

Lo cognitivo en la ancianidad

Ignacio Zarragoitia Alonso¹

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año 16, Vol. 14, N° 2, noviembre de 2007, págs. 43 a 54.

Resumen

Se detallan las características fundamentales del proceso cognitivo, su desarrollo histórico, presentación, exploración y las posibles bases neuropsicológicas que se plantean en el momento actual. Partiendo de estos conceptos generales se profundizan en los elementos que se relacionan con el envejecimiento, los trastornos que se pueden presentar y el contexto de aquellos que son normales así como sugerencias y formas de rehabilitación en los aspectos cognitivos, con vistas al entrenamiento en el afrontamiento de las dificultades que se manifiestan específicamente con la memoria, tópico que en el anciano adquiere una relevancia inusitada y generadora de dificultades en el desarrollo de las actividades cotidianas. Además se enumeran algunas variantes discutidas de indicaciones de medicamentos que en alguna medida se utilizan en la práctica médica. Se argumenta la importancia actual de esta temática y las recomendaciones específicas en el manejo de dichos pacientes.

Palabras claves

Cognición. Anciano. Trastornos de memoria. Envejecimiento.

Compromiso de intereses: ninguno

Summary

The fundamental characteristics of the process cognitive are detailed, their historical development, presentation, exploration and the possible bases neuropsychological that think about in the current moment. Leaving of these general concepts is deepened in the elements that are related with the aging, the dysfunctions that can be presented and the context of those that are normal as well as suggestions and rehabilitation forms in the aspects cognitive, with a view to the training in the confrontation of the difficulties that you/they are manifested specifically with the memory, topic that she/he acquires an unusual and generating relevance of difficulties in the development of the daily activities in the old man. The medications are also enumerated that are used in the medical practice in some measure. One argues the current importance of this thematic one.

Key words

Knowledge. Old man. Dysfunctions by heart. Aging.

Introducción

La naturaleza, con su cordial "inteligencia", va poco a poco capacitando al ser humano para enfrentar la transformación de la materia. Comienzan a aparecer, de forma progresi-

¹ Especialista de 1er Grado en Psiquiatría. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Julio 2007. Correo electrónico: ignacio.alonso@infomed.sld.cu

va, los elementos de pérdida, en mayor o menor medida, en cada persona y en distintos órganos en particular, que por el tiempo que llevan funcionando, se inician sus limitaciones. Esto no pasa por alto al Sistema Nervioso Central; los años que han pasado tienen su acción sobre la neurona.

Las cogniciones se encuentran dentro de las funciones cerebrales que han propiciado que el ser humano adquiriera características evolutivamente desarrolladas para alcanzar la cima en la escala zoológica. Además, ha propiciado que el mundo sea mejor conocido, mejor afrontado y adecuadamente transformado, favoreciendo la adaptación del Homo Sapiens al medio que le ha sido adverso y agresivo, con perpetuación de la especie y posteriores cambios genómicos de forma lenta pero progresiva.

Por supuesto, este decurso evolutivo, ha conllevado la sucesión de siglos, para al final obtener un premio meritorio, la especie humana.

No resulta fácil llegar a conocer hasta el más mínimo detalle la forma en que funcionan todas las interconexiones neuronales, fenómenos neurobiológicos y neuroendocrinos para dar al traste con la cualidad sofisticada del funcionamiento cerebral, independientemente que se ha avanzado mucho en las neurociencias.

El hombre, en su quehacer cotidiano, necesita constantemente de mantenerse informado, pero todo sería un caos y se detendría el desarrollo evolutivo desde sus orígenes si fuese imposible almacenar, transformar, recuperar y utilizar esta información. Pues bien, en esto radica la importancia fundamental de la memoria. Pero si teóricamente se puede hacer un análisis aislado de la misma, su existencia no es aislada, y sería un elemento de notable interés el tono afectivo-cognitivo-conductual.

Los recuerdos de la memoria han sido de inestimable valor en la preservación de una psiquis normal, un recuerdo agradable compensa inmensas preocupaciones ante una situación de tensión.

De hechos pasados se puede aprender y con esta experiencia promover su aplicación en presentes situaciones que se asemejen a las originales para en definitiva determinar conductas más eficientes.

En infinidad de aspectos en la vida moderna se ponen de manifiesto el destacado rol de los procesos cognitivos en el funcionamiento del ser humano y su adaptación ante los nuevos retos y dificultades que se presentan.

Sería imposible hablar, incluso, de desarrollo científico si estos procesos cognoscitivos complejos, y aún con muchas interrogantes, no se produjeran de manera satisfactoria y con eficiencia.

Por todo lo anterior se fundamenta la importancia de la relación entre ancianidad y sus características cognitivas, y muy específicamente con la memoria.

Esta temática también reviste una importancia muy específica en nuestra región pues Cuba, junto con Argentina, Uruguay y Chile ocupan los primeros lugares en porcentaje de envejecimiento en el continente americano, encontrándose en la categoría de “vejez demográfica”⁽¹⁾.

Desarrollo

El concepto de funciones cognoscitivas⁽²⁾, también llamadas cognitivas, no ha sido del todo bien definido. Se refiere a las actividades mentales que también se denominan funciones intelectivas o simplemente funciones superiores propias de la especie humana.

En la práctica clínica lo cognoscitivo de las funciones intelectivas se explora en:

Memoria. Orientación temporal y espacial. Atención. Concentración. Funciones de lenguaje (nominación, articulación, fluencia verbal). Comprensión. Abstracción. Planificación. Ejecución.

Aún en los tiempos actuales no resulta nada sencillo hablar de los diferentes elementos neurofisiológicos que fundamentan la memoria, y esto está dado por lo complejo de los mecanismos y fenómenos que se producen en el sistema nervioso central y en el intervienen la muerte neuronal, la propagación de los impulsos nerviosos y el origen génico⁽³⁾.

Siguiendo las investigaciones realizadas recientemente se postula que dentro de las estructuras a considerar en la memoria se encuentra el cerebelo⁽⁴⁾ y la corteza prefrontal entre otras.

Desde un punto teórico la clasificación de los tipos de memorias es bastante amplia⁽⁵⁾.

Con la edad, las funciones cognitivas pueden permanecer estables o declinar. Las funciones cognitivas que declinan incluyen⁽⁶⁾: La atención selectiva, nombrar objetos, fluencia verbal, destreza viso-espacial compleja y análisis lógico.

Los cambios de memoria relacionados con la edad varían dependiendo del tipo de memoria. La habilidad para adquirir, almacenar y recuperar recuerdos recientes puede estar reducida, mientras que la habilidad para recuperar memoria que ha sido almacenada y consolidada por largos períodos, permanece estable. La depresión y la ansiedad pueden interferir con una adecuada cognición.

De forma general en el envejecimiento cognitivo existe⁽⁷⁾:

1. Una disminución en la velocidad de procesamiento.
2. Menor capacidad de la memoria operativa.
3. Déficit de inhibición.

4. Compensaciones.

Las quejas de memoria son muy frecuentes en los mayores de 65 años y han cobrado gran importancia sobre todo en las dos últimas décadas para lo cual se han utilizado diferente terminología como Deterioro de la memoria asociado a la edad⁽⁸⁾, olvido de la edad avanzada⁽⁹⁾ y declive cognitivo asociado a la edad.

Dentro de los factores predictores de deterioro cognitivo e incluso de demencia, las quejas de memoria ocupan también un lugar de primer orden. La prevalencia de quejas, para población mayor se encuentra entre el 25 y el 50% en la mayoría de los estudios. Los factores que se asocian a quejas de memoria son⁽¹⁰⁾:

1. Edad elevada.
2. Bajo nivel educativo.
3. Género femenino.

En una revisión de la relación quejas-demencia, Jonker y cols. indican que las quejas de memoria no deben verse como algo inocente o ligado a depresión sino como un signo temprano ligado a demencia, especialmente en algunos grupos de población como sujetos con alto nivel educativo⁽¹¹⁾. Sin embargo, otros autores indican que cuando hay quejas sin otra alteración cognitiva no hay mayor riesgo de deterioro cognitivo⁽¹²⁾. En un estudio longitudinal, Jorm y cols. concluyeron que las quejas actuales están asociadas sobre todo a ansiedad y depresión⁽¹³⁾, algunos autores han encontrado que llegan a ser en población mayor un indicador de depresión⁽¹⁴⁾. Otros autores han encontrado que los pacientes deprimidos presentan más quejas de memoria⁽¹⁵⁾, pero además, se ha encontrado una asociación significativa entre depresión y la reducción de la función cognitiva sobre todo en pacientes masculinos⁽¹⁶⁾, al igual que entre los ancianos sin manifestaciones de deterioro cognitivo. Niveles elevados de estrés psicológico crónico esta

asociado con un incremento en la incidencia de deterioro cognitivo leve⁽¹⁷⁾.

No obstante, los ancianos pueden asignar sus recursos cognitivos con eficacia, apoyándose en su mejor manejo de la base textual y del modelo de situación de los textos narrativos, con lo cual compensan su menor capacidad y velocidad de procesamiento⁽¹⁸⁾.

Un tema que desde hace unos años se viene debatiendo es lo referido al Deterioro Cognitivo Leve (DCL). Es considerado como un síndrome definido como un gran declive cognitivo esperado para la edad del individuo y nivel de educación, pero que no interfiere notablemente con sus actividades en su vida diaria⁽¹⁹⁾.

Los criterios diagnósticos de DCL son los siguientes⁽²⁰⁾:

1. Defecto subjetivo de la memoria, o corroborado por un informante.

2. Defecto objetivo de la memoria, comparando al sujeto con otros de la misma edad y nivel cultural.

3. Capacidad cognitiva general normal.

4. Desempeño normal en las actividades de la vida diaria.

5. No hay demencia.

Chertkow⁽²¹⁾ agrega otro requisito:

6. No existe otra explicación evidente (médica, neurológica ni psiquiátrica) para el trastorno.

La prevalencia se sitúa en el rango entre 3% a 19% en adultos mayores de 65 años⁽⁵³⁾. Los resultados en la población general la prevalencia de DCL fue estimado en 3.2% y la declinación cognitiva asociada con la edad 19.3%⁽²²⁾.

Se ha evaluado la validez predictiva y estabilidad temporal del criterio diagnóstico para el DCL, siendo la primera un pobre predictor de demencias al cabo de un período de 3 años, con un ritmo de conversión de un 11.1%. Los

autores proponen modificaciones en el criterio actual para incrementar su capacidad para determinar la demencia incipiente⁽²²⁾.

Pero el tema se complica cuando se entra en el debate de cómo precisar la pérdida de memoria:

a) De manera subjetiva.

b) Por medio de test psicológicos que valoren este aspecto.

c) Lo referido por familiares o personas allegas al paciente.

De los 3 anteriores el de mayor paso en los debates es el primero. Riedel-Heller y cols.⁽²³⁾ en una revisión sobre el tema encuentran que en los estudios que utilizan muestras no representativas y en estudios de caso, no existe una asociación entre pérdida subjetiva de memoria y ejecución cognitiva, sin embargo estudios con muestras representativas se oponen a esta conclusión⁽²⁴⁾. Otros autores⁽²⁵⁾ concluyen diciendo que la queja subjetiva de memoria no es un dato útil que ayude a hacer el diagnóstico de deterioro cognitivo leve y demencia. En este sentido St John y Montgomery,⁽²⁶⁾ encuentran que las quejas de memoria pueden predecir el desarrollo de una demencia en un período de cinco años, sin embargo encuentran que el número de personas que desarrolló una demencia fue pequeño, por lo que sólo la presencia de queja subjetiva de memoria parece que no es un buen predictor. En este mismo sentido Vogel y cols.⁽²⁷⁾ encuentran que los problemas subjetivos de memoria no son un prerrequisito para desarrollar una demencia o un deterioro cognitivo leve.

Por tanto, el uso de estos criterios presenta un riesgo elevado de que a las personas normales de la tercera edad se les diagnostique un DMAE (deterioro de memoria asociada con la edad). Por ello, el uso de estos criterios para diagnosticar el DCL patológico que puede preceder a un síndrome demencial tiene una alta

sensibilidad, pero una baja especificidad y que los criterios del DMAE⁽²⁸⁾ se deberían usar para caracterizar un extremo del envejecimiento normal no contemplando otros problemas cognitivos que suelen afectar a los individuos mayores⁽²⁹⁾, mientras que los criterios de DCL propuestos por Petersen et al⁽³⁰⁾ implican un proceso patológico más cercano al proceso demencial.

Otros investigadores creen que el concepto de DMAE (un déficit exclusivo de la memoria) resulta demasiado restrictivo, puesto en consecuencia, la Asociación Internacional de Psicogeriatría y la Organización Mundial de la Salud (OMS) propusieron el término “declive cognitivo asociado con la edad” (DCAE) para caracterizar a sujetos de la tercera edad con una gama más amplia de trastornos cognitivos⁽²⁹⁾. Además, y puesto que los procesos neurológicos, psiquiátricos y sistémicos pueden ocasionar déficit cognitivos, se proponen otros criterios para clasificar los desórdenes cognitivos leves asociados con condiciones patológicas (por ejemplo, deterioro neurocognitivo leve⁽³¹⁾ o desorden cognitivo leve⁽³²⁾).

Podríamos decir que los criterios actuales para el diagnóstico de DCL siguen dos modelos conceptuales: uno de ellos, asociado sólo con déficit de memoria, y el otro, vinculado a una gama más amplia de perturbaciones (memoria y otras áreas de la cognición).

En algunos casos, estos síndromes pueden causarlos enfermedades sistémicas o neurológicas que suelen afectar a la cognición.

Estas disquisiciones nos llevan de la mano a las investigaciones realizadas por Schroeder et al. sobre la prevalencia del DCL. Veamos los resultados:

13,5%..... DMAE
23,5%.....DCAE⁽³³⁾.

Por consiguiente, se debe destacar que los índices de prevalencia de DCL dependen en

gran medida de los criterios de diagnóstico empleados.

Pero un tema de interés refiere a la progresión o no de estos estados hacia la Demencia.

Se ha indicado que el porcentaje anual de conversión a demencia entre el MCI abarca un rango entre 4%⁽³⁴⁾ a 25%⁽³⁵⁾. Aunque otros estudios tienen un promedio entre 10% y 15%⁽³⁶⁾ y estudios prospectivos han demostrado que solo 20% a 30% de MCI permanecerán estables después de 5 años de seguimiento⁽³⁷⁾.

Otros estudios con un seguimiento de 2.5 años reportaron una tasa de conversión a demencia de 27.4% (37 de 135). Un diagnóstico de EA probable o posible fue realizado en 15.6% (21 de 135) de casos. El uso de indicadores cognitivos combinados con neurorradiología, neuropatología, y factores genéticos para predecir conversión a Demencia podría probar más confiabilidad pero puede estar más allá del alcance de muchos servicios geriátricos⁽³⁸⁾.

Reischies y Hellweg⁽³⁹⁾ señalaron los datos longitudinales del Berlin Aging Study (BASE) hallando perfiles neuropsicológicos subgrupados dentro del grupo de MCI que abren la posibilidad de distinguirles intragrupalmente, y mejorar así el pronóstico en los ancianos. Hanninen y col.⁽⁴⁰⁾ reportaron que en una muestra de 1150 sujetos con edades entre 60 y 76 años de una muestra aleatoria poblacional el 5.3% cumplían criterios para MCI (criterios del Centro de Investigación de la Enfermedad de Alzheimer de la Clínica Mayo).

Para muchos pacientes, entonces, el MCI puede representar la presentación clínica inicial de EA. El desafío es distinguir aquellos individuos con MCI quienes eventualmente evolucionaran a demencia severa (y así tener una alta probabilidad de EA subyacente) de

aquellos quienes no progresaran (y presumiblemente están libres de EA).

El elemento que hace pensar que esta temática se mantiene en palestra de discusión es que en la reunión anual del 2005 de la American Geriatrics Society⁽⁴¹⁾ se revisó lo siguiente:

1. Definiciones de Deterioro Cognitivo Leve (DCL).
2. Literatura disponible sobre la progresión del Deterioro Cognitivo Leve y las respuestas a las intervenciones.
3. Expectativas de los ancianos sobre su función cognitiva cuando ellos envejezcan.
4. Implicación ética, legal y social del nivel del Deterioro Cognitivo Leve.

Pero todo no pasa a ser un callejón sin salida porque el DCL no es un síndrome "predemencial" afirmado de manera categórica. No todas las personas progresan a una Demencia. Si bien el tipo de progresión está creciendo entre 5% a 10% por año, del 35% a 45% de personas pueden actualmente mejorar⁽⁴²⁾.

Algunos factores que se han investigado y que se relacionan de forma desfavorable en mayor o menor medida con la presentación del DCL son los niveles bajos de HDL-colesterol en los pacientes de edad muy avanzada⁽⁴³⁾, la ingesta elevada de folato⁽⁴⁴⁾ y las altas concentraciones de Homocisteína y Ácido Fólico en sangre⁽⁴⁵⁾ además del fumar que podría afectar a la cognición a través de varios mecanismos⁽⁴⁶⁾. También se ha señalado que los factores vasculares pueden jugar un papel importante en la patogénesis del DCL y que el nivel educativo elevado es un factor protector para el DCL⁽⁴⁷⁾.

Con vistas a paliar el deterioro cognitivo se ha investigado la toma de suplementos de sustancias antioxidantes como la vitamina E, la vitamina C, el β -caroteno, y la administración

de suplementos de zinc o de cobre, pero los resultados no han sido satisfactorios⁽⁴⁸⁾.

Incluso, se pensó que el ácido fólico más vitamina B12 poseía un efecto significativo para reducir las concentraciones de homocisteína en suero en los pacientes con deterioro cognitivo y demencia, pero la significación que esto tiene para la salud todavía es incierta y la revisión que se ha realizado no ofrece pruebas de un beneficio del ácido fólico, con o sin vitamina B12, en la cognición y el estado de ánimo⁽⁴⁹⁾.

Con respecto a las investigaciones que se han ido realizando del DCL se pueden señalar ensayos donde se ha aplicado PET con FDG (18F-fluorodesoxiglucosa) indicando que esta técnica, si se usa conjuntamente con otros datos neuropsicológicos, es útil para predecir la evolución hacia la EA⁽⁵⁰⁾. La información genética y otros factores de susceptibilidad podrían usarse como complemento de la información procedente de las imágenes del metabolismo de la glucosa para perfeccionar los modelos de previsión de riesgos⁽⁵¹⁾.

Los volúmenes hipocámpicos están correlacionados selectivamente con la funcionalidad de la memoria, tanto en el envejecimiento normal como en el envejecimiento próspero⁽⁵²⁾.

Se han observado reducciones significativas en el volumen del hipocampo⁽⁵³⁾ y otras regiones límbicas⁽⁵⁴⁾. En un estudio longitudinal, se observó que la pérdida progresiva del volumen del hipocampo en el DCL estaba altamente correlacionada con el proceso de conversión del DCL en EA⁽⁵⁵⁾. Asimismo, otros investigadores han observado una relación entre las características morfológicas de esta área y una progresión hacia la EA en los individuos con DCL⁽⁵⁶⁾.

Es importante destacar algunos elementos de los instrumentos que nos pueden ayudar en

el diagnóstico del Deterioro cognitivo en la ancianidad.

El Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein⁽⁵⁷⁾ es uno de los más utilizados internacionalmente y cuenta con traducciones validadas al castellano⁽⁵⁸⁾. Según la versión y el punto de corte utilizado, el test tiene una sensibilidad muy alta, cercana al 100%, y una especificidad del 86%³, razones por las que se recomienda como test de cribado para la detección de un posible deterioro cognitivo en estudios epidemiológicos⁽⁵⁹⁾. No obstante, se le han indicado algunas ventajas y desventajas⁽⁶⁰⁾.

Con la finalidad de ayudar a discriminar a pacientes con deterioro cuyo rendimiento sobrepasa la puntuación de corte del MMSE se ha planteado otras pruebas como:

- El test del reloj⁽⁶¹⁾.
- Pruebas breves que exploren con mayor profundidad la memoria (como en el 3MS, de Teng y Chui)⁽⁶²⁾.
- Evaluación en diferido de la memoria⁽⁶³⁾.
- Prueba de fluencia semántica⁽⁶⁴⁾.

Freedman y col.⁽⁶⁵⁾ hallaron que la dishabilidad para ubicar los números en la circunferencia del reloj, puede ser un signo incipiente de declinación cognitiva en los ancianos.

También tenemos la escala Pfeiffer (Portable Functional Assessment Questionnaire)⁽⁶⁶⁾ que es un instrumento para complementar la evaluación del estado cognitivo con información que es obtenida de un familiar o cuidador del paciente.

En lo referente al abordaje terapéutico de los trastornos cognitivos está lo referido a la rehabilitación cognitiva. El fundamento científico de la rehabilitación cognitiva⁽⁶⁷⁾ se ubica en algunos fenómenos biológicos bien conocidos como la plasticidad neurona.

Se define la rehabilitación cognitiva como la aplicación de procedimientos, técnicas y la

utilización de apoyos con el fin de que las personas con déficit cognitivos puedan retornar de manera segura, productiva e independiente a sus actividades cotidianas⁽⁶⁸⁾.

Los elementos que se deben tener en cuenta en el momento de realizar un programa de rehabilitación son⁽⁶⁹⁾:

1. Comprender los procesos subyacentes al daño y su evolución.
2. Identificar las fortalezas, debilidades y estilos de vida premórbidos.
3. Evaluar las capacidades cognitivas preservadas y alteradas.
4. Evaluar las demandas y apoyos disponibles en el ambiente actual y futuro.
5. Evaluar el nivel de conciencia y capacidad de autorregular las emociones y comportamientos.
6. Evaluar el estilo de afrontamiento y las repuestas emocionales a retos o fracasos cognitivos.
7. Evaluar las capacidad de aprendizaje y hacer uso de aquellas formas que tiene cada individuo para aprender más fácilmente.
8. Evaluar el grado de comprensión que tiene la familia acerca de las dificultades conductuales y comportamentales, la naturaleza y la cantidad de apoyo que puede brindar y sus expectativas hacia el tratamiento.

Un tratamiento de rehabilitación Neuropsicológica efectivo debe abarcar aspectos físicos, cognitivos, emocionales y sociales del paciente. De esto se desprende que el uso de acercamientos cognitivos, conductuales y educativos ayudarán a que la persona logre respuestas más adaptativas y una mayor capacidad de autorregulación cognitiva y emocional⁽⁶⁹⁾.

Estrategias de intervención

- Modificación del ambiente.
- Estrategias compensatorias⁽⁷⁰⁾.
- Restauración de la función.

También se ha indicado⁽⁷¹⁾ que pueden existir tres variables que afectan el funcionamiento cognitivo, a saber:

- Activas: hacen referencia a las operaciones cognitivas que pueden ser aprendidas y que afectan al contenido de la información (por ejemplo, estrategias de búsqueda de información relevante, resolución de problemas).

- Pasivas: son variables que no afectan de modo directo a lo que es aprendido o recordado, pero sí a la disposición para el aprendizaje (por ejemplo, el estado de salud general y condición física, la falta de sueño, el nivel de motivación, etcétera).

- De soporte: incluyen las variables externas al sujeto que permiten sustituir determinadas funciones cognitivas (por ejemplo, pedirle a alguien que nos recuerde algo).

De manera general se ha planteado que existen al menos cuatro modelos de Rehabilitación Cognitiva⁽⁷²⁾:

1. El reentrenamiento cognitivo.
2. Los enfoques teóricos de la neuropsicología cognitiva.
3. Los enfoques neuropsicológicos y conductuales combinados.
4. Los programas holísticos.

El enfoque del reentrenamiento comprende una serie de ejercicios para enseñar al paciente cómo manejar sus problemas cognitivos y remediar el déficit que subyace. Los enfoques teóricos de la neuropsicología cognitiva utilizan un modelo cognitivo para identificar déficit específicos de forma individual. Los métodos combinados toman elementos de la neuropsicología, la psicología cognitiva y la psicología conductual para reducir los problemas cotidianos de las personas con daño cerebral traumático. Por último, el enfoque holístico se centra en aumentar la toma de conciencia, aceptar y comprender la intervención

cognitiva y desarrollar estrategias compensatorias.

Como se ha podido constatar llevar, a cabo la tarea de una adecuada rehabilitación cognitiva implica una labor ardua y meticulosa, profundizando en las diferentes técnicas y procedimientos elaborados para tal efecto.

Lo que si es indiscutible, que alienta y premia el esfuerzo, es ver como nuestros pacientes mejoran o por lo menos se adaptan a sus limitaciones con enfrentamiento de las mismas.

De manera general se puede plantear que un esquema práctico de actuación sería tener en cuenta:

1. Adecuado diagnóstico con seguimiento periódico en consultas.
2. Uso de medicamentos.
3. Incorporación a la rehabilitación cognitiva.
4. Buscar el apoyo familiar.

Conclusiones

Se nos plantea una inminente tarea a desarrollar para quienes en mayor o menor medida nos ocupamos de la atención a los pacientes ancianos y diríamos que el fenómeno de la memoria, por llamarlo de alguna forma, y sus alteraciones, nos es frecuente en la práctica médica.

Que el paciente tenga esta percepción de la pérdida o disminución para evocar recuerdos o no saber donde dejó algunas cosas y no pueda encontrarlas es de por sí un elemento de gran influencia negativa para establecer una calidad de vida no acorde a sus aspiraciones.

Es bastante complejo e intrincado lo cognitivo en el anciano, pero no por esto se debe desmayar en brindarle toda nuestra ayuda u orientación para que el anciano, con los “instrumentos” de que dispone pueda enfrentar las

vicisitudes que en esta etapa de la vida se le presenta.

Se debe ante todo realizar una labor de orientación a la familia, y sobre todo a las generaciones más jóvenes que no aceptan nada, y cada vez comprenden menos, del trastorno que tiene el abuelo o la abuela. En muchas ocasiones, por la falta de información.

Sólo un medicamento no puede resolver las alteraciones cognitivas en el anciano. Se requiere, además, de la cooperación, comprensión y ayuda de todos y de cada uno de los miembros de la familia. Aceptar, tener conocimiento y saber de las limitaciones de una persona, en el sentido de lo que le sucede con su memoria, es prepararnos y preparar a otras personas para enfrentar este reto que se nos viene encima teniendo en cuenta que las personas viven más, y por tanto la probabilidad que el trastorno se produzca es mayor.

Una importante iniciativa en nuestro medio es la creación de los círculos de abuelos y como colofón a esta atención es la “Universidad del adulto mayor”. Es una manera de mantener un poco en forma el estímulo necesario e imprescindible para fomentar o mantener adecuadamente lo cognitivo en el anciano.

No es obligatorio pensar de manera mecánica que los años en su cursar por la vida de una persona lo condenen a ser un ente “acognitivo” e inválido para hacer cosas nuevas que se sustenten en un adecuado uso de la memoria. Hay muchas variantes, muchas, es necesario tener un gran interés político en no aceptar la actitud vegetativa y acuñaada hacia nuestros ancianos. Seguir dándoles oportunidades de creación y utilidad es, en última instancia, rendir un homenaje de respeto a quienes han hecho que seamos hoy lo que en parte somos, para cuando nos toque alcanzar estos años, estemos tranquilos y seguros de recibir la mejor atención. No demos limosnas de

un derecho que los ancianos se lo tienen bien ganado, ni permitir que ellos se conviertan en mendigos de esos derechos.

Con relación al anciano está descrita, y aceptada universalmente, una pérdida progresiva de la memoria en el curso del envejecimiento, especialmente de la memoria reciente, lo que con frecuencia supone una cierta angustia para el individuo y para su entorno, ya que suele interpretarse como un preludio de la demencia.

No decimos esto como la catástrofe de la irremediable pérdida ni el caos del hombre, es sólo el señalamiento de cómo se va comportando en el anciano el paso de los años. Pero aun así, todo no está dicho con respecto a la vejez y sus características al igual que la visión que se debe tener sobre esta etapa luminosa de la vida por la cual todos hemos de pasar. O lo que sucede es que a veces no se toma conciencia de que esto llega y nos coge un tanto desprevenidos cuando un día frente al espejo vemos las primeras canas y arrugas en la cara o que en un momento determinado no nos acordamos de algo. En muchas personas en vez de constituir su entrada en la vejez la coronación de la satisfacción de formar parte de los que en cierta medida han acumulado y engrosado el cofre de la experiencia y la sabiduría, se abochornan y hasta cierto punto se entristecen, como si fuera su culpa el estado actual en se encuentran.

Recomendaciones

La recomendación fundamental es que ante todo se debe dar gran importancia a la queja de la pérdida de la memoria en el anciano, no pasar por alto este hecho como justificativo, a priori, producto de la edad y darle un adecuado seguimiento de manera periódica a este síntoma.

Tener presente, además, que los problemas cognitivos en el anciano tienen su abordaje terapéutico, tanto con fármacos como con actividades de rehabilitación y se logra gran mejoría, por lo que no debemos esperar demasiado para comenzar el mismo.

Un aspecto fundamental es orientar y darle participación a la familia con el objetivo de buscar su tranquilidad y a la vez que conozca el estado y característica en que se encuentra su familiar. Con esto ellos disponen de un conocimiento que hace más efectiva su labor en el manejo de este tipo de pacientes con deterioro cognitivo.

Bibliografía

- 1.- Pérez Martínez VT. El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005; 21(1-2).
- 2.- Fuster JM, Bauer RH, Jervey JP. Functional interactions between inferotemporal and prefrontal cortex in a cognitive task. *Brain Res* 1995; 330: 299-307.
- 3.- Cárdenas F, Lamprea M. El cerebro: aquella inestable matriz. Visto en: www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/arfer05.htm#inicio. Dic 2004.
- 4.- Hernández-Muela S., Mulas F., Mattos L. Contribución del cerebelo a los procesos cognitivos. *Rev Neurol* 2005; 40 (Supl 1): S57-S64.
- 5.- De la Vega Cotarelo R, Zambrano TA. La memoria Visto en: www.hipocampo.org/memoria.htm#duracion#duracion. Última actualización: 15-04-2005
- 6.- The Merck Manual of Geriatrics. Chapter 32 Visto en: http://www.merck.com/mrkshared/mm_geriatrics/sec4/ch32.jsp
- 7.- López OL. Clasificación del deterioro cognitivo leve en un estudio poblacional. *Rev Neurol* 2003; 37 (2): 140-144
- 8.- Crook TH, Bartus RT, Ferris SH, Whitehouse P, Cohen GD, Gershon S. Age Associated Memory Impairment: proposed diagnostic criteria measures of clinical change. Report of a NIMH work group. *Developmental Neuropsychology* 1986; 2: 261-276.
- 9.- Blackford RC, La Rue A. Criteria for diagnosing Age-Associated Memory Impairment: proposed criteria improvements from the field. *Developmental neuropsychology*, 1989; 5(4), 295-306.
- 10.- Guarch J, Marcos T, Salamero M, Blesa R. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2004. 19: 352-35.
- 11.- Jonker C, Geerlings M, Schmand B. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2000. 15: 893-991
- 12.- Flicker CH, Ferris S, Reisberg B. A longitudinal study of cognitive function in elderly persons with subjective memory complaints. *Journal of American Geriatric Society*. 1993 41: 1029-1032.
- 13.- Jorm, AF, Christensen H., Korten AE., Jacomb PA., Henderson SA. Memory Complaints as a precursor of memory impairment in older people: a longitudinal analysis over 7-8 years. *Psychological Medicine*. 2001. 31: 441-449.
- 14.- Chandler, JD, Gerndt J. Memory complaints and memory deficit in young and old psychiatric inpatients. *Journal of Geriatric psychiatry and neurology* 1988; 25: 84-88.
- 15.- Rohling ML., Green, P., Allen LM, Iverson GL. Depressive symptoms and neurocognitive test scores in patients passing symptom validity test- *Archives of clinical neurophysiology*, 2002. 17, 205-222.
- 16.- Biringer E, Mykletun A, Dahl AA, Smith AD, Engedal K, Nygaard HA, Lund A. The association between depression, anxiety and cognitive function in the elderly general population. The Hordaland Health Study (12a). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005 Sep 15; 20(10):989-997.
- 17.- Wilson RS, Schneider JA, Boyle PA, Arnold SE, Tang Y, Bennett DA. Chronic distress and incidence of mild cognitive impairment. *Neurology*. 2007 Jun 12; 68 (24):2085-92.
- 18.- Wittig, F. Estructura narrativa en el discurso oral de adultos mayores. *Revista Signos* 2004, 37(56), 91-101 ISSN 0718-0934 versión on-line. Visto en: www.scielo.cl
- 19.- Gauthier S, Reisberg B, Zaudig M, Petersen RC, Ritchie K, Broich K et al. Mild cognitive impairment. *Lancet* 2006 Apr 15; 367(9518):1262-70.
- 20.- Bennett DA, Wilson RS, Schneider JA, Evans DA, Beckett LA, Aggarwal NT et al. Natural history of mild cognitive impairment in older persons. *Neurology* 2002; 59: 198-205
- 21.- Chertkow H. Mild cognitive impairment. *Curr Opin Neurol* 2002; 15: 401-407

- 22.- Ritchie K, Artero S, Touchon J. Classification criteria for mild cognitive impairment: a population-based validation study. *Neurology* 2001 Jan 9; 56(1):37-42.
- 23.- Riedel-Heller SG, Schork A, Matschinger H, Angermeyer MC. Subjective memory loss—a sign of cognitive impairment in the elderly? An overview of the status of research. *Z Gerontol. Geriatr.* 2000 Feb; 33 (1): 9-16.
- 24.- Treves TA, Verchovsky R, Klimovitzky S., Korczyn AD. Incidence of dementia in patients with subjective memory complaints. *Int Psychogeriatr.*, 2005 Jun; 17 (2): 265-73
- 25.- Jungwirth S, Fisher P, Weissgram S, Kirchmeyer W, Bauer P, Tragl KH. Subjective memory complaints and objective memory impairment in the Vienna-Transdanube aging community. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2004 Feb; 52(2): 263-8.
- 26.- St John P., Montgomery P.: Are cognitively intact seniors with subjective memory loss more likely to develop dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2002 Jul, 17 (9): 814-820.
- 27.- Vogel A, Stokholm J, Gade A, Andersen BB, Hejl AM, Waldemar G. Awareness of deficits in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: Do MCI patients have impaired insight? *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 2004 Jan, 17(3): 181.187.
- 28.- Crook TH, Bartus RT, Ferris SH, et al. Age-associated memory impairment: proposed diagnostic criteria and measures of clinical change. Report of a National Institute of Mental Health Work Group. *Deve Neuropsychol* 1986; 2: 261-76.
- 29.- Levy R. Aging-associated cognitive decline. From the aging-associated cognitive decline working party. *Int Psychogeriatr* 1994; 6: 63-8.
- 30.- Petersen RC, Smith GE, Waring SC. Aging, memory and mild cognitive impairment. *Int Psychogeriatr* 1997; 9 (Suppl 1): 65-9.
- 31.- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- 32.- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
- 33.- Schroeder J, Kratz B, Pantel J, Minnemann E, Lehr U, Sauer H. Prevalence of mild cognitive impairment in an elderly community sample. *J Neural Transm Suppl* 1998; 54: 51-9.
- 34.- Ritchie K, Artero S, Touchon J. Classification criteria for mild cognitive impairment: a population based validation study. *Neurology* 2001;56:27-42.
- 35.- Bozoki A, Giordani B, Heidebrink MD, Berent S, Foster NL, Mild cognitive impairments predict dementia in nondemented elderly patients with memory loss. *Arch Neurol* 2000; 58: 411-16.
- 36.- Zaudig M. Mild cognitive impairment in the elderly. *Curr Opin Psychiatry* 2002; 15: 387-93.
- 37.- Laurent B, Thomas Anterion C. Limits and uncertainties about the concept of MCI: contribution of neuropsychological approach. *Rev Neurol* 2002; 158(10 Suppl):S11-20
- 38.- Tian J, Bucks RS, Haworth J, Wilcock G. Neuropsychological prediction of conversion to dementia from questionable dementia: statistically significant but not yet clinically useful. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74(4):433-8.
- 39.- Reischies FM, Hellweg R. Prediction of deterioration in mild cognitive disorder in old age—neuropsychological and neurochemical parameters of dementia diseases. *Compr Psychiatry* 2000; 41(2 Supl 1):66-75.
- 40.- Hanninen T, Hallikainen M, Tuomainen S, Vanhanen M, Soininen H. Prevalence of mild cognitive impairment: a population-based study in elderly subjects. *Acta Neurol Scand* 2002 Sep; 106(3):148-54.
- 41.- Williams, M.E. Conference Report. Highlights of the American Geriatrics Society 2005 Annual Meeting May 11-15, 2005; Orlando, Florida. *Medscape Internal Medicine.* 2005; 7.
Visto en: <http://www.medscape.com>
- 42.- Ingles JL, Fisk JD, Merry HR, Rockwood K. Five-year outcomes for dementia defined solely by neuropsychological test performance. *Neuroepidemiology.* 2003; 22:172-178.
- 43.- Van Exel, E. Association between high-density lipoprotein and cognitive impairment in the oldest old. *Ann Neurol* 2002; 51:716-721
- 44.- Morris, MC. Dietary folate and vitamin B-12 intake and cognitive decline among community-dwelling older persons. *Arch Neurol* 2005; 62:641-645
- 45.- Mooijaart, SP. High Homocysteine, Low Folic Acid in Elderly May Not Predict Faster Cognitive Decline. *Am J Clin Nutr.* 2005; 82:866-871. Visto en www.medscape.com/viewarticle/514514 author Medscape. Medical News. News Author: Barclay L. CME Author: Vega C.
- 46.- Ott A. Effect of smoking on global cognitive function in nondemented elderly. *Neurology* 2004; 62:920-924.
- 47.- Tervo S. Incidence and risk factors for Mild Cognitive Impairment: a population-based three-year follow-up study of cognitively healthy elderly subjects. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004; 17:196-203.

- 48.- Yaffe K. Impact of antioxidants, zinc, and copper on cognition in the elderly: a randomized, controlled trial. *Neurology* 2004; 63:1705-1707.
- 49.- Malouf M, Grimley Evans J, Areosa Sastre A. Ácido fólico con o sin vitamina B12 para la cognición y la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 50.- Arnaiz E, Jelic V, Almkvist O, Wahlund LO, Winblad B, Valind S, et al. Impaired cerebral glucose metabolism and cognitive functioning predict deterioration in mild cognitive impairment. *NeuroReport* 2001; 12: 8515.
- 51.- Small G, Mazziotta J, Collins M. Apolipoprotein E type 4 allele and cerebral glucose metabolism in relatives at risk for familial Alzheimer disease. *JAMA* 1995; 273: 9427.
- 52.- Lye, T.C. Hippocampal size and memory function in the ninth and tenth decades of life: the Sidney Older Persons Study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75:548-554
- 53.- Meltzer C.C, BellMcGinty S, Scanlon JM. Exploración del deterioro cognitivo leve por neuroimagen. *Rev Neurol* 2003; 37 (2): 145-149.
- 54.- De Santi S, De Leon MJ, Rusinek H, Convit A, Tarshish CY, Roche A, et al. Hippocampal formation glucose metabolism and volume losses in MCI and AD. *Neurobiol Aging* 2001; 22: 529-39.
- 55.- Jack CR, Jr, Petersen RC, Xu YC, O'Brien PC, Smith GE, Ivnik RJ, et al. Prediction of AD with MRI based hippocampal volume in mild cognitive impairment. *Neurology* 1999; 52: 1397-403.
- 56.- Visser P, Verhey F, Hofman P, Scheltens P, Jolles J. Medial temporal lobe atrophy predicts Alzheimer's disease in patients with minor cognitive impairment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 72: 4917.
- 57.- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-Mental State»: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-98.
- 58.- Escribano-Aparicio MV, Pérez-Dively M, García-García FJ, Pérez-Martín A, Romero L, Ferrer G, et al. Validación del MMSE de Folstein en una población española de bajo nivel educativo. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999; 34:319-26.
- 59.- McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlar EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease. Report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of Department of Health and Human Services task force on Alzheimer's disease. *Neurology* 1984; 34: 939-44.
- 60.- Marra C, Silveri MC, Gainotti G. Predictors of cognitive decline in the early stage of probable Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2000; 11: 212-8.
- 61.- Moretti R, Torre P, Antonello RM, Cazzato G, Bava A. Ten-point clock test: a correlation analysis with other neuropsychological tests in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 347-53.
- 62.- Teng EL, Chui HC. The modified mini-mental state (3MS) examination. *J Clin Psychiatry* 1987; 48: 314-8.
- 63.- Loewenstein DA, Barker WW, Harwood DG, Luis C, Acevedo A, Rodríguez I, et al. Utility of a modified mini-mental state examination with extended delayed recall in screening for mild cognitive impairment and dementia among community dwelling elders. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15: 434-40.
- 64.- Galasko D, Klauber MR, Hofstetter CR, Salmon DP, Lasker B, Thal LJ. The mini-mental state examination in the early diagnosis of Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1990; 47: 49-52.
- 65.- Freedman M, Leach L, Kaplan E, Winocur G, Shulman KI, Delis DC. Clock Drawing: A neuropsychological analysis. Oxford University Press 1994
- 66.- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatrics Soc* 1975; 23:433-4.
- 67.- Lorenzo Otero, J., Fontán Scheitler, L. La rehabilitación de los trastornos cognitivos *Rev Med Uruguay* 2001; 17: 133-139
- 68.- Zohlberg MM, McLaughlin KA, Todis B, Larsen J, Glang A. What does it take to collaborate with families affected by brain injury? A preliminary model. *Journal of head trauma rehabilitation*. 2001. 16: 498-511.
- 69.- Matter CA. Introducción a la rehabilitación cognitiva. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*. 2003. Vol. 21 11-30.
- 70.- Wilson BA, Emslie HC, Quik K, Evans JJ. Reducing every day memory and planning problems by means of a paging system. *Journal Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 2001. 70: 477-482.
- 71.- Hermann D, Parenté R. A multimodal model approach to cognitive rehabilitation. *NeuroRehabilitation* 1994; 4:133-42.
- 72.- Wilson BA. Theory, assessment and treatment in Neuropsychological rehabilitation. *Neuropsychology*, 1991; 5(4); 281-291.