

LA MEMORIA EN EL ANCIANO



Virginia Palacios Expósito

Juan Carlos Morales Ruiz

LA MEMORIA EN EL ANCIANO

Virginia Palacios Expósito

Psicóloga Maestría en Neuropsicología
Investigadora Grupo Envejecimiento y Vejez
Facultad de Medicina U.D.C.A

Juan Carlos Morales Ruiz

Médico Especialista en Gerontología Social
Investigador Grupo Envejecimiento y Vejez
Facultad de Medicina U.D.C.A

Título original: Memoria en el Anciano

© 2011 Virginia Palacios Expósito

© 2011 Juan Carlos Morales Ruiz

© 2011 Fundación Santa Sofía para la Atención del Anciano

© 2011 Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales

Fondo de Publicaciones: Norella Castro Rojas

Diseño y Diagramación: Fernando Gómez Rodríguez

Impresión: Intechnet

Primera Edición

Mayo 2011

Bogotá, Colombia

ISBN: 978-958-99855-0-2

Las ideas expresadas por el autor son de su exclusiva responsabilidad y en ningún caso corresponden o comprometen a las entidades mencionadas en el texto.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de este libro, por cualquier medio o procedimiento, conforme a lo dispuesto en la Ley.

Impreso y hecho en Colombia

Made and printed in Colombia

El letrero que colgó en la cerviz de la vaca era una muestra ejemplar de la forma en que los habitantes de Macondo estaban dispuestos a luchar contra el olvido: *Esta es la vaca, hay que ordeñarla todas las mañanas para que produzca leche y a la leche hay que hervirla para mezclar con el café y hacer café con leche.*

Cien Años de Soledad

Gabriel García Márquez (1967)

Ireneo empezó por enumerar, en latín y español, los casos de memoria prodigiosa registrados por la *Naturalis historia*: Ciro, rey de los persas, que sabía llamar por su nombre a todos los soldados de sus ejércitos; Mitrídates Eupator, que administraba la justicia en los 22 idiomas de su imperio....

Funes el Memorioso

Jorge Luis Borges (1944)

Hay que haber empezado a perder la Memoria, aunque sea solo a retazos, para darse cuenta de que esta memoria es lo que constituye toda nuestra vida.

Luis Buñuel

A nuestros padres, fuente inagotable de recuerdos y memorias felices.

A nuestros pacientes y a todos aquellos adultos mayores que nos han permitido aprender de sus vidas.

Virginia Palacios Expósito

Psicóloga Universidad del País Vasco. Maestría en Neuropsicología Universidad Complutense de Madrid. Docente de Neuropsicología Universidad Católica de Colombia. Neuropsicóloga Clínica Fundación Santa Sofía para Atención del Anciano. Investigadora Grupo Envejecimiento y Vejez de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.

Juan Carlos Morales Ruiz

Médico Cirujano Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Especialización en Gerontología Social Fundación Universitaria del Área Andina. Maestría en Educación con énfasis en Cognición y Creatividad Pontificia Universidad Javeriana. Decano e Investigador Grupo Envejecimiento y Vejez de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.

INDICE

Introducción	8
Aspectos Generales	10
La memoria	15
Memoria y Envejecimiento	28
Evaluación neuropsicológica de la memoria	32
Desempeño del adulto mayor frente a las pruebas de memoria: un estudio descriptivo	45
Apéndice 1. Alteraciones subjetivas de memoria	72
Apéndice 2. Deterioro cognitivo leve	80
Anexo 1. Caso Clínico	103
Anexo 2. Cuestionario de Olvidos Cotidianos	106

INTRODUCCIÓN

El cerebro humano es una de las estructuras más complejas y avanzadas de la naturaleza. Más de cien mil millones de “chips”, denominados neuronas, se entrelazan en una maraña gigantesca de cien billones de conexiones, todas coordinadas e increíblemente eficientes, para dar vida y poner en marcha la mayor red de comunicación e información, conocida hasta la fecha.

La memoria, uno de los componentes más importantes del sistema, es un pilar fundamental para la supervivencia de los seres humanos, no es posible concebir el mundo sin la existencia de esta función cognitiva. En su ausencia, el devenir de las personas estaría limitado a una percepción infinita de imágenes, sonidos y sensaciones que se perderían en el tiempo, no habría lugar a la historia, a la acumulación de la experiencia ni al progreso, la humanidad podría haber desaparecido de la faz de la tierra.

La prevalencia de alteraciones de memoria es variable en las diferentes etapas de la vida, encontrándose una mayor frecuencia en la vejez. Entre los factores que determinan la aparición de dichos trastornos se incluyen el estilo de vida, el nivel cultural, la conciencia del autocuidado, la disponibilidad de servicios de salud y los medios disponibles para un diagnóstico adecuado, sin embargo, el impacto que tienen en la calidad de vida y la relación con el riesgo de sufrir demencia las convierten en un problema de primer orden en el panorama epidemiológico de la población geriátrica.

De acuerdo con Ramírez – Expósito y Martínez – Martos (1999), hasta un cincuenta y cinco por ciento de los individuos mayores de 65 años presenta algún tipo de deterioro cognitivo, que puede ser causado o no por procesos patológicos subyacentes al proceso de envejecimiento del organismo (envejecimiento fisiológico, olvidos benignos de la senescencia, trastornos de memoria relacionados con la edad, entre otros).

No obstante lo anterior, el tema es controversial. Para algunos autores, el paso del tiempo se asocia con alteraciones celulares irreversibles que determinan un incremento significativo del riesgo de enfermedad, para otros, es claro que la aparición de alteraciones patológicas en esta época de la vida puede ser independiente del fenómeno del envejecimiento.

Este libro busca integrar los conceptos básicos para explicar el funcionamiento de la memoria en la etapa de la vejez con los resultados de un estudio orientado a explorar dicho fenómeno en la vida cotidiana de adultos mayores institucionalizados en hogares de larga estancia en la ciudad de Bogotá.

ASPECTOS GENERALES

El envejecimiento poblacional trae como consecuencia un aumento en la incidencia de alteraciones orgánicas asociadas con la edad.¹ Los trastornos de la función cognitiva representan uno de los principales motivos de consulta en los adultos mayores, encontrándose una prevalencia variable de acuerdo con diversos factores de orden individual y social, sin embargo, el impacto que tienen en la calidad de vida y la relación con el riesgo de sufrir demencia los convierten en un problema de primer orden en el panorama epidemiológico de la población geriátrica.²

Kral fue el primero en establecer la existencia de dos patrones de envejecimiento cognitivo, uno benigno y otro maligno. El primero, que puede ser considerado fisiológico, se relaciona con la pérdida de memoria, especialmente de información episódica reciente, sin mucha relevancia para el individuo; y el segundo, considerado como una alteración patológica de la función cognitiva, asociado con la pérdida de memoria que se presenta en el curso de los procesos demenciales.³

Investigaciones posteriores han planteado la existencia de una relación, aun sin aclarar por completo, entre las alteraciones de la memoria y la aparición posterior de cuadros demenciales, dando lugar a la aparición de nuevas clasificaciones, enfocadas a precisar el diagnóstico y establecer el pronóstico de tales pacientes a largo plazo.³

La relación entre envejecimiento y disminución de las funciones cognitivas ha sido demostrada ampliamente por diferentes grupos de investigadores. En términos generales, la pérdida de memoria asociada con la edad, parece estar fundamentada en la reducción de la eficacia en el procesamiento y recuperación de información, especialmente de aquellos datos que se encuentran almacenados en la memoria de corto plazo y/o en la memoria episódica reciente (comentarios, razones, lugares donde se han dejado las cosas, entre otros).⁴

La mayor parte de los estudios clínicos llevados a cabo para valorar la función mnésica mediante la aplicación de pruebas específicas, ha demostrado que individuos sin demencia, con edades comprendidas entre setenta y setenta y cuatro años, pueden obtener puntuaciones hasta un cincuenta por ciento más bajas que las que se encuentran en sujetos con edades entre veinticinco y treinta y cuatro años y que esta diferencia aumenta proporcionalmente en personas que se encuentran por encima de los setenta y cinco.⁵

La investigación más importante sobre la relación entre edad y el desempeño cognitivo fue llevada a cabo en 1955, mediante la aplicación de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS - R). De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, de corte transversal, las funciones cognitivas presentan un deterioro progresivo a partir de la tercera década de la vida, no obstante, dada la gran cantidad y diversidad de variables que pueden influir el proceso de evaluación neuropsicológica (diferencias cognitivas individuales,

nivel premórbido, trastornos concomitantes, criterios y condiciones de aplicación de las pruebas, entre otras), no ha sido posible definir con exactitud puntos de corte plenamente confiables.⁶

Estudios longitudinales posteriores, han arrojado resultados contradictorios entre las cohortes evaluadas. Algunos investigadores han demostrado que puntuaciones elevadas obtenidas por individuos sin evidencia de alteraciones cognitivas en las pruebas efectuadas a través del tiempo no se alteran en forma significativa, sin embargo, otros grupos han confirmado la existencia de una disminución variable de la capacidad mental frente a pruebas neuropsicológicas especializadas, a pesar de la ausencia de disfunción cognitiva de base en los sujetos de investigación.⁵

Los problemas de memoria asociados con la edad parecen tener origen en una disminución de la eficiencia en los procesos de almacenamiento y recuperación de la información. Según Joshi y Morley (2006), el recuerdo de eventos pasados se basa en la evocación de información guardada en la memoria de largo plazo, la cual puede estar acompañada por detalles contextuales específicos (recolección) o por la sensación de que una situación determinada es nueva o vieja (familiaridad).¹

La evidencia existente permite afirmar que la recolección tiene asiento anatómico en el hipocampo y que la familiaridad depende de conexiones neurales del rinocórtex, viéndose más afectada la primera a lo largo del proceso normal de envejecimiento. Aparentemente, el

paso del tiempo lleva a una disminución funcional de las conexiones neuronales de la red hipocampo – área retroesplénica – corteza tédmporo parietal, fenómeno que se ve compensado con un incremento en la actividad de la red neural existente entre el rinocórtex y la corteza frontal.⁷

Los procesos mentales comprometidos con mayor frecuencia después de los cincuenta años de edad son la capacidad de manipulación de información (memoria de trabajo), la ubicación de la información en el tiempo y el espacio (memoria episódica), la conceptualización (memoria semántica), el uso de la información almacenada en forma inconsciente (memoria implícita) y el recuerdo libre de palabras e historias (memoria a largo plazo). Las diferencias observadas en relación con la edad, son menores si se trata de recordar información y no de codificarla o retenerla en el sistema.⁷

Referencias

1. Joshi S, Morley J. Cognitive Impairment. Medical Clinics of North America. 2006; 90 (5): 769 – 87.
2. Ramírez - Expósito MJ, Martínez – Martos J.M. Alteraciones neuronales inducidas por procesos degenerativos en el sistema nervioso central. Influencia del envejecimiento normal y patológico. Rev Neurol 1999; 29: 824 – 33.
3. Bartrés – Faz, Clemente I, Junqué C. Alteración cognitiva en el envejecimiento normal: nosología y estado actual. Rev Neurol 1999; 29:64 – 70.
4. Palacios V. La Memoria Humana. Documento Electrónico disponible en: <http://neuropsicologia-palacios.blogspot.com>
Última consulta: Agosto de 2009
5. López O.L. Clasificación del deterioro cognitivo leve en un estudio poblacional. Rev Neurol. 2003; 37: 140 – 4.
6. Bennett D. Mild Cognitive Impairment. Clinics of Geriatric Medicine. 2004;20: 15 -25.
7. Kelley R.E. Memory Complaints and Dementia. Primary Care. 2004; 31 (1): 129 – 48.

LA MEMORIA

Conceptos básicos

La memoria puede definirse como “la facultad mental que permite recordar y retener, por medio de procesos asociativos inconscientes, sensaciones experimentadas previamente, así como ideas, conceptos y cualquier información aprendida de forma consciente”, generalmente mediante un estímulo, interno o externo, relacionado con lo que se vivió en el pasado.¹ En otras palabras, la capacidad de codificar información (conocimientos, experiencias, situaciones), almacenarla y recuperarla en forma posterior.²

Entre los factores que determinan la calidad de la memoria se encuentran la atención, el estado afectivo y la integridad del aparato sensorial. A continuación, se presentan algunos elementos que subyacen a la actividad de la memoria en los seres humanos y determinan la eficacia de los procesos mnésicos (fijación, retención y evocación de información) en contextos determinados.³

Factores de fijación:

Incluyen el estado de conciencia, la atención y el componente afectivo, elementos fundamentales para garantizar el enlace entre los órganos sensoriales y el sistema nervioso central, generando la posibilidad de almacenamiento de información. En los individuos en que se encuentran alterados por somnolencia, confusión, labilidad o dificultad

para el mantenimiento de la atención, carga afectiva baja, actitud negativa frente a nuevas experiencias o aprendizajes y/o escaso interés en el área, se puede observar una reducción de la fijación de información en la memoria

Factores de elaboración:

Entre los cuales se encuentran la integridad anatómica y funcional de las estructuras que sirven como sustrato de los procesos de memoria, la integración entre los recursos cognitivos y afectivos del individuo y los procesos bioquímicos que soportan el funcionamiento del sistema nervioso central, entre los cuales se incluyen la síntesis de proteínas y neurotransmisores, el aporte de nutrientes y oxígeno y el mantenimiento adecuado de las condiciones homeostáticas del tejido neural.

Factores de evocación:

La evocación se sustenta en la calidad de los procesos de fijación de la información y en las condiciones en que se da el recuerdo de la misma. En términos generales, las vivencias más recientes y de poca trascendencia, se pierden o se olvidan primero que las que han transcurrido en el pasado y tienen un mayor grado de interés o relevancia en la vida del individuo, hecho que podría estar relacionado con razones de orden evolutivo.⁴

Clasificación

Dada la complejidad de los fenómenos que subyacen a la memoria y la diversidad de funciones agrupadas en torno a dicho proceso cognitivo, se han formulado diferentes clasificaciones, de acuerdo con los elementos asumidos como referencia.

La más conocida es la de Atkison y Schiffrin, autores que conciben la memoria como un sistema de estructuras fijas e independientes que cumplen las funciones antes mencionadas, encontrándose alguna debilidad del modelo en el hecho que se encuentra planteado en torno a los elementos que componen el sistema y no se ocupa significativamente de las interacciones funcionales que subyacen al mismo.⁵

A partir de este modelo, la memoria estaría conformada por tres estructuras fundamentales: **memoria sensorial**, responsable de la percepción de los estímulos y el almacenamiento de información ilimitada durante un lapso de tiempo de un segundo aproximadamente; **memoria a corto plazo**, capaz de manejar entre cinco y nueve datos durante un plazo de treinta a sesenta segundos y **memoria a largo plazo**, cantidad ilimitada de información y tiempo variable de acuerdo con las condiciones del almacenamiento.⁵

Baddeley incluyó una categoría adicional, también conocida por algunos investigadores como **memoria operativa** o **memoria de trabajo**, la cual correspondería a una estructura capaz de manipular

información durante lapsos cortos de tiempo, sin embargo, a la fecha no se ha precisado algún tipo de dependencia del componente de memoria a corto plazo, siendo considerada por algunos autores como una estructura cuya función resultaría de la interacción entre ésta y la memoria a largo plazo.⁶

La memoria operativa estaría sustentada en la función de varios subsistemas, entre los que se incluye un sistema supervisor (**el ejecutivo central**) y dos almacenes secundarios especializados en información verbal (**el bucle articulatorio**) y visual o espacial (**la agenda visoespacial**).⁷

El ejecutivo central coordina todos los recursos del sistema y los distribuye por diferentes almacenes, llamados esclavos, según la función que se pretenda llevar a cabo, desempeñando así un papel centrado en tareas activas de control sobre los elementos pasivos del sistema, en este caso, los almacenes de información dependientes del mismo.⁷

El lazo articulatorio se encarga del almacenamiento pasivo y del mantenimiento activo de información hablada. El primer proceso hace que la información se pierda en un breve lapso de tiempo, mientras que el segundo – repetición – permite refrescar la información temporal. El lazo también es responsable de la transformación automática del lenguaje presentado de forma visual a su forma fonológica, por lo que, a efectos prácticos, procesa la totalidad de la información verbal.⁷

Estos hechos se hacen patentes cuando se trata de recordar una lista de letras presentadas de forma visual o auditiva: en ambos casos, una lista de palabras de sonido semejante es más difícil de recordar que una en la que éstas no sean tan parecidas. Así mismo, la capacidad de almacenamiento del lazo articulatorio, no es constante como se creía, sino que disminuye a medida que las palabras a recordar son más largas.⁷

La agenda visoespacial es el almacén del sistema que trabaja con elementos de carácter visual o espacial, buscando mantener este tipo de información durante un lapso variable de tiempo. La capacidad de almacenamiento de tales elementos se ve afectada por la similitud de sus componentes, siempre y cuando no sea posible traducir los elementos a su código verbal.⁸

Posteriormente, Squire planteó una nueva clasificación de la memoria a largo plazo en **declarativa** y **procedimental**.⁹ La primera, relacionada con el manejo de hechos y conceptos, y la segunda, asociada con procedimientos automáticos desarrollados a lo largo de la vida. Más adelante, Tulving añadió una nueva división de la memoria declarativa, en **episódica** y **semántica**.¹⁰

Otros modelos, explican el desempeño de la memoria desde la perspectiva del procesamiento de la información, incluyendo tres niveles básicos: el **fonológico** o sensorial, el **análisis fonético** y el **semántico**, este último que correspondería que es el nivel más profundo de procesamiento de la información.

En términos generales, de acuerdo con los conceptos planteados en los párrafos anteriores, la memoria puede clasificarse de acuerdo con la forma de codificación y con la duración de los procesos de retención y recuperación. A continuación se relacionan los elementos que soportan cada una de las categorías descritas y se propone una breve caracterización teórica de los aspectos más importantes de las mismas:

1. De acuerdo con la duración

Según la duración de los procesos que soportan la memoria, ésta puede clasificarse en tres niveles: memoria inmediata (sensorial), de corto plazo (mediata) y de largo plazo (diferida).

1.1. Memoria inmediata (Sensorial)

La memoria inmediata está relacionada con lo sensorial, es decir con la información que ingresa a través de los órganos de los sentidos y se mantiene durante un breve lapso de tiempo, antes que se produzca la pérdida de la misma o el traslado a la memoria de largo plazo, hecho que está influenciado por la intensidad del estímulo, el nivel de atención, la presencia de otros estímulos que compitan por los recursos cognitivos, el estado afectivo del momento y el interés por los datos que ingresan al sistema.¹¹

1.2. Memoria de Corto Plazo

Corresponde a un almacén temporal de la información proveniente de registros sensoriales, pudiendo mantenerse intacta o modificarse antes de su transferencia a la memoria de largo plazo, atendiendo al concepto de memoria de trabajo que fue mencionado en forma previa.¹²

Aunque permite la evocación de los datos durante un breve lapso de tiempo, tiene una capacidad limitada, es susceptible de interferencias y admite la recepción de nueva información y la modificación posterior del recuerdo. También es responsable de la manipulación que se requiere para el traslado de la información a la memoria de largo plazo (memoria de trabajo).¹²

1.3. Memoria de Largo Plazo

Corresponde a un almacén de experiencias, conocimientos, imágenes, conceptos, esquemas de comportamiento y estrategias de acción que se mantienen “archivados” y son traídos a la consciencia cuando se genera el recuerdo.¹³

Dispone de una capacidad desconocida, según la mayor parte de los autores ilimitada y contiene datos de diferentes categorías, por lo que puede ser considerada como una “base de conocimientos” en la que se guarda la información a través de la memoria de trabajo, y se

puede hacer uso de ella en forma posterior, mediante los procesos de evocación.¹³

2. De acuerdo con la codificación

En términos de la codificación de la información, es posible definir dos tipos de memoria: implícita y explícita

2.1. Memoria Implícita

Hace referencia a la función cognitiva que permite el aprendizaje y la retención de una gran variedad de habilidades motrices y cognitivas (montar en bicicleta, armar un rompecabezas, tocar un instrumento musical), siendo conocida por algunos autores como memoria procedimental.¹⁴

Este tipo de actividades tienen en común que conllevan un componente automático muy importante y que habitualmente no implican el recuerdo del proceso de aprendizaje ni el conocimiento expreso de las condiciones en que se produjo, ya que están centradas en la ejecución de acciones específicas que se repiten a lo largo de la vida.¹⁴

2.2. Memoria Explícita

En contraste con la anterior, este tipo de memoria permite el aprendizaje de forma consciente y elaborada. También conocida por

algunos autores como memoria declarativa, puede clasificarse en episódica y semántica.

La memoria episódica es la capacidad para recordar acontecimientos autobiográficos específicos, acaecidos con frecuencia poco tiempo antes de la evocación y relacionados, en una gran proporción de casos, con información contextual que les confiere un marco temporal y espacial.

Por otra parte, el componente de la memoria semántica está relacionado con el conocimiento de hechos y significados, el cual se encuentra habitualmente disociado del recuerdo de las condiciones y el lapso de tiempo en que tuvo lugar el aprendizaje de dicha información.

Algunos autores incluyen un tipo especial de memoria episódica, denominada memoria cotidiana, que tiene lugar en el contexto de la vida del individuo y está relacionada con los conocimientos previos, las metas futuras y los significados personales, por ejemplo, el recuerdo de los nombres de las personas, el recuerdo de dónde se ponen las cosas (las gafas, documentos, las llaves), el recordar hacer un recado, recuerdo de las caras de las personas, recordar lo que hemos hecho últimamente, entre otras.¹⁵

Las principales funciones de la memoria cotidiana se pueden resumir en los siguientes puntos:¹⁵

- a) La memoria autobiográfica: Es un elemento esencial de la identidad personal del sujeto, que posibilita el aprendizaje a partir de la propia experiencia, utilizando la evocación de acontecimientos específicos del pasado.

- b) Recuerdo de información antigua: Evocación de datos de naturaleza social e histórica.

- c) Recuerdo de actividades: Hace referencia a las acciones planeadas y/o ejecutadas, así como a las que se desarrollan habitualmente por parte del individuo.

- d) Recuerdo de acontecimientos reales e imaginarios: capacidad para discriminar entre el recuerdo de los sucesos reales y eventos de ficción.

- e) Memoria espacial: Relacionada con la orientación espacial del individuo, los cambios de posición y los desplazamientos de un lugar a otro.

- f) Recuerdo de ubicaciones inusuales: localización de objetos que han sido ocultados de manera intencional por el sujeto.

- g) Reconocimiento Facial: Capacidad de identificar y reconocer las caras de personas conocidas.

h) Recuerdo de nombres: Evocación de los nombres de objetos comunes y de nombres propios.

Referencias

1. Gispert C. Diccionario de Océano Mosby. 4ª Edición. Ed. Océano. 2000. Barcelona - España. Pg 834.
2. Kelley R.E. Memory Complaints and Dementia. Primary Care. 2004; 31 (1): 129 – 48.
3. Ruiz A. Neurofisiología de la interacción entre la atención y la memoria episódica. Revista de Neurología. 2005;(41):737-738.
4. Taborda LC, Burgos C., Téllez J. Vásquez R. Principios de Semiología Psiquiátrica. Tercera Edición. Bogotá, Colombia. Ediciones Pinel; 2001; p. 66, 67
5. Atkinson RC, Shiffrin RM. Human Memory: A proposed System and its control processes. The psychology of learning and motivation: New York Academic Press. 1968. Vol 2, pp. 89 – 195.
6. Baddeley AD, Hitch GJ. Working Memory. The psychology of learning and motivation: New York Academic Press. 1974. Vol 8, pp. 47 – 90.
7. Stuart – Hamilton I. Psicología del Envejecimiento. Editorial Morata. Madrid, España. 2002. Pp. 90 – 93.
8. Baddeley A. The central executive: a concept and some misconceptions. Journal of the International Neuropsychological Society. 1998; 4: 523 – 526.
9. Squire L.R. On the course of forgetting in very long term memory. Journal of Experimental Psychology: Learning, memory and cognition. 1989; 15: 231 – 245.
10. Tulving E. Episodic and semantic memory. Organization of memory. New York Academic Press. 1972: pp. 382 – 403.

11. M.C. Etchepareborda L. Abad-Mas. Memoria de trabajo en los procesos básicos del aprendizaje. Rev. Neurol; Valencia España; volumen 40; suplemento 1; pagina S79.
12. ----- La memoria y el lenguaje. Teoría Cognitiva Global. Enciclopedia Molwick. Disponible en:
<http://www.molwick.com/es/memoria/133-memoria-corto-plazo.html#texto>.
Última consulta: Mayo de 2010.
13. Echegoyen J. Diccionario de Psicología Científica y Filosófica. Disponible: <http://www.e-torredebabel.com/Psicologia/Vocabulario/Memoria-Tipos.htm>.
Última consulta: Junio de 2010.
14. Craik F. Memory changes in normal aging. Current directions in Psychological Science. 1994; (3): 155 – 58.
15. Seisdedos N. Benedet MJ. Evaluación clínica de las quejas de la memoria en la vida cotidiana. Editorial Médica Panamericana S.A., Madrid, 1996: pp. 7 - 9.

ENVEJECIMIENTO Y MEMORIA

En términos generales, existe consenso acerca del hecho que el rendimiento de la memoria disminuye con el paso del tiempo, sin embargo, diferentes grupos de investigadores han demostrado que esta afirmación está relacionada con la tarea específica a que se vea enfrentado el individuo.¹

Otro hecho, comúnmente aceptado en relación con la memoria es la existencia de sistemas “separados” de memoria, es decir, de la disociación funcional existente entre los sistemas utilizados para el abordaje de las tareas cognitivas. Desde esta perspectiva cualquier circunstancia que afecte el rendimiento en una prueba, puede tener un efecto neutro en otra, dada la mediación de las respuestas por sistemas distintos.

Las investigaciones llevadas a cabo para valorar los efectos del envejecimiento en los diferentes tipos de memoria han arrojado las siguientes conclusiones:

- Memoria procedimental: No parece estar afectada por el paso del tiempo, fenómeno que ha sido explicado como consecuencia de la fuerte implicación de los procesos mentales automáticos bien aprendidos y del “puenteo” existente en los procesos de recolección de información y toma de decisiones conscientes en estos individuos, lo cual podría considerarse positivo, sin embargo, esta circunstancia también tiene efectos negativos, que estarían

relacionados en un mayor automatismo de las respuestas de los adultos mayores, dada la predominancia de este tipo de operaciones mentales en esta etapa del ciclo vital.¹

- Memoria Operativa: Varios estudios coinciden en que el rendimiento observable en tareas que demandan el uso de la memoria operativa desciende gradualmente desde el comienzo de la edad adulta. También existe la posibilidad de que el deterioro asociado con el envejecimiento se haga más pronunciado al aumentar la complejidad de la tarea, aunque los resultados al respecto no son tan claros.²

Independiente de las causas subyacentes, parece evidente que los ancianos tienen mayores dificultades para mantener, manipular e integrar cantidades moderadas de información a lo largo del tiempo que para responder a las necesidades cotidianas que requieren el manejo de cantidades relativamente pequeñas de datos.

- Memoria Episódica: La mayor parte de las quejas relacionadas con memoria hacen referencia a este componente, hecho que ha sido explicado con base en diversos razonamientos, incluyendo la protección del sistema de una sobrecarga de información, el declive en los recursos atencionales y la reducción en los recursos de soporte, incluyendo disminución del riego sanguíneo cerebral, decrecimiento de la velocidad de conducción nerviosa y declive metabólico neural.³

Desde el punto de vista conductual, las dificultades para el mantenimiento de la memoria episódica podrían estar asociadas al carácter no canónico, relativamente impredecible de los acontecimientos objeto de recordación y a la imposibilidad subsecuente de utilizar esquemas y rutinas aprendidas previamente para la codificación y recuperación de la información, lo cual está relacionado con el tipo de información que maneja (novedades), en contraste, con las estructuras responsables de la utilización de la inteligencia cristalizada (eventos consolidados).³

- Memoria Semántica: Dadas las connotaciones de este componente de la memoria, no se presenta un declive significativo del mismo con el paso de los años. En términos generales, el conocimiento y el uso del vocabulario no manifiestan un deterioro sensible hasta los setenta u ochenta años de edad y el descenso de la capacidad de utilizar la información almacenada en la memoria semántica es escaso o inexistente.⁴

No obstante lo anterior, algunos autores han reportado la presencia de alteraciones relacionadas con este componente de la memoria, especialmente en lo relacionado con la evocación de algunas palabras y el recuerdo de nombres, lo cual podría ser explicado también, a partir de la especificidad de la información que se busca, hecho que establece un vínculo muy estrecho con el componente episódico.⁵

Referencias

1. Craik F. Cambios en la memoria humana relacionados con la edad. Envejecimiento Cognitivo. Editorial Panamericana. España. 2002. P: 77 - 78
2. Baddeley A, Hitch GJ. Working Memory. The psychological of learning and motivation. New York Academic Press. 1974. Volumen 8, pp. 47 – 90.
3. Brandsford JD, Franks JJ, Morris CD, Stein BS. Some general constraints on learning and memory research. Levels of processing in human memory. Cermak and Craik Editores. 1979: pp. 331 – 354.
4. Salthouse TA. Cognitive competence and expertise in aging. Handbook of psychology of aging. San Diego, CA Academic Press. 1990: pp. 310 – 19
5. Burke DM, MacKay DG, Worthley JS, Wade E. On the tip of the tongue: ¿What causes word finding failures in young and older adults? Journal of Memory and Language. 1931; (30): 542 – 579.

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LA MEMORIA

Dada la existencia de diferentes esquemas para la evaluación de la función cognitiva y la dificultad para estandarizar los resultados obtenidos en los diferentes grupos etáreos, no ha sido posible alcanzar un consenso en relación con el proceso de evaluación de los distintos tipos de memoria.

Entre las pruebas utilizadas con mayor frecuencia para la evaluación de la memoria en el ámbito clínico, se incluyen:

Pruebas genéricas

Mini Mental State Examination (MMSE)

Desarrollado por Folstein en 1975, es una prueba de tamizaje para demencia, utilizada para evaluar el estado mental de los pacientes en que existe la sospecha de disfunción cognitiva. La prueba comprende la evaluación de cinco apartados que comprueban la capacidad de orientación, la evocación inmediata, la atención, el cálculo, la evocación diferida, el lenguaje (denominación verbal, repetición, comprensión verbal, comprensión lectora y escritura) y la praxia constructiva.¹

Las puntuaciones obtenidas en el MMSE se ven afectadas por la edad, el grado de escolaridad y el medio cultural, por lo que es considerado como una buena herramienta de tamizaje en poblaciones con alto riesgo de demencia y como una prueba adecuada para la

valoración inicial del paciente con sospecha de algún tipo de disfunción cognitiva.²

Habitualmente, el punto de corte para demencia se establece en veinticuatro (24), sin embargo, una puntuación inferior ocasionada como consecuencia de analfabetismo, alteraciones sensoriales o motoras u otros trastornos no relacionados con deterioro cognitivo debe ser ajustada, teniendo en cuenta las áreas que no puedan ser valoradas en forma consistente.^{3, 4}

En Colombia, la prueba ha sido validada por diferentes grupos de investigadores, encontrándose gran especificidad y sensibilidad para el diagnóstico temprano de los trastornos de memoria, específicamente los relacionados con demencias moderadas a severas. De acuerdo con los datos aportados por el grupo de la Clínica de Memoria de la Pontificia Universidad Javeriana, el tiempo promedio de aplicación oscila entre cuatro y ocho minutos, requiriéndose un buen conocimiento de la prueba, dado que los resultados pueden verse alterados por una aplicación inadecuada.⁵

Escala de Depresión Geriátrica (Escala de Yesavage)

Teniendo en cuenta que los individuos que sufren depresión pueden presentar alteraciones en el rendimiento frente a las pruebas de memoria, se utiliza con el fin de descartar la presencia de este trastorno en pacientes con quejas de la función mnésica. Fue diseñada por Brink y Yesavage en 1982, como un instrumento para evaluar el estado afectivo de los ancianos, con base en el hecho que

otras escalas tienden a sobrevalorar síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico.⁶

La versión original, de treinta ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 proposiciones, a partir de las cuales se llevó a cabo un proceso de selección, incluyendo las que se correlacionaban en forma adecuada con la puntuación total y mostraban una validez prueba – repetición más significativa.⁶

Los mismos autores desarrollaron en 1986, una versión de quince ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada. Con posterioridad, otros autores han presentado versiones aún más abreviadas, sin embargo, la validez y la confiabilidad no han sido correlacionadas con tanta precisión como se ha logrado con la de quince distractores.⁶

Cada uno de los apartados de la prueba se valora entre 0 y 1, asignándose la puntuación afirmativa a los síntomas indicativos de trastorno afectivo y la negativa a los de normalidad. El total corresponde a la suma de los valores obtenidos, en un rango de cero (0) a treinta (30) ó de cero (0) a quince (15), según la versión utilizada y un punto de corte de nueve (9) para la escala original y de cinco (5) para la versión abreviada

Los índices psicométricos de la prueba son buenos, mostrando una consistencia interna elevada, una correlación adecuada con otras pruebas de tamizaje y una validez predictiva alta (sensibilidad de 84%

y especificidad de 95% para un punto de corte > 15 y de 100% y 80% respectivamente para un punto de corte > 11), con una relación estadísticamente significativa entre la versión original y la versión abreviada.⁷

Escala de Trastornos de Memoria

Es una prueba de tamizaje, utilizada para la detección temprana de demencia. Incluye la aplicación de un cuestionario al paciente y otro al cuidador, cuyo objetivo está enfocado a establecer las capacidades del paciente y la percepción de quienes comparten con él su ámbito cotidiano.⁵

El instrumento, de fácil aplicación, puede requerir alrededor de cinco minutos, siendo necesaria la utilización por separado a cada uno de ellos. El cuestionario registra el juicio del paciente y su cuidador o familiar, con respecto a la pérdida o conservación de la memoria explícita episódica, siendo este componente, uno de los primeros en afectarse en el curso de las demencias.⁵

Las preguntas incluidas en el cuestionario tienen cuatro opciones de respuesta, con una puntuación de cero en los casos en que se cree que no existe la dificultad de memoria propuesta; un punto, cuando se presenta en raras oportunidades; dos puntos, cuando se da ocasionalmente y tres puntos cuando la situación se presenta con gran frecuencia en la vida cotidiana del individuo valorado con el instrumento.⁵

Se recomienda dar lectura a las preguntas en forma clara y pausada, teniendo en cuenta que aquellas que no sean aplicables a los pacientes objeto de la evaluación (v.g. ¿Tiene dificultad para seguir un programa de televisión?, en los casos en que el paciente no tiene aparato de televisión o no tiene por costumbre llevar a cabo dicha actividad), no deben ser calificadas, entregándose un puntaje final sobre la cifra real de las que han sido efectivamente respondidas (42 o 39 puntos, y no 45, según el caso).

Pruebas específicas

Entre los instrumentos utilizados para la evaluación de componentes específicos de la memoria se incluyen:

Lista de palabras

Es una de las pruebas optativas de la Escala de Memoria de Weschler, que permite evaluar la memoria de trabajo y la de largo plazo, calcular la pendiente de aprendizaje y establecer el porcentaje de retención de información.⁸

Consiste en la presentación de una secuencia de palabras y la solicitud posterior de que las recuerde. La lista se presenta en cuatro ensayos consecutivos, siendo puntuadas las palabras reproducidas, el número de ensayos requeridos para la evocación de la lista, la evocación diferida, la progresión o decrecimiento del aprendizaje y la presencia de fenómenos patológicos como la inclusión de palabras

diferentes, la confusión con otros términos y la perseveración, entre otros.⁸

El puntaje máximo de recuerdo es de cuarenta y ocho (48) puntos en cuatro intentos, los cuales deben incrementarse en forma progresiva a lo largo de la prueba. La curva de aprendizaje puede calcularse con base en la diferencia de los puntos obtenidos en el cuarto intento y los obtenidos en el primero, encontrándose la posibilidad de alcanzar un valor entre menos doce y más doce.

Retención de Dígitos

El recuerdo de dígitos en progresión y regresión se considera la mejor medida de memoria verbal inmediata, sin embargo, no es solamente una tarea que involucra la memoria, sino que se considera también una prueba de valoración del span atencional (amplitud de la atención).⁸

La prueba utilizada comúnmente es un subtest de la Escala de Weschler, en que se requiere que el paciente repita los dígitos pronunciados por el evaluador en orden directo y en orden inverso, aumentándose en forma progresiva la cantidad de datos desde dos hasta siete elementos (dígitos inversos) o hasta ocho elementos (dígitos directos), los cuales pueden ser repetidos en dos intentos cada vez.

La puntuación máxima corresponde a dieciséis en la parte que corresponde al orden directo y a catorce en la que corresponde al

inverso, incluyendo la puntuación obtenida en el intento (cero o un punto por respuesta) y la puntuación del elemento, esta última resultante de la suma de los resultados obtenidos en los dos intentos realizados.

En la mayor parte de los individuos, la retención de dígitos en regresión (orden inverso), requiere una menor amplitud atencional que la de los dígitos en progresión, siendo esta última parte de la prueba más resistente al fenómeno del envejecimiento cognitivo, pero más sensible a los factores educacionales.

Figura compleja de Rey – Osterrieth

La figura compleja de Rey es una de las tareas cognitivas más utilizadas para la evaluación de las habilidades constructivas (copia de la figura) y de la memoria no verbal (reproducción inmediata o diferida). La aplicación de la prueba consiste en solicitar al sujeto examinado que copie la figura compleja modelo a mano y sin límite de tiempo, valorándose la capacidad de organización y planificación de estrategias para la resolución de problemas así como su capacidad viso - constructiva.⁹

Posteriormente, sin previo aviso y sin la ayuda del modelo, el examinado debe reproducir inmediatamente y a los 30 minutos, la misma figura, con el fin de evaluar su capacidad de recuerdo material no verbal. Para efectos prácticos, dichos intentos se denominan intento 1 (mientras se observa la figura directamente), intento 2 (sin

mirar la figura) e intento 3 (a los 30 minutos de realizada la primera prueba).¹⁰

Cada uno de los intentos da lugar a una puntuación determinada sobre una escala que oscila entre un puntaje mínimo de cero (0) y uno máximo de treinta y seis (36) puntos (Taylor, 1998), los cuales se obtienen a partir de la inclusión de dieciocho elementos de la figura, a cada uno de los cuales se asigna un valor de dos (2) puntos. El valor de corte en un adulto normal promedio es de treinta y dos (32) puntos.¹¹

Memoria semántica

La evaluación de la memoria semántica se puede realizar utilizando la subprueba de vocabulario de la Escala de Inteligencia de WAIS – III, la cual evalúa dicho componente de la memoria mediante la exploración de treinta y tres (33) elementos conceptuales de uso frecuente (cama, barco, desayuno, invierno, reunir, reparar, ayer, meditar, consumir, santuario, impedir, repugnancia, rechazo, confiar, generar, entre otros).¹²

Cada uno de los elementos es valorado con cero (0), uno (1) o dos (2) puntos, de acuerdo con la calidad de las respuestas. La puntuación máxima es de sesenta y seis (66) puntos, encontrándose determinado el valor promedio por el nivel cultural, el grado de instrucción formal y otros condicionantes de la misma naturaleza. La prueba se da por finalizada al terminar la evaluación de los ítems propuestos o al

obtener seis puntuaciones consecutivas de 0 (cero), en el desarrollo de la misma.¹²

Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey (AVLT)

Es una prueba utilizada para valorar la curva de aprendizaje verbal, la memoria inmediata, la memoria inferencial, el recuerdo y el reconocimiento.

La curva de aprendizaje verbal refleja la eficacia de este proceso en el tiempo y se representa en un diagrama que contrasta el número de respuestas acertadas (eje vertical) con una escala temporal (eje horizontal).

Adicionalmente, la prueba evalúa la memoria inmediata, el efecto de la interferencia en la retención de información, el recuerdo y el reconocimiento.

El Test de Memoria de Randt

Evalúa muchas de las funciones de memoria que se encuentran incluidas en la Escala de Wechsler, sin embargo, ofrece algunas mediciones adicionales como el aprendizaje incidental y la memoria remota.

Se divide en diferentes secciones que abarcan la memoria primaria, la memoria asociativa, la memoria discursiva y la memoria incidental, e

incluye otras secciones referidas a información general, reconocimiento de imágenes y un ejercicio que permite valorar la eficacia del recuerdo.

Consta de cinco grupos de tarjetas con veintidós imágenes cada uno, por medio de las cuales se evalúan la disponibilidad de información general del paciente, el conocimiento de acontecimientos actuales, el aprendizaje verbal, el manejo de dígitos directos e inversos, la memoria asociativa, la comprensión verbal, la memoria discursiva y la capacidad de reconocimiento.

Cuestionario de Olvidos Cotidianos

Utilizado para la evaluación de la memoria subjetiva, corresponde a la versión española del Cuestionario de Autoevaluación de la Memoria (QAM), consta de sesenta y ocho preguntas cerradas relacionadas con olvidos de la vida cotidiana, distribuidas en diez temas, que incluyen además una pregunta abierta que permite recoger la información que puede escaparse de los apartados incluidos en el mismo.¹³

La aplicación del cuestionario requiere una explicación previa de lo que se pretende indagar y de la forma como debe ser diligenciado, específicamente en lo relacionado con la escala de valoración, la cual consta de seis “etiquetas”, que corresponden a otros tantos puntos en una escala de Liker, pudiendo ser utilizados puntajes equivalentes para la recolección de la información.¹³

Los apartados incluidos en la prueba indagan acerca de olvidos en las conversaciones, en la lectura de libros y en el seguimiento de películas, distracciones de la vida cotidiana, caras y detalles de las personas conocidas, dificultad para aprender o recordar el manejo de objetos nuevos, conocimientos sociales e históricos generales, memoria espacial, memoria prospectiva, autobiografía y relación de los trastornos referidos con eventos de la vida del paciente.¹³

Referencias

1. Minimental State Examination. Medicina Geriátrica. Documento electrónico disponible en: <http://www.medicinageriatrica.com.ar/archivos/MMSE.pdf>
Última consulta: Julio de 2010
2. Lucas J.A. Disorders of memory. Psychiatric Clinics of North America. 2005; 28(3): 581-97, 594.
3. Gómez N, Bonnin B, Gómez M, Yañez B, González A. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. Rev Cubana Med. 2003; 42 (1): 12 – 7.
4. Goldstein M.A. Neuropsychiatric Assessment. Psychiatric Clinics of North America. 2005; 28 (3): 507 - 47.
5. Cano C. Diagnóstico y Tratamiento de las Demencias. Clínica de Memoria. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, 1999.
6. D'Art P, Katona P, Mullan E et al. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders: The acceptability and performance of the 15-item geriatric depression scale (GDS 15) and the development of shorter versions. Fam Pract 1994; 11: 260-266.
7. Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psych Res 1983; 17: 37 – 49.
8. Ardila A, Roselli M. Neuropsicología Clínica. Editorial Manual Moderno. México. 2007. Pp: 265, 269, 273.
9. Leturia FJ, Yanguas JJ, Arriola E, Uriarte A. La Valoración de las Personas Mayores: Evaluar para conocer, conocer para intervenir. Editorial Caritas. 2001. Documento electrónico disponible en:

http://books.google.com.co/books?id=kSODiG5hOUC&pg=PA84&lpg=PA84&dq=figura+compleja+de+Rey+en+ancianos&source=bl&ots=l7932ljDQH&sig=1tJn1DCt5smvOC7EC6I7CP_L3SM&hl=es&ei=xzHSSrDnB5Pltge1aWABA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CAGQ6AEwAA#v=onepage&q=figura%20compleja%20de%20Rey%20en%20ancianos&f=false

Ultima entrada: Agosto 2010.

10. Cortés SJF, Galindo VMG, Salvador CJ. La figura compleja de Rey: Propiedades psicométricas. Salud Mental. 1996; 19 (3): 42 – 48.
11. Berg R, Pranzon J, Wedding T. Exploración del deterioro orgánico cerebral. Manual para la Práctica de la salud mental. Universidad de Barcelona. 2000.
12. Weschler D. WAIS – III. The psychological Corporation. Ediciones TEA. 1999
13. Bennett – Levy J, Powell GE. The Subjective Memory Questionnaire. An investigation into the self reporting of real life memory skills. British Journal of Social and Clinical Psychology. 1980; 19: 177 – 188.

DESEMPEÑO DEL ADULTO MAYOR FRENTE A UNA BATERÍA DE PRUEBAS DE MEMORIA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

Un estudio, llevado a cabo por Palacios y Morales (2010), con el objetivo de evaluar el desempeño de la memoria en un grupo de ancianos sin demencia, institucionalizados en la ciudad de Bogotá, permitió identificar algunas características de la función mnésica en este grupo etáreo.

La investigación se fundamentó en la aplicación de un juego de pruebas neuropsicológicas seleccionadas de acuerdo con los siguientes referentes:

1. Características de las pruebas de evaluación: uso común en el ámbito clínico, facilidad de aplicación y confiabilidad en pacientes sin trastornos cognitivos manifiestos.
2. Desempeño de un grupo de control en pruebas piloto de los instrumentos seleccionados, respecto a la actitud frente a las pruebas, el tiempo de ejecución, el grado de colaboración con los investigadores y el nivel de comprensión de la prueba.
3. Disponibilidad de la versión original de los instrumentos para su aplicación.

Los criterios de inclusión utilizados para definir la participación de los adultos mayores en el estudio fueron:

1. Institucionalización en alguno de los hogares de larga estancia incluidos en la muestra.
2. Voluntad de participación en el estudio (autorización de la familia en los casos en que se manifieste expresamente).
3. Posibilidad de acceso a los datos clínicos del paciente y legibilidad de los registros.
4. Edad mayor de sesenta años.
5. Nivel de escolaridad mínimo de 5 años.
6. Ausencia de patologías sistémicas, neurológicas o psiquiátricas que afecten el desempeño cognitivo.
7. Resultados negativos para trastornos de la cognición en las pruebas de tamizaje.
8. Disponibilidad de tiempo, comprensión y actitud de colaboración para la ejecución completa de las pruebas.

Entre los criterios de exclusión se plantearon:

1. Falta de colaboración para la realización de las pruebas de tamizaje para trastornos cognitivos.
2. Resultados sugestivos de cualquier tipo de trastorno cognitivo en las pruebas de tamizaje.
3. Ejecución incompleta de las pruebas por falta de comprensión, actitud negativa del paciente, cansancio físico o escasa disponibilidad de tiempo.

Por muestreo aleatorio simple, se escogieron 175 hogares de larga estancia (57.4% del total centros de bienestar del anciano que

cumplen con los requisitos formales de funcionamiento y se encuentran registrados en las bases de datos especializadas en la ciudad de Bogotá), en los que se encontraban institucionalizados 7351 adultos mayores.

Todos los pacientes fueron tamizados de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, siendo eliminados 5234 adultos mayores (71.2%) por enfermedades sistémicas (hipertensión arterial, arterioesclerosis, diabetes mellitus con compromiso vascular), neurológicas (apoplejía, enfermedad de Parkinson, deterioro cognitivo leve) y psiquiátricas (esquizofrenia simple, trastorno bipolar, depresión simple), analfabetismo funcional, nivel de escolaridad por debajo del promedio y falta de voluntad, individual y/o familiar, de participar en la investigación.

Los datos obtenidos a partir de los registros clínicos y la aplicación del instrumento de caracterización a los sujetos incluidos en el grupo de estudio (n = 2117), mostraron una mayor concentración de pacientes entre los 70 y los 74 años de edad (36.2%), con una clara predominancia del sexo femenino sobre el masculino, en una proporción de uno a cinco, siendo más notoria la diferencia en los grupos de mayores de 75 años de edad, en los cuales la proporción alcanza una relación de uno a siete, hecho coincidente con los datos evidenciados en diferentes estudios llevados a cabo en la ciudad de Bogotá.

La mayor parte de los pacientes incluidos en el estudio (78%), no completaron la educación secundaria, cuarenta punto ocho por ciento (40.8%) del grupo, solamente alcanzó el quinto grado de primaria y treinta y siete punto dos por ciento (37.2%), superó este nivel de educación en dos o tres años. El porcentaje restante (22%), manifestó haber concluido la educación secundaria y únicamente seis por ciento (6%), haber alcanzado un título universitario de pregrado (4%) o de post grado (2%).

Referentes de aplicación

Los referentes de aplicación de las pruebas, incluyeron el tiempo de ejecución, el grado de dificultad y la comprensión de las actividades por parte de los ancianos. A partir de lo anterior, se obtuvieron los siguientes resultados:

Minimental Test: El tiempo promedio de aplicación de la prueba fue de cinco minutos, con un rango que osciló entre cuatro y siete minutos. No se presentaron dificultades significativas para el cumplimiento de las actividades propuestas ni para la comprensión de las tareas por parte de los adultos mayores evaluados.

Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage): Durante la prueba piloto de la versión corta de la escala (15 ítems), se estableció un tiempo promedio de aplicación de cinco minutos, con un rango entre 4 y de 6.5 minutos. No se presentaron dificultades significativas para el

cumplimiento de las actividades propuestas ni para la comprensión de las tareas por parte de los adultos mayores evaluados.

Escala de Trastornos de Memoria: El tiempo promedio de aplicación fue de 9 minutos, encontrándose algunas dificultades para la valoración de las respuestas del cuidador, dado que en algunos hogares no existe un seguimiento adecuado del comportamiento de los ancianos que residen en la institución, en relación con las actividades incluidas en la escala.

Las preguntas 2 (¿Tiene dificultades para seguir una película, emisión de televisión o libro?), 7 (¿Se ha perdido en lugares familiares?), 9 (¿Le ha sucedido que olvide cosas como apagar la estufa, cerrar con llave, etc.?) y 13 (¿Necesita anotar todo?), tuvieron que dejar de ser calificadas ausencia raíz de la falta de contextualización, diferencias con las rutinas cotidianas de los pacientes institucionalizados y falta de información por parte del cuidador de los mismos.

El puntaje promedio de la prueba en los 210 individuos que alcanzaron a ser evaluados con el instrumento fue de 8/36, con un rango de variación entre 6/39 y 12/45, lo cual puede considerarse normal dentro de las condiciones de los adultos mayores incluidos en el estudio.

Dadas las consideraciones anteriores y el hecho que existen otras pruebas de mayor sensibilidad y facilidad de manejo para ser

aplicadas en el tamizaje de trastornos cognitivos, se decidió descartar la utilización del instrumento.

Lista de palabras: El tiempo promedio de aplicación fue de 16 minutos, con un mínimo de 14 y un máximo de 26 minutos. No se evidenciaron limitaciones respecto a la comprensión ni a la ejecución de la prueba ni se detectaron dificultades en la aplicación del instrumento al grupo de adultos mayores evaluados.

Retención de dígitos: El tiempo promedio de aplicación fue de siete minutos, con un rango entre seis y nueve minutos. No se presentaron dificultades de comprensión, no se evidenciaron limitaciones respecto a la ejecución de las tareas cognitivas ni se plantearon dificultades significativas en la aplicación del instrumento.

Figura compleja de Rey: Dado que la tercera parte de la prueba se debe llevar a cabo treinta minutos después del inicio y que con el desarrollo de la segunda fase de la evaluación, es posible evaluar el desempeño de la memoria visual, se tomó la decisión de eliminar la última fase para reducir el tiempo de valoración de los ancianos objeto de estudio.

Bajo esas condiciones, el tiempo promedio de ejecución fue de 12.5 minutos, con un mínimo de 10 y un máximo de 14.5 minutos. No se detectaron dificultades para la aplicación del instrumento ni se plantearon problemas de comprensión y/o desarrollo de la tarea cognitiva por parte de los individuos evaluados.

Memoria semántica: La aplicación de la prueba de vocabulario del WAIS - III se llevó a cabo en un tiempo promedio de 22 minutos, con un rango que osciló entre los 18.5 y los 24 minutos. Se encontraron algunas dificultades relacionadas con la falta de comprensión de algunos de los términos incluidos en la prueba y una actitud un tanto negativa frente a la actividad propuesta, sin embargo, todos los participantes completaron las tareas cognitivas dentro de los lapsos de tiempo mencionados anteriormente.

Desempeño frente a las pruebas

A continuación, se presenta la descripción de los resultados del desempeño de los adultos mayores incluidos en el estudio, frente a las pruebas de evaluación de memoria.

Mini mental Test (MMSE)

De acuerdo con los criterios establecidos para considerar la existencia de trastornos cognitivos, se estableció el punto de corte en 24 puntos, encontrándose que la mayor proporción de pacientes se ubicó en un rango entre 24 y 26 puntos (65.4%).

El puntaje mínimo para la inclusión en el estudio (24 puntos,) fue obtenido por el veintiuno punto tres por ciento (21.3%) de los ancianos valorados y el puntaje máximo de la prueba (30 puntos) por el cuatro por ciento (4%) de la población objeto de evaluación. Las

puntuaciones inferiores determinaron la exclusión de la investigación (Tabla 1)

Puntajes	Frecuencia	Porcentaje
24	451	21.3
25	492	23.2
26	442	20.9
27	252	11.9
28	292	13.8
29	103	4.9
30	85	4.0

Tabla 1. Resultados Minimental Test

Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage)

El puntaje de corte establecido para la inclusión en el estudio fue de cinco puntos, encontrándose puntajes de cero en el doce por ciento (12%), de dos en el treinta y uno punto nueve por ciento (31.9%) y de cinco en el cinco punto tres por ciento (5.3%) de los ancianos evaluados. (Tabla 2)

Lista de palabras

Los resultados obtenidos en la ejecución de la prueba de lista de palabras, evidenciaron un desempeño promedio del cincuenta al sesenta por ciento del valor máximo en cada uno de los intentos, observándose una mejoría relativa del desempeño a medida que se

lleva a cabo la repetición de la lista por parte de los investigadores. Las mayores frecuencias se ubicaron en un promedio entre 5 y 7 palabras. (Tablas 3, 4 y 5)

Puntajes	Frecuencia	Porcentaje
0	257	12.1
1	432	20.4
2	675	31.9
3	453	21.4
4	188	8.9
5	112	5.3

Tabla 2. Resultados Escala de Depresión Geriátrica

Palabras promedio	Frecuencia	Porcentaje
5	956	45.2
6	669	31.6
7	457	21.6
8	35	1.6
9	0	0
10	0	0
11	0	0
12	0	0

**Tabla 3. Listado de Palabras
(Intento 1)**

Palabras promedio	Frecuencia	Porcentaje
5	743	35.1
6	791	37.4
7	523	24.7
8	46	2.2
9	14	0.6
10	0	0
11	0	0
12	0	0

**Tabla 4. Listado de Palabras
(Intento 2)**

Palabras promedio	Frecuencia	Porcentaje
5	603	28.5
6	843	39.8
7	611	28.9
8	53	2.5
9	7	0.3
10	0	0
11	0	0
12	0	0

**Tabla 5. Listado de Palabras
(Intento 3)**

En el cuarto intento de evocación de la lista de palabras, se observó un estancamiento de los valores promedio de recuerdo, en lo que hace referencia a la amplitud atencional y de la memoria operativa. (Tabla 6).

Palabras promedio	Frecuencia	Porcentaje
5	782	36.9
6	765	36.1
7	513	24.2
8	55	2.7
9	2	0.1
10	0	0
11	0	0
12	0	0

**Tabla 6. Listado de Palabras
(Intento 4)**

El recuerdo a corto plazo, evaluado mediante la inclusión de una lista alterna de palabras, evidenció el recuerdo de un promedio de 6.5 palabras, con un mínimo de cinco palabras en una proporción baja de adultos mayores (2.7%) y un máximo de ocho palabras en una quinta parte del grupo. Ninguno de los sujetos de investigación, alcanzó el puntaje máximo de la prueba, hecho que coincidió con los intentos previos de evocación del recuerdo. (Tabla 7)

Palabras promedio	Frecuencia	Porcentaje
5	58	2.7
6	835	39.4
7	831	39.3
8	393	18.50
9	0	0
10	0	0
11	0	0
12	0	0

**Tabla 7. Listado de Palabras
Recuerdo a Corto Plazo**

Retención de Dígitos

El puntaje promedio en la prueba de dígitos directos fue de diez (10), con una frecuencia mínima de siete (5.3%) y una máxima de 13 puntos (0.6%), concentrándose la mayor parte de los individuos en un desempeño variable entre ocho y diez puntos. Ningún individuo alcanzó la máxima puntuación posible en el desarrollo de la tarea cognitiva. (Tabla 8)

La puntuación promedio en la ejecución de la prueba de dígitos inversos fue de ocho (8), encontrándose una distribución más homogénea que en el caso anterior, con una frecuencia mínima de cinco puntos (20.4%) y una máxima de siete puntos (24.5%).

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
7	112	5.3
8	832	39.3
9	503	23.8
10	427	20.2
11	125	5.9
12	104	4.9
13	14	0.6
14	0	0
15	0	0
16	0	0

**Tabla 8. Retención de Dígitos
(Orden Directo)**

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
5	432	20.4
6	451	21.3
7	517	24.5
8	403	19.0
9	195	9.3
10	76	3.6
11	43	1.9
12	0	0
13	0	0
14	0	0

Tabla 9. Retención de Dígitos (Orden inverso)

Aunque se manifestaron algunas inquietudes respecto a la complejidad de la tarea en la fase previa a su aplicación, no se encontraron dificultades objetivas al respecto. Ninguno de los participantes alcanzó el máximo desempeño previsto. (Tabla 9)

Figura Compleja de Rey

Como se mencionó en la fase de contextualización de los instrumentos, la ejecución de la prueba se limitó a las dos primeras fases (copia y reproducción inmediata), descartándose la tarea relacionada con la elaboración de la figura treinta minutos después de la última observación.

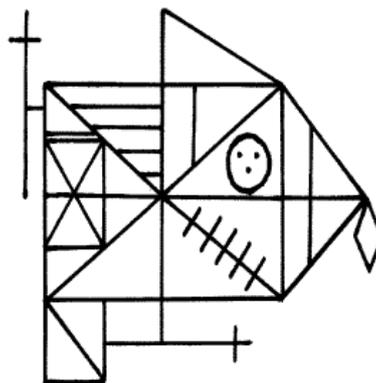


Figura compleja de Rey

Sobre una escala de treinta y seis puntos posibles, se obtuvo un desempeño promedio de treinta y un puntos, con una mayor frecuencia en los puntajes de 27 y 28 (44% y 28.4% respectivamente).

El puntaje mínimo fue de 26, en el seis punto nueve por ciento (6.9%) y el máximo de 36, en una proporción muy baja de pacientes (0.1%). (Tabla 10)

Las frecuencias obtenidas en la segunda parte de la prueba (elaboración de la figura sin modelo), se mantuvieron relativamente estables con respecto a la copia inicial de la misma. No obstante lo anterior, el desempeño promedio se redujo a veintinueve punto cinco (29.5), con un mínimo de 26 en el trece por ciento del grupo y un máximo de 33 en el cero punto dos por ciento (0.2%) de los ancianos objeto de evaluación.

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
26	147	6.9
27	932	44.0
28	601	28.4
29	156	7.3
30	58	2.7
31	84	4.0
32	12	0.6
33	60	2.8
34	38	1.9
35	27	1.3
36	2	0.1

**Tabla 10. Figura Compleja de Rey
(Copia)**

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
26	275	13.0
27	632	29.9
28	863	40.8
29	249	11.7
30	65	3.0
31	21	1.0
32	9	0.4
33	3	0.2
34	0	0
35	0	0
36	0	0

**Tabla 11. Figura Compleja de Rey
(Memoria Visual)**

Vocabulario

La mayor frecuencia de respuestas positivas se ubicó en la franja de 30 a 39 puntos (78%), con una puntuación mínima de 20 a 29 (7.5%) y una máxima de 50 a 59 (0.2%).

Ninguno de los individuos que ejecutaron la prueba, obtuvo un desempeño inferior a veinte (20) puntos ni superior a cincuenta y nueve (59) puntos, ubicándose una proporción muy significativa del grupo (92.3%), en la franja ubicada entre treinta y cuarenta y nueve

puntos, lo que representa una ejecución promedio entre cincuenta y setenta por ciento, con un claro predominio de las frecuencias ubicadas entre 30 y 39 puntos. (Tabla 12)

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
0 a 9	0	0
10 a 19	0	0
20 a 29	159	7.5
30 a 39	1653	78
40 a 49	302	14.3
50 a 59	3	0.2
> 60	0	0

**Tabla 12. Prueba de Vocabulario
(Memoria Semántica)**

Discusión

En los últimos años se ha suscitado un interés muy grande por develar los fenómenos que subyacen al envejecimiento cognitivo, hecho que ha dado lugar al desarrollo de investigaciones en diferentes ámbitos, incluyendo la biología, la antropología, la psicología, la gerontología, la inteligencia artificial y la neurología entre otros.¹

No obstante lo anterior, la comunidad científica aún se encuentra lejos de conocer en detalle la forma como se llevan a cabo los procesos de almacenamiento y recuperación de experiencias y el modo en que

dicha información influye sobre la conducta de los seres humanos, permitiéndoles responder en forma adecuada a las demandas del contexto.¹

Independiente de los mecanismos que determinan la calidad de la memoria en la época de la vejez, la mayor parte de los investigadores coincide en el hecho que el rendimiento de esta importante función cognitiva tiene un declive progresivo desde la adultez temprana, encontrándose pérdidas más significativas en unas áreas que en otras.²

En términos generales, las investigaciones han evidenciado la existencia de déficit en la evocación de la información (recuerdo libre y recuerdo con claves), en el recuerdo de acciones que deben ser realizadas en el futuro inmediato (memoria prospectiva) y en la ejecución de tareas que involucran la memoria operativa (mantener en la mente información a corto plazo mientras se trabaja con ella o se llevan a cabo otras tareas cognitivas).³

En contraste, la memoria primaria (memoria de corto plazo), la memoria procedimental, la memoria semántica, la memoria asociada con las emociones y la memoria autobiográfica se conservan relativamente estables, en forma independiente del paso del tiempo en el individuo.³

En esa misma línea, de acuerdo con Ruiz – Vargas, "... el patrón asociado a la edad de pérdidas y de estabilidad en el funcionamiento de la memoria también se ha reflejado en términos de la dicotomía

memoria explícita (que acusa significativamente el paso de los años) y memoria implícita (que se mantiene preservada, o sólo se ve ligeramente afectada, en la vejez)...”

Por otra parte, aunque se considera que este declive “fisiológico” de la memoria puede encontrarse presente en más del cuarenta por ciento de los adultos mayores de sesenta años, no existe evidencia comprobada de que se encuentre asociado con la aparición de demencia u otros trastornos cognitivos relacionados, manteniéndose vigente la incertidumbre respecto a su condición de normalidad o anormalidad en los seres humanos.^{4, 5}

Curiosamente, a pesar de la importancia del fenómeno del envejecimiento “normal” de la memoria, la mayoría de las investigaciones respecto a este hecho se han llevado a cabo en individuos con algún tipo de alteración, encontrándose más bien pocas referencias a los cambios fisiológicos resultantes del paso del tiempo y al impacto que puedan tener en la vida cotidiana de los adultos mayores sin patología clínica manifiesta.

Entre las causas probables de la dificultad para acceder al conocimiento de los mecanismos que subyacen a los cambios de la memoria relacionados con la edad, se incluyen la dificultad para ubicar grupos significativos de ancianos sin trastornos cognitivos que participen en estudios acerca del tema, la posibilidad de acceder fácilmente a dichos individuos, la actitud frente al desarrollo de las

tareas previstas y la condición física y mental requerida para el cumplimiento cabal de las pruebas.

De hecho, en el presente estudio, fueron descartadas más de las dos terceras partes de la población, como consecuencia de la identificación de enfermedades sistémicas, neurológicas o psiquiátricas capaces de afectar la cognición, de la negativa de los individuos seleccionados y/o sus familias a participar en el estudio, del cansancio físico o mental para el cumplimiento de las actividades previstas y de la pérdida del interés y/o la atención necesarias para dicho fin.

Los resultados obtenidos en las pruebas de tamizaje inicial (Minimal test de Folstein y Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage), se correlacionan adecuadamente con los referentes establecidos en la literatura. Este hecho no reviste particular importancia en este estudio, porque los criterios de selección establecían la obligatoriedad de que los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos referidos se encontraran por encima de los puntos de corte para trastornos cognitivos.

En cuanto a las pruebas específicas de evaluación de memoria, es necesario mencionar que la prueba propuesta para la valoración de las quejas subjetivas de memoria, tuvo que ser eliminada en la fase de prueba piloto de los instrumentos, dada la extensión del tiempo requerido para su aplicación, las dificultades encontradas en la

comprensión de algunos de los distractores y la ausencia de validación en el contexto propuesto en la investigación.

Los otros instrumentos utilizados en el estudio fueron validados en la prueba piloto como herramientas de fácil aplicación, adecuada comprensión por parte de los ancianos, racionalidad en el tiempo de ejecución y pleno cumplimiento de las tareas cognitivas.⁶

Tres de las pruebas realizadas (vocabulario, lista de palabras, retención de dígitos), corresponden a subpruebas de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS), una de las baterías más utilizadas para valorar el funcionamiento cognitivo en los ámbitos clínico e investigativo en adultos y ancianos, mientras que la figura compleja de Rey, es una prueba utilizada comúnmente para la investigación acerca de la organización perceptual y la memoria visual en diferentes grupos etáreos.⁷

La elección de pruebas comunes en neuropsicología clínica de forma preferente respecto al uso de test estandarizados (protocolos fijos), se definió con base en el enfoque neuropsicológico de las últimas décadas, en el cual se propone llevar a cabo investigación en sujetos individuales antes que comparar grupos heterogéneos clasificados en síndromes clínicos definidos.⁸

Los datos obtenidos en la lista de palabras, evidenciaron un desempeño promedio que concuerda con lo planteado por López (2003), con respecto al rendimiento cognitivo de los adultos mayores.

Por otra parte, la ejecución evidenció una leve mejoría en los procesos de almacenamiento y evocación del recuerdo, en la medida en que se dio la progresión de los diferentes intentos contemplados en la tarea cognitiva.⁸

La repetición sucesiva de las palabras condujo al mejoramiento de la memorización verbal durante los tres primeros intentos, sin embargo, se observó un estancamiento relativo en el último intento, lo cual podría ser explicado por la pérdida del interés en la tarea y/o por el cansancio físico o mental asociado con la prueba, hecho que podría tener relación con su aplicación después de cuarenta minutos del inicio de la valoración.

El recuerdo a corto plazo evidenció una predominancia en las frecuencias de cinco a ocho puntos. No se encontraron referencias de desempeño definidas como anormales, hecho que dificulta la interpretación de los datos y hace necesario contrastar los hallazgos individuales con las quejas expresadas por el individuo en relación con su memoria y con los resultados de otras pruebas neuropsicológicas complementarias.

La mayor frecuencia en la prueba de dígitos en orden directo, se ubicó entre ocho y diez puntos (series de cinco y seis dígitos), dato que se correlaciona con la amplitud atencional y la capacidad de la memoria a corto plazo. En esas condiciones, el rendimiento promedio de los adultos mayores evaluados es de un cincuenta y cinco por ciento en relación con el máximo valor esperado, lo cual es coincidente con lo

planteado por Kelley (2004) y posiblemente explicado a partir de la calidad de la atención y/o de la reducción en la efectividad de la memoria de corto plazo.⁹

En cuanto a la puntuación obtenida en la prueba de dígitos en orden inverso, se evidenció una leve disminución del desempeño global, aunque la proporción de individuos ubicados en el percentil cincuenta de rendimiento cognitivo se mantuvo constante. Estos resultados podrían estar asociados con las alteraciones atencionales mencionadas anteriormente y/o con el declive funcional de los procesos de manipulación de información y realización de tareas cognitivas simultáneas (memoria de trabajo), descritas en la literatura en este grupo de edad.¹⁰

Vale la pena anotar que se observó una actitud negativa (rechazo, inquietud, temor), por parte de algunos sujetos del grupo de estudio, durante la fase de explicación de la prueba, lo cual podría condicionar un desempeño inferior al esperado, dadas las implicaciones de los procesos afectivos en la cognición.

La aplicación de la figura compleja de Rey estuvo acompañada de manifestaciones de desconfianza frente a la capacidad individual de ejecución de la prueba. Un poco más de setenta y dos por ciento de los adultos mayores evaluados obtuvieron entre 27 y 28 puntos en la actividad de copia de la figura, lo que sugiere que la organización de la percepción visual se encuentra relativamente conservada.¹¹

En la ejecución de la reproducción sin modelo, se observó una disminución leve del desempeño, sin embargo, el promedio del grupo respecto a la puntuación máxima se mantuvo constante. En términos generales, los resultados obtenidos en esta fase de la prueba se correlacionan de forma aceptable con los alcanzados en la primera, encontrándose un rendimiento de 50% a 60% de la memoria visual en los adultos mayores evaluados, el cual se encuentra dentro de los parámetros planteados anteriormente.¹²

La ejecución de la prueba de vocabulario presentó algunas limitaciones, puestas de presente por los propios sujetos de estudio, relacionadas con el grado de escolaridad y con el nivel cultural. No obstante lo anterior, el rendimiento de los adultos mayores evaluados alcanzó un nivel medio de desempeño, el cual podría estar asociado a falta de claridad conceptual respecto a los distractores incluidos en la prueba o a un nivel de escolaridad insuficiente para el abordaje de la misma en condiciones adecuadas.

En términos generales, los datos obtenidos en el estudio coinciden con los planteamientos de Kelley (2004), en relación con el declive funcional de la capacidad de manipulación de información (memoria a corto plazo), la ubicación de la información en tiempo y espacio (memoria episódica), la conceptualización (memoria semántica), el uso de la información almacenada en forma inconsciente (memoria implícita) y el recuerdo libre de palabras e historias (memoria a largo plazo).⁹

Una limitación encontrada en el análisis global de las pruebas realizadas y de los desempeños obtenidos, está relacionada con la naturaleza descriptiva de la investigación y con la ausencia de datos estadísticamente significativos acerca de la ejecución de las pruebas referidas en población geriátrica institucionalizada, hecho que impide el contraste de la información proveniente del estudio con datos de otros grupos.

Otra limitación importante radica en la dificultad para contextualizar los datos obtenidos con la realidad cotidiana de los pacientes, en otras palabras, la validez ecológica de las pruebas, concepto que se utiliza desde hace varios años para describir ciertos aspectos de las tareas de evaluación que tienen que ver con el día a día del individuo, en otras palabras, la percepción de la tarea realizada y su nivel de significación en la rutina del anciano.⁸

Es importante continuar indagando acerca del funcionamiento normal de la memoria en los adultos mayores e intentar establecer una correlación estadística entre las variables biológicas, psicológicas y sociales que influyen la cognición de los seres humanos con la percepción subjetiva respecto a la condición personal de la memoria y con el desempeño alcanzado en pruebas neuropsicológicas utilizadas en la práctica cotidiana.

Referencias

1. Ruiz – Vargas JM. Envejecimiento y Memoria: ¿Cómo y porqué se deteriora la memoria con la edad? *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008; 43 (5): 268 – 70
2. Balota DA, Dolan PO, Duchek JM. Memory changes in healthy older adults. En: Tulving E, Craik F, editors. *The Oxford Handbook of Memory.* Nueva York: Oxford University Press; 2000. p. 395-409.
3. Hedden T, Gabrieli JD. Insights into the ageing mind: A view from cognitive neuroscience. *Nature Rev Neurosci.* 2004;5:87-96.
4. Small SA. Age-related memory decline: current concepts and future directions. *Arch Neurol.* 2001; 58:360-4.
5. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, FAnacelos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol.* 1999; 56:303-38.
6. Paolo, A. R. y Ryan, J. J. (1991). Application of WAIS-R short forms to persons 75 years of age and older. *Journal of Psychoeducational Assessment,* 9 (4), 345-352.
7. Paolo, A.M. y Ryan, J.J. (1993). WAIS – R abbreviated forms in the elderly: A comparison of the Satz – Mogel with a seven subtests short form. *Psychological Assessment,* 5, 425 – 429.
8. Leivovich N, Schmidt V. Reflexiones acerca de la evaluación psicológica y neuropsicológica. *Revista Argentina de Neuropsicología.* 2008; 12: 21 – 28.
9. Kelley R.E. Memory Complaints and Dementia. *Primary Care.* 2004; 31 (1): 129 – 48.

10. Bennett D. Mild Cognitive Impairment. Clinics of Geriatric Medicine. 2004; 20: 15 -25.
11. Cortés SJF, Galindo VMG, Salvador CJ. La figura compleja de Rey: Propiedades psicométricas. Salud Mental. 1996; 19 (3): 42 – 48.
12. López O.L. Clasificación del deterioro cognitivo leve en un estudio poblacional. Rev Neurol. 2003; 37: 140 – 4.

Apéndice 1

ALTERACIONES SUBJETIVAS DE MEMORIA

Camila Montaña Rodríguez¹
Juliana Sánchez

Los problemas de memoria son un motivo de consulta frecuente en la población geriátrica, sin embargo, no siempre son atendidos en forma adecuada, por la falta de conocimiento acerca de la naturaleza de dichas alteraciones.

El término “quejas de memoria” hace referencia a la expresión subjetiva de padecer alteraciones de la función mnésica y forman parte de la metamemoria o del conocimiento que cada individuo posee acerca de su propia memoria y de la capacidad de control de la misma.

Las quejas de memoria son muy frecuentes en los adultos mayores de 65 años y han cobrado gran importancia en las últimas décadas, dada la posible relación existente con las demencias.

Crook las incluyó en el diagnóstico del deterioro de la memoria asociado con la edad (AAMI), en forma coincidente, Blackford y La Rue las consideraron como alteraciones de la memoria relacionada con la edad u olvidos propios de la edad avanzada, encontrándose que dichos autores no proponen el término quejas en cuanto a un

¹ Estudiantes X semestre. Facultad de Medicina Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.

criterio subjetivo, sino a evidencia objetiva de la disminución en el rendimiento de la memoria.

La Asociación Internacional de Psicogeriatría considera las quejas de memoria como un criterio subjetivo referido a la “disminución de las funciones cognitivas, asegurado por el sujeto o un informante fiable”, mientras que Petersen, en la categorización del Deterioro Cognitivo Leve (DCL), las concibe como uno de los criterios para el diagnóstico del trastorno y agrega que “en lo posible deben ser corroboradas por un informador cercano al paciente”.

Entre los factores asociados a la aparición de alteraciones de memoria en sujetos sin demencia, se incluyen edad avanzada, bajo nivel educativo, género femenino y existencia de trastornos psicoafectivos, incluyendo ansiedad, depresión y enfermedad maníaco depresiva, entre otros.

Un estudio descriptivo, de corte transversal, llevado a cabo por Montaña y Sánchez (2010), con el objetivo de caracterizar las quejas subjetivas de memoria en un grupo de cuarenta y tres adultos mayores sin demencia, institucionalizados en hogares de larga estancia de la ciudad de Bogotá, evidenció la existencia de olvidos cotidianos en ochenta y ocho por ciento de los ancianos evaluados.

La valoración de los pacientes se llevó a cabo mediante la aplicación de una versión en español del Cuestionario de Olvidos Cotidianos, la

cual había sido ajustada previamente en la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (Forero, 2008).

Los olvidos conversacionales se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de mayores de noventa años e incluyeron dificultad para seguir el hilo de una conversación con una sola persona (1%), dificultad para seguir el hilo de una conversación con más de una persona (22%), contar algún suceso varias veces (44%) y olvidar información de una conversación en forma total o parcial (33%).

El nivel educativo no tuvo mayor influencia en la aparición de quejas de memoria relacionadas con el seguimiento de una conversación, solamente 14% de los individuos incluidos en el grupo objeto de estudio reportó dificultad ocasional para cumplir con dicha tarea. Esta proporción se mantuvo constante en los grupos de pacientes con un nivel educativo más elevado (secundaria completa, estudios universitarios, estudios de postgrado).

Los olvidos referentes a libros y películas fueron reportados por una proporción variable entre el 50% y el 60% de la población, encontrándose una mayor frecuencia en los individuos de mayor edad, quienes manifestaron dificultad para retener información reciente acerca de una historia, tanto en la modalidad de texto escrito como audiovisual. Los olvidos relacionados con este tipo de actividades se hicieron más evidentes en los ancianos de menor nivel educativo.

La presencia de distracciones fue más evidente en el grupo de los más viejos, siendo reportada por el 60% de los adultos mayores de 90 años (olvidos referentes a dejar objetos personales en los sitios que visitaba, olvidar el propósito de una acción determinada y olvidar completar tareas de desempeño cotidiano) y por una proporción variable entre el 30% y el 50% en forma ocasional, por otros grupos etáreos.

Los olvidos relacionados con el aprendizaje de nombres nuevos fueron reportados por un gran porcentaje de pacientes (50% - 60%), especialmente en el grupo de los más viejos. El reconocimiento de personas con quienes ha existido un contacto o relación previa no fue catalogado como una queja de importancia en ningún grupo de edad. También se observó una asociación entre el bajo nivel educativo y las dificultades para el aprendizaje de nombres (60%), la presencia de limitaciones para el recuerdo de nombres conocidos (50%) y con el reconocimiento de caras o nombres de personajes célebres (50%).

El 53% de los ancianos entre 71 y 80 años, reportó dificultades para aprender a usar objetos nuevos, este porcentaje se incrementó en 7% en el grupo de 81 a 90 años. En esa misma línea, 55% de los adultos mayores con bajo nivel educativo experimentan, con frecuencia, problemas para aprender la utilización de este tipo de objetos.

La mayor parte de los adultos mayores incluidos en el estudio, presentan olvidos relacionados con acontecimientos de actualidad, en contraste no se reportó una proporción significativa de olvidos de

hechos pasados, siendo más frecuente este tipo de omisiones en los grupos con menor nivel educativo. En términos generales, los más viejos (< 80 años), no manifestaron quejas de memoria relacionadas con eventos de la historia personal y/o aprendizajes generados en los primeros años de la vida.

Los olvidos de lugares fueron reportados por 41% de los ancianos entre 91 y 100 años, encontrándose dificultades adicionales para la ubicación geográfica y/o el aprendizaje de nuevos sitios. Este apartado fue respondido en forma positiva (con periodicidad esporádica) por 30% de los otros grupos..

El bajo nivel educativo (analfabetismo) se vio asociado con este tipo de olvidos en 70% de los adultos mayores ubicados en esta categoría, reportándose también la existencia de dificultades para explicar trayectos conocidos, reconocer calles y aprender nuevas rutas de desplazamiento.

Cerca de la mitad de los adultos mayores de 90 años reportó alteraciones de memoria en relación con la realización de acciones planeadas u olvidos de lo que tenían que hacer cuando llegaban al sitio en que debía ejecutarse una tarea determinada, así como la existencia de dudas acerca de la ejecución efectiva de alguna actuación en días pasados.

La mayor parte de los sujetos entre 60 y 90 años no manifestó haber experimentado olvidos relacionados con acontecimientos vividos por ellos mismos, en la actualidad o en tiempo pasado. En contraste, 56% de los ancianos entre 91 y 100 años, se vieron afectados ocasionalmente por alguna alteración en la evocación de sucesos vividos recientemente.

Análisis

De acuerdo con los resultados obtenidos, la frecuencia de quejas de pérdida de memoria aumenta con el paso del tiempo y se relaciona con un nivel de escolaridad bajo, hecho que concuerda con los datos de Casanova y colaboradores, en los que se evidencia una asociación significativa entre el envejecimiento y el deterioro cognitivo.

Entre las limitaciones del estudio se incluyeron el tamaño de la muestra, la dificultad para aislar las deficiencias en otras funciones mentales de las que pudieran reportarse como quejas de memoria, la ausencia de contraste entre la percepción de los adultos mayores acerca de su memoria y la objetivación mediante la aplicación de pruebas psicométricas especializadas, así como la condición de institucionalización, circunstancia que influye en la validez ecológica de la evaluación, dada la naturaleza artificial del medio en que transcurre la vida cotidiana de los adultos mayores incluidos en la investigación.

Referencias

1. Montejo P, Montenegro M, Fernández MA, Maestu F. Subjective memory complaints in the elderly: Prevalence and influence of temporal orientation, depression and quality of life in a population-based study in the city of Madrid. *Aging Ment Health*. 2010 Oct 4:1-12.
2. Gallassi R, Oppi F, Poda R, Scortichini S, Stanzani Maserati M, Marano G, Sambati L. are subjective cognitive complaints a risk factor for dementia?. Department of Neurological Sciences, University of Bologna. *Neurol Sci*. 2010 Jun;31(3):327-36. Epub 2010 Feb 25.
3. De la Cruz Del Valle A. Deterioro cognitivo del adulto mayor en un consultorio médico de familia. *Medicina familiar y atención primaria, geriatría y gerontología, neurología*. 2007.
4. Calero-García M, Navarro-González E, Gómez-Ceballos L, López Pérez-Díaz A, Torres-Carbonell I, Calero-García J. Olvidos y memoria: relaciones entre memoria objetiva y subjetiva en la vejez. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008; 43(5):299-307.
5. Blasco S, Meléndez J.C. Cambios en la memoria asociados al envejecimiento. *Geriatrka*. 2006; 22 (5): 179-185.
6. Salorio P, Barcia D, Díaz A, Gómez R, Fortea I. Pérdida subjetiva de memoria vs pérdida real en ancianos con sospecha de deterioro cognitivo. *Psiquiatría Noticias*. 2006; 8 (3).
7. Varela L, Chávez H, Gálvez M, Méndez F. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Rev. Soc. Per. Med. Inter*. 2004; 17

8. Sotolongo Casanova P, Casanova Carrillo, Casanova P, Carrillo Casanova C. Trastornos de la memoria asociados con la edad en la atención médica básica. Aspectos conceptuales y epidemiológicos. Rev. Neurol. 2004; 38: 57-61.
9. Sotolongo Casanova P, Casanova Carrillo, Casanova P, Carrillo Casanova C. Deterioro cognitivo en la tercera edad. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004; 20: 5-6.
10. Benedet M, Seisdedos N. Evaluación clínica de las quejas de memoria en la vida cotidiana. Madrid: Médica Panamericana; 1996.
11. Forero González, Nidia. Prueba piloto para la evaluación clínica de las quejas de memoria cotidiana más frecuentes en los adultos mayores. Proyecto de grado. Bogotá 2007.
12. Blasco S, Meléndez J.C. Cambios en la memoria asociados al envejecimiento. Geriátrika 2006; 22(5):179-185
13. Ballesteros S. Memoria humana: investigación y teoría. Psicothema [en línea], 1999 [Revisado el 13 de septiembre de 2010]; 11 (4): 705-723. Disponible en: www.psycothema.com/pdf/323.pdf Última consulta: Agosto 2010.
14. Gispert C. Diccionario de Océano Mosby. 4ª Edición. Ed. Océano. 2000. Barcelona - España. Pg 834.
15. Ruiz A. Neurofisiología de la interacción entre la atención y la memoria episódica. Revista de Neurología. 2005;(41):737-738.
16. Palacios Expósito, V. Ps, Morales Ruiz, J C. MD. Perfil Cognitivo de los Ancianos institucionalizados en Bogotá: La Memoria. Universidad Católica de Colombia Facultad de Psicología, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales Facultad de Medicina. Bogotá D.C., 2010.

Apéndice 2

DETERIORO COGNITIVO LEVE

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) es un síndrome clínico que se presenta en ancianos, como consecuencia de una alteración funcional de los procesos mnésicos. Se considera que estos individuos tienen un mayor riesgo de presentar demencia, aunque siguen existiendo discrepancias al respecto.^{1, 3, 4, 5, 6}

Los criterios propuestos por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) para el diagnóstico de Disfunción Cognitiva Leve incluyen:⁵

1. Queja subjetiva de déficit de memoria, preferiblemente corroborado por un familiar cercano.
2. Déficit de memoria objetivable a través de pruebas específicas (aproximadamente 1,5 Desviaciones Estándar por debajo de lo esperado para la edad del paciente y el grado de escolaridad).
3. Ausencia de otros elementos clínicos de deterioro cognitivo.
4. Mantenimiento de la funcionalidad respecto a las Actividades Básicas de la Vida Cotidiana.
5. Ausencia de demencia.

Algunos autores plantean que éstos criterios no permiten un diagnóstico diferencial adecuado con el Deterioro de Memoria Asociado a la Edad (DMAE), siendo necesario incluir el compromiso

de otras funciones cognitivas en el diagnóstico de DCL, en otras palabras, el DMAE estaría relacionado con el proceso normal de envejecimiento y el DCL con la existencia de algún trastorno asociado al mismo.⁵

Por otra parte, a pesar del carácter aparentemente benigno del DCL, se ha demostrado una mortalidad dos veces mayor entre los individuos afectados que en la comunidad general. Así mismo, diferentes estudios han evidenciado la existencia de una comorbilidad importante con demencia tipo Alzheimer, los pacientes con DCL tienen un riesgo entre tres y ocho veces mayor de desarrollar la enfermedad que los sanos.⁶

Otros estudios postulan que la relación existente entre DCL y enfermedad de Alzheimer parece guardar relación con la severidad del cuadro, así mismo, la presencia de otros factores asociados (alteraciones cognitivas diferentes al trastorno de memoria, signos extrapiramidales y riesgo vascular) se ha visto relacionada con un incremento entre dos y cinco veces del riesgo de desarrollar algún tipo de demencia.¹

Abordaje Neuropsicológico

La sospecha clínica representa uno de los elementos clave del diagnóstico. La principal queja de los pacientes afectados por este trastorno se relaciona con alteraciones de memoria, especialmente con el funcionamiento de la memoria episódica reciente y con la

pérdida de información de poca relevancia para el desempeño cotidiano del individuo.^{8, 9, 10}

La edad, el nivel cultural, el estado de actividad mental, la presencia de enfermedades neurológicas o sistémicas que puedan afectar la cognición y otros factores asociados con el desarrollo y la progresión del cuadro, han de ser evaluados cuidadosamente durante el interrogatorio dada la importancia que pueden tener en el diagnóstico precoz de la enfermedad.^{8, 9, 10}

La evaluación neuropsicológica es el otro pilar del diagnóstico. La valoración inicial ha de estar orientada a objetivizar las alteraciones cognitivas descritas por el paciente o su familia y a descartar la existencia de otras patologías comunes (demencia, depresión, trastornos neurológicos o psiquiátricos, enfermedad general) que puedan tener alguna repercusión en el funcionamiento del sistema nervioso central.^{8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16}

La evaluación neuropsicológica del paciente debe incluir la aplicación de pruebas de tamizaje para la detección temprana de las alteraciones cognitivas descritas, la determinación de la inteligencia premórbida y el uso de test específicos para las diferentes funciones cognitivas.^{8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16}

Pruebas de Tamizaje: Entre las más utilizadas, aunque con ciertas limitaciones para el diagnóstico precoz de los pacientes con DCL

incipiente, se encuentran la escala clínica de demencia (CDR) y el Minimental Test (MMSE).^{8, 9, 10, 13, 15, 16}

Clinical Dementia Rating (CDR): es un instrumento de uso común en el diagnóstico de demencia, no obstante, su utilidad en DCL se encuentra limitada dado que la especificidad y sensibilidad de la prueba no son consistentes en la totalidad de los estudios realizados. La prueba evalúa seis parámetros que incluyen la función cognitiva y el comportamiento del paciente: memoria, orientación, juicio y resolución de problemas, vida social, hogar y aficiones y cuidado personal.

La puntuación varía entre 0 (cero) en los pacientes normales y 3 (tres) en los estadios avanzados de demencia. Algunos investigadores plantean que una puntuación de 0.5 (cero punto cinco), que corresponde a olvidos consistentes leves (recuerdo parcial de acontecimientos), deterioro dudoso de la capacidad de resolución de problemas y/o de la vida social en ausencia de alteraciones de la orientación, la capacidad de autocuidado y las relaciones interpersonales, podría corresponder a un Deterioro Cognitivo Leve o a una demencia incipiente.^{8, 9, 11, 19, 20}

Mini Mental State Examination (MMSE): desarrollado por Folstein en 1975, es una prueba de tamizaje para demencia, utilizada para evaluar el estado mental de los pacientes en que existe la sospecha de disfunción cognitiva. La prueba comprende la evaluación de cinco apartados que comprueban la capacidad de orientación, la evocación

inmediata, la atención, el cálculo, la evocación diferida, el lenguaje (denominación verbal, repetición, comprensión verbal, comprensión lectora y escritura) y la construcción. Las puntuaciones obtenidas en el MMSE se ven afectadas por la edad, el grado de escolaridad y el medio cultural por lo que es considerado como una buena herramienta de tamizaje en poblaciones de alto riesgo de demencia y como una prueba adecuada para la valoración inicial del paciente con sospecha de disfunción cognitiva.^{12, 13, 14, 15}

El punto de corte para demencia se considera habitualmente en 24, sin embargo, una puntuación inferior ocasionada como consecuencia de analfabetismo, alteraciones sensoriales o motoras u otros trastornos no relacionados con deterioro cognitivo debe ser ajustada proporcionalmente de acuerdo con las áreas que no puedan ser valoradas en forma consistente. Los resultados obtenidos a partir de diversos estudios llevados a cabo en pacientes con DCL varían entre la obtención de una puntuación completamente normal y la evidencia de alteraciones mínimas de la memoria diferida (evocación de la información).^{21, 22}

Inteligencia Premórbida: El estado cognitivo previo a la aparición de la enfermedad pueden ser estimado mediante la comparación de las puntuaciones del sujeto en las pruebas "sensibles" con las obtenidas en las pruebas "resistentes" al deterioro cognitivo. Las primeras exploran el componente "fluido" de la inteligencia (adaptación a situaciones nuevas) y las segundas, el componente denominado "cristalizado" (reflejo de la experiencia y los conocimientos didácticos).

En ausencia de información, lo más indicado para confirmar un deterioro cognitivo adquirido y verificar su progresión es realizar controles psicométricos sucesivos.^{9, 13, 15}

Desde esa perspectiva, la determinación de la Inteligencia Premórbida es una actividad fundamental para establecer los valores promedio que la persona debería obtener en las pruebas en función del desarrollo cognitivo y del nivel de escolaridad, por ejemplo, la significación de la puntuación obtenida en el MMSE tiene una connotación diferente en las personas analfabetas que en las alfabetizadas, para el primer caso la puntuación máxima es de 24 sobre 30, mientras que para el segundo debe estar entre 28 y 30 puntos.⁹

En la mayor parte de los casos, el deterioro del funcionamiento cognitivo se observa en forma predominante en algunas funciones intelectuales que en otras: el vocabulario, la comprensión verbal y la información se ven menos afectadas por la edad que la formación de conceptos, el pensamiento inductivo o la fluidez verbal. Como es lógico, una de las mejores pruebas para determinar la inteligencia premórbida en los pacientes con algún tipo de alteración cognitiva es la ejecución del sujeto en pruebas de vocabulario, el cual es considerado como el mejor indicador de la capacidad intelectual original.^{5, 13, 14, 15}

Las pruebas más utilizadas para la determinación de la inteligencia premórbida son el test de lectura de palabras inglesas irregulares

(National Adult Reading Test) y el test de Raven. El primero, permite estimar el rendimiento cognitivo actual del paciente y establecer una comparación válida con puntuaciones estándar y una correlación clínica con datos obtenidos a partir de otras pruebas de inteligencia mediante el análisis del vocabulario y la información general. El segundo, corresponde a una prueba no verbal, donde el sujeto debe hacer uso de sus habilidades perceptuales, de observación y razonamiento analógico para deducir el faltante de una matriz compuesta por láminas pre impresas, permitiendo evaluar así el razonamiento lógico del individuo.^{5, 9, 13}

Test de Atención: La valoración de la atención constituye un elemento clave en el abordaje neuropsicológico de los pacientes con DCL, dada la connotación de esta función cognitiva como potenciadora del proceso de focalización de la consciencia y refuerzo del procesamiento de información a partir de los estímulos externos que impactan la memoria sensorial (Hardy, Jackson).

La evaluación del span atencional audio verbal (capacidad mínima del paciente de manejar información oral) puede llevarse a cabo mediante la aplicación del subtest de dígitos en orden directo e inverso de la escala de inteligencia revisada Weschler para adultos (1976) y la del span visuoespacial a través de los cubos de Corsi (Lezak, 1995). Otras pruebas complementarias, utilizadas para evaluar atención sostenida, selectiva y alternante, son el Trail Making Test A y B (Spreeen y Strauss, 1991) y el Test Breve de Atención (Schretlen, Bobholz y Brandt, 1996).^{5, 17, 18, 23}

Test específicos de Memoria: La evaluación de la memoria es una de las principales actividades del neuropsicólogo en el paciente con DCL. La memoria verbal a corto plazo pueden ser valorada a través de diferentes tareas cognitivas incluyendo la repetición de dígitos, el Paradigma de Sternberg y el Paradigma de Brown – Peterson; la memoria verbal secundaria mediante el Test de Aprendizaje Auditivo - Verbal (AVLT), el subtest de memoria lógica inmediata y a largo plazo del test de inteligencia WAIS-III-R (escala Weschler revisada de inteligencia para adultos y el Test de Aprendizaje Verbal de California (CVLT); y la memoria visuoespacial a través del Test de Recuerdo Espacial 7/24 (SRT) , del Test de Retención Visual (VRT), del Test de Reproducción Visual (WMS-R) y de la Figura compleja de Rey. ^{5, 9, 13, 14, 24, 25, 26}

Las pruebas más utilizadas en la práctica cotidiana son el Test de aprendizaje verbal de California (CVLT), el subtest de memoria lógica inmediata y a largo plazo del test de inteligencia WAIS-III-R y la Figura Compleja de Rey. A través del CVLT se evalúan las estrategias utilizadas por el paciente para memorizar información nueva, el desempeño individual en el proceso de reconocimiento, las características del proceso de organización de la información, el tipo de información que más recuerda o más olvida con el paso del tiempo, y, en el caso que existan problemas específicos de memoria, la inferencia del nivel (codificación, organización, memorización y/o evocación) en que se encuentra ubicado el trastorno. ^{5, 9, 26, 27, 28}

Mediante el subtest de memoria lógica inmediata y a largo plazo del test de inteligencia WAIS-III-R (escala Weschler revisada de inteligencia para adultos) se puede inferir el manejo de la información lógica por parte del paciente y se refuerzan los datos obtenidos en el CVLT acerca de los esquemas de organización de información utilizados en el proceso de memorización, la cantidad y calidad de información almacenada y olvidada y la existencia o no de fabulación en el momento de la evocación definitiva de los datos almacenados en la memoria de largo plazo.^{5, 9,26}

El test de la Figura compleja de Rey, a través de la cuál se evalúa la capacidad de recuerdo de información visual a corto y a largo plazo, permite apreciar el nivel del desarrollo intelectual, la memoria visual inmediata, el proceso de almacenamiento y la velocidad del funcionamiento mental. La prueba consiste en copiar primero y reproducir después, de memoria, una figura de estructura compleja. La puntuación del test se basa en el sistema y el resultado final de la copia (estructura perceptiva global) y en el número de detalles correctamente copiados (precisión del dibujo).^{27, 28}

De acuerdo con los resultados obtenidos, es posible determinar si un paciente con deterioro cognitivo presenta un rendimiento mnésico suficiente o si la alteración de la función intelectual está relacionada con algún trastorno perceptivo, permitiendo establecer el diagnóstico de trastornos de la función visual, las funciones mentales superiores o la combinación de ambos.^{27, 28}

Lenguaje verbal y escrito: Para la evaluación en esta área hace uso de algunos apartes del Test Barcelona, incluyendo los de comprensión de órdenes verbales y escritas.^{29, 30} La prueba consiste en impartir al paciente una serie de órdenes (en forma verbal y escrita) de dificultad creciente a medida que avanza la evaluación, y establecer el grado de cumplimiento que alcanza. La repetición se evalúa a través de una serie de sílabas, palabras y frases que el paciente ha de repetir en voz alta, la capacidad de denominación se valora mediante la aplicación del Test de Boston, el cual identifica con claridad los casos de anomia.^{5, 9, 29, 30}

La evaluación de fluidez verbal se logra mediante la presentación de una imagen en una lámina y la solicitud al paciente de que narre lo que observa en esta (Test de Boston) y/o a través del Test de Fluidez Verbal (FAS) en el cual se le pide al paciente que diga en un minuto el mayor número de palabras que empiecen por una determinada letra y categoría semántica. Con esta orden se presentan una serie de restricciones que el paciente ha de mantener durante el desarrollo de la actividad, por lo que también aporta información valiosa en relación con las funciones ejecutivas.^{5, 9, 31}

Funciones Ejecutivas: La capacidad ejecutiva puede ser definida, desde el punto de vista cognitivo, como la sumatoria de los procesos mentales que sustentan la actuación en tareas complejas, en otras palabras, la habilidad de fijar una meta concreta y organizar los medios para su consecución, previendo las dificultades, la probabilidad de éxito y las consecuencias derivadas del proceso, así como de

evaluar la exactitud en el seguimiento del plan y de generar las modificaciones correspondientes en caso necesario.^{32, 33, 34}

Entre las pruebas más utilizadas para evaluar las funciones ejecutivas se encuentra el Test de colores y palabras Stroop, el cual es ampliamente conocido y aplicado en la mayoría de las evaluaciones neuropsicológicas para diferentes tipos de alteraciones cognitivas, incluyendo el DCL.^{34, 35}

En términos generales, el Test de colores y palabras, evalúa la capacidad de inhibición voluntaria del paciente, mediante la aplicación clínica del principio de stroop, una clase de interferencia semántica producida como consecuencia de la automaticidad en la lectura, que se presenta cuando el significado de la palabra interfiere en la tarea de nombrar.^{34, 35}

Otras pruebas que se pueden correlacionar clínicamente con el Test de Colores y Palabras durante el proceso de evaluación de las funciones ejecutivas incluyen el Test de la Figura Compleja de Rey (observación del paciente en el manejo de la organización de la información), el Test de Fluidez Verbal (capacidad de inhibición de ciertas respuestas que se plantean como restricciones antes del inicio de la evaluación) y algunos subtests del Test de Barcelona.^{9, 12, 25, 26, 29,}

30

Praxias: Partiendo del concepto de praxia como una acción programada y dirigida hacia la consecución de un objetivo determinado, las alteraciones de la praxia pueden presentarse en los niveles ideacional,

ideomotor y visoconstructivo. La evaluación de las praxias ideacionales puede llevarse a cabo mediante la aplicación de un subtest del Test de Barcelona, en el que se le pide al paciente que lleve a cabo una secuencia de órdenes. De la misma forma, las ideomotoras pueden ser valoradas a través de una de las pruebas del subtest Barcelona, en el cual se establece el desempeño del paciente frente a una serie de órdenes sencillas.^{29, 30}

Por su parte, las praxias visuconstructivas se pueden valorar a través de la construcción de cubos (subtest de la escala Wechsler revisada de inteligencia en adultos WAIS-III). La prueba consiste en llevar a cabo una serie de figuras con unos cubos copiando la muestras en papel.^{5, 9}

Otras pruebas complementarias

Además de la información recogida a través de pruebas estandarizadas que aportan datos objetivos acerca del estado de las diferentes funciones cognitivas, resulta muy importante explorar el estado general y las preocupaciones del paciente, para lo cual se recomienda llevar a cabo una entrevista semiestructurada que permita obtener información clave a través de preguntas abiertas y aplicar algunas pruebas psicológicas incluyendo la Escala de de Depresión para Ancianos (GDS) y la Escala Conjunta de Ansiedad y Depresión (EADG).^{35, 36, 37}

Así mismo, la entrevista permite profundizar en algunos aspectos relacionados con la percepción personal sobre el desempeño cognitivo (autoevaluación en relación con la función mental, haciendo énfasis en la memoria), la aparición de cambios significativos durante los últimos dos o tres años, el grado de disfunción y la velocidad con que se haya llegado a esta y la posible relación con algún acontecimiento acaecido en la vida del paciente o la familia.

Otros instrumentos de gran utilidad en la evaluación del paciente con DCL incluyen el Inventario de Conducta Frontal, que aporta información acerca de la posible alteración del lóbulo frontal y en forma subsecuente del tipo de deterioro cognitivo y el Neuropsychiatric Inventory, que está enfocado a establecer la existencia de posibles síntomas neuropsiquiátricos y conductuales que puedan aparecer en pacientes con lesión cerebral, así como de la frecuencia y severidad de los trastornos.^{38, 39, 40}

El impacto de la alteración cognitiva en las actividades de la vida cotidiana puede ser determinado mediante la utilización de instrumentos enfocados a evaluar la capacidad funcional del paciente, los más utilizados en la práctica cotidiana son la escala de Lawton modificada y la escala de Barthel. La primera, aporta información acerca de la capacidad de desempeño en las actividades instrumentales, permitiendo una visión retrospectiva y actual del grado de autonomía o dependencia, y la segunda, acerca de la situación del individuo en relación con las actividades de la vida diaria.^{41, 42, 43}

Manejo Integral del paciente con Deterioro Cognitivo Leve

El manejo integral del paciente con DCL incluye la intervención neuropsicológica de la patología, el manejo del componente psicoemocional de la enfermedad, el reforzamiento de las redes social y familiar de apoyo, la educación al paciente y su familia y la administración de medicamentos específicos.^{1, 12, 13, 14, 15, 44, 45, 47, 48}

La intervención neuropsicológica debe estar orientada a reforzar la función cognitiva y retardar la progresión del cuadro, haciendo énfasis en la memoria, el proceso mental más afectado en los pacientes con DCL. Entre las estrategias más utilizadas para la estimulación de la memoria se incluyen sesiones de reminiscencia, tareas de reconocimiento de información verbal y/o visual, manejo de técnicas mnemotécnicas y ejercicios de refuerzo del aprendizaje.^{49, 50}

La coexistencia de ansiedad y/o depresión asociadas con el cuadro puede dar lugar al empeoramiento de los síntomas y al desarrollo de enfermedades generales y psicosomáticas asociadas. El manejo psicoterapéutico de estos pacientes debe estar enfocado hacia el auto reconocimiento de los síntomas y al acompañamiento durante el proceso de recuperación psicoemocional, en tal sentido, es preferible llevar a cabo un abordaje de corte humanista que una terapia orientada hacia la reestructuración cognitiva del paciente, dadas las características psicológicas y emocionales de los pacientes ancianos y la dificultad de modificar los patrones cognitivos existentes.^{51, 52}

La importancia de las redes de apoyo social y familiar en el paciente con deterioro cognitivo es incuestionable. La inclusión de la familia en el programa de intervención y en el seguimiento del paciente genera un sentimiento de pertenencia y un mayor compromiso del anciano y sus familiares en el proceso de recuperación, así mismo, la participación en actividades que promuevan la interacción social y la integración con otros actores de la comunidad refuerza la autoestima, genera lazos de solidaridad y promueve el desarrollo de las habilidades interpersonales.^{53, 54}

El tratamiento farmacológico del DCL ha despertado gran interés en los últimos años dado el aumento de la población anciana, la mayor prevalencia de alteraciones cognitivas en este grupo etáreo y la posibilidad de que un tratamiento precoz de las alteraciones cognitivas sea útil para prevenir la demencia. Entre los medicamentos utilizados con mayor frecuencia en la práctica clínica se incluyen nootrópicos (piracetam), antioxidantes (vitamina E, ginkgo biloba, estrógenos), AINES inhibidores de COX 2, inhibidores de acetilcolinesterasa (rivastigmina, donepezilo, galantamina), antagonistas no competitivos del receptor NMDA y precursores colinérgicos (citicolina).^{1, 47, 48, 49, 50, 55,}

56

Referencias

1. Joshi S, Morley J. Cognitive Impairment. Medical Clinics of North America. 2006; 90 (5): 769 – 87.
2. Ramírez - Expósito MJ, Martínez – Martos J.M. Alteraciones neuronales inducidas por procesos degenerativos en el sistema nervioso central. Influencia del envejecimiento normal y patológico. Rev Neurol 1999; 29: 824 – 33.
3. Bartrés – Faz, Clemente I, Junqué C. Alteración cognitiva em el envejecimiento normal: nosología y estado actual. Rev Neurol 1999; 29:64 – 70
4. Baquero M, Blasco R, Campos – García M, Garcés EM, Fages M y Catalá A. Estudio descriptivo de los trastornos conductuales em el deterioro leve. Rev Neurol. 2004;38: 323 – 6.
5. López O.L. Clasificación del deterioro cognitivo leve em un estudio poblacional. Rev Neurol. 2003; 37: 140 – 4.
6. Bennett D. Mild Cognitive Impairment. Clinics of Geriatric Medicine. 2004; 20: 15 -25.
7. Manning C. Beyond Memory: neuropsychologic features in diferencial diagnosis of dementia. Clinics in Geriatric Medicine. 2004; 20 (1): 45 – 58.
8. Perea Bartolomé M.V., Curso de Neurología de la Conducta y Demencias. Capítulo 17: Los test neuropsicológicos. Documento Electrónico disponible a texto completo em: www.oaid.uab.es/nnc/html/entidades/web/home/home.html
Última consulta: Junio de 2010

9. Perea Bartolomé M.V., Curso de Neurología de la Conducta y Demencias. Historia clínica en neuropsicología. Documento Electrónico disponible a texto completo en: www.oaid.uab.es/nnc/html/entidades/web/home/home.html
Última consulta: Junio de 2010
10. Máster en diagnóstico y rehabilitación neuropsicológica. Hospital de la Sta. Creu de San Pau. Servicio de Neurología. Documento Electrónico disponible a texto completo disponible en: <http://www.neuropsicol.org/Np/np.htm>
Última consulta: Septiembre 2010.
11. Kelley R.E. Memory complaints and dementia. Primary care. 2004; 31 (1): 129 – 48.
12. Lucas J.A. Disorders of memory. Psychiatric Clinics of North America. 2005; 28(3): 581-97, 594
13. Goldstein M.A. Neuropsychiatric Assessment. Psychiatric Clinics of North America. 2005; 28 (3): 507 - 47.
14. Freund B. Recognizing and evaluating potential dementia in office settings. Clinics in Geriatric Medicine. 2004; 20 (1): 1 – 14.
15. D.S. Knopman et al. Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2001;56: 1143 -1153.
16. Petersen R. et al. Current concepts in mild cognitive impairment. Arch Neurol. 2001; 58: 1985 -1992.
17. Ruiz García V, Soriano M, Tarazona G, Valdivieso B, Guevara R, Ferrandis V. Minimental State Examination: Evaluación del Deterioro Cognitivo en una UHB – Limitaciones y Utilidad en la

- práctica. Unidad de Hospitalización a Domicilio: Hospital la Fé. Valencia. 4º Congreso Nacional de Hospitalización a Domicilio. 1998
18. Gómez N, Bonnin B, Gómez M, Yañez B, González A. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. Rev Cubana Med. 2003; 42 (1): 12 – 7.
 19. Trail making Test. Michael Poon's Shrine of Neurology. 2002. Documento electrónico disponible en:
http://www.angelfire.com/retro/michaelpoon168/trailmaking_test.htm
Última consulta: agosto 2010.
 20. Junqué C, Jodar M. Velocidad de procesamiento cognitivo en el envejecimiento. Anales de psicología. 1990; 6 (2): 199 – 207.
 21. Fernández H. Memoria Humana: Estructuras y procesos. El modelo multialmacén. Psicología y Psicopedagogía. Publicación virtual de la facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL.2000. Año I. Número 4. Disponible a texto completo en:
<http://www.google.com.co/search?hl=es&q=Paradigma+de+Brown+peterson&btnG=B%C3%BAsqueda&meta>
Última consulta: Julio 2010.
 22. Test de Aprendizaje Verbal de California. Universitat Rovira I Virgili. Documento disponible en internet:
<http://www.etse.urv.es/bibweb/Psicologia/tests.php>
Última consulta: Junio de 2010.
 23. Test de la Figura Compleja de Rey. Tratado multidisciplinar sobre la actividad cerebral, los procesos mentales superiores y el comportamiento. Biopsicología.net. Documento electrónico disponible en: <http://www.biopsicologia.net/inicio.php4>
Última consulta: Septiembre 2010.

24. Cortés SJF, Galindo VMG, Salvador CJ. La figura compleja de Rey: Propiedades psicométricas. Salud Mental. 1996; 19 (3): 42 – 48.
25. Peña Casanova J. Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica. Documento electrónico:
http://www.espaciologopedico.com/tienda/detalle?Id_articulo=376 Última consulta: Noviembre 2010.
26. Test de Barcelona Revisado. Hospital del Mar. Instituto de Investigación Médica de Barcelona. Disponible en: <http://www.neuro-cog.com/testbarcelona/index.htm>
Última consulta: Mayo 2010.
27. Miralles R. San Juan A. Instrumentos y Escalas de Valoración. Tratado de Geriátría. Disponible en:
http://www.segg.es/segg/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2076_anexo1_III.pdf
Última consulta: Julio 2010.
28. Papazian O, Alfonso I, Luzondo RJ. Trastornos de las Funciones Ejecutivas. Simposio de trastornos del desarrollo. Rev Neurol. 2006; 42 (Supl 3): S 45 – S 50.
29. Cruz M. Rehabilitación de las funciones ejecutivas. Centro ITACA. Disponible en:
http://www.f-adana.org/uploads/jornadas/Resumen_Funciones_ejecutivas.pdf
Última consulta: Septiembre 2010.
30. Efecto Stroop. Psicoactiva. Disponible en:
<http://www.psicoactiva.com/stroop.htm>
Última consulta: Mayo de 2010.
31. Martínez de la Iglesia J, Nis Vilches M, Dueñas R, Colomer A, Taberna C, Luque R. Versión Española del Cuestionario de Yesavage Abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en

- mayores de 65 años: adaptación y validación. Medifam. 2002; 12 (10): 620 – 630.
32. Gómez Feria I, Jiménez García R. Validación al Español de la Escala Breve de Valoración de la Depresión en ancianos. Psiquiatria.com. 2004; 6 (7).
33. Gil G, Martín Carrasco M. Guía de Buena Práctica Clínica en Geriátrica. Depresión y Ansiedad. Madrid. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. 2004.
34. Kertesz A. Demencia Fronto temporal, demencia de Pick y complejo de Pick. Curso de Neurología de la Conducta y Demencias. Capítulo 22. Documento Electrónico disponible en: www.oaid.uab.es/nnc/html/entidades/web/home/home.html
Última consulta: Junio de 2010.
35. Sánchez Rodríguez J, López JT, Sayazo A. Estudio de un caso de síndrome frontal. Anales de Psicología. 1999; 15 (2): 291 – 301.
36. Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. Neurology. 1997; 48 (5 Suppl 6): S 10 – 6.
37. Larión JL. Valoración geriátrica integral: Valoración de la capacidad funcional del anciano. Anales Servicio de Geriátrica. Hospital de Navarra. Volumen 22. Suplemento 1.
38. Cano C, Morelo L, Arango VE. Semiología en el Anciano. Revisión de Tema. Pontificia Universidad Javeriana. Documento electrónico disponible en: <http://www.google.com.co/search?hl=es&q=Escala+de+Lawton+modificada&meta>
Última consulta: Septiembre 2010.

39. Cid Ruzafa J, Damián Moreno J. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*. Documento electrónico disponible en:
<http://64.233.187.104/search?q=cache:a5ogNTrfUkgJ:sameens.dia.uned.es/Trabajos/T2a/MJGiIdeGomez/barthel.htm+Escala+de+Barthel&hl=es&lr=&strip=1> Última consulta: Septiembre 2010.
40. Ritchie K, Touchon J. Mild Cognitive Impairment: Conceptual basis and current nosological status. *Lancet* 2000; 355: 225 – 28.
41. Boeve B, McCormick J, Smith G et al. Mild Cognitive Impairment in the oldest old. *Neurology*. 2003; 60 (3): 477 – 80.
42. Lawhorne N, Ogle K. Approaches to the office care of the older adult and the specter of dementia. *Prim Care Clin Office Pract*. 2005; 32: 599 – 618.
43. Petersen R, Thomas R, Grundman M et al. Vitamina E y Donepezilo en el tratamiento del deterioro cognitivo ligero. *New Engl J Med*. 2005.
44. Loy C, Schneider L. Galantamina para la enfermedad de Alzheimer y el deterioro cognitivo leve (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 4*, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
45. Matter C. Introducción a la Rehabilitación Cognitiva. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*. 2003; 21: 11 – 20.
46. Gallego S, Novalbos J, García A. Tratamiento del Deterioro Cognitivo Leve. Documento electrónico disponible en:
<http://64.233.187.104/search?q=cache:RVvEqnpZeDgJ:www.farmaindustria.es/farmaweb/7pb43811prod.nsf/0/1a9b17d293445a6cc1256ce50045b670/%24FILE/cap14.pdf+Eficacia+de+T%C3%A9>

[nicas+mnemot%C3%A9nicas+en+trastornos+de+memoria&hl=es&gl=co&ct=clnk&cd=5](#) Última consulta: Mayo 2010.

47. Serrano JP, La Torre JM, Montañes J. Terapia sobre revisión de vida basada en la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos en ancianos que presentan síntomas depresivos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2005; 40 (4): 228 – 35.
48. Reyes C, Gheorghiu S, Mulligan T. Olvido d los fenómenos psicológicos en la relación médico - paciente anciano. *Colombia Médica*. 1998; 29 (4).
49. Costa M. Los programas de intervención social: criterios de pertinencia y estilos de intervención. *Papeles del Psicólogo*. 1987. Documento electrónico disponible en:
<http://64.233.187.104/search?q=cache:ZcOHPUGQMr8J:www.cop.es/papeles/vernumero.asp%3Fid%3D330+intervencion+social+en+el+anciano&hl=es&gl=co&ct=clnk&cd=14> Última consulta: Agosto 2010.
50. Pina Morán M. Trabajo Social Gerontológico: Investigando y construyendo espacios de integración social para las personas mayores. Ponencia presentada en el Congreso Mundial de Escuelas de Trabajo Social. Chile 2006.
51. Carretero M. Tratamiento del Deterioro Cognitivo Leve. *DOYMA FARMA*. 2003; 22 (9): Disponible en Internet:
http://www.doymafarma.com/doyma/ctl_servlet?_p=doyma.farmacia&_c=Revista&_m=PresentaArticulo&_s=farmacia/FichaArticulo.jsp&id=13053123 Última consulta: Junio de 2010.
52. Salloway, MD MS, S. Ferris, PhD, A. Kluger, PhD, R. Goldman, PhD, T. Griesing, PhD, D. Kumar, MS and S. Richardson. Efficacy

of donepezil in mild cognitive impairment: A randomized placebo-controlled trial. *Neurology*. 2004; 63: 651 – 57.

Anexo 1

Caso Clínico

O.R es un paciente de 62 años que acude a consulta por “problemas de memoria”, de dos años de evolución, que se caracterizan por olvido de información reciente o acciones (toma de mensajes, comentarios de otras personas, lugares donde deja cosas, entre otros).

Dichas alteraciones se han agudizado en los últimos seis meses, aunque no comprometen la funcionalidad. El paciente se encuentra preocupado por su condición, dada la similitud del cuadro con la de un amigo a quien le diagnosticaron enfermedad de Alzheimer en días recientes.

Indagando en los antecedentes del paciente, se evidenció la relación de los eventos descritos con el proceso de jubilación y se estableció la importancia de la condición profesional como un indicador personal de productividad y valor familiar y social. No se reportaron patologías sistémicas, intervenciones quirúrgicas, historial de tabaquismo o consumo de licor, alergias, eventos traumáticos o enfermedades psiquiátricas.

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Para la evaluación neuropsicológica se aplicaron el Mini Mental State (MMSE), span atencional, prueba de control Mental del WAIS - III, Trail

Making Test A y B, test de fluidez verbal (FAS), subtest de eventos socioculturales remotos y recientes, test del reloj, pruebas de evaluación visuoespaciales del Test de Barcelona, subtest de evaluación de denominación y fluidez verbal del Test de Barcelona, subtest de aprendizaje verbal del Test Weschler de Memoria, subtest de refranes y semejanzas del WAIS - III, subtest de evaluación de praxias del Test de Barcelona, test de la Figura de Rey, subtest del Mapa del Zoo de la Bateria BADS, Neuropsychiatric Inventory (NPI), escala de Barthel y escala de Lawton.

Resultados Obtenidos

El paciente se muestra consciente, alerta, orientado y colaborador. La evaluación funcional no mostró ninguna alteración en el desempeño frente a las Actividades Básicas Cotidianas (Test de Barthel 100 - 100) ni en el desarrollo de las Actividades Instrumentales (Test de Lawton 8 – 8)

El tamizaje para demencia fue negativo (MMSE 30/30). La valoración de la atención (amplitud atencional, atención sostenida, alternante y dividida, control mental) no evidenció ninguna alteración. El desempeño del paciente en las tareas de memoria lógica (recuerdo de información presentada en un contexto lógico - tanto en forma inmediata como a largo plazo -, la conservación de información general y detalles de las historias utilizadas para la evaluación), fue adecuado.

La curva de Aprendizaje fue positiva y aunque se perdió alguna información con la interferencia y con el paso del tiempo, no superó el umbral de la normalidad. El desempeño en la tarea de reconocimiento fue óptimo, la repetición fue la única estrategia utilizada para afrontar la tarea. La memoria remota y la memoria semántica no presentaron alteraciones.

Lenguaje fluido, sin parafasias ni anomias, ritmo conversacional adecuado y discurso coherente. Nivel de comprensión adecuado, capacidad para leer y escribir conservadas. No se observaron alteraciones en las habilidades prácticas ideacionales, ideomotoras ni visuoestructurivas.

Así mismo, la capacidad de organizar, planificar, inhibir y abstraer información (funciones ejecutivas) se encuentran plenamente conservadas.

Conclusión

El desempeño cognitivo es normal. Se observa una ligera disminución de la memoria episódica que puede ser considerada una alteración relacionada con la edad.

Es necesario valorar el impacto de los eventos externos (jubilación, cambio de rol profesional y familiar, duelos relacionados con las pérdidas características de esta etapa de la vida) en la esfera cognitiva.

Anexo 2

Cuestionario de Olvidos Cotidianos

I. OLVIDOS REFERENTES A LAS CONVERSACIONES
1. ¿Tiene dificultades para seguir el hilo de una conversación con una sola persona porque olvida usted lo que acaba de decir?
2. ¿Tiene dificultades para seguir el hilo de una conversación entre muchas personas porque olvida usted lo que se acaba de decir?
3. ¿Cuenta usted muchas veces la misma cosa porque había olvidado que lo había contado ya algunas horas o algunos días antes?
4. ¿Olvida usted el contenido de una conversación que ha tenido lugar unos días antes?
5. ¿Olvida usted el contenido de una conversación que acaba de tener lugar?
6. ¿Cree usted que tiene otros olvidos referentes a las conversaciones? (en caso afirmativo explíquelo)
II. OLVIDOS REFERENTES A LAS PELÍCULAS O LIBROS
1. ¿Tiene dificultades para leer porque no retiene lo que va leyendo y se ve obligado a volver atrás para releerlo?
2. ¿Tiene dificultades para recordar lo que ha leído hace unos días?
3. ¿Tiene dificultad para acordarse de la historia de una película que ha visto hace unos días?
4. ¿Cree usted que tiene otros olvidos relacionados con las películas o los libros? (En caso afirmativo, explíquelo)
III. DISTRACCIONES
1. ¿Olvida usted el lugar en el que acaba de colocar un objeto y no sabe lo que ha hecho con él?
2. ¿Deja olvidados objetos personales cuando se va de un sitio? (Ej.: paraguas, llaves.etc)
3. Vamos a empezar por algunos ejemplos: Tiene usted costumbre de echar sal en su comida; le ponen a régimen sin sal pero usted coge el salero por costumbre? Cuando entra a su casa, encuentra enseguida el interruptor de la luz en la oscuridad; se cambia de sitio el interruptor y, al llegar a casa, sigue usted buscando el interruptor donde estaba antes. Es decir, tiene usted la costumbre de hacer una cosa de una determinada manera y es preciso cambiar esa costumbre. Pregunta: ¿Tiene usted dificultad para perder esa antigua costumbre y para adoptar ese cambio?

4. ¿Entra usted en una habitación para hacer algo y no sabe qué era lo que tenía que hacer?
5. ¿Entra usted a una habitación para hacer o coger algo y vuelve a salir de ella habiendo hecho o cogido otra cosa?
6. Vamos a empezar por poner algunos ejemplos:
Se olvida de apagar el gas cuando retira la cazuela del fuego.
Se olvida de cerrar el grifo cuando termina de necesitar agua.
Se olvida de quitar el freno de mano al arrancar el carro.
7. Pregunta: Se olvida de hacer algo que antes hacía automáticamente?
IV. OLVIDOS REFERENTES A PERSONAS
1. ¿Olvida usted el nombre de personas a las que conoce desde hace tiempo, a pesar de que se ve regularmente con ellas?
2. ¿Olvida ciertas informaciones acerca de la vida de personas que conoce desde hace tiempo, a pesar de que se ve regularmente con ellas? Ej: olvidar a qué se dedican, sus gustos.etc.
3. ¿Tiene dificultades para aprender el nombre de una persona a la que conoce desde hace poco tiempo y con la que se ve ahora con frecuencia?
4. ¿Tiene usted dificultades para reconocer caras de personas a las que conoce desde hace tiempo, y con las que se ve regularmente?
5. ¿Tiene usted dificultades para reconocer caras de personas célebres?
6. ¿Cree usted que tiene otros olvidos relacionados con las personas? (En caso afirmativo, explíquelos)
V. OLVIDOS REFERENTES AL MODO DE UTILIZACIÓN DE CIERTOS OBJETOS
1. ¿Tiene dificultades para recordar el modo de empleo de ciertos objetos?
2. ¿Tiene dificultades para aprender el modo de empleo de objetos que no había utilizado nunca antes?
3. ¿Cree usted que tiene otros olvidos relacionados con el uso de ciertos objetos? (En caso afirmativo explíquelos).
VI. OLVIDOS REFERENTES A ACONTECIMIENTOS DE ACTUALIDAD
1. ¿Tiene dificultades para acordarse de los acontecimientos de actualidad reciente? (Ocurridos hace menos de un mes)
2. ¿Tiene dificultades para recordar ciertas informaciones sobre acontecimientos generales adquiridos en el pasado? (Ej: conocimientos escolares, profesionales, sobre la casa.etc)
VII. OLVIDOS REFERENTES A SITIOS O LUGARES
1. ¿Se pierde usted en lugares que conoce desde hace tiempo y que frecuenta regularmente?
2. ¿Olvida el nombre de una calle que conoce bien?
3. ¿Tiene dificultades para explicar a una persona un trayecto que conoce usted desde hace tiempo? (Ej.: para explicar a alguien el trayecto por teléfono)

4. Si en casa se cambia el sitio habitual de objetos o muebles, ¿Tiene usted dificultad para aprender el nuevo sitio?
5. ¿Cree usted que tiene otras dificultades relacionadas con los lugares o sitios? (En caso afirmativo, explíquelas)
VIII. OLVIDOS REFERENTES A CIERTOS ACTOS QUE HAY QUE EJECUTAR
1. ¿Olvida usted algo que había previsto hacer?
2. ¿Olvida usted decir algo que había previsto decir?
3. ¿Olvida usted citas?
4. ¿Duda usted acerca de si ya ha hecho algo hace unos minutos, y lo vuelve a hacer?
5. ¿Duda usted acerca de si ya ha hecho algo hace unos días, y lo vuelve a hacer?
6. ¿Se olvida de tomar medicamentos? (conteste a esta pregunta sólo si los toma habitualmente)
7. ¿Cree usted que tiene otros olvidos relacionados con algo que ha de hacer?(En caso afirmativo, explíquelos)
IX. OLVIDOS REFERENTES A CIERTOS HECHOS RELACIONADOS CON SU VIDA PERSONAL.
1. ¿Olvida usted acontecimientos antiguos, vividos personalmente por usted hace algunos años?
2. ¿Olvida usted acontecimientos recientes, vividos personalmente por usted hace algunos días o algunas semanas?
3. ¿Cree usted que tiene otros olvidos relacionados con su vida personal? (En caso de ser afirmativo, explíquelos)

Fuente: Benedet M, Seisdedos N.
Cuestionario de Olvidos Cotidianos
(Editorial Panamericana,1999)

Para comunicarse con los autores:

vickypalacios5@hotmail.com

juancarlosmoralesruiz@gmail.com