



## Maestría en Psicología Clínica

La WAIS III como instrumento para el estudio de la memoria en una población de adultos mayores con Queja Subjetiva de Memoria.

Informe final de Tesis para optar por el título de Magister en Psicología Clínica

Lourdes Salvo Sosa

Director de tesis:

Robert Pérez Fernández

Montevideo, agosto de 2014

## Agradecimientos

En esta instancia quisiera agradecer a todas las personas que me han acompañado en este largo proceso de realizar un trabajo arduo de aprender y retomar conocimientos. Más aún cuando se tiene que concretar en páginas escritas, un proceso que me ha costado mucho.

Para ello he contado con amigas y compañeras maestrandas a quienes quiero agradecer, Isabel Rodríguez, quien estuvo todo este tiempo a disposición y me ha ayudado y acompañado, Analía Cacciatore que ha compartido jornadas de trabajo ayudándome mucho, Pilar Bacchi con quien compartimos muchas jornadas en los comienzos de la maestría, a todas, gracias.

También quiero agradecer a la Dra Paola Premuda quien colaboró con el análisis estadístico de la presente investigación.

Agradecer a Susana Martínez, Coordinadora del Programa donde trabajé en el Instituto de Psicología Clínica por el gran aporte y disposición para apoyarme en varios momentos cruciales del proceso de redacción de tesis.

Mi más sincero agradecimiento a Robert Pérez, mi director de tesis con quien he contado en todo momento más allá de su función de director, poniendo a disposición su tiempo y energía para realizar el trabajo.

Mi agradecimiento a la Facultad de Psicología de la Universidad de la República por el apoyo y estímulo para realizar este trabajo.

También a Gabriel del servicio de Referencias de biblioteca de Facultad de Psicología por colaboración y buena actitud.

Agradezco a todos los participantes de este estudio, quienes con su interés por el funcionamiento de su memoria han contribuido a pensar algo más sobre ello.

También mi agradecimiento a Gustavo quien me ha acompañado hasta este momento.

The WAIS-III as an instrument to study memory in a population of elderly with subjective memory complaint.

### Summary.

Traditionally, the Wechsler scales were conceived with the aim to explore the intellectual functioning in adults. In the latest versions of the scales, the factor analysis is deepened, constituting psychometric parameters that reflect more specific cognitive abilities. The third version of the scale provides factorial indices, among them, the memory index that is of interest for this research.

The study population consisted of 25 elderly who sought psychological care due to subjective memory complaint. In that way the aim of this research was to establish statistical and clinical profiles of this population and the potential impact of emotional factors.

A descriptive exploratory study was designed. Psychological semi-structured interviews were carried on; the MMS and the full version of the WAIS III were applied.

The quantitative data were analyzed with the statistical program SSPS and the profiles obtained were analyzed qualitatively.

From the results, statistical and clinical profiles were obtained. These profiles allowed characterizing patients with subjective memory complaint, based on this, some of the psychological mechanisms involved in memory functioning in this population are discussed.

**Key words:** Subjective memory complaint, WAIS-III, elderly.

## Resumen

Tradicionalmente las escalas Wechsler fueron creadas con el objetivo de explorar el funcionamiento intelectual de los adultos. En las últimas revisiones, profundiza en el estudio de factores, constituyendo así parámetros psicométricos que dan cuenta de habilidades cognitivas más específicas. De modo tal que la tercera versión de ella ofrece además índices factoriales, entre ellos el índice de memoria que es el que interesa para esta investigación.

La población de estudio estuvo conformada por 25 adultos mayores que solicitaron atención psicológica por queja subjetiva de memoria. El objetivo fue establecer un perfil estadístico y clínico de esta población así como la posible incidencia de factores emocionales.

Se diseñó un estudio descriptivo exploratorio en el cual, en el marco de una consulta psicológica se realizó una entrevista semidirigida, la aplicación del MMS y la WAIS- III en su versión completa.

Se analizaron los datos cuantitativos con el programa estadístico SSPS y de los perfiles obtenidos se realizó un análisis cualitativo.

De los resultados obtenidos se desprenden perfiles estadísticos y clínicos que permitieron caracterizar a pacientes con queja subjetiva de memoria. Se discute algunos de los mecanismos psicológicos que intervinieron en el funcionamiento de la memoria de esta población.

**Palabras Clave:** Queja subjetiva de memoria, WAIS III, adultos mayores.

## INDICE

Summary-----	3
Resumen-----	4
Siglas-----	7
I. Introducción-----	8
II. Referentes teóricos -----	17
Aspectos psicológicos del envejecimiento-----	17
Conceptualizaciones de la memoria-----	26
La memoria para la psicología cognitiva-----	28
La memoria y lo afectivo-----	31
La memoria desde el psicoanálisis-----	32
Trastornos de memoria y deterioro cognitivo en el envejecimiento-----	36
Queja Subjetiva de Memoria-----	38
Diagnóstico y evaluación psicológica en la consulta del adulto mayor-----	41
La exploración cognitiva: escalas Wechsler-----	43
La WAIS III-----	44
Interpretación de las Escalas Wechsler-----	47
Perfiles de la WAIS-----	49
Fenómenos Especiales-----	50
Exploración de factores emocionales y características personalidad-----	51
La entrevista psicológica: aspectos técnicos-----	56
Perfil clínico-----	58
III. Objetivos-----	59
IV. Metodología-----	60
Diseño-----	60
Participantes-----	60
Técnicas e Instrumentos-----	61
Entrevista psicológica-----	61
MMST-----	62
WAIS III-----	62
Protocolo de registro de conducta durante la prueba-----	64
Procedimiento-----	65
Análisis de datos-----	65
Aspectos éticos-----	67
V. Resultados-----	68

Rendimientos.CI principales-----	68
Índices factoriales-----	69
Promedio de las diferencias-----	70
Desviaciones de los puntajes-----	71
Factores emocionales y características de personalidad-----	72
Actitud ante la WAIS-----	72
Entrevista psicológica-----	74
Perfil grupal-----	75
VI. Discusión-----	77
Alcances de esta investigación-----	88
VII. Conclusiones-----	90
VIII. Referencias -----	92
IX. Anexos-----	102

La presente tesis está escrita usando el masculino como genérico, para evitar la sobrecarga gráfica de poner el femenino y el masculino en cada nominación. Por tanto debe entenderse esta forma de escritura como una forma de simplificación gráfica y no como una jerarquización de género.

## SIGLAS

ACID- Aritmética, Claves, Información, Dígitos

CI - Cociente Intelectual

CIE- Cociente Intelectual Ejecutivo

CIT- Cociente Intelectual Total

CIV- Cociente Intelectual Verbal

CV- Comprensión Verbal

DCAE- Deterioro Cognitivo Asociado a la Edad

DCL-Deterioro Cognitivo Leve

DMAE- Deterioro de Memoria Asociado a la Edad

DTA- Demencia Tipo Alzheimer

MO- Memoria Operativa

OP- Organización Perceptiva

QSM- Queja Subjetiva de Memoria

SCAD- Símbolos, Claves, Aritmética, Dígitos

VP- Velocidad de Procesamiento

WAIS III – Wechsler Adults Intelligence Scale , 3rd Edition

WAIS-R - Wechsler Adults Intelligence Scale- Revision

# **La WAIS III como instrumento para el estudio de la memoria en una población de adultos mayores con Queja Subjetiva de Memoria.**

## **I. Introducción**

Esta investigación estudiará el funcionamiento cognitivo y especialmente de la memoria de una población de personas adultas mayores que consultan por Quejas Subjetivas de Memoria (QSM) en dos lugares de Montevideo, la Asociación de Jubilados de Colón y el Servicio de Psicología de la Vejez (SPV). Este último, ubicado en el Centro de Investigación Clínica en Psicología y Procesos Psicosociales (CIC-P) de Facultad de Psicología, se dedica al estudio del envejecimiento, abordando sus problemáticas desde varias perspectivas, incluyendo la de promoción y prevención de salud. Desde el año 1998, se viene instrumentando el programa Psicosocial de Prevención de los Trastornos de Memoria al cual concurren personas con más de 60 años que consultan por problemas de memoria de diferentes tipos.

Programas como este han tenido un importante desarrollo en los últimos años al registrarse un aumento de la demanda de la población de esta franja mencionada, siendo la preocupación por el funcionamiento de la memoria, una de las principales (Lorenzo y Fontán, 2003).

Organizaciones mundiales y regionales estiman que para el 2030 una de cada tres personas será mayor de 60 años (Ávila, Morales y Gutiérrez, 2007). En América Latina los estudios realizados han establecido predicciones similares (Calvo, 2009), señalando que Uruguay se ubicará en los primeros lugares con un 21% de población adulta mayor. Actualmente en la región nuestro país es, después de Cuba, el que presenta una mayor cantidad de población vieja, lo cual implica un alto impacto económico, social y sanitario. Esta situación exige una replanificación de las distintas políticas incluyendo las de salud y de protección social. El hecho de que Uruguay se ubique dentro de los países de América Latina con la tasa más baja de crecimiento y una elevada proporción de población envejecida, obedece a un fenómeno complejo en el que inciden el avance de la transición demográfica, la caída de la tasa de natalidad, el aumento de la expectativa de vida producto del avance tecnológico, así como los procesos migratorios (Calvo, 2009).

La perspectiva demográfica proporciona una visión global de la población que es necesario analizar tomando en cuenta diferentes aspectos. El presente estudio se centra específicamente en el crecimiento de la franja etaria correspondiente a las personas adultas mayores y sus repercusiones.

A tales efectos, se establecerán algunas consideraciones acerca de las políticas sobre envejecimiento existentes actualmente.

Históricamente a lo largo del siglo XX, en nuestro país y en la región en general las políticas se han centrado en aspectos sanitarios y de seguridad social, desde un paradigma de necesidades, por lo que fueron políticas tendientes a cubrir esas necesidades.

Esto ha llevado a que tanto en Uruguay como en la región, se hayan diseñado estrategias por parte de los Estados y de algunas de las Instituciones abocadas al estudio de los requerimientos de estas personas que aún no estaban contempladas.

Este enfoque de las políticas predominantes sobre envejecimiento, en nuestro país comienza a cambiar en la última década del siglo XX, dando lugar a un paulatino despliegue de una política centrada en la perspectiva de derechos. Es así que organismos del Estado como el Ministerio de Desarrollo Social (Mides), y el Ministerio de Salud Pública (MSP) han realizado acciones tendientes a establecer lineamientos dirigidos a lograr el bienestar en todas las personas adultas mayores, a corto, mediano y largo plazo (Mides, 2012).

En la actualidad, el estudio y profundización en los temas relacionados a la vejez, se ha convertido en un problema y preocupación de las diferentes instituciones que trabajan con esta población. El hecho de que la gente viva más representa una buena noticia. Esto responde a múltiples determinantes en los cuales han intervenido no solo las políticas públicas establecidas, sino los adelantos científicos que han cambiado los niveles de tasa de natalidad y de mortalidad infantil. Sin embargo no deja de ser una preocupación en cuanto a cómo brindar atención a las necesidades que se presentan en esta población. No sólo es bueno que se viva más años sino que a los efectos del bienestar personal, psicológico y social de las personas también debe tenerse una buena calidad de vida.

Es verdad que este cambio en el perfil poblacional trae aparejado una problemática de alto nivel de complejidad en la que se relacionan problemas biológicos, sociales y psicológicos, ya que no se cuenta con organismos dedicados al bienestar integral de una población nueva, con capacidad de promover la potencialidad de integración a la sociedad. Por otra parte en cuanto a los sistemas de salud, no cuentan con servicios especializados que se sostengan en una experiencia sistematizada en los temas preocupantes de salud que presenten estos grupos etarios.

CEPAL-CELADE plantea que el principal objetivo de una política de salud del envejecimiento debería ser el logro de buenas condiciones de salud en la edad avanzada, para evitar y retrasar así el surgimiento de patologías y deterioros funcionales en las áreas física, psicológica y social (Berriel, Pérez, y Rodríguez, 2011).

En el caso de Uruguay, con la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), se creó en el marco de la Dirección General de Salud (DIGESA) el Programa de atención a los Adultos Mayores (2005). Dicho programa realiza un diagnóstico de situación en el que resalta que el sistema sanitario no se encuentra preparado para brindar atención al volumen de la población mencionada, así como tampoco para la promoción y prevención de los trastornos por los cuales podrían consultar. En virtud de ello propone para los servicios de salud un modelo centrado en la persona mayor, donde los servicios sean coordinados, multidisciplinarios, en un contexto continuo de atención, con un enfoque sistémico y énfasis en la comunidad. Esto, articulado con todos los niveles de atención para asegurar la continuidad de los cuidados. Asimismo advierte que, para que sean sostenidos estos cuidados, se debe atender al perfeccionamiento de quienes los brindan, por lo cual promueve la capacitación continua a los recursos humanos de los sectores implicados. Por sectores implicados entiende también el contexto socio familiar y los tipos de apoyo desarrollados más allá del sector salud, esto es, educación para una sociedad que envejece, soluciones habitacionales, acceso a bienes culturales, servicios sociales y legales que atiendan las necesidades que son generadas en esta etapa de la vida (DIGESA, 2005).

Se establecieron también como objetivos, en el Programa de Adultos Mayores, actividades de prevención y promoción estratégicas, adecuadas a los síndromes geriátricos, como son los síndromes depresivos, las pérdidas funcionales o de autonomía y los deterioros cognitivos, estableciendo como necesario el despistaje temprano de estas problemáticas. Es de destacar que este programa hasta la fecha no se ha cumplido en su totalidad, puesto que la planificación de la atención al adulto mayor no ha alcanzado a todos los centros de asistencia sino que se concentra en los servicios especializados. Por otra parte las consultas por problemas específicos de esta población ha aumentado considerablemente y se ha extendido a diferentes lugares como por ejemplo el consultorio psicológico y las policlínicas comunitarias.

Un hecho relevante en las políticas públicas hacia las personas adultas mayores de nuestro país lo marca la promulgación de la Ley 18617, en 2009, la cual crea el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INMAYORES), en el Ministerio de Desarrollo Social, (MIDES) con el fin de coordinar y unificar las distintas políticas respecto a este grupo etario realizando una promoción integral de derechos y necesidades tanto individuales como colectivas de

esta población. Actualmente se encuentra en vigencia el plan Nacional de Envejecimiento y Vejez (Mides 2012), que tiene como objetivo principal comenzar una nueva base conceptual a nivel estatal sobre el tema del envejecimiento. Dicho plan considera a los involucrados como sujetos políticos y protagonistas de estos cambios conceptuales. Provee también principios orientadores sobre la vejez y el envejecimiento, tales como la integración generacional. Se trata de una visión positiva y no deficitaria del envejecimiento, una perspectiva del ciclo de vida, así como el reconocimiento de las distintas formas de envejecer.

Otro aspecto importante a destacar es el que plantean Lladó y Carbajal (2009) quienes proponen incluir en las políticas públicas la consideración de la subjetividad del sujeto que envejece. Dado que las políticas públicas producen y reproducen representaciones, es una cuestión central tener en el objetivo la propia concepción de sujeto que se quiere transmitir. De esta manera se estaría promoviendo otra concepción de vejez y no un imaginario que priorice o considere sólo la condición de invalidez.

Por otro lado el Instituto también pretende potencializar las líneas de investigación sobre patologías de déficit, tales como trastornos cognitivos mayores y las demencias, de forma tal de no circunscribirse únicamente al diagnóstico de tales trastornos.

En este sentido y volviendo a los motivos por los cuales mayoritariamente consulta esta población, si bien no son exclusivos del envejecimiento, son justamente problemáticas que aumentan con la edad, tales como el declive en las funciones cognitivas.

Así es que varios artículos y documentos de trabajo provenientes de consultas especializadas en la atención a población de más de 60 años constatan que, muy a menudo las consultas refieren a síntomas depresivos y de ansiedad. Lo interesante es que tales elementos semiológicos suelen aparecer muchas veces asociados a quejas del mal funcionamiento de la memoria (Fontán, 2004; Ventura, 2004).

Los trastornos manifestados presentaban múltiples características, que dificulta la consulta no solo en los servicios especializados tales como medicina familiar, neurología y geriatría sino también en los servicios de otras disciplinas como la psicología. Muchos de ellos son problemas del funcionamiento de la memoria relacionados con tareas cotidianas, lo que a su vez muchas veces se han magnificado por la autopercepción que tiene la persona, que resulta ser mucho mayor que lo que afecta a la función en sí misma (Taragano, Feldman, et. al, 2000; Lorenzo y Fontán, 2003; Fontán, 2004).

Es así que se ha debido profundizar en el estudio de la memoria en los adultos mayores, debido no solo al aumento de frecuencia de la consulta sino a las características de complejidad que estos trastornos presentaban, lo cual ha requerido el abordaje de la psicología para profundizar en los factores específicos.

A fines de 2006 el Área de Diagnóstico de la Facultad de Psicología es convocada por la dirección del APEX-CERRO, a participar en el equipo interdisciplinario del Subprograma Adultos Mayores, con el fin de que el diagnóstico y la evaluación psicológica aportaran al estudio integral de los pacientes que se atendían en los Servicios de este Programa.

Los consultantes venían referidos a este Servicio por el médico tratante de su comunidad y presentaban trastornos complejos relacionados al funcionamiento cognitivo, no siendo éste siempre el motivo de consulta principal. Diversos factores médicos y psicosociales asociados tales como enfermedades crónicas, consumo de sustancias, violencia familiar, situaciones de duelo, estados depresivos, afectaban los rendimientos en las pruebas y oscurecían las posibilidades del diagnóstico de la esfera cognitiva. Con respecto a la evaluación de los rendimientos y de los demás factores psicológicos se necesitaba un diagnóstico más preciso y dinámico de manera de poder establecer pronóstico y futuras intervenciones. Estos consultantes obtenían rendimientos que no eran congruentes con la queja que presentaban. Si bien manifestaban problemas de memoria, olvidos, etc, los resultados de las pruebas indicaban que no tenían disminuida esa área, por el contrario, otros consultantes que no planteaban problemas de memoria, sí obtenían rendimientos descendidos. Las interrogantes que se plantean son por una parte, respecto a la percepción que tiene la persona sobre el funcionamiento de su memoria, así como la valoración que hacen de ella según su utilidad en el medio en que se desenvuelve.

Es entonces que la memoria como una de las funciones o instrumentos principales de la inteligencia, ha ocupado un lugar de interés predominante en el funcionamiento cognitivo de esta población, ya que sus trastornos afectan no solamente a la performance de su rendimiento sino también al aprendizaje actual y futuro.

En general las investigaciones realizadas en estas poblaciones se han enfocado en las funciones cognitivas, haciendo énfasis en el funcionamiento de la memoria, sobre todo en sus características deficitarias. En la actualidad se amplía esta perspectiva, interesando también otras variables, como los factores emocionales y los rasgos de personalidad, la historia individual del sujeto, así como lo relacionado al ambiente cultural y socioeconómico en que se está inserto. En este sentido, muchos autores afirman que los aspectos

deficitarios de la memoria en los adultos a partir de los 60 años, son propios del envejecimiento cerebral, por lo tanto los factores mnémicos así como el factor de velocidad y el de procesamiento mental, descienden con la edad (De Pascale, 2003, Casanova, Casanova y Casanova, 2004). A partir de aquí se han encontrado por lo menos tres líneas de investigaciones al respecto. Por una parte, los que piensan en forma contraria a lo antes expuesto, afirmando que el simple envejecer no justifica un deterioro en el funcionamiento cognitivo, por lo cual cualquier signo de éste es considerado un motivo para realizar la consulta especializada (Allegri, Taragano, Felman, Harris y Tagué, 2000; Lorenzo y Fontán, 2003).

Por otra parte, están las posiciones que afirman no sólo que los trastornos de memoria pueden ser propios de la vejez, sino que además establecen una línea continua que puede empezar en un leve deterioro relativo a la edad, hasta llegar a un deterioro significativo, como puede esperarse en los inicios de una enfermedad de Alzheimer (De Pascale, 2003).

Planteado esto, otro tema que constituye parte del problema a investigar refiere a las técnicas de evaluación de la memoria, puesto que tanto los test psicométricos como las listas de palabras, son técnicas que apuntan al déficit de memoria, en términos de cantidad conservada o perdida, no teniendo en cuenta la mayoría de ellos, el proceso por el cual se lleva a cabo la pérdida. Teniendo en cuenta estas dificultades, el abordaje de la psicología clínica de estos trastornos introduce la Escala Wechsler (Wechsler Adults Intelligence Scale) WAIS-III, posibilitando el acceso al funcionamiento intelectual general y a las habilidades que lo conforman de una manera integrada. En esta tercera edición de la escala, desde una postura que jerarquiza el punto de vista clínico, se provee al evaluador de datos más específicos, como los índices factoriales (Wechsler, 2002).

En el presente estudio, la escala es utilizada para explorar el funcionamiento de la memoria en interacción con las demás habilidades, obteniendo así una comprensión clínica que logra aprehender el proceso por el cual se llega al resultado.

De esta manera se busca obtener un perfil de la población que consulta por problemas de memoria, contribuyendo además a la obtención de datos que permitirían aumentar la validez de la WAIS-III para las llamadas poblaciones especiales, en este caso referidas a la población montevideana.

Esto resulta necesario en nuestro medio ya que el uso de las técnicas psicológicas con fines diagnósticos requieren de actualización y adaptación en forma sistematizada. En esta investigación se trabaja con los consultantes que presentaban QSM puesto que el

cambio de perfil poblacional hace que estos motivos sean los más frecuentes y se consideró importante para despistar trastornos más severos.

Además, es de gran interés para esta investigación, profundizar en el estudio de los factores emocionales relacionados al trastorno de memoria, porque, si bien hay estudios que señalan la existencia de estos factores como subyacentes al funcionamiento de la memoria (Casas et. al., 2009; Pérez, 2009), la mayoría de las pruebas de evaluación disponibles en la actualidad, no incorporan los mismos a su análisis, por lo que abordan la memoria como función aislada y consideran exclusivamente el dato numérico, como evidencia cuantitativa del déficit.

A diferencia de la mayoría de las pruebas de evaluación de la memoria, la WAIS-III permite estudiar la misma en interacción con otros aspectos de la inteligencia (tales como atención, percepción, motricidad y velocidad), brindando información no sólo empírica de los aspectos cognitivos sino también clínica. Esto permite visualizar la influencia de características personales como la ansiedad, los intereses y el negativismo, que podrían estar afectando los resultados de la prueba.

Si bien el proceso de administración de la WAIS- III implica un tiempo prolongado, el hecho de realizarse en el marco de una consulta psicológica, hace que se establezca un vínculo que permite un buen rapport, en donde el consultante puede desenvolverse en forma tranquila y con confianza. Al explicitar las consignas de la técnica se pone en conocimiento al participante en forma precisa de la tarea que se le propone y de lo que se busca que él realice. Esta situación clínica establecida, permite observar el comportamiento del sujeto frente a una tarea cognitiva, de tal manera que se transforma en una fuente importante de información para el psicólogo.

Al respecto, Matarazzo (1976), entiende que fue la experiencia clínica lo que le permitió a Wechsler plantear claramente que la inteligencia es mucho más que lo que miden los test, siendo el resultado de la compleja interacción entre los factores constitucionales, las experiencias del sujeto en su contexto y las variables de personalidad.

En ese mismo sentido, en la investigación “Habilidades cognitivas en niños y adolescentes. Evaluación psicológica desde una perspectiva cultural”, Norma Contini, investigadora de la Universidad de Córdoba, utilizando también escalas Wechsler, plantea que la evaluación de la inteligencia y de las habilidades cognitivas que la componen, es una tarea “eminente clínica”. Se emplean puntajes de test de carácter cuantitativo que sólo adquieren sentido si son articulados con datos cualitativos, como la observación clínica en la situación de evaluación, la historia de vida, y el medio sociocultural al que pertenece el

sujeto. Toma también para su análisis otro aspecto muy relevante, en referencia a la proyección de contenidos personales en las situaciones de prueba, facilitadas por la estructura de algunos subtest tales como el de comprensión verbal y el de ordenamiento de láminas (Contini, 2000).

También, en un artículo de revisión realizado por Leibovich y Schmidt, (2008) sus autoras afirman que las técnicas de evaluación deben enfocarse más en el proceso que en el producto, en relación a la importancia de ver los caminos por los cuales se ha llegado al resultado. Para ello la observación de todo lo manifestado durante la toma adquiere sentido y brinda información de manera única en ese caso y sólo esa vez.

Así, finalmente se establece los objetivos de esta investigación, en referencia al estudio del perfil de comportamiento que evidencia la WAIS-III en una población de adultos mayores que consulta por problemas de memoria en el Servicio de Psicología de la Vejez del CIC-P de la Facultad de Psicología y en la Asociación de Jubilados de Colón.

Se realiza una entrevista psicológica semidirigida con el fin de delimitar la QSM y los factores relacionados con ella, tales como las circunstancias en las cuales comenzó, sucesos vitales simultáneos, historia de vida de la persona. Se seleccionaron sólo a los participantes que presentaron queja subjetiva de memoria, entendiéndose ésta como la preocupación por el funcionamiento de la memoria en la vida cotidiana, de comienzo reciente, que ha sido advertida por el propio sujeto. Se tuvo en cuenta también en la entrevista inicial el cumplimiento con los criterios de exclusión expresados en el apartado metodológico.

Como técnica de despistaje (screening) se aplica el Mini Mental State Test (MMST examen mínimo del estado mental) con el objetivo de descartar cualquier posible deterioro ya que se establece un punto de corte bastante alto, de 27 puntos.

Se realiza la aplicación de la WAIS-III en su versión completa, registrándose en forma sistematizada las conductas que la persona manifiesta durante la prueba en un protocolo especialmente diseñado para eso (Anexo). En dicho protocolo se registran aspectos como la gestualidad, la verbalización respecto al material del test y respecto a la intención atribuida al examinador, la duda ante los reactivos, la reacción frente al fracaso y también frente al éxito, las respuestas por la negativa, la capacidad de trabajar bajo presión, entre otros factores.

De esta forma, el presente estudio se basa en las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es el perfil estadístico y clínico que adquiere la WAIS III en una población de adultos mayores que consulta por QSM?
- ¿Es posible identificar en la WAIS III la incidencia de factores emocionales y características de personalidad en el rendimiento de la memoria de adultos mayores?
- En caso de que se identifiquen factores emocionales y de personalidad mediante el uso de la WAIS-III, en su interpretación en forma individual: ¿aportan a la comprensión de los problemas de memoria presentados por esta población?

## **II. Referentes teóricos**

Dada las características de esta tesis, la cual presenta cierta complejidad tanto en la metodología planteada como en el análisis a utilizar, debido a que combina datos cuantitativos con análisis cualitativo y clínico, corresponde enumerar los temas propuestos en los referentes teóricos. El hecho de utilizar entrevista psicológica y técnicas de evaluación estandarizadas, ambas con marcos teóricos diferentes, si bien es una modalidad de larga trayectoria en psicología clínica, amerita una explicación de cómo se van articular esos referentes. Se va a hacer primero una referencia a la franja etaria con la cual se va a trabajar en cuanto a características de su funcionamiento cognitivo y psíquico. Luego el estudio de la memoria se hará desde los marcos teóricos de la psicología cognitiva y el psicoanálisis. Y por último, la definición de los factores afectivos y emocionales y su articulación con el análisis de las técnicas.

### **Aspectos psicológicos en el envejecimiento y su evaluación**

Tradicionalmente se ha hecho énfasis en el funcionamiento cognitivo del adulto mayor, incluso muchas intervenciones en la consulta de esta población han tenido que ver con los procesos cognitivos y su eventual deterioro, dejando de lado aspectos fundamentales que hacen a un funcionamiento psíquico general o que hacen referencia a la constitución de una subjetividad propia que va mucho más allá del funcionamiento cognitivo.

No obstante la importancia de la integración de los aspectos cognitivos a un funcionamiento psíquico más general, a los efectos expositivos de esta tesis se presentará el funcionamiento cognitivo por un lado y luego el funcionamiento psíquico global por otro.

Fernández Ballesteros (2004) investigadora del tema envejecimiento de la Universidad Autónoma de Madrid, afirma que la idea de que la vejez sea conceptualizada únicamente desde la perspectiva de pérdidas y declives proviene de una concepción del ser humano constituido sólo por sistemas biológicos, en donde éstos con el pasar de los años indefectiblemente pierden eficiencia.

Esta autora cuestiona esta visión reduccionista, destacando que en los sistemas del comportamiento intervienen variables complejas en fuerte interacción con el medio. Por lo tanto la vejez no debería ser entendida de forma lineal, como correlato de un deterioro del

sustento biológico de las funciones. En todo caso el declive no será igual en todas las áreas, dependerá de qué función se trate y de qué sistema lo sustente. Si se trata de una actividad motora cuya base es fuertemente biológica seguramente va a ser muy susceptible a declinar, pero si se trata de otros procesos como los intelectuales y los afectivos, dicha declinación no tendría por qué presentarse. Incluso en determinadas actividades más que un declive podría constatarse una estabilización e incluso un incremento durante toda la vida, como el caso del lenguaje, entre otras.

Esto es lo que sucede en el desarrollo psicológico, que se sigue dando mientras haya relacionamiento del organismo (biofísico) con el contexto socio cultural. En el conjunto de esas características psicológicas, entre ellas las cognitivas, algunas experimentan ganancia y otras pérdidas a lo largo de la vida. La velocidad de reacción, la coordinación visomotora, son de las que declinarán tempranamente y otras como la conceptualización verbal, la cantidad de conocimiento, se pueden seguir incrementando hasta edades muy avanzadas.

La inteligencia, afirma Fernández Ballesteros, como todas las funciones psicológicas también es el producto de la interacción del organismo biológico (cerebro) con el medio en que se desenvuelve el individuo. Aquellos aspectos relacionados con los procesos biológicos como la inteligencia fluida, la velocidad y la percepción recién nombrados, también la fluidez verbal, el razonamiento y la capacidad espacial, son los primeros que empiezan a descender. Sin embargo, los aspectos más vinculados a lo sociocultural, como la información, comprensión, vocabulario, no sólo se mantienen sino que pueden seguir aumentando a lo largo de los años hasta etapas bien avanzadas.

Quizá, para ampliar la comprensión de lo que se va a desarrollar respecto a la injerencia de la medición en los aspectos cognitivos y su variación, sea conveniente en forma previa hacer alusión al hecho de que se ha podido delimitar, desde el punto de vista histórico, tres períodos en los se puede pensar desarrollos conceptuales sobre los procesos de envejecimiento, que a su vez dan cuenta de cómo la psicología ha abordado este tema.

En el primer período las investigaciones se centraban en el estudio antropomórfico, que consistía en la medición de las capacidades fisiológicas de las personas en su amplitud o reducción. Es en esa época se crea la especialidad de Geriatria en el área médica, como una especialidad que se ocuparía de la enfermedades de esa etapa del desarrollo, estableciéndose así el predominio de la medicina en los estudios sobre la vejez y dejando de esta forma relegados los aspectos sociales y psicológicos (Lehr, 1988). De esta manera los procesos psicosociales intervinientes en el envejecimiento quedan por fuera de los conocimientos producidos.

El segundo período corresponde al comprendido entre las dos guerras (1918 y 1940) en donde el desarrollo de la psicología se correspondía con el auge que tenían en ese momento la medición de los fenómenos psicofísicos y las corrientes que promovían el desarrollo de los test, tales como la psicometría. El aspecto que se destacaba era la medición, en términos de rendimientos psicofisiológicos de determinadas aptitudes, como la velocidad de reacción ante determinados estímulos auditivos o visuales. También los funcionamientos intelectuales empezaron a ser medidos, los conceptos de edad mental y capacidad fueron desarrollándose, realizándose la comparación de los resultados obtenidos en las poblaciones de distintas edades en donde los mejores resultados eran obtenidos por la población joven.

En el tercer periodo es cuando se funda la Sociedad Internacional de Gerontología en el año 1950 lo cual posibilita un período de expansión de la investigación científica sobre el tema, sin embargo el enfoque sigue centrado en el rendimiento y en las funciones superiores.

No se logra consolidar una perspectiva diferente de la vejez, sino que sigue siendo vista desde el enfoque de las múltiples pérdidas funcionales, mentales y de posiciones sociales. Esta visión de la vejez, más que como una etapa de la vida es vista como un estado de enfermedad o de invalidez, donde todas esas pérdidas ocasionan deterioros que hacen que sean vividas con el dolor de lo irrecuperable y que se visualice sólo el aspecto deficitario.

Desde la Psicología específicamente, Lehr (1988) discute lo que llamó enfoque de modelo deficitario del desarrollo mental, que comenzó con la necesidad de valorar la inteligencia y el aprendizaje para seleccionar idóneos para ingresar al ejército, en la época de la primera guerra mundial. Un grupo de investigadores de la Asociación Americana de Psicología, Wells, Terman y Yerkes entre los más conocidos, comenzaron a aplicar test de rendimientos a una gran cantidad de población. La discusión planteada por Lehr es referida a los resultados de los test aplicados, en los cuales aparecían déficits ya a la edad de 30 años, si bien Yerkes había señalado que no debía interpretarse ese resultado como un descenso general de la inteligencia debido a la edad. La cuestión radica en que aunque se realizaron estudios de fiabilidad cuidadosos y se contó con un número grande de aplicaciones de los test, los resultados obtenidos se compararon entre grupos de diferentes edades por los cuales los resultados de las personas de más edad fueron peores que los de los más jóvenes.

Esto no fue debidamente analizado en su momento, la concepción de inteligencia y de rendimiento debió seguir su curso hasta que se enfocó el tema de la medición desde un punto de vista metodológico. Fueron los estudios de Miles, de 1928, en la Universidad de Stanford los que trataron de esclarecer los problemas relativos a los resultados de los

rendimientos de las personas mayores en la esfera intelectual; se estaban observando resultados que obtenían los mejores puntajes a la edad de 20 años y con el mismo método descendían notoriamente a los 50 años. Esta observación rápidamente fue revisada ya que era evidente que alguna concepción errónea estaba ocurriendo, ya que no por volverse uno más viejo pasa a ser menos inteligente (Lehr, 1988).

Esto se pudo comprobar recién con el surgimiento del análisis factorial, y fue Rudiger en 1971 quien verificó que para la variable edad cronológica la variancia era de 4 a 4,5%, siendo por ejemplo el 12% para la instrucción escolar y entre el 8 y el 10% para la buena condición de salud, por lo que demuestra que no es la edad el principal determinante de la variación de los rendimientos intelectuales (Lehr, 1988).

La WAIS y sus sucesivas adaptaciones y revisiones habían sido y son uno de los instrumentos más utilizados en la clínica para la detección de aspectos de deterioro. Se trata de una batería que consta de dos escalas compuestas de subtest verbales y manipulativos, respectivamente. En la versión de 1955 se pretendía obtener incluso un coeficiente de deterioro que se basaba en la performance de los sujetos en determinados subtest. Los estudios clínicos habían demostrado que algunos subtests proponían tareas cuya performance era muy afectada por el factor edad y otros en cambio no lo eran tanto. Es así que se arriba a la célebre fórmula de deterioro: 1- subtest que no se mantienen/ subtest que se mantienen X 100. En este contexto a los 55 años había un 16% de deterioro "normal".

Como se observará subyace aún a esto una fuerte presencia del paradigma positivista que pretende cuantificar e identificar de modo un tanto simplificado la presencia de un gradiente de deterioro. Se entiende de esta manera ya que a los efectos de cuantificar era necesario reducir variables para facilitar encontrar relaciones causa- efecto. Dicho cálculo de deterioro fue rápidamente criticado y poco convalidado desde la clínica. Son los propios autores de esta investigación quienes advierten el peligro de caer en un reduccionismo numérico ya que como lo señalaba Wechsler, el descenso en ciertas habilidades suele ser apuntalado por el conocimiento y la experiencia.

Es sorprendente la relevancia que se le da al funcionamiento intelectual en esta etapa de la vida, el cual parece ser el principal indicador del funcionamiento de la persona. Sucede lo mismo en la etapa de la niñez en donde se considera al rendimiento intelectual como único indicador del desarrollo. Quizá porque desde el punto de vista biológico el marco del desarrollo/crecimiento/maduración le otorga una impronta fundamental al aspecto cognitivo como parámetro de un estándar de funcionamiento probable.

La importancia que se le da al mantenimiento o el decline de las funciones intelectuales es en parte justificada por el grado de influencia que tiene en los nuevos aprendizajes, ya que la capacidad de procesar la información determina la facilidad para retenerla y usarla para la incorporación de nuevos conocimientos. Este aspecto de adquisición de nuevos aprendizajes en los adultos mayores también resulta comparado con el de los jóvenes. Algunos autores afirman que el alto porcentaje de olvidos o fallas en tareas cotidianas que les sucede a las personas viejas, tales como números de teléfonos, citas y otras actividades de la vida diaria son atribuidos al declive de sus capacidades intelectuales (Ocampo y Ricaldi, 2012).

Volviendo al tema del descenso de la inteligencia, que es diferente al descenso del rendimiento, en nuestro medio, a punto de partida de la adaptación de la primera revisión de la escala Wechsler de inteligencia para adultos, una investigación realizada por Kachinosky, Alvarado, Arechia, Domínguez y Etchehebere (1986) a propósito de la evolución y declinación de las capacidades intelectuales corroboraban, siguiendo la línea que se viene planteando, que los 16 años era el punto máximo de desarrollo de la inteligencia, se mantenía hasta los 24 y luego comenzaban a declinar.

Los estudios que se vienen realizando actualmente no acompañan las premisas iniciales de la WAIS. Por el contrario en la tercera edición se cambia el concepto de deterioro. Ya no se trata de un cociente entre los subtest que se conservan y los que no, sino que se analiza la población de referencia y se trabaja con el concepto de referencia a la norma. Al contrario de las versiones anteriores, la WAIS III convierte los puntajes directos obtenidos por el sujeto en puntajes de escala comparado con los obtenidos por esa misma franja de edad, antes de pasarlas a CI. En la forma anterior se pasaban a puntajes de escala comparados con una población de referencia general a todos los grupos de edades. Si bien en la tercera edición se dan estos cambios en los aspectos metodológicos de la estandarización, la psicología de la época en la cual surgieron no podían escapar a ese sesgo más biologicista sobre el cual se construye el concepto de deterioro.

En relación a esto, Belsky (1996) plantea que la inteligencia ya no se considera la capacidad de dar respuestas correctas a preguntas abstractas sino de proponer soluciones nuevas a problemas reales, la capacidad de integrar relaciones complejas.

Otro aspecto a tenerse en cuenta es el de los aspectos positivos del envejecimiento por ejemplo, la sabiduría, la cual es vinculada al potencial de aprendizaje y a otras condiciones positivas que propician un envejecimiento exitoso (Krzemien y Monchiatti, 2011).

Estas autoras del trabajo relativo a la sabiduría en envejecientes toman el concepto de Sternberg quien la concibe como “conocimiento mediado por valores y orientado hacia el logro de un buen balance entre intereses intra, inter y extrapersonales, y un balance entre la acomodación, la modificación y la selección del medio ambiente”.

De este modo queda claro que no es posible pensar en el deterioro cognitivo sin considerar el equilibrio e integración entre los diferentes componentes de la personalidad y las experiencias vitales realizadas en un contexto vincular y social.

La sabiduría, dicen los autores mencionados, es un atributo psicológico complejo que combina aspectos cognitivos, afectivo-motivacionales e interpersonales. Se trata por otra parte de un concepto muy influenciado por las creencias sociales y está muy marcado por los factores culturales.

Si bien la sabiduría no es patrimonio de la vejez, las personas sabias son las que saben direccionar su vida, interpretan mejor los eventos, tienen un propósito y un sentido de su propia existencia, pues tienen un acopio de experiencia y de conocimientos adquiridos. Es por ello que vinculan esta concepción de sabiduría con el de inteligencia cristalizada de Horn y Catell (Krzemien y Monchiatti, 2011). Se trata de un aspecto de la inteligencia en donde es fundamental el aspecto pragmático del conocimiento en tanto está empujado de contenido experiencial y cultural y puede ser adquirido no solo por lo académico sino por otros favorecedores que el medio proporcione.

Esta mirada sobre el actuar y vivenciar de la persona que envejece tiende a un interés más integral en donde los aspectos sociales y personales son tenidos en cuenta como componentes de un conocimiento que no pasa solo por la función cognitiva.

De esta manera la patologización del supuesto deterioro cognitivo queda en cuestión. Los declives de las distintas funciones debido al desgaste propio del organismo así como el descenso del rendimiento de determinadas capacidades no siempre se relacionan con el deterioro, las variaciones de ellas puede que sean más sujetas a modalidades propias de procesos personales.

Diversos autores se han interesado también por otras variables que optimizan la calidad de vida y no sólo la ausencia de patología, se han enfocado en los factores emocionales y los rasgos de personalidad así como en la historia de vida del consultante. (Calero, 2003; Belsky, 1996; Pérez, 2009).

Dejando de lado los aspectos más estrictamente cognitivos, en tanto así vistos en forma aislada resultan en un abordaje sesgado del envejecimiento, se procurará desarrollar

algunas perspectivas en relación al funcionamiento psíquico general del sujeto que envejece.

Un aporte desde el modelo psicoanalítico, lo constituye el planteo de Zarebski (2011), quien propone una lectura particular de los mecanismos psíquicos que se ponen en juego en el proceso de envejecimiento, haciendo énfasis en los procesos identificatorios y en la organización del yo del sujeto, para diferenciar entre un envejecimiento normal y uno patológico. Estos procesos a su vez, tienen que ver con una cierta disposición social prejuiciosa hacia la vejez y se enlaza de alguna manera con la perspectiva cognitivista procedente de la concepción biologicista. Tal vez sea conveniente mencionar el comienzo de esas visiones más prejuiciosas hacia la vejez.

A mediados del siglo XX surgen dos teorías con el fin de explicar el proceso de envejecimiento, sin embargo también han dado una visión totalmente negativa de ello. Por un lado una de ellas sostiene, a partir de las investigaciones de E. Cummings y W.E. Henry en Chicago que se va produciendo en el viejo una desvinculación con el entorno, replegándose en sí mismo, perdiendo interés por las actividades y el exterior. Esta proposición fue considerada por muchos como una teoría de desapego y había sido fundamentada, al igual que las teorías sobre los aspectos cognitivos, en procesos fisiológicos dejando de lado la influencia sociocultural. La otra teoría que surge como contraria a ésta, llamada “teoría de la actividad”, postula otro aspecto, dado las múltiples pérdidas padecidas por el viejo, debería realizar actividades que pudieran compensarlas, algo así como sustituirlas para equilibrar el déficit, no deja de ser un postulado igual al anterior (Salvarezza, 1999; Zarebski, 1999; Pérez, 2011).

Estas concepciones, parten de investigaciones basadas en aspectos biológicos y deficitarios de la vejez, por lo que varios autores coinciden (Salvarezza, 1999; Zarebski, 1999; Fernández, 2006; Pérez, 2011) que recogen las múltiples visiones prejuiciosas que han tenido las distintas culturas sobre vejez. Lo que Salvarezza (1999) llama viejismo es el conjunto de prejuicios que se han ido internalizando y que muchas veces son inconscientes pero que tienen sus efectos en las acciones realizadas por las personas. Son las ideas estereotipadas y las discriminaciones que se realizan con el viejo, determinadas solamente por la edad.

Por otra parte el hecho de llegar a viejo, en principio, en determinadas culturas era un hecho bien recibido ya que se relacionaba con el poder haber sobrevivido y con la experiencia acumulada en el largo de la vida, lo cual era valorizado por el conjunto de la sociedad debido a la riqueza acumulada a nivel de conocimientos. Los viejos eran no sólo

portadores, sino transmisores de ese conocimiento. El hecho de alcanzar una edad avanzada era muchas veces considerado un privilegio, obra de los dioses. De hecho el ser viejo era sinónimo de sabiduría, tenían la profesión de sanadores, educadores, jueces, eran depositarios del saber de la comunidad, la memoria que los contactaba con el pasado.

Hasta hace tres o cuatro décadas la denominación común para esta franja etaria era anciano que significa de antes (antiano), su uso se daba a aquellas persona que eran respetadas por su bagaje de conocimientos aunque no tuvieran tantos años, eran una denominación que apuntaba a una sabiduría y por lo tanto conllevaba un gran respeto. Luego se fueron estableciendo otros nombres, persona mayor, adulto mayor pero estos no sustituyeron a aquel “anciano” sino que tenían el fin de no utilizar la palabra viejo. En un principio se supuso que era para no discriminar, pero en realidad se evitaba usar la palabra viejo por la resonancia acerca de la propia vejez (Zarebski, 1999). Estos prejuicios tienen que ver con las internalizaciones realizadas a edades tempranas en donde lo observado en la persona envejecida en cuanto a los cambios corporales, pérdida de vitalidad y los sentimientos de tristeza que puedan manifestar, es traducido como cambios indeseables que acompañan la vejez y por lo tanto rechazados.

Desde una perspectiva psicoanalítica una visión del prejuicio en la vejez la muestra Abel Fernández (2006), en un artículo llamado “Subjetividad, relato y vejez” donde plantea que la representación social de la vejez actual, se convierte en un peso no solo para el viejo y la familia, sino para el psicoanalista, ya que es lo escindido, lo rechazado por la sociedad lo que aparece en el consultorio. Dice que es la imagen de deterioro y de una vida acercándose a su fin lo que hace que uno se enfrente con la expresión máxima de la castración, la muerte, en el sentido psicoanalítico de enfrentarse a las limitaciones.

Los prejuicios sobre la vejez van más allá de la visión que provoca la persona vieja en el observador, formando parte también del marco conceptual de muchos de los investigadores en el tema y de las conclusiones de los resultados de sus estudios. Salvarezza (1999) menciona el trabajo de investigación realizado en historias clínicas de personas mayores tratadas con psiquiatras en dónde estos realizaban menos derivaciones a psicoterapia que en pacientes jóvenes. Este tema de no trabajar con personas viejas en psicoterapia, ya había sido planteado por Freud (1904/1986e), en sus escritos sobre tratamiento psicoanalítico debido a que “el material inconsciente sería demasiado extenso y resistente al cambio”.

Desde otra perspectiva teórica algunos autores han planteado cómo estas actitudes prejuiciosas forman parte de un imaginario social donde la subjetividad es construida a

través de prácticas discursivas, y de otro tipo, que son las que constituyen el psiquismo según Castoriadis, (Berriel, 2003)

Este imaginario se reproduce en el psiquismo de la persona y lleva a una actitud de ser, de pensar, a esquemas de pensamientos compartidos.

Es a partir de modelos y emblemas identificatorios que portan valores, donde se pone en palabras y en prácticas esas identificaciones, dándole sentido a determinados significados que se han ido aprendiendo, los cuales terminan constituyendo el psiquismo. Esto es transmitido entonces a través de esos modelos identificatorios no sólo por las prácticas discursivas sino también por las extradiscursivas (Berriel, 2003).

Todo lo relativo a la vejez visto desde esta perspectiva, como esas identificaciones sostenidas desde el imaginario social, generalmente portan una visión deficitaria y negativa del envejecer.

Zarebski plantea que de la manera de cómo se hayan resuelto las vicisitudes de identificación, las fallas narcisistas, la integración de los aspectos inconscientes así como de toda la trama representacional que da unidad al yo y a las demás instancias psíquicas, es que se podrá realizar una elaboración del proceso de envejecimiento.

Para la organización de personalidad de tipo narcisista, la declinación biológica puede ser catastrófica. Los procesos psíquicos se anudan con los procesos epocales constituyendo la subjetividad, de esta forma en la sociedad occidental las valoraciones de mantenerse joven, bello, aparece como un mandato social, que en personas de tipo narcisistas o con dificultades para procesar las pérdidas pueden conducir a un proceso patológico (Zarebski, 2011). De esta forma, transitar por las vicisitudes biológicas va a depender de cómo fueron transitadas las vicisitudes psíquicas, de cómo se fueron articulando las pérdidas con las adquisiciones a nivel psicológico, o sea, de cómo se fue aceptando la castración.

En esta línea de pensamiento, la concepción de vincular el tema de la depresión a la vejez en función de que hay mayor cantidad de pérdidas en esta etapa, es un error, ya que en todo caso la depresión tiene que ver más con la capacidad de procesar las pérdidas que con la cantidad de lo que se perdió.

Pérdidas se tiene siempre, sin embargo en la vejez se tiene también muchas ganancias, en todos los ámbitos, económicos, sociales, familiares. A veces está la imposibilidad de plantearse lo que se piensa de uno mismo, con más experiencia con más acumulado, es un tema de identidad.

Vinculado a lo anterior pero desde otra perspectiva, Bueno, Buz y Navarro (2011), introducen el concepto de resistencia psicológica en la vejez. Según estas autoras, la capacidad con que se afronta y se reacciona a los sucesos vitales a pesar de las pérdidas que se tiene a nivel biológico, social y psicológico, es un factor protector a considerar. Señalan que no hay evidencia de un declive relacionado a la edad en indicadores subjetivos en calidad de vida, tales como satisfacción, bienestar personal, autoestima así como tampoco una evidencia epidemiológica de un aumento de la incidencia de la depresión.

Por su parte Delia Catullo (2013) plantea el concepto de vaciamiento de la subjetividad en relación al relegamiento del sujeto por parte de la estructura social. Según esta autora, la cultura contemporánea genera un grave sufrimiento al ser humano que envejece, despreciando el pasado, sobrevalorando el presente, considerando improductivo a la persona añosa y la rechaza como inútil y dependiente. Plantea también que una posición crítica con respecto a la vejez debe realizar una articulación entre subjetividad, situaciones sociales, económicas y políticas.

De esta forma se debe considerar los múltiples atravesamiento conceptuales e ideológicos al analizar los procesos de envejecimiento y el enfoque que realizan de él las distintas corrientes teóricas que pretenden explicarlo.

### **Conceptualizaciones de la memoria**

Se ha subrayado la importancia de la memoria ligada al funcionamiento cognitivo en los procesos psicológicos del envejecer. Si bien todas las funciones cognitivas se hallan involucradas en mayor o menor medida, es la función mnésica la que adquiere un rol preponderante. Hasta tal punto es así que los manuales de psiquiatría como el DSM-IV consideran la alteración de la memoria como uno de los criterios centrales que determinan la presencia o no de una patología del tipo de la enfermedad de Alzheimer, por ejemplo. Esta fuerte aseveración invita a una delimitación y clarificación conceptual de dicha función.

El estudio de la memoria ha ocupado siempre un lugar de privilegio a lo largo de la historia (Lieury, 1985). Ya en la antigua Grecia, a través de Cicerón se constató que el poeta Simónides de Ceos hizo uso de reglas mnemotécnicas al tener que identificar los cuerpos de personas que como él, habían sido invitadas como comensales a un banquete donde fueron alcanzados por un derrumbe y quedaron irreconocibles. Simónides, que había estado sentado con ellos y había salido cuando eso sucedió, hizo uso de su memoria para saber

de quién era cada cuerpo de acuerdo al lugar que ocupaba en la mesa. Al ver la facilidad con que recordaba la ubicación de cada uno de los participantes, lo generalizó como método, el cual fue llamado método del emplazamiento.

Delia Catullo (citada por Pérez, 2009) también remite a la mitología griega para aludir al interés que los antiguos dispensaban a la memoria. Éstos consideraban a dos fuentes relacionadas con ella, la primera era "Lethe", la fuente del olvido donde los muertos estaban obligados a beber para olvidar su historia pasada, su vida en la tierra. La otra era la fuente de la memoria, "Mnemosine", la cual era ofrecida como un don divino a los poetas para que a través de esos recuerdos puedan olvidarse del presente, transportándose a otro tiempo en donde se acercaban a los dioses y se alejaban de los humanos.

Desde la mitología aparecen entonces como dos formas de concebir la memoria, una, como una función práctica, la regla nemotécnica que inaugura Simónides, la que se podría hacer corresponder actualmente con algunos de los aspectos estudiados por la psicología cognitiva donde la memoria es considerada como un proceso de almacenaje y recuperación de información procedente del entorno para ser utilizado después.

La otra, es la que surge a través del mito de Mnemosine y Lethe, en donde se presenta a la memoria como un dilema entre el recuerdo y el olvido, donde no está en juego la función utilitaria sino la existencial. La memoria como forma de resolver la existencia entre los humanos o entre los dioses, alude a la memoria como lo que da identidad a la persona, integrando las experiencias del yo en una vivencia que es subjetiva y que se desarrolla en el tiempo, a la vez que promueve una interacción social.

Esto demuestra que el interés por la memoria es muy antiguo, aunque la mayor cantidad de los conocimientos existentes, sistematizados sobre la memoria, son relativamente recientes debido sobre todo a que está ligado al desarrollo histórico del pensamiento.

Del análisis del aspecto mitológico realizado se desprende que, en relación a la memoria se pueden plantear como dos modelos que responden a la evolución de dos conceptos que no son excluyentes.

Por un lado un modelo operativo y experimental propio del trabajo de laboratorio, que trabaja en el control de las variables.

Por otro, un constructo donde la memoria es entendida como una función humana, desarrollo de la conciencia que trasciende lo meramente biológico y aparece empujada de los aspectos culturales que le otorgan producciones de sentido.

En estos constructos teóricos que explican este fenómeno y que provienen de supuestos epistemológicos distintos, se basan otros enfoques como el modelo de procesamiento de la información, de las teorías computacionales, que dialogan muy bien

con los paradigmas positivistas. Corresponden a los modelos que presentan las teorías cognitivas conductuales, neurobiológicas. A su vez, la memoria como función humana, compleja y de múltiples dimensiones constituye un campo interdisciplinario.

En síntesis, la memoria es un constructo teórico que ha sido abordado desde distintas perspectivas teóricas y prácticas. Tomando las concepciones extremas, por un lado se encuentran aquellas que la conceptualizan como una producción social y discursiva y por otro, aquellas que proponen a la memoria como una función individual (Pérez, 2009). En función de los objetivos de la presente investigación, este trabajo se detendrá en aquellos aspectos de la memoria como función psíquica en su aspecto individual. En un principio se presentará a la teoría proveniente de la psicología cognitiva que propone a la memoria como función de procesamiento de la información y la importancia que esta representa para el aprendizaje. Luego se abordará la teoría psicoanalítica que también propone una visión de la memoria individual, desde una dimensión individual, pero con el objetivo de entender el funcionamiento y la búsqueda de sentido.

### ***La memoria para la psicología cognitiva.***

Desde la psicología cognitiva, aplicando el paradigma del funcionamiento cognitivo del procesamiento de la información, asistimos a distintas perspectivas históricas de conceptualizaciones de la memoria, teniendo por un lado los abordajes clásicos de Luria, Vigotsky y Bruner y por otro, más actual el de la teoría del procesamiento de la información.

Luria (1977,1986) plantea que como función cortical la memoria es “la impresión, retención y reproducción de las huellas de una experiencia anterior” y que éste ha sido uno de problemas complejos a los que las ciencias psicológicas se ha tenido que abocar: la misión de estudiar cómo se graban esas huellas, cuáles son los mecanismos fisiológicos de esa impresión y cuáles son las condiciones que contribuyen a ese proceso. Fueron Ebbinghaus y Krepelin, dice Luria, quienes realizando estudios consistentes en la repetición de sílabas sin sentido y sin conexión entre ellas pretendieron dar cuenta de la memorización de un material presentado y describir las leyes básicas del mantenimiento y posterior extinción de las huellas en la memoria.

Asimismo los estudios experimentales realizados por Thorndike y Pavlov sobre el aprendizaje de hábitos en animales, le proporcionaron conocimiento para establecer algunos mecanismos de las conexiones neuronales de la fisiología de la memoria.

La investigación sobre los procesos de la memoria tanto en el hombre como en animales se limitaba a los procesos mnémicos elementales. Las formas superiores que implicaba la memoria voluntaria y consciente, la investigaban únicamente los filósofos, considerándola una expresión superior, una memoria del espíritu y la contraponían a las formas naturales de la memoria, la del cuerpo (Luria, 1986). Aquí Luria esboza la existencia de otra faceta del estudio de la memoria que va más allá de lo que él y sus seguidores han abordado.

Por su parte Vigotsky (2001), a mediados del siglo XX fue el primero en estudiar a la memoria como estructura compleja y función psicológica superior del ser humano, considerando además el aspecto de origen social en ella.

En su texto “La memoria y su desarrollo en la edad infantil” de *Problemas de Psicología General* (2001) plantea que las primeras pruebas tendientes a visualizar como se realizaba el mecanismo por el cual se fijaban los acontecimientos demostraron que éstos se memorizan según su significado, independientemente de lo expuesto verbalmente. De acuerdo a esto se puede observar dos tipos diferentes de memoria, una que tiene que ver con una necesidad de repetición para lograr su aprendizaje y otra que se memoriza de inmediato. Conocer cómo funciona la memoria, acarrea el problema de que, la mirada al centrarse en el desarrollo de la misma, plantea Vigotsky, se da de un modo tal en el cual, éste (el desarrollo) que queda oculto en el curso de la temprana edad. Se pudo constatar que los pensamientos se memorizan de diferente manera que las ideas pero las investigaciones han mostrado que en el niño sucede lo contrario, éste memoriza mejor las ideas que los pensamientos. En realidad, agrega luego Vigotsky, la memoria es extraordinariamente fuerte en la edad infantil y luego, durante el desarrollo del niño se va debilitando cada vez más. El desarrollo de la memoria humana ha seguido la línea de la memorización mediada, el hombre creó procedimientos con los cuales logró subordinar la memoria a sus fines, la memoria mediada conduce a la memoria verbal, memorización del registro verbal de los acontecimientos. La memoria mediada se apoya en una serie de operaciones psíquicas, en la edad infantil es una de las operaciones psíquicas central. El pensamiento del niño de corta edad es determinado por la memoria, para el niño, pensar es recordar. Luego las relaciones interfuncionales de la memoria varían de tal manera que para el adolescente, recordar es pensar ya que para su edad memorizar significa establecer y encontrar relaciones lógicas, por lo tanto recordar consiste en hallar ese punto que debe ser hallado. La transición al pensamiento abstracto da lugar a un nuevo tipo de memorización.

En otra perspectiva, constructivista y cultural, con una concepción de la memoria como construcción social, como acto conversacional y con construcción de sentido se

encuentra la perspectiva cognitiva de Bruner, que jerarquiza el papel de la narrativa partiendo de un modelo cultural y social. Éstos, son modelos teóricos que explican el fenómeno ya no para intervenir o para reducir variables sino para entender el funcionamiento en la vida cotidiana, en la vida diaria, todo lo que tiene que ver con la construcción de la memoria en la cotidianidad (Bruner, 1991).

Dalmás (1993) parte de una concepción de la memoria como parte de un sistema inteligente de base cerebral. Se alinea con una de las primeras teorías clásicas que la entiende como una estructura organizada en sistemas. Éstos son los tipos básicos de memoria: sensorial, a corto plazo y a largo plazo.

La primera comprende los registros sensoriales dentro de los cuales se encuentra la memoria icónica (imágenes) y la ecoica (sonidos). Estos registros pueden almacenarse a corto plazo, sistema que se encarga tanto del almacenamiento como del procesamiento activo de esa información, de manera de prepararla para ser almacenada a largo plazo.

La memoria a largo plazo se caracteriza por tener una duración ilimitada, tiene la función de ser adaptativa, funciona por asociación y construcción y está compuesta por subsistemas interrelacionados. Se subdivide en memoria declarativa y procedimental.

La memoria declarativa a su vez comprende dos tipos de memoria: semántica y episódica. La episódica es aquella que considera los hechos vividos por el sujeto los cuales toman una relación con el contexto y el espacio-tiempo. La memoria semántica es el registro de hechos e información que son adquiridos a lo largo de la vida y que no mantienen el nexo con el contexto en el cual fueron obtenidos, tiene que ver con el aprendizaje y el conocimiento.

Por su parte, la memoria implícita o procedimental es la que tiene que ver con el aprendizaje de determinadas habilidades motoras o perceptivas que cuando son “recordadas” no interviene la conciencia.

En cuanto a la memoria enfocada desde la teoría del procesamiento de la información implica un procesamiento de los datos que consta de cuatro etapas: Entrada, Integración, Almacenamiento y Salida. Desde este modelo se vuelve operativamente aplicable a todos los procesos de aprendizaje. En ese sentido es importante la vía por la cual ingresa la información al sistema. Tiene que ver con algunos de los sentidos, los más comunes estudiados son el auditivo y el visual. La forma de Integración y Almacenamiento tienen que ver con la conservación y la posterior recuperación de esa información. En lo que respecta a la salida importa también la vía por la cual es emitida, que puede ser verbal o motora (Kaufman, 1982, 1994).

La memoria de trabajo, un tipo de memoria a corto plazo, fue conceptualizada por Baddeley en 1970, quien la entendía como un sistema de capacidad limitada que permite el almacenamiento temporal y manipulación de la información necesaria para hacer tareas complejas como el aprendizaje, la comprensión o el razonamiento. Más adelante en 1974, la redefine como un sistema ejecutivo central que consiste en un proceso atencional distribuido en sistemas básicos dependientes: el registro visuoespacial y el bucle fonológico dedicado al registro verbal. Este dispositivo es llamado Sistema Atencional Supervisor (SAS) que luego llama buffer episódico, en donde el sistema de almacenamiento temporal es capaz de integrar información proveniente de varios lugares a la vez (Ocampo y Ricalde, 2012).

Gontier (2004) señala que este modelo propuesto por Baddeley, proviene de los estudios que se realizaron con personas que tenían problemas para ejecutar algunas tareas cognitivas con interferencia como son las afectadas por el uso de drogas o algunas otras patologías, pero es el envejecimiento, dice, la principal causa del descenso en la rapidez y exactitud del procesamiento de la información en la memoria de trabajo.

La memoria de trabajo es concebida como un espacio dinámico en donde la información específica es retenida en forma limitada quedando disponible para ser usada en un corto período de tiempo. Se incluye a la función de almacenamiento temporal de la memoria de trabajo, la función de procesamiento de la información.

### ***La memoria y lo afectivo.***

Algunos estudios han señalado aspectos psicológicos y entre ellos afectivos y emocionales vinculados a la memoria (Pérez, 2009; Lieury, 1985; Luria, 1986).

Por ejemplo Luria (1986), en *Atención y memoria*, plantea que “los fenómenos de la memoria pueden relacionarse de igual modo con la esfera de lo emocional que con la de las percepciones” p 55, y si bien dice que de lo emocional no se va a ocupar en sus textos, deja abierto un camino. Esto da la posibilidad de pensar que la información acumulada a través de las percepciones debe pasar por otro tipo registro en el que los procesos afectivos y emocionales incidirán. Para este autor la memoria discursiva es definida como una fijación inmediata de las palabras y el almacenamiento pasivo de las imágenes que la provocan. Afirma que este tipo de memoria implica una reelaboración de la información recibida, de manera que se separa lo esencial y lo abstracto, para recordar después la idea de lo que directamente se percibió. Se muestra aquí otro aspecto de la memoria, además del registro y el almacenamiento, en relación al proceso que resignifica la información y no sólo la

conserva como elemento aislado. Agrega que los objetos creados por el trabajo social y la vinculación con las personas determinan los procesos psíquicos tales como la memoria o el lenguaje, al referirse a la estructura mediatizada de los mismos (“memorización mediatizada”).

A su vez Lieury (1985) plantea que los afectos, las emociones y los sentimientos tienen la función de dar significado a un objeto o a una acción según se considere como agradable o desagradable para el organismo. En este sentido, se observa en la vida cotidiana cómo se aprende rápidamente lo que interesa o lo que es necesario para evitar un hecho desagradable, lo que evidencia la intervención de la motivación, como un factor interno que impulsa y que a su vez, otorga un significado para el organismo.

Por su parte Pérez (2009), en su estudio *La Dimensión Psicológica de los Recuerdos y Olvidos en Mujeres con Queja Subjetiva de Memoria*, llega a conclusiones tales como que la percepción negativa de la vejez junto a otros elementos sociales e identitarios, facilitan la expresión de conflictos psicoafectivos no elaborados, produciendo en el plano cognitivo las quejas subjetivas de memoria.

### ***La memoria desde el psicoanálisis.***

El modelo teórico de la mente que propone el psicoanálisis se desarrolla a partir del estudio de la memoria. Una de las obras de Freud más importantes, previa al psicoanálisis, podría constituir un verdadero antecedente neuropsicológico. Se trata del Proyecto de Psicología para Neurólogos (1895/1986h). En dicho texto Freud pretende una localización neuronal para cada una de las funciones psíquicas, haciendo especial referencia a la función mnésica. También en el mismo texto, declarará que no podría haber una buena teoría psicológica de la mente si ésta no puede explicar el funcionamiento de la memoria.

Por otra parte y también en el estadio pre-psicoanalítico de su obra, es decir antes de la llamada ruptura epistemológica, ocupándose de las pacientes histéricas dirá: las histéricas sufren de reminiscencia (estudios sobre la histeria o las neuropsicosis de defensa). Los síntomas que presentaban estas pacientes eran entonces una particular forma de recordar.

Inicialmente procuró la identificación de grupos neuronales y modos de relación que explicaran la memoria. Luego de desechar este camino neurológico a favor del funcionamiento psíquico como funcionamiento representacional, continuará trabajando ocupado por develar los mecanismos explicativos de la memoria. Es así que los conceptos

de huella mnémica, inscripción psíquica, doble inscripción, represión, amnesia infantil y transferencia se tornan esenciales para la construcción de su modelo de aparato psíquico.

Los conceptos pilares del psicoanálisis (Freud, 1915 /1984), represión, transferencia, resistencia, y sexualidad infantil, tienen en común que deben enfrentarse a dos tiempos del sujeto -uno actual y uno pasado- en dónde la memoria juega diferentes papeles según la dramática que se trate (escenificación de suceso psíquico, fantasmática). Esa dramática pone en evidencia cómo el tiempo pasado ha dejado huellas que se hacen presente en la actualidad de distintas formas, ya sea a través actos fallidos, lapsus, sueños y otras, que ocultan recuerdos nodulares, los cuales se siguen cubriendo debajo de otros recuerdos.

Desde esta perspectiva, se pueden realizar dos recorridos posibles en los textos de Freud, donde el tema de la memoria cobra protagonismo en la conformación del psiquismo. Un camino se desprende de la constante preocupación por el modo en cómo se realizan los registros de los eventos en el aparato psíquico.

El segundo camino posible, se relaciona con la función del recuerdo y del olvido, así como también, con la necesidad de dar una explicación del fenómeno de la memoria adjudicándole un sentido psicológico.

En el primer recorrido se puede rastrear la preocupación por el fenómeno de la percepción (Freud, 1895 /1986h) y del registro de la huella, aquí asociado a la vivencia de satisfacción, evento que al ser placentero deja registro. Ésta se produce para cancelar el estado de alteración-tensión producido en las neuronas  $\psi$  (Psi). La otra forma de realizar el registro es a través de la inscripción que deja la percepción en un aparato psíquico constituido por sistemas (Freud, 1900/1986d). Se explica por medio de la regresión, donde la huella mnémica deja una alteración permanente en el sistema. La función de esa huella es lo que se denomina como memoria.

Más adelante, al referirse a la atención para explorar y manejar los datos sensoriales del mundo externo, Freud plantea otro aspecto del registro de los hechos psíquicos (1911/1986b; 1923/1986k). Señala que el reconocimiento de esos sucesos externos conforma la memoria, o sea que tanto la experiencia sensorial, como los acontecimientos internos, son memoria.

Más tarde, en "Notas sobre la pizarra mágica" (1924/1986g) retoma este tema del registro de los eventos. Aquí pone de manifiesto la particularidad de la alteridad, en referencia a los distintos registros que se van superponiendo. La huella mnémica se va reescribiendo, esto le da la posibilidad al aparato de volverse receptivamente ilimitado para nuevas percepciones y asegura huellas duraderas pero alterables.

En cuanto al segundo recorrido, respecto al sentido psicológico de las funciones del recuerdo y del olvido Freud se refiere a que la persona que olvida, en realidad, tiene mucho que decir, puesto que el material olvidado está asociado a representaciones con contenidos penosos, por lo que el yo defensivamente trata de mantenerlos alejados de la conciencia (1898/1986j).

Un ejemplo de esto último es el planteado en relación al olvido de los nombres propios. El análisis de los mismos, evidencia que siempre aparecen otros nombres que tienen alguna relación con el que se olvida, ya sea por similitud semántica o fonética, o porque contiene alguna sílaba similar. La razón por la que se produce el olvido es defensiva, de evitar el recordar hechos penosos. Estos pensamientos fueron reprimidos y la fidelidad con que a veces se evocan no depende sólo de la capacidad del individuo, sino que está estrechamente relacionada con la economía del aparato psíquico, en relación a la lógica de placer-displacer.

También en este sentido se puede relacionar con lo concerniente a los recuerdos encubridores y la amnesia infantil, en donde los nexos entre recordar y olvidar debieron ser separados, no se recuerda nada de lo olvidado y reprimido, sino que se lo actúa.

En cuanto al recuerdo del sueño, plantea, es la otra cara de lo olvidado (nuevamente la dialéctica de la memoria, en tanto esta es tanto el recuerdo como el olvido), aquello que se olvidó de lo que se soñó, que fue mutilado por la memoria, es justamente lo que va a conducir a lo que el sueño quería traer como recuerdo (Freud, 1900/1986d).

Por su parte, la cara de lo que no se recuerda tiene dos lecturas. Por un lado el no recordar contenidos preconcientes es una de las funciones más rutinarias de la memoria. Estos son olvidados como una actividad necesaria del aparato psíquico o sea una función utilitaria del olvido. En este sentido, la actividad de recordar puede ser favorecida por la atención ya que los contenidos preconcientes pueden ser atraídos por la propia catetización del recuerdo, la atención los atrae porque no son reprimidos. Por otro lado existen otros contenidos, los del inconsciente, que nunca van a ser recordados, o van a serlo de otro modo, a través del síntoma histérico, de los recuerdos encubridores, de la transferencia.

Asimismo, la represión y la resistencia son causa tanto de las escisiones como de la amnesia de los contenidos psíquicos. El individuo siempre está en la búsqueda de esa asociación que conecta un contenido con otro, lo que permite que surja el recuerdo.

Es necesario hacer referencia al olvido funcional del aparato psíquico, el polo percepción- consciente es la parte más estrecha del aparato psíquico. Si todos los registros estuvieran de una manera permanente en la conciencia no quedaría "lugar" para nuevos registros. Un ejemplo claro de esto aparece en la literatura presentado por el escritor Jorge Luis Borges en el cuento de "Funes el memorioso".

De acuerdo a esto se puede decir que en lo que respecta a la organización psíquica existen dos tipos de recuerdos y dos tipos de olvidos: los recuerdos, los que están en el preconiente, fácilmente asequibles por la voluntad, y los que están en el inconsciente. Los olvidos, aquellos funcionales para el aparato, que si no quedaría desbordado de hechos presentes, y los olvidos que tratan de evitar la angustia (el olvido de los nombres propios).

Freud también señala la relación de la transferencia con la repetición del pasado olvidado. Se transfiere lo que no se puede recordar, pero que tiene una conexión con la persona sobre la cual se transfiere. Para Freud, la transferencia es un fenómeno general y universal, de carácter espontáneo, que consiste en unir el pasado con el presente en un enlace falso.

Otro aspecto de la repetición es que la misma puede tomar un carácter contrario al recuerdo. Así, la repetición transferencial muestra que hay un impulso que tiende a repetir las situaciones del pasado, se repite dice Freud para no recordar (1914/1986i).

Entonces, la teoría psicoanalítica freudiana muestra a la memoria como un modo de registro que hacen a la constitución del psiquismo. Contiene en sí la necesidad de mostrarse, aparecer en la mente y a la vez, la de ocultarse. Es parte de una identidad de surgimiento psíquico que si se expresa provoca sufrimiento por lo cual debe disfrazarse para hacerlo. Da una visión de la memoria con una doble función ya que la misma estaría funcionando cuando se recuerda como cuando se olvida.

Un aspecto más, antes de finalizar este apartado, que tiene que ver con cómo explicar la existencia de estos fenómenos. La memoria, al ser en la segunda tópica freudiana una función asentada en el yo, como todas las funciones cognitivas, se puede ver afectada por las vicisitudes que éste debe atravesar (Freud,1923 /1986k). El yo al no ser autónomo, debe sufrir un triple vasallaje con las otras instancias psíquicas: las mociones pulsionales del ello, las exigencias el súper yo y las exigencias de la realidad exterior. Al estar en permanente conflicto debe estar realizando negociaciones permanentes también con esas instancias y en ellas, puede perder cosas, relegar satisfacciones, para poder obtener otras ganancias a nivel libidinal. En esas batallas pueden verse perdidas o alteradas diferentes funciones, en las que puede resultar alterada la memoria.

Por último debe tenerse presente que el yo es también la sede de las identificaciones y de los mecanismos de defensa. Los mismos, tanto en sus aspectos conscientes, preconscientes e inconscientes, tendrán un papel importante en su construcción por lo que toma parte también, en relación a la importancia del olvido. El olvido tanto como función cognitiva (el ejemplo de Funes el memorioso) y también el olvido como parte de los mecanismos de defensa.

### **Trastornos de memoria y deterioro cognitivo en el envejecimiento**

Desde un punto de vista clásico se ha descrito que un cierto declive en la función mnésica sería parte de un proceso normal del envejecimiento. No obstante en relación a este punto existen posiciones controversiales entre los diferentes investigadores. Hay un grupo que opina que, en realidad dentro de ciertos parámetros, algunas alteraciones en la memoria no constituirían en sí un trastorno, en cambio para otro grupo la sola presencia de alguna de ellas sí lo constituyen. A partir de esto hay una discusión en donde se da una especie de gradiente en relación a los trastornos, donde sí hay acuerdos es en el hecho de que algunas demencias se definen como el grado máximo de una alteración de la memoria (De Pascale, 2003)

El problema es cuándo se considera a un trastorno como sinónimo de patología, cuál sería la delimitación de las alteraciones iniciales y leves de la memoria, de las otras más severas que podrían estar refiriéndose a alteraciones de otras funciones cognitivas. Por esto el diagnóstico diferencial es esencial aunque no siempre resulta fácil, por ejemplo en el olvido de nombres, precisar si se trata de alteraciones vinculadas al lenguaje, o de la memoria.

Si bien estas alteraciones iniciales tienen una presentación similar en los distintos tipos de trastornos tales como la queja subjetiva de memoria, el deterioro cognitivo leve o los estadios iniciales de la enfermedad de Alzheimer, los patrones clínicos son cualitativa y cuantitativamente distintos (Casanova et al, 2004), pues en las demencias el deterioro es más global y en general también abarca otras funciones superiores.

Por su parte el deterioro o trastorno de la memoria asociado a la edad, antes denominado “olvido benigno” por Kral (De Pascale, 2003), era considerado una pérdida de memoria benigna y leve asociada generalmente con síntomas depresivos que se distinguían de la pérdida “maligna” que solía ser precursora de la demencia. No obstante, se señala que

en las edades avanzadas se presenta descendida la memoria pero también un enlentecimiento en la velocidad de procesamiento de la información, el aprendizaje y el rendimiento motor.

A su vez los autores (Casanova et. al, 2004) que afirman que los descensos en las funciones cognitivas sobre todo en la memoria, son frecuentes del envejecimiento, se plantean que tan adecuado es sostener esto, ya que hay adultos mayores que no presentan ningún descenso en sus funciones.

Es así a que para diferenciar los trastornos que suelen aparecer en esta franja etaria se ha puesto el énfasis en el tipo de memoria afectada, la probable interferencia con las actividades de la vida diaria y la objetivación en las pruebas de memoria.

El trastorno leve de memoria, según Casanova et. al, es frecuente en los mayores de 50 años. Presenta alteraciones en la memoria declarativa y episódica, tiene leves problemas de abstracción y cierta disminución en la fluidez verbal. Estos aspectos sin embargo, no alteran las actividades de la vida diaria así como tampoco aparecen descendidos en las pruebas objetivas que lo miden.

Por su parte el deterioro cognitivo ha sido denominado de diversas formas para diferenciarlo de los trastornos cognitivos más leves de memoria que se podrían presentar en la vejez. Así es que se ha llamado “olvidos malignos de la vejez” en 1962, Deterioro de la Memoria Asociado al Envejecimiento (DMAE), en 1986, Declive Cognitivo Asociado al Envejecimiento (DCAE) en 1994 y es en la década del 90 que el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) empieza a tener mayor aceptación como entidad diagnóstica diferenciándose de algunas de las categorías anteriores por su mayor severidad (Samper, Llibre, Sánchez y Sosa, 2011).

La clasificación de deterioro cognitivo leve, designa una alteración de una o más áreas cognitivas (atención, memoria, lenguaje), no incidiendo en las actividades instrumentales y de la vida diaria, pero sí son posibles de objetivarlas en las pruebas psicológicas.

Numerosos autores han coincidido entonces en la importancia de la detección temprana (Ávila et al, 2007; Samper, Llibre, Sánchez y Sosa, 2011; Mora-Simón et.al, 2012) ya que es la única posibilidad de incidir en la posterior evolución hacia un deterioro más severo como la enfermedad de Alzheimer. La etapa clave es la inicial en donde se pueden solapar ambos trastornos.

Por esta razón y dado que el objetivo de esta investigación es concebir un perfil en consultantes que presenten queja subjetiva de memoria (QSM), se hace necesario definir las características de estas entidades.

### **Queja subjetiva de memoria**

A diferencia de otras alteraciones descritas, la QSM, se refiere a la percepción que tiene la persona sobre el funcionamiento de su memoria. Comienza en un momento dado a "darse cuenta" que su memoria ya no "funciona como antes" .Puede no recordar hechos recientes, o sucesos pasados, (aspectos retrospectivos), así como no recordar citas u olvidar realizar encargos (aspectos prospectivos), todos sucesos relacionados a la actividad de su entorno habitual (Ocampo y Ricalde 2012). Sin embargo estos aspectos, que se constituyen en un trastorno de memoria funcional (Metternich, Schmidtke and Hull, 2009) no afectan la independencia y autovalidez de la persona.

Es frecuente observar como la persona manifiesta "no me sale" una palabra o lo que es más frecuente aún, que diga "lo tengo en la punta de la lengua". Este es un suceso muy común, llamado "fenómeno en la punta de la lengua", el cual consiste en la dificultad de recordar una palabra de la cual se tiene conocimiento y que se acompaña de la sensación de que el recuerdo será inminente. Este fenómeno, es considerado una de las quejas de memoria más frecuente que plantean los adultos mayores. Un estudio sobre él, llamado justamente el "fenómeno de la punta de la lengua", (TOT, del inglés Tip of Tongue), Rodríguez, Juncos-Rabadán y Facal, (2008), analizaron las dificultades al acceso semántico y fonológico de los nombres propios, comparando una población con DCL y un grupo de control. Los resultados indicaron que las personas con DCL presentaban más olvidos que el grupo control.

Estos hechos, que también empiezan a ser frecuentes en personas mayores de 50 años, son considerados según los diferentes estudios realizados sobre el tema, desde diferentes perspectivas, por lo que no se establece un consenso al definirlos como normales o patológicos. Algunos autores piensan que corresponden a un fenómeno normal del envejecimiento adquiriendo el estatuto de "olvido benigno". Otros autores lo consideraron un "trastorno cognitivo leve" dando cuenta de un estatuto más próximo a la patología (Montañés y Matallana, 2010).

El hecho de percibir que la memoria no funciona bien, actualmente empieza a ser denominado por algunos autores como: "Queja Subjetiva de Memoria" , y a su vez, algunos

estudios lo empiezan a considerar como un predictor de otros trastornos más profundos del funcionamiento cognitivo, tales como las demencias. Es decir que, puede adquirir el estatuto de indicador del comienzo de la enfermedad de Alzheimer (Casas et al, 2009).

Un elemento central a destacar es que los déficits en el funcionamiento de la memoria así definidos (QSM), no se evidencian en los rendimientos de las pruebas, aunque algunos estudios los correlacionan con elementos depresivos y rasgos de ansiedad.

Respecto a esta heterogeneidad, un estudio realizado en la región muestra que de un total de 48 personas que consultaron voluntariamente por quejas relacionadas a la memoria en un servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas, de la ciudad de Córdoba, Argentina, 15 sujetos presentaron un desempeño normal en las pruebas aplicadas. El resto de la población presentaba alguna patología relacionada a la memoria o a la conducta: 15 personas presentaban deterioro cognitivo leve, 14 trastornos de conducta leve y 4 demencia tipo Alzheimer (Casas et al, 2009).

Otros estudios a nivel internacional, como el realizado en el *“Rush Alzheimer’s Disease Center”* que investigó a 90 sujetos en forma longitudinal, cuando estos fallecieron, observó mediante autopsia la presencia de una fuerte correlación entre los indicadores de QSM y los indicadores biológicos de Enfermedad de Alzheimer (Pérez, 2009).

Este tipo de estudios plantea que el valor predictivo que podía tener la QSM podría estar subestimado. Hay estudios longitudinales que buscan indicadores genéticos como el alelo APOE4, realizados por el Departamento de Psiquiatría del Instituto de Neurociencias de la Universidad de California (Ercoli, L. et al, 2006). Sus hallazgos demostraron que en 14 de los 30 participantes entre 50 y 82 años con QSM, se encontraba presente el indicador genético mencionado. Si bien en los resultados de los participantes portadores y no portadores del alelo, no se encontraron diferencias en la QSM que presentaron al comienzo, sí fue posible evidenciar que la frecuencia de los olvidos se correlacionaba con un deterioro metabólico global del cerebro.

Sin embargo existen otros estudios que llegan a conclusiones diferentes, vinculando la QSM a aspectos multicausales, dentro de los cuales se incluyen los componentes psicológicos. Por ejemplo Montejo, Montenegro, Fernández y Maestú afirman que las quejas relacionadas a la memoria, estarían asociadas a la ansiedad y la depresión. En la misma línea Pérez (2009) plantea que en la producción de la queja subjetiva de memoria en mujeres adultas mayores existe un conflicto psicoafectivo y vincular que busca la expresión en la vía cognitiva a través de la QSM.

En un estudio de prevalencia en una población de sujetos mayores de 64 años en Madrid, se plantea que la queja subjetiva de memoria es de un 32%, ubicándola entre los porcentajes citados por la mayoría de los estudios existentes que evidencian cifras de un 25 y 50%. Este estudio también presenta como una de sus conclusiones relevantes, que se trata de un síntoma multicausado, de acuerdo con Pearman y Storandt (2004), puesto que evidencian la fuerte incidencia de factores de personalidad, como el estado de ánimo, el nivel de ansiedad, así como también, de factores de orden psiquiátrico, como la depresión y otros problemas afectivos. En este sentido, estos autores han hecho énfasis en considerar la metodología que se utiliza para valorar si la persona tiene o no quejas de memoria, considerando el tipo de estudio, la población, rango de edad, nivel educacional, entre otros aspectos. A su vez, este estudio de prevalencia aporta datos estadísticos relevantes, planteando la alta correlación entre la queja de memoria, el rendimiento cognitivo y la calidad de vida. En el estudio, la alta correlación estaba dada en las mujeres con nivel educativo menor, con una percepción correspondiente al nivel regular y malo sobre el estado de su salud y con indicadores de dependencia.

Con respecto a otras franjas etarias, en los sujetos jóvenes, las quejas sobre el funcionamiento de la memoria parecería que estuviera muy influenciado por la capacidad atencional y ejecutiva.

Definida la QSM y observada su alta prevalencia se comprende el porqué de la preocupación por su preciso diagnóstico y diferenciación de los trastornos de Deterioro Cognitivo Leve y de la Enfermedad de Alzheimer (EA). Esta última es una de las demencias más comunes y frecuentes en la actualidad, presenta características de déficits cognitivos especialmente, en sus inicios, en la memoria.

Así, la EA es definida como una enfermedad progresiva y degenerativa del cerebro, caracterizada por una disminución de las funciones intelectuales, con una consecuente pérdida de memoria, deterioro del pensamiento y de la conducta, lo suficientemente grave como para interferir en la capacidad de autonomía del individuo (Esparza, 2005).

En relación a su prevalencia constituye entre el 50 y el 60% de las demencias de los ancianos, afectando entre el 3 y el 15 % en la población general mayor de 65 años. Su causa es aún desconocida, por lo que muchos estudios tratan de identificar manifestaciones precoces de esta enfermedad, a los efectos de mejorar la terapéutica. De ahí la importancia que cobra el estudio de la población con QSM, como se ha presentado, en varios casos, la evolución de sus rasgos clínicos pasan a constituirse en estadios iniciales de la EA (Armas Castro, Carrasco García y Ángel Valdez, 2008).

## **Diagnóstico y evaluación psicológica en la consulta del adulto mayor**

La evaluación psicológica se realiza fundamentalmente a través de entrevistas y test psicológicos. Sin embargo en el ámbito específico de la psicología, luego de un rastreo, se constata que la producción bibliográfica existente en torno a la evaluación psicológica en adultos mayores es escasa. También se constata, en comunicaciones realizadas con psicólogos de nuestro medio que trabajan con esta población, que son pocos los colegas que se dedican a la evaluación de estos consultantes en forma específica. Las técnicas más utilizadas por ellos son en la mayoría provenientes de la neuropsicología y más específicamente de la neurología, como el MMST, figura compleja de Rey, test del reloj, lista de palabras.

La entrevista psicológica y los test, son métodos de investigación en psicología que si bien presentan marcos referenciales diferentes, con enfoques cualitativos y cuantitativos, son capaces de ser integrados a fin de lograr una comprensión más abarcativa del fenómeno estudiado. La entrevista, en donde el sujeto configura el campo proyectando su modo de ser, (Bleger, 1971) y los test psicológicos, en donde sus resultados en general son comparados con la población de referencia de la prueba, constituyen dos aspectos de una misma conducta o carácter que es posible de ser integrado.

Un test aunque por definición tiene un sustento psicométrico, no siempre implica una lectura exclusivamente psicométrica ya que se puede optar por una interpretación clínica, sobre todo porque en nuestro medio no se cuenta con la posibilidad de estandarizar todas las técnicas y por lo tanto contar con los baremos de referencia.

En cuanto a la integración de datos cuantitativos y cualitativos, cuando se incluyen datos directos de algunos test (Cattaneo, 2011) como los CI, para comprender cabalmente el alcance de ese dato, debe ser explicado también en su significación cualitativa. O sea, no es suficiente obtener resultados sino que también debe estar explicada la forma en la que se obtuvo, la actitud desplegada, los datos no intelectivos, tales como disposición, concentración y motivación, que deberían ser consignados a los efectos de ser comprendidos en el marco del funcionamiento psíquico del consultante.

Un aspecto de la medición, sin embargo, tiene que ver con las limitaciones del diagnóstico con este tipo de pruebas, que exige que el psicólogo posea además de su marco habitual de referencia, conocimientos de otros marcos teóricos de la psicología.

El método clínico permite que ambos instrumentos (entrevistas y tests) se conjuguen para la inferencia e interpretación de los datos obtenidos y son frecuentemente utilizados de esta manera por los profesionales de la psicología. Sin embargo una evaluación psicológica integrativa no sólo trata de reunir o unificar los diferentes datos aportados por las técnicas, sino que implica un trabajo previo de examinar el grado y el tipo de solidaridad teórico-técnica para ver si se pueden establecer ejes conceptuales que justifiquen esa integración.

En la evaluación psicológica, así como en los procesos psicodiagnósticos, es bastante común justificar el porqué de la elección de las técnicas de acuerdo al fin que tenga la exploración. Sin embargo, lo que propone Cayssials cuando se refiere a la solidaridad entre las técnicas es a una relación de reciprocidad o de interdependencia entre ellas. En este caso entre las técnicas elegidas, que tengan alguna afinidad tanto a nivel del marco teórico como de los aspectos que estudian, para poder realizar la integración (Cayssials, 2010).

Por otra parte un proceso de evaluación supone una intervención de forma contextualizada según las condiciones y los objetivos que lo determinan (Cattaneo, 2011). Por eso se realiza en situaciones y encuadres diferentes y no sólo se planifican en forma individualizada las técnicas a utilizar. Estas son a su vez pensadas de acuerdo al motivo de consulta, al tipo de derivación, el sexo, la edad, el nivel sociocultural, todas variables del consultante que van a incidir en el proceso. Para realizar una evaluación se deberá conocer no sólo las distintas técnicas correspondiente a diferentes marcos teóricos y su consiguiente clasificación en objetivas (fenómenos universales) y las proyectivas (fenómenos propios) sino también poder estimar el grado de certeza y de estabilidad de los resultados.

Es importante conocer los alcances y las limitaciones de cada una de ellas, poder integrarlas desde el aspecto referencial y clasificatorio (niveles nomotéticos) (Cattaneo, 2011), como con la profundización de lo singular y lo propio (nivel ideográfico) para la posterior interpretación de los resultados.

Las hipótesis diagnósticas que se desprendan de la evaluación deben ser posibles de verificar con bases empíricas.

Los test psicológicos, surgen a principios del siglo XX, en el marco de la hegemonía del modelo positivista, junto con los estudios de la psicología experimental. Desde esa época se han venido fortaleciendo cada vez más, teórica y técnicamente, aunque su fama siempre fue controversial, dado que el interés por las diferencias individuales durante mucho tiempo estuvo asociado a intereses bélicos principalmente. En la década del 1930 con las

contribuciones de la psicometría y posteriormente el análisis factorial así como otras herramientas estadísticas, han ganado estatus de veracidad (Martínez y Álvarez, 2010). Esto si bien fortifica a la herramienta, supone una mayor idoneidad de parte del técnico para su aplicación y posterior interpretación.

Todo proceso de evaluación supone que parte de un modelo teórico con el cual se compara para comprender y analizar un fenómeno real o simbólico como las características individuales de sujetos concretos que pueden pertenecer a un grupo o no (Casullo, 1999).

En el adulto mayor, las técnicas que evalúan la memoria cobran especial importancia debido a la necesidad de un diagnóstico temprano que permita establecer la incidencia de patologías en esta función y los mecanismos que la producen.

En los últimos tiempos para evaluar la memoria la psicología ha procurado realizar una evaluación ecológica, utilizando instrumentos que sean predictivos del comportamiento en una actividad cotidiana, es decir que deben ser ecológicamente válidos. Se debe tener en cuenta que aún utilizando pruebas estandarizadas, en una situación individual, se puede obtener información específica de la persona evaluada, que si no fuera por la actitud estimulada por la prueba, estaría fuera del alcance del observador más sagaz (Sattler, 1996).

### **La exploración cognitiva: Escalas Wechsler**

Las escalas Wechsler están basadas en la teoría eclética de los dos factores, de Charles Spearman, quien en 1904 introdujo la teoría bifactorialista que contemplaba la existencia de un factor general (g) y de factores específicos (e). Considera al factor g una energía mental general, contenida en las actividades mentales complejas como deducción de relaciones y deducción de correlatos y a los factores específicos, aquellos propios del desempeño de cada tarea cognitiva.

En esa época el concepto de test predominante era el de Anne Anastasi (1966), quien lo definía como una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta especialmente seleccionada, lo cual estaba fuertemente impregnado por la corriente psicométrica. La primera escala individual para la evaluación de la inteligencia del adolescente y del adulto fue publicada en 1939 en Baltimore por el mismo David Wechsler quien era el jefe de clínica del Hospital Bellevue, de Nueva York (Wechsler, 1991).

David Wechsler, en 1944 en su libro *La medida de la inteligencia en el adulto*, define a la inteligencia no sólo como una entidad global, sino también como un agregado de habilidades específicas. La definía como la capacidad que tenía el individuo para poder actuar de acuerdo a un propósito, pensar racionalmente y relacionarse en forma efectiva con su entorno. Si bien ya se venía insinuando desde tiempo atrás es recién en 1975 que empieza a considerar la existencia de factores extraintelectivos tales como la percepción y la respuesta a valores sociales y éticos, en el funcionamiento de la inteligencia. Consideró también la existencia de otros atributos como la personalidad, la motivación y la actitud ante la vida, los cuales contribuían a la variación de la inteligencia que no había podido ser explicada por el análisis factorial de las escalas (Wechsler, 1991, 2002).

El primer test de inteligencia de Wechsler fue el Wechsler-Bellevue, que constó de dos formas, A y B, en las cuales variaban los reactivos pero manteniendo toda su estructura igual. De la forma A derivó la WAIS, cuya segunda revisión fue la WAIS- R y la tercera edición es la WAIS III, la cual se utilizará en esta investigación.

La revisión de las escalas debe realizarse con cierta periodicidad debido a que las normas (los baremos) con las cuales se comparan los resultados de los tests sufren una modificación, llamada "efecto Flynn", lo cual fue constatado por James Flynn quien explica que éste produce un aumento del puntaje de CI de 0,3 puntos por año.

Un aspecto especial a ser considerado es que los puntajes medios obtenidos en los test de inteligencia aumentan regularmente y de manera notable en todo el mundo. Este fenómeno se observa desde la misma aparición de los test y tiene consecuencias tales como que, para obtener un puntaje real en una nueva estandarización, se debería resolver más cantidad de problemas y de mayor grado de complejidad. La causa de este fenómeno aún permanece desconocida y existen posiciones controvertidas al respecto (Rossi, Neer y Lopetegui, 2009), unas opinan que deben darse debido a la mejora de los estados de nutrición, por ejemplo, otras a las mejoras de las condiciones socioeducativas.

### ***La WAIS III.***

Es la tercera edición de las escalas Wechsler para adultos, técnica de exploración de inteligencia en cuyo marco teórico se desarrollan los conceptos de inteligencia y memoria, con el énfasis puesto en la memoria especialmente la memoria operativa y la incidencia de ésta en el aprendizaje. Se afirma que la memoria es el resultado natural del aprendizaje. Éste consiste en adquirir nueva información y la memoria es la responsable de mantenerlo y hacerlo disponible cuando se lo necesite (Wechsler, 2002).

La WAIS en esta tercera edición de la escala, mantiene la estructura inicial de una escala verbal, una ejecutiva y una total. Sin embargo dado el desarrollo de los conocimientos provenientes de la psicología factorialista, que con técnicas actuales ha permitido ver que en el desempeño de los sujetos ante la WAIS III están presentes otros factores, además del factor verbal y el ejecutivo, éstos, fueron incorporados a su estructura.

En la conformación de estos nuevos factores se debió eliminar algunos subtest e incorporar otros, como forma de potenciar los que ya se insinuaban en la versión anterior, (índice de distractibilidad en la WAIS-R) para poder estudiarlos con mayor profundidad, siempre en el entendido que la presencia de algún nuevo factor correlaciona más con determinado aspecto cognitivo. Los subtests incorporados fueron Ordenamiento de Números y Letras, en la escala verbal, y Razonamiento con Matrices y Búsqueda de Símbolos en la escala ejecutiva (Wechsler, 2002). Es así entonces que la escala queda conformada por 14 subtest, 11 principales y 3 complementarios, como se muestra en el cuadro 1.

*Cuadro 1. Subtest verbales y ejecutivos.*

Escala Verbal	Escala ejecutiva
2. Vocabulario	1. Completamiento de figuras
4. Analogías	3. Dígitos-Símbolos-Codificación
6. Aritmética	5. Diseño con Cubos
8. Dígitos	7. Razonamiento con Matrices
9. Información	10. Ordenamiento con Láminas
11. Comprensión	12. Búsqueda de Símbolos
13. Ordenamiento de Números Letras	14. Rompecabezas

Estos subtest se agrupan en los cuatro los índices factoriales de Comprensión Verbal (CV), Memoria Operativa (MO), Organización Perceptiva (OP) y Velocidad de Procesamiento (VP). Estos índices se conforman de la manera que se muestran en el cuadro 2.

*Cuadro 2. Índices factoriales*

Comprensión verbal	Organización Perceptual	Memoria operativa	Velocidad de procesamiento
2.Vocabulario	1.Compl. de figuras	6. Aritmética	3.Dig.Simb.Codificación
4.Analogías	5.Diseño con cubos	8.Dígitos	12.Búsqueda símbolos
9.Información	7.Raz.con matrices	13.Ord.núm.-letras	

Respecto a los índices factoriales, el de memoria operativa es el que será de mayor importancia en esta investigación.

La memoria operativa, también denominada memoria de trabajo (working memory) representa la capacidad de almacenar y activar información mientras otras actividades son realizadas, cuánta más amplia es la memoria operativa mayores serán las capacidades de aprendizaje y atención. En este índice, se encuentra el subtest de aritmética, que pone en juego habilidades adquiridas a la vez que exige flexibilidad y capacidad de resolución de problemas, tanto como memoria inmediata para poder recordar el planteo realizado. El subtest de dígitos, exige el máximo de atención en su serie uno (repetición al derecho), así como una acción de reversibilidad y visualización en serie dos (repetición al revés). Para potenciar el índice de memoria operativa fue que se incluyó el subtest de números y letras, cuya incorporación al índice junto a aritmética y dígitos le da una fuerte consistencia ya que busca medir la memoria de trabajo sostenida en una tarea con interferencia, mientras se recuerdan los números y letras para repetir, se debe ordenar de menor a mayor los números y en orden alfabético las letras.

Una de las virtudes que destacan los estudiosos de esta técnica tiene que ver con que, si bien hay un modelo factorialista subyacente, se resalta el carácter clínico de esta escala, a diferencia de los teóricos que desarrollan la psicología factorialista, Wechsler fue clínico, y buscaba un instrumento que le permitiera conocer mejor el funcionamiento intelectual de los sujetos que le consultaban. También se diferencia por este aspecto, de los instrumentos que vienen de la psicología cognitiva, los que intentan evaluar la magnitud de la reacción nada más. Wechsler se preocupaba por ejemplo de que en la lista de palabras hubiera palabras que fueran movilizantes para el sujeto, quería ver si tenía interés en responder o no, como intervendría lo afectivo y la historia personal en las respuestas.

Por otra parte la capacidad de conceptualización y abstracción predominantes en el área verbal así como la organización visual y la velocidad de procesamiento son índices muy confiables para observar el desempeño de las funciones intelectivas. De esta manera se obtiene un perfil cognitivo expresado en la WAIS III que contribuye al diagnóstico de los diferentes funcionamientos intelectuales, tanto aquellos que están en el rango de lo esperado para la población general como los que son propios de patologías tales como el retardo mental o deterioros producidos por otras patologías mentales crónicas.

Las medidas resultantes de la aplicación de la técnica expresadas en términos de coeficientes intelectuales, CI, permite clasificar los rendimientos de las personas en relación a un promedio poblacional en donde se encuentra un 82% de esa población (cuadro 3).

*Cuadro 3. Clasificación General de la Inteligencia.*

CI	Clasificación	Curva normal teórica
130 o mas	Muy Superior	2,2%
120-129	Superior	6,7%
110-119	Promedio alto	16,1%
90-109	Promedio	50%
80-89	Promedio bajo	16,1%
70-79	Límite	6,7 %
69 o menos	Extremadamente bajo	2,2%

### ***Interpretación de las Escalas Wechsler.***

Es importante destacar que para el análisis y la interpretación de los resultados expresados en términos de CI y de niveles de funcionamiento puede realizarse un abordaje desde diferentes marcos teóricos. Esto es posible ya que las escalas Wechsler muestran habilidades desplegadas de diferente manera en cada individuo dando información sobre fortalezas y debilidades intelectuales propias de cada uno, además de los referentes a la norma, por lo cual recomienda la interpretación de los resultados en forma individual, teniendo en cuenta además la historia social y cultural. En las palabras del propio Wechsler,

“Los que tienen la responsabilidad de interpretar los resultados de un test de inteligencia deben distinguir cuidadosamente entre habilidades cognitivas, factores conativos (es decir características de personalidad, tales como ansiedad, persistencia y conocimientos de objetivos), y otras variables no intelectivas que contribuyen al desempeño del test”, (Wechsler, 2002, p. 2).

Basándose en investigaciones que resaltaban la importancia de la interpretación de los factores individuales de comportamiento y personalidad, junto a los datos normativos (Zimmerman, Woo-Sam y Glasser, 1986; Sattler, 1988 y 1996; Kaufman 1994 y Kaufman y Lichtenberger, 2002) se ha fundamentando el análisis de la WAIS como técnica que aporta datos clínicos además de psicométricos. A estos datos clínicos, que anteriormente fueron concebidos como características de personalidad, Kaufman y Lichtenberger (2002) los desagregan en lo que llamaron influencias sobre las puntuaciones y consideraciones clínicas.

Las influencias en las puntuaciones son tanto de orden ambiental como personales. Las de orden ambiental se refieren a las oportunidades culturales o riqueza del ambiente, en tanto las personales son el negativismo, la ansiedad, la creatividad. Respecto a las consideraciones clínicas, toman en cuenta por un lado aquellos factores psicológicos que

corresponden a mecanismos como la represión y la negación, así como también a los miedos, sentimientos de culpa y obsesión. Por otro lado se consideran factores expresados en lo conductual, tales como la rigidez, perseveración, curiosidad y nivel de motivación.

Otro marco teórico que se suele usar para la interpretación de los resultados de la WAIS III es la teoría de Horn y Cattell, la cual sostiene la existencia de dos tipos de inteligencia, la fluida y la cristalizada. La inteligencia fluida está relacionada con las capacidades de aprendizaje y las funciones adaptativas, con las operaciones y los procesos mentales, mientras que la cristalizada tiene que ver con los aprendizajes adquiridos en distintas etapas del desarrollo y se relaciona con los productos y logros mentales, tiene más que ver con el medio cultural y la posibilidad de haber accedido a él (Kaufman y Lichtenberger, 2002).

La inteligencia fluida también tiene que ver con estructuras biológicas que apoyan a la conducta intelectual y en ese sentido supone un desarrollo de ésta desde el nacimiento hasta la adolescencia donde alcanza un determinado nivel, formando una meseta y luego comienza a declinar.

Las tareas que la miden en la WAISIII son Diseño con Cubos y Dígitos Símbolos – Codificación. La inteligencia cristalizada es evaluada por los subtests de Vocabulario e Información.

En 1985 Horn, quien no estaba a favor de un concepto de la inteligencia general propuso un modelo de cuatro niveles. En el nivel inferior se encontraban la detección de las funciones sensoriales, en el segundo se realizarían las asociaciones de las informaciones obtenidas, el tercer nivel sería el de las organizaciones perceptuales y el cuarto el de la deducción de relaciones, especificando que las capacidades del nivel más bajo se correlacionan poco con las del más alto (Sattler, 1996).

En cuanto a las teorías del procesamiento de la información, estas enfocan la forma en que los individuos procesan la información a nivel mental, cómo ésta recibe distintos procesamientos en etapas diferentes, en donde la información queda realmente transformada desde su entrada como estímulo hasta que sale en forma de respuesta.

Por su parte Kaufman propone un modelo de interpretación constituido por nueve pasos, en los cuales contempla en cada uno de ellos diferentes aspectos de estas teorías reuniendo varias de ellas todas asequibles a la integración. Para los primeros pasos utiliza los aspectos psicométricos provenientes de análisis factorial. En los últimos pasos determina, a partir del perfil psicométrico, un perfil clínico en el cual realiza hipótesis diagnósticas de funcionamiento psicológico y psicopatológico.

## Perfiles de la WAIS.

Es así entonces que la utilización más clásica de los datos aportados por la WAIS es la interpretación de los rendimientos del CI total, el CI verbal, y el CI ejecutivo así como los puntajes surgidos de la desviación de la media de los puntajes de escala. En la WAIS III se obtuvieron también sobre los cuatro índices factoriales, de comprensión verbal, memoria operativa, organización perceptiva y velocidad de procesamiento, valores numéricos que fueron utilizados como perfiles para distinguir funcionamientos en las poblaciones especiales con trastornos neurológicos.

Tradicionalmente se habían definido perfiles psicométricos con esos datos aportados por los rendimientos, los cuales podían delimitar niveles correspondientes a normal, superior o de retardo mental.

En lo que respecta a los perfiles de grupo, hay una diferencia con los perfiles individuales ya que los perfiles de grupo sirven para entender la “anormalidad” en cuestión pero no a los individuos específicos que son considerados deficientes (Kaufman, 1982, 1994; Kaufman y Lichtenberger, 2002; Wechsler, 1991, 2002).

Las incapacidades pueden ser causadas por diversos factores y no se podrían definir de manera única, además los perfiles de grupo suelen ocultar dos o más subperfiles.

Por otra parte ya aclaraban los autores que un perfil individual característico no debería usarse para una fundamentación diagnóstica así como la ausencia de él no debería considerarse evidencia negativa.

Los estudios en poblaciones especiales y los perfiles de las escalas Wechsler fueron realizados en principio (Wechsler 1991, 2002; Kaufman, 1982,1994; Kaufman y Lichtenberger, 2002) en niños que presentaban problemas de aprendizaje, en donde se diferenciaron claramente los grupos de dificultades específicas de los que tenían retardo mental o problemas neurológicos, puesto que sus rendimientos son cuantitativa y cualitativamente diferentes. Es así que durante la década de los 80 (Kaufman, 1982) adquieren relevancia los perfiles ACID (grupo de subtest de aritmética, claves, información y dígitos), así como, el perfil SCAD (búsqueda de símbolos, claves, aritmética y dígitos), utilizados para analizar poblaciones especiales. Se hace referencia a grupos de niños que suelen presentar dificultades para el aprendizaje escolar, y/o más específicamente un déficit en la atención. Asimismo se plantea el análisis de ambos perfiles, para contribuir a identificar a aquellos participantes que presentaban discapacidad para la lectura, como por ejemplo algún tipo de dislexia.

Sin embargo en adultos se habían realizado mayoritariamente perfiles clínicos a partir de las puntuaciones obtenidas en la WAIS y antes aún, a partir de la Wechsler-Bellevue (primera escala) que agrupaban características cognitivas halladas en poblaciones con diferentes trastornos tales como esquizofrenia, psicopatías, neurosis, llegando así a conclusiones diagnósticas (Portuondo,1976).

Así mismo David Rapaport (1959) también con la Wechsler Bellevue, a través del dispersigrama (desviaciones de los puntajes de su media) lograba establecer un patrón de dispersión para perfiles de grupos clínicos. Estos patrones implicaban el concepto de que la variación de las desviaciones de los puntajes obtenidos tenían una significancia clínica ya que las funciones psicológicas se hallaban sujetas a las múltiples influencias del individuo.

### ***Fenómenos especiales.***

Se debe agregar aún, un aspecto relacionado a la fundamentación de la creación del protocolo de observación sobre la prueba, esto es, el registro de las manifestaciones verbales y para verbales al dar las respuestas a los reactivos del test.

Con el nombre de fenómenos especiales se puede nombrar esas observaciones como otra categoría de análisis que para este estudio se prevé tomar, ampliar y sistematizar.

Además del registro de aspectos formales en las respuestas, el autor ya incluía, el tiempo empleado, el grado de certeza, la manera de aproximarse al material o de solicitar aclaración sobre el mismo, pero también se preveía una cantidad importante de actitudes y verbalizaciones aunque éstas no tuvieron un lugar de registro y por lo tanto tampoco de análisis.

Se propone la aplicación de la categoría fenómeno especial, categoría utilizada fundamentalmente en técnicas proyectivas para agrupar todas esas observaciones que fueron previstas pero no así ubicadas en los posteriores análisis.

Inspirado en los llamados fenómenos especiales de la Prueba de Rorschach, se definen varios de esos ítems a observar.

“Fenómeno” deriva del griego “phainomeno” como del latín “phaenómenon” y significa “cosa extraordinaria”, “sorprendente”, lo que aparece, singular y raro (Passalacqua y Gravenhorst,1988, 2007), por lo tanto referirse a los fenómenos especiales en el Rorschach significa mirar esos hechos extraordinarios que aparecen durante la administración de la prueba y no son los signos registrables. Comprenden una serie de

conductas y verbalizaciones que realizan los examinados que no pueden clasificarse en las categorías habituales de clasificación.

Bohm (1970) se refiere al tema diciendo que dicho test contiene un gran número de otros factores que no pueden ser medidos, que podrían llamarse imponderables, pero que sin embargo son de gran importancia en la valoración de la prueba. Por su parte, Rorschach (1948) había descrito ya varios de estos fenómenos, los cuales luego fueron sistematizados por Bohm, fundamentales para aportar al diagnóstico diferencial.

La idea es retomar este concepto de “hecho extraordinario” que aparece en la administración de la técnica y realizar su registro.

### **Exploración de factores emocionales y características de personalidad**

La exploración de la personalidad, entendiendo a ésta como el conjunto de características personales asentadas de forma estable y en lo profundo del psiquismo, que distinguen a un individuo de otro, y la exploración de los factores emocionales, aspectos característicos de una persona pero más dinámicos y enraizados en lo biológico, se estudiarán a partir de una entrevista psicológica y una observación sistematizada de la conducta durante la WAIS III.

Un diseño así construido tiene por finalidad identificar los aspectos que pudieran asociarse a la queja subjetiva de memoria, a punto de partida de las categorías definidas para el análisis es que se plantea un perfil clínico.

Si bien en la psicología clínica estos términos son de uso muy frecuente, no ha quedado bien delimitado su acepción en cada caso en particular, por esa razón en este estudio se realizará un análisis de los mismos y sus usos.

Como se plantea en las preguntas de investigación, es de interés pesquisar y constatar la incidencia de factores emocionales que pudieran emerger durante la situación de prueba. La interpretación de éstos contribuiría al entendimiento del fenómeno de la queja subjetiva de memoria.

La articulación e integración de ambas fuentes y categorías de datos, es una tarea fundamental en la psicología clínica, la cual se sirve tanto de los datos empíricos como de los cualitativos aportados por la lectura del comportamiento y actitud del sujeto presente, además de su discurso en la entrevista.

Un perfil clínico trata entonces de describir un conjunto de rasgos o características de la personalidad y el carácter del sujeto, los cuales se manifiestan durante una entrevista psicológica. En un principio estos rasgos de personalidad fueron definidos por sus manifestaciones sintomatológicas (Bergeret, 1980) ya que provenían de las clasificaciones propuestas por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría.

Se define así, perfil clínico, como el grupo de características que son observables o inferidas a través de conductas o expresiones verbales o gestuales del paciente durante la entrevista psicológica. Bleger (1971) define a la entrevista psicológica como aquella en la que se persiguen objetivos psicológicos, es una técnica fundamental del método clínico y como técnica articula ciencia y necesidades prácticas, de esta manera no solo verifica el conocimiento científico sino que lo aplica. La entrevista en psicología es configurada de acuerdo a la particular estructura del entrevistado, y a través de su conducta se infiere su configuración de personalidad.

Este conjunto de características puede corresponder a una estructura psicopatológica o a determinados rasgos de personalidad.

Grassano Di Píccollo (1987), habla de una “modalidad de comunicación”, planteando que las personas presentan constantes en cuánto al conflicto central, al punto de fijación y las defensas dominantes. Propone que en un análisis más detenido se observan también constantes en relación a la forma de percibir la realidad, la memoria, los conceptos del tiempo y el espacio, así como a la forma de interpretar los hechos de la realidad.

En otro contexto, pero contemporáneamente, David Shapiro en 1960 presentaba sus primeros manuscritos en el centro Austen Riggs de Massachusetts sobre la psicología psicoanalítica del yo y la psicología del carácter. Dicho autor dice que su libro “Los estilos neuróticos” nace de la observación de ciertos hechos relacionados con estados patológicos y con las conjeturas clínicas que permitieron identificar una forma de funcionamiento del individuo (Shapiro, 1986).

Por otra parte Jean Bergeret, desde 1963 ha investigado la forma de articular los fenómenos manifiestos a nivel del carácter con los elementos más estables y profundos situados en un plano no visible de la estructura de la personalidad, siendo su objetivo principal discutir este término. Estructura es una noción que implica complejidad, estabilidad y precisión, es el modo de organización permanente del individuo.

En este sentido surgen controversias entre la psiquiatría social o comunitaria y la antipsiquiatría aunque no quedan resueltas las cuestiones de los factores desencadenantes

de la enfermedad, la labilidad de la estructura, así como la posibilidad de curación que puede ofrecer la estructura en sí.

Se ha asistido a diferentes tipos de clasificaciones tanto de los trastornos mentales como de la personalidad; las clasificaciones orgánicas de Jacobi en 1830, de Morel en 1860, postulan la existencia de una relación entre el problema psíquico y una lesión orgánica, temática ésta retomada posteriormente por Janet en 1927 (Bergeret, 1980).

Las clasificaciones fisiológicas sostenidas por Meynert en 1884 y Wernicke en 1900, tratan de encontrar la relación entre el funcionamiento mental observado y las localizaciones neurológicas. Las clasificaciones psicológicas sin embargo tratan de estudiar el funcionamiento normal de la mente para luego desde ahí encuadrar ciertas manifestaciones patológicas. Heinroth es un autor que tempranamente ha trabajado en este sentido (Bergeret, 1980).

Por su parte Emde (1998) plantea que los procesos afectivos son un aspecto del funcionamiento mental del individuo, que tienen su raíz en la biología y en la cultura y es lo que le da significado y valor a los sucesos vividos. Por lo tanto, sigue Emde, los procesos afectivos y sus emociones particulares juegan un papel importante en la integración que se produce a lo largo del desarrollo.

Distingue a las emociones en tonalidades positivas y negativas. Las positivas serían la sorpresa, el interés, el deseo de compromiso, el placer por la destreza, en tanto que las negativas, el desvalimiento, la ansiedad, depresión, miedo y enojo. Ambas juegan un papel importante en el fortalecimiento del self ya sea para su mantenimiento o su defensa y para facilitar los procesos cognitivos. Indican una gran complejidad dinámica.

Emde realiza este planteo desde el campo del desarrollo, afirmando que los cambios implican una organización de gran complejidad, donde no solo hay diferenciación de las partes, sino una interconexión entre ellas formando un todo, produciéndose así, un ordenamiento de las partes y del todo.

Las señales de afectos hacia los otros fueron consideradas importantes no solo en el desarrollo temprano sino también en el proceso psicoanalítico, señalando la centralidad de los afectos en las relaciones de objeto.

Continúa diciendo Emde que estos cambios, en la visión psicoanalítica de los procesos afectivos comenzaron ya con Freud, a partir de quien los afectos fueron vistos como un complejo proceso que incluye sentimientos de placer y displacer enraizados en la biología. Estos procesos son una actividad cognitiva y evolutiva que organiza (p 476) el

funcionamiento mental y el comportamiento. Los procesos emocionales interactúan con los procesos mentales a los cuales se van integrando dinámicamente en el curso del funcionamiento. Plantea dos funciones principales de las emociones: la motivación y la comunicación entre los individuos.

La formulación acerca de los procesos afectivos y sus influencias integradoras son consistentes con el avance de las neurociencias cognitivas, las cuales genera una nueva luz sobre las bases biológicas de los procesos afectivos así como también sobre las funciones integradoras del cerebro.

En la línea de la teoría psicoanalítica, Rey (1984) afirma que en los comienzos del desarrollo de la psicología como ciencia, se debió disgregar la vida anímica para poder encontrar la explicación de su funcionamiento, sin embargo se llegó a la conclusión de que los fenómenos psíquicos poseen la cualidad de una totalidad estructurada. Por ello, al tratar de definir la afectividad, la cual es un campo oscuro, es que se debe hacer una psicología unipersonal donde se examine aisladamente los distintos aspectos: memoria, imaginación, inteligencia.

Para definir la afectividad y los afectos, encontramos así nuevamente dificultades. Descartes decía, por ejemplo, que los sentimientos eran pensamientos confusos; Brentano decía que sentimiento era todo lo que no pertenecía a la representación y al juicio. Según Rey, Freud sostuvo que el afecto era de orden diferente a la idea y mantuvo esta dualidad a lo largo de su obra. Afirmaba que la pulsión se expresaba en dos registros diferentes, el de los afectos y el de las ideas; que estos correspondían a una percepción psíquica de descarga y que estaban vinculados a la serie placer-displacer. También manifestó que los afectos y las ideas constituyen dos series entrelazadas que en determinados puntos se anudan y dan origen a estructuras cognitivo-afectivas específicas en las que un afecto dado remite a una clase de idea y viceversa. Es frecuente que determinadas ideas hagan aparecer respuestas emocionales que le corresponden específicamente.

Rey (1984) distingue, en lo que respecta a afectividad a las emociones, afectos y sentimientos. Según aclara no se trata de un problema de semántica sino de una dificultad en lo que se describe, cada palabra resalta un aspecto en particular. La emoción se encuentra más ligada a lo neurovegetativo, las variaciones emocionales alteran el equilibrio orgánico, provocarían una activación en el sistema límbico desencadenando los mecanismos de acción periférica.

El sentimiento pertenece a una cualidad superior, presupone una mayor integración y una estructura más desarrollada. Es menos súbito e intenso y depende en menor medida de las condiciones externas y más de los valores personales.

Los afectos, (del latín *afficere*-influir) son sentimientos de inclinación por alguien, presuponen un vínculo, una relación de objeto, al decir del psicoanálisis. La organización de los afectos se realiza a través de una creciente estructuración del yo, mediante los procesos de simbolización, sublimación y elaboración.

Son los aportes freudianos de metapsicología los que permiten considerar y clasificar los datos que provienen de los niveles más profundos del funcionamiento de la personalidad. El punto de vista freudiano busca encontrar el sentido latente del síntoma, propone diferenciar las estructuras según el grado de desarrollo alcanzado por el yo y las organizaciones de las diferentes instancias psíquicas, el ello y el súper-yo así como la flexibilidad, la diversidad y la eficacia de los mecanismos de defensa. Freud distingue las emociones como reacción a sucesos traumáticos acontecidos o no al sujeto, corresponden al resurgimiento del estado emocional traumático, originario.

En *Trabajos sobre metapsicología* (1915/1984) en el capítulo de Represión, plantea la escisión entre el afecto y el representante de éste. El representante puede desaparecer de la conciencia mientras que el afecto puede tener tres destinos: supresión, regresión o trasposición en angustia.

Más adelante, en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926/1986c) es donde delimita la función de la represión. Establece que la angustia tiene su base en el yo y su fuente puede ser tanto del exterior o del interior. Cuando opera la represión, que es una operación defensiva del yo, trata de mantener inconscientes las representaciones, imágenes o recuerdos ligados a la pulsión. Cuando fracasa, el afecto-angustia, invade al yo.

Por tanto “factores emocionales” o “factores afectivos” no asequibles por indicadores objetivables pueden comprenderse a través de la inferencia e interpretación de otros indicadores.

Siquier de Ocampo (1987) plantea entre los objetivos de la entrevista inicial el percibir al paciente tal cual se presenta en el primer contacto con el entrevistador y observar si esta primera impresión se mantiene durante el tiempo de la misma. Otro aspecto importante es qué verbaliza, cómo, cuándo y a qué ritmo, la claridad de su lenguaje, la terminología, el tono de voz. También debe analizarse el contenido de lo que comunica, qué aspectos de su vida elige para comenzar, qué temas le provocan bloqueos o ansiedad, qué

temas omite o reitera. Es importante observar cómo maneja los tiempos (pasado, presente, futuro) y la plasticidad con que puede moverse en la secuencia temporal.

El objetivo de la entrevista (Rosenfeld y Avrutin, 2004) es obtener información para hipotetizar en relación a la problemática que manifiesta el entrevistado, los motivos latentes de ésta, la relación de la misma con hitos de su historia personal y con personas significativas de su vida, el conflicto latente y entre qué fuerzas y ámbitos se establece, los modelos de relacionamientos personales, las fantasías inconscientes, las ansiedades y los mecanismos de defensa. La relación que se produce en la entrevista produce un conocimiento tan amplio que permite acercarnos a hipótesis sobre la estructura psíquica del sujeto y su grado de salud y enfermedad.

Según entiende Bohoslavsky, lo que varía en la entrevista es lo que depende de las características personales del entrevistado. El psicólogo, al escuchar, busca la congruencia entre el motivo de consulta y situaciones conflictivas previas (Siquier de Ocampo, 1987).

En una entrevista también se tiene que considerar aspectos técnicos como la transferencia, el encuadre, el tiempo, el vínculo que se genera en la relación con el otro.

En cuanto a la observación de las manifestaciones clínicas, Maldavsky propone además, el estado afectivo, la tonalidad alta o bajo, la apariencia, la forma del discurso, la presencia, la mímica, el componente fonológico del discurso (Weigle, 1991).

Para este estudio, se definirá entonces perfil clínico al conjunto de características que se puedan visualizar en la presentación del paciente, por ejemplo el estado o tonalidad afectiva, su apariencia física, forma de presentarse, el lenguaje, la gestualidad, verbalizaciones, elección de temas para su presentación, su discurso y sus aspectos fonológicos (ritmo, tono, timbre), de los cuales se podrá inferir los aspectos emocionales y afectivos que corresponden, como se dijo a niveles más profundos de la personalidad.

### **La entrevista psicológica: Aspectos técnicos**

La entrevista psicológica es un Instrumento de investigación desde el cual se va a definir categorías, las cuales se delimitarán las que se considerarán en este estudio.

Es necesario también destacar la pertinencia de situarla en el marco teórico ya que si bien es un instrumento ampliamente utilizado por los psicólogos desde el marco

psicoanalítico que se va a referenciar, hay otros marcos teóricos que definen con otras pautas el concepto y manejo técnico de la entrevista psicológica tal como el cognitivo-conductual, el sistémico, etc.

Es así entonces que se van a definir las categorías utilizadas en este estudio para realizar el análisis.

**Motivo de consulta:** es la razón explícita por la cual el sujeto concurre a la consulta, tiene que ver con el ahora, el suceso actual.

**Motivo Latente:** Es la razón subyacente al motivo manifiesto y se interrelaciona con otros sucesos psíquicos como el conflicto y las defensas.

**Ansiedad:** es el nivel de alerta anímica que presenta el sujeto en la situación de entrevista. Rolla (1981), la considera en sus tres momentos: apertura, mantenimiento y cierre. Va a considerar si la secuencia es la adecuada y si logra resolverse o no.

**Problemática vital, punto de urgencia,** también definidos por Rolla, responden a la problemática vital del sujeto en relación a la capacidad de adaptación, desadaptación y las sucesivas readaptaciones, es el desajuste que se produce entre su capacidad de elaborar situaciones y su capacidad de reorganización. Es siempre desconocido por el sujeto y estaría relacionado con la insuficiencia de las defensas en ese momento. Punto de urgencia está relacionado a la capacidad o no para realizar duelos, enfrentar y tolerar la soledad, y la organización de carácter que ha logrado.

**Conflictiva:** Es la tensión que puede existir entre las diferentes instancias psíquicas, el superyó, el yo y el ello luchan entre sí debido a que la sexualidad y la agresividad insisten en expresarse (Gabbard, 2002)

**Defensas:** Son procesos psíquicos que tienden a evitar que se desarrollen afectos displacenteros. Esta conceptualización parte de la teoría psicoanalítica, donde el funcionamiento psíquico busca siempre el placer y huye del displacer (principio de placer-displacer). Este término, defensa, es establecido por Freud en 1894 (1986f) en su escrito "Las neropsicosis de defensa".

**Lenguaje:** En cuanto al lenguaje (Ibáñez 2010) son tres las funciones de éste en relación al conocimiento y su posibilidad de intercambio: La función representativa donde se pone en juego el conocimiento general. La función expresiva donde el conocimiento es personal, producto de la experiencia individual y de la personalidad del individuo. Y por último la función comunicativa que apunta a un conocimiento consensuado, compartido con la comunidad cultural a la que se pertenece.

El análisis del discurso verbal del entrevistado, continúa Ibáñez (2010), muestra sus sistema de emociones, ya que éstas se van modulando por la influencia sociocultural y se muestran en el discurso según la modalidad de enunciación: declarativa, exclamativa,

imperativa. Hay determinados marcadores, como el uso de los pronombres personal (yo) y posesivos (mío), los verbos subjetivos (creo, quiero, imagino) que caracterizan al discurso del individuo con más carga emocional.

La comunicación no verbal tiene que ver con los canales por los cuales se emite, la expresión facial, la mirada, los gestos.

### **Perfil clínico**

La integración de datos cuantitativos con datos cualitativos, en este caso los factores emocionales y características de personalidad ha sido propuesta también por Wechsler. Dicho autor ha dicho que sus escalas habilitaban la interpretación de datos cualitativos para poder distinguir cuidadosamente entre habilidades cognitivas, factores conativos (es decir características de personalidad, tales como ansiedad, persistencia y conocimientos de objetivos), y otras variables no intelectivas que contribuyen al desempeño del test (Wechsler, 2002 )

En el análisis de la WAIS-III Kaufman propone formular hipótesis acerca de las fluctuaciones en el perfil de la WAIS-III. Este paso es el más crucial, pues exige no solamente las evidencias derivadas del análisis cuantitativo, sino también las procedentes de la observación de la conducta, de la información básica, incluso de otras pruebas para poder llegar a corroborar o desechar las hipótesis.

En la WAIS-III, por su condición de test, la aplicación es estandarizada. Cada una de sus aplicaciones debe ser una situación experimental para lo cual se establecen constantes pautadas por las propias consignas de administración tanto para el lugar de aplicación como los materiales a utilizar y las verbalizaciones del psicólogo, el cual debe ceñirse estrictamente a las consignas. De esta manera se espera que las respuestas de los sujetos sean estimuladas únicamente por los reactivos presentados. Sin embargo, como en toda situación de consulta aún intermediada por los test, el sujeto se manifiesta de acuerdo a sus preocupaciones, necesidades y mostrando una modalidad de comunicación que es propia de su personalidad.

Perfil clínico se define entonces en esta investigación como el conjunto de características que se ponen de manifiesto en el encuentro- situación clínica, lo cual permite conocer el modo de funcionamiento psicológico del sujeto en cuestión. En dicho encuentro, como se especificará en el capítulo de metodología, se realiza una entrevista semidirigida, la aplicación de MMST y de la WAIS-III. Tanto en la entrevista como en la aplicación de los test

se recogió información que se utilizó para la elaboración del perfil clínico de los participantes.

### **III. Objetivos.**

#### **Objetivo General:**

Describir el perfil estadístico y clínico de la WAIS III en una población de adultos mayores que consultan por quejas subjetivas de memoria.

#### **Objetivos Específicos:**

1) Determinar en una población de Adultos Mayores con Quejas Subjetivas de Memoria, el rendimiento intelectual a través de los Cocientes Intelectuales Totales (CIT), Cocientes Intelectuales Verbales (CIV), Cocientes Intelectuales Ejecutivos (CIE) de la WAIS III.

2) Determinar a través del CI correspondiente el rendimiento en el Índice de Memoria Operativa (MO) de la WAIS III en dicha población.

3) Estudiar si existe un perfil cognitivo en la población con QSM analizando las diferencias entre CIV y CIE y entre los CI de los índices de memoria operativa MO y de comprensión verbal (CV); entre CI de organización perceptiva (OP), y velocidad de procesamiento (VP) con respecto a su franja etaria.

4) Estudiar si existen factores emocionales y características de personalidad que se pongan de manifiesto durante la aplicación de la WAIS III a esta población.

5) Evaluar la incidencia específica en el desempeño de los subtest que investigan la memoria.

## **IV. Metodología.**

### **1. Diseño**

Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo de corte transversal, que utiliza metodología cuantitativa y cualitativa.

Se realizó un análisis estadístico y clínico de los datos aportados por las técnicas.

### **2. Participantes**

El trabajo de campo se realizó en la ciudad de Montevideo en el periodo comprendido entre octubre de 2011 y abril de 2012. Los participantes fueron seleccionados de: 1) Servicio de Psicología de la Vejez, ubicado en el Centro de Investigación Clínica (CIC-P) de la Facultad de Psicología y 2) Asociación de Jubilados de Colón, ambos lugares de la ciudad de Montevideo.

Se aplicaron las pruebas a 30 personas; se excluyeron 5 por reconocerse a posteriori de la aplicación de técnicas que no cumplían con algunos de los criterios de inclusión especificados.

Criterios de inclusión:

- Edad entre 60 y 79 años
- Consultar por quejas de memoria
- Puntaje del Mini Mental State Test de 27 o más
- CI de la WAIS mayor a 70

Criterios de exclusión:

- Diagnóstico de demencia o de deterioro cognitivo leve
- Historial de patologías degenerativas, neurológicas o psiquiátricas

La muestra quedó conformada por 25 participantes de los cuales 19 eran mujeres (76%) y 6 hombres (24%)

El rango de edad de los sujetos participantes fue de 60 a 77 años, siendo la edad promedio de 69,76; la mediana de 70 y la moda de 76 años con un número de 4 sujetos.

En cuanto a la escolaridad, 14 sujetos tenían menos de 12 años de estudios formales y 11 de ellos tenían 12 o más distribuidos de la manera que aparece en el cuadro 4.

*Cuadro 4. Escolaridad*

Escolaridad	N° de años
Primaria completa	3
Secundaria incompleta	11
Secundaria completa	4
Terciaria incompleta	3
Terciaria completa	4
Total	25

### **3. Técnicas e instrumentos**

#### **3.1. Entrevista Psicológica.**

Se realizó entrevista semidirigida en donde se recogieron datos sociodemográficos y se realizaron preguntas tendientes a delimitar el problema de memoria presentado como queja subjetiva de memoria, para lo cual se realizan una serie de preguntas sobre los siguientes tópicos:

- Actividad y satisfacción laboral
- Actividad social, física y recreativa
- Convivencia y relacionamiento familiar
- Comienzo de la queja y relación con suceso vital

- Enfermedades actuales o pasadas
- Familiares con Alzheimer

### **3.2. MMST.**

Se aplicó el Mini Mental State Examination, Examen Mínimo de Estado Mental (MMST), versión de Folstein de 1975, con pequeñas modificaciones de uso habitual en el SVP (Carbajal, 2007), para descartar Deterioro Cognitivo Leve y Demencias. Es un test breve, utilizado frecuentemente para despistaje de deterioros cognitivos en estudios epidemiológicos, debido a que explora en forma rápida las diferentes áreas más proclives a ser afectadas en estos trastornos. Consta de 30 ítems que permiten evaluar diferentes funciones tales como orientación espacio-temporal, memoria a corto plazo, atención y cálculo, memoria a largo plazo denominación, comprensión del lenguaje, escritura y praxia constructiva.

### **3.3. WAIS III.**

La escala Wechsler de inteligencia para adultos es una de las técnicas más utilizadas a nivel mundial para explorar el funcionamiento intelectual en adultos de acuerdo a las conceptualización de su autor (Wechsler, 2002), quien considera a la inteligencia como una función global subyacente a factores específicos que se expresan en dos modalidades, verbal y ejecutiva. La WAIS III, (Escala Wechsler tercera edición) utilizada en este estudio está formada por 14 subtests, siete que integran la escala verbal y siete la ejecutiva.

Las habilidades cognitivas exploradas se agrupan en cuatro índices factoriales.

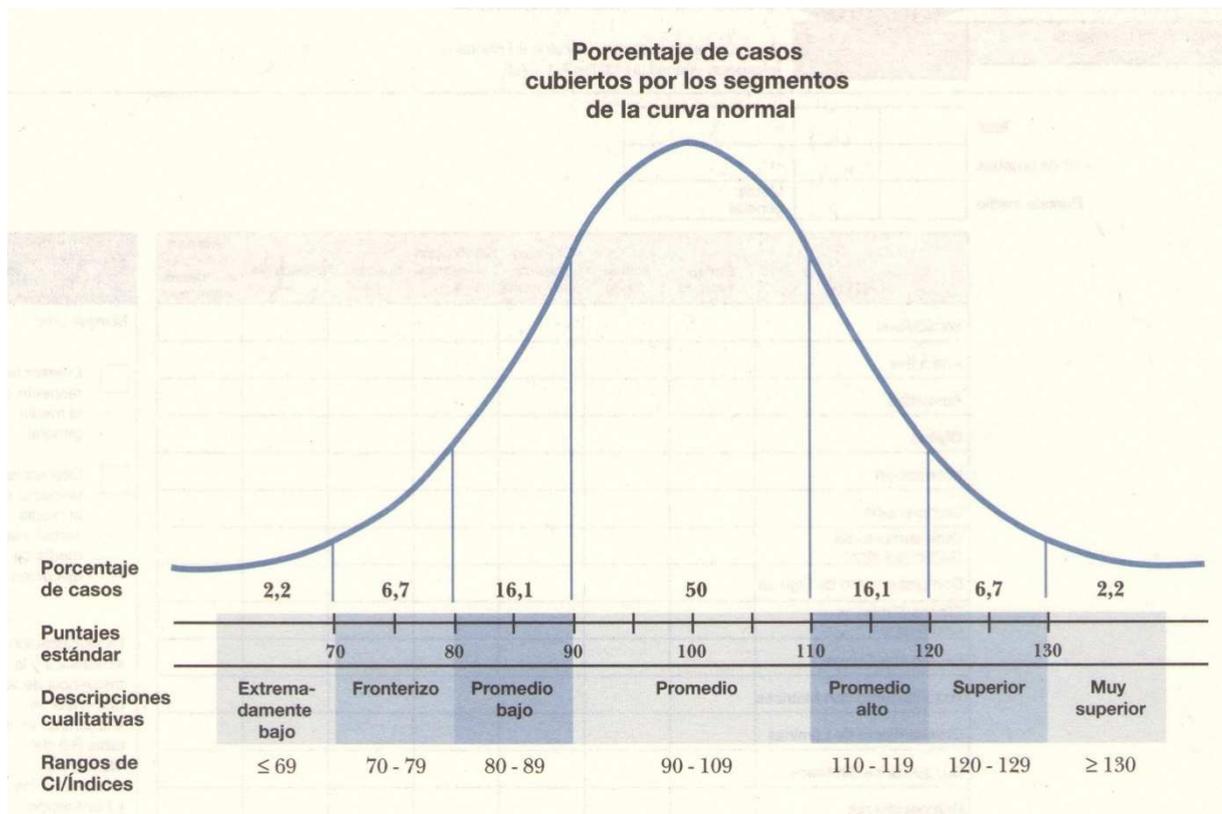
El índice de comprensión verbal (CV), investiga la inteligencia cristalizada, aquella que integra los conocimientos adquiridos, los estímulos semánticos, la conceptualización verbal, grado de pensamiento abstracto y la memoria a largo plazo. Como habilidades únicas investiga el desarrollo del lenguaje y el conocimiento palabras.

El índice de memoria operativa (MO), con los subtests de aritmética, dígitos y números y letras investiga la memoria de trabajo, la atención, las habilidades secuenciales, habilidad numérica y planificación.

En la escala ejecutiva, los índices de organización perceptiva (OP) y velocidad de procesamiento (VP) exploran la capacidad de organización espacial y visual así como la velocidad de procesamiento y manejo de símbolos sin significado.

Las medidas estandarizadas resultantes de esta técnica, permiten clasificar los rendimientos intelectuales de las personas en relación a un promedio poblacional.

Grafico1. Rangos de CI en curva de distribución normal.



Wechsler, 2002

La WAIS- III se aplicó siguiendo las pautas del manual de administración y puntuación. El material para la aplicación consta de un cuaderno de estímulos, una caja de cubos, un set de rompecabezas y un protocolo de registro de respuestas.

Los subtests se analizan desde tres dimensiones (Flanagan y Kaufman 2006): empírica, cognitiva y clínica. La primera refiere a la fiabilidad, el peso de la inteligencia general o factor g y a la especificidad del test. El análisis cognitivo es relativo a las

habilidades que se ponen en juego en cada subtest, el rendimiento en los puntajes obtenidos. La dimensión clínica corresponde a factores emocionales y conductuales, cuya incidencia es necesaria tener en cuenta en cada uno de los subtest desde una perspectiva clínica.

### **3.4. Protocolo de registro de conducta durante la prueba.**

A los efectos de obtener una información sistematizada de la conducta expresada por los sujetos durante la prueba se diseñó un protocolo donde se registró lo observado durante las respuestas a los ítems de los subtest de la WAIS-III.

Aún en su condición de estandarizada la WAIS es una prueba eminentemente clínica, por lo que es necesario para su completa interpretación (Flanagan y Kaufman, 2006) incluir las reacciones que manifiestan los sujetos mientras están realizando el test. Estos aportes complementan de tal forma los datos numéricos que hasta pueden plantear una interpretación alternativa. Las conductas observadas se pueden ordenar en los siguientes campos:

#### a) Aspectos formales:

- Posición ante el reactivo
- Tiempo empleado en responder
- Grado de seguridad al responder
- Tipo de puntajes obtenidos

#### b) Gestualización:

- Aceptación
- Rechazo
- Disposición

#### c) Verbalizaciones:

- Comentarios
- Críticas
- Expresiones de negación

#### **4. Procedimiento**

La entrevista psicológica y la aplicación del MMST y la WAIS-III se realizaron en el marco de una consulta psicológica en donde el consultante manifestaba su voluntad en participar luego de comunicarle los propósitos de la investigación e informarle sobre el objetivo de la misma mediante la presentación del consentimiento informado. Toda la propuesta se realizó en cuatro encuentros de una hora y quince minutos cada uno en donde el primero se dedicó a la entrevista psicológica, el segundo se aplicó el MMST y una primera parte de la WAIS-III, en el tercero se culminó la WAIS-III y en el cuarto se realizó entrevista de devolución. Las entrevistas se registraron en audio y fueron transcritas a texto.

Las respuestas registradas en los protocolos se puntuaron a mano obteniendo los puntajes directos correspondientes a las respuestas dadas por los sujetos.

#### **5. Análisis de Datos**

Mediante el análisis de los datos cuantitativos se obtuvieron los tres CI principales y los cuatro CI de los índices factoriales. Para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre la población de referencia y la población consultante se utilizó en una primera instancia los baremos del test y luego se procesaron los datos de los CI por medio de un software estadístico, el SSPS, aplicando la prueba de t de student

Esta es una prueba que se utiliza para una muestra, y sobre todo cuando se trata de muestras pequeñas y no se conoce la varianza de la población ni la forma de distribución. Lo que hace es comparar las medias de las poblaciones de referencia con las de las poblaciones estudiadas y ver si hay diferencias significativas entre ellas.

Para comparar los resultados de los consultantes con los baremos del test se siguió el modelo de los nueve pasos de Kaufman, (2002). Este análisis permite considerar la puntuación que presentan los CI verbales y ejecutivos por separados y relacionados entre sí en un análisis intra e inter escalar, también a los CI índices entre ellos y con respecto a los CI principales (pasos 2 al 4). Este modelo de Kaufman permite también en los pasos siguientes realizar un análisis del perfil individual en donde se hallan los puntos de fortalezas y debilidades, que son aquellos subtest que se desvían en más o en menos de su propia media. En los dos últimos pasos permite la posibilidad de interpretar los datos utilizando como se ha mencionado, información clínica para aceptar o rechazar las reglas empíricas, obteniendo así una interpretación alternativa de los datos numéricos que no siempre es lineal.

Por otra parte, teniendo en cuenta los diferentes aspectos psicoafectivos que podrían estar incidiendo en las QSM, el análisis clínico de la información básica consideró aquellos que apuntaban a determinar las posibles redes familiares y sociales con que contaban así como la capacidad y rendimientos previos y el grado de satisfacción con ellos. Se investigó el estado de convivencia y el relacionamiento familiar apuntando a la integración actual del aspecto socioafectivo. Se indagó acerca del comienzo de la queja de memoria para relacionarla con pérdidas reales actuales o resignificaciones de pérdidas anteriores. Se investigó si la presencia de ciertos temores a la enfermedad y sobre todo las de tipo degenerativos (demencias) podía influir en el comienzo o mantenimiento de la queja de memoria que presentaban.

De la entrevista psicológica se realizó una lectura clínica de aspectos cualitativos siguiendo las pautas habituales en nuestro medio (Bleger, 1971, Rolla, 1981). Se consideró el motivo de consulta manifiesto y latente, la ansiedad de comienzo y de finalización, la problemática vital, la emergencia de conflictos actuales o anteriores no resueltos y la transferencia.

Por otra parte se analizó las características y expresión del lenguaje para delimitar el tono emocional con el cual el consultante comunicaba lo que le pasaba. De la misma manera se observó el contenido del discurso determinando que es lo que el consultante transmite de lo que le pasa. Las manifestaciones psíquicas de ansiedad, conflictiva y defensas se analizan para determinar los recursos con los que cuenta el participante. Se resume en el cuadro número 5.

*Cuadro 5. Categorías de la entrevista psicológica*

Expresión	Lenguaje
	Tono
	Ritmo
Contenido	Motivo de consulta
	Motivo latente
	Problemática vital
Manifestaciones psíquicas	Ansiedades
	Conflictiva
	Defensas

## **6. Aspectos éticos**

Esta investigación contó con el aval del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología.

Se enmarca en las normas éticas de Facultad de Psicología y de acuerdo a las normas definidas por el Código de ética para investigación con seres humanos.

Según el protocolo aprobado se le informó a cada participante sobre la investigación y se le solicitó por escrito su consentimiento libre e informado para participar en ella.

A los efectos del manejo confidencial de la información brindada por los mismos en la entrevista psicológica y para la protección de su identidad, se utilizaron los siguientes procedimientos: se confeccionó una lista con los nombres de los participantes y se les adjudicó un número correlativo a cada uno de ellos. En adelante se identificó a los mismos sólo por el número, quedando el archivo original resguardado en forma digital con clave de seguridad en poder de la investigadora.

Respecto al consentimiento libre e informado, fue introducido en la entrevista psicológica como un elemento más, de esta manera no sólo se lo explicita sino que se trabaja dentro de lo que es la comprensión del paciente y en el desarrollo del vínculo que se va produciendo en el proceso.

## V. Resultados

### Rendimientos

### CI principales

Los CI generales obtenidos en la aplicación de la WAIS III estuvieron en un nivel que va desde normal bajo a normal alto estando el total de los consultantes en el rango de CI de 84 a 120, se muestran en cuadro 6.

*Cuadro 6. Promedios de los CI totales, verbales y ejecutivos.*

	N	Mín	Máx	Prom	Desv. Típica
CIV	25	85	<b>124</b>	<b>104,08</b>	11,35
CIE	25	<b>79</b>	121	<b>98,16</b>	11,86
CIT	25	84	120	<b>101,64</b>	11,28
N válido	25				

Se observa que los promedios de los tres CI principales se encuentran en un nivel Normal estando más descendido el promedio de los CI de la escala ejecutiva. La alta desviación típica observada en el cuadro muestra la variabilidad expresada en el rango de los CI.

Al comparar la diferencia de rendimientos verbales y ejecutivos de cada uno de los integrantes de la población estudiada se observó que la mayoría (19 sujetos) no presentaban diferencias estadísticamente significativas entre los rendimientos de las escalas lo cual significa que su CI general es homogéneo.

Esta población de adultos mayores con QSM presenta un rendimiento intelectual normal, lo cual quiere decir que son capaces de expresar sus habilidades intelectuales al igual que toda la población de su franja etaria y de forma igual tanto en la modalidad verbal como ejecutiva.

Sin embargo, el comportamiento interno de estos constructos verbales y ejecutivos son más variables, tanto presentan las dos escalas homogéneas, las dos heterogéneas, o una de las escalas heterogénea y la otra homogénea. Esto implica que los subtest que componen esas habilidades (verbal/ejecutiva) se expresan diferentes en sus rendimientos.

En el análisis intraescalar, la comparación de los dos índices factoriales que componen las escalas arroja los siguientes resultados:

- nueve de los sujetos presentaron ambas escalas homogéneas
- tres presentaron ambas escalas heterogéneas
- ocho de los sujetos presentaron heterogeneidad sólo en la escala verbal
- cinco presentan heterogeneidad sólo en la escala ejecutiva

La homogeneidad intraescalar indica que los constructos verbales y los ejecutivos presentan un desarrollo de habilidades parejo, sin desviaciones de la media, la heterogeneidad en cambio está indicando rendimientos diferentes en ambas escalas.

### Índices factoriales

Los CI de los índices factoriales indican mayor variabilidad aún que los de las escalas verbal y ejecutiva ya que van desde el nivel marginal (73) hasta el superior (129), obtenidos respectivamente en VP y CV, se muestran en el cuadro 7.

*Cuadro 7. CI de los índices factoriales.*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
CV	25	89	129	108,04	11,63
OP	25	82	123	99,80	10,87
MO	25	75	126	98,36	11,46
VP	25	73	125	93,44	11,63
N válido	25				

Analizando los promedios de cada uno de los factores es el de Velocidad de Procesamiento el más bajo (93,44) y el de Comprensión Verbal (108,04) el más alto. El promedio de Memoria Operativa y de Organización Perceptiva se encuentran ambos casi al mismo nivel. Todos están en el nivel normal.

### Promedios de las diferencias

Los resultados de la prueba t de student arroja diferencias significativas entre los promedios de los índices factoriales de CV/MO y entre CV/VP.

*Cuadro 8. Resultados de los promedios de diferencias de medias.*

Diferencias	Media pob.	Media part.	t (24)	Desv.típica	p
Dif.CIV/CIE	6,43	7,60	0,831	7,042	0,41
Dif.CV/OP	7,16	9,20	1,095	9,318	0,28
<b>Dif.CV/MO</b>	7,03	<b>11,60</b>	2,981	7,665	<b>0,006</b>
Dif. OP/VP	9,32	10,20	0,544	8,093	0,59
<b>Dif.CV/VP</b>	8,57	<b>15,40</b>	3,711	9,211	<b>0,001</b>
Dif. OP/MO	7,94	10,16	1,710	6,492	0,10
Dif.MO/VP	9,23	8,60	0,649	4,856	0,52

Mientras que la media de la población es 7,03 para las diferencias entre los índices de Comprensión Verbal y Memoria Operativa, la de la población de estudio es de 11,60 lo cual representa una diferencia verdadera entre las poblaciones a un nivel de  $p=0,006$ .

A su vez en la comparación de los índices de Comprensión Verbal y Velocidad de Procesamiento, mientras la media de la población general es de 8,57 la de la población de estudio es 15,40 siendo su  $p=0,001$

Analizando el sentido de esa diferencia se constata que en 15 de los 25 casos es hacia comprensión verbal mostrando así rendimientos mayores que memoria operativa.

En cuanto al carácter homogeneidad-heterogeneidad de los índices, se encontró que sólo en dos consultantes eran heterogéneos los índices de Comprensión verbal y en

cuatro los de Memoria Operativa, lo cual habla de la alta representatividad de cada índice con respecto al factor que estudian, pudiéndose afirmar que es la memoria operativa la que está baja en esta población y no los subtest que la componen.

Estos resultados muestran, primero que los sujetos de la población estudiada presentan un rendimiento mucho mayor en las habilidades de comprensión verbal que en aquella que conforman la memoria operativa. Se caracteriza su comportamiento intelectual por tener mayor proporción de inteligencia cristalizada que fluida. Por otro lado los aspectos de manejo numérico, retención de dígitos con y sin interferencia así como la velocidad de procesamiento se encuentran descendidos con respecto a estas.

### **Desviaciones de los Puntajes**

Las desviaciones en más y en menos de las puntuaciones de los subtest respecto de la media de cada sujeto son descriptas como fortalezas y debilidades (Kaufman, 1994) y configuran el perfil propio del individuo mientras que los CI describen los perfiles poblacionales.

Desde esta perspectiva entonces tenemos:

- los subtest que resultaron ser fortalezas en la mayoría de los sujetos de estudio fueron Información, Vocabulario y Razonamiento con Matrices.
- Aquellos que resultaron ser debilidades fueron el subtest de Retención de Dígitos, de Aritmética y el de Dígitos Símbolo- Codificación.
- Los puntajes mínimos obtenidos por los subtest que se desviaron del promedio de cada sujeto fueron 4 puntos para las debilidades en Búsqueda de símbolos y Dígitos.
- Los máximos fueron de 17 puntos, obtenidos en los subtest de información y ordenamiento de láminas.
- El alto puntaje obtenido en vocabulario e información da cuenta de que son sujetos con gran caudal de información general, tendencia al esfuerzo y a la ambición intelectual.
- Los puntajes descendidos implica menor capacidad en retención de dígitos secuenciación, memoria y percepción visual de estímulos abstractos y en

aquellas tareas que requieren tanto velocidad de procesamiento y de ejecución.

Con estos resultados se puede afirmar que estos sujetos tienen la memoria operativa descendida con respecto a las capacidades de comprensión verbal. Esto hace que tengan una escala verbal heterogénea ya que sus los índices que la integran (CV y MO) tienen un rendimiento desparejo.

### **Factores emocionales y características de personalidad**

En el apartado siguiente se expondrá los resultados que corresponden al cuarto objetivo sobre el estudio de la existencia de factores emocionales y características de personalidad que se pusieran de manifiesto durante la aplicación de la WAIS III en la población con QSM.

#### **Actitud ante la WAIS-III**

Se buscó la existencia de factores emocionales en las diferentes actitudes que presentaban los sujetos en el momento de la prueba ya que la forma en cómo lo hacen informa acerca de las características de su actuar en diferentes ámbitos además del cognitivo.

En las manifestaciones de los sujetos relacionadas con los aspectos formales como el tiempo se observó que tardaban en dar una respuesta, lo cual se relacionó más con una actitud personal que con lo que la actividad cognitiva le requería:

- En el subtest de completamiento de figuras se le pedía en la consigna que nombre la parte importante que le falta. Frente a ésta, la mayoría insistían en decir que no faltaba nada, o en buscar algún objeto fuera de la figura o en criticar la forma, el color, etc. lo cual constituye una característica de oposicionismo y negativismo. En este subtest el rendimiento fue bajo, y si bien no constituyó debilidad, denota una baja performance en memoria visual y capacidad para los detalles esenciales, aspecto justamente en el que fallaban. El tiempo fue un factor de notoria influencia ya que la mayoría de las respuestas excedían el tiempo límite, sin embargo eran correctas.
- A su vez en el subtest de vocabulario comentaban el vocablo, asociándolo con otros y aún ante la reiteración de la consigna donde se le pedía que definiera la palabra,

se extendían en autorreferencias, relacionando la palabra a hechos propios. En respuestas a palabras como “Remordimiento” se obtuvieron respuestas como la que sigue: “Es algo que uno hizo, algo cuando uno ve una persona enferma o discapacitada y le entra un estado de ánimo de bajón, trata de ayudarla en algo”. O sea que, se respondía no la definición del término sino lo que interpretaban según un sentir. En otras, utilizaban un sentido propio que a veces resultaba creativo (Definición de Compasión) “puede ser hacer algo sintiéndolo, con pasión”. Sin embargo los rendimientos obtenidos en general en este subtest fueron buenos, llegando a conformar una fortaleza.

El grado de certeza al dar la respuesta es otro elemento que dependió más del factor personal que de la capacidad o conocimiento implicado para responder.

- El tipo de puntaje obtenido con sus respuestas fue un elemento importante para determinar el tipo de actitud. Aquellas personas que eran capaces de obtener un puntaje respondiendo a todas las preguntas fáciles y luego fallando en las difíciles, eran distintas de las que obtenían el mismo puntaje pero sus respuestas fueron acertadas tanto en las fáciles como en las difíciles. En muchos casos el grado de conocimiento no iba de acuerdo con el grado de dificultad de los ítems. Por ejemplo ante la pregunta ¿Quién fue Cleopatra? Hubo respuestas como : “Mucha joya, mucho oro, pero quien fue, ahora no me sale... , una diosa no fue, fue alguien real, no me sale tampoco el nombre del hombre este que fue el marido...” , o ante la pregunta de “¿en que se parecen un árbol y una mosca?”: “La mosca como que se mueve, es el movimiento, vuela y el árbol, como que va perdiendo...qué triste...las hojas...como que también se mueven”, o a la pregunta “¿En que se parecen el ojo y el oído?” : “También es un complemento del cuerpo es lo que hacen a uno la estabilidad, la vista lo mismo”.

La actitud de aceptar y asimilar la ayuda brindada en exámenes de límites fue un aspecto que distinguió a aquellos sujetos que eran capaces de reconocer sus fallas o dificultades y además presentaron una cierta plasticidad y atención para incorporar la ayuda brindada, apropiándose de ellas para sortear otras dificultades.

## Entrevista psicológica

Se realiza en función de las categorías teóricas definidas para realizar el análisis clínico.

### Motivo de Consulta:

- Se referían en forma directa a la queja “Problemas de memoria” “no tengo memoria”, o sino como “olvidos”, “me olvido de los nombres”, “de dónde dejo las cosas”, refiriéndose a objetos de uso cotidiano.
- Este motivo aparece expresado con mucha preocupación pero sin conexión con el motivo latente o la problemática vital que aparecía en el resto del discurso.

### Nivel de desempeño:

- La mayoría de los sujetos afirmaron no estar satisfechos con cómo había sido su desempeño laboral, independientemente de la escolaridad y del tipo de trabajo que realizaron así como de su remuneración o carrera realizada, ascensos, buenas evaluaciones etc.
- No se sintieron suficientemente valorados o reconocidos, no obtuvieron satisfacción en su vida laboral, incluso los que habían finalizado una carrera universitaria y habían trabajado en ella no estaban satisfechos, algunos afirmaron que no habían elegido bien su carrera.

### Comienzo de la queja:

- En cuanto al relacionamiento con algún suceso vital, la mayoría de los participantes podían determinar el momento de comienzo de la queja (68%). Algunos menos (56%) podían determinar también la relación con algún suceso vital, entre ellos, la muerte de algún familiar muy cercano, la reciente jubilación o la mudanza a vivir solos.
- Se investigó cuántas personas estaban o estuvieron atravesando un duelo recientemente y se supo que 9 personas lo estuvieron.

### Padecimiento físico o psicológico:

- Se encontró que todos los pacientes manifestaron tener dolencias físicas de las cuales las más frecuentes fueron diabetes, problemas de tiroides, hipertensión, enfermedad reumatoidea, fibromialgia o artritis.

- En relación a la pregunta de si tenían o habían tenido algún familiar que padeciera enfermedad de Alzheimer, sólo 4 respondieron que sí.

#### Lenguaje y la expresión verbal:

- Fluencia verbal: 14 sujetos presentaron una fluencia verbal media lo cual resulta consecuente con los resultados del CI de Escala Verbal, 6 sujetos que presentan una fluencia verbal regular, 3 media a alta , 1 excesiva y 1 alta.
- La comunicabilidad es baja en 14 de los sujetos, 7 de ellos tenían una fluencia verbal media, otros 6 eran los que tenían una fluencia regular y el otro caso era un sujeto con fluencia verbal excesiva-
- El ritmo fue rápido en 12 sujetos en 6 normal y lento en 7, el tono por su parte fue monocorde en 6 personas, normal en 14 animado y expresivo en 5.

#### Problemática vital:

- Contenido del discurso, motivo latente de la consulta y problemática vital eran transmitidos en muchos de los casos en el relato de un hecho cotidiano o por un suceso vital importante de los cuales emergen muerte, violencia, enfermedades, soledad, perdida laboral y solían estar teñidos de un dramatismo y / o sufrimiento intenso.

#### Ansiedades:

- Eran predominantemente del tipo desorganizadoras en muchos de los sujetos, en otros, se encontró ansiedades normales, propia de la etapa evolutiva o del momento de la consulta.

#### Defensas:

- Coexistían defensas tanto primitivas e inoperantes, así como otras mejor organizadas y evolucionadas tales como la racionalización o la intelectualización.

#### **Perfil grupal**

El perfil grupal quedó configurado por los quince sujetos que obtuvieron una diferencia significativa a favor de la comprensión verbal ante la memoria operativa y la velocidad de procesamiento. El resto de los participantes no presentaba diferencia entre estos índices que fuera significativa desde el punto de vista estadístico.

- La mitad de las personas de este grupo tenían menos de 70 años,

- Los motivos de consulta eran claramente relacionado a la queja sobre el funcionamiento de memoria y la preocupación que esto le genera.
- En cuanto al estado civil investigado junto a la convivencia y el modo de sobrellevar a ésta, se encuentra que hay 3 personas solteras 1 viuda 4 divorciadas el resto casados, se encuentra sólo 5 que viven solas (son todas mujeres), los 5 hombres de este grupo están casados y viven con sus esposas; los que conviven con los esposos tienen mejor relacionamiento que los que lo hacen con hijos o hermanos.
- Sólo 5 personas pueden dar cuenta del comienzo de la queja y de la vinculación con algún suceso vital que en este caso fueron la reciente jubilación o la muerte de algún familiar cercano.
- Fueron 7 personas que manifestaron estar atravesando un duelo reciente por muerte de un familiar, aunque en dos casos se trataba de la resignificación de una muerte más antigua pero muy significativa como la muerte de un hijo.
- Todos los sujetos de este grupo padecían algún tipo de enfermedad como diabetes, artritis, problemas de tiroide, alergia, colesterol, hipertensión, las más frecuentes fueron diabetes, tiroides y fibromialgia o artritis.
- El otro aspecto significativo que se presento en todos los sujetos es que respondieron que no a la pregunta de si estaban o habían estado satisfechos con su actividad laboral. Aún pudiendo describirla como exitosa por haber obtenido ascenso o buena remuneración, específicamente declaraban no haberse sentido satisfechos, incluso aquellos que tenían estudios a nivel terciario tales como profesores, o profesionales que habían ejercido su profesión con buenos logros, manifestaron que se habían equivocado al elegir esa carrera.
- No aparecieron en la entrevista psicológica elementos que hablaran de otro tipo de padecimientos mentales como podría ser la depresión, trastorno del humor o trastornos del sueño.

## VI. Discusión

Los resultados de este estudio permiten establecer un perfil estadístico y clínico de los adultos mayores con QSM y visualizar indicadores de su funcionamiento cognitivo.

Los perfiles de las escalas Wechsler (Wechsler, 1991, Flanagan y Kaufman 2006) al demostrar características en los grupos de individuos que se diferencian de la población normativa, están indicando diferencias “visibles” entre las personas, en este caso, se estaría indicando un perfil propio de los sujetos con queja subjetiva de memoria ya que el conjunto de características cognitivas que se constatan en ellos, presentan una diferencia estadística significativa, que lo diferencia de la población general.

Asimismo, aporta a contribuir a la validez vinculada al criterio debido a que prueba su sensibilidad para discriminar entre estas poblaciones y otras.

Se puede apreciar la modalidad de expresión de su performance intelectual, la cual no se trata sólo que algunas habilidades puedan descender y otras mantenerse, como comúnmente se entiende que sucede en una población envejecida, sino que el propio proceso de funcionamiento mental posee un estilo diferente.

Esto ya lo planteaba Dolores Calero (2003,) cuando desarrollaba el concepto de zona de desarrollo próximo en la vejez, en donde destaca que los declives cognitivos se manifiestan con una amplia variabilidad individual. O sea, habilidades que según esta autora dice descienden en la vejez no siempre lo hacen de la misma forma ni en el mismo momento.

La inteligencia fluida tiene mayor vinculación con las actividades académicas de los primeros años de escolaridad y se distancian mucho de las actividades diarias que realizan las personas en la vejez. Plantea entonces que los dos tipos de inteligencia, fluida y cristalizada, no estarían bajo determinantes diferentes sino que son influenciadas por la vida de distinto modo: la inteligencia cristalizada es influenciada por la práctica diaria de tareas habituales cotidianas, mientras que la inteligencia fluida no. Este planteo se corresponde con la teoría del desuso dando cuenta que las habilidades no descienden por la edad sino que desciende por no ser utilizadas o practicadas.

En la población estudiada en esta investigación, acorde a la interpretación del perfil estadístico, se observa un desempeño mejor en tareas que incluyen memoria a largo plazo y memoria semántica, como lo indican las fortalezas halladas en los subtest de Vocabulario e

Información, ya que algunos de los componentes esenciales de estas habilidades (conceptualización verbal y cantidad de conocimiento) se encuentran en un elevado nivel. De la misma forma, la proporción de inteligencia cristalizada de la que participan dichas habilidades, también refleja un nivel alto (Kaufman, 1994; Kaufman y Lichtenberger, 2002).

De modo que, se puede establecer que el conocimiento adquirido tanto a través de la instrucción formal, como en el contacto con el medio, ha sido una cualidad del funcionamiento de esta población, la cual ha demostrado un buen monto de curiosidad, alta motivación y receptividad para los estímulos mentales. Este punto es congruente con la literatura respecto a las habilidades verbales de la población que envejece y cómo éstas pueden ser protectoras de los posibles declives cognitivos.

En la investigación realizada ninguno de los participantes presentan debilidades en los subtest de vocabulario, información y razonamiento con matrices.

A su vez, esto ha sido ampliamente estudiado en investigaciones de otro tipo, tales como estudios epidemiológicos y estudios longitudinales con grandes poblaciones, señalando la relevancia de estas habilidades verbales en la población estudiada. Tal es el caso de la publicación realizada por el Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Singh-Manoux et al, 2012) en el cual han demostrado que el nivel de vocabulario era el único que no había descendido en una población con problemas de memoria. Dicho estudio fue realizado en una población de 7290 participantes de 44 a 70 años en donde se midieron el nivel en vocabulario, razonamiento, fluencia semántica y los niveles de memoria, tres veces durante 10 años.

Así es que, la diferencia de estos índices,  $CV > MO$ , muestra la característica quizá más relevante de esta población: una inteligencia verbal claramente dividida entre sus componentes esencialmente verbales y los relacionados a la memoria de trabajo. Así como también evidencia un nivel de memoria de trabajo descendido por factores que no tienen estrecha relación con la performance de las habilidades que la componen.

Si se compara la habilidad de procesar información con interferencia en la población de más edad, con la de la población joven se ve que es una tarea que se encuentra descendida en la población mayor. En este sentido, afirmando lo anterior, autores como Gontier (2004), De Pascale, (2003), López y Calero, (2009) y López ,Navarro y Calero (2013) señalan que el enlentecimiento tanto en la velocidad de procesamiento como en otras tareas de la memoria operativa, se debe a la edad avanzada. Coinciden en afirmar que

en los adultos mayores se enlentece el procesamiento de la información tanto como el de aprendizaje. Esta perspectiva es planteada en el estudio de Gontier (2004) con 227 adultos de entre 20 y 87 años el cual evaluó tres componentes de la memoria de trabajo: almacenamiento, eficiencia en el procesamiento y coordinación. Los resultados evidencian que el incremento progresivo de la edad está asociado a una disminución del desempeño en todas las tareas que involucra memoria de trabajo. Al respecto se demuestra una importante relación entre el nivel de memoria y el nivel de velocidad de procesamiento.

De acuerdo a lo planteado en el capítulo de resultados, luego de la aplicación de las pruebas estadísticas, se observó que no todos los participantes llegaban a ellos por el mismo camino, advirtiéndose en ese perfil grupal tres subperfiles ocultos (Kaufman 1982). A los efectos del presente estudio resulta de interés teórico uno de ellos que se llamará subperfil a y es aquel compuesto por 15 de los participantes y que presenta una diferencia estadísticamente significativa a favor de CV. Esto último permite una categorización diferencial de este subperfil a, puesto que el resto de la población estudiada presenta perfiles donde los índices CV/MO no reflejan diferencias. A partir de ahora nos detendremos a analizar cómo se conforma este grupo (subperfil a n=15).

En los participantes de este subperfil a la memoria operativa está descendida con respecto a la comprensión verbal. Al respecto es importante señalar que se presenta como un índice con fuerte consistencia ya que es homogéneo en la mayoría de los participantes. De los subtest que integran el índice MO, el subtest que mayor incidencia tiene en el bajo rendimiento del factor es el de Retención de Dígitos.

Este subtest, ha sido uno de los más utilizados en investigaciones desde que surgieron las escalas Wechsler, para explorar la memoria inmediata, la atención y la ansiedad. (Zimmerman, Woo-Sam y Glasser 1986) En los numerosos estudios existentes, aparece este subtest con un nivel descendido en los sujetos de edades superiores a los 50 años (Ocampo y Ricaldi, 2012). La tarea considerada propia de la memoria operativa en este subtest, es la repetición de dígitos a la inversa (serie dos); y se considera que la diferencia de puntaje entre una y otra serie (con la serie uno) no debe pasar los dos o tres puntos a favor de los de orden directo.

Esto tiene consecuencias importantes en el momento de confirmar un descenso en la memoria operativa a partir del descenso en Dígitos cuando éste no es dado por la incapacidad del logro de la reversibilidad y de la visualización. En la población estudiada, la mayoría de los sujetos presentaban ambas series de dígitos con rendimientos iguales (2-3 dígitos a favor del orden derecho). Será necesario explorar entonces las razones por las

cuales en esta población el descenso en la memoria operativa no es debido a la incapacidad de realizar tareas con interferencia, lo cual hace, que su comportamiento se asemeje más al modelo de una población de menos edad.

El subtest de Aritmética refleja un nivel normal en la mayoría de los participantes de este subperfil a, estando levemente descendido sólo en 4 participantes. Este resultado indica que las habilidades adquiridas en manejo numérico, operaciones y razonamiento aritmético están mantenidas, correlacionándose con el factor de conocimientos adquiridos de la escala verbal.

Si bien hay autores que ubican a este subtests dentro del factor memoria operativa, es importante hacer notar que también tiene alta saturación de factor g, así como una alta proporción de inteligencia fluida además de cristalizada (Wechsler, 1991, 2002; Kaufman y Lichtenberger, 2002).

Por su parte el subtest Ordenamiento de Números y Letras también presenta un nivel normal en la mayoría de los participantes del subperfil a. Este subtest, a pesar de pertenecer a la escala verbal, tiene un comportamiento en las puntuaciones medias muy similar a los de la escala ejecutiva, es decir va descendiendo rápidamente si se compara con poblaciones jóvenes (Kaufman y Lichtenberger, 2002). En general la población de edad avanzada presenta un bajo rendimiento en este subtest, por lo que el nivel promedio es obtenido con pocos ítems resueltos. En este caso se evalúa dos aspectos, uno el relacionado a la tarea que depende de la edad evolutiva, según lo muestra la población de referencia, y el otro es la norma de esa población. En el caso de la población estudiada (n=25) el puntaje obtenido es igual al obtenido por la población de referencia, respondiendo a pocos ítems, obtienen una puntuación media.

Si bien los subtest que componen la memoria operativa tienen un fuerte componente de inteligencia cristalizada, las tareas que investigan no serían frecuentes en la vida cotidiana, ya que repetir números, letras, e incluso realizar cálculos aritméticos mentales no son tareas que los adultos mayores realicen habitualmente. En cierta medida esto coincide con las afirmaciones de Dolores Calero (2003,) y de la teoría del desuso, planteadas anteriormente.

La población con QSM de este subperfil a obtuvo fortalezas en los subtest de Vocabulario, Información y Razonamiento con Matrices. Esto tiene una alta correlación con el factor g de inteligencia general, lo que además evidencia cómo las habilidades verbales reflejan un mayor nivel de inteligencia y de capacidad potencial.

Luego de Vocabulario e Información aparece como fortaleza el subtest de Razonamiento con Matrices, que a su vez es un subtest que requiere del interjuego de la capacidad de inteligencia visual, de evaluación figural y el razonamiento analógico. En este subtest se observa una conducta específica en el desempeño de los participantes, que podría explicar parte de las actividades cognitivas complejas y que debería considerarse como un recurso cognitivo específico evidenciado por esta población. Por un lado, se obtienen los altos puntajes en este subtest empleando un tiempo muy largo (10 a 15 minutos), lo que refleja una característica de personalidad perseverante. En referencia a este rasgo de personalidad, algunos autores (Kaufman y Lichtenberger, 2002) señalan que también puede remitir a un estilo obsesivo o a una situación de estado confusional frente a la tarea.

En los participantes de la muestra, se observa sin embargo, que esas características forman parte una de persistencia y tenacidad para lograr un objetivo.

Ahora bien, con respecto a la capacidad cognitiva de visualización y pensamiento figural, que se presentan como fortaleza en estos participantes, habría que considerarlas no sólo como capacidades que compensan, sino que también pueden sustituir a las tareas de memoria operativa, como sucede en la población joven.

Esta hipótesis, puede ser sustentada con algunos estudios del año 2009 (Burin, Barreyro y Duarte), donde se estudiaron el razonamiento, la visualización y la memoria de trabajo, en 227 participantes jóvenes, estableciéndose una alta correlación entre memoria de trabajo y razonamiento, así como, entre razonamiento y visualización. Estos investigadores concluyen que la memoria de trabajo no debe ser considerada una limitación para todas las actividades cognitivas complejas y debería tenerse en cuenta como recursos a las habilidades visuoespaciales y a su posibilidad de intervenir específicamente en la memoria de trabajo. A su vez, otro estudio realizado con adultos mayores (Adrover-Roig y Moreno, 2007), afirma que las habilidades espaciales y visuales así como la memoria semántica, son indicadores del deterioro temprano en adultos mayores. También afirma que al igual que la memoria operativa, las habilidades visuoespaciales descienden con el pasar de los años. Respecto a estas habilidades, Álvarez, (2007) quien ha estudiado las representaciones espaciales, tales como estimación de distancias, desplazamientos, espacios perceptivos, etc., lo plantea como un pensamiento visual.

En virtud de lo explicitado, estas habilidades consideradas como indicadores del funcionamiento cognitivo en adultos mayores y que aparecen como fortalezas, se podrían

considerar como recursos cognitivos y formarían parte del perfil que se establece para esta población.

Además, en esta población, se evidencia un desempeño normal en el subtest de Construcción con Cubos, lo cual refleja las capacidades mantenidas en las habilidades psicomotoras, inteligencia visual, espacial e inteligencia fluida, por lo que es congruente con lo antes expuesto.

De esta forma, las modalidades de funcionamiento cognitivo halladas en el presente estudio se corresponden con las de otros estudios con poblaciones especiales.

Con respecto a la WAIS III, en los grupos de adultos con trastornos neurológicos estudiados se observaron diferencias entre los CI de los que padecían Alzheimer, Huntington, Parkinson y traumatismo cerebral. Ninguno de esos grupos presenta diferencias significativas entre los CI de Compresión Verbal y los de Memoria Operativa, excepto los pacientes afectados de Huntington (17 puntos a favor de CV), (Wechsler, 2002).

En otro estudio realizado por Casas y colaboradores (2009), en el Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas de la ciudad de Rosario, Argentina, se realiza la aplicación de una batería neuropsicológica en donde se incluyen dos subtests de la WAIS III, el de Dígitos Símbolos Codificación y el de Ordenamiento de Números y Letras, se obtiene en ambos puntuaciones promedios, semejantes a las de la población con QSM estudiada en el presente estudio, en ese caso se diferenciaron poblaciones con QSM, con DCL y con DTA, de un grupo de población normal.

Anteriormente, se establecieron perfiles cognitivos en las demencias (Allegri y Habit, 1997), evidenciando cómo aparece descendida la performance cognitiva en las áreas visuoespacial o verbal, visualizado a través de la WAIS. Aparece por ejemplo en la Afasia Progresiva Primaria (APP) el CI Ejecutivo mayor que el CI Verbal, mientras que en la Demencia Tipo Alzheimer (DTA) aparece el área verbal mayor que la ejecutiva, diferenciándolas claramente desde un modelo de expresión

Si bien los autores de los perfiles Wechsler advierten que no es conveniente tomar los datos de estos como definitivos para un diagnóstico, el caso de esta población estudiada (subperfil a) pone en juego la posibilidad de interpretar funcionamientos similares en poblaciones similares, así como de inferir comportamientos en un estudio longitudinal. El perfil de la población con QSM suele ser más homogéneo que los perfiles cognitivos para

DTA, por lo cual además de presentar consistencia, en forma comparativa, puede también diferenciar una población de otra.

Así, es posible afirmar que las personas en un estado inicial de un trastorno que puede evolucionar hacia un déficit severo, presentan mayor inestabilidad en el desempeño de sus funciones.

Esta población con QSM además de evidenciar resultados que son consistentes desde el punto de vista psicométrico, presenta una plasticidad cognitiva que se refleja al establecer estrategias de compensación entre sus diferencias de rendimiento. Esta es una característica cognitiva que suelen presentar los participantes con buena inteligencia general, con capacidad anímica (Forns, Buirra y Domenech, 1980) y alta motivación, así como, receptividad para los cambios del ambiente. Estas afirmaciones permiten dar cuenta de la relevancia de los factores.

Así entonces, es posible señalar que los resultados obtenidos en la WAIS III no estarían afectados por estados emocionales transitorios, ya que el perfil conformado refleja características estables de personalidad, lo que además se constata mediante los subtests de comprensión y ordenamiento de historias, los cuales son sensibles a las incidencias emocionales, y ambos presentan un nivel normal.

A continuación es posible realizar un análisis más en profundidad en la WAIS III en donde se pone en juego la memoria semántica a través del índice de comprensión verbal y la memoria de trabajo en el índice de memoria operativa.

Anteriormente se explicitaron las características de la memoria operativa. Con respecto a la memoria semántica (Ocampo y Ricaldi 2012), ésta es definida como la representación interna de algo ausente, en referencia a un cúmulo de conocimiento que a través de los reactivos de los subtest de información, vocabulario y analogías, van siendo evocados requiriendo en cada uno de ellos funciones intelectuales diferentes. Así, a medida que se va administrando cada ítem, se convoca una fracción de ese conocimiento adquirido, pero también se produce una reacción en la persona que es propia del momento y de la asociación que realiza. En esa asociación realizada, es muy frecuente que surja la evocación de un contexto que no fue el que estaba presente cuando se adquirió el conocimiento, sino otro contexto, relacionado con otro aspecto de la historia del sujeto, el cual es resignificado en esa actualidad.

Las respuestas dadas a los vocablos “Remordimiento” o “Compasión” o al ítem “¿Quién fue Cleopatra?”, por ejemplo, presentan contenidos que no logran obtener un puntaje aceptable en participantes que obtienen puntajes altos. En este sentido, se puede afirmar que los aspectos que inciden son: la autorreferencia, las asociaciones, el tomar otro sentido, o, asimismo, en la respuesta del ítem de “Cleopatra” aparece un discurrir de conocimientos cercanos, que se explicitan por el participante, pero no es el solicitado y la persona lo sabe, pero no puede lograr dar la respuesta esperada. Esto evidencia como la memoria se va desplegando en circunstancias diferentes a lo requerido en la pregunta. Así, los participantes explicitan como se les presentan hechos circundantes –cercanos pero no precisos-, lo que se puede relacionar con lo planteado por Luria (1977) en referencia al proceso de la memoria discursiva que se separa lo esencial y lo abstracto.

Otro aspecto a destacar en estos subtest (Vocabulario e Información) es que todos los participantes además de obtener altos puntajes, respondieron hasta el último reactivo, lo que permite afirmar que, si bien tuvieron equivocaciones en sus respuestas, la razón no fue falta de conocimientos, ya que a reactivos más difíciles dieron respuestas correctas. Esto quiere decir que hubieran podido obtener mayor puntaje aún.

Si se considera que el subtest de Analogías mide la conceptualización verbal y la abstracción lógica, qué aspectos de la pregunta ¿en qué se parece una mosca y un árbol?, pudieron posibilitar los resultados observados? Si bien, en las respuestas aparecen imágenes desprendidas del concepto, separadas de la idea, al puntuar tal respuesta se busca la abstracción, la capacidad de poder englobar los dos términos en una clase superior. Sin embargo queda evidenciado que esto no se logra, aún en los participantes que reflejan puntajes elevados en el subtest.

Es de importancia considerar que la memoria es una función valorada porque es un componente esencial de la inteligencia, si bien se pone el énfasis en el componente memoria de trabajo por su implicancia para el aprendizaje (Fernández-Ballesteros, 2004; Montoya y Dussán, 2009), se debería sin embargo tomar en cuenta otros tipos de memoria, como la visual y considerar otros mecanismos intelectuales que también evidencian una forma de procesar la información.

Si se toma los conceptos planteados por Vigotsky (2001), en referencia a cómo existen procesos de transición al pensamiento abstracto que dan lugar a un nuevo tipo de memorización, o asimismo en referencia a lo planteado por Luria (1986), sobre la memoria

mediatizada, se puede elaborar una hipótesis de que el pensamiento y la actividad intelectual en los adultos mayores puede ir más allá del funcionamiento de la memoria.

Así, al establecer el funcionamiento de esta población con QSM, en referencia a los elementos que hacen descender la memoria operativa, ya se ha afirmado, que no son de orden estrictamente cognitivo, ya que en sus componentes se ven modelos de funcionamiento de la población joven. Ejemplo de ello es la reversibilidad en dígitos, así como la visualización en razonamiento con matrices, entre otros. Al relacionar estos conceptos tomados también por Calero (2003), se pone de manifiesto que la actividad intelectual en adultos mayores depende más de las variables relacionadas a la personalidad, la motivación, los estilos de vida, la educación, así como el trabajo.

Si bien la variable educación, así como el nivel de funcionamiento alcanzado es determinante de la actividad cognitiva del adulto mayor, en congruencia con la teoría del desuso nuevamente se puede anticipar el efecto potencial que tendría el ejercicio o la práctica en esa actividad.

Asimismo se señala que los participantes de este estudio presentan características de conducta similares que permiten identificarlos. Una serie de factores individuales aparecen con frecuencia, que si bien pueden ser comunes a otras presentaciones, aquí da la posibilidad de diferenciar a estas poblaciones estudiadas con queja subjetiva de memoria. Según estas consideraciones, es posible establecer un perfil clínico que caracteriza esta población con un alto nivel de inteligencia, con capacidades elevadas de conceptualización verbal y conocimientos adquiridos, buena capacidad de inteligencia visual y espacial, así como un componente de inteligencia fluida conservado. Las tareas de retención a corto plazo, si bien se hallan descendidas, no es por las razones comunes por las que suelen estar descendidas habitualmente en la vejez sino por otras razones que será necesario profundizar.

Por otra parte, se puede afirmar que son personas que se han desempeñado bien en las circunstancias que requieren funciones adaptativas, obteniendo una buena relación con el medio. No obstante ello, presentan baja tolerancia a la frustración, excesiva ansiedad en variadas circunstancias, insatisfacción en sus logros no pudiendo aceptar la ayuda de otro e integrarla a sus propósitos; poseen una constante necesidad de obtener logros por sí mismos.

Debido a esto quizá, es característica la utilización de autorreferencias, así como, el uso de disociaciones y dudas al responder, lo cual pueden corresponderse con esa

necesidad. Estas actitudes, puestas en los mecanismos para resolver tareas cognitivas, resultan en estrategias poco adecuadas.

Se puede establecer que son personas que presentan una forma de actuar oposicionista y una vivencia negativa del mundo exterior, vivido como amenazador, muchas veces esto es acompañado de pensamientos con contenidos persecutorios, que se ponen de manifiesto al adjudicar al otro la causa de que las cosas le salgan mal.

Esto es congruente con un estudio realizado por Berriel y Pérez (2002) sobre *Envejecimiento, cuerpo y subjetividad* donde los resultados destacaron que la percepción que tienen los sujetos del medio social y del medio familiar es altamente exigente, posiblemente se esté asistiendo a expresiones clínicas de algunas características de la población de adultos mayores de Montevideo en donde sus vivencias son las de ser altamente exigidos y las de tener la necesidad de cumplir con dicha exigencia en desmedro del deseo propio.

Esta población si bien ha llegado a un nivel de estructura psíquica bien integrada, presentan ansiedad desorganizadora del tipo paranoide, por lo cual en muchas situaciones aparecen mecanismos de defensa primitivos, tales como la disociación y la identificación proyectiva. No obstante ello, estos mecanismos coexisten con otros más evolucionados como la intelectualización y racionalización.

Se puede establecer también, que la autorreferencia, así como los mecanismos de negación y disociación, son algunos de los mecanismos psicológicos más usados. Esto aparece en concordancia con lo explicitado en el motivo de consulta, el cual es expuesto con mucha preocupación pero sin manifestación de angustia, efecto de la presencia de estos mecanismos.

Por otra parte, se evidencia la necesidad del reconocimiento y la valoración del otro, tanto en lo personal como en lo laboral.

Es muy relevante por la connotación afectiva que implica, el hecho de que la gran mayoría de los participantes ha vivido dramáticamente situaciones muy estresantes y dolorosas por pérdidas de familiares muy cercanos, hijos o parejas, no pudiendo procesar el duelo en forma más adecuada para su vida. Se observa cómo no se puede conectar (relacionar) el dolor y sufrimiento psíquico que padecen, con los hechos por los cuales consultan.

Manifiestan muchos más temores por enfermedades que no padecen que por las que sí tienen, se evidencia una tendencia a tener enfermedades desgastantes tanto física como psíquicamente, diabetes, poliartritis, tiroides, fibromialgia.

Un aspecto más a destacar sobre la elaboración de las pérdidas, es que en la perspectiva del modelo psicoanalítico sobre la memoria, se puede establecer una relación entre duelo-deuda. Considerando las capacidades y los mecanismos de estas personas parecería ser que mantienen una especie de conflicto entre el olvidar o el recordar, por un lado, asociados con un duelo a elaborar o una deuda a mantener, si se olvida debe haber un duelo, si se recuerda se está en deuda, se mantiene algo pendiente.

El sujeto, al olvidarse de las cosas, objetos, nombres, citas, está continuamente olvidando algo, pero no lo que tiene que olvidar (frustraciones, no reconocimientos, no logros, hechos traumáticos, pérdidas afectivas) lo que requeriría una elaboración y posterior aceptación. Repite la acción de olvidarse pero no sobre lo que tiene que olvidar, ya que lo que tiene que olvidar-elaborar exige un trabajo psíquico de duelo, aceptación, e integración. Para poder vivir, olvida cosas (función del olvido) menos trascendentes en su vida psíquica pero no en su vida diaria, ahí se hacen presentes.

Si se piensa el olvido en los adultos mayores de la misma manera que el recordar en psicoanálisis, en cuanto a los recuerdos encubridores o lapsus, síntomas, sueños, estos olvidos que preocupan tanto a la persona y al entorno estarían ocupando el lugar de otros olvidos necesarios de hacer, elaborar, resolver. Existen un cúmulo de hechos dolorosos que no están procesados, estos consumen energía que tendría que estar disponible para poder investir otros objetos, hay un gran interés en olvidar estos hechos pero paradójicamente se mantienen en la conciencia. Esto es coincidente con los resultados de la investigación "*La dimensión psicológica de los recuerdos y olvidos en mujeres mayores con queja subjetiva de memoria*" (Pérez, 2009), en donde desde la perspectiva psicológica se puede entender a los olvidos y a las fallas en la memoria como una depositación del sufrimiento psíquico en el plano cognitivo. Ese sufrimiento psíquico estaría conformado por la nostalgia, el desinterés y la ansiedad.

Finalmente, en relación a algunos de los aspectos planteados en este capítulo es importante considerar al proceso de evaluación, éste debe realmente realizarse como un proceso y no debería estar orientado únicamente a la ponderación del déficit.

Las habilidades cognitivas que se buscan medir para ver cuán afectadas están sus capacidades, tienen que ser consideradas en forma relativa respecto de la capacidad anterior del paciente (Alvarez, 2013). En la evaluación del déficit es importante saber también las causas que lo originaron y cómo fue que se realizaron las pérdidas. En este sentido influye mucho el aspecto ecológico de la evaluación, es necesario tener en cuenta además del dato obtenido, todo el proceso que se dio para obtenerlo. También es necesario que las tareas empleadas para medir sean acorde a las actividades que van a medir y que éstas estén insertas en la vida diaria.

Otro aspecto a tener en cuenta es el componente individual, en cada función evaluada, más allá del dato numérico es necesario entenderla en el propio sujeto y en relación con las demás funciones.

### **Alcances de esta investigación**

Este estudio presenta algunas limitaciones necesarias de señalar relacionadas a las técnicas. La WAIS-III, al ser una técnica de evaluación psicológica con fuerte impronta psicométrica tiene la debilidad de no contar con un baremo de población en nuestro medio. Esta es una condición importante para el trabajo de determinación de niveles de rendimientos o capacidades ya que son considerados en relación al promedio de la población de referencia.

Otra de las razones que se mencionaba, por la cual las técnicas exigen ser baremadas con cierta periodicidad es el llamado efecto Flynn. Para contrarrestar éste y para obtener resultados fiables hay que realizar una nueva estandarización de manera de modificar los reactivos, haciéndolos más difíciles para poder corregir el nivel medio y que se pueda mantener en 100 (Rossi, Neer y Lopetegui, 2009).

Actualmente, la última baremación de una WAIS, en habla hispana, en la región, ha sido la de la WAIS IV, en Chile, donde se puede apreciar que los cuatro puntajes compuestos correspondientes a los índices factoriales de ésta más el índice de habilidad general y el coeficiente intelectual total manifiestan un panorama diferente en cuanto a la estructura de la escala y podría considerarse una expresión actual del funcionamiento mental, donde no está predominando el estilo bifactorial verbal/ejecutivo (Rosas, et al 2014).

Sin embargo, la población estudiada en esta investigación, al tratarse de un grupo muy homogéneo las variaciones normales ocurren en un rango muy estrecho. Además,

capacidades como la memoria y la atención son mínimamente dependientes del aprendizaje y la experiencia así como de las variables demográficas y socioculturales (Álvarez, 2013)

Otra de las limitaciones a señalar tiene que ver con el tamaño de la muestra, en este caso el trabajar con muestras pequeñas tiene la limitación de no poderse generalizar los resultados. Sin embargo en el caso de poblaciones especiales, como se suele trabajar en los perfiles Wechsler, esto es posible subsanar en parte. Dado que este estudio persigue los fines de encontrar un perfil grupal en la población con QSM y ésta es una población que presenta características homogéneas, si se obtiene un resultado estadísticamente significativo, seguramente va a significar una diferencia de esta población con la de referencia, ya que el tamaño del efecto es grande.

## VII. Conclusiones

El presente trabajo permite delimitar y comprender algunos parámetros grupales e individuales de las personas adultas mayores con QSM. El análisis de las particularidades en el plano individual, permite obtener información para posibles intervenciones. De esta forma, en función de las preguntas y objetivos de investigación formulados sobre los perfiles estadísticos y clínicos de la WAIS III en una población con QSM se puede concluir que:

*En relación al perfil estadístico:*

- Se ha encontrado un perfil estadístico que por sus características se podría incluir en los perfiles de poblaciones especiales. Las personas que consultaron por queja subjetiva de memoria en esta investigación presentaron un nivel intelectual normal, con una capacidad en comprensión verbal significativamente mayor que la memoria operativa y la velocidad de procesamiento. Obtuvieron fortalezas en todos los aspectos de la conceptualización, abstracción y razonamiento verbal. También en los aspectos de inteligencia visual y razonamiento no verbal.
- Los descensos que aparecen en la memoria operativa están dados por factores que no son los que habitualmente suelen descender con la edad. Resulta de importancia continuar investigando para ampliar los datos sobre este suceso. Se encontró que los participantes de la población estudiada ponen en juego capacidades visuoespaciales para resolver problemas que implican memoria de trabajo. También este aspecto es importante de ser estudiado para saber en qué situaciones y de qué manera intervienen en la resolución de esos problemas. Esto llevaría a una forma de entender la particularidad de los problemas de memoria de las personas con QSM, que presenten descendida la memoria operativa.

*En relación al perfil clínico,* se han encontrado algunas características de personalidad y de factores emocionales presentes mayoritariamente en los participantes:

- Presentan una inteligencia general normal que les permite un manejo adecuado en el medio social. Aún así, se caracterizan por manifestar mucha queja sobre sus dificultades y sobre todo de la falta de reconocimiento que tienen o han tenido en sus actividades.

- Son mayoritariamente personas con un alto grado de insatisfacción sobre sus logros y con una actitud negativista en relación al entorno. Tienen una organización psíquica adecuada pero en múltiples situaciones funcionan con mecanismos primitivos denotando en su organización yoica cierta fragilidad narcisista.

En función de lo anterior, se puede afirmar que el estudio de las QSM de adultos mayores a través de la WAIS-III aplicada en el marco de una consulta psicológica, permite conocer no sólo el desempeño en niveles de capacidades o rendimiento de los consultantes, sino la disponibilidad de recursos cognitivos con que cuentan. A su vez, el análisis del comportamiento de estas personas mientras realizan la prueba, permite entender de qué manera expresan sus capacidades y áreas de conflictos, así como qué caminos pueden tomar en el desempeño intelectual.

De esta manera, la WAIS-III, aplicada en el marco de una consulta psicológica con las características señaladas en el presente estudio, se constituye en un buen instrumento para evaluar los alcances de las QSM en personas adultas mayores. Su aplicación, al permitir analizar la disponibilidad de recursos del consultante, habilita la planificación de una estrategia de intervención donde, a partir de la forma de funcionamiento singular, se pueda facilitar y habilitar los potenciales. En el caso de los consultantes con QSM, la posibilidad de tener recursos como la inteligencia visual, el área verbal elevada, así como conocer las principales formas de expresión de sus conflictos, abre posibilidades a la intervención para lograr una nueva modalidad de funcionamiento en la que las principales áreas del malestar sean procesadas y no tengan que expresarse a través de las QSM.

En síntesis, los resultados de esta investigación permiten establecer la existencia de un perfil estadístico y clínico de la WAIS III en personas adultas mayores con queja subjetiva de memoria. Se pudo establecer además la presencia de factores emocionales y de personalidad de estos participantes, puestos en juego en el momento de la administración de la WAIS III, que contribuyen a la comprensión de los motivos de consulta planteados y los resultados de las pruebas, a la vez que facilitan la planificación de estrategias de intervención. Por su parte, los componentes de tipo psicológico visualizados podrían estar relacionados con la propia construcción del cuadro de QSM, tema que debería ser retomado específicamente en futuros estudios con una metodología adecuada para ello.

## VIII. Referencias

- Adrover-Roig, D. y Moreno Gradaille, B. (2007). El aprendizaje visuoespacial y la memoria semántica: dos indicadores tempranos del deterioro cognitivo asociado al envejecimiento. *Mapfre Medicina*, 18 (1) Supl.
- Allegri, R. E., Taragano, F., Feldman, M., Harris, P. y Tagle, C. (2000). Relación entre las quejas subjetivas de memoria y el reporte familiar en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 28(6), 373-378.
- Allegri, R. y Habit, M. (1997). Perfiles cognitivos focales en las demencias degenerativas. En Magnone, C.A. ; Allegri, R.F. ; Arizaga, R.L. y Ollari, J.A. *Demencia, enfoque multidisciplinario*. 329-336. Buenos Aires: Sagitario.
- Álvarez, M., Trápaga, M. y Morales, C. (2013). *Principios de neurociencias para psicólogos*. Buenos Aires: Paidós.
- Álvarez, S., (2007). Procesos cognitivos de visualización espacial y aprendizaje. *Revista de Investigación en Educación*, 4, 61-71.
- Anastasí, A. (1966). *Los test psicológicos*. Madrid: Aguilar.
- Armas Castro, J.; Carrasco García, M. y Ángel Valdés, S. (2008) Los factores de progresión del deterioro cognitivo leve a la enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 7 (4) disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180414029020>
- Ávila, M., Morales, E. y Gutiérrez, M. (2007). Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor. *Ciencias Holguín*, 13(3)
- Belsky, J. (1996) *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones*. Barcelona: Mason, S.A.
- Bergeret, J. (1980). *La Personalidad Normal y Patológica*. Barcelona: Gedisa.
- Berriel, F y Pérez, R. (2002). Envejecimiento, cuerpo y subjetividad. 1 81-84 Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República.

- Berriel, F. (2003). *Imagen del cuerpo, modelos y emblemas identificatorios en los adultos mayores* (Tesis de Maestría inédita). Montevideo: Universidad de la República.
- Berriel, F.; Pérez, R., y Rodríguez, S. (2011) *Vejez y Envejecimiento en Uruguay*. Montevideo: Mides.
- Bleger, J. (1971). *Temas de Psicología. La entrevista psicológica (su empleo en el diagnóstico y la investigación)*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bohm, E. (1970). *Manual del Psicodiagnóstico de Rorschach*. Madrid: Morata.
- Bruner, J. (1991) *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva* (1ra. Ed. J. Gomez y J.Linaza Traduc.). Madrid: Alianza
- Bueno, B.; Buz, J.y Navarro A. Perspectivas sobre envejecimiento y calidad de vida. En F. Quintanar (Coord.), *Atención psicológica de las personas mayores. Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento* (pp. 53– 68). México DF: Pax
- Burin, D., Barreyro, J. y Duarte, D. (2007). *Razonamiento, visualización y memoria de trabajo*. En *Memorias de las XIV Jornadas de Investigación. Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*.
- Calero, D. (2003) Educación y funcionamiento cognitivo en mayores: Aplicaciones del concepto de Zona de Desarrollo Próximo. [Dialnet.unirioja.es](http://Dialnet.unirioja.es)
- Calvo, J. (2009). Las transformaciones demográficas y el proceso de cambio social. En *Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento. Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio* 30-32 Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social.
- Carbajal, M (2007) Programa Psicosocial de Prevención de los Trastornos de Memoria PPPTM. Peculiaridades de una intervención. En: Universidad de la República (2007) *Envejecimiento, Memoria Colectiva y Construcción de Futuro. Memorias del II Congreso Iberoamericano y I Congreso Uruguayo de Psicogerontología* (pp. 349 – 354) Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Casanova Sotolongo, P., Casanova Carrillo, P. y Casanova Carrillo, C. (2004). Deterioro Cognitivo en la tercera edad. *Revista Cubana Medicina General Integrada*. 20 (5-6)
- Casas, P., Dahbar, M.E., Franzán, M.E., Wilberger, A., Farías Sarquís, Y., Llensa, M.A. Y Bueno, A. (2009). Quejas subjetivas de memoria. Relación entre envejecimiento

normal, deterioro cognitivo leve y trastorno conductual leve. Publicado en I Jornadas Universitarias sobre Neurociencias, Rosario, Argentina. Recuperado de <http://www.cei-unr.com.ar/trabajos-libres/Casas-Quejas-subjetivas-de-memoria-PON.pdf>

Cassulo, M.(1999) La evaluación psicológica: Modelos, técnicas y contexto sociocultural. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 1:97-113

Cattaneo, B. (2011). *Informe psicológico. Elaboración y características en diferentes ámbitos*. Buenos Aires: Eudeba.

Cattullo, D. (2013). Intervenciones clínicas en la vejez: demandas y necesidades. En A. Cubillo y F. Quintanar, *Por una cultura del envejecimiento*. 93-100 Puebla: CMUCH.

Cayssials, A. (2010). *Cuali y/o Cuanti? Aportes para elaborar informes integrativos en psicología*. Buenos Aires: Paidós.

Contini, N. (2000). *Habilidades Cognitivas en Niños y Adolescentes. Evaluación psicológica desde una perspectiva cultural*. Tucumán: Magna.

Dalmas, 1993.La memoria desde la neuropsicología. Montevideo: Roca Viva.

De Pascale, A. (2003). Predictors neuropsychological of mild cognitive impairment in older people. En *Conferences II International Congress of Neuropsychology in the Internet*. Recuperado de <http://www.serviciode.como/congreso/pass/conferences/DePascale-Predic.html>

Dirección General de la Salud,Digesa (2005). *Programa de Atención a los Adultos Mayores*

Emde, R. N. (1998). Yendo hacia adelante: Las influencias integradoras de los procesos afectivos en el desarrollo y en el psicoanálisis. *Psicoanálisis APdeBA*, 20(3), 473-514.

Ercoli, L. , Sidarth, P. , Huang, S.C. ,Miller, K. , Bookheimer, S. Y., Wrigh, BC., Phelps ME., Small, G. (2006). Perceived loss of memory ability and cerebral metabolic decline in persons with the apolipoprotein E-IV genetic risk for Alzheimer disease. *Arch GenPsychiatry*, 63 (4), 442-448.

- Esparza, A. (2005) *La demencia: diagnóstico y evaluación*. Revista especialidades Médico-Quirúrgica, 10 (03) 6-13
- Fernández, A. (2006). Subjetividad, relato, vejez. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 103,11-24.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. Humanitas, Humanidades Médicas, 1, 27-38.
- Flanagan, D. y Kaufman, A. (2006) *Claves para la evaluación con el WISC IV*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fontán, L. (2004). Los trastornos de la memoria. En J. Lorenzo y L. Fontán (Eds.) *Fundamentos de neuropsicología clínica*, (pp.193-207). Montevideo: Fefmur.
- Forns, M., Buira, C. y Doménech, J. (1980). *Psicodiagnóstico y Estadística*. Barcelona: CEAC.
- Freud, S. (1984). La represión. En J. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 14, pp. 135-152). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1915)
- Freud, S. (1986a). Estudios sobre la histeria. En J. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 2, pp. 1- 43). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1893-95)
- Freud, S. (1986b). Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. En J. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 12, pp. 217-231)). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1911)
- Freud, S. (1986c). Inhibición, síntoma y angustia. . En J. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol.20, pp. 71-146). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1926)
- Freud, S. (1986d). La interpretación de los sueños (segunda parte). En J. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 5, pp. 345-611). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1900)
- Freud, S. (1986e). El método psicoanalítico de Freud. En J. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 7, pp.234-243). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1904)

- Freud, S. (1986f). Las neuropsicosis de defensa. En J. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 3, pp.41-62). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1894)
- Freud, S. (1986g). Notas sobre la “pizarra mágica”. En J. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 19, pp. 239-247). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1924)
- Freud, S. (1986h). Proyecto de Psicología. En J. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 1, 323-389). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1895)
- Freud, S. (1986i). Recordar, repetir y reelaborar ( Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II). En J. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 12, pp. 145-157). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1914)
- Freud, S. (1986j). Sobre el mecanismo psíquico de la desmemoria En J. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 3, pp. 277-289). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1898)
- Freud, S. (1986k). El yo y el ello. En J. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 19, pp. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1923)
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Montevideo: Técnica Interamericana.
- Gontier, J. (2004). Memoria de trabajo y envejecimiento. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 13 (2),111-124.
- González, J. y Delgado, M.(2011) Estudio entre factores de personalidad, la autopercepción de la salud, y la calidad de vida en personas mayores. En *Interpsiquis 2011. 12 ° Congreso Virtual de Psiquiatría*. [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com)
- Grassano Di Pícolo (1987). Indicadores Psicopatológicos, en Siquier de Ocampo, M. L. , *Las Técnicas Proyectivas y el Proceso psicodiagnóstico* . Buenos Aires: Nueva Visión
- Ibáñez, C. (2010). *Técnicas de autoinforme en evaluación psicológica. La entrevista clínica*. Bilbao: Universidad del País Vasco, Euskal Herriko Unibertsitatea, Argitalpen Zerbitzua.
- Kachinosky, C.; Alvarado, I.; Arechia, L.; Domínguez, P.y Etchehebere, G. (1986). *Test de Inteligencia para adultos (WAIS)*. Montevideo: Ceup

- Kaufman, A. (1982). *Psicometría razonada con el Wisc R*. México D.F. : El Manual Moderno.
- Kaufman, A. (1994) *Nuevas alternativas para la interpretación del Wisc- III* (Trad. G. Padilla). México: El Manual Moderno.
- Kaufman, A. S. y Lichtenberger, E. O., (2002). *Claves para la evaluación del Wais- III* (2a ed.) Madrid: TEA.
- Krzemien, D. y Monchietti, A. (2011). *Desempeño cognitivo relativo a sabiduría en envejecientes. La propuesta del Berlin Wisdom Paradigm*. Interpsiquis 2011 12º Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado de [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com)
- Lehr, U. (1988). *Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje*. Barcelona: Herder.
- Leibovich, N. y Schmidt, V. (2008). Reflexiones acerca de la evaluación psicológica y neuropsicológica. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 12, 21-28.
- Lieury, A. (1985). *La memoria. Resultados y teorías*. (2a ed.). Barcelona: Herder.
- Lladó, M. y Carbajal, M. (2009). Producción de subjetividad sobre envejecimiento y vejez presente en las políticas públicas. En *Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento. Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio* 107-112 Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social (Mides)
- López Pérez- Díaz, A. G. y Calero García, M. D. (2009). Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Revista española de geriatría y gerontología*, 44(4), 220-224.
- López Pérez- Díaz, A. G., Navarro Gonzalez, E. y Calero García, M. D. (2013). Predicción del deterioro cognitivo en ancianos mediante el análisis del rendimiento en fluidez verbal y atención sostenida. *Revista de Neurología*, 56 (1)
- Lorenzo, J. y Fontán, L. (2003). Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de deterioro cognitivo leve. *Revista Médica del Uruguay*. 19, 4-13.
- Luria, A.R. (1977). *Las funciones corticales superiores del hombre*. La Habana: Editorial Orbe.

- Luria, A. R. (1986). *Atención y memoria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Martínez, S. y Álvarez, R. (2010). *El WISC-III en los escolares. Baremo Montevideo*. Montevideo: Psicolibros-Waslala.
- Matarazzo, J. (1976). *Medida y valoración de la inteligencia del adulto*. Barcelona: Salvat.
- Metternich, B., Schmidtke, K. and Hull, M. (2009) How are memory complaints in functional memory disorder related to measures of affect, metamemory and cognition? *Journal of Psychosomatic Research* May 2009. 66 (5) 435–444
- Ministerio de Desarrollo Social (2012). *Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013-2015*. Montevideo: Mides.
- Montañez, P. y Matallana, D. (2010). Detección temprana de la demencia: la perspectiva neuropsicológica. *Acta Neurol. Colomb*, 26(3), Supl.(3:1), 13-20.
- Montejo, P., Montenegro, M., Fernandez, M. A. y Maestú, F. (2012). Memory complaints in the elderly: Quality of life and daily living activitie. A population based study. *Arch. Gerontol. Geriatr.*, 54(2), 298-304. doi: 10.1016/j.archger.2011.05.021
- Montoya, D. y Dussán, C. (2009). Correlación entre Memoria a corto plazo y factor general de inteligencia en estudiantes de pregrado de la Universidad de Caldas. *Latinoam.estud.educ*, 5 (2), 77-110.
- Mora-Simón, S., García –García, R., Perea- Bartolome, M. V. , Ladera-Fernandez, V., Unzueta-Arce, J., Patino-Alonso, M. C. y Rodriguez –Sanchez, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. *Rev Neurol* ,54 (5), 303-310.
- Ocampo, N. y Ricalde, P. (2012). *La memoria en el adulto mayor*. Santa Cruz: Autor
- Passalacqua, A. y Gravenhorst, M. C. (1988). *Los fenómenos especiales en Rorschach*. (S/L) CEA.
- Passalacqua, A. y Gravenhorst, M. C. (2007). *Los fenómenos especiales en Rorschach* (6a ed.). (S/L) JVE.

- Pearman, A. y Storandt, M. (2004). Predictors of Subjective Memory in Older Adults. *The Journals of Gerontology*, 59 (1), 4-6.
- Pérez, R. (2009). *La dimensión psicológica de los recuerdos y los olvidos en mujeres mayores con queja subjetiva de memoria* (Tesis de maestría inédita). Universidad de la República, Montevideo.
- Pérez Fernández, R. (2011). La construcción subjetiva del envejecimiento. Proyecto de vida e imaginario social en la clínica psicológica con mayores. En F. Quintanar (Coord.), *Atención psicológica de las personas mayores. Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento* (pp. 279 – 299). México DF: Pax.
- Portuondo, J.A. (1976). *Escalas de Wechsler Bellevue. (Su enfoque clínico)* Madrid: Biblioteca nueva.
- Rapaport, D. (1959). *Test de diagnóstico psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Rey, J. C. (1984). *Afectividad*. Ponencia presentada en IV Jornadas de APPIA: Afectividad e Inteligencia. Montevideo: Banco Central.
- Rodríguez, N., Juncos- Rabadán, O. y Facal, D. (2008). El fenómeno de la punta de la lengua en el deterioro cognitivo leve. Un estudio piloto. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 28 (1), 28-33.
- Rolla, E. (1981). *La entrevista en psiquiatría, psicoanálisis y psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Galerna.
- Rorschach, H. (1948). *Psicodiagnóstico* (2a ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Rosas, R.; Tenorio, M.; Pizarro, M.; Cumsille, P.; Bosch, A.; Arancibia, M.; ...Zapata, P. (2014). Estandarización de la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos-Cuarta Edición en Chile: Descripción de la Prueba, Procesos de Adaptación, Procedimiento de Generación de Normas y Evidencia Psicométrica. *Santiago: Psykhe* Vol 23, 1, 1-18 doi:10.7764/Psykhe.23.1.529
- Rosenfeld, N, y Avrutín, H. (2004) La entrevista psicológica En G. Celener (Coord.), *Técnicas proyectivas: actualización e interpretación en los ámbitos clínico, laboral y forense* 15-22 Buenos Aires: Lugar.

- Rossi Casé, L., Neer, R. y Lopetegui, M.S. (2009) Escala de Inteligencia para adultos de Wechsler. WAIS-III Índice de comprensión verbal: Normas para los subtests: vocabulario, analogías e información, para la Ciudad de La Plata Edades 16 a 24 años. *Revista de Psicología* 10, p223-236
- Salvarezza, L. (1999). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Samper Noa, J. A. , Llibre Rodríguez, J. J., Sánchez Catases, C. y Sosa Pérez, S. (2011). El deterioro cognitivo leve. Un paso antes de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 10 (1), 27-36.
- Sattler, J. (1988). *Evaluación de la inteligencia infantil y habilidades especiales* (2a ed.). México: El Manual Moderno.
- Sattler, J. (1996). *Evaluación infantil* (3a ed.). México: El Manual Moderno.
- Shapiro, D. (1986). *Los estilos neuróticos*. Buenos Aires: Psique.
- Singh-Manoux , A. Kivimaki, M. , Glymour, M. , Elbaz, A. , Berr, C. , Ebmeier, K. ...Dugravot, A. (2012). Timing of onset of cognitive decline: results from Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*, 344. doi:10.1136/bmj.d7622.
- Siquier de Ocampo, M. L. (1987). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ventura, R. (2004) Descripción y manejo terapéutico no farmacológico de los trastornos no cognitivos en la demencia. . En J. Lorenzo y L. Fontán (Eds.) *Fundamentos de neuropsicología clínica*, (pp.193-207). Montevideo: Fefmur.
- Vygotski, L. (2001). *Obras Escogidas II: Problemas de Psicología General*. Madrid: A. Machado.
- Wechsler, D. (1991). *Test de inteligencia para niños Wisc III*. Buenos Aires: Paidós.
- Wechsler, D. (2002). *Wais III. Test de inteligencia para adultos. Manual Técnico*.(Trad. S. Vizzini). Buenos Aires: Paidós.
- Weigle, C. (1991). *El Rorschach y las estructuras narcisistas*. Montevideo: Roca Viva.
- Zarebski, G. (1999). *Hacia un buen envejecer*. Buenos Aires: Emecé.

Zarebski, G. (2011). Campo de la psicogerontología: vulnerabilidad emocional, factores de riesgo psíquico y resiliencia". En F. Quintanar (Coord.), *Atención psicológica de las personas mayores. Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento*. (1-26). México: Pax.

Zimmerman, I., Woo-Sam, J. y Glasser, A. (1986). *Interpretación clínica de la escala de inteligencia para adultos (Wais)* (4a ed). Madrid: Tea.

## **IX. ANEXOS**

**Anexo 1. Tabla de resultados del MMST y los 7 CI principales de todos los participantes**

**Anexo 2. Tabla de gui3n de la entrevista semidirigida**

**Anexo 3. Tabla de observaci3n de la administraci3n durante la prueba**

Anexo1. Tabla de resultados del MMST y de los 7 CI principales

N	Edad	sexo	MMST	CIEC	CIV	CIE	CV	OP	MO	VP
1	72	F	28	109	106	111	107	105	111	106
2	73	F	27	88	91	84	100	82	75	88
3	70	F	27	93	94	91	96	89	94	84
4	68	F	28	85	89	83	89	89	97	81
5	76	F	28	94	101	84	105	88	97	86
6	72	F	28	98	101	92	106	93	97	91
7	75	F	29	101	100	102	110	99	88	93
8	72	F	29	116	121	109	120	114	117	99
9	77	F	27	100	98	102	101	101	99	108
10	75	F	27	84	90	79	91	84	95	88
11	61	F	27	120	124	111	122	103	126	125
12	77	M	28	87	89	86	91	95	82	76
13	68	M	27	111	113	107	116	109	102	96
14	64	F	27	110	113	105	122	93	99	93
15	70	F	28	112	112	111	118	118	102	103
16	76	F	29	110	111	109	109	109	113	103
17	60	F	29	101	107	92	112	97	97	88
18	71	M	27	103	105	99	109	111	95	91
19	60	F	29	102	102	102	110	105	92	96
20	71	M	28	120	116	121	124	123	99	91
21	61	F	29	90	90	91	93	99	82	79
22	76	F	28	84	85	84	91	91	86	73
23	65	M	29	111	122	97	129	99	109	91
24	65	F	28	112	110	114	116	111	97	111
25	76	M	27	100	112	86	114	88	108	96

<b>Anamnesis</b>	<b>Entrevista</b>	<b>Wais III</b>
MC	Lenguaje	Completamiento
Est.civil	Expresión	Vocabulario
Escolaridad	Ritmo	DSC
Act.laboral	Tono	Analogías
Satisf.laboral	Contenido	Cubos
Act. social	Mot.latente	Aritmética
Convivencia	Ansiedad	Raz.matrices
Relac.familiar	Resolución	Dígitos
Comienzo queja	Problemática vital	Información
Rela. c/suceso vital	Punto de urgencia	Ord. láminas
Enfermedades	Conflictiva	Comprensión
Fliar c/Alzheimer	Defensas	Búsq. de Símbolos
Otros	Transferencia	Números y letras

Anexo3. Tabla de observación de la conducta durante la prueba.

<i>OBSERVACIONES</i>		<i>SUBTESTS VERBALES / EJECUTIVOS</i>
A) Aspectos Formales		
	Posición ante el reactivo	
	Tiempo empleado en responder	
	Grado de seguridad al responder	
	Tipo de puntajes obtenidos	
B) Gestualización		
	Aceptación	
	Rechazo	
	Disposición	
C) Verbalizaciones		
	Comentarios	
	Críticas	
	Expresiones de negación	
D) Otros		