

EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA SENIL PRECOZ PERTENECIENTES AL CENTRO DE REHABILITACIÓN EN SANTA CLARA

Autores:

Lic. Javier Rafael Solís Ortega ¹, Lic. Jesús Cuéllar Álvarez ²

Universidad: Central "Martha Abreu" de las Villas. Villa Clara, Cuba

e-mail primer autor: jsortega@uclv.cu

RESUMEN

Introducción: El proceso de rehabilitación en pacientes geriátricos con demencia senil en Santa Clara es un elemento esencial en el contexto de la salud en rehabilitación. **Objetivo:** Mejorar la salud en los pacientes geriátricos con demencia senil. La metodología es cualitativa bajo un estudio descriptivo de corte transversal.

Población y Muestra: De una población de 50 pacientes geriátricos la muestra quedó conformada por 25 pacientes geriátricos de Rehabilitación del municipio de Santa Clara, provincia de Villa Clara. **Materiales y métodos:** En los materiales utilizados están: Mini mental test y Yessavage. En los métodos la observación participación y la entrevista. **Resultados:** Se evidenció que existen estilos tóxicos de vida, familias disfuncionales y falta de comunicación social. **Conclusiones:** se apreció que las familias son disfuncionales, y no contribuyen a un mejoramiento en el contexto familiar y social en el paciente con demencia senil.

Palabras claves: rehabilitación, pacientes geriátricos y demencia senil.

SUMMARY.

Introduction: To improve the rehabilitation process in patient geriatrics with senile menthol is an essential element in the context of the health but in rehabilitation.

Objective: to improve the rehabilitation process in patient geriatrics with dementia. The qualitative methodology was used, with a descriptive and traverse study. **The sample:** Of 25 patient's geriatrics of Rehabilitation of the municipality of Santa Clara, Villa Clara. **The metothos are:** participation observation and interview. **The technical are:** Minimental test and Yessavage. **Result:** Where is toxic stile of life and dysfunctional family. **Conclusion:** The family no improves the social context in the patient with senile dementia.

Key words. Rehabilitation, geriatrics patient and senile dementia.

Introducción:

En nuestros días se habla de una cuarta edad para referirse a las personas que pasan de los 80 años. Por ello aparecen expresiones acerca de "viejos jóvenes" o adultos mayores de las primeras décadas, y de los "viejos - viejos" o ancianos añosos para marcar la idea de cambios. En realidad la abordo como una sola etapa: la del adulto mayor de la tercera edad o de los ancianos ¹. En 1950 había un adulto mayor por cada 12 personas y se calcula que para el año 2025 esa proporción será de uno por cada siete.

El adulto mayor en Cuba ocupa más del 12%, y se espera que para el año 2025, uno de cada cuatro cubanos sea adulto mayor. De esta población sólo el uno por ciento se encuentra en instituciones, el 9% vive solo y el resto convive con familiares ².

La evaluación psicológica que se realiza tiene el objetivo de pesquisar alteraciones psicoafectivas y cognitivas que repercutan o limiten la funcionabilidad del adulto mayor. Esta evaluación de los aspectos cognitivos y afectivos se realiza con la escala psicoafectiva y el Minimental test al inicio del ingreso y en reevaluaciones cada tres meses, requiriendo profundización en cada caso. Esta profundización

conlleva la aplicación de otras técnicas neuropsicológicas que permitan detectar de manera objetiva no sólo alteraciones corticales, sino también subcorticales.

La demencia se refiere a un conjunto de síntomas adquiridos de tipo cognitivo (confusión mental, pérdida de memoria, deterioro intelectual, desorientación, disturbios en lenguaje, anormalidades visuoespaciales, etc.) y conductual, mas no a una enfermedad en específico, puesto que se puede deber a múltiples causas ⁸.

El daño en las regiones prefrontales de la corteza cerebral trae consigo una multiplicidad de cambios sutiles en el estilo de conducta del paciente. Este daño de las regiones frontales del cerebro (derecho e izquierdo), se ha designado en ocasiones con los términos psicopatológicos; y al síndrome frontal derecho se lo ha llamado cuadro de seudopsicopatía, mientras que al síndrome frontal izquierdo cuadro de seudodepresión ⁴.

Es importante al realizar la evaluación psicológica a adultos mayores tratar la exploración de la esfera afectiva, ya que los trastornos emocionales pueden repercutir en los procesos psíquicos y dificultar la realización de los test e influir en sus resultados.

La Neuropsicología es una nueva rama del conocimiento científico y de la praxis clínica que surgió de la neuropsicología clásica y que se ha desarrollado con el aporte de las neurociencias y de la psicología contemporánea. Su objetivo esencial es estudiar las relaciones existentes entre la actividad cerebral y las funciones psicológicas superiores (gnosias, praxias, lenguaje, memoria, etc.) ⁶.

Las funciones corticales superiores humanas, una de sus principales fuentes de conocimientos proviene del estudio minucioso de la desorganización de esas funciones complejas cuando el cerebro es afectado por lesiones orgánicas de distintas etiologías guardando relación con las diversas leyes establecidas por Vygotsky ^{7 y 12}.

De lo expuesto se desprende que la Neuropsicología es un método interdisciplinario por excelencia, al estudiar tanto la organización cerebral, como la estructura psicológica de las funciones mentales humanas, y en consecuencia, la aplicación de cualquier batería de test neuropsicológica, es en los centros más adelantados del

mundo, el complemento indispensable de la indagación del cerebro por métodos tales como (tomografía axial computarizada (TAC), electroencefalograma (EEG), Potenciales evocados (PE), resonancia magnética (RMN), y otros.

Los test neuropsicológicos se refiere al hecho de que nos brindan una información precisa para organizar la estrategia de rehabilitación de las funciones cerebrales superiores alteradas del paciente. Los estudios epidemiológicos de la demencia aportan una gran información útil; si se tiene en cuenta el aumento de su presencia en esta etapa de la vida, con tendencia a ser prevalente.

La demencia (OMS CIE 10, 1992; APA DCM IV, 2000), es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, de naturaleza habitualmente crónica o progresiva, en el cual existe un deterioro de múltiples funciones corticales superiores entre las que cuentan la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad para el aprendizaje, el lenguaje y el juicio. Pero según el DSM V actual y no vigente en Cuba todavía a la demencia senil se le diagnostica como trastorno neurocognitivo mayor ¹³.

Los deterioros en el área cognoscitiva frecuentemente se acompañan, y a menudo son precedidos por un deterioro del control emocional del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se da en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad cerebro-vascular y en otras afecciones que afectan primario o secundariamente al cerebro.

En el paciente anciano es fundamental la diferenciación entre la demencia y el deterioro de la memoria asociado a la edad; y para ello la evaluación neuropsicológica es fundamental, no solo para realizar el diagnóstico, sino también para conocer las capacidades alteradas y las preservadas, lo que permitirá establecer un pronóstico y diseñar los objetivos de intervención.

Novedad: se declara un procedimiento de evaluación y diagnóstico neuropsicológico para sujetos adultos mayores que permitirá mayor confiabilidad y fiabilidad en estudios posteriores y trazar estrategias de rehabilitación precoz dirigidas a la calidad de vida y reinserción social de estos gerontes.

De ahí que el problema de este estudio sea:

¿Qué características neuropsicológicas presentan los adultos mayores con demencia senil precoz pertenecientes al centro de Rehabilitación del municipio Santa Clara?

Declarando como objeto: la exploración neuropsicológica, y el campo: los adultos mayores que asisten al centro de Rehabilitación.

Objetivo general:

Caracterizar neuropsicológicamente los adultos mayores con demencia senil precoz que asisten al centro de Rehabilitación en Santa Clara.

Objetivo específico:

1. Describir las particularidades neuropsicológicas de los gerontes en estudio.

Por último, se elaboró un listado bibliográfico según las normas Vancouver.

Materiales y Métodos

Métodos del nivel teórico

- Analítico sintético: Posibilitó la interpretación de cada uno de los textos estudiados.
- Inductivo deductivo: Posibilitó ir de lo particular a lo general en cada uno de los análisis realizados en el estudio teórico.
- Generalización: Permitió el establecimiento de las regularidades que se pusieron de manifiesto en el estudio realizado.

Métodos del nivel empírico

- Revisión de HC: Constituye un documento legal, médico y oficializado de gran valor personal y adquisitivo, por encontrarse registrado todo lo relativo con anterioridad a la historia clínica de la familia, teniendo un carácter veraz, si se tuvo en cuenta con el objetivo de conocer más a fondo a los mismos y valorar su estado físico y mental con anterioridad, recopilando y obteniendo una información más confiable y rica para la investigación.
- Entrevista abierta: Permitió identificar las necesidades de los pacientes en base al proceso salud enfermedad.
- Observación participación: Permitió corroborar las necesidades de los pacientes en relación con el proceso de rehabilitación en la patología diagnosticada.

□ Mini-mental: Permitió explorar todos los procesos cognitivos con el objetivo de determinar las funciones dañadas y conservadas en los pacientes.

□ Escala Yessavage: Contribuyó a diagnosticar el nivel de depresión en los pacientes geriátrico con demencia senil precoz.

Fases de la investigación

La investigación constó de 3 fases: 1) fase diagnóstica, 2) fase de descripción del proceso y 3) fase de análisis y evaluación de los resultados.

Fase diagnóstica:

Se consideró fundamental en este primer momento, realizar un diagnóstico de las necesidades de los pacientes acorde al proceso de inicio en la rehabilitación.

Fase de descripción del proceso:

1. Solicitud del permiso: solicitar el permiso oficial del área de salud y realizar las explicaciones pertinentes en relación con la investigación.

2. Encuentro con los profesionales: Se acordó con los profesionales los días en que estaban programadas las consultas con el Equipo Multidisciplinario y con los pacientes geriátricos diagnosticados con el tipo de demencia senil.

3. Aplicación de las técnicas: se contó con una adecuada iluminación, un clima agradable y armónico.

Fase de análisis y evaluación

Se utilizó la triangulación como metodología fundamental de análisis con el propósito de contrastar y establecer un control cruzado de los datos obtenidos por las diferentes vías de información.

Análisis de los resultados:

El análisis, interpretación y discusión de los resultados se realizó primeramente por técnicas; se inició por la revisión de documentos oficiales (historias clínicas y expedientes sociales) de los casos en estudio. Se continuó con las técnicas e instrumentos propuestos; Mini mental Test y Escala Yessavage.

Resultados del Análisis documental.

De la revisión de las historias clínicas y expedientes sociales de los adultos mayores en estudio se obtuvieron datos generales, de salud, convivencia familiar, nivel funcional psicológico al ingreso en el Centro de Rehabilitación.

El grupo de estudios lo conformaron 25 adultos mayores todos hombres comprendidos entre 65 y 78 años. Actualmente son solteros 20 y viudos existen 5 sin apoyo familiar. Con relación a la escolarización 15 lograron el sexto grado y 10 de ellos el noveno.

El aumento de la morbilidad en la tercera edad es evidente en los casos estudiados, donde quince son hipertensos y todos consumen tabaco y de quince de ellos alcohol, que como factores de riesgo sí contribuye a agudizar el estado no sólo físico sino mental; además del conocido efecto en la automedicación sin prescripción médica.

Resultados del Minimental Test.

En esta prueba 25 presentaron alteraciones cognitivas, como se describe.

Orientación.

En esta prueba la orientación se explora en relación con el tiempo y el espacio (orientación alopsíquica). Del total de casos estudiados, 25 presentaron dificultades, de ellas quince integrantes del grupo con sexto grado presentaron mayor dificultad con la orientación temporal y con la orientación espacial; un caso que pertenece al grupo con más de sexto grado presenta ligera dificultad con la orientación temporal.

Memoria inmediata.

En esta tarea el resultado es desfavorable en su totalidad, ya que no lograron referir las tres palabras.

Atención y concentración.

En esta tarea se utilizan dos modalidades, las personas con nivel escolar inferior al sexto grado realizan la regresión deletreada de la palabra "mundo". En el resultado de la ejecución el comportamiento del grupo fue similar en sentido general ya que lograron cero puntos.

Recuerdo.

El resultado observado en el grupo en sentido general no es conservado. El total de ancianos presentaron dificultades con la tarea. En esta tarea se presentan tres palabras a la persona, lo que no facilita su resultado.

Lenguaje

Denominación-Repetición

El comportamiento de estas dos variables presentó ligeras alteraciones del grupo en estudio, ambos procesos resultaron ligeramente dañados.

Comprensión.

Se observó similitud en el resultado de ambos grupos con un comportamiento conservado. En esta tarea se realizan tres acciones para obtener tres puntos; en el grupo todos obtienen los tres puntos.

Lectura y Escritura.

Se detectaron pequeñas diferencias entre ambos grupos; en el grupo con sexto y menos grado no presentaron dificultades con las personas, ni en la lectura ni en la escritura.

Proceso visoespacial

La diferencia entre ambos grupos fue de un caso más; en el grupo con sexto y más grado las personas tuvieron dificultades. La calificación de esta prueba se hace difícil, ya que la totalidad de puntos a alcanzar es de un punto (todo o nada) si se logran dos figuras con cinco lados interceptadas formando un rombo al superponerlas.

En el grupo con sexto grado la atención, concentración y el proceso visoespacial son los más afectados y además de los procesos descritos el recuerdo evocado está más afectado.

El recuerdo evocado también fue el proceso más afectado. Este resultado difiere del que se obtiene en el presente estudio.

Resultados de la escala geriátrica de depresión (Yessavage)

La depresión en el anciano puede tener diversas formas, depresión como envejecimiento “normal”, como envejecimiento “anormal” y depresión que se presenta como una enfermedad física, somática u orgánica; cualquiera de sus formas se pone de manifiesto en la ejecución de pruebas.

Estos resultados se asocian con síntomas anímicos y emocionales que guardan relación con los ítems de la pruebas. Los ancianos en este plano, están expuestos fuertemente a la influencia de las pérdidas y por el temor a ellas, sufren con frecuencia a causa de su entorno una especie de descalificación, con reducción del sistema relacional y social, pudiendo presentarse la depresión de una manera abierta o no (Prieto y Vega, 1996). En otros estudios Johonso y Elías (citados en Vázquez, 2003) hallaron una disminución del estado de ánimo, en un grupo de ancianos estudiados.

CONCLUSIONES

Los adultos mayores que asisten a la Sala de Rehabilitación de la ciudad de Santa Clara del policlínico “José Ramón León Acosta” y que han sido incluidos en el presente estudio, se caracterizan neuropsicológicamente por presentar afectaciones en los sistemas funcionales que compromete en la orientación autopsíquico y alopsíquico, como también presentan dificultades en la memoria a corto plazo asociado al nivel atencional y de concentración, que sin embargo se mantienen conservadas la comprensión, producción del lenguaje pero también la memoria implícita.

Se constató que los sistemas funcionales relacionados con la orientación, alopsíquica y autopsíquica; no se encuentran conservados sino que presentan un ligero daño que influye en una dificultad para el reconocimiento de caras empeorando las relaciones socio familiares, pero también de lugares específicos lo que genera lugar a una desorientación visoespacial, aunque también existe daño en la primera unidad de Luria encargada de programar, analizar, anticipar e iniciar una actividad, todo lo cual llegan a presentar serias dificultades en las actividades de la vida diaria, dando lugar incluso a una deambulación errática y provocando un estado inadaptativo en los pacientes geriátricos.

Los gerontes con escolaridad inferior a sexto grado mostraron mayores dificultades en los sistemas funcionales relacionados con la codificación, memoria verbal espontánea, la búsqueda de semejanzas y la función ejecutiva: la motricidad fina asociada a la manualidad y movimientos de precisión alternantes. En los ancianos con un nivel superior a sexto grado estas afectaciones fueron menores por lo que se corrobora que la escolaridad protege el desempeño de la ejecución de estas tareas en el sentido que sí influye el nivel intelectual en los geriátricos.

Entre los síndromes neuropsicológicos constatados se destacan por su incidencia la amnesia de hechos recientes, amnesia anterógrada y amnesia retrógrada.

En adultos mayores explorados se encontraron afectaciones neuropsicológicas que comprometen el trabajo de los sistemas funcionales de las tres unidades descritas por A. R. Luria, pero se hace más evidente que el área dañada es el lóbulo fronto-temporal con dificultades en la primera unidad y tercera unidad de Luria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Orosa, T. (2003). La tercera edad y la familia. Editorial Félix Varela. La Habana
2. Álvarez, R. (2001). Evolución del envejecimiento en la población cubana. Temas de M. G. I. Editorial Ciencias Médicas, Volumen I, 167-168.
3. APA. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revisión. (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Association.
4. Ardila, A. y Ostroski, F. (1991). Diagnóstico del daño cerebral. Enfoque neuropsicológico. Primera edición, México, Trillas S. A. de C. V.
5. Buendía, J. (1997). Gerontología y salud. Perspectivas actuales. Madrid. Biblioteca nueva.
6. Cuetos, F. (1999). Neuropsicología cognitiva del lenguaje. En: De Vega, M., Cuetos, F., eds. Psicolingüística del español. Madrid: Trota, p. 535- 69.
7. Luria, A.R. (1982). Las funciones corticales superiores en el hombre. La Habana: Editorial Científico-Técnica. Junqué C y Barroso J (2009). Manual de Neuropsicología. Madrid. Síntesis Psicología.

8. Rota (2014) La demencia senil: guía de apoyo al cuidador profesional en el manejo de las actividades básicas de la vida diaria. Recuperado desde <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/112>
9. Sánchez, G. (2013) Rompiendo barreras: La psicoestimulación cognitiva para mayores. Recuperado de <http://pagina.jccm.es/forma/doc/psicoestimulacioncognitiva>
10. Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de Investigación. (Cuarta Edición). México: Graw-Hill/Interamericana, S.A. de C.V.
11. Yessavage, J. A; Brink, T. L; Rose, T. L; Cols.o (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: Apreliminary report. J.Psychiatr. Res. 17: 37-49.
12. Vigotsky, L. S. (1960). Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. La Habana, Ed. Científico Técnica.
13. López-Pousa, S. y Lombardía, C. (2014). ¿Demencia o trastorno neurocognitivo mayor? Recuperado de <http://www.revistaalzheimer.com/PDF/0278.pdf>

Anexo 1.

MINIMENTAL (Lobo) Examen cognitivo

Datos generales

Nombre ----- Edad ----- Escolaridad ----- fecha ----

1) Orientación

- ψ **Día de la semana.**
- ψ **Fecha de hoy.**
- ψ **Mes.**
- ψ **Estación del año.**
- ψ **Año en curso.**
- ψ **Lugar en que se encuentra.**
- ψ **Planta.**
- ψ **Ciudad.**
- ψ **Provincia.**
- ψ **Nación**

Calificación 1pto

2) Fijación

Orden: Ahora por favor le voy a pedir que repita estas palabras. (3 o 4 veces).
Debe recordarla para dentro de un rato.

ψ **Mesa, Lápiz, Árbol.**

Calificación 3 Ptos.

3) Concentración y Cálculo.

Orden: Si tiene usted 30 pesos y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántos le van quedando?

Calificación 5ptos.
Por cada resta 1pto.

-- Repita los números que voy a decirle: De nuevo 3 ó 4 veces.

ψ **5-9-2**

--Ahora repita los números hacia atrás, empezando por el último.

Calificación 3 pts

1 Rpta incorrecta = 0

4) Memoria

Orden: Recuerdas las 3 palabras que te dije antes. Dímelas

Calificación 3 ó 0 pts.

5) Lenguaje y Construcción

ψ **Mostrar un bolígrafo y decir ¿Qué es esto?**

ψ **Mostrar un reloj y decir ¿Qué es esto?**

Calificación 2 pts.

--Repite estas frases:

ψ **Ni sí, ni no, ni peros....**

Calificación 1 pto ó 0.

--Una guayaba y un mango son frutas ¿verdad? Se parecen en que son frutas
¿Entonces?

ψ **Un perro y un gato.**

ψ **El rojo y el verde.**

ψ **Usted y yo.**

Calificación 2 pts.

--Coja este papel con la mano derecha, dóblelo en 4 partes y póngalos encima de una mesa.

Calificación 3 pts.

--Lea esto y haga lo que dice (**Cartel CIERRE LOS OJOS**) &
Calificación 1pto.

--Escriba una frase, algo que tenga sentido para usted. &
Calificación 1pto.

--Copie este dibujo:
Calificación 1pto.

&Si tiene dificultades visuales se le dan lo puntos.

Calificación general

- ψ **30-35 ptos Normal.**
- ψ **25-29 ptos Borden-line.**
- ψ **20-24 ptos Deterioro leve.**
- ψ **15-19 ptos Deterioro moderado.**
- ψ **0-14 ptos Deterioro grave.**

ANEXO 2. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (Yessavage)

1. ¿Está básicamente satisfecho con tu vida?
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?
3. ¿Siente que su vida está vacía?
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?
5. ¿Tiene mucha fe en el futuro?
6. ¿Tiene molestias por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?
7. ¿Tiene a menudo buen ánimo?
8. ¿Tiene miedo de que algo malo le esté pasando, lo piensa a menudo?
9. ¿Se siente feliz muchas veces?
10. ¿Se siente menudo abandonado?
11. ¿Está a menudo intranquilo o inquieto?
12. ¿Prefiere quedarse en casa que salir a hacer cosas nuevas?

13. ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?
14. ¿Encuentra que tienes problemas de memoria más que la mayoría?
15. ¿Piensa que es maravilloso vivir?
16. ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?
17. ¿Se siente bastante bien en el medio en que está?
18. ¿Está muy preocupado por el pasado?
19. ¿Encuentra la vida muy estimulante?
20. ¿Es difícil para usted poner en marcha muchos proyectos?
21. ¿Se siente lleno de energía?
22. ¿Siente que su situación es desesperada?
23. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?
24. ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?
25. ¿Frecuentemente tienes ganas de llorar?
26. ¿Tiene problemas para concentrarse?
27. ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?
28. ¿Prefiere evitar relaciones sociales?
29. ¿Es fácil para usted, tomar decisiones?
30. ¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?

Respuestas **No** en 1, 5, 7, 7, 9, 15, 17, 19, 21, 29 y 30. Se otorga por cada una 1 punto.

Respuestas **Si** en el resto, se otorga 1 punto.

Escala:

- (0-10 puntos): normal
- (11-14 puntos): depresión menor
- (más de 14 puntos): depresión mayor