

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

2000

Estimulación mnésico-cognoscitiva y performance ocupacional en adultos mayores

Bereilh, Gabriela Fernanda

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/899>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL SERVICIO SOCIAL

TESIS:

***"Estimulación Mnésico-
Cognoscitiva y Performance
Ocupacional en Adultos
Mayores"***

Bereilh, Gabriela Fernanda

Del Biaggio, María del Carmen

Mar del Plata, Abril del 2000

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signature
to 1546	
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

-A nuestros hijos:

Julieta y Damián.

➤ *Agradecemos especialmente la colaboración y dedicación que nos han brindado la TO. Bettina Roumec, Dra. Diana Scharovski e integrantes del equipo interdisciplinario de Medicina Preventiva de Hospital Privado de Comunidad, como así también a nuestros asesores Prof. María Elba Penzín y el Dr. Pablo Straccia.*

➤ *Queremos utilizar la oportunidad que nos brinda ésta Tesis final para agradecer a todos aquellos que nos han acompañado y alentado en éste largo camino, a Damián, Tula, Martín, Silvia, Emilia, Magdalena, Luciano, Esteban, Daniela; a Julieta, Marcelo, Palmira, Tita, Pepe, Lucy y Luis. A nuestros amigos demás familiares, compañeros y futuros colegas; a Marta, Fernando, Natalia, Verónica; entre otros, debido a que sería muy extenso nombrar a todos ellos, pero están presentes. Necesitamos nuevamente mencionar a Bettina, quién con su experiencia y paciencia, nos guió en ésta última y difícil etapa de la carrera.*

Por último queremos agradecernos mutuamente, por respetarnos nuestros tiempos, por compartir éste importante momento, pero por sobre todas las cosas por ésta amistad, condición que creemos indispensable para transitar la vida, tanto profesional como personal.

Gabriela y Marita.

Indice

1-Introducción	1
2- Estado Actual de la cuestión	4
 <u>Primera parte: Aspectos Teóricos</u>	
1- Adultos Mayores.	17
2- Rehabilitación cognoscitiva.	33
3- Performance Ocupacional.	45
4- Estimulación de memoria en el Servicio de Medicina Preventiva.	51
 <u>Segunda Parte: Aspectos Metodológicos</u>	
1- Problema.	63
2- Objetivos de la investigación.	64
3-Diseño Metodológico:	65
Tipo de Estudio.	
Hipótesis.	
Población.	
Método de selección de la muestra.	
4- Criterios de selección de Unidades.	67
5- Procedimiento de Recolección de Datos.	68
6- Definición de términos.	71
 <u>Tercera Parte: Aspectos Estadísticos</u>	
1- Análisis e interpretación de datos.	84
 Conclusión.	
	104
 Bibliografía General.	
	108

Introducción

La población mundial está envejeciendo lo que da un aumento de la expectativa de vida y una disminución del número de nacimientos; hay una tendencia sostenida a modificar la composición demográfica pasando de altas tasas de natalidad y mortalidad a otro caracterizado por una marcada disminución de las mismas. Esto se ve reflejado en una inversión de la pirámide poblacional.¹

En la Argentina se repite este fenómeno. Los mayores de 60 años, han pasado de un 7% en 1950 a un 13% al comienzo de la presente década (4.198.148 ancianos). Se espera que en el año 2025 constituyan el 17% de los habitantes del país. Las personas mayores de 75 años, constituyen ya el 25,4% del total de los ancianos del país -1.068.019-, según datos del censo de población y vivienda realizados en 1991.²

Sin embargo, el fenómeno no se da de modo parejo en todo el territorio. La baja de la tasa de natalidad y las mayores expectativas de vida se registran sobre todo en las clases medias y altas. Así, la proporción de ancianos se eleva notablemente en la Capital Federal (un 22%) y en las ciudades más pobladas del interior. La longevidad se da en la Capital, pero no en zonas más empobrecidas, donde la pirámide tiende a ser mucho más ancha en la base, y las tasas de natalidad se mantienen altas.

Estos desequilibrios imponen la necesidad de implementar políticas poblacionales, sanitarias y educativas diferenciadas regionalmente.³

Así mismo, el aumento de la expectativa de vida trae aparejado un incremento de enfermedades crónicas, éstas son una de las problemáticas que concierne a la salud pública, ya que las necesidades de cuidado a largo plazo también se han incrementado progresivamente.

En la vejez es frecuente la presencia de polipatologías, lo que hace que sea la etapa en la que se utilizan los mayores recursos de salud, no solo por la existencia de distintos grados de deterioro y discapacidad, sino también por la declinación natural propia del envejecimiento que hace que los equipos de salud deban, a través de diferentes tratamientos, mejorar el estado funcional e intelectual. Dentro de estas declinaciones están las de las funciones intelectuales superiores.

La presente investigación está destinada a profundizar sobre la problemática que presenta la población de adultos mayores con deterioro mnésico-cognoscitivo.

De la búsqueda del material bibliográfico sobre el tema encontramos que existen numerosos aportes destinados a la evaluación y diagnóstico de diferentes trastornos cognoscitivos, pero son escasos los que se dedican puntualmente a la rehabilitación de los mismos. Existe menos información aún con respecto al rol del Terapeuta Ocupacional vinculado a la Rehabilitación Cognoscitiva en adultos mayores.

Nos interesa destacar que en éste proceso de recolección de datos encontramos diferentes propuestas de abordaje, sin embargo luego de analizar globalmente la información surge un denominador en común, una tendencia a preservar la autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria de los senescentes.

A partir de la observación del trabajo de los grupos de estimulación de memoria de adultos mayores que se realiza en el “Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata., nos formulamos el siguiente problema:

En qué medida la estimulación mnésica-cognoscitiva influye en el desempeño de la Performance Ocupacional- en sus áreas de A.V.D. e A.I.V.D.- cuando es realizada con un abordaje interdisciplinario y en forma grupal, en paciente adultos mayores (que concurren al Servicio de medicina preventiva, entre los años 1996 y 1999) con trastornos

de memoria, comprendidos entre G.D.S. II y III, que no cumplen los criterios de demencia.

Más adelante intentamos dar una respuesta a ésta problemática desde un marco de sustentación teórica que no sólo nos ayude a entender la naturaleza de los déficit de memoria –Baddeley- sino plantear la eficacia de la Rehabilitación Cognoscitiva –Wilson; Wood- basada en el concepto de Plasticidad Cerebral.

Bibliografía:

1. Mangone C A y otros. Demencia enfoque multidisciplinario. 1º edición, C. A. , Ediciones Sagitario, Buenos Aires, 1997, pág. 26.
2. Lic. Odone Ma Julieta. “ La población envejece pero también tiene mayores expectativas de vida”. Salud para la familia, La Capital,(8), Mar del Plata,5/9/99.
3. Marabotto E. “Qué pasa en la Argentina”. Zona, Clarín (5), Buenos Aires, 27/2/2000.

Estado Actual

De los numerosos estudios que hemos seleccionado, de distintas fuentes, creemos que aquellos que representan adecuadamente el estado actual de la cuestión son los que mencionamos a continuación:

1. **La Terapeuta Ocupacional Gutrun Arnadottir, en Islandia(1990)**, propone un instrumento denominado A-One destinado a la evaluación de pacientes con disfunciones neuroconductuales de origen cortical y mayores de 16 años (1990). Este test relaciona las actividades de la vida diaria con ítems que consignan déficits neuroconductuales. La evaluación obtiene scores objetivos en cuanto a la independencia funcional. Está conformada por dos partes. La N°1 es utilizada para evaluar el nivel funcional y la disfunción neuroconductual. Se incluye una escala de independencia funcional y otra escala de deterioro neuroconductual, a su vez ésta última se compone de dos subescalas: la subescala de deterioro específico neuroconductual y la de deterioro fundamental. La parte N° 1 indica el nivel de independencia y los tipos de asistencia requeridos así también como los tipos y grados de severidad de las disfunciones neuroconductuales que interfieren en la función. La parte N°2 es utilizada para convertir los resultados de la parte N°1 para revelar información con respecto a las disfunciones dentro del Sistema Nervioso Central (SNC). Esta información contribuiría en la formulación de objetivos y planificación de estrategias terapéuticas para pacientes con disfunciones neurológicas.

La muestra de estudio piloto estaba conformada por 65 pacientes, se ha establecido la validez y confiabilidad a través de la siguiente metodología: validez de contenido y discriminante, fiabilidad inter-observador e intraobservador, estudios relativos, correlación interítems y opinión de expertos.

Plantea la autora que utilizar una combinación de métodos de evaluación no sólo beneficiaría en explorar patrones de estructura y funcionamiento del SNC sino proveer una visión integral de la persona, no logrado aún por ningún método aislado.

2. **F.Oakley, T. Sunderland, J.Hill, S. Phillis, R. Makahon y J. Ebner en 1991**, proponen la utilización de un cuestionario de la vida diaria (Daily Activities Questionary, DAQ), encontrando significativas diferencias: en la independencia de las AVD entre dos grupos, 32 pacientes con Alzheimer y 18 pacientes control, como también en forma de administración, autocuestionario y observación directa.

Hubo una marcada relación inversa entre la severidad de la Demencia y el desempeño global de las AVD en el grupo de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Sin embargo esta relación no fue consistente entre las distintas tareas que comprenden el funcionamiento global de las AVD.

El cuestionario ha demostrado validez y confiabilidad interobservador estadísticamente significativa, en proveer datos cuantificables con respecto al desenvolvimiento cotidiano de las personas afectadas con Demencia tipo Alzheimer. Como también identificar en la clínica aquellas actividades que las personas pueden realizar en forma segura y autónoma de las que requieren asistencia.

3. **P. Barberger-Gateau, J. F. Dartigues y L. Letenneur en 1993**, llevaron a cabo una investigación acerca de estimar el riesgo de un incidente de demencia luego de un año en una comunidad de habitantes ancianos de acuerdo a su performance en 4 scores de actividades Instrumentales (AIVD).

De una muestra aleatorizada de 2792 ancianos franceses habitantes de una comunidad incluidos en un programa de la fundación Sandoz (denominado el estudio PAQUID), 1804 sin demencia fueron entrevistados por psicólogos específicamente entrenados acerca de la performance en el uso de teléfono, uso del transporte, responsabilidad en la toma de medicamentos y manejo de su presupuesto (dinero disponible para gastos), y luego se realizó un seguimiento.

Luego de 1 año, 21 de éstos sujetos tuvieron diagnóstico de demencia de acuerdo al criterio del "Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders III" (DSM III) confirmado por un neurólogo. El Odds Ratio para demencia ajustado por edad, se incrementó desde 10.6 para sujetos dependientes en una IAVD a 318.4 para aquellos dependientes en 4 IAVD ($p < 0.0001$) comparado con los sujetos independientes.

Estos cuatro puntajes de IAVD tiene un fuerte valor predictivo de demencia al año entre los sujetos ancianos de la comunidad, independientemente de la edad y del puntaje del "Mini Mental Test" (MMSE) Este puntaje puede ser utilizado para investigar sujetos con alto riesgo de desarrollar una demencia en breve, quienes podrían recibir algún tratamiento preventivo.

4. **En Estados Unidos los Dres. K Koh, R Ray**, realizaron un estudio piloto en 1994, en el que compararon dos poblaciones de pacientes con desórdenes degenerativos importantes (cada grupo de 25 personas comprendidas entre 55 y 85 años)

Un grupo fue sometido a un programa de estimulación mnésica intensiva durante dos meses, utilizando como parámetros el test "Mental Status Score" (M.S.S.) para comparar los resultados obtenidos de ambos grupos. Concluyendo que los estimulados mejoraban o mantenían su rendimiento respecto del grupo control.

5. **La Lic. en Terapia Ocupacional Carina Andiel y Lili Liu-** del Departamento de Terapia Ocupacional, de la Facultad de Medicina de Rehabilitación, Universidad de Alberta, Canadá, realizaron una investigación sobre la relación entre las evaluaciones de Memoria de Trabajo y Actividades de la Vida Diaria. (1994). Concluyeron que, si se utilizan baterías de test de memoria de trabajo siguiendo el modelo de Atkinson y Shiffrin no se obtienen datos sensibles en la evaluación de adultos mayores y, consideran el modelo de memoria de Trabajo de Baddeley y Hitch (1974) óptimo para basar evaluaciones estandarizadas para adultos mayores con déficit mnésico. Siempre teniendo en cuenta que, a partir de una buena evaluación y diagnóstico, serán más eficaces los tratamientos a implementar.

6. **La Terapeuta Ocupacional Mirian Shuartz-** del centro de Rehabilitación Plus de New York-dirigió un estudio (1994) sobre la estimulación mnésica- cognitiva desde un modelo de tratamiento dinámico que incluye a los familiares de los pacientes y que fue realizado en los hogares de los pacientes. Fundamenta éste estudio en el seguimiento de 3 pacientes (entre 40 y 60 años) con déficit de memoria que son evaluados y estimulados durante 6 meses (sesiones de 1 hora, 3 veces por semana)

Los resultados obtenidos demuestran que, desde TO, se provee de compensaciones externas que facilitan el aprendizaje de conductas rutinarias y mejoran la independencia en las

Actividades de la Vida Diaria, a pesar de su importante deterioro mnésico y otros trastornos cognoscitivos asociados.

7- Los Neurólogos O. Hillbert, M Ferry y Cols. (Perteneientes a Hospitales Neurológicos de Lyon, Saint Etienne, Tassin y Saint Genis de Francia) proponen una batería de evaluación a la que denominan “M.E. Cream” (Memoria Ecológica: Centro de Reeducción de estudios de actividades mnésicas- 1994) que consiste en un test de memoria tradicional, pero presentado en video, de modo que se puedan evaluar por medio de la simulación de escenas de la vida cotidiana. Para validar ésta evaluación, se suministró a una población de 140 pacientes, con edades entre 40 y 75 años, indemnes neurológicamente. Por medio de los resultados obtenidos se establecieron los scores normales para cada nivel según la edad.

Esta batería no sólo tiende a evaluar sino también a estimular al paciente a través de la simulación de Actividades de la Vida Diaria (permite observar la performance mnésica en circunstancias de situaciones artificiales distintas a los test tradicionales).

En base a la evaluación crean un programa de rehabilitación mnésica, el cual se lleva a cabo en 6 meses con una frecuencia de 5 veces por semana en sesiones de 1 hora cada una, con la opción de poder hacerlo en forma individual o grupal. El programa se divide en 6 secuencias: 4 etapas de trabajos de asociación, una etapa lúdico-semántica y por último una de adaptación a la vida cotidiana.

8- En la Tesis de grado realizada por M.L. Laguarde y M.E. Archilla. en la ciudad de Mar del Plata, en 1994; siendo el tema de la misma: la importancia del tratamiento de T.O. en pacientes con demencia para el mantenimiento de su independencia y

calidad de vida. Utilizaron para dicho trabajo el Rapid Disability Rating Scale (RDRS) como instrumento de evaluación.

Se utilizaron para la investigación un grupo experimental y otro control.

En el grupo estimulado se observó que en el nivel de independencia de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) entre pretratamiento y postratamiento, no hay diferencias significativas es decir, que se produce un mantenimiento del nivel de independencia. Los cambios más significativos se observaron en el factor Grado de Asistencia en las AIVD en el grupo control (algunos pacientes del grado semidependiente pasaron al dependiente), mientras que el grupo experimental, se mantuvo prácticamente constante.

Concluyeron entonces, que existe relación entre el tratamiento de Terapia Ocupacional y el mantenimiento de las AIVD en los pacientes con diagnóstico de Probable demencia (GDS. IV, V y VI).

9- Los integrantes del equipo interdisciplinario del Servicio de Atención a la Tercera Edad- Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, realizan una evaluación interdisciplinaria y, de acuerdo al diagnóstico proponen un tratamiento ^{psicocológico} ~~medicamentoso~~ y/o no medicamentoso. Este último consiste en la estimulación de las funciones intelectuales superiores, realizada en equipo interdisciplinario (Estudio presentado en el IV Congreso Argentino de T.O., Dra. D. Scharovsky, Lic. S. Faidutti, T.O. B. Roumec y otros).

Esta investigación (1995) consistió en la evaluación y el seguimiento de dos grupos de pacientes (6 integrantes en cada grupo, con diagnóstico de demencia de distintos orígenes), uno fue estimulado y el otro no, tomándose el mismo como grupo control.

La estimulación fue realizada durante un año en forma interdisciplinaria y grupal, en sesiones de 2 a 5 horas, con una frecuencia de dos veces por semana, siguiendo los criterios de rehabilitación de Gordon y Hibbard.

Se concluye que aquellos pacientes que realizaron el tratamiento se mantienen estables , no presentan involución o los pacientes que involucionan la realización es en forma más lenta en los scores de la mayoría de los test de evaluación, respecto de los integrantes del grupo control.

Si bien, esta investigación es criticable desde el punto de vista del escaso número de pacientes estudiados y falta de homogeneidad de los grupos (distintos tipos de demencia), se debe rescatar que el objetivo final de la misma es sostener que el fin de la estimulación no es detener el proceso de una enfermedad degenerativa sino tender a mejorar la calidad de vida e intentar la máxima independencia en las A.V.D. e A.I.V.D. de los pacientes.

10- Se realizó en España un estudio dirigido por el Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief, sobre la valoración de los tratamientos en personas mayores de 65 años que presentan deterioro cognitivo, cumpliendo o no criterios de demencia. El trabajo de campo se realizó en abril de 1996 entre la opinión acerca de la implementación de estrategias terapéuticas de Neurólogos-Geriatras y Médicos de Familia.

Los médicos consultados coincidieron en darle mayor valor a las terapias no farmacológicas que a las farmacológicas.

Se reconoce como tratamiento no farmacológico la utilización de técnicas y actividades terapéuticas, resultando más eficaces las destinadas a la estimulación de las Actividades de la Vida Diaria y Terapia Ocupacional.

Concluyen que, aunque la demencia es un proceso evolutivo, por medio de éstas estrategias se podría enlentecer su evolución

11- Desde junio de 1996 funciona en St. Luis E.E.U.U.- una fundación para la investigación interdisciplinaria sobre la Rehabilitación Cognitiva, denominada “Fundación J.S. Mc. Donnell”. Se encuentra formada por un grupo de profesionales como neurocientistas cognitivos, psicólogos cognitivos y otros profesionales de la rehabilitación(entre ellos el Terapeuta Ocupacional).

El proyecto está destinado al estudio de: plasticidad cerebral, estructuras del cerebro, funciones relacionadas; ciencias cognitivas y procesamiento de información técnica para la intervención clínica que ayude a mejorar la performance del individuo con daño cerebral, desórdenes del desarrollo y trastornos neurovegetativos.

12- John Josephs Downes y Cols. (Del departamento de Psicología, Universidad de Liverpool) publicaron un artículo en 1997, en el cual reportan una investigación cuyo objetivo es demostrar que se puede aumentar el efecto de la “Técnica de asociación de rostros y nombres”, descrita por Bárbara Wilson, si previamente se hace una exposición de los rostros durante 6 segundos y es capaz de hacer juicios libres acerca de la figura.

Este nuevo método para la Rehabilitación mnésica fue validado por medio de un seguimiento longitudinal de 15 pacientes (entre 47 y 61 años) con déficit en memoria cotidiana, por diversas causas. Se concluye que ésta nueva propuesta es efectiva.

13- A fines de 1997 la revista neurológica “Brain Injury” publicó un artículo escrito por el Dr. Tate R. que opina que el deterioro cognitivo produce discapacidad y handicap con la consiguiente dificultad para llevar una vida independiente y, que no siempre se le presta la debida importancia y se brindan tratamientos adecuados. Para el tratamiento se propone

la utilización de variadas técnicas de remediación, que incluyen: trabajos en la computadora, reglas mnemotécnicas, y cuadernos de notas entre otros.

14- En la Tesis de grado realizada por M, Albani y R. Ramos, en la ciudad de Mar del Plata en el año 1997, sobre “El nivel de la memoria evaluados por el Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT, B. Wilson) en pacientes mayores de 65 años incluidos en los estadios de I al VI de la Escala Global de Deterioro (GDS) para la declinación cognoscitiva”

De acuerdo a los resultados arrojados en las evaluaciones, se puede apreciar que los niveles de alteración de la memoria se relacionan en forma directamente proporcional con el grado de desempeño en las Actividades de la vida Diaria (AVD) y Actividades Instrumentales (AIVD), evaluados por el Indice Barthel y Escala Lawton respectivamente. Intentando, de ésta manera aportar un nuevo método de evaluación para ser utilizado por los TO: como lo es RBMT.

15- En Francia Eustache, Desgranges y Cols. resaltan en una investigación-1998, la importancia de una evaluación relevante de los trastornos mnésicos para luego formular hipótesis que apunten a tratamientos particulares de acuerdo a cada situación. Plantean un tipo de evaluación para cada sistema de la memoria (episódica, memoria de trabajo, memoria semántica, sensorial y procedural) y opinan que es un error evaluarla como un sistema único. //

16-En Alemania, los Dres. Reuter y Schohle. 1998, realizaron un estudio en el cual incluyeron en la rehabilitación cognoscitiva el uso de distintos programas de computadora, según sea la función que se desea estimular. Al hacer un estudio piloto concluyeron que, si

bien es de gran utilidad en algunos casos, los resultados eran mucho más optimistas cuando se complementaban con técnicas tradicionales.

Lo que demuestra que, éste tipo de entrenamiento debe ser integrado como una parte de la terapéutica cognitiva.

17- Donaghy, S y Williams, W. en 1998- E.E.U.U. propusieron un protocolo de entrenamiento para pacientes con severos trastornos de memoria. El mismo, consiste en llevar un diario del desarrollo de sus actividades cotidianas (en ejercicios que implican 5 niveles de distinta complejidad). Está dirigido específicamente para estimular: Atención inmediata, memoria procedural y aprendizajes previos. Promueven el uso de este tipo de técnicas que fueron probadas en estudios pilotos.

18- En la revista Archives of Neurology (publicada en marzo de 1999) el National Institute on Aging propone un nuevo estado en la pérdida de memoria al cual denominan "Mild Cognitive Impairment (M.C.I)"-leve deterioro cognitivo-. Este estudio fue llevado a cabo por el neurólogo Ronald C. Petersen (perteneciente a la Clínica Mayo y director de la investigación). Opinan que el estado de pérdida de memoria se asocia a veces con cambios normales de la edad ^{a veces} y con la enfermedad de Alzheimer. Los científicos identificaron un grupo de 76 pacientes con trastornos cognitivos pero que no cumplían con criterios de demencia tipo Alzheimer.

El estudio fue realizado por medio del seguimiento de pacientes que ellos consideraban dentro de ésta denominación de M.C.I. y concluyen que un porcentaje de los mismos pueden evolucionar hacia la enfermedad de Alzheimer.

Esta investigación no arroja información precisa sobre los criterios de diagnóstico o instrumentos utilizados para tal fin ni aporta datos de validación.

Bibliografía:

1. Amadottir Gutrun. The brain and the behavior. Assessing cortical dysfunction through activities of daily living (A. D. L.). Reykjavik, City Hospital, Island, editorial the C. V. Mosby Company, 1990.
2. Oakley F, Sunderland T, Hill J, Phillips S, Makahon R, Ebner J. "The daily activities questionnaire: a functional assesment for people with Alzheimer's disease." Physical & Occupational Therapy in geriatrics; vol. 10, (2), 1991.
3. Barberger P, Dartigues J, Letenneur L. "Four instrumental activities of daily living score as a predicto of one-year incident dementia". Age and Ageing; 22: 457-463, 1993.
4. Koh K, Ray R. "Dementia in Elderly Patients: Can the 3R Mental Stimulation Programme improve mental status?" Age and Ageing; 23: 195-199, 1994.
5. Andiel C, Liu L. "Working Memory and older adults: Implications for Occupational Therapy". American Journal of Occupational Therapy (AJOT); vol. 49, N°7: 681-686, julio-agosto
6. Schwartz S. "Adults With Traumatic Brain Injury: Three Case Studies of Cognitive Rehabilitation in the Home Setting". A.J.O.T.; vol. 49, N°7: 655 -666, julio-agosto, 1995.
7. Hibert O, Ferry M y cols. " Evaluation d'une batterie de mémoire en simulation vidéo de vie quotidienne". Ann Réadaptation Méd phys; 37: 265-274, Elsevier, Paris, 1994.
8. Laguarde M, Archilla M. La importancia del tratamiento de TO. en pacientes con demencia para el mantenimiento de su independecia y calidad de vida. Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1994.
9. Scharovsky D, Faidutti S, Roumec B y otros. Rehabilitación cognitiva: intervención interdisciplinaria en pacientes con diagnóstico presuntivo de demencia. 4º Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y 3º Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional; Santa Fe, 1995.

10. Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. La terapéutica del deterioro cognitivo y la demencia en España. España, 1996. internet: http://www.ready_soft.es/pm-farma/edicelec/num30/deterioro.htm.
 11. Mc Donnell Foundation. Planning grants and pilot studies for collaborative projects in cognitive rehabilitation research. Internet: [http:// WWW.jsmf.org](http://WWW.jsmf.org)., 1996.
 12. Downes J y cols. "The pre-exposure thchnique: a novel method for enhancing the effects of imagery in face-name association learning". Neuropsychological rehabilitation; 7(3), 195-214, 1997.
 13. Tate R. "Beyond one-bun, two-shoe: recent advances in the psychological rehabilitation of memory disorders after acquired brain injury". Brain Injury; 11 (12), 907-918, 1997.
 14. Albani M, Ramos R. Niveles de alteración de la memoria evaluados por el Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT), en pacientes mayores de 65 años incluidos en los estadios I al VI. de la Escala Global de deterioro para la declinación cognoscitiva (GDS). Tesis de Grado; Universidad Nacional de Mar del Plata, 1997.
 15. Eustache F, Desgranges B. "Clinical Evaluation of Memory". Revista neurológica de Paris; 154 (2): 518-532, 1998.
 16. Reuter B, Schonle P. "Computer-Assisted Neuropsychological training in neurological rehabilitation". Psychiatrics-praxis; 25 (3): 117-21, 1998.
 17. Donaghy S, Williams W. "A new protocol for training severely impaired patients in the usage of memory journals". Brain Injury; 12 (12): 1061-76, 1998.
 18. Petersen R C. Epidemiology of Alzheimer's. Internet: <http://www.mayohealth.org>., 1999.
-



Aspectos Teóricos

Adultos Mayores

Definición:

La terminología empleada para identificar a las personas de edad avanzada es muy variada. Siguiendo las recomendaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas- 1995- optamos por personas mayores. Estas denominaciones comprenden a todas las personas mayores de 65 años sin prejuizar sobre su situación social o laboral. ¹

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

- Envejecimiento como consecuencia del daño gradual de las células, producido a través de mutaciones genéticas, degradación de proteínas o procesos auto - inmunes.
- Otra de las líneas de argumentación es que el envejecimiento se produce por acumulación de sustancias tóxicas posiblemente derivadas del metabolismo celular.
- Por último se ha propuesto la teoría de que la senescencia celular es un fenómeno programado genéticamente. (Ham, R; De Sloane, F). ²

Se trata, sin duda, de un proceso natural de duración variable, pero característicamente homogéneo para cada especie, sobre el cual influyen muchos factores condicionantes propios del individuo -genéticos-, pero también ambientales, circunstanciales. Este proceso está directamente relacionado con el paso del tiempo y consiste en un progresivo incremento de la vulnerabilidad y disminución de la viabilidad del organismo, asociados con

una creciente dificultad en las posibilidades de adaptación y una mayor susceptibilidad de contraer enfermedades. (Juan A. Ollari).³

Consideramos de gran importancia tener en cuenta que es un hecho cierto que la edad biológica y la edad cronológica no siempre coinciden. Por tal motivo, no debe prestarse una excesiva atención a la edad cronológica, aunque corrientemente existen diferencias evidentes entre las personas de 60 años y las de 80 años.⁴

Salud y envejecimiento

Distinguir entre los procesos normales de envejecimiento y los procesos patológicos no es una tarea fácil. Se genera una mayor confusión por las enfermedades de mayor prevalencia en la vejez, es decir, aquéllas que habitualmente aparecen en poblaciones de edad avanzada y acompañan al proceso de envejecimiento. Los cambios normales de la edad pueden definirse como cambios que parecen universales, progresivos e irreversibles (como podría ser el encanecimiento del cabello y la presbicia para leer). Entonces, al igual que a las otras etapas de la vida, en el envejecimiento hay una mayor prevalencia de ciertas patologías, las cuales pueden ser prevenidas y eventualmente tratadas impidiendo, en el mejor de los casos, que se manifiesten o por lo menos, disminuyendo su impacto sobre la salud y la calidad de vida de quienes la padecen.⁵

Inferimos, entonces, que el concepto de salud en el anciano será función de un adecuado desempeño social y de la ausencia de determinadas enfermedades. Así, cualesquiera fueren los cambios en las áreas cognitivas, conductual y/o físicas, éstos no deberán afectar funcionalmente al sujeto al punto de comprometer su inserción familiar, social y laboral.

Creemos que uno de los objetivos prioritarios que debería plantearse un equipo de salud es que las personas mayores conserven su autonomía, su estilo de vida, que sean capaces de compensar su declinación y de mantener su autoestima.

Función cognitiva en el envejecimiento: Declinación y deterioro

De la misma forma que las declinaciones en las aptitudes físicas de los adultos mayores pueden ser detectadas, también se produce una disminución en su rendimiento intelectual; éstos cambios cognitivos es posible que se relacionen con el menor rendimiento que se observa en las personas mayores en condiciones de stress, o una mayor susceptibilidad a la interferencia y la mayor propensión a presentar estados depresivos o cuadros de ansiedad subclínicos, factores estos que afectan directamente la atención, la concentración y la memoria .⁶

Es habitual que los Adultos Mayores concurren a la consulta con una queja subjetiva de pérdida de memoria, la cual puede deberse al envejecimiento normal, pero también no debemos olvidar que es el síntoma de inicio de la enfermedad de Alzheimer, constituyéndose entonces esta "queja de memoria" expresada espontáneamente como un factor de riesgo, independientemente del rendimiento de las pruebas objetivas de memoria⁷

La Memoria y sus subsistemas

La memoria es definida por diversos autores entre los cuales hemos seleccionado los siguientes: Lezak (1983) "Es una de las funciones centrales de la actividad intelectual y es la base de nuestro conocimiento"; Khan (1986) "Es el depósito de conductas potenciales

aprendidas en el tiempo, es esencial para la retención del aprendizaje”; y Bárbara Wilson (1987) la define como “La capacidad de comprender, almacenar y recobrar información”.⁸

El estudio científico de la memoria, comenzó con el trabajo de Hermann Ebbinghaus, quién fue el primero en demostrar que, controlando científicamente las condiciones experimentales, era posible hacer y responder preguntas sobre las características de la memoria humana.

En investigaciones a fines de los '60, la memoria se transformó en una de las áreas más activas de la Psicología Cognitiva. Se comienzan a usar modelos o teorías inspiradas por la analogía entre el cerebro humano y la operación de una computadora, ya que ambas procesan y almacenan información. (Baddeley)⁹

“La memoria deja de ser considerada como una función unitaria para comenzar a fragmentarse en subsistemas. El modelo más importante en el funcionamiento de la memoria fue el propuesto por Atkinson y Shiffrin- 1968. Según estos autores, toda información es primariamente mantenida muy brevemente en nuestros sistemas sensoriales, una parte de información es enviada al sistema de memoria a corto plazo – MCP. (la cual no puede contener más que una cantidad limitada de información durante el tiempo necesario para la utilización inmediata) y luego al sistema de memoria a largo plazo - MLP. (que puede contener una cantidad ilimitada de información durante un período virtualmente infinito)”- Laurent, Allegri, Thomas-Anterion.¹⁰ Ver figura N° 1.

Este modelo ha servido de punto de partida de numerosas investigaciones posteriores.

La memoria sensorial está compuesta por diferentes canales sensoriales (visual, táctil, auditivo, olfativo y gustativo) es en la forma que el medio externo ingresa a nuestro sistema nervioso. Aquí la información es mantenida durante un breve período de tiempo en un archivo

específico de cada modalidad sensorial, desde aquí se envía la información al segundo componente del sistema, el archivo a corto plazo o memoria a corto plazo.

El concepto de M.C.P ha sido mejorado por el de memoria de trabajo (Baddley y Hitch -1974-) que da cuenta no sólo del rol de archivo temporario de información sino también de su función de control y organización de las operaciones en el curso de tareas cognitivas como el razonamiento, la comprensión y el aprendizaje. Ver figura N°2

El concepto de M.L.P. ha sido fraccionado en varios sub-sistemas, la memoria explícita o declarativa y la memoria implícita o procedural. Ver figura N° 3. ¹⁰

A su vez, la memoria explícita se subdivide en: **memoria semántica**, donde se almacenan contenidos de naturaleza general y sin contexto, en el sentido que son compartidos por todos los miembros de una cultura dada. La **memoria episódica**, al contrario, contiene informaciones de naturaleza auto biográfica ligados a un contexto espacio temporal preciso . “Tomando el ejemplo de Baddeley (1984), se puede decir que recordar aquello que se come en el desayuno depende probablemente del conocimiento (semántico) de nuestras costumbres del desayuno (cultural), y recordar lo que comió hoy al desayunar, depende de la memoria episódica de ese hecho en particular”(Allegri y Tamaroff). ¹¹

La **memoria implícita** o procedural tiene que ver con procedimientos automatizados, permite al individuo el aprendizaje de las conexiones entre los estímulos y las respuestas y actuar de manera adaptativa a los hechos . Dentro de ésta forma de memoria se incluyen:

- Fenómeno de activación o “priming”, permite procesar un estímulo cualquiera con mayor facilidad, cuando ha sido presentado previamente.

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

- Aprendizaje y habilidades motoras.
- Aprendizaje de habilidades perceptivas.
- Aprendizaje de habilidades cognoscitivas.

La forma en que funciona la memoria de una persona depende en gran parte de su experiencia vital y las demandas cognoscitivas particulares que recaen sobre esa persona en la vida cotidiana, denominada por algunos autores: memoria Ecológica o cotidiana. ¹²

Este término surgió en la década del 70 cuando se produjo un interés del rol de la memoria en las situaciones del mundo real. Se basa en el hecho de que “el laboratorio provee datos simplificados y experimentales que permiten el riguroso examen de hipótesis , mientras que los estudios naturales son esenciales si se va a evaluar la generalidad de nuestras teorías”(Baddeley). ¹³

Consecuentemente, aunque los adultos mayores muestren una activación particularmente pobre en mediciones de memoria prospectiva bajo condiciones controladas , no obstante bajo condiciones naturales en los cuales el ejercicio tiene que ver con los recuerdos para hacer una llamada telefónica a una hora determinada, los mayores se desenvuelven mejor que los jóvenes simplemente porque están más dispuestos o hacen un mejor uso de las ayudas externas como por ejemplo las notas recordatorias y diarios.

De lo anteriormente citado, se infiere la magnitud que tiene la memoria en las actividades que se realizan diariamente.

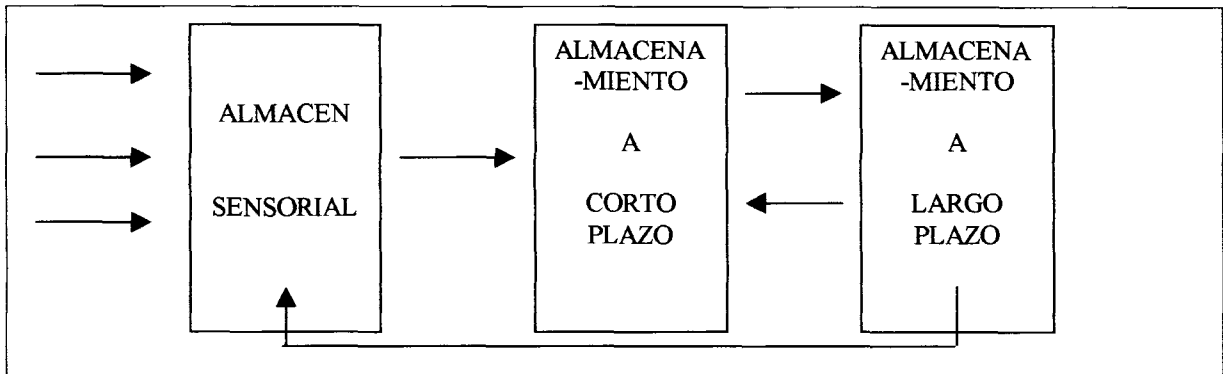


Figura 1: Modelo Clásico - Atkinson & Shiffrin (1968)

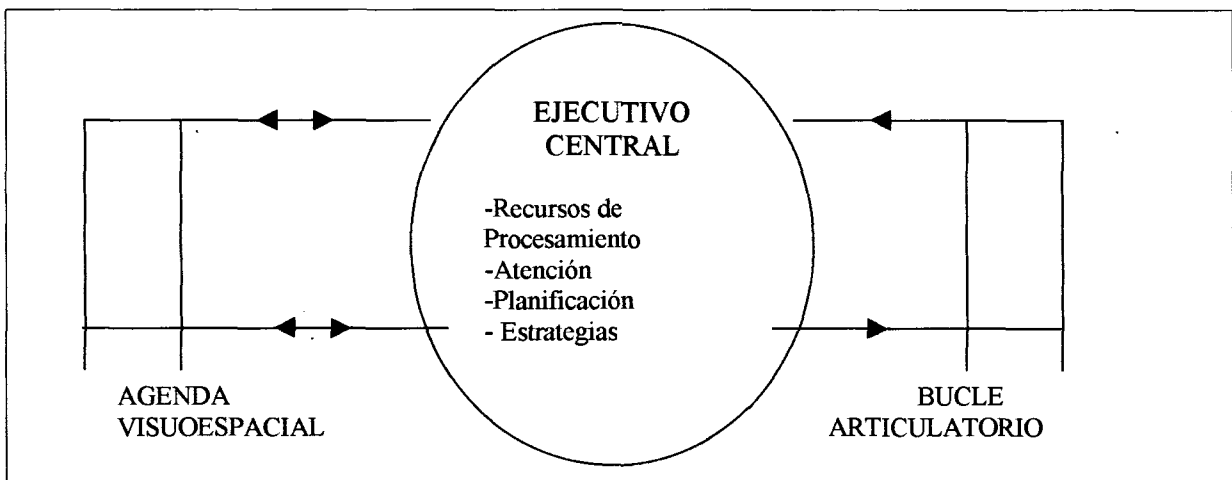


Figura 2: Modelo de Memoria de Trabajo - Baddeley & Hitch (1974)

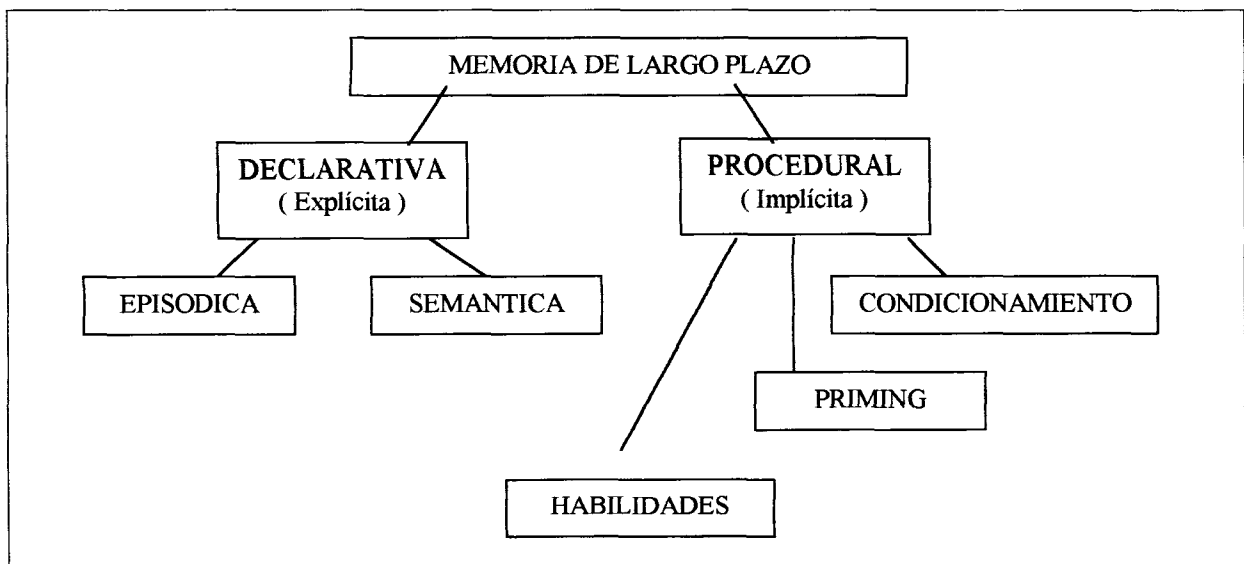


Figura 3: Memoria de largo plazo - Squire (1982)

Todos estos sistemas interactúan en los estadios de procesamiento de información en la memoria:

Codificación: o registro de información en el momento de aprendizaje.

Almacenamiento: o retención de huellas mnemónicas. Es un proceso dinámico que cambia a medida que se organiza la información nueva con la que ya se ha aprendido.

Evocación: acceder a esta información previamente almacenada cuando es requerida, la activación de la huella mnemónica correcta.

Es de gran importancia tener en cuenta estos conceptos que serán en algunos casos el punto de partida en la identificación de problemas y en el planteamiento de objetivos para la rehabilitación.

“Hay evidencia de una reducción en la capacidad de aprendizaje en las personas mayores que se debería primariamente a fallas en la consolidación y transferencia de la información desde la memoria primaria -corto plazo- a la secundaria -largo plazo-“(Ollari).¹⁴

En la declinación de la función mnésica, los sistemas de memoria se encuentran:

- Memoria Implícita: indemne.
- Memoria Explícita: Memoria Semántica: indemne.

Memoria Episódica : *de corto-plazo*, si bien está conservada, se puede evidenciar una declinación moderada en Memoria de trabajo y latencia para el recuerdo.

de largo-plazo, se encuentra afectada la calidad de la codificación (memoria voluntaria) y de algunos procesos automáticos. El almacenamiento es normal (pobre recuerdo con buen reconocimiento: olvidos). Los individuos de mayor edad son más vulnerables a la interferencia que los jóvenes cuando son

sometidos a pruebas de atención dividida (Memoria de trabajo). (Texto que corresponde al cuadro I del Cap. de Ollari, J).¹⁵

El rendimiento mnésico difiere más o menos según se evalúe con pruebas de:

- Recuerdo libre y recuerdo de instrucciones: existen mayores diferencias a mayor edad .
- Recuerdo facilitado, reconocimiento y “*priming*”: existen menores dificultades.

Todas estas manifestaciones y la ausencia de alteraciones gnósicas, prácticas y del lenguaje bastarían por sí mismas para asegurar que pueden representar una declinación natural atribuible a la edad.

Si bien se puede aducir que las demencias (y sobre todo la Enfermedad de Alzheimer) en sus estadios iniciales también presentan cambios sutiles en las funciones cognitivas, sería un error concluir que la evolución natural del envejecimiento lleva a la demencia.

Diversos autores han realizado investigaciones para determinar cuando una perturbación mnésica expresa el momento evolutivo de un proceso de envejecimiento o el inicio de un síndrome demencial. Reisberg y cols.-1985, 1986- realizaron estudios comparando el desempeño cognitivo de individuos jóvenes y personas adultas, como así también de personas adultas sin cuadros demenciales con aquellas que presentaban diagnóstico de probable o posible demencia tipo Alzheimer. Para identificarlos los dividieron en tres categorías de acuerdo al déficit de la memoria: 1- la declinación asociada a la edad (A.A.C.D.: Age Associated Cognitive Declination), 2- el deterioro asociado a la enfermedad

de Alzheimer, y 3- deterioro asociado con la edad (A.A.M.I. Age Associated Memory Impairment edad (A.A.M.I. Age Associated Memory Impairment), la cual corresponde al grupo de pacientes que conforman la presente investigación.¹⁶

En el libro "Enfermedad de Alzheimer, Enfoque Actual" mencionan los términos olvido benigno (o maligno) de la senescencia, y trastornos mnésicos relacionados con la edad que, lejos de significar entidades nosológicas únicas y definidas, son construcciones teóricas basadas en conceptos clínicos y estadísticos que intentan resolver lo mejor posible ésta cuestión, sin embargo, no han cesado de generar controversias.¹⁷

En artículos publicados a mediados del año- 1999 denominan una nueva categoría en la pérdida de memoria Mild Cognitive Impairment (MCI) leve deterioro cognitivo, sin embargo los estudios no poseen datos específicos para validar éste nuevo concepto.(ver Estado Actual, art. 18).

La población a la cual está dirigida esta investigación son adultos mayores que evidencian un deterioro (distinto a la declinación normal) en donde esta alteración mnésica se va extendiendo progresivamente a todas las funciones superiores (orientación temporo-espacial, atención, lenguaje, razonamiento, gnosias, praxias).

En realidad nuestra muestra incluye a un grupo de pacientes que podrán considerarse como una "Zona Gris" (Burin, D.), en donde no es acertado decir que sus trastornos se encuentran dentro de los "parámetros" de declinación normal pero tampoco cumplen con criterios de demencia.¹⁸

A los fines metodológicos y de delimitación de la muestra, tomamos como parámetros la Escala Global de Deterioro (G.D.S., Reisberg y Cols. , 1982)¹⁹, este es un instrumento diagnóstico que define características clínicas de la demencia primaria degenerativa en tres fases:

- Fase temprana “los olvidadizos”, en la cual el déficit es subjetivo primariamente y verificable con el uso de test cognitivos.
- Fase intermedia “confusional”, en la cual el déficit es realmente aparente para un observador objetivo.
- Fase tardía de “demencia”, que empieza cuando el paciente no puede sobrevivir un largo período sin asistencia.

Estas fases fueron detalladas dentro de siete estadios que conforman el G.D.S.

Esta evaluación es utilizada en el servicio de Medicina Preventiva por la médica geriatra como medida estadiada para establecer un diagnóstico.

A continuación presentaremos una síntesis de los estadios II y III de la escala G.D.S., dado que es uno de los criterios de inclusión para la selección de nuestra muestra.

Estadio II: déficit cognitivo muy leve, es la fase de los "olvidadizos". Existen quejas subjetivas de disminución de la memoria (nombre conocido, donde guardan las cosas). El paciente se interesa por sus síntomas sin déficit objetivable en la entrevista clínica, en su trabajo o situaciones sociales.

Estadio III: déficit cognitivo leve, dificultad en recordar nombres de personas que recién conoce o un párrafo luego de leerlo. Disminución de rendimiento en las tareas más demandante de su trabajo. Puede perderse al viajar a lugares nuevos y existir negación de los síntomas. Hay evidencias objetivas del déficit de memoria que se obtiene a través de una intensiva entrevista y por medio de los tests psicométricos.

Consideramos importante desarrollar otras evaluaciones que se tendrán en cuenta en ésta investigación, las cuales son: 1- Clinical Dementia Rating (CDR), 2- Mini-Mental Test (MMSE) y 3- Short Blessed (prueba breve de Orientación, Memoria y Concentración) siguiendo los criterios de correlación y concordancia que fue realizado y utilizado por la Dra. López, Marcela, Dra Scharovsky, Diana y Dr. Gonorazky, Sergio. Servicio de Neurología. Servicio de Atención a la Tercera Edad (S.A.T.E.). Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata. Argentina. 1997.²⁰

1-Clinical Dementia Rating C.D.R. (performance clínica de demencia de la Universidad de Washington)²¹

Es usado en estudios longitudinales y pruebas clínicas para establecer la severidad de pacientes con demencia. El mismo es realizado dentro de una entrevista semiestructurada con el paciente y/o informante apropiado. Se evalúa el deterioro en 6 categorías: memoria, orientación, juicio y resolución de problemas, acción social, hogar y hobbies y cuidado personal. De acuerdo a las respuestas obtenidas se clasifica el rendimiento en una escala de 5 en la cual: nunca= 0, dudoso cuestionable= 0,5, leve= 1, moderado= 2, severo= 3. (nota: cuidado personal no posee nivel de empeoramiento cuestionable).

El C.D.R. global es derivado de los scores de cada una de las 6 categorías. Memoria es considerada la categoría primaria y todas las otras secundarias. Los scores se clasifican en: CDR 0= no demencia; CDR 0,5= cuestionable demencia; CDR 1= leve demencia; CDR 2= moderada demencia; CDR 3= severa demencia. (gráfico N° 4)

CLINICAL DEMENTIA SCALE (CDR)

DETERIORO

	NADA 0	CUESTIONABLE 0.5	LEVE 1	MODERADO 2	SEVERO 3
MEMORIA	Sin pérdida de la memoria u olvidos leves incostantes	Olvidos leves uniformes Recuerdo parcial de eventos; olvido "benigno"	Pérdida moderada de la memoria; más marcada para eventos recientes; el defecto interfiere con las actividades cotidianas	Pérdida severa de la memoria; retiene solo material muy bien aprendido; el material nuevo es rápidamente perdido	Pérdida severa de la memoria permanecen solo fragmentos
ORIENTACION	Completamente orientado	Completamente orientado excepto leve dificultad con las relaciones de tiempo	Dificultad moderada con las relaciones de tiempo, orientado en lugar al momento del exámen; puede tener desorientación geográfica en otra parte	Severa dificultad con las relaciones de tiempo, usualmente desorientado en tiempo, frecuentemente en espacio	Orientado solo en persona
JUICIO Y RESOLUCION DE PROBLEMAS	Resuelve problemas cotidianos y maneja bien negocios y asuntos financieros. Buen juicio en relación a performance anterior	Leve deterioro para resolver problemas, semejanzas y diferencias	Dificultad moderada para el manejo de problemas, semejanzas y diferencias. Juicio social usualmente conservado	Severamente deteriorado en el manejo de problemas, semejanzas y diferencias. Juicio social usualmente deteriorado	Incapaz de realizar juicios o resolver problemas
ASUNTOS EN LA COMUNIDAD	Función independiente en el nivel usual de trabajo, compras y en grupos sociales y de voluntarios	Leve deterioro en esas actividades	Incapaz para desempeñarse independientemente en éstas actividades aunque puede estar ocupado en algo; parece normal el exámen ocasional	No hay simulación de desempeño independiente fuera del hogar. Parece bastante bien como para ser llevado a desempeñarse fuera del hogar familiar	Parece muy enfermo para ser llevado a desempeñarse fuera del hogar familiar.
HOGAR Y HOBBIES	Vive en el hogar, hobbies y mantiene bien intereses intelectuales	Levemente deteriorada la vida en el hogar, hobbies e intereses intelectuales	Leve y definitivo deterioro en el desempeño en el hogar; tareas más difíciles abandonadas; intereses y hobbies más complicados abandonados	Preseva solo quehaceres simples; intereses muy limitados pobremente mantenidos	No desempeño significativo en el hogar
CUIDADO PERSONAL	Completamente capaz para su cuidado personal		Necesita supervisión	Necesita asistencia en vestido, higiene cuidando consecuencias personales	Requiere mucha ayuda con arreglo personal, frecuentemente incontinente

Puntuar sólo como declinación del nivel previo usual debido a la pérdida cognitiva, deterioro no debido a otros factores.

2-Mini Mental State examination (MMSE)²²

Es una evaluación cognitiva breve y de fácil administración, conocida por la mayoría de los profesionales de la salud y de uso internacional. Se propone para medir la proyección del deterioro cognitivo, para documentar cambios que pueden ocurrir en el tiempo y valorar los efectos de potenciales agentes terapéuticos en funciones cognitivas. El puntaje máximo es de 30 y el límite normal aceptado en la mayoría de los ensayos clínicos y farmacológicos es de 26. Si el paciente presenta un puntaje por debajo del estipulado es sospechoso de presentar un deterioro cognitivo cuyo estudio deberá profundizarse ya que, diversos estudios demuestran que este test es sensible ante la presencia de demencia, particularmente en sus formas moderada y severa, sin embargo, esta sensibilidad es menor cuando el deterioro cognitivo es leve o cuando se presentan déficits neurológicos focales o se incluyen pacientes psiquiátricos. También se debe tener en cuenta para evaluar con este instrumento la historia educacional del individuo, debido a que ha demostrado ser una importante influencia en el desempeño del MMSE, por ejemplo, los puntajes medios de individuos con 0 a 4 años de educación fueron de 19 a 25 (dependiendo de la edad), mientras que los puntajes medios para aquellos con educación terciaria fueron de 27 a 29.

Este test consiste en una variedad de ítems (en total 30) que preguntan sobre orientación, tiempo y lugar, atención y concentración, lenguaje, habilidad de construcción y recuerdo inmediato y diferido.

3- Test corto de orientación, memoria y concentración (Short Blessed)²³

Este test ha sido validado como una medida de deterioro cognitivo, es una versión del test de Información-Memoria-Concentración de 26 ítems, pero con 6 ítems, que es fácilmente

administrable y que puede estimar el puntaje de el test completo (según lo demuestran estudios de muestras de 321 personas), también se ha encontrado que sus resultados se correlacionan con cambios patológicos en el cerebro.

Fué adoptado para discriminar entre déficits cognitivos leves, moderados y severos.

Siendo los puntajes: de 0 a 8: normal o deterioro mínimo, 9 a 19= deterioro moderado y de 20 a 26= deterioro severo.

Bibliografía:

1. Ollari J. "Envejecimiento y función cognitiva de la declinación al deterioro". Capítulo de la parte I, págs.23/36. Mangone C y otros. Demencia enfoque multidisciplinario. 1º edición, ediciones Sagitario, Buenos Aires, 1997, pág. 25.
2. Ham R, De Sloane F. Atención primaria gerontológica. Casos clínicos. Editorial Mosby-Deoyma Libros S.A., división Iberoamericana, 2º edición. 1995.
3. Op. Cit. Ollari J; pág. 26.
4. Brock Kehurst J, Hanley T. Geriatría fundamental. Editorial Rafael Salvá, Barcelona, 1979, pág. 31.
5. Hasselkus B R. "Envejecimiento y salud". Cap.19, págs.733/741. Spackman W. Terapia Ocupacional. 8º edición, editorial Médica Panamericana, Madrid, España, 1998, pág. 735.
6. Op. Cit. Ollari J; pág. 32.
7. Allegri R, Laurent B, Thomas-Anterion C. "La memoria y el envejecimiento". Cap. de la parte III, págs. 351/372. Mangone C y otros. Demencia enfoque multidisciplinario. 1º ed., Ediciones Sagitario, Bs. As. 1997; pág. 351.
8. Wilson B. Rehabilitation of Memory. Guilford Press, New York, 1987.
9. Baddeley A. Memory: Theory and practice. Ed. Allyn and Bacon, 1996.
10. Op. Cit. Allegri R, Laurent B, Thomas-Anterion C; págs. 352/353.
11. Tamaroff L, Allegri R. Introducción a la Psicología Clínica. 1º edición, ediciones

Libro de La Cuadriga, Buenos Aires, Argentina, 1995, págs. 78-79.

12. Grieve J. Neuropsicología para Terapéutas Ocupacionales. Evaluación de la percepción y la cognición. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1994, pág77-78.
13. Op. Cit. Baddeley; págs. 19-20.
14. Op. Cit. Ollari J; pág. 27.
15. Op. Cit. Ollari J; págs. 33-34.
16. Ferris S, Flicker C, Reisberg B, Crook T. Diagnosis and treatment of senile dementia. Springer-Verlag, Berlín, Heildelberg, New York, Paris, 1989.
17. Famulari A. "Olvido benigno o maligno de la senescencia trastornos mnésicos relacionados con la edad." Págs.31/33. Mangone, C.; Allegri, R.; Ollari, J.; y cols., Enfermedad de Alzheimer, enfoque actual; ediciones Libros de La Cuadriga, 1991, págs. 31-33.
18. Burin D. Material otorgado en curso dictado por ésta autora en el Servicio de Medicina Preventiva, Htal. Privado de Comunidad, Mar del Plata, 1998.
19. Reisberg B. "The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary degenerative dementia" J. Psiquiatry, 139, pág. 1136, 1982.
20. López M, Scharovsky D, Gonorazky S. Estudio de correlación y medidas de concordancia entre las Escalas de Exámen Mental de Folstein y las de Blessed, G.D.S. y C:D:R; en pacientes derivados por trastornos mnésicos-cognoscitivos. Servicio de neurología, Scio. de Atención a la Tercera Edad, Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Argentina, 1997. Estudio presentado en el Congreso Internacional de Neurología en Corrientes, Argentina, Septiembre de 1999.
21. Hughes C, Berg L, Danziger W. "A new clinical scale for staging of dementia". B. J. Psyshiatry, 140: 566-572; 1982.
22. Spreen O, Strauss E. A compendium of Neuropsychological test. Administration, norms and comentary. 2ªedición, Oxford University Press, New York, Oxford, 1998, págs 65/71.
23. Katzman R, Brown T, Fuld P. "Validation of a short orientation-memory-concentration test of cognitive impairment". Am. J.Psychiatry, 114: 734-739, 1968.

Rehabilitación Cognoscitiva

En éste capítulo intentaremos dar una perspectiva de los distintos autores que conceptualizaron la Rehabilitación Cognoscitiva. (R.C).

➤ R. LL. Wood: plantea que “ si bien la Rehabilitación Cognoscitiva es un proceso que utiliza una colección variada de procedimientos para mejorar o restaurar diferentes habilidades y capacidades, existe una ausencia de reglas que sirvan para saber cuáles procedimientos aplicar y bajo qué circunstancias”.¹

En la actualidad se utilizan diversas técnicas para llevar a cabo la R.C. sin embargo, hay una carencia de formulación científica que enlace una teoría cognitiva de procesamiento de la información con un sistema neuropsicológico de análisis.

Este autor propone significar los términos “rehabilitación” y “cognición”. Define a la “cognición” como: “ el acto o proceso mental por el cual el conocimiento es adquirido”. Mientras que rehabilitación puede ser definida como: “ayudar a personas que son incapaces psicológica o mentalmente readaptarse a la sociedad”(Wood)¹.

Una vez definidos los términos y ordenados sucesivamente, se puede decir entonces que la R.C. es un procedimiento clínico que se implementa para instruir, para adquirir conocimientos con el fin de mejorar la calidad de vida de personas con disfunción cognitiva.

Señala que no es la intención priorizar como objetivo de tratamiento, aumentar valores en una escala psicométrica a través de un sistema de aprendizaje artificial, una acción repetitiva y mecánica impuesta por el exterior, por el contrario los esfuerzos serán destinados a implementar técnicas para modificar conductas que reduzcan el handicap causado por el déficit cognitivo.

Consideramos que la importancia de sostener una visión integral es un objetivo aún pendiente en el desarrollo de las neurociencias, que a menudo en la práctica ha dicotomizado el proceso cognitivo, trabajando sobre esos fragmentos como fin en sí mismos resultando en abordajes paradójicamente deshumanizados.

➤ Otro camino de aproximación para explicar la R.C. fue dado por Diller y Gordon (1981).² Ellos ofrecen tres alternativas de análisis:

1. Modelo psicométrico: a través de evaluaciones neuropsicológicas analiza los componentes de la habilidad o disfunción cognitiva en relación con la ejecución de diferentes pruebas.

2. Modelo biológico: A partir de la evaluación de un test, se trata de deducir qué aspectos de la tarea causan al paciente dificultades, luego se plantea una hipótesis acerca de la posible causa de la problemática y posteriormente la solución. Trata de educar a la persona sobre la naturaleza de sus déficits y forma de superarlos.

3. Modelo de ingeniería: emplea un acceso ergonómico para entender cómo la interacción entre la persona y el ambiente produce dificultades. Realiza modificaciones del medio ambiente manipulando estímulos para acelerar el aprendizaje o reducir la frecuencia de hábitos sociales inapropiados.

Esta última formulación ayuda a proveer un acceso racional de cómo los déficits cognitivos impactan en la persona, ampliando el alcance de los tratamientos.

Entre otros modelos existentes se encuentra el Educacional o “Neuroconductual” resultante de la combinación del biológico e ingeniero, entre sus autores principales se encuentran Ben-Yishag y Diller, Prigatano. Ayudan a la persona a concientizar sus

problemáticas y manejarlas de una manera más efectiva. Mientras que otros autores como Bracy, Gianutsos y Wilson adhieren al modelo psicométrico.

➤ Bárbara Wilson “recomienda que un modelo de R.C. no debe limitarse a una perspectiva tradicional y teórica sino que debe combinar principios y técnicas de: la Neuropsicología, la Psicología Cognitiva y la Psicología del Comportamiento, y enfatiza que ninguna puede tomarse y funcionar aisladamente”.³

Consideramos importante desarrollar el objeto de estudio de estas disciplinas y sus aportes a la rehabilitación:

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 cognitivos de la vida mental”(Ellis y Young).⁴

Si bien el concepto de mente ha desvelado a filósofos, médicos, brujos, desde la antigüedad, recién fue reconocida científicamente en el siglo XIX.

Los antecedentes precientíficos corresponden a la Frenología, entre los autores destacados se encuentran Gall y Spurzheim, quienes fueron los primeros en afirmar que la mente estaba acentada en el cerebro y que el encéfalo estaba dividido en órganos o facultades con diferentes funciones intelectuales y emocionales. A través de los mapas frenológicos, Gall adjudicaba a diferentes zonas cerebrales emociones, facultades y características de personalidad, cabe destacar el espíritu visionario para la época, estableciendo dogmas aún vigentes.

Posteriormente, el examen anátomo-clínico de pacientes permitió identificar áreas de los hemisferios cerebrales y percibir la existencia de sistemas de especialización cerebral. Fueron valiosos los descubrimientos de Brocca (1861) y Wernicke (1874), localizando las

áreas de lenguaje en lesionados cerebrales, éste modelo es reconocido como conexionismo clásico, el cual propone diagramas para explicar distintos tipos de alteraciones, por ejemplo: el de Lichtheim (1885), que explica las alteraciones del lenguaje en términos de lesiones en los centros mismos o bien, en las vías que los conectan. Estos diagramas incorporaban tanto una teoría cognitiva sobre la que constituían centros y conexiones adecuados, como una teoría neuropsicológica en relación con la localización de éstos centros en el cerebro y la ubicación de sus interconexiones. Si se descubría un paciente cuyos síntomas no eran los que se predecían en función de la topología de la lesión cerebral, no había forma de saber si el componente cognitivo o si la localización de los centros y conexiones era erróneo. Es el inicio de la neuropsicología clásica (NPS) en donde el método lesional y la agrupación sindrómica son la fuente principal.

En 1947 Luria introduce en la teoría neural existente hasta el momento, las teorías psicológicas y de la lingüística, introduce los términos componentes y subcomponentes, el precursor de la Neuropsicología Cognitiva, que representa la convergencia de la NPS. y de la Psicología Cognitiva (PC).

La Psicología Cognitiva “se ocupa del estudio de los procesos mentales que posibilitan y subyacen a nuestra habilidad diaria para reconocer objetos y personas familiares, encontrar nuestro camino en el mundo, hablar, leer y escribir, planificar y realizar acciones, pensar, tomar decisiones y recordar”(Ellis y Young).⁵

Es una corriente que nace de la Psicología experimental, de la analogía del ordenador con la actividad mental. Así pudieron definir a ésta como un flujo de información en distintos almacenes. Este tipo de organización se plantea a través de la hipótesis de la modularidad, que sostiene que la actividad mental es posible gracias a la actividad orquestada de múltiples procesadores cognitivos o módulos.

El interés actual en la hipótesis de la modularidad procede en gran parte de los trabajos de Marr(1976, 1982) y Fodor (1983). Este último autor describió las propiedades que consideraba propias de los módulos cognitivos:

1. Encapsulamiento informativo: un módulo puede realizar su propio procesamiento con total ignorancia o aislamiento de los procesos que se producen en otros lugares del sistema cognitivo.
2. Especificidad de dominio: cada módulo puede procesar un tipo de entrada, solo tratan con una fuente de información.
3. Obligatoriedad: la actividad de los módulos no se puede evitar, está fuera de control voluntario y si se produce el ímput apropiado, un módulo llevará a cabo su propio tipo de procesamiento.
4. Innatos: esta noción fue la más criticada, sostienen que forman parte de la dotación genética.

La Psicología Cognitiva (PC) está incorporada en el estudio de los sistemas cognitivos alterados en la Neuropsicología Cognitiva (NPSC) que surgió como disciplina relacionada en la década del 70.

“La NPSC. tiene dos objetivos fundamentales:

1. Explicar los patrones de las realizaciones cognitivas afectadas o intactas que se puedan observar en función de alteración de uno o más componentes de una teoría o modelo del funcionamiento cognitivo normal.
2. Extraer: conclusiones sobre los procesos cognitivos intactos y normales a partir de los patrones de habilidades afectadas o indemnes observadas en pacientes con lesiones cerebrales”(Ellis y Young).⁵

La Modularidad es uno de los supuestos esenciales de la NPSC., como también siguiendo a Shallice, la especificidad neurológica o isomorfismo, que plantea que existe cierta correspondencia entre la organización de la mente y del cerebro.

Las Disociaciones consisten en encontrar casos clínicos en los que un aspecto de la ejecución está afectado, mientras que otros están preservados, traducen la supuesta existencia de subsistemas cognitivos o módulos.

Dentro de ésta disciplina se encuentran dos grupos: unos que tratan de sustituir las agrupaciones amplias y antiguas por otras más finas y teóricamente más ajustadas (por ejemplo: alexia de superficie, alexia fonológica, etc. cuando se refieren a los trastornos adquiridos de la lectura) y el otro grupo trata a cada paciente como caso único que requiere una explicación independiente. Sin embargo, ambos grupos comparten los mismos modelos de lectura, el reconocimiento de objetos, etc. y cada uno utiliza los casos del otro para desarrollar sus teorías.

La Psicología del Comportamiento (Behaviorismo) fue la escuela psicológica que dominó la primer mitad del siglo XX, surge como una reacción a la subjetividad del método introspeccionista, en donde la mente y los procesos cognitivos no son objeto de estudio de la investigación científica y en donde se cree en la necesidad de una ciencia objetiva del comportamiento (para controlar y predecir). Intentan descubrir leyes científicas que permitan describir, predecir y explicar las relaciones entre estímulos y respuestas. Su principal instrumento científico es la observación controlada de respuestas de laboratorio, el ejemplo más conocido es el de condicionamiento clásico de Pavlov (una palabra está asociada a un objeto de la misma manera que un sonido de campana a la salivación de un animal si ese sonido se produce siempre antes de darle comida).

La Psicología del Comportamiento sucumbió a las dificultades empíricas de explicar comportamientos complejos, cediendo el paso a la Psicología de Procesamiento de la información que trae consigo el resurgir de la mente .⁶

Retomando a B. Wilson⁷, específicamente a lo relacionado sobre la estimulación de memoria, quien plantea que las teorías descritas previamente nos ofrecen los siguientes aportes:

Neuropsicología: nos brinda información sobre la visión de la localización de las funciones en el cerebro (identifica las estructuras cerebrales afectadas y/o indemnes), investigaciones de etiologías particulares (encefalitis, demencias y daño cerebral entre otros) y proporciona técnicas para testear o eliminar déficits adicionales. Nos ayuda a entender el origen del deterioro de la memoria.

Psicología Cognitiva: nos aporta teorías sobre la naturaleza de la memoria humana, da interpretaciones sobre la amnesia e información sobre el aprendizaje de habilidades en pacientes con deterioro mnésico.

Psicología del Comportamiento: nos proporciona técnicas conductuales para el asesoramiento en los problemas cotidianos resultado de un trastorno cognitivo, ofrece técnicas para el tratamiento, cambiando y modelando, guiando en la ayuda para reducir el problema cognitivo.

Esta autora considera que, aún cuando se halla podido definir la R.C. y establecido parámetros para llevarla a cabo, “el terapeuta se encuentra con problemas de generalización”. éste término hace alusión a la habilidad de transferir lo aprendido en la situación de tratamiento a las actividades de la vida diaria.

Sería, en definitiva, uno de los objetivos prioritarios de toda propuesta de rehabilitación

Plantea que la conceptualización de la generalización puede ser llevada a cabo de tres maneras: **A través de los sujetos (o de un sujeto a otro)** : es cuando al establecer una estrategia particular ésta es significativa para otros individuos, todo lo individual puede beneficiar una estrategia colectiva. **A través de comportamientos**: se refiere a aquellas estrategias que son proporcionadas al paciente para ayudarlo en un problema específico, pero el paciente los utiliza para superar otras dificultades-por ejemplo cuando uno le enseña a un paciente a usar una imagen visual para recordar nombres y él usa también el método para recordar la lista de compras. **A través de escenas diferentes** (de un escenario a otro): son estrategias que también se utilizan para otras situaciones, por ejemplo se le enseña un método para recordar un texto, y lo usa luego en su casa para repasar o rever sus objetivos o propósitos personales.

Consideramos que es sumamente necesario estimular a los pacientes a que pongan en práctica las estrategias fuera de las sesiones de tratamiento ya que, si omitimos la generalización, es posible que los medios y métodos del tratamiento fracasen. ⁸

➤ Otro concepto de RC. es la aportada por la Academia Americana de Rehabilitación de Medicina:

“Sistemático servicio orientado funcionalmente de actividades cognitivas terapéuticas basadas en una evaluación y comprensión de los déficit cerebro - conductuales de la persona. La cual incluye las áreas de memoria, atención, resolución de problemas y habilidades perceptuales”. ⁹

Siendo realizada por Psicólogos, Neuropsicólogos, Fonoaudiólogos y Terapistas Ocupacionales ¹⁰

La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (A.O.T.A.) puntualizó que las T.O. esencialmente identifican cómo el deterioro afecta la realización de las tareas del diario vivir (Poole, 1991).¹¹

Los tratamientos utilizados pueden seguir dos categorías:

1. **Restaurativos** (reparador o terapéutico): procura influir en una función cognitiva específica (por ejemplo Memoria), este abordaje sostiene que el tratamiento promoverá y estimulará la recuperación del S.N.C..
2. **Adaptativo:** intenta sortear el déficit enseñando a la persona a utilizar estrategias o cambiando el entorno.

Este tipo de abordaje sostiene que se acepta la presencia continua de uno o más déficits y procura brindar a las personas estrategias para utilizar efectivamente sus habilidades residuales, con el objetivo de minimizar el alcance que estos problemas ocasionan en el diario vivir.¹²

La rehabilitación neuropsicológica no tiene por objetivo reestablecer la función cognitiva por medio de ejercicios repetitivos como si la misma fuera un músculo, sino que el propósito es que el paciente pueda recuperar la información, estimular o favorecer las capacidades remanentes y la adquisición de estrategias compensatorias, ya sea recurriendo a conocimientos ya adquiridos o encontrando nuevas vías para lograrlo. Lo importante es poder disminuir el handicap y la dependencia que genera un déficit cognitivo.

La R.C. se beneficia con la Plasticidad Cerebral, concepto que ha surgido recientemente, “hasta hace poco se aceptaba que el sistema nervioso central humano era estático y una vez que la neurona era lesionada o destruida no había posibilidad de regeneración y por consiguiente no se esperaban cambios importantes en la estructura”(Uribe Uribe S.).¹³

Durante las últimas décadas se ha hecho un gran esfuerzo para derrotar la actitud nihilista en que estaba sumido el cuerpo médico, para comprender los mecanismos observados de la recuperación del S.N.C. surgiendo el concepto de plasticidad cerebral o neuroplasticidad.

Hay numerosos datos científicos que avalan la plasticidad cerebral, es decir la posibilidad adaptativa del S.N.C., que le permite modificar su propia organización estructural y su funcionamiento en respuesta a los acontecimientos del entorno.¹⁴

Bajo el efecto de estimulación apropiada y constantes, el cerebro sano puede modificarse favorablemente en su estructura y su funcionamiento. En la actualidad existen estudios experimentales en animales que prometen brindar respuestas interesantes.

La neuroplasticidad en la escala celular “puede ser definida como un cambio en las propiedades de comunicación entre dos células o dos redes neuronales. Dos tipos de plasticidad pueden coexistir: la modificación del número de contactos sinápticos y la modificación del nivel de actividad funcional de los contactos sinápticos existentes. la plasticidad del cerebro sano aparece ligado a las nociones de acrecentamiento de la actividad neuronal y de arborizaciones dendríticas, y a las de la eficacia sináptica”(Acuña-Risiga).¹⁵

Ya Luria en 1973 sostenía que las zonas cerebrales lesionadas podían ser compensadas por las zonas sanas, y mostró que el ejercicio de las funciones puede favorecer

el establecimiento de nuevas conexiones neuronales en las zonas dañadas. Son muchos los investigadores que, a partir de éste psicólogo soviético, se han consagrado a los fenómenos de recuperación post-lesional, sosteniendo el principio de compensación, y demostrando que los procesos cerebrales no necesariamente mueren por cerrarse los caminos neuronales por multiinfartos u otras causas, sino que, estimulando nuevas vías neuronales, este proceso cerebral puede reactivarse, permitiéndole a las personas de edad avanzada que

puedan volver a poner en actividad funciones compensatorias o en el caso de un deterioro más profundo, enlentecer la evolución de la enfermedad, mejorando su calidad de vida.

De Rotrou, del Servicio de Gerontología Clínica del Hospital Brocca, en Francia,¹⁶ nos dice que hoy se admite que, bajo el efecto de estimulaciones adecuadas y continuas en el tiempo el cerebro añoso sano puede modificarse en su funcionamiento y en su estructura.

Los trabajos contemporáneos, no dan pruebas fehacientes de que en el caso de lesiones difusas y evolutivas, como la enfermedad de Alzheimer, se logren resultados semejantes, pero nos invitan a pensar que es posible esperar una ligera estabilización de los síntomas en tanto la estimulación continúe en el tiempo y el paciente permanezca en un entorno rico en aquellos estímulos que tomen en cuenta sus necesidades, siendo el objetivo principal enlentecer la pendiente del deterioro ocasionado por la enfermedad.

Hoy en día ya no se pone en tela de juicio el concepto de Plasticidad Cerebral lo cual trae aparejado el sustentamiento de la implementación de la R.C.

A partir de lo expuesto en éste capítulo, inferimos que la R.C. será entonces, uno de los pilares para mantener y/o aumentar la calidad de vida de los adultos mayores incluidos en ésta investigación, siendo a nuestro entender un nivel superior de atención preventiva y rehabilitadora para este grupo de pacientes.

Bibliografía:

1-Wood R Ll. Cognitive Rehabilitation in perspective. Fussey, Laurence-Elbaum associates publishers, cap. I, USA, 1994.

2-Op.Cit. Wood, R. Ll.; cap. II.

3- Op. Cit. Wilson, B.; pág. 8.

4-5- Ellis y Young. Neuropsicología Cognitiva Humana. Masson S.A., Cap. I.

6-Barreiro García A. Behaviorismo. Pág. de Internet: <http://www.dc.fi.udc.es>.

7-8- Op. Cit. Wilson, B.; pág. 5-7-

9-10-11-12 Quintana LA. "Remediating Cognitive Impairment". Cap. 27, págs. 539-548.

Trombly C. Occupational Therapy, for physical dysfunction. IV edición, Williams & Wilkins, USA, págs. 539-542, 1995.

13-Uribe Uribe S, Arana Chacon A, Lorenzano Pombo P. Neurología. 5ª edición, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas, pág. 560, 1996.

14. Nudo R, Wise B y cols. "Neural substrates for the effects of rehabilitative training on motor recovery after ischemic infarct". Science, vol. 272, 1996.

15- Acuña M, Risiga M. Talleres de Activación Cerebral y entrenamiento de la Memoria. Editorial Paidós, I edición, Buenos Aires, 1997, págs. 23-24.

16. Risiga M. "Memoria y envejecimiento. Posibilidades de la estimulación cognitiva". Págs 80/89. COLTOA. Terapia Ocupacional: Avances. Grupo editor COLTOA, Buenos Aires, 1997, pág. 79.

Performance Ocupacional

Hemos adoptado el concepto de Performance Ocupacional (PO) con el fin de puntualizar el beneficio de una unificación de criterios que, a los fines pedagógicos y/o científicos pueda contribuir a fundamentar el rol del T.O. dentro de un equipo neuropsicológico. El término Performance Ocupacional es definido por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (A.O.T.A. Uniform Terminology- Pedretti, Pasguinelli, 1990), como:

“Es 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”.¹

La AOTA (Asociación Americana de Terapia Ocupacional.1989) sostiene que: “El objetivo de la Terapia Ocupacional es permitir a los individuos ganar independencia en áreas de performance ocupacional que incluyen actividades de la vida diaria, trabajo y ocio”.¹

Es así que consideramos de gran importancia plantear ésta visión antes de abocarnos a desarrollar los aspectos específicos referidos a la estimulación mnésico- cognoscitiva ya que, es de vital importancia que el paciente a partir de lo aprendido en la situación de tratamiento pueda ser capaz de transferirlo a la vida cotidiana (denominado por Bárbara Wilson proceso de generalización); y lograr así mayor independencia en todas las **áreas de performance ocupacional.**

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:

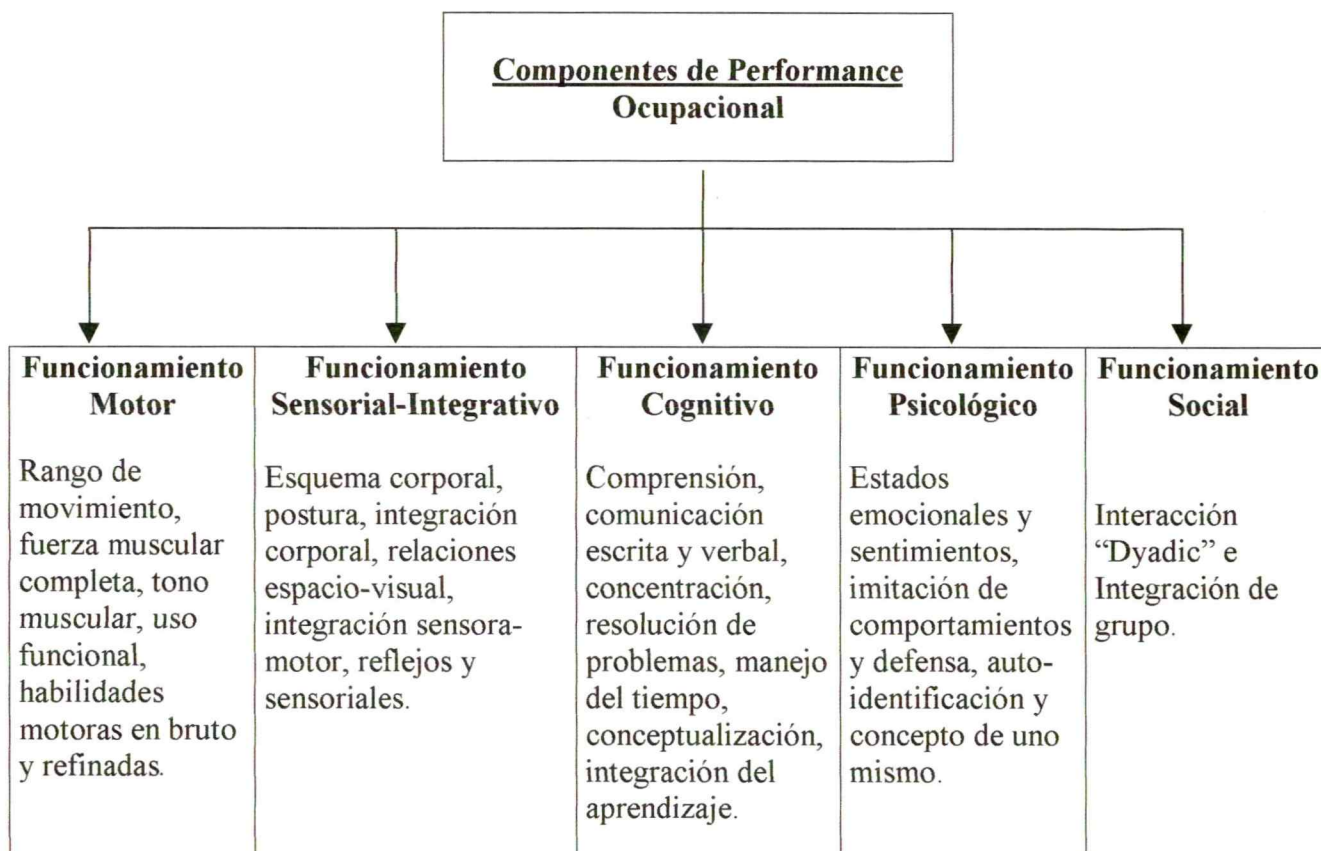
- Actividades de la vida diaria (AVD): “Actividades o tareas que una persona realiza diariamente para mantener su independencia personal” (Reed. Sanderson, 1980).
- Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): “ Se refiere a tareas más allá del cuidado de uno mismo que incluyen interacción con el ambiente físico y social”.
- Tiempo libre: “ Actividades o tareas que no son obligatorias y que se hacen por placer”.
- Trabajo: “Actividades o tareas en las áreas de Manejo del Hogar, cuidado a otros, educación, vocación y hobbies”.

Mary Law plantea que en la actualidad la PO es tomado como un concepto individual, vale decir, que ésta habilidad del individuo de llevar a cabo actividades de la vida diaria, depende de la cultura, su género, los roles que desea desempeñar y el medio ambiente en el que habita, variables que en el pasado no fueron tenidas en cuenta o se evaluaron en forma aislada. , éste enfoque muestra un cambio de filosofía hacia un enfoque más centrado en el paciente.

El proceso de valoración no ignorará los elementos funcionales denominados **componentes de la Performance**². Los mismos son definidos como:

”Patrones conductuales basados en estadios de aprendizaje y de desarrollo” que incluyen: 1) Funcionamiento sensorial integral. 2) Funcionamiento motor. 3) Funcionamiento o funciones psicológicas. 4) Funcionamiento cognitivo.5) Funcionamiento social. Cada componente a su vez puede ser subdividido (ver figura N° 5).

Dentro de 1- incluye entre otros fuerza muscular, tono y uso funcional de las extremidades y del cuerpo, 2- podemos encontrar esquema corporal, postura, percepción visual, 3- estado emocional, mecanismo de defensa, identidad, 4- resolución de problemas, comunicación, concentración, conceptualización, manejo de tiempo, aprendizaje e integración del mismo dentro del componente cognición y 5- interacción diádica e integración de grupo.

FIG. 5. Componentes de Performance Ocupacional y sus sub-componentes.

Estos puntos esenciales reflejan el núcleo del TO. resaltando sobre todo la actividad con un propósito u objetivo. Estas capacidades están influenciadas por lo que es denominado el espacio vital de las personas y se refiere al ámbito cultural así como a su entorno humano y no humano.

El entorno de P.O. posee componentes físicos, sociales, culturales, económicos y organizativos, los cuales constituyen el marco dentro del cual se desarrollan todas las actividades humanas.³

Para deducir déficit en uno o más componentes de la P.O. los T.O. obtienen información de distintas fuentes, como revisar historias clínicas, realizar entrevistas, observaciones y/o evaluaciones. En el servicio de medicina preventiva se utilizan los tests al paciente y/o familiar mediante un interrogatorio.

Por medio de la implementación de evaluaciones el T.O. obtiene información sobre las capacidades y limitaciones del paciente, es decir, deducir los déficit de la performance ocupacional. (P.O.) y sus probables causas funcionales. Si los factores limitantes pueden ser mejorados o eliminados mediante intervención directa, el T.O. escogerá un enfoque de intervención que sea apropiado al problema. Si de todas formas, los factores ya mencionados no son susceptibles a cambio, se le brindará estrategias para compensar estas limitaciones adaptando la tarea y/o el medio donde ésta se realiza.

La evaluación estandarizada de las áreas de PO: AVD e AIVD es realizada por la terapeuta ocupacional a través del interrogatorio o cuestionario al paciente, cuidador o familiar y/o mediante la observación directa del paciente.

La mayoría de éstas evaluaciones estandarizadas de AVD. e AIVD. fueron designadas para la evaluación de estudios que documentarán el nivel de independencia conseguido por pacientes como resultado de un abordaje particular. Existe una gran variedad de tests, los más frecuentemente citados para evaluar AVD. son: el índice Katz (Katz et al., 1963). La evaluación de autocuidado revisada de Kenny (Iversen et al., 1973) y el índice Barthel (Mahoney & Barthel, 1965).

Dentro de la literatura reciente se ha observado un mayor desarrollo de las evaluaciones de AVD, a diferencia de las AIVD. Algunas razones de esto incluyen el hecho de que las evaluaciones de AIVD, son más complejas de desarrollar y validar. Algunas de ellas son: la valoración de tareas motoras y de proceso (AMPS) desarrollada por Fisher (1992)

que permite evaluar simultáneamente el desempeño de AIVD. junto a aspectos motores y de proceso; la evaluación Estructurada de habilidades de vida independiente (SAILS); la evaluación Kohlman de Habilidades para Vivir (KELS) y la escala Lawton.

En esta investigación utilizaremos como parámetros de evaluación:

El Índice Barthel de las AVD fué creado por D. Barthel en 1965, para su utilización en el seguimiento de progresos en automanuntención y habilidad motriz durante la rehabilitación de pacientes con discapacidades físicas. Dicho índice evalúa la discapacidad física a través del análisis global del desempeño funcional en las siguientes AVD: control de intestino y vejiga, arreglo personal, uso de toilet, transferencia, movilidad, vestido, escaleras, alimentación y baño. Cada uno de ellos mide la capacidad de independencia o dependencia.⁴

La Escala Lawton fué creado en 1972 en un centro geriátrico de Filadelfia, consta de ocho ítems, mide la capacidad de: usar el teléfono, hacer las compras, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, usar medios de transporte, responsabilizarse por la medicación y manejar asuntos económicos. para cada ítem hay una serie de posibilidades las cuales se consideran algunas independientes y otras dependientes. Es ampliamente utilizada, validada y fiable. Ha demostrado su utilidad práctica como método de valoración objetivo y breve para formular, implantar y evaluar un plan terapéutico, como así también en investigaciones.⁵ Una de estas investigaciones fué el “Estudio PAQUID” citado en el Estado Actual (art. N°3), consideramos importante volver a mencionarlo debido a que su objetivo era estimar el riesgo de un incidente de demencia, luego de un año, en una comunidad de habitantes ancianos, de acuerdo a su performance en 4 scores de las AIVD: uso del teléfono, uso de transporte, responsabilidad en la toma de medicamentos y manejo de su presupuesto –dinero disponible para gastos-. Se concluye, luego del análisis de los datos en un estudio longitudinal, el fuerte valor predictivo de demencia en los sujetos que constituían la muestra. El resultado puede ser

utilizado para investigar sujetos con alto riesgo de desarrollar una demencia en breve, quienes podrían recibir algún tratamiento preventivo.

Debido a lo anteriormente expuesto opinamos que la Escala Lawton es representativa a los propósitos de nuestra investigación. Con respecto al Test Barthel, si bien muchos estudios coinciden en que es uno de los más utilizados para medir la independencia funcional en pacientes con discapacidad física, presenta limitaciones para detectar cambios asociados al deterioro cognitivo, ya que no fue creado para tal fin. Sin embargo, hemos utilizado este instrumento ya que aún hay escasez de pruebas que relacionen AVD y trastornos cognitivos y no tenemos conocimiento de pruebas validadas en nuestro país. Creemos que sería interesante no perder de vista este tema para futuras investigaciones.

En la búsqueda del estado actual de la cuestión, hemos encontrado al respecto, un interesante estudio realizado por el TO. Gutrun Arnadottir quién plantea la importancia ^{de} que los TO realizan una lectura diferente del análisis de la actividad. Esta autora explica que: “La realización de las AVD. es el resultado de respuestas conductuales, comportamentales, para lo cual se requiere de un adecuado funcionamiento de partes específicas del SNC. Es así que una disfunción de ciertos componentes del SNC. puede ocasionar un deterioro de aspectos específicos de las AVD”.

...”Por lo tanto disfunciones neurológicas pueden ser observadas a través del manejo del paciente en las AVD; señalando la localización y extensión del daño. A través del análisis de los componentes de las AVD. puede ser evaluada la integridad de la actividad del SNC. Tal análisis provee información adicional a los conceptos tradicionales realizados sobre la independencia funcional mediante la evaluación de las AVD”.

“Porque los déficits neuroconductuales a menudo interfieren con la independencia, sería útil a los TO. ser capaces de detectarlos mientras observa el desempeño de las AVD, por

lo tanto obtendría mayor comprensión de los factores que subyacen en la dependencia funcional. Tal información ayudaría a los TO en entender las razones del deterioro funcional, subsecuentemente podrían plantearse con mayor pertinencia los tratamientos” (Gutrun Arnadottir).⁶ *S. lo evalúo el "A-ONE"*

Existen minuciosas herramientas para evaluar por un lado las AVD y por el otro, las funciones cognitivas y perceptuales, sin embargo, pocos estudios han sido dirigidos a investigar la conexión entre los resultados de ambas evaluaciones.

“Con el paso de los años han ido cambiando los paradigmas en cuanto a los métodos usados para examinar el SNC. brindan una combinación de evaluaciones conductuales, procesamiento y de estructura que permiten aumentar el conocimiento sobre el SNC, dicha información es potencial para investigar la efectividad de los tratamientos o permitir establecer nuevas técnicas terapéuticas. Es por eso, que creemos conveniente que los TO. sean capaces de asociar déficits neuroconductuales, con disfunciones en las actividades básicas con probables sitios de lesión como son identificados por métodos técnicos o test neuropsicológicos”. Sobre las bases de ésta necesidad de identificación ésta autora ha construido un instrumento que vincula la performance en las AVD. y las conductas: “El Arnadottir OT-ADL Neurobehavioral- A-ONE”, test de AVD y componentes neurocomportamentales simultáneamente.

Este test ofrece la posibilidad a los TO. de evaluar la performance diaria de pacientes con disfunción neurológica, y cómo éstas tareas son afectadas por el deterioro neuroconductual, permitiendo luego desarrollar y evaluar tratamientos apropiados.

Bibliografía:

- 1- Law M. “Evaluation of Occupational Performance”. Cap.4, págs.43-54. Trombly C. Occupational Therapy for physical dysfunction. 4º ed. Williams&Wilkins, USA, 1995.

- 2- Op. Cit. Arnadottir G; pág. 10.
 - 3- Op. Cit. Law M; pág. 43.
 - 4- Bosenberg I V, Faiduti S. Evaluación de discapacidades en personas mayores de 65 años que sufrieron un Accidente Cerebro- Vascular. Tesis de grado; Universidad Nacional de Mar del Plata, 1993.
 - 5- Salgado Alba A, Alarcón Alarcón M, González Montalvo J. “La valoración funcional del paciente anciano”. Cap. 3, págs. 47/68. Salgado Alba A, Alarcón Alarcón M. Valoración del paciente anciano. Masson SA., Barcelona, 1993.
 - 6- Op. Cit. Arnadottir G; págs. 75-78.
-
-

Estimulación de memoria en el servicio de medicina

preventiva: Modalidad de trabajo

El paciente es derivado al Programa de Trastornos mnésicos-cognoscitivos por un Médico. Si otro profesional del Equipo de Salud detecta fallas en las funciones intelectuales superiores debe primero derivarlo al Médico de cabecera para descartar patologías que se acompañan de ésta signo-sintomatología y que se modifican tratando la enfermedad de base. En todo caso siempre media la consulta del familiar o el paciente sobre fallas en las funciones intelectuales superiores o conductas.

Al ingresar, éstos pacientes son evaluados por un equipo interdisciplinario conformado por Médico Geriatra, Neurólogo, Psicóloga, Fonaudióloga y Terapeuta Ocupacional. (cuando es necesario se lo deriva a consultorio de Psiquiatría.); el programa consta de un protocolo con evaluaciones estandarizadas.

Los profesionales establecen un diagnóstico basado en la Clasificación Internacional de la O.M.S. (1980): Patología, deterioro, discapacidad y handicap.¹, lo cual favorece el consenso interno, la unidad de criterios con otros equipos y brinda una mirada específica e integral de la misma persona.

Estos conceptos distinguen cuatro niveles de discapacidad y son definidos de la siguiente manera:

1-Patología: “es la anormalidad de estructura y/o función que afecta un órgano o sistemas de órganos”.

2-Deterioro: “cualquier pérdida o anormalidad de la función, sea psicológica, fisiológica o de la estructura anatómica”.

3-Discapacidad: “cualquier restricción o deficiencia (resultado de un deterioro) en la habilidad para ejecutar una actividad de la manera o en el rango considerado normal para ese ser humano”.

4-Handicap: “desventaja social como causa individual, consecuencia de un deterioro o discapacidad que limita u obstaculiza la ejecución de un rol que es normal (según la edad, sexo, factores sociales y culturales) para ese individuo.

Se caracteriza por una discordancia entre la ejecución y la expectativa para ese individuo y el grupo al cual pertenece. De ésta manera handicap representa un deterioro o discapacidad en lo social, reflejando las consecuencias para el individuo (cultural, social, económico y ambiental).

Una vez finalizada la evaluación se arriba a un diagnóstico presuntivo, en caso de diversidad diagnóstica se deriva el caso a reunión de equipo y se resuelve interdisciplinariamente.

Concluída ésta etapa se realiza una devolución del diagnóstico al paciente y/o familiar. Si el diagnóstico fuere de probable o posible demencia se sugiere la derivación a grupo de estimulación “GAMA” (grupo de autoayuda, Mal de Alzheimer) y entrevista con Servicio Social; si por el contrario existe un diagnóstico calificado como Olvido leve de envejecimiento (OLE) u Olvido severo de envejecimiento (OSE), se sugiere la derivación al grupo de estimulación de memoria.

Los objetivos que se proponen para el Programa de Estimulación Mnésico-cognoscitiva son:

NO!

Generales:

- Realizar un diagnóstico.
- Proponer un tratamiento.
- Favorecer una mejor calidad de vida.

- Promover el uso de estrategias.

Específicos:

- Propiciar la elaboración del conflicto que pudiera manifestarse ante la consciencia del déficit.
- Rehabilitar, en su faz compensatoria y/o restitutiva, las funciones neuropsicológicas en forma integral.

Posteriormente se inicia el tratamiento organizado en etapas, en un primer momento, se prioriza la adaptación y la inclusión grupal, para lo cual reciben tratamiento desde las áreas de Psicología y Educación Física. En la segunda etapa se incorpora a la estimulación de las funciones mnésicas cognoscitivas el abordaje desde terapia ocupacional y fonoaudiología.

Para esto los pacientes deben concurrir al tratamiento con cada especialidad en una frecuencia de una vez por semana en sesiones de una duración de 60 minutos, en el transcurso de 8 meses.

Abordaje desde T.O.

En la estimulación mnésico cognoscitiva desde T.O. los objetivos específicos son:

- Mejorar y/o mantener y/o favorecer la independencia en las áreas de performance ocupacional.
- Mejorar y/o mantener y/o favorecer la capacidad de vincularse satisfactoriamente.
- Favorecer la conexión con el principio de realidad y dentro de éste con las situaciones placenteras y displacenteras.
- Conscientizar el déficit mnésico cognoscitivo.

Al comienzo del tratamiento hay una primera etapa de adaptación, es de duración variable según la configuración grupal. En este estadio las actividades implementadas tienden a favorecer la interacción e integración grupal. (se realizan, por ejemplo actividades de tipo lúdicas y de presentación)

Alternativamente se incluye una etapa de información y presentación de cómo se va a trabajar, se efectúa por medio de diapositivas, mapas conceptuales, etc., en donde se explica cómo es la organización del S.N.C.y cómo funciona la memoria, para luego dar lugar a la etapa de estimulación propiamente dicha.

Esto es de gran importancia debido a que, el ingresar a un grupo genera ansiedad y sentimientos básicos de inseguridad. La construcción de un grupo se realiza evolutivamente a través de momentos que se dan en forma de espiral dialéctica y permite el proceso grupal, y cuyo nivel más avanzado posibilita el aprendizaje y la comunicación (E.Pichon Riviere).²

Cada sesión consta de tres momentos:

- **Evocación:** Se trabaja orientación temporo-espacial, intentando evocar día, mes, año, etc. Así mismo se recuerda lo realizado en la sesión anterior, se reconoce si están presentes todos los integrantes del grupo, etc.
- **Ejecución:** Las actividades implementadas son de ejecución simple, de corta duración y complejizadas según la demanda y evolución del grupo.
- **Reflexión:** Al finalizar cada sesión se concluye reflexionando con los pacientes acerca de las vivencias generadas por la actividad, se intentará que pueda transferir lo aprendido en la situación de tratamiento a la vida cotidiana (generalización).

En la etapa de ejecución se implementarán distintas técnicas destinadas a tres modalidades de intervención: Prevenir, compensar y re - entrenar las funciones mnésico cognoscitivas.

Hay muchos factores que deben ser considerados cuando se selecciona un tratamiento:

1- *Nivel de conciencia del déficit* que posee una persona: la negación total o parcial de los mismos interferirá en el proceso de tratamiento.

Este grado de conciencia o conocimiento determinará el tipo de compensación que la persona es capaz de utilizar.

Crosson (1989): describió tres niveles de conciencia:³

- **Intelectual:** comprender que se tienen dificultades con algunas actividades y la implicación del déficit. El compromiso de los procesos de razonamiento, abstracción y memoria pueden limitar la consciencia intelectual.
- **Anticipatoria:** El paciente es capaz de anticipar cuando un problema va a ocurrir y por lo tanto recurrirá a utilizar técnicas compensatorias o eludirá la situación.
- **Emergente:** El paciente reconoce el problema cuando está ocurriendo, evoca y utiliza alguna de las estrategias aprendidas para compensar el déficit.

2- *Determinar el handicap del paciente* (“desventaja social como caso individual, consecuencia de un deterioro o discapacidad que limita u obstaculiza la ejecución de un rol que es normal, según la edad, sexo, factores sociales y culturales para ese individuo”. O.M.S.). Se debe evitar el aislamiento que generalmente acompaña a las personas que tienen fallas de memoria.

Frecuentemente éstas personas abandonan sus actividades y van disminuyendo los contactos con sus grupos de pertenencias por vergüenza o temor a que se evidencien estas fallas de memoria. Es de suma importancia continuar con las actividades de tipo social y con las actividades placenteras.

Es por esta razón, que la modalidad de abordaje terapéutico instrumentado es en forma grupal, ya que se desarrollan relaciones sociales y favorece la identificación proyectiva en el uso de compensaciones.

No es que la terapia individual esté contraindicada, pero, probablemente no produzca el mismo resultado, ya que lo grupal promueve la ubicación del senescente en su edad cronológica y retransformación de las representaciones mentales patógenas en representaciones mentales auxiliares (E. H. Rolla- Abril 1998).⁴ La experiencia que dialécticamente se construye en relación con el otro y a través del otro se enriquece a partir de la asunción de roles dentro de un grupo y es lo que permite y posibilita los proceso de aprendizaje.

3- *Es importante que el paciente no cree falsas expectativas* ^{con respecto a} *ni que se le proporcionará alguna solución mágica para recuperar la memoria: hasta el momento no hay estudios que demuestren que el tratamiento o ejercicio recupere la memoria perdida significativamente, aunque entendemos que es de mucha importancia una estimulación positiva ya que, por medio de la implementación de ayudas o estrategias se facilitaría el desempeño en forma independiente de las actividades que la persona venía realizando hasta el momento.*

El paciente que concurre a un grupo de estimulación plantea a su ingreso una demanda, una necesidad, se debe entonces propiciarle un lugar de contención para ayudarlo en la

aceptación del problema. Un espacio para la elaboración de la conflictiva que genera. De esta manera, será más efectivo el aprendizaje para convivir y sobrellevar el mismo.

Las actividades que se implementan durante el tratamiento se planifican gradualmente (de lo simple a lo complejo) teniendo como marco de referencia el modelo teórico de funcionamiento cerebral (Allegri – Tamaroff ⁵). Siguiendo este criterio, en un primer momento, se organizan las actividades a partir de la estimulación sensorial teniendo en cuenta que la entrada de información es a través de los canales sensoriales. En algunos casos se puede observar dificultad para recibir información, en otras alteraciones del lenguaje y de la percepción (por privación sensorial visual y/o auditiva), por lo tanto la información puede estar inicialmente distorsionada, si éstas dificultades no son detectadas desde un principio interferirán negativamente en el transcurso del tratamiento.

Así mismo se proponen actividades que incluyan el reconocimiento, abordando el nivel más complejo (gnósico-práxico) implementando tareas específicas que involucren a los procesos de simbolización, resolución de problemas, lenguaje, abstracción, conceptualización y categorización entre otros. Siguiendo el modelo de organización jerárquico.

En forma paralela se estimula los procesos mnésicos y de atención por medio del entrenamiento y la búsqueda de técnicas compensatorias adecuadas para cada paciente, con el fin de que se trabaje desde una posición para lograr la mayor independencia.

No estamos planteando que cada función denominada anteriormente sea estimulada en forma aislada (ya que no estamos frente a pacientes con lesiones focales), sino que están en constante interacción y este modelo nos sirve de guía para facilitar la implementación de la estimulación y la adquisición del aprendizaje, e ir complejizando las actividades según las posibilidades de cada paciente, evitando así frustraciones y abandonos innecesarios del tratamiento.

Las técnicas de estimulación que se implementarán son las aportadas por Bárbara Wilson⁶ y Lilian Israel.⁷

Dichas técnicas son denominadas por B. Wilson como ayudas internas y externas y son aquellas estrategias que funcionan como facilitadoras de la memoria en una persona con déficit mnésico. Existen diferentes ayudas que van de simples a más complejas.⁸

En un primer momento se hace hincapié en la implementación de **ayudas internas**, las cuales pueden ser definidas como: “procesos internos a los que puede recurrir una persona, para facilitar el recuerdo de una información”. Dentro de las cuales podemos mencionar:

a) **Técnicas de asociación:** se propone asociar información con imágenes o con palabras (asociación verbal). Cada persona debe descubrir que tipo de asociación le resulta de mayor utilidad. Si se posee buena memoria visual, se puede utilizar asociación con imágenes visuales, por ejemplo si queremos recordar un apellido se puede establecer una asociación entre una imagen y el apellido, de manera que cuando se quiera evocar el apellido, se pueda traer a la memoria lo imaginado visualmente.

Otro ejemplo podría ser realizar un recorrido visual de los pasos, cuando se pierde algo o no se recuerda lo que se iba hacer.

Aquellas personas que les resulta de mayor utilidad recordar palabras o letras se implementará la asociación verbal, por ejemplo en caso de no recordar, pueden a comenzar a deletrear el abecedario o sílabas.

b) **Reglas Mnemotécnicas:** son ayudas verbales y visuales que facilitan el recuerdo de la información, ellas son dichos, rimas, dibujos, etc.

- Se pueden utilizar las primeras letras de las palabras dentro de una frase que representarían las primeras letras de las palabras o información a ser recordada.

- Una palabra puede ser usada para ayudarnos a recordar varias tareas o trámites que debemos realizar durante el día, por ejemplo:
 - Pagar impuestos.
 - Llamar por teléfono a María.
 - Arreglar los cajones del placard.
 - Comprar los remedios.
 - Airear la habitación.

En una segunda instancia, para planificar la estrategia a utilizar se administra el “Cuestionario de quejas mnésicas” (Vinck et. al. 1982. ⁹), permitiendo así personalizar **las técnicas compensatorias o ayudas externas**, que consisten en: “tratar de recurrir a una cuestión externa, que funciones como si fuese la memoria del sujeto”. Se proporciona a los pacientes un manual de autoayuda realizado por las Practicantes de TO. M. Heim y R. Vásquez (1997)¹⁰ el cual explica que es y cómo funciona la memoria y las ayudas externas que utilizamos con más frecuencia: uso de: 1- agendas, 2- calendario, 3- técnicas para organizar la medicación, 4- ayudas para el hogar, 5- organización para mandados y compras, 6- técnicas para el recuerdo de un texto leído: “Preview, Read, Questions, State and Test”: PQRST. y otros.

1- La agenda funciona como una memoria externa que tiene toda la información básica del sujeto. Para usarla es necesario aprender a organizar la información. Se recomienda que sea revisada diariamente y que permanezca en un lugar fijo.

2- El calendario organiza todas las actividades que se deben realizar diariamente, semanalmente o mensualmente como por ejemplo: citas, turnos médicos, fechas importantes (por ej. aniversarios, cumpleaños, etc). ¹¹

Es una planilla que consta de días de la semana y un casillero perteneciente a cada día del mes, primero debe completarse con el nombre del mes; luego con la ayuda de un calendario se colocan en los casilleros los números correspondientes al mes en curso.

De este modo con el calendario corroboramos en que día de la semana comienza el mes.

Toda información nueva, podrá quedar registrada con anterioridad en la planilla.

Es importante que la misma se coloque en un lugar visible y fijo para el registro visual de la misma.

3- Es fundamental colocar la medicación en un lugar visible, en lo posible fijo. Junto a ella se pueden adjuntar las indicaciones con respecto a su uso: horarios y dosis.

En el caso de no recordar los horarios en que se debe tomar, una ayuda podrá ser programar la alarma de un reloj de manera que cuando toque nos estará indicando que se debe tomar la medicación. Se puede anotar en un lugar visible que la alarma hace referencia a la medicación, hasta que ésto se interiorice.

Se puede utilizar un pastillero con diferentes compartimentos, en los cuales se colocará una etiqueta con el horario y el nombre de la medicación que corresponde a cada uno.

En caso de no recordar si se ha tomado la medicación, se puede implementar una planilla que conste de varias columnas, en la primera columna se colocará el nombre del medicamento y las características (color- forma- tamaño). En la siguiente columna (segunda) se registrará la dosis perteneciente a cada medicamento. En la tercera columna se anotarán el o los horarios en que se administrará ese remedio. A continuación de las columnas se encuentra un calendario con la letra inicial de cada día de la semana, aquí se marcará con una cruz cuando se halla ingerido la medicación en el horario y día de la semana que corresponda.

Dicha planilla debe colocarse en un lugar visible, de manera que al finalizar el día se debe corroborar que haya una cruz en el casillero correspondiente a ese día, en cada uno de los medicamentos.

3- Se presentan algunas sugerencias para facilitar la localización de los objetos en el hogar:

- -Rotular los cajones, cajas, muebles, estantes, placares, colocando etiquetas con el nombre de la categoría correspondiente.
 - -Considerar importante conservar cada elemento en lugares fijos.
- Para la recepción de mensajes por teléfono se recomienda usar un anotador al lado del mismo para registrarlo inmediatamente de haberlos recibido.

5- Para no olvidar lo que debemos traer cuando vamos de compras, se puede utilizar diversas ayudas, una de ellas es confeccionar, en una libreta especialmente para mandados y compras, una lista de lo que se necesita..

Los elementos de esta lista (en caso de ir al Supermercado) puede organizarse en diferentes categorías y agrupando lo necesario por semana. En lo posible se recomienda calcular previamente el dinero a utilizar en dicha compra.

Al abonar en la caja se debe estar atento a la recepción de la mercadería para evitar olvidos.

6- PQRST es una sigla de presentación, lectura, de hacer un cuestionario de preguntarse, formular, plantearse y hacer un test. ¹²

El procedimiento es el siguiente:

- Leer el texto, Hacer un breve resumen mental de lo que acabamos de leer.
- Realizar las preguntas sobre el texto.

- Releer el material, pero esta vez en forma minuciosa y en el orden completar las preguntas que se realizaron.
- Contestar esas preguntas que se realizaron.
- Testear para la retención de la información.

En la última etapa del tratamiento se analizará por observación directa el desempeño de la persona en la ejecución de las Actividades Cotidianas, (por ej. salidas al Supermercado).

Siempre se debe tener presente que todo tratamiento está dirigido hacia el logro de la mayor independencia de la persona. De nada sirve aprender minuciosas técnicas si luego no se utilizan en situaciones de la vida diaria.

Bibliografía:

- 1- O.M.S. Clasificación Internacional de deterioro, discapacidad y handicap. 1980.
- 2- Riviere P. El proceso grupal. Ediciones Nueva Visión, 1993.
- 3- Op. Cit. Trombly, C.; pág. 539
- 4- Rolla E. Actualidad Psicológica. Senescencia, Adultos Mayores. Año XXIII N° 252, págs. 5-8, 1998.
- 5- Op. Cit. Tamaroff, Allegri, págs. 39-42.
- 6- Op. Cit. Wilson B.
- 7- Israel L. "La Memoria y el Envejecimiento." Medicina de la Tercera Edad.
- 8- Wilson B. Managemen and Remediation of Memory Problems in Brain-Injured Adults. MRC. Applied Psychology Unit, Cambridge, Uk.; págs. 464-470, 1995.
- 9- Op. Cit. Acuña M, Risiga M; págs. 96-98.
- 10- Heim M, Vásquez R. Guía de autoayuda para adultos mayores con problemas de memoria. SATE, 1997. SATE: uso interno.
- 11- Pellegrini M. Memoria. Material brindado en Curso de Introducción a la Neuropsicología Cognitiva, 1999.
- 12- Op. Cit. Wilson B; págs. 173-175.



***Aspectos
Metodológicos***

Problema

En qué medida la estimulación mnésica-cognoscitiva influye en el desempeño de la Performance Ocupacional- en sus áreas de A.V.D. e A.I.V.D.- cuando es realizada con un abordaje interdisciplinario y en forma grupal, en pacientes adultos mayores (que concurren al Servicio de medicina preventiva, entre los años 1996 y 1999) con trastornos de memoria, comprendidos entre G.D.S. II y III, que no cumplen los criterios de demencia.

Objetivos de la Investigación:

Objetivo General:

- 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 (en sus áreas de AVD, AIVD) en los pacientes con G.D.S. II y III. sin cuadros demenciales, que concurren al grupo de estimulación de memoria en el Servicio de Medicina Preventiva.

Objetivos Específicos:

- Observar cambios o diferencias en el nivel de independencia de la Performance Ocupacional y desempeño cognoscitivo entre pre- tratamiento y pos-tratamiento, por medio del análisis de pruebas estandarizadas.
- Comparar los resultados obtenidos en el grupo experimental con los del grupo control con el fin de establecer si existen diferencias en el mantenimiento de la Performance Ocupacional y desempeño cognoscitivo entre ambos grupos.

Diseño Metodológico

Tipo de Estudio:

Teniendo en cuenta el problema planteado hemos seleccionado un diseño metodológico descriptivo, correlacional, retrospectivo y exposfacto, debido a que la investigación se efectuó después que han ocurrido variaciones en la variable independiente, motivada por el curso “natural” de los acontecimientos (“a partir de después del hecho”).

Fundamentalmente desde una hipótesis correlacional que pretende establecer interrelaciones o covariaciones entre las variables.

Hipótesis:

“La estimulación mnésica cognoscitiva influye en el mantenimiento y/o mejoramiento del desempeño de las A.V.D. e A.I.V.D. (áreas de la Performance Ocupacional) en pacientes mayores de 65 años, incluidos en los estadios de G.D.S. II y III- que no cumplen con criterios de demencia-, respecto de aquellos pacientes que no concurrieron a la estimulación.”

Variable Independiente: Estimulación mnésica-cognoscitiva.

Variable Dependiente Performance Ocupacional (P.O). teniendo en cuenta:

- Grado de desempeño de A.V.D.
- Grado de desempeño de A.I.V.D.

Existen variables intervinientes que no se tienen en cuenta en éste trabajo, pero se deja la posibilidad de ser estudiada en posteriores investigaciones. Estas son:

- Influencia del tratamiento grupal.

- Causas por las cuales los pacientes del grupo control no concurrieron al tratamiento.
- Grado de compromiso en el tratamiento.

Población:

Nuestra muestra de estudio está compuesta por dos grupos de 15 pacientes cada uno con las mismas características: mayores de 65 años, incluidos en estadios II y III de la escala G.D.S.- que no cumplen con criterios de demencia-que fueron derivados al Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, entre los años 1996-1999. Son pacientes que fueron derivados al Programa de Estimulación mnésica cognoscitiva para llevar a cabo un tratamiento de 8 meses de duración. Debido a los criterios de inclusión y exclusión se comenzó seleccionando pacientes que hubieren ingresado en 1998 y finalizado el tratamiento en 1999. Como no se pudo completar la muestra se fue retrocediendo en años hasta que se obtuvo la cantidad de individuos que se requerían para llevar a cabo la investigación (serían pacientes que ingresaron en 1996 y egresaron en 1997)

La diferencia de los grupos reside en que uno concurrió al programa de Estimulación mnésica-cognoscitiva y el otro no, tomándose el mismo como grupo control (los pacientes de este grupo fueron citados luego de 8 meses para ser re-evaluados).

Método de selección de la muestra:

Para la selección de la muestra se utilizó el método no probabilístico deliberado, debido a que la muestra quedó compuesta de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión de la misma.

Criterios de Selección de Unidades

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes de ambos sexos con G.D.S. II y III sin diagnóstico de cuadro demencial.
2. Pacientes mayores de 65 años. (Edad considerada por la Organización Mundial de la Salud. O.M.S. como edad límite inferior de la etapa de envejecimiento).
3. Pacientes cuya lengua de origen sea el español.
4. Pacientes con nivel educacional de 6 a 12 años.
5. Pacientes con diagnóstico de olvido benigno de envejecimiento, tomando en cuenta la correlación y concordancia entre: Mini- Mental Test (M.M.S.E) y las escalas Breve de Blessed (prueba breve de orientación, Memoria y concentración), Escala de Deterioro Global (G.D.S.) y C.D.R. (Clinical Dementia Rating).
6. Pacientes con más de 2 años de residencia en la ciudad de Mar del Plata.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con otros diagnósticos.
2. Pacientes con estado confusional.
3. Pacientes con déficit auditivo y/o visual significativo, que se considere pueda dificultar la evaluación y posterior diagnóstico.
4. Pacientes afásicos.
5. Pacientes que estén institucionalizados.

Procedimiento de Recolección de Datos

La técnica seleccionada para la recolección de los datos es la recopilación documental. En primera instancia realizamos la búsqueda de pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión de nuestra muestra, los cuales fueron obtenidos de un registro interno de la Institución (fichas de cada paciente que concurre a evaluarse por déficit mnésico). Luego solicitamos al Hospital Privado de Comunidad las Historias Clínicas de los pacientes seleccionados; de la grilla de evaluación del Servicio de Medicina Preventiva que consta en la historia, se obtuvieron los datos que utilizamos para el trabajo de campo.

Se registran los resultados de la 1° y 2° evaluación , sería pre-tratamiento y post-tratamiento (8 meses aproximadamente entre ambas). En el caso del grupo control, se toman en cuenta los resultados de una 1° y 2° evaluación (si bien los pacientes no concurren al tratamiento -por motivos que no se tendrán en cuenta- fueron citados oportunamente luego del mismo lapso de tiempo para una 2° evaluación).

Dichos resultados se obtuvieron a través de fuentes secundarias, ya que los tests fueron administrados por la TO de la institución y otros profesionales del equipo interdisciplinario (se detallará oportunamente). Sin embargo, las tesistas fueron partícipes de ciertas evaluaciones (como así también de la implementación del tratamiento) en el transcurso de prácticas clínicas. Se realizará una sistematización de los datos obtenidos.

Los tests que se tendrán en cuenta son:

- Para obtener los datos del desempeño en A.V.D. e A.I.V.D.:
- Índice Barthel.
- Escala Lawton.

- **Índice Barthel:** a través del mismo se evalúan las A.V.D. permitiendo el registro de lo que puede efectuar en cuanto actividades cotidianas tales como: control de intestino y vejiga, aseo, uso de toilet, comer, transferencia, movilidad, vestido, escaleras, bañado. Se realiza por medio de interrogatorio al familiar, en caso de que el paciente concurra sin acompañante se le administra el test.
- **Escala Lawton:** a través de la misma se evalúan las A.I.V.D., permitiendo el registro de lo que el paciente puede efectuar en cuanto a actividades más compleja tales como: capacidad para utilizar el teléfono, ir de compras, lavado de ropa, cuidado de la casa, preparación de la comida, utilización del transporte, responsabilidad sobre la medicación, capacidad para utilizar el dinero.

Se realiza por medio de interrogatorio siguiendo la misma modalidad descripta para el Índice Barthel.

Estas evaluaciones son administradas por la TO Bettina Roumec (directora de esta investigación).

- Hemos tenido en cuenta para la selección de los instrumentos que utilizaremos para evaluar la función cognitiva, el estudio de correlación y medidas de concordancia entre la escala de examen mental de Folstein y las de Blessed, G.D.S. y C.D.R. en pacientes derivados por trastornos mnésicos-cognoscitivos, realizado por los Dres. Marcela López, Diana Scharovsky y Sergio Gonorazky del Hospital Privado de Comunidad - 1997-

1. **Escala Global de deterioro (G.D.S):** instrumento de medición empleado como diagnóstico de la demencia degenerativa primaria. Describe estadios de progresión de la enfermedad basados en la evolución de la misma. (los estadios II y III que caracterizan

nuestra muestra fueron desarrollados en el marco teórico). Evaluado por la Médica Geriátra, Dra. Dina Scharovsky.

2. **Clínical Dementia Rating (C.D.R.):** es una escala semiestructurada que se le efectúa al paciente e informa del deterioro cognitivo en las categorías de: memoria, juicio y resolución de problemas, cuestiones comunitarias, hogar /hobbies y cuidado personal. Adminstrado por el Neurólogo de la institución, Dr. Fidalgo.
3. **Escala Breve Blessed (Short Orientation- Memory-Concentration, test of cognitive impairment):** es una prueba de fácil administración y evaluación de orientación, memoria y concentración. Blessed y cols, 1968. Evaluado por la Médica Geriátra.
4. **Mini-Mental Test (M.M.S.E.):** es usado como una evaluación rápida de la declinación cognitiva. Evalúa orientación, concentración, memoria, lenguaje y praxia, generando un puntaje que va de 0 a 30. Evaluado por el Neurólogo.

Como una categorización útil a los fines de ésta Tesis hemos analizado el desempeño cognitivo unificando criterios de todas las pruebas tenidas en cuenta, dividiendo el resultado en leve, moderado y severo deterioro cognitivo, teniendo como referencia la clasificación de los resultados de cada test.

Definiciones

Estimulación mnésica cognoscitiva

Definición científica:

Es un servicio sistematizado de actividades terapéuticas, que incluyen las áreas de Memoria, Atención, Resolución de problemas y habilidades perceptuales, basadas en una evaluación y comprensión de los déficit cerebro-conductuales de la persona.

Definición operacional:

Es un conjunto de técnicas y estrategias destinadas a adaptar y restaurar las funciones intelectuales superiores, disminuir el handicap y mejorar la calidad de vida de las personas, entre las que se pueden mencionar; la estimulación sensorial, gnósica, práxica, del lenguaje y supramodales; la implementación de ayudas internas y externas. Las ayudas internas son procesos interiores que facilitan el recuerdo, por ejemplo: técnicas asociativas, reglas mnemotécnicas y las ayudas externas consisten en recurrir a una cuestión exterior para facilitar el recuerdo por ejemplo: Agendas, calendarios, planillas.

Definiciones

Mantenimiento y/o mejoramiento del desempeño en las Actividades de la vida diaria (A.V.D.)

Definición Científica:

Es el grado de desempeño de la capacidad que se observa en el paciente en la realización de todas aquellas actividades que son universales, básicas y necesarias para mantener la salud, siendo las mismas sinónimo de autocuidado personal y supervivencia. Pueden no observarse cambios del desempeño de las mismas entre dos momentos de evaluación o haber una evolución hacia la ejecución más independiente de las mismas. Ambos resultados son considerados beneficiosos para el individuo.

Definición Operacional:

El grado de desempeño en A.V.D.; es medido a través del Índice Barthel.

A continuación detallamos las actividades observables que actúan como indicadores:

- Control de intestinos: se hace referencia a la continencia o incontinencia del paciente.
- Control de vejiga: se intenta determinar si el paciente es incontinente e incapaz de manejarse solo, o si tiene un accidente ocasional máximo de 1 en 24 horas, o es continente por más de 7 días.

-

- Arreglo Personal: se refiere a higiene personal, lavarse los dientes, ponerse dentadura postiza, peinarse, afeitarse, lavarse la cara; se consigna independiente si realiza la actividad sin asistencia, cuando los elementos son provistos por un ayudante se lo considera dependiente.
- Uso de Toilet: se tendrá en cuenta si el paciente puede llegar al baño/inodoro, desvestirse, limpiarse solo, vestirse e incorporarse, o si requiere ayuda pero algo solo hace, o si es dependiente.
- Alimentación se hace referencia a la posibilidad de que el paciente sea capaz de comer cualquier comida normal (no sólo blanda), dónde ésta es cocinada y servida por otros, pero no cortada por otros, o si la comida es cortada y el paciente puede comer solo, o si es incapaz de comer solo.
- Transferencia: se intenta determinar si el paciente es capaz de trasladarse de la cama a la silla y volver, considerado independiente. Si requiere para realizar el traslado una ayuda mínima (verbal o física), o si necesita gran ayuda física de una o dos personas, pero puede mantenerse sentado. Es dependiente si es incapaz de sentarse ya que no tiene equilibrio .
- Movilidad: se refiere a la posibilidad de desplazarse dentro de la casa o a resguardo, puertas adentro. Puede usar ayuda (bastón). Si usa silla de ruedas debe sortear obstáculos, esquinas y puertas sin ayuda. Si requiere ayuda de una persona no entrenada, incluyendo supervisión o indicación.
- Vestido: si el paciente es capaz de seleccionar y ponerse toda la ropa es independiente, si necesita ayuda pero la mitad lo hace solo es semidependiente o si es incapaz sería dependiente.
- Escalera: se refiere a la posibilidad de subir y/o bajar escaleras con ayuda física y/o verbal, usando bastón o en forma independiente.

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

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

- **Dependiente:** paciente que es asistido en la realización de todas las actividades básicas (intestino, vejiga, aseo, uso de toilet, comer, transferencia, movilidad, vestido, escalera, bañado).
- **Semidependiente:** paciente que es asistido en la realización de una o más actividades básicas (intestino, vejiga, aseo, uso de toilet, comer, transferirse, movilidad, vestido, escaleras, bañado) pero que no llega a cumplir con la totalidad.
- **Independiente:** pacientes con posibilidad de realizar sin asistencia o por sí solo, todas las actividades básicas (intestino, vejiga, aseo, uso de toilet, comer, transferencia, movilidad, vestido, escalera, bañado).

Operacionalización AVD

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

 ESTIMULACION MNESICA-COGNOSCITIVA Y PERFORMANCE OCUPACIONAL EN ADULTOS MAYORES

GRADO DE DESEMPEÑO EN AVD	VESTIDO	Dependiente	P	0
			F	0
		Necesita ayuda, pero la mitad lo hace solo	P	1
			F	1
		Independiente	P	2
			F	2
	ESCALERAS	Necesita ayuda verbal – fisica	P	1
			F	1
		Independiente	P	2
			F	2
	BAÑADO	Dependiente	P	0
			F	0
		Independiente	P	1
			F	1

Categorización

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

- **0-4 muy severo.**
- **5-9 severo.**
- **10-14 moderado.**
- **15-19 leve**
- **20 independiente**

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

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

- **0-9 Dependiente.**
- **10-19 Semidependiente**
- **20 Independiente**

Definiciones

Mantenimiento y/o mejoramiento del desempeño en las Actividades Instrumentales de la vida diaria (A.I.V.D.).

Definición Científica:

Es el grado de desempeño que se observa en el paciente en la realización de las actividades que son más complejas y se refieren a las tareas más allá del cuidado de uno mismo, que involucran la interacción con el medio social y físico. Pueden no observarse cambios del desempeño de las mismas entre dos momentos de evaluación o haber una evolución hacia la ejecución más independiente de las mismas. Ambos resultados son considerados beneficiosos para el individuo.

Definición Operacional:

El grado de desempeño en A.I.V.D. es medido a través de la Escala de Lawton.

A continuación detallamos las actividades observables que actúan como indicadores:

- Capacidad para utilizar el teléfono: se hace referencia a la habilidad que tiene el paciente para utilizar el teléfono por iniciativa propia, buscando y marcando los números, si marca algunos números conocidos, si atiende y contesta el teléfono pero no los marca, o si no lo usa en absoluto.
- Preparación de comidas: se intenta determinar si el paciente realiza con independencia o si es capaz de planear, preparar y servir las comidas por si solo, si solo prepara las comidas

cuando se le entregan los ingredientes, si calienta, sirve y prepara las comidas pero no mantiene una dieta adecuada o si necesita que se le prepare y sirva la comida.

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

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

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

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

- Capacidad de utilizar el dinero: se intenta determinar si el paciente es capaz de manejar asuntos financieros con independencia y conoce sus ingresos, si maneja gastos cotidianos necesitando ayuda para grandes gastos o es incapaz de manejar dinero.

- Ir se compras: se intenta determinar si el paciente realiza con independencia todas las compras, si compra pequeñas cosas, si necesita que alguien lo acompañe o si no realiza compras en absoluto.

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

- **Dependiente:** paciente que es asistido en la realización de todas las actividades instrumentales (capacidad para utilizar el teléfono, ir de compras, lavado de ropa, cuidado de la casa, preparación de la comida, utilización del transporte, responsabilidad sobre la medicación, capacidad para utilizar el dinero).
- **Semidependiente:** paciente que es asistido en la realización de una o más actividades instrumentales (capacidad para utilizar el teléfono, ir de compras, lavado de ropa, cuidado de la casa, preparación de la comida, utilización del transporte, responsabilidad sobre la medicación, capacidad para utilizar el dinero) pero que no llega a cumplir con la totalidad.
- **Independiente:** pacientes con posibilidades de realizar sin asistencia o por sí solo, todas las actividades instrumentales (capacidad para utilizar el teléfono, ir de compras, lavado de ropa, cuidado de la casa, preparación de la comida, utilización del transporte, responsabilidad sobre la medicación, capacidad para utilizar el dinero).

Operacionalización AIVD

Grado de Desempeño en AIVD:

Capacidad de usar el teléfono	{	-Utiliza el teléfono a iniciativa propia busca y marca los números.	Pac. 1
		-Marca unos cuantos números bien conocidos.	fliar. 1 P 1 F 1
		-Contesta el T.E. pero no marca	P 1 F 1
		-No usa el T.E. en absoluto.	P 0 F 0
Ir de Compras	{	-Realiza todas las compras necesarias con independencia.	P 1 F 1
		-Compra con independencia pequeñas cosas.	P 0 F 0
		-Necesita compañía para realizar cualquier compra	P 0 F 0
		-Completamente incapaz de ir de compras	P 0 F 0
Preparación de la comida	{	-Planear, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	P 1 F 1
		-Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes	P 0 F 0
		-Caliente, sirve y prepara las comidas o prepara comidas pero no mantiene una dieta adecuada	P 0 F 0
		-Necesita que se le prepare y sirva la comida.	P 0 F 0
Cuidado de la casa	{	-Cuida la casa sola o con ayuda ocasional (ej. trabajos duros, etc.)	P 1 F 1
		-Realiza tareas domésticas ligeras (como fregar los platos o hacer las camas)	P 1 1
		-Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.	P 1 F 1
		-Necesita ayuda con todas las tareas de la casa.	P 0 F 0
		-No participa en ninguna tarea doméstica.	P 0 F 0

Lavado de ropa	{	-Realiza completamente lavado de ropa personal.	P 1
			F 1
		-Lava ropas pequeñas, aclara medias, etc.	P 1
		-Lava ropas pequeñas, aclara medias, etc.	P 1
			F 1
		-Necesita que otro se ocupe de todo el lavado.	P 0
			F 0
Medio de transporte	{	-Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche.	P 1
			F 1
		-Capaz de organizar su transporte en taxi, pero no usa otros transportes públicos.	P 1
			F 1
		-Viaja en transportes públicos, si lo acompaña otra persona.	P 1
			F 1
		-Sólo viaja en taxi, automóvil, ayudado de otros.	P 0
			F 0
		-No viaja en absoluto	P 0
			F 0
Responsabilidad sobre la medicación	{	-Es responsable en el uso de la medicación, en las dosis correctas y en las horas indicadas.	P 1
			F 1
		-Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas.	P 0
			F 0
		-No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación.	P 0
			F 0
Capacidad de utilizar el dinero	{	-Maneja los asuntos financieros con independencia (rellena cheques, paga recibos y facturas, va al Banco) recoge y conoce sus ingresos.	P 1
			F 1
		-Maneja gastos cotidianos, pero necesita ayuda para ir al Banco, grandes gastos, etc.	P 1
			F 1
		-Incapaz de manejar dinero.	P 0
			F 0

Categorización

En el Servicio de Medicina Preventiva se realiza una diferenciación teniendo en cuenta la variable interviniente sexo, para determinar la puntuación máxima.

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

Para nuestro trabajo utilizaremos en la escala Lawton la siguiente valoración:

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



Aspectos Estadísticos

Discusión:

En éste capítulo se presentan los resultados obtenidos a través de la sistematización y análisis de los datos recogidos en el Trabajo de Campo, teniendo en cuenta el resultado de diversos tests.

Con el objetivo de determinar que la estimulación mnésica-cognoscitiva influye en el mantenimiento y/o mejoramiento del desempeño de las AVD e AIVD (áreas de la PO) en pacientes mayores de 65 años, incluidos en los estadios GDS II y III que no cumplen criterios de demencia, respecto de aquellos pacientes que no concurrieron a la estimulación.

➤ *Características de los pacientes en estudio:*

Las edades de los adultos mayores incluidos en ésta investigación se encuentran distribuidas entre 65 y 85 años. El límite inferior de éste rango es una de las características propias del grupo en estudio, dado que la definición de adultos mayores implica que a partir de los 65 años se los considera como tal. (tablas y gráficos 1 y 2).

Luego de seleccionar los grupos siguiendo los criterios de inclusión se observó que ambos tuvieron la misma proporción de sexos: 3 hombres y 12 mujeres (tablas y gráficos 3 y 4)

➤ *Análisis del desempeño cognitivo:*

En la primera evaluación de ambos grupos se registró un leve deterioro cognitivo teniendo en cuenta el GDS.; esto se debe a que es uno de los criterios de inclusión de la muestra.

En la segunda evaluación del grupo control 8 pacientes pasaron a la categoría de moderado deterioro cognitivo, mientras que 7 pacientes mantuvieron su score (tabla y gráfico 5).

En el grupo experimental sólo un paciente pasó a moderado deterioro cognitivo (tabla y gráfico 6).

En la Escala Blessed en la primera evaluación del grupo control hubo 11 pacientes con leve deterioro cognitivo y 4 pacientes con moderado deterioro cognitivo, de los cuales en la segunda evaluación 7 se mantuvieron con leve deterioro cognitivo (tabla y gráfico 7).

En el grupo experimental de un registro inicial de 10 pacientes con leve deterioro cognitivo se incrementó a 12 pacientes en la segunda evaluación, con la consiguiente disminución del grupo de moderado deterioro cognitivo (tabla y gráfico 8).

En prueba CDR. en el grupo control hubo en principio 13 pacientes con leve deterioro cognitivo y 2 pacientes con moderado deterioro cognitivo, mientras que en la segunda evaluación se registra una disminución de éstos pacientes con el consiguiente aumento de los pacientes con moderado deterioro cognitivo. Uno de los pacientes pasó a la categoría de severo deterioro cognitivo (tabla y gráfico 9)

En el grupo experimental, primera evaluación hubo 14 pacientes con leve deterioro cognitivo y 1 paciente con moderado deterioro cognitivo, a la segunda evaluación la totalidad presentaron leve deterioro cognitivo (tabla y gráfico 10).

En MMSE. el deterioro cognitivo del grupo control fue leve en 9 pacientes y moderado en 6 pacientes y en la segunda evaluación disminuyó el grupo de leve deterioro cognitivo a 3 pacientes, aumentando por consiguiente el grupo de moderado deterioro cognitivo hasta 12 pacientes (tabla y gráfico 11).

El grupo experimental mantuvo su desempeño en ambas instancias, 10 pacientes con leve deterioro cognitivo y 5 pacientes con moderado deterioro cognitivo (tabla y gráfico 12).

➤ *Análisis de las áreas de Performance Ocupacional (AVD e AIVD):*

En la primera evaluación el total de los pacientes de cada grupo (n= 15) eran independientes respecto de las AVD. En la segunda evaluación en el grupo control 6 de los 15 pacientes pasaron a ser semidependientes (tabla y gráfico 13) y en el grupo experimental los 15 pacientes se mantuvieron independientes (tabla y gráfico 14).

En el análisis del grado de desempeño de las AIVD del grupo control, en la primera evaluación 12 pacientes eran independientes y sólo 3 semidependientes; mientras que en la segunda evaluación sólo quedaron 4 pacientes independientes, pasando 8 pacientes a ser semidependientes y 3 pacientes a dependientes (tabla y gráfico 15).

En el grupo experimental en la primera evaluación hubo 11 pacientes independientes y 4 pacientes en la categoría semidependientes. En la segunda evaluación 3 pacientes pasaron a incrementar el grupo de los independientes. Ningún paciente pasó a la categoría de dependiente (tabla y gráfico 16).

Consideramos que los resultado del análisis comparado de las AVD e AIVD constituyen evidencias a favor de la hipótesis que la estimulación mnésica cognoscitiva es favorable para el mantenimiento y/o mejoramiento de éstas áreas de la Performance Ocupacional. (tabla y gráfico 17).

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE NO CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **CONTROL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

EDAD EN AÑOS	Nº	%
65-70	4	26.66
70-75	8	53.33
75-80	1	6.66
80-85	2	13.33
TOTAL	15	100.00

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

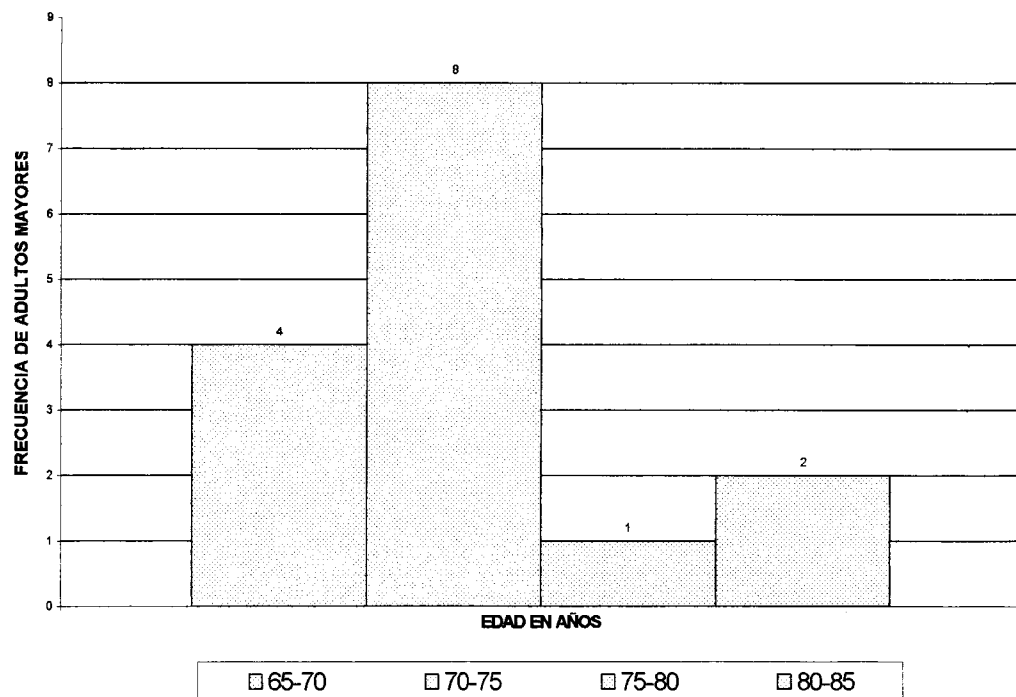


GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE NO CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **CONTROL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **EXPERIMENTAL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999

EDAD EN AÑOS	Nº	%
65-70	2	13.33
70-75	6	40.00
75-80	5	33.33
80-85	2	13.33
TOTAL	15	100.00

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

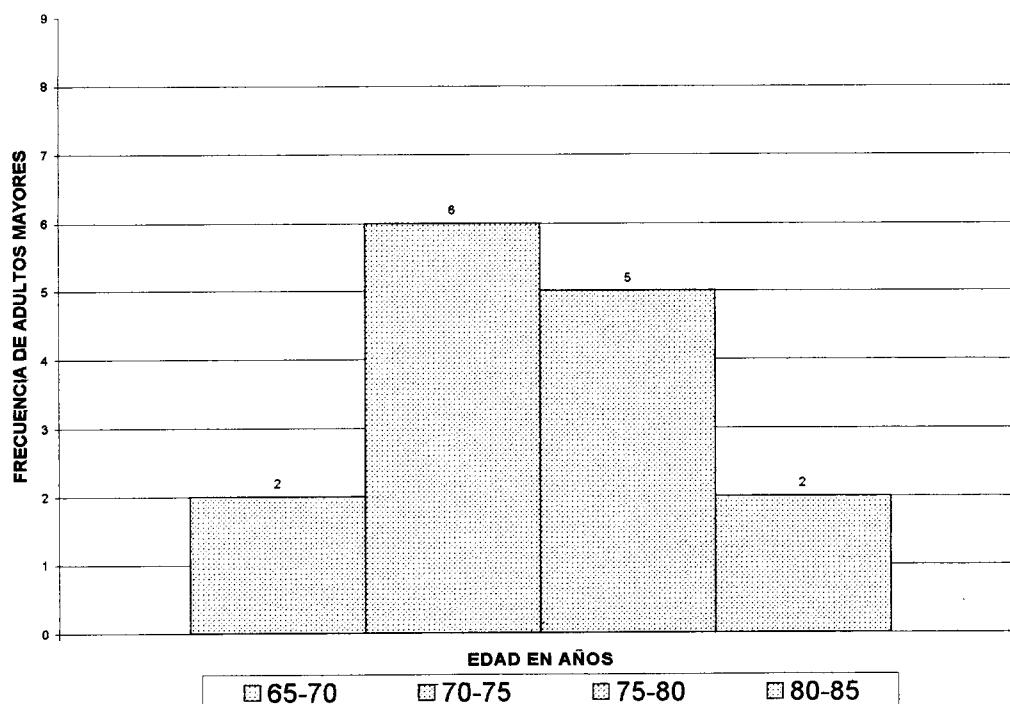


GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **EXPERIMENTAL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

TABLA 3. SEXO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE NO CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **CONTROL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

SEXO	Nº	%
FEMENINO	12	80
MASCULINO	3	20
TOTAL	15	100.00

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

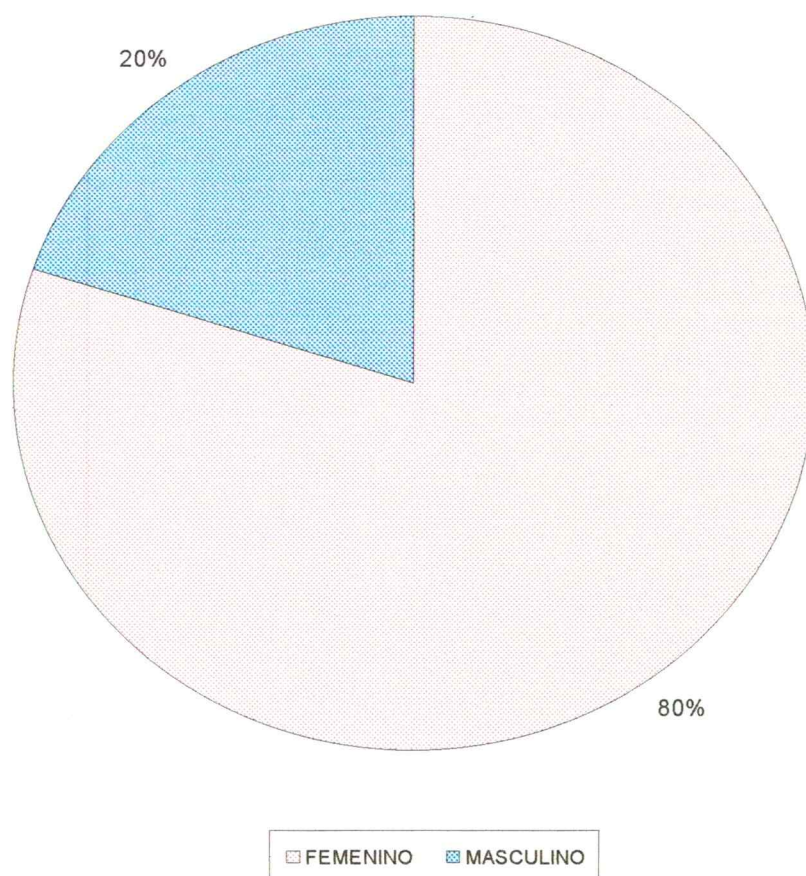


GRÁFICO 3. SEXO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE NO CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **CONTROL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

TABLA 4. SEXO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE NO CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO EXPERIMENTAL) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

SEXO	Nº	%
FEMENINO	12	80
MASCULINO	3	20
TOTAL	15	100.00

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

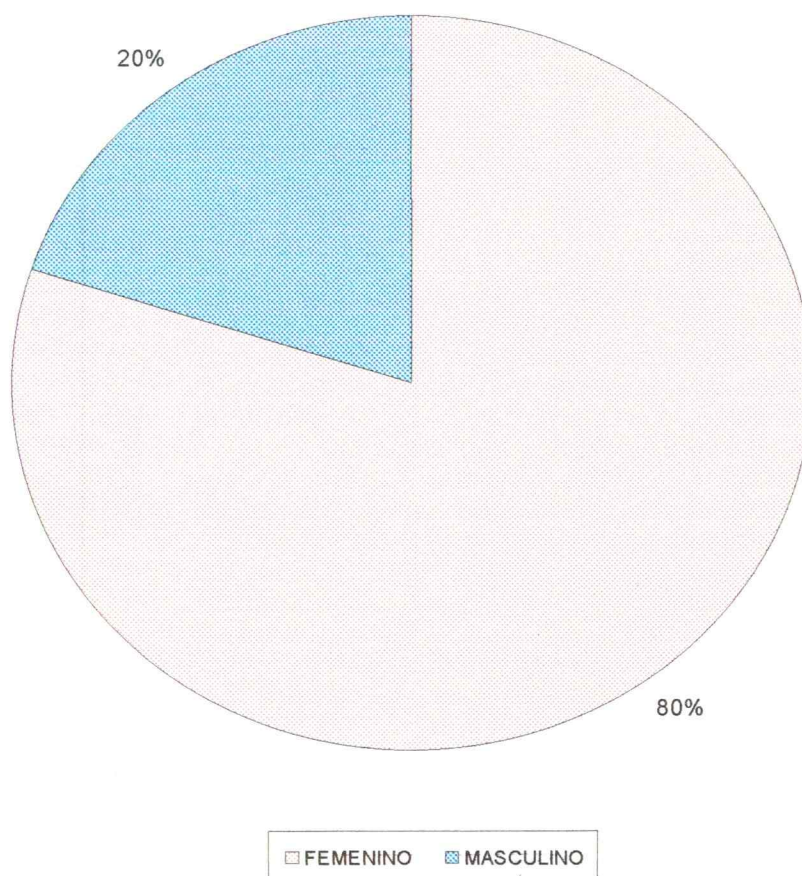


GRÁFICO 4. SEXO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE NO CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO EXPERIMENTAL) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

TABLA 5. GRADO DE DETERIORO COGNITIVO SEGÚN G. D. S. EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE NO CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSTIVA (GRUPO **CONTROL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

EVALUACIÓN	G. D. S.			TOTAL
	GRADO DE DETERIORO COGNITIVO			
	LEVE	MODERADO	SEVERO	
1°	15	0	0	15
2°	7	8	0	15

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

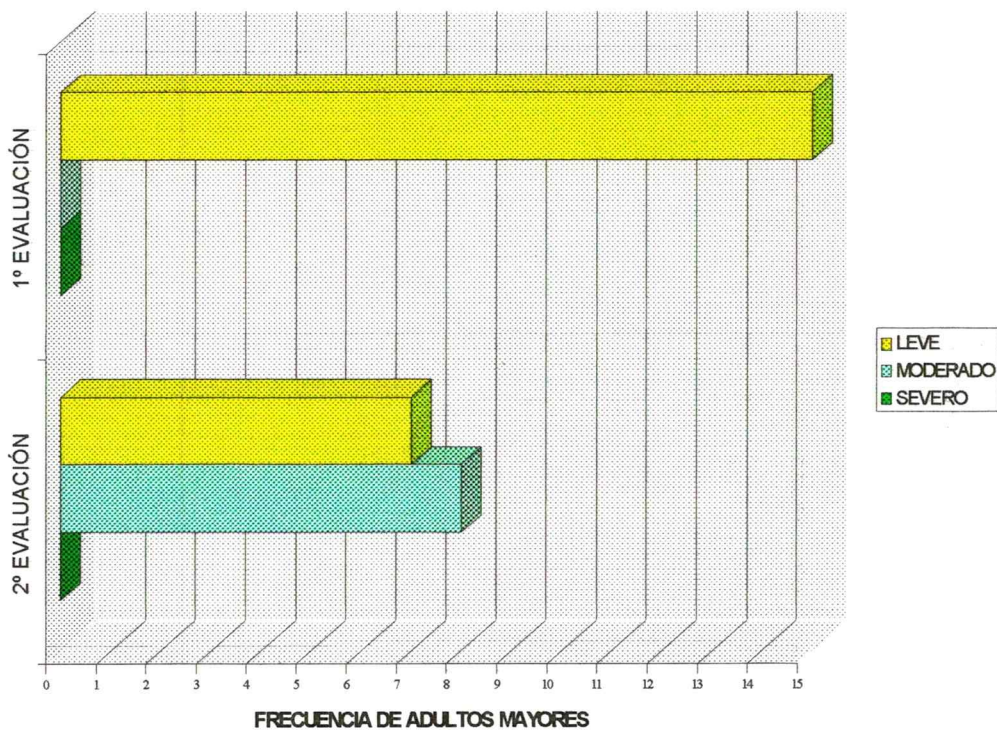


GRÁFICO 5. GRADO DE DETERIORO COGNITIVO SEGÚN G. D. S. EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE NO CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSTIVA (GRUPO **CONTROL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

TABLA 6. GRADO DE DETERIORO COGNITIVO SEGÚN G. D. S. EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **EXPERIMENTAL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

G. D. S.				
EVALUACIÓN	GRADO DE DETERIORO COGNITIVO			TOTAL
	LEVE	MODERADO	SEVERO	
1º	15	0	0	15
2º	14	1	0	15

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

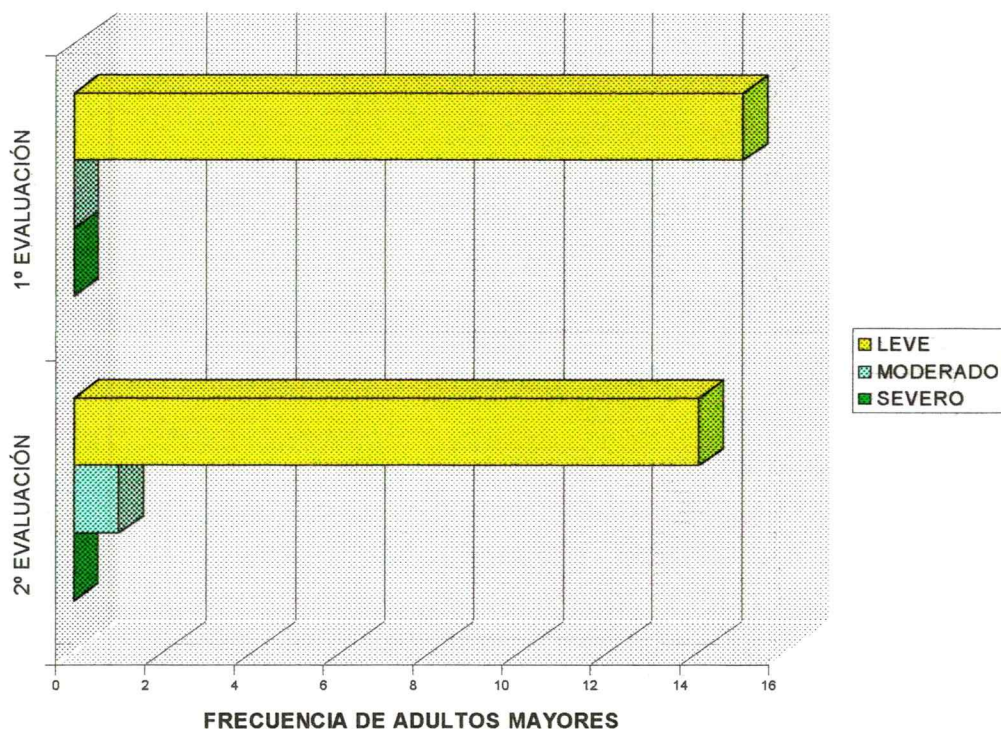


GRÁFICO 6. GRADO DE DETERIORO COGNITIVO SEGÚN G. D. S. EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **EXPERIMENTAL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

TABLA 7. GRADO DE DETERIORO COGNITIVO SEGÚN LA ESCALA BLESSED EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE NO CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **CONTROL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

ESCALA BLESSED.				
EVALUACIÓN	GRADO DE DETERIORO COGNITIVO			TOTAL
	LEVE	MODERADO	SEVERO	
1°	11	4	0	15
2°	7	8	0	15

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

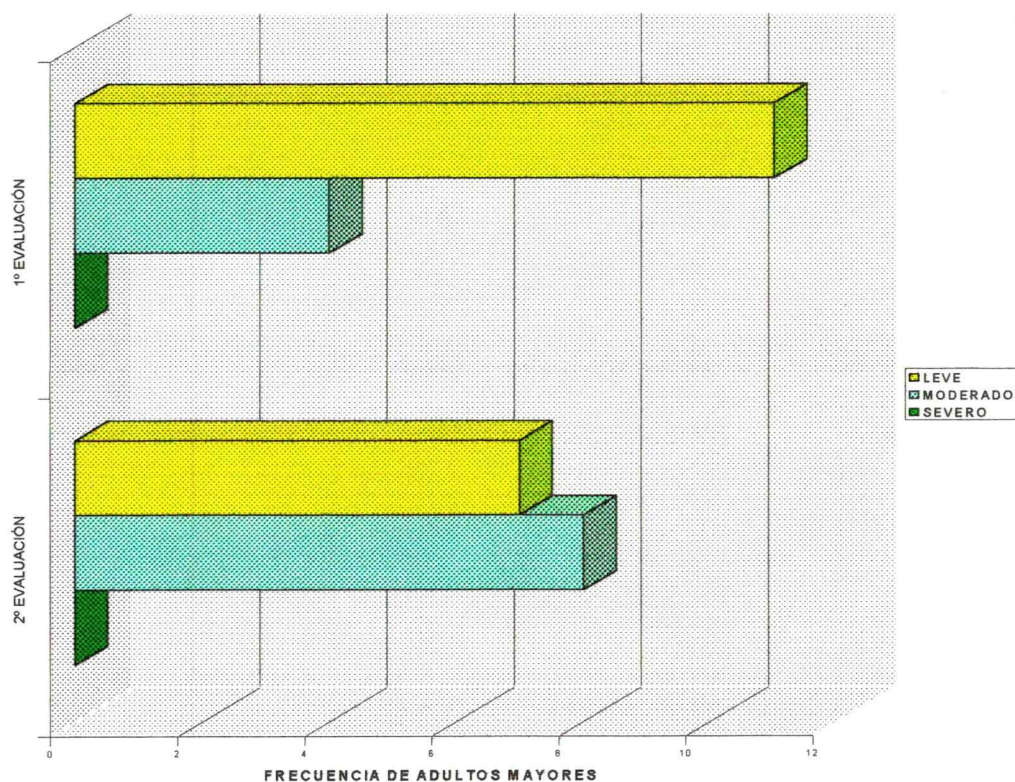


GRÁFICO 7. GRADO DE DETERIORO COGNITIVO SEGÚN LA ESCALA BLESSED EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE NO CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **CONTROL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

TABLA 8. GRADO DE DETERIORO COGNITIVO SEGÚN LA ESCALA BLESSED EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **EXPERIMENTAL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

ESCALA BLESSED				
EVALUACIÓN	GRADO DE DETERIORO COGNITIVO			TOTAL
	LEVE	MODERADO	SEVERO	
1°	10	5	0	15
2°	12	3	0	15

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

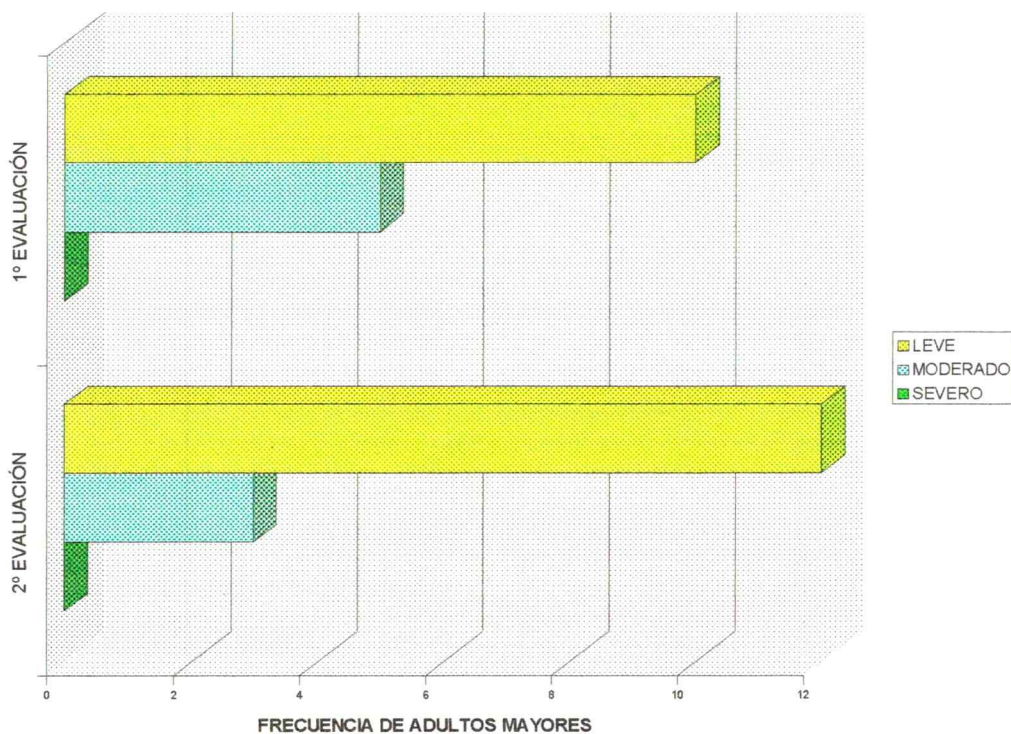


GRÁFICO 8. GRADO DE DETERIORO COGNITIVO SEGÚN LA ESCALA BLESSED EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **EXPERIMENTAL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

TABLA 9. GRADO DE DETERIORO COGNITIVO SEGÚN LA PRUEBA C. D. R. EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE NO CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **CONTROL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

PRUEBA C. D. R.				
EVALUACIÓN	GRADO DE DETERIORO COGNITIVO			TOTAL
	LEVE	MODERADO	SEVERO	
1º	13	2	0	15
2º	11	3	1	15

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

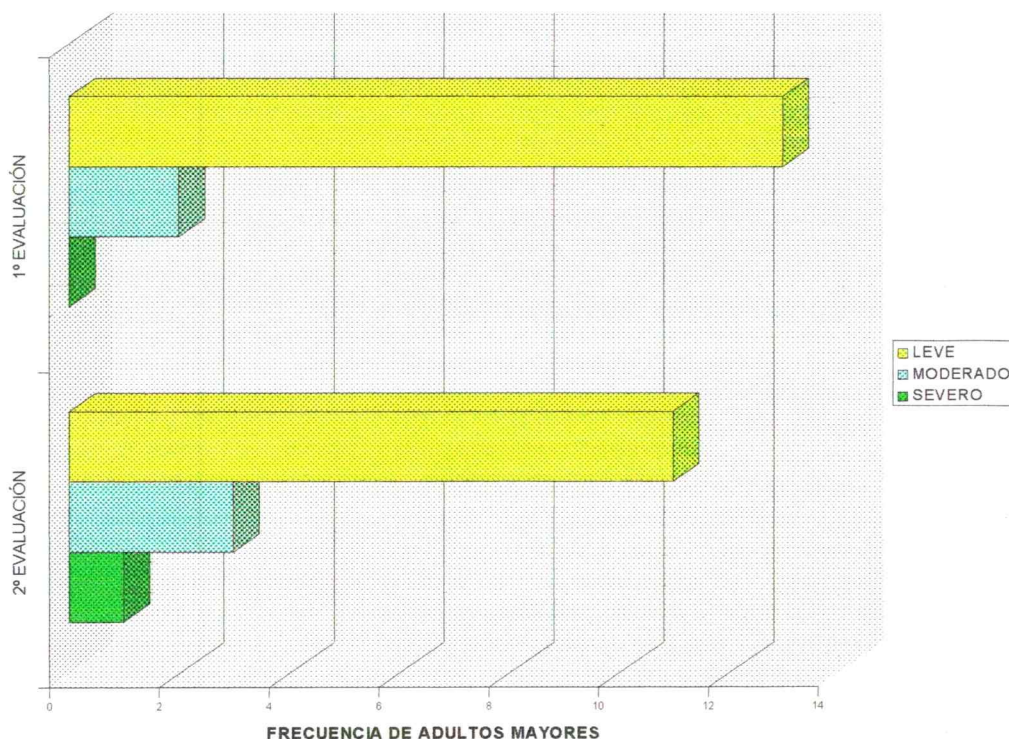


GRÁFICO 9. GRADO DE DETERIORO COGNITIVO SEGÚN LA PRUEBA C. D. R. EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE NO CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **CONTROL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

TABLA 10. GRADO DE DETERIORO COGNITIVO SEGÚN LA PRUEBA C. D. R. EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **EXPERIMENTAL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

PRUEBA C. D. R.				
EVALUACIÓN	GRADO DE DETERIORO COGNITIVO			TOTAL
	LEVE	MODERADO	SEVERO	
1º	14	1	0	15
2º	15	0	0	15

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

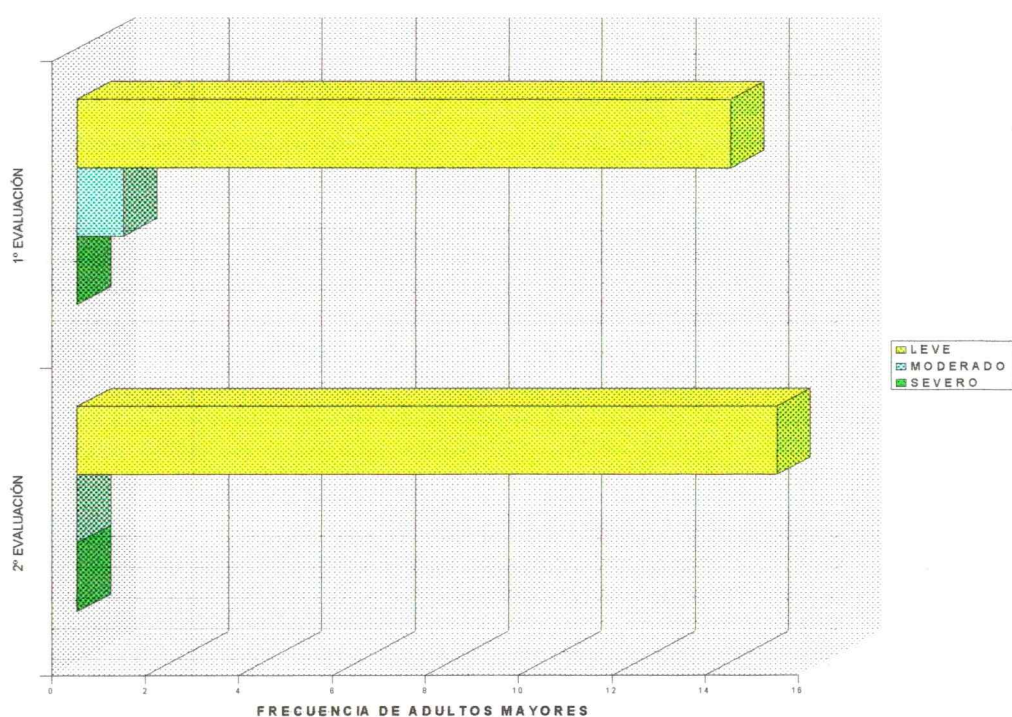


GRÁFICO 10. GRADO DE DETERIORO COGNITIVO SEGÚN LA PRUEBA C. D. R. EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **EXPERIMENTAL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

TABLA 11. GRADO DE DETERIORO COGNITIVO SEGÚN LA PRUEBA M. M. S. E. EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE NO CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **CONTROL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

PRUEBA M. M. S. E.				
EVALUACIÓN	GRADO DE DETERIORO COGNITIVO			TOTAL
	LEVE	MODERADO	SEVERO	
1º	9	6	0	15
2º	3	12	0	15

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

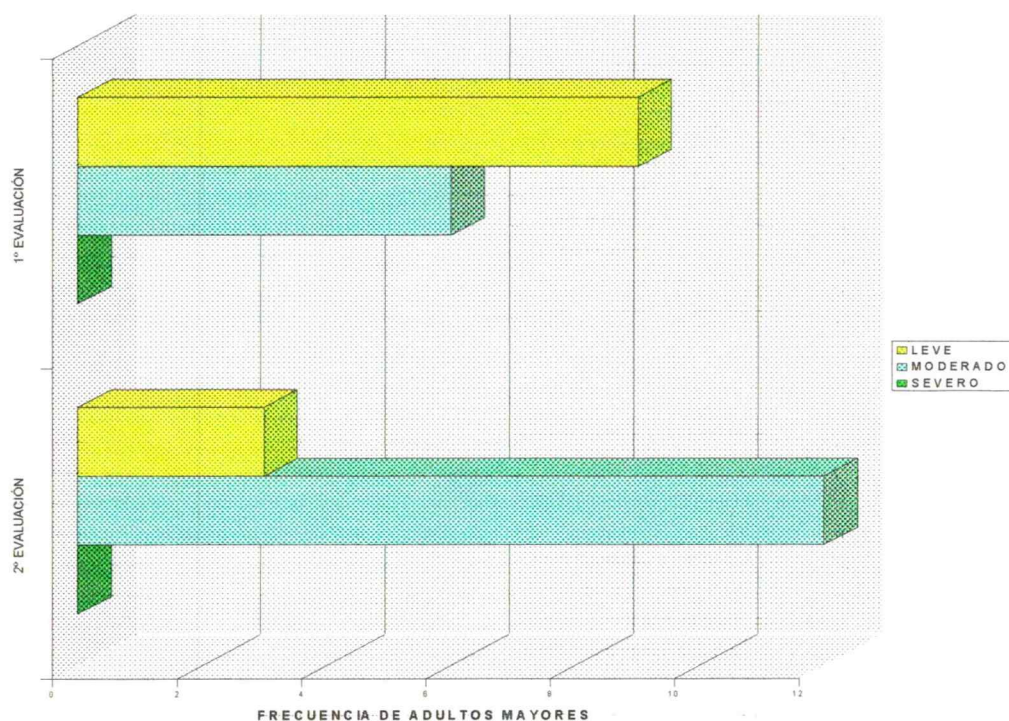


GRÁFICO 11. GRADO DE DETERIORO COGNITIVO SEGÚN LA PRUEBA M. M. S. E. EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE NO CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **CONTROL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

TABLA 12. GRADO DE DETERIORO COGNITIVO SEGÚN LA PRUEBA M. M. S. E EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **EXPERIMENTAL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

PRUEBA M. M. S. E.				
EVALUACIÓN	GRADO DE DETERIORO COGNITIVO			TOTAL
	LEVE	MODERADO	SEVERO	
1°	10	5	0	15
2°	10	5	0	15

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

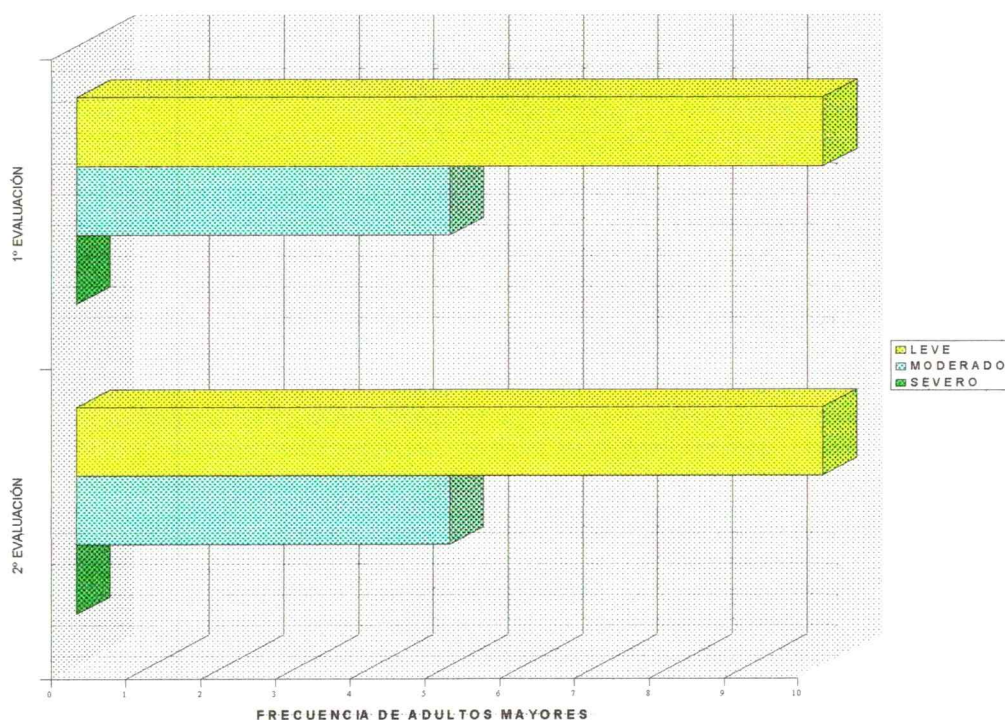


GRÁFICO 12. GRADO DE DETERIORO COGNITIVO SEGÚN LA PRUEBA M. M. S. E EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **EXPERIMENTAL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

TABLA 13. GRADO DE DESEMPEÑO EN LAS A. V. D. EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE NO CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **CONTROL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999

EVALUACIÓN	A.V.D			TOTAL
	GRADO DE DESEMPEÑO			
	INDEPENDIENTE	SEMIDPENDIENTE	DEPENDIENTE	
1°	15	0	0	15
2°	9	6	0	15

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

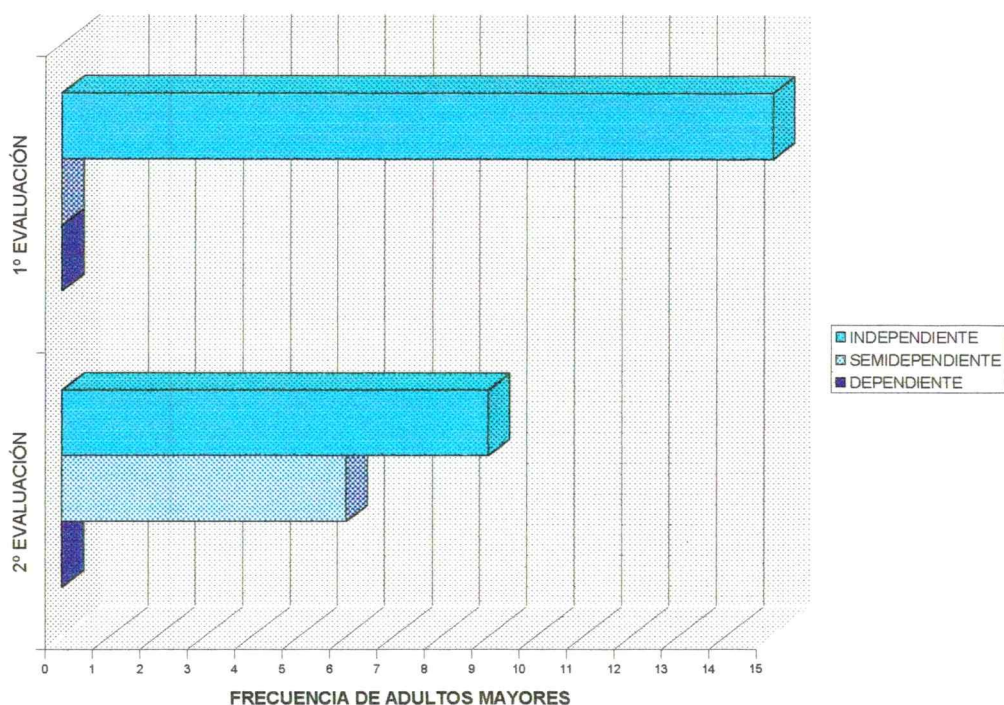


GRÁFICO 13. GRADO DE DESEMPEÑO EN LAS A. V. D. EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE NO CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **CONTROL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

TABLA 14. GRADO DE DESEMPEÑO EN LAS A. V. D. EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **EXPERIMENTAL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

A.V.D				
EVALUACIÓN	GRADO DE DESEMPEÑO			TOTAL
	INDEPENDIENTE	SEMIDPENDIENTE	DEPENDIENTE	
1º	15	0	0	15
2º	15	0	0	15

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

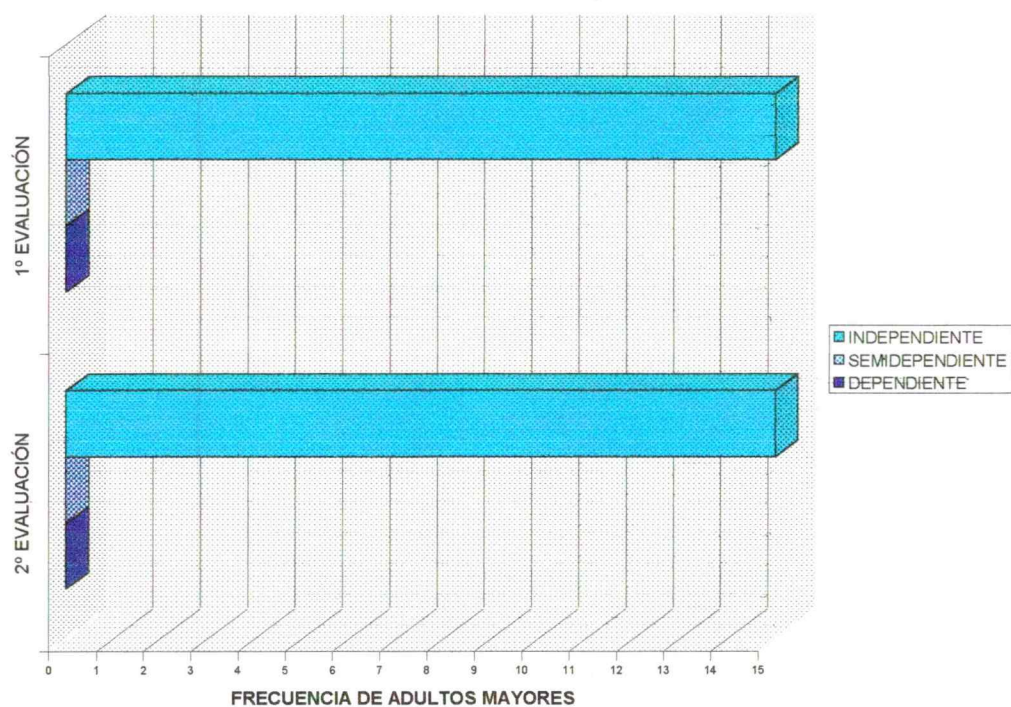


GRÁFICO 14. GRADO DE DESEMPEÑO EN LAS A. V. D. EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **EXPERIMENTAL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

TABLA 15. GRADO DE DESEMPEÑO EN LAS I. A. D. L. EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE NO CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **CONTROL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

I. A. D. L.				
EVALUACIÓN	GRADO DE DESEMPEÑO			TOTAL
	INDEPENDIENTE	SEMIDPENDIENTE	DEPENDIENTE	
1º	12	3	0	15
2º	4	8	3	15

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

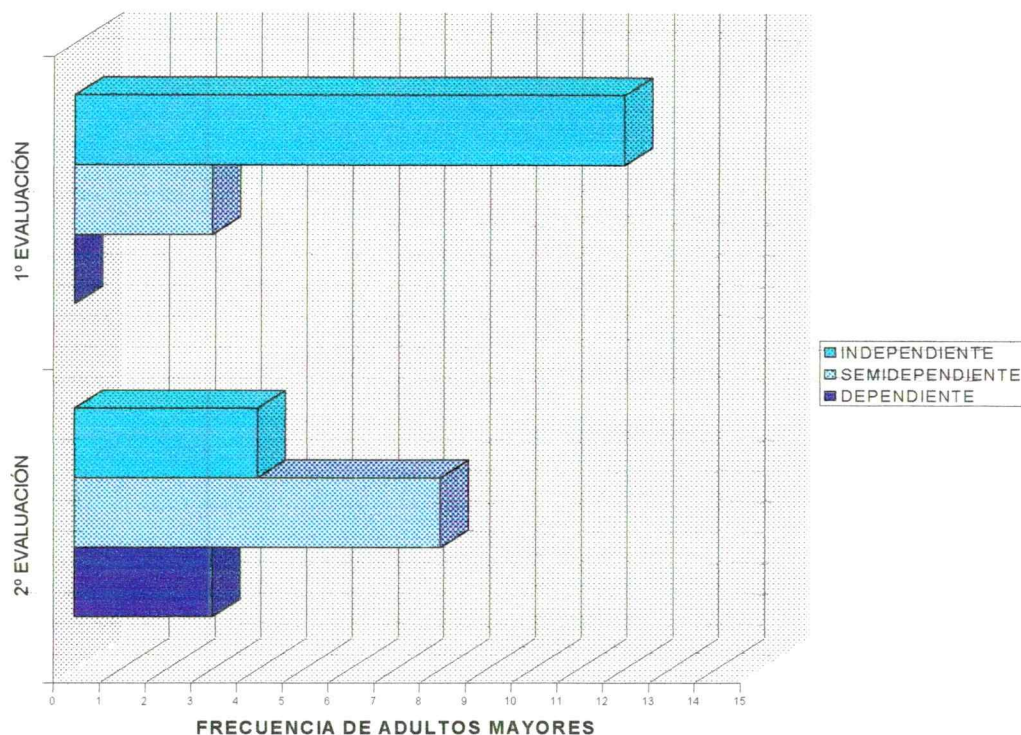


GRÁFICO 15. GRADO DE DESEMPEÑO EN LAS I. A. D. L. EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE NO CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **CONTROL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

TABLA 16. GRADO DE DESEMPEÑO EN LAS I. A. D. L. EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **EXPERIMENTAL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

I. A. D. L.				
EVALUACIÓN	GRADO DE DESEMPEÑO			TOTAL
	INDEPENDIENTE	SEMIDEPENDIENTE	DEPENDIENTE	
1º	11	4	0	15
2º	14	1	0	15

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

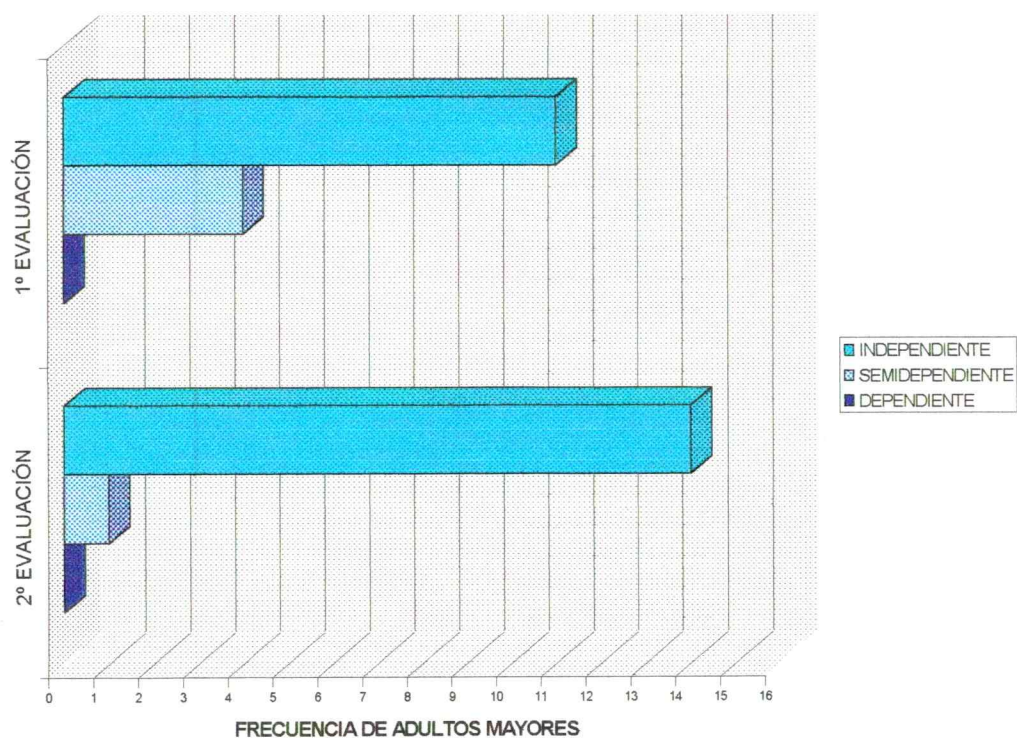


GRÁFICO 16. GRADO DE DESEMPEÑO EN LAS I. A. D. L. EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO QUE CONCURRIÓ A LA ESTIMULACIÓN MNÉSICA-COGNOSCITIVA (GRUPO **EXPERIMENTAL**) DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

TABLA 17. GRADO DE DESEMPEÑO COMPARADO ENTRE LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL EN LAS A. V. D. Y LAS I. A. D. L. EN LOS ADULTOS MAYORES REGISTRADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999

EVALUACIÓN GRUPO Y PERFORMANCE OCUPACIONAL	GRADO DE DESEMPEÑO		
	INDEPENDIENTE	SEMIDDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
1° EV. AVD CONTROL	100	0	0
2° EV. AVD CONTROL	60	40	0
1° EV. AVD EXPERIMENTAL	100	0	0
2° EV. AVD EXPERIMENTAL	100	0	0
1° EV. IADL CONTROL	80	20	0
2° EV. IADL CONTROL	27	53	20
1° EV. IADL EXPERIMENTAL	73	27	0
2° EV. IADL EXPERIMENTAL	93	7	0

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.

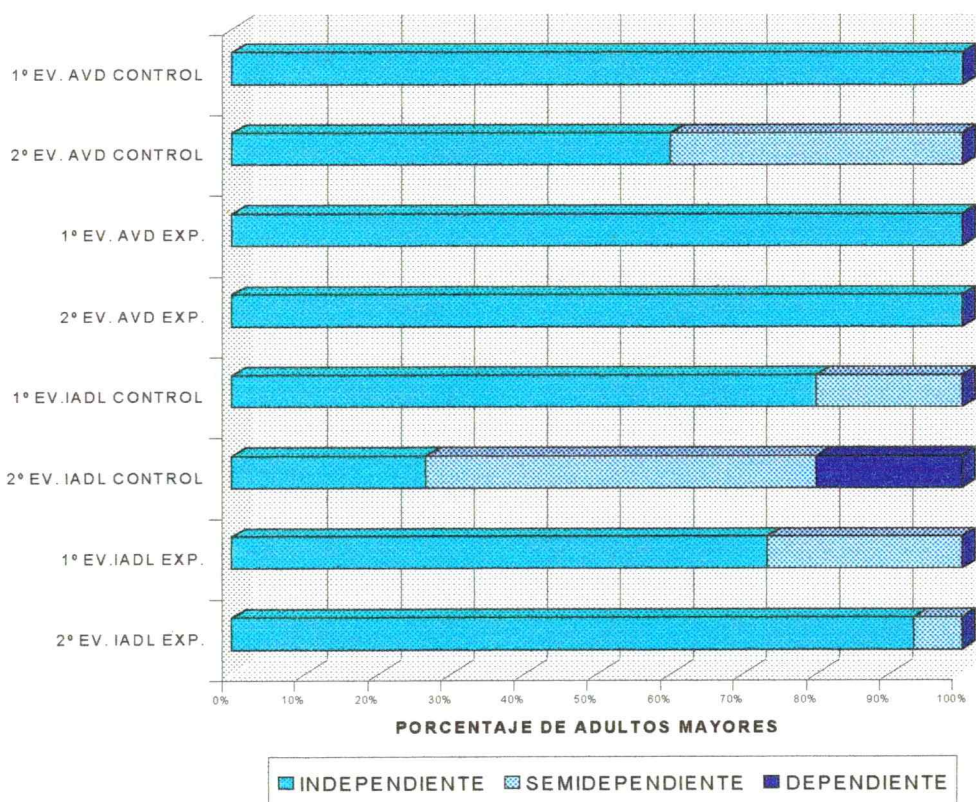


GRÁFICO 17. GRADO DE DESEMPEÑO COMPARADO ENTRE LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL EN LAS A. V. D. Y LAS I. A. D. L. EN LOS ADULTOS MAYORES REGISTRADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, HISTORIAS CLÍNICAS. MAR DEL PLATA, ARGENTINA. 1996-1999.



Conclusión

Conclusión:

Seleccionamos para ésta investigación pacientes Adultos Mayores que concurren al Servicio de Medicina Preventiva con trastornos de memoria, comprendidos entre GDS II y III.

Se han realizado investigaciones destinadas a determinar cuando un trastorno mnésico expresa el momento evolutivo de un proceso de envejecimiento normal o el inicio de una enfermedad degenerativa. Reisberg y cols. realizaron estudios y para identificarlos establecieron una división en la cual al deterioro de memoria asociado con la edad lo denominaron A.A.M.I. : Age Associate Memory Impairment. Así mismo el National Institute on Aging publicó en 1999 un artículo que denomina una nueva categoría en la pérdida de memoria, el leve deterioro cognitivo o M.C.I.: Mild Cognitive Impairment. Sin embargo no se ha logrado un consenso dentro del ámbito científico para lograr pautas diagnósticas, sólo funcionan como orientadores y a pesar de éstas diferentes formas de considerarlos, ninguna de ellas ha dejado de crear controversias y continúan estudios al respecto. D. Burin lo ha planteado con claridad y en forma gráfica considerando a esta población como una “Zona Gris”.

Esto podría deberse a la gran dificultad que plantea determinar cuando un déficit forma parte de una declinación natural propia del envejecimiento o la existencia de distintos grados de deterioro o discapacidad, teniendo en cuenta que es frecuente la presencia de polipatologías y otras variables que deben ser tenidas en cuenta como son cuadros depresivos, reciente migración, duelos, etc. A pesar que es difícil arribar a un diagnóstico precoz, sabemos que no sólo es debido a las dificultades teóricas sino también a que la única manera de saber

si se trata de una enfermedad degenerativa es el seguimiento a través del tiempo. Siempre sin olvidar que ésta queja de pérdida de memoria constituye un factor de riesgo ya que puede ser el inicio de un síndrome demencial. Es por esto que creemos indispensable una formación para la evaluación interdisciplinaria, de manera que se pueda plantear un diagnóstico y tratamiento para poder intervenir desde un nivel preventivo y rehabilitador.

Luego de plantear el análisis de los datos hemos observado que existen diferencias cuantitativas en el desempeño de la PO y desempeño cognitivo entre las instancias de pre-tratamiento y pos-tratamiento en el caso del grupo experimental y, dichos resultados comparados con los obtenidos del análisis del grupo control, muestran que: el grupo experimental que recibió estimulación mnésica-cognoscitiva mantuvo o mejoró su desempeño; con respecto a aquellos pacientes que no concurren al tratamiento.

Se puede decir entonces, que hay relación entre el tratamiento de estimulación mnésica-cognoscitiva y el mantenimiento de la PO (en sus áreas de AVD e AIVD) ya que en una 1ª evaluación el 100% de los pacientes eran totalmente independientes en el desempeño de las AVD. En una 2ª evaluación los pacientes del grupo experimental se mantuvieron totalmente independientes, mientras que en el grupo control el 40% de los pacientes pasaron a ser semidependientes. De igual manera se observan cambios favorables al analizar las AIVD en donde el grupo que recibió estimulación aumenta su porcentaje de independientes del 73% al 93% con el consiguiente decrecimiento de la franja de semidependientes del 27 % al 7% en 2ª evaluación.

El grupo no estimulado involuciona en el desempeño de AIVD pasando de un 80% de independientes en 1ª evaluación a sólo un 27% en 2ª evaluación, con el consiguiente aumento

de pacientes semidependientes al 53%, hasta un 20% dependientes en la ejecución de dicha actividad.

Creemos que éstos resultados sostienen la eficacia de la estimulación mnésica-cognoscitiva llevada a cabo en forma grupal (donde se desarrollan relaciones y se favorece la identificación proyectiva en el uso de compensaciones) e interdisciplinaria, desde un abordaje holístico que combine principios y técnicas de distintas disciplinas como son la Neuropsicología, la Psicología Cognitiva y la Psicología del Comportamiento. Así mismo, el concepto de Rehabilitación Cognoscitiva se encuentra en constante evolución debido a los avances de las Neurociencias en el desarrollo del concepto de Plasticidad Cerebral que aporta evidencias concretas de los beneficios indiscutibles de la RC. desde una mirada Neurológica y Experimental. Compartimos la idea de diferentes autores quienes sostienen que las personas de edad avanzada bajo el efecto de estimulación adecuada y continuas en el tiempo, el cerebro añoso sano puede poner en actividad funciones compensatorias o enlentecer la evolución de una enfermedad mejorando su calidad de vida.

Consideramos necesario brindar al paciente un tratamiento integrador, que a partir de la estimulación de las funciones intelectuales superiores y mediante la implementación de distintas estrategias ofrecidas, el paciente pueda transferir lo aprendido en la situación de tratamiento a la vida cotidiana, logrando mantener o mejorar su independencia en las áreas de PO. Esto es denominado por Bárbara Wilson como proceso de generalización. Sería, por ejemplo, cuando son capaces al finalizar el tratamiento de recordar tomar una medicación (utilizando una planilla de registro: ayuda externa); o recordar el nombre de algún familiar (utilizando una técnica asociativa: ayuda interna).

Es importante aclarar que, debido al tamaño de la muestra los resultados obtenidos quedarían establecidos como “tendencias” y para asegurar la validéz de los resultados se

deberían realizar futuras investigaciones al respecto, quizás con una muestra mayor o un Proyecto Interinstitucional.

Dentro del marco de la presente investigación, podemos concluir que la estimulación mnésica-cognoscitiva influye en el mantenimiento y /o mejoramiento del desempeño de las AVD. e AIVD (áreas de la PO) en pacientes mayores de 65 años, incluidos en los estadios de GDS II y III- que no cumplen con criterios de demencia-, respecto de aquellos pacientes que no concurrieron a la estimulación.

Planteamos la posibilidad de una futura investigación que analice el desempeño de cada ítem de las AIVD que es en donde más diferencias significativas se encontraron en la relación de ambos grupos. También sería de interés analizar las variables intervinientes: influencia del tratamiento grupal, grado de compromiso en el mismo, y las causas por las cuales los pacientes del grupo control no concurrieron a la estimulación.

Como mencionamos al inicio de éste trabajo hay un escaso número de investigaciones que relacionen los aportes de la Neuropsicología Cognitiva con teorías que son propias de la TO., como es el concepto de PO. y la importancia de ésta visión en la Rehabilitación de un paciente con déficit cognitivo. Nuestro intento es poder contribuir de alguna manera a la fundamentación del rol del TO. dentro de un equipo de RC, siempre desde una práctica integrada ya que los alcances y límites de la teoría indefectiblemente requiere de la interdisciplina. Esto quizás sea un desafío que impulse una formación permanente para poder articular la práctica con modelos cognitivos, desarrollando proyectos de investigación para contextualizar la RC.



Bibliografía

Bibliografía

- 1- Acuña M, Risiga M. Talleres de Activación Cerebral y entrenamiento de la Memoria. Editorial Paidós, I edición, Buenos Aires, 1997.
- 2- Albani M, Ramos R. Niveles de alteración de la memoria evaluados por el Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT), en pacientes mayores de 65 años incluidos en los estadios I al VI. de la Escala Global de deterioro para la declinación cognoscitiva (GDS). Tesis de Grado; Universidad Nacional de Mar del Plata, 1997.
- 3- Mangone C y otros. Demencia enfoque multidisciplinario. 1º edición, ediciones Sagitario, Buenos Aires, 1997.
- 4- Andiel C, Liu L. "Working Memory and older adults: Implications for Occupational Therapy". American Journal of Occupational Therapy (AJOT). vol. 49, N°7: 681-686, julio-agosto 1995.
- 5- Arnadottir Gutrun . The brain and the behavior. Assesing cortical dysfunction trogh acivities of daily living (A. D. L.). Reykjavik, City Hospital, Island, editorial the C. V. Mosby Company, 1990.
- 6- Baddeley A. Memory: Theory and practice. Ed. Allyn and Bacon, 1996.
- 7- Barberger P, Dartigues J, Letenneur L. "Four instrumental activities of daily living score as a predictons of one-year incident dementia". Age and Ageing; 22: 457-463, 1993.
- 8- Barreiro García A. Behaviorismo. Pág. internet <http://dc.fi.udc.es>.
- 9- Bosenberg I V, Faiduti S. Evaluación de discapacidad en personas mayores de 65 años que sufrieron ACV. Tesis de grado, UNMP, 1993.
- 10- Brock Kehurst J, Hanley T. Geriatría fundamental. Editorial Rafael Salvá, Barcelona, 1979.
- 11- Burin D. Material otorgado en curso dictado por ésta autora en el Servicio de Medicina Preventiva, Htal. Privado de Comunidad, Mar del Plata, 1998.
- 12- COLTOA. Terapia Ocupacional: Avances. Grupo editor COLTOA, Buenos Aires, 1997.

- 13- Donaghy S, Williams W. A new protocol for training severely impaired patients in the usage of memory journals. Brain Injury; 12 (12): 1061-76, 1998.
- 14-Downes J y cols. "The pre-exposure thchnique: a novel method for enhancing the effects of imagery in face-name association learning". Neuropsychological rehabilitation; 7(3), 195-214, 1997
- 15-Ellis y Young. Neuropsicología Cognitiva Humana. Masson S. A., Cap I.
- 16-Eustache F, Desgranges B. "Clinical Evaluation of Memory". Revista neurológica de Paris. 154 (2): 518-532, 1998.
- 17-Ferris S, Flicker C, Reisberg B, Crook T. Diagnosis and treatment of senile dementia. Springer-Verlag, Berlín, Heidelberg, New York, Paris, 1989.
- 18-Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. La terapéutica del deterioro cognitivo y la demencia en España. España, 1996, internet: [http://www.ready soft.es/pm-farma/edicelec/num30/deterioro.htm](http://www.readysoft.es/pm-farma/edicelec/num30/deterioro.htm).
- 19-Grieve J. Neuropsicología para Terapéutas Ocupacionales. Evaluación de la percepción y la cognición. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1994, págs.
- 20-Ham R, De Sloane F. Atención primaria gerontológica. Casos clínicos. Editorial Mosby-Deoyma Libros S.A., división Iberoamericana, 2º edición. 1995.
- 21-Heim M, Vázquez R. "Guía de autoayuda para adultos mayores con problemas de memoria", SATE, 1997. Uso interno. *No publicado*.
- 22-Hibert O, Ferry M y cols. "Evaluation d'une batterie de mémoire en simulation vidéo de vie quotidienne". Ann Réadaptation Méd phys; 37: 265-274, Elsevier, Paris, 1994.
- 23-Hughes C, Berg L, Danziger W. "A new clinical scale for staging of dementia". B. J. Psyshiatry, 140: 566-572; 1982.
- 24-Israel L. "La Memoria y el Envejecimiento". Medicina de la Tercera Edad. *¿doudo*
- 25-Katzman R, Brown T, Fuld P. "Validation of a short orientation-memory-concentration test of cognitive impairmen" Am. J.Psychiatry, 114: 734-739, 1968.
- 26-Koh K, Ray R. "Dementia in Elderly Patients: Can the 3R Mental Stimulation Programme

improve mental status?”. Age and Ageing; 23: 195-199, 1994.

27-Laguarde M, Archilla M. La importancia del tratamiento de TO. en pacientes con demencia para el mantenimiento de su independencia y calidad de vida. Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1994.

28-Lic. Odone Ma. Julieta. “ La población envejece pero también tiene mayores expectativas de vida”; Salud para la familia, La Capital,(8), Mar del Plata,5/9/99.

29-López M,Scharovsky D, Gonorazky S. Estudio de correlación y medidas de concordancia entre las Escalas de Exámen Mental de Folstein y las de Blessed, G.D.S. y C:D:R; en pacientes derivados por trastornos mnésicos-cognoscitivos. Servicio de neurología, Scio. de Atención a la Tercera Edad, Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Argentina, 1997. Presentado en el congreso internacional de neurología, Corrientes, 1997.

30-Mangone C A y otros.Demencia enfoque multidisciplinario.; 1º edición, C. A. , Ediciones Sagitario, Buenos Aires, 1997.

31-Mangone C, Allegri R, Ollari J y cols. Enfermedad de Alzheimer, enfoque actual; Ediciones Libros de La Cuadriga, 1991.

32-Marabotto E. “Qué pasa en la Argentina”. Zona, Clarín (5), Buenos Aires, 27/2/2000.

33-Mc Donnell Foundation. Planning grants and pilot studies for collaborative projects in cognitive rehabilitation research. Internet: [http:// WWW. jsmf.org.](http://WWW.jsmf.org), 1996.

34-O.M.S. Clasificación Internacional de deterioro, discapacidad y handicap. 1980.

35-Oakley F, Sunderland T, Hill J, Phillips S, Makahon R, Ebner J. “The daily activities questionnaire: a functional assesment for people with Alzheimer’s disease.” Physical & Occupational Therapy in geriatrics; vol. 10, (2), 1991.

36-Pellegrini M. Memoria. Material brindado en Curso de Introducción a la Neuropsicología Cognitiva, 1999.

- 37-Petersen R. Epidemiology of Alzheimer's. Internet: <http://mayo.health.org>.1999.
- 38-Pineda B, Alvarado E, Canales . Metodología de la Investigación, Manual para el desarrollo de personal de salud. 2ª edición, organización Panamericana de la Salud, oficina sanitaria Panamericana, EUA., 1994.
- 39-Polit D y Hungler B. Investigación científica en Ciencias de la Salud. Editorial Interamericana; Me Graw Hill, cuarta edición, Buenos Aires, Argentina, 1994.
- 40-Reisberg B. "The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary degenerative dementia". J. Psiquiatry, 139, 1982.
- 41-Reuter B, Schonle P. "Computer-Assisted Neuropsychological training in neurological rehabilitation". Psychiatrics-praxis; 25 (3): 117-21, 1998.
- 42-Riviere P. El proceso grupal. Ediciones Nueva Visión, 1993.
- 43-Rolla E. Actualidad Psicológica. Senescencia, Adultos Mayores. Año XXIII N° 252, págs. 5-8, 1998.
- 44-Sabulsky J. Metodología de la Investigación. Editorial Kapyfac SRL.; Pabellón Perez, ciudad universitaria, 1993.
- 45-Scharovsky D, Faidutti S, Roumec B y otros. Rehabilitación cognitiva: intervención interdisciplinaria en pacientes con diagnóstico presuntivo de demencia. 4º Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y 3º Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional; Santa Fe, 1995.
- 46-Schwartz S. "Adults With Traumatic Brain Injury: Three Case Studies of Cognitive Rehabilitation in the Home Setting". A.J.O.T.; vol. 49, N°7: 655 –666, julio-agosto, 1995.
- 47-Salgado Alba A, Alarcón Alarcón M. Valoración del paciente anciano. Masson SA,Barcelona, 1993.
- 48-Spreen O, Strauss E. A compendium of Neuropsychological test. Administration norms and comentary. Oxford Universiti Press, NY., 1998.
- 49-Spackman W. Terapia Ocupacional. 8º edición, editorial Médica Panamericana, Madrid, España, 1998, pág. 735.

Tesistas:

Bereilh, Gabriela Fernanda.

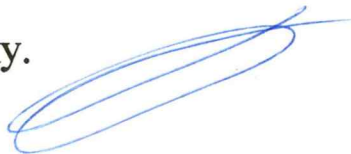
Del Biaggio, María del Carmen.



Directora: TO. Bettina Roumec.



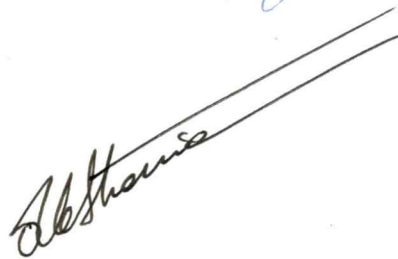
Co-directora: Dra. Diana Scharovsky.



Asesora Metodológica: María Elba Penzín.



Asesor Estadístico: Pablo Straccia.



TESIS

Nombre:

Estimulación Altrésico - Cognoscitiva
y Performance Ocupacional en
Adultos Mayores.

Autores:

BEREITH Gabriela.
DEL BIAlegio Ma. del Carmen.

Integrantes del Jurado:

T.O. RIVERA Betina
T.O. Villanueva
Lic. Gomez Sandra
Sup. Ayzamendiã

Fecha de defensa:

30 - 6 - 00

Calificación:

B (Ocho)