



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

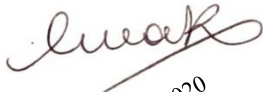


Santa María de los Buenos Aires

Facultad de Psicología y Psicopedagogía

Lic. en Psicología

Trabajo de Integración Final

Plasticidad Cognitiva y su relación con Queja Subjetiva de
Memoria en Adultos Mayores

- **Alumna:** Rebolo, María Agustina 
13-11-2020
- **N° Registro:** 12-160016-9
- **Directora:** Dra. Lina Grasso 
13-11-2020
- **Co-directora:** Lic. María Belén Aschiero 
13-11-2020
- **Tutora:** Solange Rodríguez Espínola

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, quiero agradecer a mis padres, Gabriel y Patricia por su esfuerzo, por siempre confiar en mí y darme la posibilidad de estudiar la carrera que tanto me apasiona en la Universidad que siempre quise. A mis hermanas, María Paz y María Sol, por acompañarme desde el primer día en todo momento.

A mi abuelo, quién nunca dejó de alentar a “su genia” y me acompañó en cada paso de mi vida y de la carrera.

Por otra parte, a mi novio que fue mi gran sostén en todos los progresos de este hermoso recorrido.

A mi psicóloga, quien me ayudó a manejar mis ansiedades y me acompañó durante estos años.

A Susana, por haberme oído estudiar en voz alta acompañándome con mates y abrazos.

También a mi directora, Dra. Lina Grasso quien me acompañó desde el primer momento en que inicié este camino y me abrió las puertas al Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía (CIPP).

A mi co-directora María Belén Aschiero, quien además de estar presente a lo largo de todo el proceso supo transmitirme optimismo y confianza en los momentos de mayor dificultad, y sus conocimientos que fueron de gran aporte.

Por último, quiero agradecerle especialmente a la persona que me acompañó durante este hermoso camino tanto profesional como personal, mi futura colega y amiga del alma, Martina Durruty, por haberme dado el privilegio de compartir el mate de todas las mañanas, por creer en mí y por ser mi gran apoyo. Sin ella probablemente no hubiese podido atravesar los obstáculos de este proceso y esta instancia no hubiese significado lo mismo.

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEÓRICO	6
1.1 Introducción	6
1.2 Plasticidad Cognitiva	10
1.3 Queja Subjetiva de Memoria	15
OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	19
Objetivos	19
Hipótesis	20
Definición del Problema	20
Justificación de la Investigación	20
MÉTODO	21
2.1 Diseño de Investigación	21
2.2 Participantes	21
2.3 Marco del Muestreo	21
2.4 Instrumentos de Recolección de Datos.....	22
2.4.1 Entrevista Semidirigida.....	22
2.4.2 Cuestionario de Quejas Subjetivas de Memoria	22
2.4.3 Prueba de Potencial de Aprendizaje- Lista de Rey Verbal (AVLT-PA).....	23
2.4.4 Mini Mental State Examination - (MMSE)	23
2.4.5 Test del Reloj (TRO)	24
2.4.6 Geriatric Depression Scale (GDS).....	24
2.4.7 Test de Fluidez Verbal en Semántica (Animales- FAV-A) y Fonológica	24
2.4.8 Frontal Assessment Battery– FAB	25
2.5 Procedimiento.....	25
RESULTADOS	25
DISCUSIÓN	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
ANEXOS	40

RESUMEN

El envejecimiento está acompañado de pérdidas cognitivas y físicas. La plasticidad cognitiva es la capacidad para desarrollar habilidades cognitivas nuevas que a través del aprendizaje, permiten que el individuo mejore (Cabras, 2012). Durante el envejecimiento, frecuentemente los adultos mayores expresan dificultades para recordar. La Queja Subjetiva de Memoria (QSM) es un conjunto de olvidos conscientes que ocasionan la desconfianza del sujeto en su memoria frente a los cuales desarrolla actos reparadores como la expresión verbal de quejas (Mias, 2015).

El objetivo del presente estudio fue indagar sobre la relación entre la Plasticidad Cognitiva y las QSM en los adultos mayores. Se propuso un diseño no experimental, transversal descriptivo y correlacional.

Se realizaron análisis descriptivos (frecuencias, medias y desvíos estándares), comparación de medias entre grupos (prueba *t* de Student) y correlaciones (*r* de Pearson y Chi-Cuadrado).

Se encontró que las mujeres rinden mejor en las distintas instancias de la AVLT- PA, y una correlación negativa moderada entre la edad y la plasticidad cognitiva. La mayor frecuencia de olvidos en el subgrupo que puntuó QSM positiva ($n=9$), fueron: “Números de teléfonos frecuentes y “Olvida palabra apropiada”. El 77,8% eran mujeres cuyo promedio de edad fue de 72,11 ($DE= 6,45$) y 14,78 ($DE= 3,63$) de educación en años. Existe una correlación negativa débil entre la instancia A4 de la AVLT-PA y la QSM.

Se debe continuar indagando sobre la relación entre Plasticidad Cognitiva y la QSM entendiendo ambos constructos como factores a tener en cuenta en el proceso de envejecimiento.

Palabras Clave: Plasticidad Cognitiva- Queja Subjetiva de Memoria- Adultos Mayores.

INTRODUCCIÓN

La investigación buscó analizar si existe relación entre la queja subjetiva de memoria (QSM) que refieren los adultos mayores y la plasticidad cognitiva. Se ha observado que la edad avanzada, el sexo y el nivel educativo pueden incidir en la plasticidad cognitiva y en la queja subjetiva de memoria. Para ello se enfatizaron temas como el envejecimiento, la memoria, las habilidades cognitivas perdidas y conservadas, entre otros. Se buscó relacionar ambas variables con el fin de indagar el valor de las quejas subjetivas de memoria y la plasticidad cognitiva en la vejez y su posible función de protección y prevención ante un envejecimiento patológico.

La plasticidad cognitiva es la habilidad que tiene el cerebro mediante la cual logra modificar su estructura y función ante factores externos e internos (Kolb & Wishaw, 1998). A finales del siglo XIX, Ramón y Cajal define la plasticidad al referirse a los cambios que se producen en las conexiones neuronales cuando se adquiere o se pierde una habilidad mental. Como potencial cognitivo latente del individuo, la plasticidad cognitiva permite obtener nuevas habilidades y mantener la capacidad de aprendizaje a pesar de la declinación cognitiva (Cabras, 2012), cumpliendo de ese modo un importante papel en la adaptación a nuevas condiciones del ambiente (Calero García & Navarro González, 2006).

Uno de los problemas más frecuentes de los adultos mayores, son los problemas de memoria. La dificultad para evocar nombres, lugares donde se dejaron las cosas, palabras, suelen constituir quejas frecuentes pero muchas veces se las asocia con la edad (Mias, 2015). La QSM es un conjunto de olvidos y/o despistes que suelen ser conscientes y hace que el adulto mayor desconfíe de su memoria y emplee actos compensatorios o reparadores que se expresan verbalmente (Mias, 2015). La plasticidad cognitiva en memoria disminuye a medida que aumenta la edad, factor relacionado con la presencia elevada de QSM (Calero-García et al., 2008).

Las QSM en el adulto mayor pueden ser indicadores de envejecimiento normal en la medida que surge por la declinación cognitiva propia de la vejez. No obstante, estos cambios no presuponen normalidad, sino que tienen que ser evaluados, pues pueden ser un indicador de alteración anímica o de un trastorno cognitivo mayor (Mias, 2015).

Se ha estudiado la relación entre QSM y rendimiento cognitivo en tareas de memoria, observándose que no siempre hay una correlación entre las mismas, dado

que es frecuente que los trastornos anímicos o la falta de estímulos ambientales afecten en el rendimiento de los tests. En este sentido, la evaluación de la plasticidad cognitiva basada en la evaluación dinámica del potencial de aprendizaje (Calero & Navarro González, 2006) es un método de evaluación que permite obtener medidas más sensibles. Esto es así ya que, al estudiar la plasticidad cognitiva mediante el potencial de aprendizaje, se obtiene una medida de la capacidad de aprendizaje mediada por el evaluador.

Al no presuponer normalidad, en la presente investigación se buscó estudiar la relación entre la QSM y la plasticidad cognitiva. Se evaluaron diferencias en función de la edad, sexo y nivel educativo. También, se indagó en describir las QSM más frecuentes como posibles factores contribuyentes a la predicción de alteraciones cognitivas.

MARCO TEÓRICO

1.1 Introducción

Tradicionalmente se utilizaba el concepto de pirámide poblacional para graficar los habitantes de la población según edades. La base de la misma refería a la cantidad de sujetos de pocos años de vida, e iba disminuyendo hasta llegar a la escasa población anciana. Sin embargo, en el momento que las condiciones sanitarias, educativas y económicas comenzaron a evolucionar, la expectativa de vida de la población fue incrementando (Griffa & Moreno, 2015).

La expectativa de vida al nacer ha aumentado seis años desde 1990 (Organización Mundial de la Salud, 2014). Según el Observatorio de la Deuda Social Argentina, ODSA, Argentina se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica (Tinoboras, 2018). Esto es así debido al rápido descenso de mortalidad infantil registrado en varios países a lo largo del último decenio (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Los adultos mayores también viven más, pues se han recolectado datos que indican que el aumento de la expectativa de vida a partir de los 60 años es producto de la disminución de mortalidad por enfermedades cardiovasculares (Organización Mundial de la Salud, 2014). Se proyecta que un 20% de la población tendrá más de 64 años para el 2050. Se estima que entre 1947 y 2010 la población total de Argentina se

multiplicó por 2, la población de mayores se multiplicó casi por 6 y el crecimiento de los adultos mayores de 75 años es aún mayor (Tinoboras, 2018).

En consecuencia, el crecimiento demográfico actual es reconocido como un crecimiento en forma de pirámide invertida, pues es cada vez mayor el número de personas mayores viviendo en nuestra sociedad y al mismo tiempo cada vez es menor la tasa de natalidad (Navarro González et al., 2008). No obstante, no alcanza con vivir más años si el desarrollo del ciclo vital no se transita en el pleno uso de sus derechos y la realización plena de nuestras capacidades proporcionando determinada calidad de vida (Tinoboras, 2018).

Las nociones de salud y enfermedad son construcciones sociales complejas que han cambiado sus definiciones a lo largo de la historia. En un principio, se concebían las enfermedades como trastornos biológicos empíricamente observables y la salud como una norma única que regula toda manera de vivir (Gómez Arias, 2018).

Actualmente, el paradigma del desarrollo humano y la Organización Mundial de la Salud, OMS, entiende el concepto de salud desde una perspectiva amplia que implica un estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no se restringe a la mera ausencia de enfermedad (Tinoboras, 2018). Esta definición, según Battistella (2007), presenta algunas limitaciones ya que muestra a la salud como algo estático, cuando en realidad se la concibe como un estado continuo de adaptación estando influenciada de manera directa por la biología, el medio ambiente, la cultura y la sociedad, entre otros factores vinculados con la constante adaptación del hombre al medio. La enfermedad, debe ser considerada desde un proceso salud-enfermedad, ya que permite el abordaje integral del proceso mismo que afecta al individuo, de modo que desde cualquiera de los dos determinantes que surja el problema, afectan a los demás.

El envejecimiento es un fenómeno presente en el ciclo vital, el cual va desde la concepción hasta la muerte. Es el producto de la acción del tiempo sobre los seres vivos (Alvarado García & Salazar Maya, 2014). Implica un proceso continuo, universal, aunque heterogéneo ya que cada persona tiene su experiencia particular. Sin embargo, en todos los casos es su condición de irreversible la característica más importante (Griffa & Moreno, 2015).

El proceso de envejecer debe ser abordado considerando el punto de vista cronológico así como también, los factores personales y ambientales que influyen en él. Se debe considerar a la vejez como una etapa de desarrollo y madurez, donde

muchos ancianos se tornan más tolerantes y pacientes, así como también se debe tener en cuenta que los cambios producidos por el envejecimiento plantean la superación de ciertos obstáculos o problemas y el desarrollo de estrategias para poder resolverlos (Alvarado García & Salazar Maya, 2014).

Con el transcurso del tiempo se produce una disminución progresiva de algunas habilidades, otras se mantienen y otras no mejoran sino que, por el contrario, alcanzan su mayor desempeño en etapas avanzadas de la vida. Ese envejecimiento puede ser normal o patológico (Calero García & Navarro González, 2006).

El envejecimiento está acompañado de pérdidas cognitivas y físicas. El envejecimiento cognitivo, hace alusión a las dificultades en relación con la memoria de trabajo y la memoria episódica (Navarro & Calero, 2018), a la disminución en capacidades de codificación, retención y evocación de información nueva, en las habilidades visuoespaciales y la velocidad de procesamiento (Mias, 2015). Aun cuando otros aspectos se preservan se ven afectadas la atención mantenida y selectiva, así como también, la memoria (Calero García & Navarro González, 2006). Asimismo, la literatura indica que hay importantes diferencias entre los individuos en el funcionamiento cognitivo durante el envejecimiento (Navarro & Calero, 2018).

El deterioro que se produce a nivel físico en el anciano es acompañado por un déficit en la actividad psíquica, una pérdida de fluidez mental y una mayor dificultad de adaptación a nuevas situaciones. Estos déficits se van produciendo a medida que se envejece y pueden dar lugar a cuadros psicopatológicos como depresión o demencia (Griffa & Moreno, 2015).

Participar activamente en relaciones y actividades sociales disminuye la posibilidad de riesgo de deterioro cognitivo en el anciano (Navarro González et al., 2008). Algunos autores defienden la hipótesis de desuso como explicativa del declive que se produce en el funcionamiento cognitivo del adulto mayor (Calero García, 2001) ya que las habilidades que declinan con la edad son aquellas que se practican mínimamente o que no se utilizan.

La hipótesis del desuso está estrechamente relacionada con el constructo de plasticidad cognitiva pues, significa admitir que la práctica incide en el mantenimiento cognitivo de las personas mayores. Por consiguiente, podemos afirmar que el entrenamiento o el nivel de instrucción formal, aun perdiendo ciertas habilidades, otorga a los sujetos recursos suficientes para compensar los déficits de manera adecuada (Calero García, 2001).

Cada sujeto decide si desea vivir esta etapa de su vida desde la perspectiva de la enfermedad o de la salud, la cual está influida de manera directa por el contexto donde esté inmersa (Alvarado García & Salazar Maya, 2014). Tradicionalmente las características asociadas a las personas mayores y la vejez son negativas. No obstante, algunos autores argumentan que existen estereotipos negativos pero también otros positivos. Rowe y Kahn a fines del siglo XX propusieron el concepto de envejecimiento satisfactorio que contradice los estereotipos tradicionales asociados a la vejez y los adultos mayores. Este concepto surge de la distinción entre los patrones de envejecimiento patológico relacionados con la dependencia y patología grave, y patrones de envejecimiento normativos que suponen un aumento a padecer enfermedad grave asociado a la edad (Triadó & Villar, 2014).

El envejecimiento satisfactorio está caracterizado por tres elementos, en primer lugar presencia de salud física, en segundo lugar la capacidad para realizar actividades cotidianas necesarias tanto para el autocuidado como para la vida autónoma, y finalmente una implicación activa con la vida. Estas características están altamente relacionadas con dos tipos de actividades, la actividad social y las actividades productivas. La primera, actividad social, implica que el adulto mayor mantenga relaciones interpersonales satisfactorias y además de mantenerlas obtenga apoyo socioemocional. Las actividades productivas son aquellas que contribuyen al crecimiento personal (Triadó & Villar, 2014). Uno de los criterios asociados al envejecimiento satisfactorio es la presencia de bienestar, es decir el nivel de satisfacción que experimenta el sujeto al hacer un juicio global de su vida (Sarabia Cobo, 2009).

A finales de la década del setenta, algunos autores propusieron una nueva perspectiva de la evolución del ser humano a lo largo del ciclo vital debido a la insatisfacción con los supuestos clásicos del desarrollo. Existen diversas teorías psicológicas de envejecimiento, algunos de los modelos con mayor impacto son, el enfoque del procesamiento de la información, la epistemología genética, la teoría de Erikson y la perspectiva del ciclo vital (Triadó & Villar, 2014).

Baltes introduce el enfoque del ciclo vital y se consideró al mismo como el estudio de la ontogénesis, es decir, la constancia y el cambio en el comportamiento durante el transcurso de la vida. La multidimensionalidad, el énfasis en las diferencias individuales, el desarrollo como co-ocurrencia de pérdidas y ganancias, y la

multicausalidad en el desarrollo son las cuatro características fundamentales de este enfoque (Baltes & Baltes, 1990).

La multidimensionalidad refiere a que los cambios afectan de manera distinta todas las dimensiones del ser humano. En algunos momentos evolutivos se pueden presentar ganancias y simultáneamente en otras puede haber estabilidad e incluso procesos de cambio negativo. Se adopta la noción de cambio y estabilidad como parámetros presentes en todo momento del ciclo vital. El énfasis en las diferencias individuales implica abandonar la noción de desarrollo como proceso normativo para así poder reconocer las diferencias intraindividuales así como también, las interindividuales. La tercera característica, el co-desarrollo de ganancias y pérdidas, supone entender el desarrollo como un conjunto de ganancias y pérdidas sin importar el momento del ciclo vital referido, pues ningún cambio evolutivo supone solo ganancia o sólo pérdida. Finalmente la multicausalidad en el desarrollo implica considerar las variables biológicas, ambientales, sociales y culturales como factores capaces de configurar la trayectoria evolutiva de los sujetos (Triadó & Villar, 2014).

El crecimiento, el mantenimiento, y la regulación de la pérdida son tres metas del desarrollo propuestas por Baltes ya que están presentes a lo largo de toda la vida. No obstante la energía enfocada en ellos y los recursos empleados por el sujeto en cada meta cambian durante el transcurso del ciclo vital. El papel de la cultura en relación con las tres metas de desarrollo es de suma importancia pues, a partir de los conocimientos e instrumentos que la cultura ofrece el sujeto puede compensar ciertas pérdidas e incluso promover nuevas ganancias. En consecuencia, Baltes propone entender el desarrollo como la coordinación de tres tipos de estrategias adaptativas, la selección, la optimización y la compensación (Baltes & Baltes, 1990).

1.2 Plasticidad Cognitiva

Ramón y Cajal fue quien introdujo a finales del siglo XIX, el concepto de plasticidad cognitiva en algunos trabajos, para referirse a los cambios que se producen en las conexiones neuronales cuando se adquiere o se pierde una habilidad mental. Por consiguiente, en el siglo XX, Paillard planteó que sólo los cambios del sistema nervioso que son tanto estructurales como funcionales pueden llamarse plásticos. De modo que, la plasticidad cognitiva refiere al potencial cognitivo latente del individuo, es decir, su capacidad para desarrollar habilidades cognitivas nuevas que, a través de la práctica o el aprendizaje, permiten que el individuo mejore. La adquisición de una

nueva función por parte del sistema modifica su red de conexiones, de acuerdo a su interacción con factores externos o internos (Cabras, 2012).

Baltes menciona tres influencias principales en la configuración de la trayectoria evolutiva personal. En primer lugar las influencias normativas relacionadas con la edad, es decir, los factores biológicos y socioambientales que afectan a toda la comunidad en momentos determinados de su vida. En segundo lugar están las influencias normativas relacionadas con la historia, es decir aquellos factores biológicos y socioambientales que ocurren en un momento histórico determinado y afectan individuos de una generación determinada. Finalmente en tercer lugar, están las influencias no normativas, es decir, los factores biológicos y socioambientales que afectan a algunos individuos o grupos concretos dentro de una determinada comunidad. Éstos serían los responsables de que los sujetos pertenecientes al mismo grupo etario y la misma generación sigan diferenciándose entre sí (Triadó & Villar, 2014).

El ser humano posee una capacidad adaptativa que permite entender el desarrollo como un proceso activo del cual el individuo forma parte en la determinación de su trayectoria vital. El papel activo del sujeto implica la reacción y el afrontamiento de los cambios experimentados y también la planificación de metas para lograr estados futuros deseados. En consecuencia, la perspectiva del ciclo vital previamente descrita entiende a los seres humanos como sujetos dotados de cierta plasticidad comportamental, es decir, la flexibilidad y el potencial de cambio propio del sujeto para abordar los desafíos y las demandas a lo largo de la vida (Triadó & Villar, 2014).

El sujeto durante el proceso de envejecimiento debe adaptarse a nuevas condiciones que exige el proceso mismo y que de hecho constituyen las tres estrategias necesarias para un envejecimiento exitoso (Calero García & Navarro González, 2006), la selección, la optimización y la compensación. A partir de estos tres procesos de adaptación el adulto mayor puede lograr un nivel funcional estable así como también una autoimagen positiva y un estado satisfactorio (Sarabia Cobo, 2009).

La selección, en primer lugar, refiere a la elección de los espacios, actividades o estrategias que hace el sujeto para los que considera tener recursos suficientes y anticipa un nivel de rendimiento apto. En segundo lugar, la optimización permite regular el desarrollo de manera tal que el sujeto pueda alcanzar los niveles más

deseables de funcionamiento, aminorando pérdidas y maximizando ganancias a partir de la estimulación o la modificación de condiciones ambientales . Por último, la compensación es el proceso relacionado con la respuesta del sujeto en relación a la ausencia o pérdida de un recurso para la consecución de una meta, por lo tanto el sujeto debe adaptarse a los recursos disponibles (Calero García & Navarro González, 2006; Triadó & Villar, 2014).

Según Calero García y Navarro González (2006), la plasticidad cognitiva consiste en la habilidad que posee el cerebro de adaptar su estructura y funcionamiento en respuesta a factores internos o externos, por lo tanto la optimización y la compensación están íntimamente ligadas con la plasticidad cognitiva en la vejez.

Las pérdidas asociadas a la edad, en el caso del envejecimiento, pueden implicar la puesta en marcha de procesos de compensación que actúen como elemento fundamental para un funcionamiento adaptativo que considere opciones alternativas que permitan acceder y lograr las metas evolutivas (Triadó & Villar, 2014). Sin embargo, esto no implica que en los adultos mayores la plasticidad cognitiva no se encuentre, sino que por el contrario, la plasticidad cognitiva está presente en toda etapa del ciclo vital y en la vejez posibilita que el declive se manifieste con menor impacto en el desempeño de las actividades de la vida diaria (Calero García & Navarro González, 2006).

En los últimos años se ha comprobado que las personas mayores e incluso sujetos diagnosticados con enfermedad de Alzheimer en fase leve o moderado también pueden aprender, aunque de manera limitada (Zamarrón Cassinello et al., 2008). Por eso se emplean técnicas relacionadas con el entrenamiento cognitivo. En un estudio realizado en Granada, España con 133 adultos mayores se analizó la relación entre plasticidad cognitiva y los resultados obtenidos con entrenamiento de memoria (Calero & Navarro, 2006). Los resultados demostraron que el entrenamiento beneficia de manera significativa la performance del sujeto, siendo la plasticidad cognitiva un importante modulador en la ganancia obtenida. Según, Zamarrón Cassinello et al., (2008), el entrenamiento cognitivo puede incrementar positivamente la plasticidad cognitiva, en pacientes con enfermedad de Alzheimer, en tareas de memoria viso-espacial, audio-verbal y en fluidez verbal concluyendo que los pacientes no tratados declinan en su plasticidad cognitiva.

Para evaluar la plasticidad cognitiva uno de los procedimientos más utilizados es la evaluación dinámica, que consiste en una prueba alternativa a la evaluación estática (Navarro & Calero, 2018). La evaluación estática implica administrar una prueba cognitiva a través de un examinador que no proporciona ningún feedback o instrucciones de algún tipo. Las pruebas convencionales de las capacidades cognitivas proporcionan una indicación de las capacidades latentes del sujeto, basándose en la prestación efectiva de una tarea cognitiva. Sin embargo, ésta puede verse afectada, por lo cual se busca saber cuál es la diferencia entre la capacidad latente del sujeto y la habilidad desarrollada. Esto es posible con la evaluación dinámica, ya que la administración de la misma permite reducir los efectos de las variables ambientales que pueden modificar el potencial real de ganancia del sujeto en dicho momento. De ese modo se puede cuantificar el potencial de aprendizaje durante la adquisición de una operación cognitiva nueva (Cabras, 2012).

El potencial de aprendizaje consiste en obtener la diferencia entre el nivel de desarrollo cognitivo actual y el resultado obtenido con la mediación que el contexto proporciona (Cabras, 2012). La evaluación sobre la plasticidad cognitiva en el anciano sirve como instrumento diagnóstico para detectar deterioro cognitivo temprano y para estimar el potencial de rehabilitación en personas mayores (Zamarrón Cassinello et al., 2008). La diferencia entre evaluar de manera dinámica o estática reside en que, la evaluación dinámica emplea una intervención con instrucciones o estrategias de apoyo para medir las modificaciones, y en la evaluación estática el individuo resuelve la prueba con poco o ningún feedback. Sin embargo, en una evaluación de potencial de aprendizaje para solucionar la prueba brinda una instrucción explícita (Cabras, 2012).

Se considera la evaluación de la plasticidad cognitiva y el potencial de aprendizaje en adultos mayores mediante la evaluación dinámica debido a las evidencias contradictorias entre el mal rendimiento de los test y el buen funcionamiento en actividades cotidianas. La diferencia entre el rendimiento actual del sujeto, es decir su conducta observable, y el rendimiento potencial, es decir, el rendimiento obtenido mediante condiciones de optimización, arroja como resultado un puntaje de ganancia. El puntaje de ganancia es el que demuestra la capacidad que el sujeto tiene de aprender, es decir, su plasticidad cognitiva (González Aguilar & Grasso, 2018).

La evaluación de la plasticidad cognitiva complementa la evaluación neuropsicológica del adulto mayor. La BEPAD, Batería de Evaluación del Potencial

de Aprendizaje en Demencias, está formada por una serie de pruebas tradicionales como Rey Auditory Verbal Learning Test, Test de Posiciones y Fluencia Semántica, con modificaciones en sus consignas, convirtiéndolas en consignas ampliadas para poder evaluar desde la perspectiva de la evaluación dinámica. Para conocer la plasticidad cognitiva se evalúa el potencial de aprendizaje. Existen diversas pruebas del mismo, una de ellas estandarizada en Argentina (González Aguilar & Grasso, 2018).

En un estudio realizado en la ciudad de México se estudió una muestra de 536 adultos mayores con el objetivo de caracterizar el perfil neuropsicológico de adultos mayores de 60 años con y sin deterioro cognoscitivo (Montes Rojas et al., 2012). Se ha encontrado en cuanto al funcionamiento mnésico que el recuerdo de la información previamente aprendida mejora con facilitadores semánticos. En relación a la memoria verbal, se encontró que se produce una disminución del rendimiento en la evocación espontánea. No obstante, cuando se proporcionan claves semánticas al igual que cuando se brinda una lista de palabras a reconocer, el rendimiento mejora. En resumen, la evocación espontánea es el proceso más alterado, sin embargo la memoria verbal en el proceso de recuperación espontánea mejora con facilitadores así como el reconocimiento.

Un estudio realizado con un total de 264 adultos mayores en la ciudad de Madrid, España arrojó que el sexo de los participantes es menos determinante que otras variables sociodemográficas en la vejez (Navarro González et al., 2014). Esta investigación confirmó que, controlando la variable edad y nivel educativo, las mujeres presentan mayor capacidad de aprendizaje verbal, reflejado en las puntuaciones de ganancia obtenidas en el AVLT-PA, siendo indicador de plasticidad cognitiva en la vejez. No obstante, en el resto de las pruebas los hombres demostraron un rendimiento significativamente mejor. Existe un perfil cognitivo diferenciado entre hombres y mujeres en la vejez aunque la variable más significativa al momento de determinar diferencias en la plasticidad cognitiva es el nivel educativo y la edad de los ancianos. En este estudio el nivel educativo explica casi el 45,8% de la variabilidad de los resultados.

Según Triadó y Villar (2014), tanto los jóvenes como los adultos mayores tienen cierta capacidad plástica, no obstante la magnitud de la misma disminuye con la edad. Es destacable aclarar que las personas mayores se benefician de programas de

intervención que estimulen las capacidades cognitivas incluso en capacidades que supuestamente declinan con la edad.

Diferencias en tareas que impliquen el uso de la memoria semántica desaparecen al tomar en consideración el número de años de educación formal, debido a una influencia mayor de la educación que de la edad en relación al funcionamiento de la memoria semántica. Investigaciones recientes indican que los ancianos con nivel educativo bajo manifiestan un deterioro más rápido en su memoria y una habilidad verbal menor. Por lo tanto, un aspecto interesante a tener en cuenta en tareas de rendimiento cognitivo es el papel que desempeña el nivel educativo que haya alcanzado el adulto mayor, en particular, la influencia que los años de instrucción formal puedan llegar a tener sobre el grado de deterioro cognitivo (Triadó & Villar, 2014).

La plasticidad neuronal por los cambios estructurales y funcionales cerebrales permite disminuir los efectos de lesiones ya que posibilita que el declive se manifieste con menor impacto (López Roa, 2012), modifica la reactividad y mejora el funcionamiento por el entrenamiento (Garcés-Vieira & Suárez-Escudero, 2014). El envejecimiento limita, en cierta forma, la capacidad plástica del sujeto y el rango y potencial de cambio están presentes en alguna medida pero son progresivamente menores. En casos extremos como demencias o enfermedades neurodegenerativas los niveles de plasticidad decaen de manera drástica (Triadó & Villar, 2014).

Actualmente se considera que la plasticidad cognitiva tiene un papel fundamental en la adaptación a condiciones ambientales nuevas. Así, a mayor nivel de actividad en la vejez, mejor rendimiento cognitivo, y en consecuencia una mayor plasticidad cognitiva (Calero García & Navarro González, 2006).

1.3 Queja Subjetiva de Memoria

Una preocupación frecuente en los adultos mayores es el mantenimiento de las funciones cognitivas, en particular la memoria (Montenegro Peña, 2016). La memoria permite registrar, almacenar y evocar información. La disminución que se produce tanto en la memoria como en la sociabilidad son dos aspectos sensibles en el proceso de envejecimiento (Mias, 2015). Con la edad el ritmo de articulación disminuye, por lo tanto, los adultos mayores muestran una menor amplitud de palabras que los jóvenes, así como también poseen un rendimiento inferior en lo que respecta a las pruebas de reproducción de estímulos visuales como en pruebas de reconocimiento (Triadó & Villar, 2014).

Con respecto a las tareas que implican recuperación verbal de listas de palabras se observó que los mayores omiten más información original e incluso cometen más intrusiones que los jóvenes. Un rasgo fundamental de la memoria es localizar eventos en el tiempo recordando cuándo sucedió o poder establecer el orden en el que ocurrieron los acontecimientos. No obstante está comprobado que hay un déficit asociado a la edad (Triadó & Villar, 2014).

Si un adulto mayor expresa dificultades para recordar, se considera que el sujeto se está quejando de su memoria. El término asociado a esta manifestación se denomina Quejas Subjetivas de Memoria (QSM) e incluye el juicio del sujeto acerca de su rendimiento de memoria, la subjetividad del mismo y el objeto de la queja (Montenegro Peña, 2016).

La QSM puede ocurrir de distintas maneras, ya sea desde un olvido benigno a un síntoma inicial de deterioro de la memoria. Generalmente están asociadas a la edad y suelen ser frecuentes, como la dificultad para evocar un nombre, lugar donde se dejan las cosas, entre otros. Cualquier percepción de cambio subjetivo que se produzca en la memoria debe ser evaluado con estudios neuropsicológicos que excluyan un riesgo de deterioro de memoria, pues a veces por su asociación con la edad se minimiza su importancia, negando que se trate de olvidos (Mias, 2015).

En los últimos años se han detectado diferencias ligadas a la edad en algunas tareas de memoria, mayormente en tareas que involucran el acceso al léxico donde el sujeto presenta dificultades para encontrar la palabra adecuada al nombrar un objeto y se ha detectado un menor rendimiento en tareas que requieran recuperar el mayor número de palabras en un período determinado de tiempo. Asimismo, hay una frecuencia elevada de episodios punta de lengua, es decir, el sujeto presenta dificultades en recuperar una palabra o un hecho que percibe que conoce pero no puede acceder a él (Triadó & Villar, 2014).

La QSM es un conjunto de olvidos y despistes que ocasionan la desconfianza del sujeto en su memoria, por ser frecuentes y conscientes, frente a los cuales se desarrolla actos reparadores o con el fin de compensar como lo es la expresión verbal de quejas (Mias, 2015).

La edad más frecuente de aparición de la QSM es alrededor o posterior de los 50 años, cuando el individuo tiene cierto registro de dichos despistes u olvidos. No obstante, aunque no alcance a afectar la adaptación normal de la vida cotidiana estos despistes u olvidos en algunas ocasiones pueden generar un problema (Mias, 2015).

No es sencillo determinar el significado de estos olvidos ya que los mismos pueden estar asociados tanto a la edad, como a la depresión, el estrés, hasta la posibilidad de un deterioro de la memoria (Mias, 2015). Por otro lado, la edad avanzada, nivel educativo bajo, bajo nivel de lectura y la observación de un familiar de problemas de memoria constituyen variables de alto riesgo para presentar deterioro cognitivo leve (Mias, 2008). Cabe aclarar que frecuentemente los adultos mayores sobreestiman las disminuciones de sus capacidades y suelen atribuirles como causa la edad (Vicenzo Fernández, 2016).

Los resultados en relación a la influencia del género son contradictorios hasta en la actualidad (Mias, 2008). En un estudio poblacional sobre la prevalencia de quejas de memoria realizado con adultos mayores de 64 años en el municipio de Madrid, España se encontró que los varones refieren un 28% de quejas mientras que las mujeres un 35,2%. Asimismo, se encontró que hay un 24% de asociación con la edad entre los 65-69 años, y un 57% desde los 90 años en adelante (Montejo Carrasco et al., 2009), observando que en algunos casos la edad puede explicar por sí sola hasta un 25% de la variabilidad del estado cognitivo (Mias, 2008).

Un aspecto principal en relación al rendimiento en tareas de memoria es el papel que desempeña el nivel educativo alcanzado por el sujeto. No obstante, el mecanismo a través del cual la educación hace posible un funcionamiento de memoria y del resto de las funciones cognitivas más óptimo no está todavía claro. Actualmente se evidencian resultados diferentes para ancianos con nivel educativo alto y bajo en la realización de tareas de memoria, es decir, los circuitos neuronales implicados varían en función del nivel educativo de los sujetos (Triadó & Villar, 2014; Springer et al., 2005). Según, Springer et al., (2005) la educación favorece el funcionamiento de circuitos neuronales alternativos que beneficiarían los procesos cognitivos en el momento en el que las áreas cerebrales comúnmente implicadas en estos procesos ya no funcionan de manera eficiente. Por otra parte, Mias (2008), advierte que las personas con menor o nula educación formal son quienes resultan más perjudicados.

En el siglo XX, Petersen estableció los criterios diagnósticos del deterioro leve dentro de los cuales se encuentran las QSM (Mias, 2008), siendo propuestas como un síntoma temprano de deterioro cognitivo, pues constituyen uno de los criterios clínicos que deben ser observados al diagnosticar. Si bien la presencia de las QSM es necesaria para el diagnóstico de deterioro cognitivo leve, algunos estudios cuestionan la especificidad de la entidad como criterio diagnóstico. Una valoración consciente de la

disminución de la memoria podría dar como resultado una frecuencia elevada de QSM en sujetos con deterioro cognitivo leve, pues implicaría mayor conciencia de enfermedad (Vicenzo Fernández, 2016). Se podría suponer que los sujetos con deterioro cognitivo leve que perciban dificultades en la vida diaria relacionadas a un alto grado de QSM requerirían para la realización de una tarea, acciones reparadoras o compensadoras.

Las QSM han sido asociadas a cambios del estado de ánimo, rasgos de la personalidad, visión negativa de la vejez, marcadores biológicos, cambios en la función cognitiva, entre otros (Mias, 2008). Muchos de los olvidos diferenciales de la normalidad pueden estar influidos por el efecto de la depresión, pues los olvidos más frecuentes corresponden al lugar donde deja objetos y el nombre de personas conocidas. No obstante, en sujetos sin depresión los olvidos que correlacionan con el estado cognitivo corresponden a olvidar la fecha y olvidar lo que se tenía que recordar, indicando que no todos los olvidos presentan el mismo grado de significación y pueden constituir una alerta que justifique estudios neurocognitivos preventivos (Bazán, y otros, 2018). Según Mias (2008) olvidar nombres de personas bien conocidas así como también el significado de palabras conocidas son las QSM con mayor riesgo de deterioro.

Las QSM son unas de las consultas más frecuentes entre los adultos mayores por lo tanto es fundamental indagar la percepción que posee la persona acerca de los cambios que experimenta su memoria ya que pueden alertar sobre un cambio cognitivo. Es así que es importante el diagnóstico diferencial con el deterioro cognitivo leve y el papel que ocupan las QSM en el mismo, ya que se debe advertir la causa de los problemas de memoria con la mayor especificidad posible (Vicenzo Fernández, 2016).

En un estudio realizado con adultos mayores en la provincia de Córdoba, Argentina se observó que la posibilidad de padecer deterioro cognitivo incrementa 15 veces cuándo los problemas de memoria son observados por un familiar, en cambio, las QSM no constituyen una posibilidad de riesgo a modo global (Mias, 2008).

1.4 Relación entre la plasticidad cognitiva y la queja subjetiva de memoria

Pese a los cambios que se producen en la memoria como consecuencia del envejecimiento, la memoria puede ser entrenada. Sin embargo, la plasticidad cognitiva en memoria disminuye al aumentar la edad, factor que se relaciona con la alta

presencia de personas que al envejecer se quejan de problemas de memoria (Calero-García et al., 2008).

El nivel educativo, el nivel de inteligencia y el nivel de vida activa son factores que se relacionan con la plasticidad cognitiva en la vejez (Navarro González et al., 2008). Los cambios producidos en el funcionamiento cognitivo de los mayores pueden ser atribuidos a la edad, así como las diferencias en tareas de memoria semántica se encuentran altamente influidas por los años educación formal (Triadó & Villar, 2014).

El adulto mayor percibe la memoria como la función cognitiva más alterada en el envejecimiento. Estos cambios dan lugar a la frecuencia con la que se consulta a un especialista acerca de deterioro cognitivo subjetivo o quejas subjetivas de memoria (González Aguilar & Grasso, 2018).

Es necesario complementar la evaluación neuropsicológica del adulto mayor con la evaluación del potencial de aprendizaje pues va a permitir realizar un diagnóstico diferencial entre normalidad, deterioro cognitivo y demencia (González Aguilar & Grasso, 2018).

En un estudio realizado con adultos mayores en la provincia de Córdoba, Argentina se observó que la QSM refiere más a un estado psicológico, pues el motivo más habitual por el que los adultos mayores suelen expresar una memoria más disminuida obedece a un estereotipo cultural que señala que con la edad la memoria se pierde, de modo que la percepción de la memoria se ve distorsionada por el malestar psicológico. Tanto la edad como los años de instrucción formal constituyen variables de mayor riesgo y protección respectivamente. En este estudio, el género no resultó ser un factor predictor (Mias et al., 2015). De modo que, además de la edad, el sexo y el nivel educativo, la presencia de QSM sería un predictor del deterioro cognitivo en la vejez (López & Calero, 2009).

OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Objetivos

General

Indagar sobre la relación entre plasticidad cognitiva y queja subjetiva de memoria en adultos mayores.

Específicos

1. Describir la Plasticidad Cognitiva según sexo, edad y nivel educativo.
2. Describir la presencia de Queja Subjetiva de Memoria según sexo, edad y nivel educativo.
3. Comparar la frecuencia de olvidos percibidos según la presencia o ausencia de Queja Subjetiva de Memoria.
4. Relacionar la Plasticidad Cognitiva y la presencia de QSM.

Hipótesis

H1: Existen diferencias de la plasticidad cognitiva en función de la edad y un nivel educativo alto. A mayor edad y menor nivel educativo se espera menor plasticidad cognitiva.

H2: Las mujeres presentan mayor QSM a mayor edad y menor nivel educativo.

H3: La frecuencia del tipo de olvido percibido difiere según presencia o ausencia de Queja Subjetiva de Memoria.

H4: A mayor plasticidad cognitiva se espera menor frecuencia de QSM.

Definición del Problema

1. ¿Qué diferencias existen en la plasticidad cognitiva y la QSM según el sexo, edad y nivel educativo?
2. ¿Existen diferencias en los tipos de olvidos percibidos según la presencia o ausencia de QSM?
3. ¿Existe relación entre la plasticidad cognitiva y la queja subjetiva de memoria?

Justificación de la Investigación

La investigación planteada buscó explorar la relación entre los procesos básicos cognitivos en la población adulta mayor argentina, con el objetivo de realizar aportes desde la psicología que contribuyan a la evaluación, intervención, detección temprana y prevención de deterioro en la memoria en personas mayores. Asimismo, los resultados del estudio aportarán evidencia con relevancia científica para contribuir al área cognitiva, y la percepción que tienen los adultos mayores sobre los controles diarios y los olvidos frecuentes que repercuten en la vida diaria y su estado anímico.

MÉTODO

2.1 Diseño de Investigación

Para la presente investigación se propuso un diseño no experimental, transversal descriptivo y correlacional, debido a que el objetivo consistió en indagar la relación entre la Plasticidad Cognitiva y las Quejas Subjetivas de Memoria en los adultos mayores.

2.2 Participantes

Para este estudio, se realizó un muestreo no probabilístico. La muestra estuvo compuesta por 59 adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, cuyo promedio de edad fue de 71,86 ($DE= 7,740$) residentes en la en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el Conurbano Bonaerense.

El 100% de la muestra eran de Nacionalidad Argentina y el 67,8% de la misma eran mujeres.

El promedio de años de educación formal de la muestra fue de 15,27 ($DE= 3,513$) con un mínimo en años de 7 y un máximo de 23.

Respecto al estado civil, un 54,2% de la muestra manifestó estar Casado, un 25,4% eran Divorciados, un 16,9% eran Viudos y por último, el 3,4% restante estaban Solteros.

Del total de la muestra, un 93,2% expresó tener hijos y un 72,9% no vive solo.

En relación con los antecedentes de enfermedades, el 81,4% de la muestra no presentaban antecedentes neurológicos. En cuanto a antecedentes psiquiátricos, del total de la muestra un 13,6% manifestó presentar alguna patología mental. En relación con los antecedentes de enfermedades médicas, un 28,8% refirió no poseer, un 27,1% presentan muchas, un 20,3% manifestó presentar hipertensión arterial, un 18,6% de la muestra posee colesterol, un 3,4% manifestó caídas y el restante 1,7% presentó diabetes.

2.3 Marco del Muestreo

La selección partió, en un principio, por conveniencia y comodidad a partir de la disponibilidad de casos a los cuales se tenían acceso ya que formaban parte de la familia o del círculo social de la estudiante. Luego, la selección de la muestra prosiguió en bola de nieve (Hernández Sampieri; Fernández Collado; & Baptista Lucio, 2014), a partir de referencias que fueron proporcionadas por parte de la

muestra inicial hacia otros individuos que pudieron de esta manera formar parte de la investigación.

La participación de la muestra fue de manera voluntaria y anónima, en donde previo a la toma de instrumentos cada individuo debió firmar un consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron adultos con presencia de deficiencia sensorial grave, con presencia de trastornos afectivos, y con presencia de patologías psiquiátricas o neurológicas graves, detectándose en la entrevista semidirigida y la evaluación cognitiva preliminar utilizando test de *screening* como el MMSE (*Mini Mental State Examination*), el TRO (Test del Reloj) y el GDS (Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage)

2.4 Instrumentos de Recolección de Datos

2.4.1 Entrevista Semidirigida

La administración de los instrumentos en la presente investigación comenzó con una entrevista semidirigida u anamnesis que consiste en la recolección de datos sociodemográficos del participante: nombre, edad, estado civil, hijos, ¿Con quién vive?, nivel educativo alcanzado, ¿Está jubilado?/ ¿Continúa trabajando?, ocupación laboral (¿A qué se dedicó toda su vida?); antecedentes médicos: hipertensión, diabetes, colesterol, obesidad, cardíaco, híper o hipotiroidismo, accidente cerebro vascular o infarto, golpe en la cabeza con o sin pérdida de conocimiento, toma de medicación, uso de anteojos o audífono, cirugía de relevancia; antecedentes familiares con quejas de memoria, diagnóstico de demencia, diagnóstico de enfermedad psiquiátrica o retraso mental. En caso de respuesta afirmativa aclarar qué parentesco.

2.4.2 Cuestionario de Quejas Subjetivas de Memoria

El instrumento utilizado para evaluar la segunda variable del estudio, es decir, la QSM fue el Cuestionario de QSM (Marotto, 2000. Modificado y ampliado por Mias, 2008). Éste instrumento evalúa las creencias del evaluado con respecto a su estado de la memoria, la frecuencia y los tipos de olvidos. La consigna consiste en que el individuo conteste 20 ítems marcando con un círculo entre los números del 1 al 10 la frecuencia con la que se han tenido olvidos, correspondiendo 1-2 a la categoría “Casi Nunca”, 3-4-5 a la categoría “A veces”, 6-7-8 a la categoría “Con frecuencia” y 9-10 pertenece a la categoría “Casi siempre”, y el ítem 21 consiste en contestar a la pregunta ¿Algún familiar suyo considera que usted tiene problemas de memoria? Respondiendo de manera dicotómica Sí/No.

2.4.3 Prueba de Potencial de Aprendizaje- Lista de Rey Verbal (AVLT-PA)

Para evaluar la primera variable de la presente investigación se utilizó la AVLT-PA (Calero & Navarro-González, 2006; Gonzalez Aguilar & Grasso, 2018) versión modificada de la Rey Auditory Verbal Learning Test para evaluar potencial de aprendizaje. En esta versión, se le administró al sujeto una lista de 15 palabras 6 veces que el evaluado debe aprender y recordar. El evaluador introduce consignas ampliadas con entrenamiento, refuerzo y feedback de su rendimiento, en los intentos intermedios, intentos 3 y 4. El evaluador calcula luego la diferencia entre el promedio de los últimos intentos, post-test, y el promedio de los primeros intentos, pre-test, obteniendo así un puntaje de ganancia. Este tipo de evaluación ha evidenciado validez de constructo para su aplicación en ancianos dado que existe una elevada concordancia entre las mejoras que se producen en dos pruebas que evalúan habilidades diferentes (AVLT-PA y el test de Winsconsin-PA), mediante el mismo procedimiento de test-entrenamiento-test. En los estudios realizados con ancianos españoles mediante la AVLT, las ganancias obtenidas por ancianos de 60 y 70 años muestran una media de ganancia de 3,97 (Calero-García, 2004). En consecuencia, en la presente investigación y, a diferencia de otros estudios realizados con la AVLT-PA, se incorporaron dos instancias más: pasados 30 minutos, se solicitó al evaluado que recupere libremente las palabras aprendidas (recuerdo diferido) y posteriormente se procedió a una fase de reconocimiento para evaluar capacidad de almacenamiento de información verbal recientemente aprendida.

2.4.4 Mini Mental State Examination - (MMSE)

La versión en español (Argentina) del Mini Mental State Examination - (MMSE) de (Allegri et al., 1999; Butman et al., 2001; Folstein et al., 1975; Lobo et al., 1999).

Este instrumento valora el estado mental y es utilizado para el rastreo inicial y detección temprana de deterioro cognitivo que permite evaluar las alteraciones de forma rápida y estandarizada. El punto de corte de 24/30, que es el recomendado para el MMSE en la bibliografía internacional para pacientes geriátricos, se documenta una sensibilidad del 89,8% y una especificidad del 75,1%. En el presente estudio se administrará el MMSE versión rioplatense, de acuerdo con las instrucciones publicadas por el Grupo de Trabajo de Neuropsicología Clínica de la Sociedad Neurológica Argentina (Allegri et al., 1999, 2011). La versión local adaptada presenta puntajes de corte y baremos estratificados por edad y nivel educativo (Butman et al., 2001).

2.4.5 Test del Reloj (TRO)

Otro instrumento administrado para evaluar el rendimiento cognitivo fue la versión argentina del Test del Reloj (Cacho et al., 1999; López et al., 2014; Sunderland et al., 1989).

El Test del Reloj a la Orden (TRO) requiere una hoja de papel blanca, goma de borrar y lápiz negro, y su consigna consiste en pedirle al sujeto que dibuje un reloj redondo y grande como para que entren todos los números, y que las agujas marquen las 11:10 hs”.

Éste instrumento es una prueba sensible para la detección de deterioro cognitivo y enfermedad de Alzheimer evidenciando una fiabilidad inter-evaluador altamente significativa ($r=0,86$ $p<0,001$), así como también evalúa praxias constructivas y habilidades visoconstructivas. El puntaje de corte para el diagnóstico de demencia de grado leve es ≤ 6 puntos. La sensibilidad demostrada es del 84% y la especificidad del 92,5%.

2.4.6 Geriatric Depression Scale (GDS)

Para evaluar la presencia de aspectos psicoafectivos en el sujeto se administró la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage (Martinez de la Iglesia et al., 2002; Tartaglioni et al., 2017). Ésta escala tiene relevancia para la valoración de sintomatología depresiva en adultos mayores, y consiste en responder un cuestionario de 15 ítems cuya posibilidad de respuesta es dicotómica (Sí/No). Los puntajes menores a 4 indican ausencia de depresión, entre 4 y 6 puntos indican depresión leve, y puntajes mayores a 7 indican depresión establecida. En la adaptación española se ha reportado una fiabilidad intra-observador e inter-observador de $k=0,95$ ($p<0,001$) y $k=,65$ ($p<0,001$) respectivamente. El puntaje de corte con mejor relación sensibilidad/especificidad ha sido ≥ 5 con área bajo la curva de 0,835 (IC: 0,78 - 0,89], obteniendo una sensibilidad y especificidad de 81,1% y 76,7% respectivamente. En nuestro estudio, con la versión de 15 ítems, la consistencia interna arrojó un Coeficiente de *Kuder Richardson* satisfactorio ($KR-20= 0,57$).

2.4.7 Test de Fluidez Verbal en Semántica (Animales- FAV-A) y Fonológica

Para evaluar la capacidad de almacenamiento semántico, la habilidad de recuperar la información y la indemnidad de las funciones ejecutivas se requirió la administración de pruebas de fluencia verbal semántica y fonológica. En la presente

investigación se utilizó la adaptación Argentina del Test de Fluidez Verbal en Animales (Butman et al., 2000).

La consigna consiste en solicitarle al sujeto que dentro de un tiempo limitado (en general un minuto) genere la mayor cantidad de palabras posibles que pertenezcan a una categoría limitada. Para el estudio de la fluencia verbal semántica se le solicitó al sujeto la evocación de nombres de animales en un minuto, y para la fluencia fonológica se le solicitó que genere palabras que comiencen con una letra preestablecida por el examinador, en nuestro caso, seleccionamos la letra “p” dada la alta frecuencia en la producción de palabras concretas que se pueden producir con esta letra. Los puntajes de cada prueba consisten en la suma de todas las palabras admisibles. Los nombres propios, las palabras no pertenecientes a la categoría, las variaciones y las repeticiones, son considerados errores y no se contabilizan en el puntaje final.

2.4.8 Frontal Assessment Battery– FAB

La escala Frontal Assessment Battery- FAB (Dubois et al., 2000) es una prueba de screening que se utilizó para la evaluación de conceptualización, flexibilidad mental, programación motora, sensibilidad a la interferencia, control inhibitorio y autonomía ecológica. Su puntaje máximo es de 18 y se divide en seis tareas mencionadas anteriormente.

2.5 Procedimiento

Primeramente, se contactó al adulto de manera telefónica o presencial, para informarle acerca del objetivo de la investigación y de los instrumentos a utilizar.

Luego se entregó un consentimiento informado al participante para así corroborar que su colaboración era voluntaria y anónima. En tercer lugar, se administró el protocolo para la evaluación.

En lo que respecta al análisis de datos se utilizó el software estadístico SPSS versión 20.0, a través del cual se realizaron estadísticas descriptivas, frecuencias, correlaciones y prueba *t* de diferencia de medias.

RESULTADOS

La presente investigación de diseño empírico cuantitativo tuvo como objetivo indagar sobre la relación entre Plasticidad Cognitiva y Queja Subjetiva de Memoria en adultos mayores. Para cumplir con el mismo se llevaron a cabo análisis descriptivos

(frecuencias, medias y desvíos estándares), comparación de medias entre grupos (prueba t de Student) y correlaciones (r de Pearson y Chi-Cuadrado).

Para responder al primer objetivo específico, se realizó un análisis descriptivo del rendimiento de la muestra en las instancias de la prueba de plasticidad cognitiva, es decir, la Prueba de Potencial de Aprendizaje- Lista de Rey Verbal (AVLT-PA).

En lo que respecta al rendimiento en la AVLT-PA la muestra arrojó un promedio de 10,49 en A6 AVLT-PA ($DE= 2,69$) y en la fase de recuerdo diferido libre A7 AVLT-PA ($M=8,14$; $DE=3,47$). Finalmente en la fase de reconocimiento (REC) la muestra obtuvo un promedio de 12,36 ($DE= 2,29$). En la siguiente tabla (Tabla 1) se puede visualizar el rendimiento en los ensayos de la prueba AVLT-PA en relación a la totalidad de la muestra.

Tabla 1

Descripción del Rendimiento en la Lista de Rey Verbal (AVLT-PA)

Ensayo de AVLT-PA	M (DE)
A1	4,07 (1,40)
A2	5,97 (1,94)
A3	7,58 (2,05)
A4	9,41 (2,58)
A5	9,83 (2,84)
A6	10,49 (2,69)
A7	8,14 (3,47)
Reconocimiento	12,36 (2,29)
Puntaje de Ganancia	8,14 (3,47)

M=Media; DE= Desvío Estándar

Considerando las fases del recuerdo, es decir, registro, almacenamiento y recuperación, se evidencia que la muestra presentó un rendimiento dentro de lo que es esperable para el envejecimiento normal.

Con el objetivo de describir la plasticidad cognitiva según sexo, edad y nivel educativo se realizó un análisis de correlación mediante la prueba r de Pearson.

Se comparó la media de la plasticidad cognitiva (A6, A7, REC y Puntaje de Ganancia) según sexo mediante la prueba t de Student para muestras independientes, encontrándose diferencias de medias significativas (véase Tabla 2). Se constató que las mujeres rinden mejor que los hombres en las distintas instancias de la AVLT- PA.

Tabla 2

Diferencias del Rendimiento en la Lista de Rey (AVLT-PA) según sexo

Ensayo de AVLT-PA	Femenino (n=40)		Masculino (n=19)		t	gl	Sig. (bilateral)
	M	DE	M	DE			
A6	11,25	2,47	8,89	2,47	3,41	57	,001
A7	8,90	3,35	6,53	3,22	2,57	57	,013
Reconocimiento	12,95	1,88	11,11	2,62	3,09	57	,003
Puntaje de Ganancia	5,87	1,94	3,60	1,75	4,32	57	,000

Nota: Diferencias evaluadas mediante prueba *t* de Student para muestras independientes, asumiendo varianzas iguales.

M=Media; DE= Desvío Estándar

Se halló una correlación negativa de fuerza moderada entre la edad y la plasticidad cognitiva en adultos mayores, siendo en A6 ($r = -,513$; $p = ,000$; $n = 59$), en A7 ($r = -,426$; $p = ,001$; $n = 59$), en la fase de reconocimiento ($r = -,348$; $p = ,007$; $n = 59$) y finalmente en el puntaje de ganancia ($r = -,405$; $p = ,001$; $n = 59$), indicando que a medida que aumenta la edad disminuye el rendimiento en A6 (evocación libre), A7 (diferida), Reconocimiento y Puntaje de ganancia.

Además, se observó una correlación débil y positiva en años de educación con la instancia de Reconocimiento ($r = ,255$; $p = ,051$; $n = 59$). Si bien su resultado está en el límite de significación, este resultado es digno de atención.

A continuación, para responder al segundo objetivo, que buscaba describir las características sociodemográficas de aquellos sujetos con Queja Subjetiva de Memoria se realizaron los siguientes análisis estadísticos, prueba *t* de Student para muestras independientes y *r* de Pearson.

Al comparar el puntaje total de la escala del Cuestionario de Queja Subjetiva de Memoria, se constató que el puntaje no difiere según sexo ($t(57) = 1,018$; $p = ,313$. Mujeres= 3,41; Hombres= 2,98).

No se observa una correlación significativa entre queja subjetiva de memoria y edad ($r = ,069$; $p = ,605$; $n = 59$), al igual que no se observa una correlación significativa entre queja subjetiva de memoria y nivel educativo ($r = -,104$; $p = ,433$; $n = 59$).

A continuación, se realizó una división de la muestra según la puntuación obtenida en el cuestionario de QSM. En consecuencia se obtuvieron dos grupos, el primero con Queja Subjetiva de Memoria positiva (mayor a 5 puntos) y el segundo sin

Queja Subjetiva de Memoria (menor a 5 puntos). De este subgrupo con queja subjetiva de memoria (n=9), el 77,8% eran mujeres con un promedio de edad de 72,11 ($DE= 6,45$) y un promedio de 14,78 ($DE= 3,63$) de educación en años.

Más adelante, para responder al tercer objetivo que pretendió comparar la frecuencia de olvidos percibidos según la presencia o ausencia de Queja Subjetiva de Memoria, se realizó un análisis descriptivo del tipo de queja considerando la división de la muestra. Se observó que la mayor frecuencia de olvidos, en el subgrupo de la muestra que puntuó queja de subjetiva de memoria positiva (n=9), fueron: “Números de teléfonos frecuentes” con un promedio de 7,89 ($DE=2,52$) y un promedio de 7,44 se quejaron específicamente de “Olvida palabra apropiada” ($DE= 1,42$) (véase Tabla 3).

Tabla3

Comparación de la Frecuencia de Olvidos Percibidos según la Presencia de QSM

Tipo de QSM	Con QSM	Sin QSM
	(n=9)	(n=50)
	M (DE)	M (DE)
Números teléfonos frecuentes	7,89(2,52)	2,48 (2,20)
Olvida palabra apropiada	7,44 (1,42)	3,76 (2,05)
Olvido de Párrafo	7,11(1,61)	3,38 (1,99)
Nombres de Personas Conocidas	7,00 (2,00)	3,80 (2,43)
Olvidos para trámites o compras	6,89 (1,05)	2,56 (1,65)
Olvida si realizó una acción	6,67 (1,22)	3,40 (1,78)
Olvida tomar remedios	6,56 (2,45)	2,28 (1,45)
Olvida fecha	6,56 (2,40)	2,56 (1,86)
Lugar de objetos	6,56 (2,65)	3,70 (2,50)
Olvida partes de historias o relatos	6,44 (2,50)	2,92 (1,68)
Olvida que iba a hacer	6,33 (2,17)	2,16 (1,41)
Olvida que tenía que recordar	6,22 (1,30)	2,86 (1,69)
Olvida lo que acaban de decir	6,00 (2,64)	3,18 (2,00)
Olvida lo que está hablando	5,67 (2,87)	2,22 (1,28)

Olvida hechos del pasado	5,44 (2,92)	2,66 (1,85)
Caras conocidas	5,22 (2,38)	2,60 (1,92)
Olvida suceso reciente completo	4,89 (1,83)	2,42 (1,48)
Citas, compromisos	4,67 (2,69)	2,18 (1,68)
Olvida usos de objetos conocidos	4,33 (2,23)	2,18 (1,46)
Olvida significado palabras conocidas	4,22 (2,10)	2,12 (1,59)

M=Media; DE= Desvío Estándar

Por último, para conocer si existe una asociación entre la plasticidad cognitiva (evaluado mediante RAVLT-PA Ganador vs. RALVT-PA No ganador) y la QSM se realizó una prueba de Chi- Cuadrado. Si bien no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ambas ($X^2(1)=3,422$; $p= 0,071$) (Véase Tabla 4), se evidencia la tendencia de una mayor proporción de adultos mayores con plasticidad cognitiva (ganador) que no presentan QSM.

Tabla 4

Asociación entre Plasticidad Cognitiva y Queja Subjetiva de Memoria

	Sin QSM (n=50)	Con QSM (n=9)	Total
No ganador	17	6	23
Ganador	33	3	36
Total	50	9	59

Posteriormente, para ver si existía una relación entre las distintas fases del proceso de la memoria y la plasticidad cognitiva con el puntaje total de QSM, se aplicó la prueba r de Pearson para analizar un análisis de correlación entre las variables.

Se constató una correlación negativa débil entre la instancia A4 de la AVLT-PA ($r= -,296$; $p=, 023$; $n= 59$) y la queja subjetiva de memoria. Asimismo, también se encontró una tendencia similar con A7 ($r= -,248$; $p= ,058$; $n= 59$), resultado digno de ser atendido.

DISCUSIÓN

El presente estudio, a través de un diseño no experimental transversal, de tipo descriptivo y correlacional, tuvo por objetivo indagar sobre la relación entre la Plasticidad Cognitiva y la Queja Subjetiva de Memoria en adultos mayores.

El primer objetivo específico pretendió describir la plasticidad cognitiva según sexo, edad y nivel educativo. En primer lugar, se realizó una descripción y comparación del rendimiento de la muestra en los ensayos de la prueba de plasticidad cognitiva, es decir, la Prueba de Potencial de Aprendizaje - Lista de Rey Verbal (AVLT-PA). A partir de dicho análisis, se concluyó que el rendimiento de la muestra se encuentra dentro del perfil de rendimiento esperable para el envejecimiento normal con una curva de aprendizaje positiva ya que las instancias que presentaron mejor rendimiento fueron la A6 (AVLT-PA), es decir la evocación libre, y la Fase de Reconocimiento (REC). Considerando las fases del recuerdo, es decir, registro, almacenamiento y recuperación, se evidencia que la muestra presentó un rendimiento dentro de lo que es esperable para el envejecimiento normal. Estos hallazgos coinciden con lo planteado por Montes Rojas et al., (2012) respecto del perfil neuropsicológico del envejecimiento normal quienes describe que las personas mayores sin problemas de memoria presentan una curva de aprendizaje que se caracteriza por: a) mayor cantidad de aprendizaje en las sucesivas repeticiones (evocación libre), b) el recuerdo mejora aún más en la fase de reconocimiento, con la facilitación o pistas.

En lo que respecta a la plasticidad cognitiva según el sexo, en la presente investigación se encontró que las mujeres rinden significativamente mejor que los hombres en los distintos ensayos de la prueba AVLT-PA. Investigaciones desarrolladas por Navarro González et al., (2014) confirmaron que, controlando la variable edad y nivel educativo, las mujeres presentan mayor capacidad de aprendizaje verbal, reflejado en las puntuaciones de ganancia obtenidas en el AVLT-PA, siendo indicador de plasticidad cognitiva en la vejez.

Se ha encontrado una correlación negativa de fuerza moderada, entre la edad y la plasticidad cognitiva en adultos mayores, indicando que a medida que aumenta la edad disminuye el rendimiento en A6 (evocación libre), A7 (diferida),

Reconocimiento y Puntaje de ganancia. Estos resultados coinciden con otras investigaciones que plantean que tanto los jóvenes como los adultos mayores tienen cierta capacidad plástica, no obstante la magnitud de la misma disminuye con la edad (Triadó & Villar, 2014). Ahora bien, esto no implica que en los adultos mayores la plasticidad cognitiva no se encuentre, sino que por el contrario, la plasticidad cognitiva está presente en toda etapa del ciclo vital y en la vejez posibilita que el declive se manifieste con menor impacto en el desempeño de las actividades de la vida diaria (Calero García & Navarro González, 2006; López Roa, 2012).

Por otro lado, cabe resaltar que se encontró una correlación débil y positiva de los años de educación únicamente con la instancia de Reconocimiento teniendo en cuenta que, si bien el mismo está en el límite de significación, este resultado es digno de atención. Triadó y Villar (2014) refieren que las diferencias en tareas que impliquen el uso de la memoria semántica desaparecen al tomar en consideración el número de años de educación formal. Investigaciones recientes indican que los ancianos con nivel educativo bajo manifiestan un deterioro más rápido en su memoria y una habilidad verbal menor. De esta manera, se confirmaría la hipótesis previamente formulada indicando que existen diferencias de la plasticidad cognitiva en función de la edad y un nivel educativo alto, señalando que, a medida que aumenta la edad y exista menor nivel educativo se espera menor plasticidad cognitiva.

El segundo objetivo específico pretendió describir las características sociodemográficas de aquellos sujetos con Queja Subjetiva de Memoria. Al comparar el puntaje total de Queja Subjetiva de Memoria obtenido por la muestra en el Cuestionario de QSM no se hallaron diferencias significativas según sexo, edad y nivel educativo. Sin embargo, a partir de resultados obtenidos y evaluados mediante el cuestionario se evidenció que una baja proporción de la muestra (n=9) presenta Queja Subjetiva de Memoria positiva encontrándose que la mayoría de ese subgrupo eran mujeres. Esto sigue una tendencia mencionada por Montejo Carrasco et al., (2009) donde en investigaciones previas se observó que los varones refieren un 28% de quejas mientras que las mujeres un 35,2%. De esta forma, se confirmaría la hipótesis establecida previamente, dado que se esperaba que las mujeres presenten mayor QSM a mayor edad y menor nivel educativo.

Más adelante, el tercer objetivo específico buscó comparar la frecuencia de olvidos percibidos según la presencia o ausencia de Queja Subjetiva de Memoria. El análisis efectuado evidenció que la mayor frecuencia de olvidos en personas con presencia de QSM (QSM mayor a 5 puntos) fueron: “Números de teléfonos frecuentes” y “Olvida palabra apropiada”. No obstante, Bazán et al., (2018) en investigaciones previas administraron el Cuestionario de Queja Subjetiva de Memoria en población de nacionalidad argentina donde hallaron que los olvidos más frecuentes que correlacionan con el estado cognitivo corresponden a olvidar la fecha y olvidar lo que se tenía que recordar. En relación a los resultados obtenidos utilizando la misma escala vale señalar que no se encontraron coincidencias en los hallazgos ya que dicha investigación fue realizada con población clínica y la muestra no fue clasificada según presencia o ausencia de Queja Subjetiva de Memoria.

Por último, el cuarto objetivo específico pretendía relacionar la Plasticidad Cognitiva y la presencia de Queja Subjetiva de Memoria. Cabe aclarar que para responder a este objetivo se tomó a la muestra total debido a que cuando se analizó la presencia de QSM sólo un porcentaje muy pequeño de sujetos presentaban este indicador. Por lo tanto, los resultados obtenidos al relacionar plasticidad cognitiva y QSM (considerando la totalidad de los sujetos de la muestra) deben interpretarse en este contexto.

Los resultados obtenidos de la muestra no evidencian una relación entre la Plasticidad cognitiva y la QSM. Sin embargo, teniendo en cuenta las fases del recuerdo (codificación, evocación libre y facilitada, reconocimiento) pudo observarse que las personas que presentan mayor puntuación en la escala de QSM evocan menos cantidad de palabras disminuyendo así la codificación luego de la mediación (correlación negativa débil entre A4 AVLT-PA y Puntaje total de la escala de QSM). Asimismo, también se encontró una tendencia similar entre el Puntaje total de la escala de QSM y el ensayo de recuerdo diferido, A7 de la AVLT-PA señalando que a mayor queja subjetiva de memoria habría un menor rendimiento en evocación libre diferida. En otras palabras, esto significa que las personas con mayor QSM recuerdan menos palabras, observándose así diferencias en la plasticidad cognitiva en las fases del recuerdo, coincidiendo con la hipótesis previamente planteada donde a mayor plasticidad cognitiva se espera menor frecuencia de queja subjetiva de memoria.

En conclusión, los resultados de la presente investigación pretenden dar cuenta de la necesidad e importancia de continuar profundizando en el conocimiento acerca de la Plasticidad Cognitiva y la relación con la Queja Subjetiva de Memoria, entendiendo ambos constructos como factores a tener en cuenta en el proceso de envejecimiento.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, cabe aclarar que se podría haber ampliado el tamaño de la muestra con el objetivo de que la misma resulte más equitativa en cuanto a los años de educación formal para poder arribar a una profundización de los datos objetivos. Debido a la situación de público conocimiento COVID-19, el tipo de muestra y las características de los protocolos de evaluación neuropsicológica utilizados en la presente investigación, la ampliación de la muestra presentó dificultades, siendo pocos los casos administrados de manera virtual. En términos generales, los participantes de la muestra pertenecían a un nivel socioeconómico medio, en general bien instruida y con un buen nivel de rendimiento cognitivo, por lo que hubiese sido pertinente haber contemplado una mayor distribución en esta variable. Además, los resultados obtenidos señalan la importancia de comparar las personas con QSM y sin QSM en función de la escala para ampliar y corroborar las tendencias obtenidas en el presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allegri, R.F., Ollari, J.A., Mangone, C.A., Arizaga, R.L., De Pascale, A., Pellegrini, M., Baumann, D., Taragano, F.E. (1999). El Mini Mental State Examination en la Argentina: Instrucciones para su administración. Grupo de Trabajo de Neuropsicología: Sociedad Neurológica Argentina. *Revista Neurológica Argentina*, 24(1), 31-35. Recuperado de: <https://tinyurl.com/y5dmvgeb>
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del Concepto de Envejecimiento. *GEROKOMOS*, 25(2), 57-62.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (p. 1–34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Battistella, G. (2007). *academia.edu*. Recuperado el 30 de Julio de 2020, de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54425768/Salud_y_enfermedad.pdf?1505327722=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DSALUD_Y_ENFERMEDAD.pdf&Expires=1597242520&Signature=XXr79HdjtRka9s~rm4~fH3tk5xqcQVeMNFDS_MIEbmeRVzoxkFviV3W4UhT-j9iM0eTmGQebIBOesn7jCzYsIg6X0gPBn4815nVGAf6Trjt9vA4IL-PpV3qqq2mhVOHgkjJPVzsetxdoN5IZ4YMtvMNDXMER9Jy~JdyYMnv1OQzwlGNvNI7Nw9xj-twRyHAZT4KHIsnii17JlIea8xrDWMehHw80~QbKt0NT~tgslh5pwE9Z8P0UpvU0Gn0Q6H7Y4fQ0WoC~yMcwP98iG0ly1RLRUXi3IGixoFWScpD1hm3M~aG3BblDWi~szvfQkxt4qKBeEzi7yzV4ZN6qP7tzWgfw_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Bazán, I. G., Beraudo, A., Fernández, C., Muñoz, M., Rosina, M. L., Bastida, M., y otros. (2018). Quejas Subjetivas de Memoria, Olvidos Diferenciales y su Relación con la Depresión en Adultos Mayores Normales, con Deterioro Cognitivo Leve y Demencia. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 3(3), 188-196. Recuperado de: <https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/20718/20352>

- Butman, J., Allegri, R., Harris, P., & Drake, M., (2000). Fluencia Verbal en Español, datos normativos en Argentina. *Medicina*, 60(5), 561-564. Recuperado de: <https://tinyurl.com/y5ujeb2v>
- Cabras, E. (2012). *Plasticidad Cognitiva y Deterioro Cognitivo*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. Recuperado de: <https://tinyurl.com/y3urv498>
- Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J. L., & Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*, 28(7), 648–655. Recuperado de: <https://tinyurl.com/yyzhxof5>
- Calero García, M. D. (2001). Educación y funcionamiento cognitivo en mayores. *Tabanque. Revista Pedagógica*(16), 157-168. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=743592>
- Calero García, M., & Navarro González, E. (2006). *La plasticidad cognitiva en la vejez: técnicas de evaluación e intervención*. España: Otaedro.
- Calero, M., & Navarro, E. (2006). Cognitive plasticity as a modulating variable on the effects of memory training in elderly persons. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(1), 63-72. Recuperado de: https://watermark.silverchair.com/22-1-63.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kKhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAp4wggKaBgkqhkiG9w0BBwagggKLMIIChwIBADCCAOAGCSqGSIB3DQEHATAeBgIghkGBZOMEAS4wEQQMStd54i7Ag_jE0KORAgEQgIICUSWCXVAQg-YsRX8T4esZviXkZ0MwcDRn5jZvTxF4G_Chi9rMIlyNYVO17Wc8YRZPD7ciiWuoEH32w2USwI52j3_r7VKovahtpC7x6fO32JQp2Kw4oNsbO5Pi36NbMAzVixviI3ZwQ-_1jtrG9Jk87wxIXh1ow1ergis6sDVABWbD7y37XeXdtorbHSwvkc6y-hxRiO2IUbccNFEbJkCcCWfIpne7-xDGWW7po5Ot63LFN6qUofJo-3Kx_kcpfDGAax7gWyeRtan-zydDHKbaELkg56_LSmi4rMMEQUqSlsV8aHoOmn2b9pEc5aqQ5sSba_bbWHOfagFOIBYkRQ87veMHb-j4xo0y6IZy8cAzYr2jkURaz-REaNx5_WtWNSabiNszdDiRl_Nytoel1Pc1PyzwsOGdD1L8QprPVvZpcJoS1eeN3t63XemLvnsYKOTQh4xFR-5zRdZIkx0moTenAMGF-49vrFnSXE1noSLDjDOeXU4Pqc7EvGsuZ48UOgdEjxr0rWHX8Kus4za0NtX

[24AKRv5d_96uSgX1DYj06P4cmCANz_GX_6qTFODpPSSanLZCx2FRg4olfbPO5telTeNNDwE8odUsZO24SfYia7ZMQ03ERcH2fOzEiscKo6iLwCi0LR4kSzQDk53ozzryzjeOPWMxOFYi6tqcODIjAMNT3Z50R483Z-xdhplFU2wgsMDjf7aR7ZCLpEc56x15wipQ_c-EycTtA6B0NXfRdcfbdcDkZRFt75NGfLhxAtozpFZ6Dp3bdRiwwg-3BVIj1LTI](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(08)73572-8)

- Calero-García, M., Navarro-González, E., Gómez-Ceballos, L., López Pérez-Díaz, Á., Torres-Carbonell, I., & Calero-García, M. (2008). Olvidos y memoria: relaciones entre memoria objetiva y subjetiva en la vejez. *Originales*, 43(5), 299-307. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)73572-8](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(08)73572-8)
- Dubois, B., Slachevsky, A., Litvan, I., & Pillon, B. (2000). The FAB: a frontal assessment battery at bedside. *Neurology*, 55, 1621-1626. Recuperado de: <https://doi.org/10.1212/WNL.55.11.1621>
- Garcés-Vieira, M. V., & Suárez-Escudero, J. C. (2014). Neuroplasticidad: aspectos bioquímicos y neurofisiológicos. *SciELO*, 28(1), 119-132. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052014000100010&lang=es
- Gómez Arias, R. (2018). ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? *Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(1), 64-102. Recuperado de: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/335873>
- González Aguilar, M. J., & Grasso, L. (2018). Plasticidad cognitiva en el envejecimiento exitoso: aportes desde la evaluación del potencial de aprendizaje [en línea]. *Estudios de Psicología*, 39(2-3). doi: 10.1080/02109395.2018.1486361 Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8601>
- Gonzalez Aguilar, M. J., Grasso, L., & Rubio, M. (2018). Evaluación del potencial de aprendizaje en adultos mayores: influencia de la mediación en una prueba de memoria. *Ciencias Psicológicas*, 12(2), 215-222. Recuperado de: <https://doi.org/10.22235/cp.v12i2.1684>
- Griffa, M. C., & Moreno, J. E. (2015). *Claves para una Psicología del Desarrollo* (Vol. II). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta Edición ed.). México: Mc Graw Hill Education.

- López Roa, L. M. (2012). Neuroplasticidad y sus implicaciones en la rehabilitación. *Scielo*, 14(2), 197-204. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v14n2/v14n2a09.pdf>
- López, Á. G., & Calero, M. (2009). Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Elsevier*, 44(4), 220-224. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.03.006>
- Marotto, MA, (2003). Manual de Taller de Memoria. Primera edición; Madrid: TEA Ediciones.
- Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque D. (2002) Versión española del cuestionario de Yesavage (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM [Internet]*, 12 (10), 620-630. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682002001000003&script=sci_arttext
- Mías, C.D. (2008). *Quejas subjetivas, memoria, y depresión en la normalidad y el deterioro cognitivo leve. [Tesis de doctorado]*. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Recuperado de: <https://rdu-demo.unc.edu.ar/handle/UNC/206>
- Mías, C. D. (2015). *Quejas de memoria y deterioro cognitivo leve: concepto, evaluación y prevención*. Córdoba: Encuentro Grupo Editor.
- Mías, C.D., Luque, L., Bastida, M., & Correche, M.S. (2015). Quejas Subjetivas de Memoria, Olvidos de Riesgo y Dimensiones psicopatológicas: Aspectos Diferenciales entre el Declive y Deterioro Cognitivo Leve. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 15(2), 53-70.
- Montejo, P., Montenegro, M., Llanero, M., Ruiz, J. M., & Fernández, M. A. (2009). Prevalencia de quejas de memoria en mayores de 64 años. Estudio poblacional. 10º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Psiquiatría.com. Recuperado de: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/36177085/Interpsiquis_2009.pdf?1420623565=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPrevalencia+de+quejas+de+memoria+en+_mayo.pdf&Expires=1597245974&Signature=HroXdGgK7QpeXytmVFrAaiF3kvzKqeGDJt4qPYJE3y-6tYcqXmb5jbBBsNyTvpvAWdgBEkG~U6l3VhYJDyrW03QVnstzGGL5yfp

[N2yRQpog8F8U2IkBuOnrSL9qrCpWTJ7iW2kXFYskx6-i-b8OyLqjQvlycR3Oh3R8f6Qa4lf-CrATzP-h2kj5RoRT8zz0ZMz2FPUQXl91RMj74nx7O4LVwsre4k14O3J6BrHC5oQJg eD05fOwEe-IyNcDaDFnyp-xyYdSL1CvFSJxFmtJAPRRp3vd2Vrz0YGU3mMwA1DNC9FWUQd2y8B3k kEbMkhTDAn9qDGGJ~WC67pZY-pzt8A_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.038)

- Montenegro Peña, Mercedes (2016) *Quejas subjetivas de memoria en el envejecimiento y en adultos jóvenes: variables implicadas. [Tesis de doctorado]*. Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/38872/>
- Montes Rojas, J., Gutiérrez-Gutiérrez, L., Silva-Pereira, J. F., García-Ramos, G., & del Río-Portilla, Y. (2012). Perfil Cognoscitivo de adultos mayores de 60 años con y sin deterioro cognoscitivo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 7(3), 121-126. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179324986005>
- Navarro, E., & Calero, M. (2018). Cognitive Plasticity in Young-Old Adults and Old-Old Adults and Its Relationship with Successful Aging. *Geriatrics*, 2-14. Recuperado de: <https://doi.org/10.3390/geriatrics3040076>
- Navarro González, E., Calero García, M. D., López Pérez-Díaz, Á., Gómez Ceballos, A. L., Torres Carbonell, I., & Calero García, M. J. (2008). Nivel de independencia en la vida diaria y plasticidad cognitiva en la vejez. *Scielo Analytics*, 2(1), 74-84. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v2n1/original7.pdf>
- Navarro González, E., Calero, M. D., & Calero García, M. J. (2014). Diferencias entre hombres y mujeres mayores en funcionamiento cognitivo y calidad de vida. *European Journal of Investigation in Health, Psuchology and Education*, 4(3), 267-277. Recuperado de: <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v4i3.79>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Estadísticas sanitarias mundiales 2014*. Suiza: Ediciones de la OMS. Recuperado de: <https://tinyurl.com/y6eqwqrd>
- Sarabia Cobo, C. M. (2009). Envejecimiento Exitoso y Calidad de Vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. *Scielo*, 20(4), 172-174. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2009000400005&script=sci_arttext&tlng=en

- Springer, M. V., McIntosh, A. R., Winocur, G., & Grady, C. L. (2005). The Relation Between Brain Activity During Memory Tasks and Years of Education in Young and Older Adults. *Neuropsychology*, 19(2), 181–192. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.19.2.181>
- Tinoboras, C. (2018). Condiciones de vida de las personas mayores : acceso y desigualdad en el ejercicio de derechos (2010-2017) [en línea]. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores. EDSA Serie Agenda para la Equidad (2017-2025), Informe anual. Universidad Católica Argentina. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=investigacion&d=condiciones-vida-ejercicio-derechos-2018>
- Triadó, C., & Villar, F. (2014). *Psicología de la Vejez*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vicenzo Fernández, F. (2016) "*Consideraciones para pensar al adulto mayor con deterioro cognitivo leve*". [Trabajo final de grado]. Universidad de la República, Uruguay. Facultad de Psicología. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/8521>
- Zamarrón Cassinello, M., Tárraga Mestre, L., & Fernández-Ballesteros, R. (2008). Plasticidad Cognitiva en Personas con la Enfermedad de Alzheimer que reciben Programas de Estimulación Cognitiva. *Psicothema*, 20(3), 432-437. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72720315.pdf>

ANEXOS



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

Santa María de los Buenos Aires

Facultad de Psicología y Psicopedagogía

Consentimiento informado

Soy estudiante de la carrera de Psicología de la Universidad Católica Argentina. En la actualidad estoy llevando a cabo una investigación sobre la Plasticidad Cognitiva en relación con la Queja Subjetiva de Memoria en adultos para mi Trabajo de Integración Final. Ulteriormente sus conclusiones podrían ser publicadas en medios académicos. Por tal motivo le solicitamos su colaboración mediante el llenado del siguiente cuestionario que se le presenta a continuación.

Su colaboración es voluntaria y no recibirá compensación económica por ella. Para manifestar su acuerdo en participar, coloque su firma al final de esta hoja, luego de haber leído todo su contenido. Esa firma no lo compromete a nada, sólo afirma que su participación se realiza de manera voluntaria.

Si acepta colaborar, deberá responder una serie de cuestionarios. Por favor, le pedimos que conteste con total sinceridad. No habrá “devolución de un test” ya que el uso de sus respuestas es exclusivamente académico y no clínico. Las respuestas serán tratadas con de máxima confidencialidad y no se dará a conocer su identidad.

Es importante que usted responda con cuidado, cuidando que nada quede sin responder. Si es su voluntad, puede dejar de responder en el momento que usted quiera.

Le agradecemos mucho su tiempo y participación.

Alumna de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía - UCA

 --
 Consentimiento de (nombre y apellido)

Acepto participar: (firma y DNI)

E-mail:

ENTREVISTA

DATOS PERSONALES:

Nombre:

Edad:

Estado civil:

Hijos:

¿Con quién vive?

Nivel educativo alcanzado:

¿Está jubilado? ¿Continúa trabajando?

Ocupación laboral (¿a qué se dedicó toda su vida?):

ANTECEDENTES MÉDICOS:

Enfermedades médicas (hipertensión, diabetes, colesterol, obesidad, cardíaco, hiper o hipotiroidismo, etc.):

¿Tuvo alguna vez un accidente cerebrovascular o infarto? ¿Cuándo fue?

¿Tuvo alguna vez un golpe en la cabeza (TEC)? ¿Perdió el conocimiento? ¿Cuándo fue?

¿Toma alguna medicación? (Anotar qué toma)

¿Usa anteojos o audífono?

¿Tuvo alguna cirugía de relevancia?

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Tiene algún familiar... (en el caso que la respuesta sea “sí”, preguntar qué parentesco tiene con el familiar, especificar más sobre el cuadro, hace cuánto fue, etc.)

- ¿Con quejas de memoria?
- ¿Con diagnóstico de demencia?
- ¿Con diagnóstico de una enfermedad psiquiátrica (esquizofrenia, bipolaridad, depresión, etc.)
- ¿Con retraso mental?

Questionario de Queja de Memoria – Marotto, 2000; Mias, 2007

Instrucciones: Con este cuestionario nos interesa conocer cómo cree Ud. Que funciona su memoria. Marque con un círculo entre los números del 1 al 10, con qué frecuencia ha tenido olvidos como los que se describen. Procure establecer diferencias entre los distintos tipos de olvidos, por pequeños que sean. **¿Con qué frecuencia le han ocurrido estos olvidos o despistes en los últimos meses?**

	Casi Nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
Olvida o confunde nombres de personas bien conocidas	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida o no reconoce caras de alguien conocido	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida turnos o encuentros (p.e un turno, recoger algo)	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Pierde o no encuentra objetos de uso cotidiano (por ejemplo llaves, reloj, anteojos, papeles)	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida lo que le acaban de decir	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida números de teléfono que utiliza con frecuencia	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Se olvida de lo que estaba hablando	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida o no encuentra la palabra apropiada cuando habla ej. Palabra en la punta de la lengua.	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida o no recuerda haber realizado alguna acción ej. Cerré la puerta	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Va de compras o de trámites y se olvida algo	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Se equivoca o no está seguro de la fecha	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Tiene que volver al principio de un texto o párrafo (releer)	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Va a un lugar y no recuerda a qué iba a hacer allí	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida si tomó un remedio	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida partes importantes de una historia relato, o película	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida un suceso o hecho completo reciente, aún cuando se lo recuerda con posterioridad	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida hechos del pasado, como si no los hubiera vivido	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida el significado de algunas palabras conocidas	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida cómo se usan o manipulan objetos conocidos (aparato de música)	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida que tenía que acordarse de algo	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Algún familiar suyo considera que Ud. Tiene problemas de memoria?	NO – SI			

Lista de Rey – Potencial de aprendizaje:

LISTA A	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7
	Introd.	Stand.	Ampliadas		Stand.		Difer.
TAMBOR							
CORTINA							
TIMBRE							
ESCUELA							
CAFE							
PARIENTE							
LUNA							
JARDIN							
SOMBRERO							
GRANJERO							
NARIZ							
PAVO							
COLOR							
CASA							
RIO							
Repeticiones x trial=							
Intrusiones x trial=							
CORRECTAS X TRIAL =							
Potencial de aprendizaje	Pretest:		P.Gan.= Post-Pre		Postest:		

Puntaje reconocimiento: _____

MINIMENTAL**ORIENTACIÓN (10 puntos)**

• Dígame el día.....FechaMes.....Estación.....Año.....

/ 5

• Dígame el hospital (o lugar) en el que estamos

Lugar Calle Piso Ciudad País

/ 5

FIJACIÓN (3 puntos)

• Repita estas tres palabras: Pelota – Bandera – Árbol (repetirlas hasta que se las aprenda)

/ 3

ATENCIÓN (5 puntos) (Puntuar el mejor resultado de los dos: máximo 5 puntos)

• Dígame ¿cuánto es 100 menos 7?

93 – 86 – 79 – 72 – 65

• ¿Ud. puede deletrear la palabra MUNDO? Ahora deletréelo al revés. (O – D – N – U – M)

/ 5

MEMORIA (3 puntos)

• ¿Recuerda las tres palabras de antes?

/ 3

REPETICIÓN (1 punto)

• Repita esta frase: El flan tiene frutillas y frambuesas

/ 1

COMPRESION (3 puntos)

• Tome este papel con la mano izquierda (1) dóblelo por la mitad (1) y póngalo en el suelo (1)

/ 3

LECTURA (1 punto)

• Le voy a dar una orden por escrito, quiero que la lea y haga lo que dice; no la lea en voz alta.

(Mostrar la TARJETA que diga CIERRE LOS OJOS)

/ 1

ESCRITURA (1 punto)

• Escriba una frase completa

/ 1

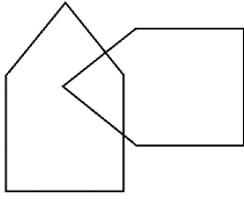
DENOMINACIÓN (2 puntos)

• Mostrar un lápiz (1). ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj (1)

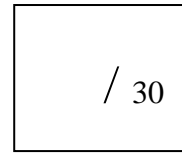
/ 2

COPIA (1 punto)

/ 1



• Copie este dibujo.



5. DIBUJO Y COPIA DE UN RELOJ**DIBUJO DE UN RELOJ**

Instrucciones: el paciente debe dibujar un reloj marcando las 10:25 en el reverso de la hoja.

Puntuación: un punto por cada ítem realizado correctamente.

<u>GDS</u>		
Conteste a las siguientes preguntas por sí o por no. Trate de seleccionar la que mejor represente lo que usted piensa.		
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	Si	No
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4. ¿Se encuentra aburrido?	Si	No
5. ¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	Si	No
6. ¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	Si	No
7. ¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	Si	No
8. ¿Se siente a menudo desamparo, desvalido, indeciso?	Si	No
9. ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	Si	No
10. ¿Le da la impresión que tiene más problemas en la memoria que el resto?	Si	No
11. ¿Cree que es agradable estar vivo?	Si	No
12. ¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	Si	No
13. ¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14. ¿Siente que situación es angustiada y desesperada?	Si	No
15. ¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación económica que usted?	Si	No

FLUENCIA VERBAL:										/14
Fluencia Verbal Fonológica					Fluencia Verbal Semántica					
Pedir al sujeto: Voy a decirle una letra del abecedario y quisiera que usted generara/dijera la mayor cantidad de palabras que pueda con esa letra, pero que no sean nombres propios de personas o lugares. ¿Está listo? Tiene un minuto y la letra es P.					Decir al sujeto Ahora nombre todos los animales que pueda, comenzando con cualquier letra. El participante puede equivocarse y decir sólo nombres de animales que comiencen con la letra P, en ese caso repetir las instrucciones durante los 60 segundos, si es necesario.					
0 a 15"		30-45"			0-15"		30-45"			
15-30"		45-60"			15-30"		45-60"			
					TOTAL:					
Tiempo en el que se dice la primera palabra: Repeticiones: Intrusiones relacionadas con un ejercicio previo: Intrusiones no relacionadas: Otros errores: Errores de pronunciación:					Tiempo en el que se dice la primera palabra: Repeticiones: Intrusiones relacionadas con un ejercicio previo: Intrusiones no relacionadas: Otros errores: Errores de pronunciación:					
P		>17	14-17	11-13	8-10	6-7	4-5	2-3	<2	
Animales		>21	17-21	14-16	11-13	9-10	7-8	5-6	<5	
Score		7	6	5	4	3	2	1	0	

FAB:

I – Conceptualizaciones: ____ (*tomar frutas/muebles/flores y al final ¿tren y bicicleta? pero NO puntuar*)

II – Flexibilidad mental: ____ (*tomar al final junto con las otras fluencias*)

III – Programación: ____

IV – Sensibilidad a la interferencia: ____

V – Control inhibitorio: ____

VI – Autonomía ecológica: ____

Total: ____ / 18