

EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA

EN DEMENCIAS

SANDRA RUIZ VALVERDE*

Las demencias son cada vez más un problema de salud pública que compete a todos quienes trabajan con personas de tercera y cuarta edad. Sin embargo, su diagnóstico no es fácil y deben considerarse una serie de exámenes que van desde el físico hasta el neuropsicológico, además de una revisión neurológica por medio de estudios paraclínicos (TAC, RNM, SPECT y otros).

Este artículo trata sobre la evaluación neuropsicológica. Inicialmente se proponen sus objetivos generales y luego se presentan brevemente los pasos que se siguen y las herramientas más comunes para su determinación.

Palabras Clave: Demencia; Neuropsicología.

NEUROPSYCHOLOGICAL EVALUATION IN DEMENTIA

Dementia is a public health problem, important to every one working with people in their third or fourth age. However, diagnosis is not easy and a series of test must be considered, psysical and neuropsychological. Neurological examination and imagenology (TAC, RMN, SPECT and others).

This paper reviews neuropsychological assessment. General goals, steps followed and tools utilized are presented.

Key Words: Dementia; Neuropsychology

* Neuropsicóloga Universidad Nacional Autónoma de México. Docente Universidad Javeriana, Cali.

INTRODUCCIÓN

Antes de presentar la evaluación neuropsicológica en personas con sospecha de demencia o envejecimiento patológico/ es importante hacer unas consideraciones básicas acerca de las características fundamentales de las funciones psicológicas superiores (FPS). ¿Qué son? ¿Cuál es su papel? ¿Cuál su relación con el medio? ¿Cómo se pueden alterar?

Es interesante observar cómo el contexto sociocultural determina la forma como se aborda el concepto de «función mental». A mediados del siglo XIX y empezando el siglo XX, predominó una corriente *loca-lizacionista* en la cual se concebía la función mental como el resultado de la acción de una parte específica del cerebro. El cerebro se veía entonces como una serie de estructuras con funciones específicas. De esta manera, la función mental era innata, algo con lo que se nacía, ya que veníamos dotados de un cerebro todopoderoso.

En contraposición surgió la tendencia *holista*. Para este momento las FPS cambiaron su génesis y se plantearon como el producto de una acción equipotencial. Esto significa que no existen estructuras cerebrales específicas encargadas de una función, sino que el cerebro en su totalidad trabaja una misma tarea en un solo momento. Así, las FPS son vistas como el resultado de la acción mancomunada de muchas

estructuras cerebrales.

Ante este panorama, surgió una postura «conciliadora» que nació de la escuela rusa. Se desarrolla una teoría más dinámica, basada en sistemas funcionales complejos, donde se concibió al cerebro no como un órgano que trabaja aisladamente sino como un sistema activo, un «cerebro en acción»⁽¹⁾. Las FPS se comprenden como el producto de un desarrollo histórico-social que se forma en la vida a través de la asimilación de la experiencia social y tienen una compleja estructura psicofisiológica. Si se analiza con detenimiento este planteamiento, las FPS se entienden como el resultado de la interacción no solo de una actividad cerebral (sistemas funcionales complejos) sino además del medio ambiente y la historia social de cada individuo⁽²⁾. En este artículo, las FPS son concebidas desde esta perspectiva.

Son, entonces, muchos los factores que pueden alterar el desarrollo o la acción de las FPS. Nos atañe en este momento detenernos en la «involución» que éstas presentan. Involución que muchos consideran «normal y esperada con la edad», pero no por ello tienen que derivar en el retiro de la actividad laboral, social y familiar.

Cuando esto sucede, puede que se esté o no ante un proceso demencial. Diversos factores pueden alterar estas funciones: un proceso degenerativo, una enfermedad médi-

ca general, un estado depresivo, etc. Es aquí donde el diagnóstico neuropsicológico colabora para conocer el estado actual del paciente y algunas posibilidades de diagnóstico diferencial. De tal manera, la evaluación, por sus implicaciones, debe ser tanto prudente como ética³.

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN LAS DEMENCIAS

La Neuropsicología (rama de la Psicología) se encarga de estudiar la relación existente entre las FPS y la actividad cerebral. Se interesa tanto por el desarrollo como por la actividad misma de estas funciones. Es decir, su objetivo central es no sólo analizar cuándo la función se altera por una lesión cerebral, sino también facilitar los medios para optimizar el desarrollo. Así, la neuropsicología, además de la evaluación neuropsicológica, es rehabilitación cognitiva e investigación. En este artículo únicamente se hará referencia a una parte de la evaluación neuropsicológica.

La evaluación neuropsicológica es un conjunto de observaciones cuanti y cualitativas³ de las FPS. Es una herramienta que ayuda para el diagnóstico neurológico y neuropsiquiátrico. Es importante resaltar el análisis cualitativo ya que este es el punto central del proceso evaluativo. No se trata de la aplicación de una batería de

pruebas sino de la interpretación teórica y clínica de los resultados que se obtienen.

La evaluación neuropsicológica suministra una estimación, lo más sistemática y objetiva posible, de las capacidades y déficits cognitivos y comportamentales del paciente. Con esto se establecen, entre otras cosas:

- a) Los perfiles de habilidades conservadas o mermadas y su evolución, para ofrecer un pronóstico social, académico, laboral o de responsabilidad civil.
- b) La magnitud de la pérdida y de las áreas preservadas.
- c) La evolución temporal del cuadro mental.
- d) Las diferencias entre estados confusionales y cuadros afásicos, demenciales o lateralizantes.
- e) La evolución de dichos estados
- f) El tipo y curso de estados demenciales y su diferenciación con depresiones seniles.

Así, uno de los objetivos de la evaluación neuropsicológica es determinar la presencia de un trastorno demencial y especificar su curso y evolución con métodos cualitativos y cuantitativos bastante certeros del estado cognitivo del paciente. Por su grado de desarrollo técnico y conceptual la Neuropsicología se ha convertido en una disciplina

importante dentro del equipo interdisciplinario que trabaja con pacientes con sospecha o evidencia de un proceso demencial.

ANTE LA SOSPECHA DE DEMENCIA

Las demencias son una entidad que deteriora precisamente aquello que nos hace humanos. Nos deshumaniza: perdemos nuestra historia, nuestras habilidades lingüísticas, nuestras capacidades prácticas. Nos saca bruscamente de nuestra vida. Nos lleva fuera del mundo «real» y nos sumerge en un mundo aurista y lejano.

En la evaluación neuropsicológica a un paciente con sospecha de una demencia, se siguen los siguientes pasos:

1. Analizar su estado de ánimo y su comportamiento. Interactuar con los familiares y con él mismo. El proceso en ningún momento puede obviar que el paciente es una persona involucrada en un núcleo familiar. No se trata simplemente de una enfermedad que necesita ser denominada.

2. Determinar la orientación en persona, lugar, tiempo y circunstancia. En este momento, es importante explorar detalladamente todos los aspectos que cada apartado merece (por ejemplo, en el tiempo, no limitarse a preguntar sólo por la fecha, sino por el día de la semana, la hora aproximada, la parte del día)⁴.

3. Evaluar la atención, acudiendo a subpruebas como retención de dígitos, dígito-clave, TMT forma A y B, Stroop Test (esta prueba se puede analizar también en la función ejecutiva). Aunque son pruebas formales, explícitas, lo cierto es que la atención se evalúa durante todo el proceso. Si el examinador está atento a la ejecución de su paciente, no existe momento de la evaluación en que no se observe el conjunto de las actividades cognitivas.

4. El lenguaje es una de las funciones que inicialmente puede estar más preservados. Cuando la denominación empieza a fallar, se deben evaluar todos los niveles del lenguaje: espontáneo, automático, fluidez, repetición, denominación y comprensión.

El lenguaje automático se estudia por medio de series automatizadas en progresión y regresión (que también sirve de información para el control mental del paciente). La fluidez verbal del paciente es diferente si se da espontáneamente o en situación de prueba; en esta última, el FAS es una buena herramienta evaluativa. En un minuto, la persona refiere todos los animales o todas las palabras que empiecen por una letra determinada; desde este momento se pueden identificar las dificultades en la denominación. La repetición es importante porque se tiene en cuenta el oído fonético. En este momento se atiende la repetición de letras, sí-

labas, palabras, pares de palabras, frases y logatomo (palabras sin sentido). La subprueba de denominación del Boston⁽⁶⁾ es muy sensible para los errores denominativos. Las ayudas semánticas o fonológicas que el evaluador ofrece son frecuentes y es imperativo que el clínico se percate de los cambios parafásicos o de los signos anómicos que se pueden presentar. La comprensión se analiza con el cumplimiento de órdenes que van desde lo más simple («levante la mano» o «cierre los ojos»), hasta las más complejas (pasando por estructuras lógico gramaticales complejas como preguntas de si-no).

5. La evaluación de la memoria tiene un interés muy particular porque es la función donde se evidencia buena parte de los signos iniciales de un proceso de envejecimiento patológico. Se inicia con preguntas sobre hechos socioculturales y personales pasados y recientes. En este momento, el evaluador debe asesorarse de un familiar que viva con el paciente o le sea muy cercano, para que pueda corroborar la información. No se trata de preguntar por el hecho en sí, sino además, el tiempo en qué ocurrió, sus circunstancias y su desenlace. Es decir, la información obtenida debe ser lo más precisa posible.

Para determinar la capacidad de retención, almacenamiento y evocación se tienen diversas posibilidades. Las más utilizadas son la

prueba de memoria verbal de California y la prueba de aprendizaje verbal de Rey. Ambas permiten construir una curva de aprendizaje, averiguar por el tipo de interferencia, determinar la producción a corto y largo plazo, y evaluar la fase de reconocimiento. Además, es de suma importancia analizar los errores que se presentan: por intrusión, contaminación y perseveración. Este tipo de actividades facilitan el conocimiento preciso de la función mnésica.

Otros tipos de memoria que se deben estudiar son la visual y la lógica. Para la primera, por lo general se hace la evocación inmediata y diferida de la figura compleja de Rey o la evocación de diseños que se le han presentado al paciente. Se tiene en cuenta la cantidad de detalles que se presentan y se debe comparar la ejecución tanto a corto como largo plazo. La memoria lógica se evalúa con la evocación de historias narradas con antelación por el examinador. Como en la memoria visual, es importante la cantidad de detalles que el paciente refiere alrededor de la historia y la variedad de preguntas que ayudan a evocar la información.

La memoria es la función que más elementos clínicos proporciona para el diagnóstico. El examinador se apoya en los cambios reales que se presentan, los tipos de error, las circunstancias en la que se desarrolló la prueba, la colaboración del

paciente, la información familiar, etc.

6. En la praxis se evalúa: la ideomoto-tora (con órdenes como el saludo militar, persignarse, decir adiós etc.); la ideacional (hacer toda la secuencia para poderse fumar un cigarrillo, cepillarse los dientes); vestirse (averiguar si el paciente ha tenido dificultades al ponerse la ropa; o hacer que el paciente se ponga la camisa o el saco); y la construccional.

La praxis construccional suele estar particularmente afectada en las primeras etapas de la demencia y por eso es fundamental tenerla en cuenta: se le pide al paciente que haga dibujos espontáneos (casa, flor, reloj) y posteriormente se le presenta una hoja donde están dibujados esos objetos y él debe copiarlos. Es claro que se tiene que observar si hay diferencias entre el dibujo espontáneo y la copia. La prueba más conocida para el estudio de esta función es la figura compleja de Rey⁽⁶⁾. Para llevarla a cabo el paciente copia la figura (el tiempo es muy importante) e inmediatamente se le pide que la evoque. Pasados 20 ó 25 minutos, se le solicita que la dibuje nuevamente. Además de esta prueba, las tareas con cubos y rompecabezas ayudan a esclarecer las alteraciones en esta área.

7. Lectura y escritura: estas funciones por lo general se conservan. Se debe valorar la escolaridad del pa-

ciente y el tiempo que lleva alejado de actividades académicas. La evaluación de la escritura tiene en cuenta varios niveles: primero espontánea (del nombre, la firma, la fecha y alguna frase); segundo se le da una frase para que la copie y luego se le dictan letras, palabras, frases, números y logatomos.

La lectura sigue un orden de complejidad: letras, sílabas, palabras, frases, párrafos y logatomos⁽⁵⁾.

8. El cálculo se evalúa escrito y mental, y depende en gran medida de la escolaridad. Se le presentan problemas sencillos y complejos. Se debe identificar si las dificultades se deben a fallas francas en el cálculo o si son secundarias a la memoria. Si es así, el paciente no entenderá los elementos del problema y, muy probablemente, no podrá realizar la tarea.

9. Las funciones ejecutivas. Existen pruebas formales como el Wiscon-sin Card Sorting Test⁽⁷⁾ y la Torre de Londres, que sólo se aplican a pacientes en aceptables condiciones (si las fallas mnésicas son muy relevantes, la experiencia me ha enseñado que este tipo de tareas no se pueden adelantar), lo cual no quiere decir que no se pueda evaluar este tipo de funciones. Las pruebas informales como la interpretación de proverbios, el análisis de semejanzas y absurdos verbales, y la elaboración de definiciones, son herramientas válidas y confiables, dado que para desarrollarlas

no se requiere un alto grado de escolaridad.

La evaluación neuropsicológica en las demencias es un proceso detallado de cada una de las FPS. Después de obtener la información, se realiza un análisis tanto cuantitativo como cualitativo de los resultados. A partir de ese análisis se establece un diagnóstico en términos de probabilidad. Como se sabe, en las demencias no se puede hacer un diagnóstico definitivo con la primera evaluación neuropsicológica (a no ser que el paciente llegue en etapas avanzadas de la enfermedad). Se requiere de un seguimiento riguroso y comparativo de las diferentes ejecuciones.

La evaluación neuropsicológica es una de las herramientas que junto con los estudios de neuroimagen, los exámenes de laboratorio, la evaluación neurológica y neuropsiquiátrica permiten una aproximación diagnóstica. De tal manera, el estudio y seguimiento de las demencias es de carácter interdisciplinario.

Es importante tener en cuenta tanto el subdiagnóstico como el sobre-diagnóstico. Con frecuencia se tiende a caer en los dos extremos, por demás peligrosos: rotular como «Alzheimer» un olvido benigno o justificar por la edad olvidos patológicos. Por ello, la aproximación neuropsicológica debe tener patrones claros de referencia y ser prudente en sus apreciaciones.

REFERENCIAS

1. Luria A. El Cerebro en acción. Barcelona: Editorial Fontanella; 1974.
2. Vygotski LS. Obras Escogidas. Tomo II. Barcelona: Aprendizaje Visor; 1982.
3. Guzman E. Cuadernos de Psicología: la evaluación neuropsicológica. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1992.
4. Peña-Casanova J. Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica. Barcelona: Masson S.A.; 1990.
5. Goodglass H, Kaplan E. Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados. Madrid: Panamericana S.A.; 1996.
6. Lezak M. Neuropsychological Assessment. New York: Oxford University Press; 1995.
7. Heaton R, Cordón Ch, Talley J, Kay G y Curtiss G. Wisconsin Card Sortin Test Manual. Revised and Expanded. PAR Psychological Assessment Resources, Inc. U.S.A.; 1993.