

Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Original

Estimulación y rehabilitación cognitiva en un centro ambulatorio: descripción y análisis de las variables iniciales

Natalia Irrazabal, Ignacio Demey*, Carolina Feldberg, Silvia Vilas, Anabel Orellano, Eva Ruótolo, Sandra Vanotti, Verónica Villar, Verónica Somale, Fernando Cáceres y Ricardo Francisco Allegri

Servicio de Neurociencias Cognitivas. Instituto de Neurociencias Buenos Aires (INEBA). Buenos Aires. Argentina.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de abril de 2010

Aceptado el 22 de junio de 2010

Palabras clave:

Escalas

Estimulación cognitiva

Rehabilitación cognitiva

Evaluación neuropsicológica

Percepción subjetiva

RESUMEN

Introducción. La rehabilitación cognitiva es una práctica prescrita cada vez con mayor asiduidad en pacientes neurológicos con trastornos en sus funciones mentales superiores.

Objetivo. Describir las características principales y efectuar un análisis comparativo de los puntajes obtenidos en diferentes escalas en pacientes que iniciaron tratamiento de estimulación/rehabilitación cognitiva en INEBA.

Materiales y métodos. Batería de pruebas que incluyeron memoria episódica verbal, memoria subjetiva, actividades de la vida diaria, calidad de vida y rasgos depresivos. Descripción y comparación entre diferentes grupos etiológicos.

Resultados. Se analizaron los datos de 73 pacientes (38 varones y 35 mujeres; edad media: 59,89 años [SD 19,42], educación formal: media 13 años [SD 3,74]). Dentro de la población predominaron las causas vasculares (20 casos, 27%), los traumatismos encefalocraneanos (9 casos, 12%) y el deterioro cognitivo leve de causa no vascular (8 casos, 11%). En el análisis de los resultados de la batería administrada se observó una diferencia significativa entre la percepción subjetiva de memoria de los pacientes vasculares, con traumatismos y con deterioro cognitivo leve en algunas de las dimensiones estudiadas, entre ellas recuerdo de libros y películas, conversaciones y acciones a realizar.

Conclusiones. Se encontraron diferencias en la percepción subjetiva de memoria entre los grupos considerados. Resulta importante dentro de los programas de rehabilitación cognitiva considerar junto a la evaluación del desempeño objetivo, aspectos metacognitivos y de creencias de memoria para así conocer las fortalezas y debilidades del paciente de manera integral. Esto permitirá el empleo de estrategias compensatorias que apunten a mejorar el desempeño funcional del paciente.

© 2010 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.

Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia:

Correo electrónico: idemey@fundacionineba.org (Dr. I. Demey).

Cognitive stimulation and rehabilitation in an outpatient clinic: Description and analysis of initial variables

A B S T R A C T

Keywords:

Neuropsychological assessment
Scales
Cognitive stimulation
Cognitive rehabilitation
Subjective perception

Introduction. Cognitive rehabilitation is a neuropsychological practice which is prescribed by physicians in neurological patients with disorders in their higher mental functions.

Objective. To describe the principal characteristics and to perform a comparative analysis of the obtained scores in different scales administered to patients that began a cognitive stimulation/rehabilitation treatment in INEBA.

Materials and methods. Battery of tests that includes episodic verbal memory, subjective memory, daily life activities, quality of life and depressive features. Description and comparison between different etiologic groups.

Results. We analysed data of 73 patients (38 men, 35 women; mean age 59.89 years [SD 19.42], formal education: mean 13 years [SD 3.74]). In this population the vascular aetiology predominated (20 cases, 27%), followed by head injury (9 cases, 12%) and non-vascular mild cognitive impairment (8 cases, 11%). In the analysis of the results we found a significant difference between memory perception of vascular patients compared to those with head injury and mild cognitive impairment in some of the considered aspects, including books and film's memories, conversations and actions.

Conclusions. Differences in memory perception between the considered groups were found. It's important in cognitive rehabilitation programs to consider, together with the standard neuropsychological assessment, metacognition and memory self-efficacy beliefs, in order to know in a more global dimension patient's strengths and weaknesses. These considerations can allow the use of strategies that should lead to better patient's functional performance.

© 2010 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L.
All rights reserved.

Introducción

La rehabilitación cognitiva es una modalidad terapéutica prescrita cada vez con mayor frecuencia en pacientes neurológicos con trastornos en sus funciones mentales superiores. Incluye al conjunto de estrategias terapéuticas que apuntan a restituir las capacidades cognitivas y a modificar las características conductuales del paciente, considerando aspectos biológicos, psicológicos y sociales¹. Existen múltiples concepciones para su definición teórica y abordaje, pero todas se centran en el propósito común de recuperar los déficit existentes en las capacidades cognitivas del individuo. Durante los últimos años se ha observado un incremento en la cantidad de estudios que analizaron diferentes tipos de intervenciones cognitivas, especialmente en pacientes portadores de lesiones cerebrales de etiología traumática o vascular^{1,2}.

Previamente al inicio de cualquier intervención de este tipo es necesario realizar una evaluación neuropsicológica que permita determinar las fortalezas y debilidades cognitivas de cada paciente. Sin embargo, algunas medidas utilizadas en la exploración habitual ofrecen categorías muy generales y poco descriptivas, las cuales en ocasiones informan de manera incompleta sobre la magnitud de los cambios y de las áreas en que éstos se producen¹.

La investigación en la clínica aplicada en relación a los trastornos cognitivos ha dado lugar a un amplio espectro de pruebas de evaluación con diferentes técnicas y objetivos. La primera división se basa en el origen de la información reco-

gida: objetiva o subjetiva. En cuanto a la evaluación objetiva suelen utilizarse pruebas de ejecución que abarcan baterías neuropsicológicas estandarizadas, test específicos para cada dominio cognitivo y pruebas basadas en programas informáticos. En relación a la información de tipo subjetivo, es en el ámbito de la memoria donde se encuentra el mayor número de investigaciones sobre estos aspectos, involucrando la opinión del sujeto acerca de sus funciones mnésicas, sus déficits percibidos, sus fallos más frecuentes y sus estrategias compensatorias^{3,4}. Las quejas o fallos de memoria subjetivos muchas veces no son evaluados en la práctica clínica habitual, sin embargo las mismas pueden tener repercusiones serias en la vida de las personas que los padecen³⁻⁵. Una manera válida de investigar estos aspectos es mediante los cuestionarios de quejas de memoria.

El objetivo de este trabajo es describir las características principales y efectuar un análisis comparativo de los puntajes obtenidos en diferentes escalas objetivas, subjetivas y conductuales en pacientes que iniciaron tratamiento de estimulación/rehabilitación cognitiva de manera ambulatoria en INEBA.

Pacientes y métodos

Para el presente estudio se evaluaron y analizaron los resultados obtenidos al inicio del tratamiento en los siguientes instrumentos:

- Cuestionario semiestructurado de datos sociodemográficos.
- Sintomatología depresiva en el paciente y en el cuidador: Beck Depression Inventory (Inventario de Depresión de Beck)⁶.

El objetivo de este inventario es evaluar la presencia y la severidad de un amplio espectro de síntomas depresivos. Se trata de un cuestionario autoaplicado de 21 grupos de frases, y cada grupo consta de 4 afirmaciones que evalúan la intensidad del síntoma y que se presentan ordenadas de menor a mayor gravedad. El paciente debe seleccionar para cada ítem la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos (No, 0-9; leve, 10-15; moderada, 16-24; grave, 25-63).

- Memoria subjetiva: Cuestionario de olvidos cotidianos, Van der Linden, adaptación de Bénédict y Seisdedos⁷. El objetivo de este cuestionario es evaluar la percepción subjetiva de memoria del paciente, considerada por el paciente y por su cuidador, en relación a la memoria en su vida cotidiana. Está formado por 68 preguntas cerradas, divididas en 10 temas: olvidos referentes a conversaciones, referentes a películas y libros, distracciones comunes de la vida cotidiana, olvidos referentes a caras, nombres y detalles de la vida de las personas conocidas, dificultad para aprender o recordar el manejo de objetos nuevos, olvidos relacionados a conocimientos socio-históricos, memoria espacial, memoria prospectiva, memoria autobiográfica, desempeño en memoria cotidiana de ciertos factores de interferencia (cansancio, estrés, etc.), uso de estrategias y reconocimiento de los olvidos. Al inicio y al final de las preguntas se responde a modo de consideración global: ¿Cree usted que tiene problemas de memoria en su vida de cada día? O ¿cree usted que _____ tiene problemas de memoria en su vida de cada día? El modo de valoración es una escala de 1 a 6 puntos (nunca, muy rara vez, a veces, con cierta frecuencia, con mucha frecuencia, siempre). De cada uno de los temas se adquiere un puntaje.
- Memoria objetiva: memoria episódica verbal. Aprendizaje serial: California Verbal Learning Test (CVLT)⁸. El CVLT evalúa múltiples aspectos del aprendizaje verbal, recuerdo y reconocimiento por medio de una serie de palabras agrupadas en dos listas. La lista A está compuesta por 16 palabras (4 de cada una de 4 categorías semánticas) y evalúa la habilidad del paciente para recordarla durante 5 ensayos. A continuación se presenta la lista B de interferencia, también conformada por 16 palabras. Esta lista de interferencia debe ser leída una sola vez, tras lo cual se solicita el recuerdo libre y el recuerdo con claves de la lista A. Después de un intervalo de 20 min se evalúa el recuerdo diferido de la lista A, nuevamente el recuerdo con claves y se realiza la tarea de reconocimiento de las palabras presentadas en la lista A.
- Memoria lógica: Wechsler Memory Scale⁹. En esta tarea el sujeto debe tratar de retener y repetir, en forma inmediata y

diferida, la mayor cantidad de datos de dos relatos presentados verbalmente. La puntuación máxima es de 25 ítems en cada historia. Se obtienen dos puntajes, uno correspondiente al puntaje de recuerdo inmediato proveniente de los datos recordados por el sujeto inmediatamente después de ser leída cada historia y otro que corresponde a lo recordado por el sujeto 30 min después.

Se analizaron los datos de los pacientes, familiares y/o cuidadores que brindaron su consentimiento a participar en el presente estudio, admitidos al sector de estimulación-rehabilitación cognitiva de INEBA en el período agosto de 2007-julio de 2009.

Se incluyeron 73 pacientes (38 varones y 35 mujeres) con una edad media de 59,89 años (SD 19,42) y con una educación formal media de 13 años (SD 3,74).

El análisis estadístico fue realizado utilizando el programa SPSS 11.0 para Windows.

Resultados

En relación a la etiología de los pacientes considerados predominaron las causas vasculares (20 casos, 28%), los traumatismos encefalocraneanos (9 casos, 13%) y el deterioro cognitivo leve de causa no vascular (8 casos, 11%) (fig. 1).

Las características demográficas de cada uno de estos grupos y los resultados obtenidos en las escalas consideradas pueden verse en las tablas 1 a 3 y en la figura 2.

No se encontraron diferencias significativas entre los 3 grupos en el rendimiento objetivo del recuerdo diferido de una historia ni de una lista de palabras, ni en la intensidad de los rasgos depresivos.

En el análisis de los resultados de la batería de memoria subjetiva se observó una diferencia significativa entre la percepción subjetiva de memoria de los pacientes vasculares, con traumatismos y con deterioro cognitivo leve en algunas de las dimensiones estudiadas: conversaciones ($p=0,019$), películas y libros ($p=0,050$), distracciones ($p=0,024$), personas ($p=0,009$) y acciones a realizar ($p=0,005$) (tabla 4).

Discusión

El relevamiento de datos acerca de las sensaciones y creencias de cada paciente sobre sus capacidades, valorados en conjunto con los resultados y el rendimiento en test específicos, pueden resultar de especial relevancia previamente al inicio de tratamientos de estimulación y rehabilitación cognitiva, debido a que tanto la etiología del cuadro como las características de cada individuo podrán influir en su desempeño durante el desarrollo de las sesiones.

En el presente estudio se encontraron diferencias significativas en algunos aspectos de la percepción subjetiva de memoria entre los grupos de pacientes con trastornos cognitivos de causa vascular, traumática y con deterioro cognitivo leve de causa no vascular, no difiriendo en su rendimiento en las evaluaciones objetivas de memoria episódica ni en la intensidad de los rasgos depresivos.

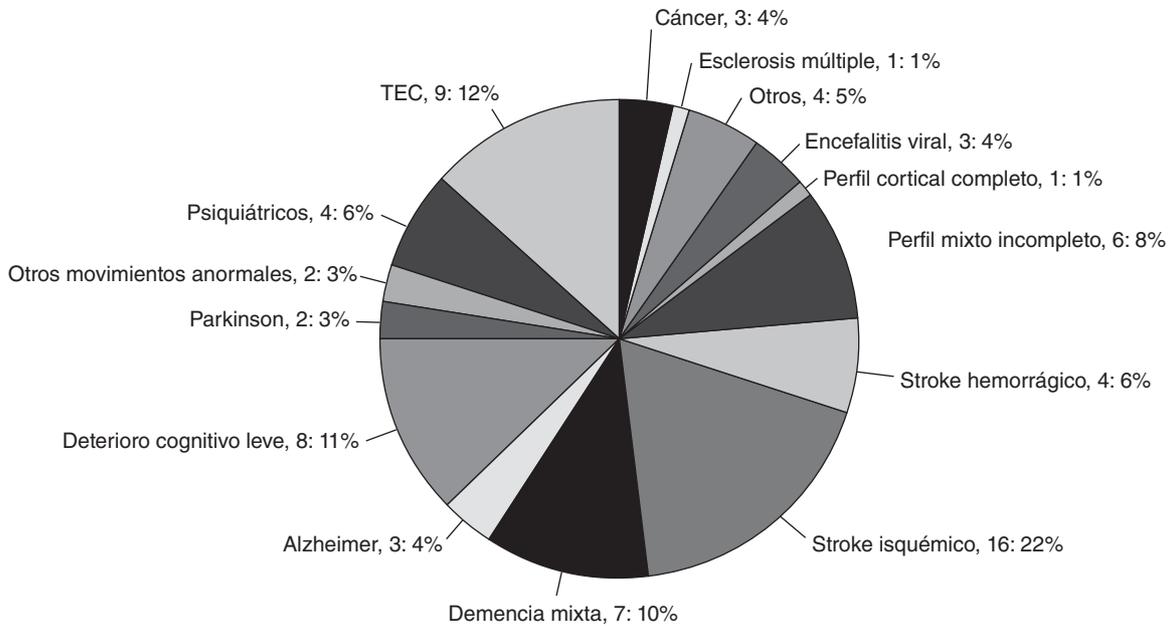


Figura 1 – Etiología de los 73 pacientes que iniciaron el tratamiento de rehabilitación y estimulación cognitiva (período agosto 2007-julio 2009). TEC: traumatismo encefalocraneano.

	ACV (n=20)	TEC (n=9)	DCL (n=8)
Fem/Masc	45/55 (%)	33,3/66,7 (%)	75/25 (%)
	Media (SD)	Media (SD)	Media (SD)
Edad	61,65 (15)	31(10)	76 (6)
Educación	13,9 (3,6)	14 (2,1)	11 (1,5)
Sesiones	29,2 (8,4)	27,3 (10)	24 (10)
Informante			
Sí/No	80/20 (%)	55,6/44,4 (%)	12,5/87,5 (%)

ACV: accidente cerebrovascular; TEC: traumatismo encefalocraneano; DCL: deterioro cognitivo leve.

	ACV (n=20)	TEC (n=9)	DCL (n=8)
	Media (SD)	Media (SD)	Media (SD)
Inventario de Beck	7,4 (6,6)	9,22 (5,33)	9,1 (3,2)
	Media (SD)	Media (SD)	Media (SD)
Puntaje Z – recuerdo diferido California Verbal Learning Test	-1,96 (1,70)	-1,11 (0,65)	-1,94 (0,43)
Puntaje Z – recuerdo diferido Historia	-1,44 (1,81)	-0,94 (1,33)	-1,18 (2,90)

ACV: accidente cerebrovascular; TEC: traumatismo encefalocraneano; DCL: deterioro cognitivo leve.

	Diagnóstico	n	Media	SD
Pregunta inicial	ACV	20	3,25	1,06
	DCL	8	3,87	0,64
	TEC	9	3,00	0,50
Conversaciones	ACV	20	13,95	4,29
	DCL	8	17,62	3,92
	TEC	9	11,00	3,84
Películas y libros	ACV	20	9,05	3,61
	DCL	8	12,62	3,66
	TEC	9	7,55	2,74
Distracciones	ACV	20	13,80	5,03
	DCL	8	18,37	4,56
	TEC	9	12,88	3,62
Personas	ACV	20	15,20	6,10
	DCL	8	23,12	5,79
	TEC	9	14,88	4,78
Usos	ACV	20	4,20	1,32
	DCL	8	4,37	1,76
	TEC	9	3,66	1,11
Actualidad	ACV	20	10,05	3,79
	DCL	8	13,12	6,24
	TEC	9	9,88	3,48
Lugares	ACV	20	12,80	5,11
	DCL	8	13,50	3,02
	TEC	9	11,33	4,12
Acciones a realizar	ACV	20	12,90	4,25
	DCL	8	15,50	3,42
	TEC	9	9,55	4,30
Vida personal	ACV	20	11,80	4,13
	DCL	8	14,00	2,72
	TEC	9	8,66	2,91
Pregunta final	ACV	20	3,25	1,16
	DCL	8	3,62	1,06
	TEC	9	2,88	1,05

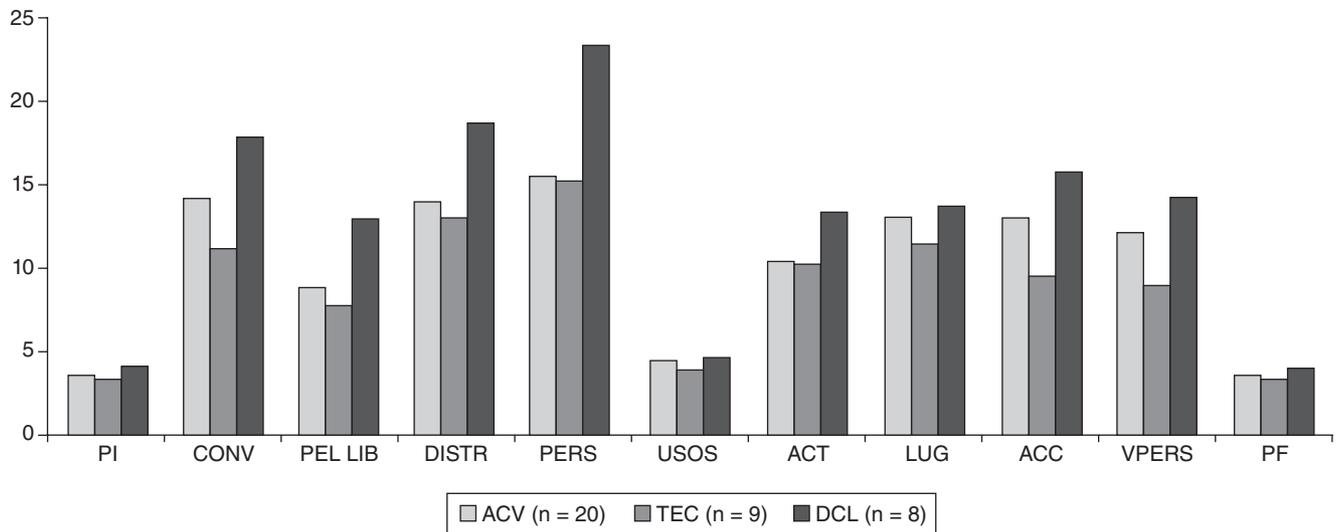


Figura 2 – Percepción de memoria subjetiva en los 3 grupos analizados. PI: pregunta inicial; CONV: conversaciones; PEL LIB: películas y libros; DISTR: distracciones; PERS: personas; USOS: usos; ACT: actualidad; LUG: lugares; ACC: acciones a realizar; VPERS: vida personal; PF: pregunta final; ACV: accidente cerebrovascular; TEC: traumatismo encefalocraneano; DCL: deterioro cognitivo leve.

Tabla 4 – Kruskal Wallis: Diferencias entre grupos de la percepción de memoria subjetiva en pacientes con accidente cerebrovascular (ACV), deterioro cognitivo mínimo (MCI) y traumatismo encefalocraneano (TEC)

	n	Mediana	p
Pregunta inicial	37	3	0,625
Conversaciones	37	14	0,019*
Películas y libros	37	9,5	0,050*
Distracciones	37	14	0,024*
Personas	37	17	0,009*
Usos	37	4	0,216
Actualidad	37	11	0,240
Lugares	37	11	0,479
Acciones a realizar	37	13	0,005*
Vida personal	37	12	0,240
Pregunta final	37	3	0,723

La evaluación subjetiva acerca del rendimiento mnésico brinda información sobre aspectos metacognitivos y específicamente sobre la metamemoria, es decir, acerca de la forma en que el sujeto conoce y valora su propia memoria.

Como se ha mencionado, en la consideración de los resultados obtenidos en las encuestas acerca de las quejas subjetivas de memoria siempre debe tenerse en cuenta la correlación existente entre las manifestaciones del paciente y el rendimiento en los diferentes test objetivos que consideran el desempeño del individuo en relación a su memoria episódica verbal¹⁰. La consideración de la información objetiva y subjetiva en conjunto puede tener utilidad en el diagnóstico diferencial entre las diferentes causas de trastornos cognitivos y síndromes demenciales³. De este modo, es habitual observar

que las personas con demencia tipo Alzheimer tienden a sobreestimar sus capacidades mnésicas episódicas y restan relevancia a sus problemas evidenciados en tests objetivos, mientras que por otro lado los pacientes con depresión suelen subestimar sus habilidades y presentar un gran número de quejas con resultados objetivos adecuados. Asimismo, la información derivada de los cuestionarios de memoria puede ser utilizada para colaborar en el establecimiento de prioridades acerca de los problemas con mayor necesidad de intervención y las posibilidades del paciente de emplear estrategias compensatorias adecuadas¹¹. Por último, es habitual detectar progresos del paciente en el ámbito clínico, aunque muchas veces estos cambios no se ven reflejados en los resultados de las pruebas neuropsicológicas objetivas y no alcanzan un nivel de significación estadística. En este sentido, las pruebas de evaluación subjetivas y otras escalas de valoración de las consecuencias psicosociales de la intervención aplicada pueden representar un tipo de acercamiento más cercano a las necesidades y demandas cotidianas que plantean tanto los pacientes como los familiares¹².

Resulta importante dentro de los programas de rehabilitación cognitiva considerar junto a la evaluación del desempeño objetivo, aspectos metacognitivos y de creencias de memoria para así conocer de un modo más completo las fortalezas y debilidades del paciente. Dicha información puede ser obtenida mediante el empleo de cuestionarios y de inventarios que exploran aspectos vinculados a la memoria subjetiva y a la autoeficacia, pudiendo asimismo aplicarse los mismos instrumentos al cuidador del paciente para poder comparar los datos obtenidos. Esta información, de difícil obtención mediante otros métodos, podrá resultar de utilidad en el tratamiento de estimulación o rehabilitación cognitiva a desarrollarse, posibilitando el uso de estrategias compensatorias que tengan como objetivo mejorar el desempeño funcional del paciente de manera integral.

B I B L I O G R A F Í A

1. Prigatano GP. Principles of neuropsychological rehabilitation. Nueva York: Oxford University Press; 1999.
2. Montejo Carrasco P, Montenegro Peña M, Reinoso García AI, De Andrés Montes MA, Claver Martín MD. Programa de Memoria. Método UNAM. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
3. Jessen F, Wiese B, Bachmann C, Eifflaender-Gorfer S, Haller F, Kölsch H, et al. Prediction of dementia by subjective memory impairment: effects of severity and temporal association with cognitive impairment. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:414-22.
4. Iliffe S, Pealing L. Subjective memory problems. *BMJ*. 2010;340:c1425.
5. Hertzog C, Hultsch DF. Metacognition in adulthood and old age. En: Salthouse T, Craik FIM. *Handbook of aging and cognition II*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2000. p 417-60.
6. Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbauhg J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-7.
7. Benedet MJ, Seisedos N. Evaluación clínica de las quejas de memoria en la vida cotidiana. Editorial Médica Panamericana; 1996.
8. Spreen O, Strauss E. *A Compendium of Neuropsychological Tests*. Nueva York: Oxford University Press; 1989.
9. Lezak M, Howieson DB, Loring DW. *Neuropsychological assessment*. Nueva York: Oxford University Press; 2004.
10. Pearman A, Storandt M. Predictors of subjective memory in older adults. *Journal of Gerontology*. 2004;59:4-6.
11. De Frias CM, Dixon R, Bäckman L. Use of memory compensation strategies is related to psychosocial and health indicators. *Journal of Gerontology*. 2003;58B:12-22.
12. Muñoz Céspedes JM. *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid: Síntesis; 2001.