baddeley, A.D.: *The episodic buffer: a new component of working memory*. Trends Cogn Sci, 4, pp 417-23. 2000.
- ◆ Benedet, M.J.: *Evaluación de la memoria en la clínica neuropsicológica*. Revista Neurológica (Barcelona), Vol.24, nº132, pp 914 – 920. 1996.
- ◆ Benedet, M.J.; Seisdedos, N.: *Evaluación clínica de las quejas de memoria en la vida cotidiana*. Editorial Médica Panamericana. España. 1996.
- ◆ Benedet, M.J. y cols.: *Diferencias con la edad en el uso de estrategias, en el aprendizaje y en la retención*. Anales de Psicología, Vol.14, nº 2, pp 139-156. 1998.
- ◆ Bisckopf et. al: *Mild cognitive impairment – a review of prevalence, incidence and outcome according to current approaches*. Acta Psychiatr Scand. 2002.
- ◆ Bobes J., Bousonio M., González, M.P., Suarez, E.: *Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida*. Monografías de psiquiatría, Vol.5 (6), pp 5-9. 1993.
- ◆ Burín, D.: Jornadas de actualización llevadas a cabo en el Servicio de Medicina Preventiva (SATE). HPC. Mar del Plata. 1995.

- ◆ Butman, J., Allegri, F.R., Harris, P., Drake, M.: *Fluencia verbal en español: datos normativos en Argentina*. Medicina, vol. 60, N° 5/1, pp 561 – 564. Buenos Aires. 2000.
- ◆ Carbajo, A.S.; Navone, M.C.; Xifra, M.J.: *Talleres de educación para la salud en asma bronquial pediátrico. Un enfoque desde Terapia Ocupacional*. Tesis de grado. Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP. Mar del Plata. Julio. 2002.
- ◆ Dalmás, F.: *La memoria desde la neuropsicología*. Editorial Roca Viva. Montevideo, Uruguay. 1993.
- ◆ De Pascale, A.: *Predictores neuropsicológicos del deterioro cognitivo mínimo en ancianos*. II Congreso internacional de neuropsicología en internet.
<http://www.serviciode.com/congreso/congress/pass/conferences/DePascale-Predic.html>
- ◆ Ebly, E.M. et al.: *Cognitive impairment in the nondemented elderly. Results from the Canadian Study of Health and Aging*. Arch. Neurol., Vol.52, pp 612 – 619. 1995.
- ◆ Edelman, L.; Kordon, D.: *A manera de introducción a la teoría y práctica de los grupos*.
- ◆ Ellis, A.W.; Young, A.W.: *Neuropsicología Cognitiva Humana*. Ed. Masson. 1ª edición. España. 1992.
- ◆ Elosúa, M.R.: *La memoria durante el envejecimiento*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, Vol.37, n°3, pp 131 – 133. 2002.
- ◆ Fernández, M.: *El envejecimiento, hoy*. Revista JANO, Vol.55, n°1279.
- ◆ Fustinoni, O. y cols.: *Semiología del sistema nervioso*. Ed. El Ateneo. 13ª ed. Buenos Aires, Argentina. 1997.
- ◆ García, D.: *El Grupo. Métodos y Técnicas participativas*. Editorial Espacio. 1ª edición, Buenos Aires, Argentina. 1997.
- ◆ García, P. et al.: *Neuropsychological Evaluation of Everyday Memory*. Neuropsychology Review, Vol.8, n° 4, pp 203 – 227. 1998.
- ◆ Gil, R.: *Manual de Neuropsicología*. Ed. Masson. Barcelona, España. 1999.
- ◆ Grieve, J.: *Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales*. Editorial Médica Panamericana. 2ª edición. Madrid, España. 2000.
- ◆ Ham, R.J.; Sloane, P.D.: *Atención Primaria en Geriatria*. Casos clínicos. Ed. Mosby/Doyma. 2ª edición.

- ◆ Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P.: *Metodología de la investigación*. Ed. McGraw-Hill. 2º edición. México.1998.
- ◆ Israel, L.: *Le vieillissement psychologique: Age et personnalité. Perfectionnement du praticien*. Abril. 1980.
- ◆ Israel, L.; D'Hyver, C.: *La memoria y el envejecimiento*. Medicina de la Tercera Edad. pp 7-8.
- ◆ Liso, J.: *Deterioro cognitivo leve (MCI). Una nueva entidad nosológica*. Revista del Hospital Privado de Comunidad, Vol.7, nº1, pp 64-67. Mar del Plata. Enero-julio. 2004.
- ◆ Lorenzo, J.; Fontán, L.: *Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de deterioro cognitivo leve*. Revista Médica del Uruguay, Vol.19, nº1, pp 4-13. 2003.
- ◆ Mangone, C. A.; Allegri, R.F. y cols.: *Enfermedad de Alzheimer. Enfoque actual*. Ediciones Libros de la Cuadriga.
- ◆ Mangone, C.A. y cols.: *Demencia. Enfoque Multidisciplinario*. Ed. Sagitario. 1º edición. Buenos Aires, Argentina. 1997.
- ◆ Marie, J.; Andrey, B.: *L'analyse scientifique des déficits mnésiques*. P. U. G. Edit. Grenoble. 1974.
- ◆ Martínez-Lage, J.M. y cols.: *Alzheimer 2001: teoría y práctica*. Pamplona, Navarra. Octubre. 2001.
- ◆ Matter, C.A.: *Introducción a la rehabilitación cognitiva*. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, Vol.21, pp 11-20. 2003.
- ◆ Meyer Taussik, I. y Mattos Pimenta Parente, M.A.: *La vulnerabilidad de memoria prospectiva en las quejas de memoria del adulto*. Revista Neurológica Argentina, Vol.28, nº2. 2003.
- ◆ Juncos Rabadán, O. y cols.: *Problemas de acceso léxico en la vejez. Bases para la intervención*. Anales de psicología, Vol.14, nº2, pp 169 – 176. Murcia, España. 1998.
- ◆ Junqué, C.: *Trastorno cognitivo y envejecimiento normal*.
<http://www.hospitalarias.org/publiynoti/libros/artAcuculos/162/art7.htm>.30-09-04.
- ◆ Junqué, C.; Jódar, M.: *Velocidad de procesamiento cognitivo en el envejecimiento*. Anales de Psicología, Vol.6 (2), pp 199-207. 1990.

- ◆ Keefover, R.W.: *Aging and cognition*. Neurol. Clin. North. Am., Vol.16, pp 635 – 648. 1998.
- ◆ Park, D.; Schwarz, N.: *Envejecimiento Cognitivo*. Editorial Médica Panamericana. España. 2002.
- ◆ Parkin, A.J.: *Exploraciones en Neuropsicología Cognitiva*. Editorial médica Panamericana. Madrid, España. 1999.
- ◆ Pellegrini, M.: *Memoria*. Material brindado en curso de Introducción a la Neuropsicología Cognitiva. Sociedad Argentina de Geronto Neuropsiquiatría (SAGNP). Mar del Plata. Junio – Noviembre. 1999.
- ◆ Peña –Casanova, J.: *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer*. Ed. Fundación “La Caixa”. 1999.
- ◆ Pereiro A.X.; Juncos, O.: *Referencia cohesiva en el lenguaje narrativo y memoria operativa en la vejez*. Revista Española de Geriatría y Gerontología, Vol.37, n° 3, pp 155 – 161. 2002.
- ◆ Pérez, M. y cols.: *Memoria cotidiana y metamemoria en ancianos institucionalizados*. Anales de Psicología, Vol.11(1), pp 47-62. 1995.
- ◆ Pichón Riviere, E.: *El proceso grupal*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 1979.
- ◆ Pineda, E.B.; de Alvarado, E.L.; de Canales, F.H.: *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de Salud*. O.P.S. 2° edición. 1994.
- ◆ Poitrenaud, F.; Parot, S.: *Influence de l'âge sur les fonctions mnésiques*. Revue Francaise de Gerontologie, Vol.15, n°4, pp 239-42. Julio- agosto. 1969.
- ◆ Polit, D.; Hungler, B.: *Investigación científica en ciencias de la salud*. Ed. Interamericana/MC.Graw-Hill. 4° edición. México. 1994.
- ◆ Pousada, M.: *El déficit en los mecanismos de inhibición como hipótesis explicativa de la pérdida de memoria asociada a la edad*. Anales de Psicología, Vol.14, n° 1, pp 55-74. 1998.
- ◆ Pousada, M.; De la Fuente, J. y cols.: *Los efectos de la información irrelevante en la memoria operativa de las personas mayores*. Rev. Mult. Gerontol, Vol.14, n°1, pp 16 – 21. 2004.

- ◆ Redolat, R. y Carrasco, M.C.: *¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento?*. Anales de Psicología, Vol.14, nº1. 1998.
- ◆ Román Lapuente, F. y Sánchez Navarro, J.P.: *Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal*. Anales de Psicología, Vol.14, nº1, pp 27 – 43. Murcia. España. 1998.
- ◆ Sierra Bravo, R.: *Técnicas de investigación social*. Paraninfo. 5ª edición. Madrid, España, 1995.
- ◆ Sweeney, J.A.; Rosano, C.; Berman, R.A. et al.: *Inhibitory Control of attention declines more than working memory during normal aging*. Neurobiology of aging, Vol.22, pp 39- 47. 2001.
- ◆ Tirapu-Ustárroz, J. y cols.: *Memoria y funciones ejecutivas*. Revista de Neurología, 41 (8), pp 475-484. 2005.
- ◆ Zacks, R.T.; Hasher, L.: *Cognitive gerontology and attentional inhibition. A reply to Burke and McDowd*. Journal of gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 52 B, pp 274- 83. 1997.
- ◆ Zurro, M.; Cano Pérez, F.: *Manual de atención primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta*. Ed. DOYMA. Barcelona, España. 1986.

ANEXO.

TALLER DE MEMORIA.

25/08/2005. 1º Encuentro.

Objetivos.

- ◆ **Describir la finalidad y duración del taller de memoria.**
- ◆ **Presentar a los participantes.**
- ◆ **Modificar las actitudes y estereotipos negativos sobre los déficits de memoria en las personas mayores.**
- ◆ **Explicar el “patrón clásico de envejecimiento”.**
- ◆ **Informar sobre qué es y cómo funciona la memoria.**

Se inició el encuentro con la descripción de las características del taller: objetivos, horario, duración y frecuencia de las sesiones. A continuación, el coordinador propuso un juego por medio del cual cada participante debía presentarse y manifestar cuáles eran sus expectativas en relación al taller. Luego se realizó la diferenciación entre *declinación* y *deterioro cognoscitivo* con el fin de reducir la ansiedad y los miedos generados por la presencia de fallas mnésicas en las actividades de la vida cotidiana.

Se explicó el “patrón clásico de envejecimiento”; se describieron los factores de protección⁹⁹ y su importancia; y se introdujo el “Modelo de Organización Funcional del Sistema Nervioso”¹⁰⁰.

Tomando como punto de partida lo explicado, el coordinador sugirió a los participantes que a lo largo de la semana intentaran asociar algunas de las situaciones cotidianas con los diferentes sentidos con el objetivo de concientizar el ingreso de la información a través de las diferentes vías (por ejemplo: sentir el roce de la ropa; cerrar los ojos y escuchar los ruidos del ambiente).

⁹⁹ Los factores de protección representan una defensa contra el deterioro cognoscitivo. El más importante está dado por los años de escolaridad. La prevalencia de deterioro cognoscitivo es menor en los grupos de más alta escolaridad. Otro es el desarrollo de actividades que implican una estimulación ambiental en la tercera edad: hobbies, actividades artísticas y culturales, actividad física, entre otras. (Allegri, R.F. y cols.: *Manual para los familiares y el equipo de salud*. Ed. Polemos. 1ºed. Buenos Aires. 2003. p 30).

¹⁰⁰ Allegri, F.R. y Tamaroff, L. Op. Cit. pp 39 – 42.

Por último se entregó a cada integrante información sobre qué es la memoria y qué tipos de memoria existen.

El grupo participó activamente durante el desarrollo del taller mostrando interés y preocupación en relación a los temas planteados. Se observó buena predisposición para la interacción grupal.

01/09/2005. 2° Encuentro.

Objetivo General.

- ◆ **Estimular los distintos tipos de atención (sostenida, selectiva, alternante y dividida).**

Objetivos específicos.

- ◆ **Ejercitar la percepción mediante estímulos visuales.**
- ◆ **Optimizar los niveles de atención sobre el material visual.**
- ◆ **Tomar conciencia de la importancia de la atención y la observación para aprehender datos y luego memorizarlos eficientemente.**
- ◆ **Estimular la memoria visual.**

Se comenzó la sesión evocando lo realizado en el encuentro anterior. Luego se explicó la función cognoscitiva **atención** y los diferentes tipos que existen. Se ejemplificó con actividades de la vida diaria.

A continuación se realizaron los siguientes ejercicios:

- A partir de una hoja con siluetas de objetos se solicitó a cada uno de los participantes que nombrara un dibujo por vez. Al mismo tiempo, el resto del grupo debía ubicar y reconocer visualmente el mismo en su respectiva hoja. El coordinador explicó que a través de este ejercicio se estimula la Atención (sostenida y selectiva) y la Gnosia¹⁰¹ visual.
- Luego en forma individual evocar la mayor cantidad de dibujos y anotarlos en una hoja (Memoria visual).

¹⁰¹ “La *Gnosia* es la capacidad que posee el individuo para reconocer e identificar estímulos complejos (formas, objetos, dibujos, rostros, segmentos corporales, melodía, etc.) a través de sus funciones sensoriales básicas (visión, sensibilidad somestésica, audición). Es función de la percepción, es decir, corresponde a un

A continuación de los ejercicios se intentó transferir lo aprendido a actividades de la vida cotidiana. Se hizo hincapié en que muchos de los olvidos no son realmente fallas de memoria sino fallas de **atención**; y en la importancia de **concientizar la entrada de la información**, si no hay atención tampoco habrá recuerdo.

Al finalizar el encuentro, se explicaron los ejercicios a realizar en el hogar y la finalidad de los mismos: estimular los distintos tipos de atención. Se solicitó al grupo que observara en qué tipo de atención presentaba mayores dificultades.

En relación al proceso grupal, se evidenció interacción entre los integrantes. Se observó avidez de conocimiento y necesidad de expresar las experiencias personales pero con una actitud de dependencia hacia el coordinador.

08/09/2005. 3° Encuentro.

Objetivo General.

- ◆ **Estimular los distintos tipos de atención (sostenida, selectiva, alternante y dividida).**

Objetivos Específicos.

- ◆ **Ejercitar la percepción mediante estímulos visuales y auditivos.**
- ◆ **Optimizar los niveles de atención sobre el material visual y auditivo.**
- ◆ **Estimular los mecanismos de inhibición.**
- ◆ **Estimular la flexibilidad mental.**¹⁰²

Se comenzó con la evocación de lo realizado en el encuentro anterior, luego se revisó la ejercitación para el hogar con el fin de aclarar y afianzar los conceptos ya aprendidos.

Algunas de las actividades realizadas se mencionan a continuación:

- **Buscar los errores en la siguiente frase:**

nivel más complejo que el de las funciones sensoriales simples". (Fustinoni, O. y cols.: *Semiología del sistema nervioso*. Ed. El Ateneo. 13ª ed. Buenos Aires, Argentina. 1997. p 272).

¹⁰² "El ser humano puede verse obligado a elegir entre varias eventualidades (eso puede ser, en situación clínica, una tarea de *clasificación categorial*) y, a continuación, en función de las contingencias, cambiar de elección, lo que supone *inhibir* la primera elección y dirigirse después hacia otra. El fallo de inhibición entraña una *perseveración*, una adherencia a la tarea: stuck-in-set perseveration. La *flexibilidad mental* designa, así, la capacidad de adaptar sus elecciones a las contingencias: Es difícil separarla del control inhibitorio, que es la capacidad necesaria para inhibir respuestas no adaptadas..." (Gil, R.: *Manual de Neuropsicología*. Ed. Masson. Barcelona, España. 1999. pp 165 – 166).

*“Más vale pájaro en
en mano que ciento volando”.*

A través de esta actividad se estimula la atención visual, selectiva y sostenida.

- En un párrafo que contiene las palabras grande y pequeño impresas en letra mayúscula y minúscula, cada participante debe nombrar el tamaño en el cual se encuentran escritas (grande o pequeño) sabiendo que ese tamaño puede corresponder o no a la palabra escrita.

GRANDE grande GRANDE pequeño PEQUEÑO GRANDE grande grande pequeño
PEQUEÑO pequeño grande GRANDE grande GRANDE pequeño PEQUEÑO

A través de este ejercicio los individuos deben suprimir mediante control voluntario la respuesta automática de lectura de palabras (función inhibitoria).

- Se solicita a los integrantes del grupo que den un golpe en la mesa cada vez que oigan el número 4. (Atención selectiva – input o entrada auditiva).
- Cada participante debe nombrar un número (comenzando por el número 1). Se debe reemplazar el número 3 por un golpe en la mesa y el número 5 o múltiplos de 5 por la palabra “bum”. (Atención dividida – input o entrada auditiva).

Durante las actividades realizadas, en general, se observó: distractibilidad perseveraciones, latencias (o necesidad de más tiempo para emitir una respuesta adecuada) y olvidos; características propias del “patrón clásico de envejecimiento”.

Para realizar en el hogar se entregaron ejercicios con el fin de estimular la flexibilidad mental, la resolución de problemas, razonamiento y abstracción. Con el propósito de estimular la atención, desautomatizar habilidades sobre-aprendidas y reducir en consecuencia olvidos en acciones cotidianas, se entregó el “Autorregistro de Olvidos Diarios (AOD)” (ver anexo).

22/09/2005. 4º Encuentro.

Objetivos.

- ◆ Ejercitar la atención y el registro auditivo de la información.
 - ◆ Estimular la memoria a corto plazo.
-

Se comenzó con la evocación de lo realizado en el encuentro anterior. Luego se revisó la ejercitación para el hogar.

Se comentaron los olvidos y distracciones más destacados de la semana haciendo hincapié en la importancia de continuar registrando los olvidos mediante el AOD.

Las actividades realizadas fueron las siguientes:

- Cada integrante debe decir un número del 1 al 9 y al mismo tiempo pasar una pelota a uno de sus compañeros, quién debe repetir el número anterior y agregar un número nuevo antes de pasar la pelota. Si se comete algún error se inicia el juego nuevamente.

Este ejercicio fue realizado con el objetivo de comprobar cuántos números pueden recordar de una sola vez contenidos en una secuencia (Span de dígitos / Amplitud de la memoria). Se considera dentro de la media para la población sin deterioro cognoscitivo 7 +- 2, se observó que los sujetos se encontraban dentro de los parámetros mencionados.

- A cada integrante se le dicen cuatro números para que los ordene mentalmente primero en forma creciente y luego decreciente.
- Se propone una palabra a cada integrante, este debe deletrearla al revés y decirla en voz alta.
- Ordenar alfabéticamente distintas palabras (ej: mesa = aems). Repetir este ejercicio con frases (ej: La historia no tiene fin = fin historia la no tiene).

Se sugirió para la ejercitación en el hogar incrementar el número de letras y/o palabras una vez adquirida la destreza.

En el transcurso de la sesión se observaron dificultades en el funcionamiento inhibitorio, es decir, en la supresión de estímulos irrelevantes. Esto interfirió con el procesamiento de la información relevante. Se evidenció baja resistencia a la interferencia.

06/10/2005. 5° Encuentro.

Objetivos.

- ◆ **Estimular memoria a corto plazo.**
- ◆ **Introducir el concepto “Ayudas de memoria”.**
- ◆ **Potenciar la realización de las tareas aprendidas en el taller a la vida cotidiana.**

Al inicio del encuentro, por iniciativa del grupo, surgió un debate sobre la realidad actual de la atención al adulto mayor. También se compartieron experiencias sobre el impacto que causa la enfermedad de Alzheimer en los cuidadores informales.

Para alcanzar los objetivos planteados se realizaron las siguientes actividades:

- El coordinador lee una lista de 20 palabras mientras que el grupo en forma individual debe detectar aquellas que lleven la letra E, marcándolas con una cruz. A continuación, evocar y escribir las palabras que recuerdan.
- Nuevamente el coordinador lee la lista de palabras. Cada persona debe marcar con una cruz aquellas palabras que le agraden, luego evocar y escribir las que recuerdan. (Este ejercicio fue creado por la T.O. Magalí Risiga).

A partir de este último ejercicio se observó una mejoría en el recuerdo. El coordinador explicó las diferencias entre las actividades. La primera apuntaba a detectar las palabras que llevaban “E” entonces la función encargada de llevar a cabo la tarea era la atención a diferencia de la segunda, cuyo objetivo era el recuerdo. Fundamentó la mejoría en base a la utilización de las ayudas de memoria tales como asociación, agrupación e imagen mental. Introdujo este nuevo concepto (ayudas de memoria) e hizo hincapié en la importancia de utilizarlas ya que permiten compensar las fallas de memoria que aparecen en la vida diaria facilitando las distintas fases del procesamiento de la información: registro, retención y recuerdo.

Las actividades para el hogar se orientaron a identificar qué ayudas les resultan más útiles en su vida diaria.

Se entregó nuevamente el AOD.

13/10/2005. 6º Encuentro.

Objetivo General.

- ◆ **Aprender a utilizar las ayudas internas de memoria.**

Objetivos Específicos.

- ◆ **Explicar y ejercitar la técnica de pares asociados.**
- ◆ **Explicar y ejercitar la técnica de imagen visual por pares asociados.**

Se comenzó la sesión evocando lo realizado el encuentro anterior. Para optimizar la memorización, el coordinador hizo hincapié en los siguientes aspectos:

- ❖ Para que la información ingrese y se archive en la memoria es imprescindible prestar **Atención y Concentrarse** en lo percibido.
- ❖ Reducir la cantidad de datos que deben ser recordados. Es más fácil recordar un solo dato en vez de varios.
- ❖ Tratar de relacionar la información que se va a archivar con algo conocido, es decir, **Asociar**.
- ❖ Organizar la información a ser recordada.
- ❖ Desautomatizar habilidades sobre-aprendidas; modificar hábitos.
- ❖ Utilizar las ayudas para la memoria.

A continuación, se explicaron las técnicas de “**pares asociados**” e “**imagen visual por pares asociados**”.

- **Técnica de pares asociados.**

El coordinador dicta una lista de 20 palabras con conexión aparente. Cada integrante debe formar pares asociados con dichas palabras, ejemplo: bebé-llanto; cielo-tierra. Luego debe tratar de recordarlos.

- **Técnica de imagen visual por pares asociados.**

Se confeccionan dos listas de palabras en dos columnas, enfrentando cada palabra de la primera lista con otra sin conexión aparente de la segunda, ejemplo: árbol-camisa. Los participantes deben vincular la primera palabra con la segunda por medio de una imagen visual, imaginando una escena en la que interactúan de alguna forma dichas palabras, ejemplo: “imagino una camisa a cuadros colgada de la rama de un árbol”. De esta manera, al evocar la imagen aparecen las dos palabras que se desean recordar.

La técnica de imagen visual es la base de otras técnicas y puede aplicarse a tareas de la vida diaria como recordar una lista de compras, seguir instrucciones, entre otras.

Con el objetivo de reforzar las técnicas aprendidas en la sesión se brindaron actividades para el hogar.

Se entregó el AOD.

20/10/2005. 7º Encuentro.

Objetivo General.

- ◆ Aprender a utilizarlas ayudas internas de memoria.

Objetivos Específicos.

- ◆ Explicar y ejercitar la técnica del lugar.
- ◆ Explicar y ejercitar la técnica de agrupar. Búsqueda por categorías.
- ◆ Explicar y ejercitar la técnica de la historia.

Se continúa con la explicación y ejercitación de las ayudas internas de memoria.

Se comenzó explicando la **Técnica del lugar**¹⁰³. Esta consiste en memorizar un recorrido por los diferentes ambientes de la casa. Cada vez que se ejercite esta técnica debe mantenerse el mismo recorrido. Luego, imaginar depositando en cada ambiente una palabra de la lista que se debe recordar. A continuación, se realiza un viaje imaginario por los ambientes de la casa y se evoca la palabra depositada en cada ambiente. Ejemplo:

Recorrido	Tareas a realizar
1. Puerta de entrada.	Zapatos.
2. Pasillo.	Impuestos.
3. Comedor.	Pan.
4. Cocina.	Amigos.
5. Dormitorio.	Médico.

También se explicaron la **Técnica de agrupar**¹⁰⁴ y la **Técnica de la historia**¹⁰⁵.

Técnica de agrupar. Búsqueda por categorías.

Consiste en formar diferentes grupos con la misma lista de elementos o palabras, identificando la característica en común que poseen dichos elementos. Ejemplo:

Verduras.

Lechuga.

Acelga.

Chauchas.

Coliflor.

Perfumería.

Jabón.

Desodorante.

Shampoo.

Dentífrico.

¹⁰³ “Guía de autoayuda para personas con fallas mnésicas”. Op. Cit.

¹⁰⁴ “Guía de autoayuda para personas con fallas mnésicas”. Op. Cit.

De esta manera se estimula la flexibilidad mental, además este ejercicio facilita la búsqueda y el archivo de palabras, ya que las mismas se ordenan por categorías. Esto es importante ya que durante el envejecimiento, se observan déficits en algunos tipos de formación de conceptos, evidenciándose mayor concreción. También disminuye la flexibilidad cognoscitiva necesaria para la realización de nuevas abstracciones y nuevos enlaces conceptuales. En general, los ancianos realizan categorías en función de sus relaciones menos abstractas.

Técnica de la historia.

Consiste en vincular en una historia o relato todas las palabras de la lista que debo recordar. La historia inventada puede ser real o fantasiosa, lo importante es que cada uno perciba de qué manera le resulta más fácil evocar luego las palabras. Al recordar la historia, es más fácil traer a la memoria las diferentes palabras.

Los ejercicios para el hogar se enfocaron a la práctica de las estrategias aprendidas. Se entregó el cuadernillo “Guía de autoayuda para personas con fallas mnésicas”.

Respecto al AOD se observó escaso compromiso, sólo algunos miembros del grupo continúan registrando sus olvidos.

27/10/2005. 8° Encuentro.

Objetivo General.

- ◆ **Aprender a utilizar las ayudas internas de memoria.**

Objetivos Específicos.

- ◆ **Explicar y ejercitar la técnica de la primera letra.**
- ◆ **Explicar y ejercitar la técnica para recordar pasajes o lecturas.**
- ◆ **Explicar y ejercitar la técnica para recordar nombres.**

Al inicio de la sesión se realizó una revisión de las técnicas ya aprendidas. Luego se explicaron y ejercitaron las siguientes técnicas:

¹⁰⁵ “Guía de autoayuda para personas con fallas mnésicas”. Op. Cit.

Técnica de la primera letra:¹⁰⁶

Consiste en formar una palabra, que puede tener sentido o no, con la primer letra de todas las palabras que se deben recordar. Por ejemplo:

1. **pan.**
2. **Impuestos.**
3. **Peluquería.**
4. **Aspirinas.**

Si aplico esta técnica, debo formar una palabra con las siguientes letras: **p, i, p, a**. Esta palabra puede ser: **“pipa”**. Así, al recordar la palabra **“pipa”** podré evocar la lista de las tareas a realizar.

Técnica para recordar pasajes o lecturas.¹⁰⁷

Consiste en ejercitar la sigla **PPLRT**.

1. **Presentación:** Es decir, lectura rápida del material.
2. **Preguntas:** Plantear por escrito algunas preguntas en relación al texto.
3. **Lectura completa y minuciosa** del material.
4. **Responder las preguntas.**
5. **Testear:** Responder nuevamente a las preguntas en el transcurso del día, semana o mes.

Técnica para recordar nombres.¹⁰⁸

Para recordar nombres pueden utilizarse las siguientes técnicas:

- a- **Técnica de la primera letra con las iniciales del nombre.** Ejemplo: **Ana Rosa Orellano = ARO.**
- b- **Repaso alfabético.** Intentando recordar con qué letra comienza el nombre y repasando mentalmente el alfabeto, al mencionar la letra correcta, ésta actúa como disparador del nombre.
- c- **Asociación cara-nombre:** esta técnica consta de cuatro etapas.
 1. **Seleccionar el rasgo más llamativo de la cara de la persona cuyo nombre se debe recordar.** Ejemplo: **cejas tupidas.**

¹⁰⁶ “Guía de autoayuda para personas con fallas mnésicas”. Op. Cit.

¹⁰⁷ “Guía de autoayuda para personas con fallas mnésicas”. Op. Cit.

¹⁰⁸ “Guía de autoayuda para personas con fallas mnésicas”. Op. Cit.

2. Transformar el nombre de la persona en un sustantivo. Ejemplo: **Bárbara en barbero.**
3. Asociar por medio de una imagen el rasgo llamativo con el nombre transformado.
Ejemplo: **El barbero afeita las cejas tupidas.**
4. Cuando uno se encuentra con la persona, identificar el rasgo llamativo, evocar la imagen y así recordar el nombre.

Se entregó nuevamente el AOD y se sugirió la lectura del cuadernillo entregado en la sesión anterior.

10/11/2005. 9º Encuentro.

Al inicio del encuentro se recordaron los conceptos básicos aprendidos a lo largo del taller. Se hizo hincapié en transferir los mismos a la vida cotidiana.

Se sugirió a los integrantes del grupo que continúen ejercitando las funciones intelectuales superiores a través de actividades artísticas y culturales, intelectuales, físicas, entre otras; ya que las mismas actúan como defensa contra el deterioro cognoscitivo (factores de protección).

Al final de esta última sesión se realizó un análisis grupal e individual sobre los aportes del taller de memoria en cada situación personal y contextual.

El grupo se mostró conforme con los contenidos y dinámica del taller. Los integrantes también expresaron una mejoría en su desempeño en las actividades de la vida diaria, al disminuir sus olvidos.

En cuanto a la **dinámica grupal**, desde un primer momento se vislumbró buena predisposición para la interacción. En los tres primeros encuentros el grupo fue numeroso (18 personas aproximadamente); los integrantes participaron activamente mostrando interés y preocupación en relación a los temas planteados. En esta instancia se observó una actitud de dependencia hacia el coordinador. En algunas ocasiones, centrados en sus propias vivencias y experiencias no escuchaban al "otro."

En el transcurso de las nueve sesiones surgieron líderes que se mantuvieron hasta el final de las mismas. Siempre fueron respetados como tales por el resto del grupo.

Luego del tercer encuentro, variables externas tales como: paro nacional de salud (15/9/2005) y la IV Cumbre de las Américas (3/11/2005) hicieron que disminuyera notablemente el presentismo. El grupo quedó constituido por siete personas. A partir de este momento se establecieron nuevos vínculos, surgieron debates relacionados con diversas problemáticas personales, la comunicación se volvió más fluida, personas que hasta entonces habían permanecido en una actitud pasiva mostraron un rol más protagónico. Poco a poco se fue perdiendo el individualismo favoreciendo de esta manera la construcción de la identidad grupal.

Cuestionario de Olvidos Cotidianos (C.O.C.)

M. van der Linden

Ch. Wyns

F. Coyette

R. Von Frenckell

Traducción española y adaptación.

María Jesús Benedet

PRESENTACIÓN

Desde siempre se ha considerado que la capacidad de la memoria disminuye con la edad.

La memoria alcanza su eficiencia máxima a los 20 años. A partir de esa edad, disminuye poco a poco. Con frecuencia olvidamos una información, una cita con alguien, un nombre... Estos olvidos pueden variar de una persona a otra. Este cuestionario tiene por finalidad intentar detectar el tipo de dificultades de memoria con las que podemos tropezar en la vida de cada día.

El cuestionario está dividido en diez apartados. En cada apartado le pedimos a usted., ante todo, que lea atentamente todas las preguntas antes de contestar a cada una de ellas en particular.

Para contestar a cada pregunta rodee con un círculo las letras que mejor indican la frecuencia de los olvidos:

- N = NUNCA (ninguna de cada diez veces) (0/10).
- MR = MUY RARA VEZ (una o dos de cada diez veces) (1-2/10).
- AV = A VECES (tres o cuatro de cada diez veces) (3-4/10).
- CF = CON CIERTA FRECUENCIA (de cinco a siete de cada diez veces) (5-7/10).
- MF = CON MUCHA FRECUENCIA (ocho o nueve de cada diez veces) (8-9/10).
- S = SIEMPRE (todas las veces de cada diez veces) (10/10).

Le rogamos que conteste a cada pregunta, después de haberla considerado bien, y que no deje ninguna en blanco. Vaya contestando a las preguntas por el orden en que aparecen y sin volver nunca para atrás.

Al final de cada apartado hay una pregunta más general, que le permite completar dicho apartado si lo considera oportuno.

El cuestionario termina con algunas preguntas generales. También le invitamos a que conteste a ellas.

Gracias por su colaboración.

ejemplar para sujeto

¿CREE QUE TIENE USTED PROBLEMAS DE MEMORIA EN SU VIDA DE CADA DÍA?

(Rodee la respuesta con un círculo)

NUNCA MUY RARA VEZ A VECES CON CIERTA FRECUENCIA CON MUCHA FRECUENCIA SIEMPRE

I. OLVIDOS REFERENTES A LAS CONVERSACIONES

1. ¿Tiene dificultades para seguir el hilo de una conversación con una sola persona porque olvida usted lo que le acaba de decir?
N - MR - AV - CF - MF - S
2. ¿Tiene dificultades para seguir el hilo de una conversación entre muchas personas porque olvida usted lo que se acaba de decir?
N - MR - AV - CF - MF - S
3. En una conversación, ¿repite usted varias veces lo mismo porque olvida que acaba de decirlo?
N - MR - AV - CF - MF - S
4. ¿Cuenta usted muchas veces la misma cosa porque ha olvidado que lo había contado ya algunas horas o algunos días antes?
N - MR - AV - CF - MF - S
5. ¿Olvida usted el contenido de una conversación que ha tenido lugar unos días antes?
N - MR - AV - CF - MF - S
6. ¿Olvida usted el contenido de una conversación que acaba de tener lugar?
N - MR - AV - CF - MF - S
7. ¿Cree usted que tiene otros olvidos referentes a las conversaciones?
(En caso afirmativo, explíquelos)
N - MR - AV - CF - MF - S

II. OLVIDOS REFERENTES A LAS PELÍCULAS Y LOS LIBROS

1. ¿Tiene dificultades para leer porque no retiene lo que va leyendo y se ve obligado a volver atrás para releerlo?
N - MR - AV - CF - MF - S
2. ¿Tiene dificultades para recordar lo que ha leído hace algunos días?
N - MR - AV - CF - MF - S
3. ¿Tiene dificultades para seguir el hilo de una película o de una emisión de radio porque olvida lo que acaba de ocurrir?
N - MR - AV - CF - MF - S
4. ¿Tiene dificultades para acordarse de la historia de una película que ha visto hace algunos días?
N - MR - AV - CF - MF - S
5. ¿Cree usted que tiene otros olvidos relacionados con las películas o los libros?
(En caso afirmativo, explíquelos)
N - MR - AV - CF - MF - S

III. DISTRACCIONES

1. ¿Olvida usted el lugar en el que acaba de colocar un objeto y no sabe lo que ha hecho con él?
N - MR - AV - CF - MF - S
2. ¿Se deja olvidados objetos personales cuando se va de un sitio?
(Ej.: el paraguas, las llaves, el cambio, etc.)
N - MR - AV - CF - MF - S

3. Vamos a empezar por poner algunos ejemplos:

— Tiene usted costumbre de echar sal en su comida; le ponen un régimen sin sal, pero usted coge el salero por costumbre.

— Cuando entra en su casa, encuentra enseguida el interruptor de la luz en la oscuridad; se cambia de sitio el interruptor y, al llegar a casa, sigue usted buscando el interruptor donde estaba antes. Es decir, tiene usted la costumbre de hacer una cosa de una determinada manera y es preciso cambiar esa costumbre.

Pregunta: ¿Tiene usted dificultades para perder esa antigua costumbre y para adoptar ese cambio?

N - MR - AV - CF - MF - S

4. ¿Entra usted en una habitación para hacer o coger algo y vuelve a salir de ella habiendo hecho o cogido otra cosa?

N - MR - AV - CF - MF - S

5. ¿Entra usted en una habitación para hacer algo y no sabe qué era lo que tenía que hacer?

N - MR - AV - CF - MF - S

6. Vamos a empezar por poner algunos ejemplos:

— Se olvida de apagar el gas cuando retira la cazuela del fuego.

— Se olvida de cerrar el grifo cuando termina de necesitar agua.

— Se olvida de quitar el freno de mano al arrancar el coche.

Pregunta: ¿Se olvida de hacer algo que antes hacía automáticamente, sin pensarlo?

N - MR - AV - CF - MF - S

7. ¿Cree usted que tiene otras distracciones?

N - MR - AV - CF - MF - S

(En caso afirmativo, explíquelas)

IV. OLVIDOS REFERENTES A PERSONAS

1. ¿Olvida usted el nombre de personas a las que conoce desde hace tiempo, a pesar de que se ve regularmente con ellas?

N - MR - AV - CF - MF - S

2. ¿Olvida ciertas informaciones acerca de la vida de personas que conoce desde hace tiempo, a pesar de que se ve regularmente con ellas? (Ej.: olvida a qué se dedican, cuáles son sus gustos o sus aficiones, etc.)

N - MR - AV - CF - MF - S

3. ¿Tiene dificultades para aprender el nombre de una persona a la que conoce desde hace poco tiempo y con la que se ve ahora con frecuencia?

N - MR - AV - CF - MF - S

4. ¿Olvida el nombre de personas célebres? (Ej.: actores de cine, deportistas, políticos, etc.)

N - MR - AV - CF - MF - S

5. ¿Tiene usted dificultades para reconocer la cara de personas a las que conoce desde hace tiempo y con las que se ve regularmente?

N - MR - AV - CF - MF - S

6. ¿Tiene usted dificultades para reconocer la cara de personas a las que conoce desde hace poco tiempo y con las que se ve ahora regularmente?

N - MR - AV - CF - MF - S

- 7. ¿Tiene dificultades para reconocer la cara de personas célebres? N - MR - AV - CF - MF - S
- 8. ¿Cree usted que tiene otros olvidos relacionados con las personas? N - MR - AV - CF - MF - S
(En caso afirmativo, explíquelos).....

V. OLVIDOS REFERENTES AL MODO DE UTILIZACIÓN DE CIERTOS OBJETOS

- 1. ¿Tiene dificultades para recordar el modo de empleo de ciertos objetos? N - MR - AV - CF - MF - S
- 2. ¿Tiene dificultades para aprender el modo de empleo de objetos que no había utilizado nunca antes? N - MR - AV - CF - MF - S
- 3. ¿Cree usted que tiene otros olvidos relacionados con el uso de ciertos objetos? N - MR - AV - CF - MF - S
(En caso afirmativo, explíquelos).....

VI. OLVIDOS REFERENTES A ACONTECIMIENTOS DE ACTUALIDAD Y A CIERTOS CONOCIMIENTOS GENERALES

- 1. ¿Tiene dificultades para acordarse de los acontecimientos de actualidad reciente? (Ocurridos hace menos de un mes) N - MR - AV - CF - MF - S
- 2. ¿Tiene dificultades para acordarse de acontecimientos de actualidad menos reciente? (Ocurridos hace varios meses) N - MR - AV - CF - MF - S
- 3. ¿Tiene dificultades para recordar ciertas informaciones sobre conocimientos generales adquiridos en el pasado? (Ej.: conocimientos escolares, profesionales, sobre la casa, etc.) N - MR - AV - CF - MF - S
- 4. ¿Tiene dificultades para memorizar ciertos conocimientos? (Ej.: conocimientos escolares, profesionales, sobre la casa, etc.) N - MR - AV - CF - MF - S
- 5. ¿Cree usted que tiene otras dificultades referentes al recuerdo de acontecimientos de actualidad y de conocimientos generales? N - MR - AV - CF - MF - S
(En caso afirmativo, explíquelos).....

VII. OLVIDOS REFERENTES A LOS SITIOS O LUGARES

1. ¿Se pierde usted en lugares que conoce desde hace tiempo y que frecuenta regularmente? N - MR - AV - CF - MF - S
2. ¿Tiene dificultades para aprender un trayecto que conoce hace poco tiempo y que debe efectuar actualmente? N - MR - AV - CF - MF - S
3. ¿Olvida el nombre de una calle que conoce bien? N - MR - AV - CF - MF - S
4. ¿Tiene dificultades para explicar a una persona un trayecto que conoce usted desde hace tiempo? (Ej., para explicar a alguien un trayecto por teléfono) N - MR - AV - CF - MF - S
5. ¿Tiene dificultades para reconocer un lugar que conoce bien? N - MR - AV - CF - MF - S
6. En casa, ¿le ocurre que no encuentra objetos que están siempre en el mismo sitio? N - MR - AV - CF - MF - S
7. Si en casa se cambia el sitio habitual de objetos o de muebles, ¿tiene usted dificultades para aprender el nuevo sitio? N - MR - AV - CF - MF - S
8. ¿Cree usted que tiene otras dificultades relacionadas con los lugares o los sitios? N - MR - AV - CF - MF - S
(En caso afirmativo, explíquelas)

VIII. OLVIDOS REFERENTES A CIERTOS ACTOS QUE HAY QUE EJECUTAR

1. ¿Olvida usted hacer algo que había previsto hacer? N - MR - AV - CF - MF - S
2. ¿Olvida usted decir algo que había previsto decir? N - MR - AV - CF - MF - S
3. ¿Olvida usted las citas? N - MR - AV - CF - MF - S
4. ¿Duda usted acerca de si ya ha hecho algo hace unos minutos, y lo vuelve a hacer? N - MR - AV - CF - MF - S
5. ¿Duda usted acerca de si ya ha hecho algo hace unos días, y lo vuelve a hacer? N - MR - AV - CF - MF - S
6. ¿Se olvida de tomar medicamentos? N - MR - AV - CF - MF - S
(Conteste a esta pregunta **sólo** si los toma habitualmente)
7. Cree usted que tiene otros olvidos relacionados con algo que ha de hacer? N - MR - AV - CF - MF - S
(En caso afirmativo, explíquelos)

IX. OLVIDOS REFERENTES A CIERTOS HECHOS RELACIONADOS CON SU VIDA PERSONAL

1. ¿Olvida usted acontecimientos antiguos, vividos personalmente por usted hace algunos años? N - MR - AV - CF - MF - S

2. ¿Olvida usted acontecimientos recientes, vividos personalmente por usted hace algunos días o algunas semanas? N - MR - AV - CF - MF - S
3. ¿Se compra usted objetos (libros, utensilios, alimentos, etc.) repetidos porque había olvidado que ya los tenía? N - MR - AV - CF - MF - S
4. Duda usted en comprar una cosa porque no está seguro de si ya la tiene? N - MR - AV - CF - MF - S
5. ¿Tiene dificultades para acordarse de ciertas informaciones personales acerca de sí mismo que sabía de memoria? (Ej.: el número de su cuenta bancaria, el número de teléfono, las fechas de nacimiento, etc.).... N - MR - AV - CF - MF - S
6. ¿Tiene usted dificultades para aprender de memoria información personal nueva? (Ej.: un nuevo número de cuenta bancaria, un nuevo número de teléfono, etc.) N - MR - AV - CF - MF - S
7. ¿Cree usted que tiene otros olvidos relacionados con su vida personal? N - MR - AV - CF - MF - S
(En caso afirmativo, explíquelos)

X. CUESTIONES GENERALES

1. ¿Tiene usted más dificultades para aprender algo cuando está cansado? N - MR - AV - CF - MF - S
2. ¿Tiene usted más dificultades para acordarse de algo cuando está cansado? N - MR - AV - CF - MF - S
3. ¿Tiene usted más dificultades para aprender algo cuando está nervioso? N - MR - AV - CF - MF - S
4. ¿Tiene usted más dificultades para acordarse de algo cuando está nervioso? N - MR - AV - CF - MF - S
5. ¿Tiene usted más dificultades para aprender algo cuando se encuentra en un estado emotivo particular? N - MR - AV - CF - MF - S
6. ¿Tiene usted más dificultades para acordarse de algo cuando se encuentra en un estado emotivo particular? N - MR - AV - CF - MF - S
7. ¿Tiene usted más dificultades para aprender algo cuando le duele la cabeza? N - MR - AV - CF - MF - S
8. ¿Tiene usted más dificultades para acordarse de algo cuando le duele la cabeza? N - MR - AV - CF - MF - S
9. ¿Tiene usted más dificultades para aprender algo en un ambiente ruidoso? N - MR - AV - CF - MF - S
10. ¿Tiene usted más dificultades para acordarse de algo en un ambiente ruidoso? N - MR - AV - CF - MF - S
11. ¿Tiene usted más dificultades para aprender algo cuando tiene que aprender muchas cosas a la vez? N - MR - AV - CF - MF - S
12. ¿Tiene usted más dificultades para acordarse de algo cuando tiene que acordarse de muchas cosas a la vez? N - MR - AV - CF - MF - S
13. ¿Tiene usted más dificultades para aprender algo cuando está haciendo otra cosa? N - MR - AV - CF - MF - S
14. ¿Tiene usted más dificultades para acordarse de algo cuando está haciendo otra cosa? N - MR - AV - CF - MF - S

15. ¿Tiene usted más dificultades para aprender algo,
 — por la mañana? N - MR - AV - CF - MF - S
 — después de comer? N - MR - AV - CF - MF - S
 — al atardecer? N - MR - AV - CF - MF - S
16. ¿Tiene usted más dificultades para acordarse de algo,
 — por la mañana? N - MR - AV - CF - MF - S
 — después de comer? N - MR - AV - CF - MF - S
 — al atardecer? N - MR - AV - CF - MF - S
17. ¿Utiliza trucos para evitar los olvidos? N - MR - AV - CF - MF - S
 (En caso afirmativo, explíquelos)

18. Explique brevemente cómo se da usted cuenta de sus olvidos

 Anote la hora a la que termina de contestar a las preguntas.....

¿CREE QUE TIENE USTED PROBLEMAS DE MEMORIA EN SU VIDA DE CADA DÍA?
 (Rodee la respuesta con un círculo)

NUNCA MUY RARA VEZ A VECES CON CIERTA FRECUENCIA CON MUCHA FRECUENCIA SIEMPRE



AOD Autorregistro de Olvidos Diarios.

Por favor, anote cada día todos los olvidos y despistes que le han ocurrido. Intente escribirlos en el momento justo que se de cuenta.

Lunes

Martes

Miércoles

Jueves

Viernes

Sábado

Domingo



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 - TEL/FAX: 0223- 4752442.

Jurado:

- ✓ Dr. Roumee, Belkis
- ✓ Dr. Sharovsky, Diana
- ✓ TO Butron, Patricia

Fecha de Defensa:

17 / 02 / 06

Nota:

9 (nueve)

FE DE ERRATAS.

- ◆ Agregue en p. 20, al final de “Las quejas por fallas en la memoria. Un síntoma importante”: El 3 % de la población que se quejaba era normal.
- ◆ Sustituya en p. 24, cita bibliográfica nº 10, la palabra “mar del Plata” por: Mar del Plata.
- ◆ Sustituya en p. 79, cuarto párrafo “Sharovsky” por: Scharovsky.
- ◆ Agregue en p. 81, segundo renglón a continuación de promoción de la salud: (educación) y prevención de enfermedades (vacunación).
- ◆ Omita en p. 90, renglón 14, la comilla que antecede a la palabra “tiene”.
- ◆ Sustituya en p. 97, último renglón, “No cumplimiento de criterios de demencia (Mini Mental State Test \geq 24)” por: Mini Mental State Test \geq 24.
- ◆ Sustituya en p. 98, tercer renglón “Cualquier trastorno médico que pueda originar dicha disfunción cerebral” por: Cualquier enfermedad funcional u orgánica que altere las funciones cerebrales superiores.
- ◆ Sustituya en p. 140, tercer párrafo, “personas que no presentan demencia” por: personas que presentan declinación cognoscitiva.