

CARACTERÍSTICAS NEUROPSICOLÓGICAS EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A REHABILITACIÓN CON AFASIA ANÓMICA.

Autores: Lic. Salvador Pérez Abreu ¹ Lic. Jesús Cuéllar Álvarez ²

¹Especialidad, psicología clínica. Departamento de Salud Mental.

²Especialidad, psicología clínica. Departamento de Rehabilitación.

Universidad: Central "Martha Abreu" de las Villas. Maestría en Psicopedagogía en su X Edición.

Provincia: Villa Clara

País: Cuba

e-mail primer autor: salvadorp@uclv.cu

Teléfono: 54861254

Resumen

Introducción: El proceso de rehabilitación en pacientes geriátricos con afasia anómica en Santa Clara es un elemento esencial en el contexto de la salud pero en rehabilitación. De acuerdo con lo anterior, el presente estudio descriptivo de corte transversal. **Objetivo:** Mejorar la salud en los pacientes geriátricos con Afasia Anómica. **Métodos:** Se utilizó la observación y la entrevista. **Materiales:** Se utilizó el Mini mental test y psicoafectividad. **Resultados:** Mediante la revisión bibliográfica se pudo determinar los fundamentos teóricos que sustentan las principales necesidades de mejorar la salud en los pacientes geriátricos con afasia anómica. **Conclusiones:** Los problemas están asociados con lo cognitivo y afectivo en el contexto de la familia y social en los pacientes geriátricos con afasia anómica.

Palabras claves: rehabilitación, pacientes geriátricos y afasia anómica.

SUMMARY.

Introduction: To improve the rehabilitation process in patient geriatrics with anomic aphasia is an essential element in the context of the health but in rehabilitation. The qualitative methodology was used, with a descriptive and traverse study. **Objective:** to improve the rehabilitation process in patient geriatrics with anomic aphasia. **Method:** The observation and interview. **The**

technical: Minimental test and psicoafectivo. **Result:** By means of the bibliographical revision you could determine the theoretical foundations that sustain the patient main necessities improve their health with anomic aphasia. **Conclusion:** The problems are associates with the cognitive and affective in the family context and social in the patients geriatrics with anomic aphasia.

Key words. Rehabilitation, geriatrics patient and anomic aphasia.

Introducción:

La neuropsicología tiene su origen en los trabajos de varios psicólogos y médicos en los siglos XIX y XX. Hacia mediados del siglo XIX, el antropólogo francés Pierre Paul Broca (1824-1880) se hizo famoso por declarar en 1864 la localización del centro del lenguaje, conocido hoy en día como "Área de Broca" y ubicado en la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo. Este descubrimiento fue vital para establecer una clasificación de uno de los síndromes neuropsicológicos por excelencia: la afasia

La neuropsicología es una disciplina fundamentalmente clínica, que converge entre la neurología y la psicología. La neuropsicología estudia los efectos que una lesión, daño o funcionamiento anómalo en las estructuras del sistema nervioso central causa sobre los procesos cognitivos, psicológicos, emocionales y del comportamiento individual. Estos efectos o déficit pueden estar provocados por traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares o ictus, tumores cerebrales, enfermedades neurodegenerativas (como, por ejemplo, Alzheimer, esclerosis múltiple, Parkinson, etc.) o enfermedades del desarrollo (epilepsia, parálisis cerebral, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, etc.) ³.

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 ¹.

La llamada tercera edad, también conocida con los términos de vejez, adultez mayor o tardía, ha sido abordada en la literatura de manera aislada o como fase de involución y no como una auténtica etapa del desarrollo humano. Se ubica alrededor de los sesenta años, asociada al evento de la jubilación laboral. 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 abordamos como una sola etapa: la del adulto mayor de la tercera edad o de los ancianos ¹⁰.

Surge la neuropsicología cognitiva, que como su nombre lo indica, representa una convergencia de la psicología cognitiva y la neuropsicología y su propósito es esclarecer los mecanismos de funciones cognitivas tales como pensamiento,

atención, lectura, escritura, lenguaje, reconocimiento, recuerdo, etc., usando evidencias de la neuropatología.

La psicología cognitiva estudia aquellos procesos mentales que hacen posible al hombre reconocer objetos y personas familiares, hablar, leer, escribir, planificar y ejecutar acciones, pensar, tomar decisiones y recordar hechos. La neuropsicología estudia cómo estructuras cerebrales particulares dañadas generan determinados cambios conductuales ⁵.

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 desde el inicio del diagnóstico.

Actualmente, la Psicología y la Neuropsicología cognitiva atraviesan un período de importante recomposición. Esta evolución responde a razones teóricas y metodológicas, pero igualmente a ciertos excesos de la perspectiva cognitiva que condujeron a proponer una cognición desencarnada, donde la caracterización de la arquitectura funcional constituía el único objeto de estudio sin referir a la organización cerebral y olvidando que nuestro cerebro, y por ende nuestra mente, es el resultado de miles y miles de años de evolución biológica ⁶.

La rehabilitación cognitiva tiene como fin último la recuperación de funciones, de modo tal que el paciente pueda hacer frente a las demandas cotidianas con un mínimo de eficiencia.

El objetivo pues de la rehabilitación cognitiva consiste en restituir la función afectada por medio de intervenciones específicas, que obedecen a un plan previamente establecido sobre la base de las características clínicas del paciente en cuestión.

Se describen en las diversas literaturas disímiles de afasias que la intervención médica, psicológica, logopedia, neurológica y fisiátrica dependerá de un tipo o asociación de afasia específica de que se trate que en el caso del objeto de la investigación se trata de la "Afasia anómica" en pacientes adultos mayores.

Una afasia (pérdida de la capacidad de comprensión y emisión del lenguaje) es un trastorno adquirido de la capacidad de elaboración del lenguaje que surge debido a una interrupción en el desarrollo del lenguaje. Las afasias disminuyen la capacidad de comunicación, sin embargo, los pacientes no presentan signos de minusvalía física o intelectual ⁹.

Sumámosle que del referente conceptual anterior cabe afirmar que en Cuba y especialmente en Santa Clara se evidencia un aumento poblacional, donde el envejecimiento ha ido creciendo a niveles estadísticos superiores unido dicho crecimiento demográfico a un banco de problemas como situación de salud que

está enmarcado en los accidentes cerebro vasculares geriátricos (ACV) y sus derivadas consecuencias para la relación mente-cuerpo.

Los test neuropsicológicos se apoyan en una metodología que algunos autores llaman "dinámica-estructural". Y hacen énfasis en su naturaleza cualitativa ¹².

La novedad científica es la exploración neuropsicológica con intervención de acciones psicológicas y logopédicas en función de mejorar la rehabilitación ante la afasia anómica geriátrica neurológica, debido al déficit actual de neurólogos y neuropsicólogos en dicha Sala de Rehabilitación del área de salud del Policlínico Docente Universitario "José Ramón León Acosta".

Del análisis anterior se deriva la siguiente **situación problemática**: El proceso de intervención en rehabilitación demanda de un equipo multidisciplinario completo que en tal sentido no obedece a la realidad actual de las exigencias de la población geriátrica en cuanto a su situación y estado de salud lo que en estos momentos se necesita intervenir por los profesionales con acciones eficaces inmediatas y holísticas en aras de mejorar la calidad de vida en los pacientes.

Problema científico:

- ¿Qué características neuropsicológicas presentan los adultos mayores que asisten al centro de rehabilitación del municipio Santa Clara con afasia anómica?

Objetivo general.

- Caracterizar neuropsicológicamente los adultos mayores que asisten al centro de rehabilitación con afasia anómica.

Objetivos específicos.

- 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: Permitted identificar las necesidades de los pacientes en base al proceso salud enfermedad.

□ Observación participante: Permitted corroborar las necesidades de los pacientes en relación con el proceso de rehabilitación en la patología diagnosticada.

□ Mini-mental: Permitted 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 afasia anómica.

□ Esfera psicoafectiva geriátrica: Permitted valorar los estados afectivos de los sujetos geriátricos afásicos con anomia.

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 afasia anómica.

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; Minimental Test y Escala psicoafectiva.

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 10 adultos mayores todos hombres comprendidos entre 70 y 80 años. Actualmente son solteros 5 y viudos existen 5 sin apoyo familiar. Con relación a la escolarización 6 lograron el sexto grado y 4 de ellos el noveno.

El aumento de la morbilidad en la tercera edad es evidente en los casos estudiados, donde seis son hipertensos y cuatro padecen cardiopatías; aunque han presentado episodios típicos del denominado Ictus cerebral, acompañados todos del consumo tabáquico y de alcohol, que como factores de riesgo sí contribuye a agudizar el estado no sólo físico sino mental; además del conocido efecto de algunos medicamentos en los procesos cognitivos y en la esfera afectiva.

Resultados del Minimental Test.

En esta prueba 10 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, 5 presentaron dificultades, de ellas dos integrantes del grupo con sexto y menos grado presentaron mayor dificultad con la orientación temporal y en menor medida con la orientación

espacial; un caso que pertenece al grupo con más de sexto grado presenta mayor 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 entre primer y cuarto 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 alteraciones del grupo en estudio, ambos procesos resultaron no conservados.

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 se presentaron algunas dificultades con las personas con grados entre primero y cuarto, en lectura una persona presentó dificultades y en escritura dos. En el grupo con más de sexto grado todas las personas lograron realizar bien ambas tareas.

Proceso visoespacial

La diferencia entre ambos grupos fue de un caso más; en el grupo con sexto y menos grado cinco personas tuvieron dificultades mientras que en el otro grupo, cuatro. 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 observados en la escala psicoafectiva.

En refieren tener alteraciones afectivas sin estar asociado a la escolaridad. En un análisis por categorías de la escala, la depresión seguida de la ansiedad resultaron los estados referidos con mayor frecuencia.

La ansiedad y la depresión pueden dificultar el buen funcionamiento de la memoria. La ansiedad hace que las personas se preocupen y se centren en sí mismas en lugar de en la tarea, con lo que al retirar la atención de la misma, pueden disminuir las puntuaciones en ellas. Este hecho pudo estar presente en los sujetos muestrales de este estudio, si consideramos además que para el adulto mayor la situación de evaluación puede ser un factor estresante.

Por su parte la conexión entre depresión y memoria puede operar de forma indirecta en el sentido de que las personas mayores deprimidas se preocupan más por los lapsos de memoria y se quejan más de ellos que quienes no tienen depresión, y esta mayor atención a estos problemas puede conducir a declives reales de la memoria, que por consiguiente disminuye la capacidad para recordar e incluso establecer denominaciones en cosas y objetos.

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 a la atención en su duración, estabilidad y concentración; a la fluidez verbal; a la secuenciación (analítico-sintética); a la función de evocación: mnémico, visoespacial; a la memoria verbal espontánea y por claves.

Se constató que los sistemas funcionales relacionados con la orientación, alopsíquica y autopsíquica; el cálculo aritmético simple y el reconocimiento de objetos se encuentran mejor conservados.

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.

Entre los síndromes neuropsicológicos constatados se destacan por su incidencia la afasia anómica descrita.

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 la dificultad para programar, regular y verificar las acciones, y en especial, en los que tienen que ver directamente con la abstracción, generalización, el componente lógico verbal voluntario, que son propias de la tercera unidad funcional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez, R. (2001). Evolución del envejecimiento en la población cubana. Temas de M. G. I. Editorial Ciencias Médicas, Volumen I, 167-168.

2. APA. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourt Edition. Text Revisión. (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Association.
3. Ardila, A. y Ostroski, F. (1991). Diagnóstico del daño cerebral. Enfoque neuropsicológico. Primera edición, México, Trillas S. A. de C. V.
4. Buendia, J. (1997). Gerontología y salud. Perspectivas actuales. Madrid. Biblioteca nueva.
5. Cuetos, F. (1999). Neuropsicología cognitiva del lenguaje. En: De Vega, M., Cuetos, F., eds. Psicolingüística del español. Madrid: Trota, p. 535- 69.
6. 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.
7. Luria, A. R. (1973). Fundamentos de Neuropsicología. Barcelona: Fontanella.
8. Omar, E. (2012). Factores asociados a alteraciones secundarias del Sistema de Control Atencional en pacientes afásicos. Neurología Argentina, 4, 2, 59-66.
9. Omar, E., Pardo, V.M., y Antúnez, V.A. (2013). Evolución histórica del concepto afasia: apuntes sobre su abordaje teórico en neuropsicología. En: Ruiz, L., Álvarez, M.R., Muñoz, A., eds. Actualizaciones en Comunicación Social. Vol. I. Santiago de Cuba: Centro de Lingüística Aplicada, p. 423-427.
- 10.-Orosa, T. (2003). La tercera edad y la familia. Editorial Félix Varela. La Habana
- 11.Pérez, E. (2001). "Caracterización neuropsicológica de un grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide". Título en opción al grado científico de Master en Psicología Médica. UCLV.
- 12.Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. (Cuarta Edición). México: Graw-Hill/Interamericana, S.A. de C.V.
- 13.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.

14. Vigotsky, L. S. (1960). Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. La Habana, Ed. Científico Técnica.
15. Valdés, M. A. (1997). Psicogeriatría para médicos generales integrales. Editorial Oriente. Santiago de Cuba.

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 ptos

1 Rpta incorrecta = 0

4) Memoria

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

Calificación 3 ó 0 ptos.

5) Lenguaje y Construcción

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

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

Calificación 2 ptos.

--Repita 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 ptos.

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

Calificación 3 ptos.

--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 los 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.

Esfera psicoafectiva geriátrica

1. -Se siente usted enfermo-sí-no-2 ptos
2. -Le impide la enfermedad física realizar lo que usted desea-sí-No-1 pto
3. -Su estado emocional se ve afectado por la enfermedad que padece-sí-No-1 pto
4. -Se siente usted triste, lloroso-sí-No-2 ptos
5. -Siente que su vida está vacía-sí-No-2 ptos
6. -Se siente usted inseguro e intranquilo-sí-No-2 ptos
7. -Mantiene usted vida sexual-sí-No-1 pto
8. -Piensa que su vida es satisfactoria-sí-No-1 pto

Se suman todos los puntos

Leyenda:

- Sin alteración psicoafectiva: 0-3 ptos
- Posible alteración psicoafectiva: 4-8 ptos
- con alteración psicoafectiva: 9-12 ptos