

Evaluación Neurocognitiva, algunas consideraciones

Mi intención es compartir con Uds. ciertas reflexiones que me surgen a partir de la labor que realizo a diario en el Servicio de Neurología de este hospital en el consultorio de trastornos de memoria y otras alteraciones cognitivas asociadas con la edad.

Casi un 60 % de las personas a las que se le realiza la evaluación neurocognitiva tienen un rendimiento dentro de los parámetros normales para la edad, del 40 % restante la mitad tiene resultados alterados por Ansiedad o Depresión y solo el 20 % tiene resultados compatibles con Demencia Senil de Tipo Alzheimer (D.S.T.A.) o Demencia Vasculare (D.V.) o Mixta.

De ese 60 % que consulta y cuyo rendimiento en los test es normal, por lo tanto se trata de olvidos subjetivos o “ olvidos benignos de la senectud ” como los denominara Karl, considerando que el declinar de las facultades cognitivas es un hecho común en el proceso de envejecimiento, sin que ello deba considerarse enfermedad, a veces nos resulta difícil determinar donde se encuentra el límite entre lo fisiológico y lo patológico, es por eso que consideramos, evaluamos y operamos con variables de riesgo.

¿Cual es el riesgo de que se tornen patológicos, que devengan en un cuadro demencial? . . .

Los factores de riesgo orgánicos son por todos conocidos:

- Hipertensión
- Patología cardiovascular
- Consumo de alcohol
- Dislipidemia
- Traumatismo de cráneo
- Historia familiar de demencia
- Edad
- Etc.

Sobre algunos de los factores de riesgo mencionados es posible el tratamiento y/o prevención, sobre otros como la edad es obvio que no se pueden modificar, a menos que encontremos La Fuente de la Eterna Juventud.

Mi reflexión es: ¿Podríamos darle categoría de Factor de Riesgo a los aspectos emocionales que comprometen la subjetividad del anciano y tomar estos como variables de prevención, detección y tratamiento?

La vejez es una etapa de la vida donde acontecen muchas pérdidas (Duelos), jubilación, muerte del conyugue, pérdida de espacios sociales, déficits sensoriales (audición, visión, etc.).

Estamos muy habituados a escuchar esto y repetirlo, pero olvidamos que desde el momento que nacemos estamos expuestos a pérdidas todo el tiempo y que la elaboración y adaptación a estas son las que nos permiten un crecimiento exitoso.

No es mi intención desarrollar aquí el abandono social que padece el anciano en la actualidad, pero es justo que lo mencionemos debido a que esto repercute

tangencialmente en el anciano agravando las situaciones de duelos antes mencionadas dificultando que la pulsión o energía vital encuentre nuevos espacios.

De ese 60% de la población evaluada que llega a la consulta con quejas subjetivas encontramos en un gran porcentaje cierto temor a la vejez/enfermedad, pues les ha tocado cuidar a algún familiar afectado de demencia (Padres – Suegros- Conyugue – Hermanos – etc.).

Muchos de estos pacientes al termino del proceso de evaluación, se tranquilizan, sus temores se acallan y recuperan la confianza en sí mismos. La evaluación neurocognitiva muchas veces actúa como estímulo que resulta terapéutico reparando la cadena del funcionamiento de la memoria que el temor, stress y/o preocupación rompió en alguno de sus eslabones.

También dentro de esta población encontramos un gran número de inmigrantes que en su mayoría viven con malestar y resignación los determinantes sociales que han signado sus vidas, son quienes han venido de España e Italia entre la Primera y Segunda Guerra Mundial, a “hacerse la América”, a construir sus familias, sus vidas en el promisorio paraíso que representaba la Argentina.

Como Ej. quiero mencionar a Manuel, 67 años, paciente cuya evaluación neuropsicológica estaba dentro de los valores normales, sobre límites inferiores de acuerdo a lo esperado por edad y educación, pero normales, la T:A:C: y el Mapeo Cerebral fueron normales.

Manuel, inmigrante español que se estableció en el país al principio de los años cuarenta y armo su fabrica de árboles de navidad y carpintería con gran éxito, hasta que comenzó la importación; hoy goza de una jubilación mínima como muchos de nuestros mayores. Sus dos hijos, profesionales ambos, uno radicado en Estados Unidos desde hace diez años y su hija a punto de partir a radicarse en España. Y él aquí, junto a su esposa, sin querer quedarse, sin querer irse, sin saber donde irse ni que hacer.

- ¿No son estos factores suficientes para ponerlo en riesgo de enfermedad?
- ¿Puede su situación socio-emocional ser la causa de sus “Olvidos Benignos”?
- ¿Sus “Olvidos Benignos” son parte de un proceso normal, fisiológico y funcional del proceso de envejecimiento?.
- ¿Estos O.B. pueden devenir patológicos?
- ¿Pueden desencadenar en una demencia?

Factores de Riesgos emocionales, variables de intervención posibles o imposibles?. Solo intentos.

Se va el paciente, se cierra la puerta del consultorio y se abren las preguntas. Me gustaría citar aquí un estudio realizado en una universidad americana donde una orden de monjas católicas, tras realizar unos protocolos de vida, donaron sus cerebros. Una de ellas murió a los 100 años y siempre mostró un estado de gran lucidez, al estudiar su cerebro se hallo que tenía el 50% afectado por el Alzheimer, pero sin embargo su enfermedad no se había manifestado.

Cabría preguntarnos aquí ¿Por qué se manifiesta la enfermedad en unos sí y en otros no?

Podríamos ensayar muchas respuestas, como que se manifiesta con más facilidad en personas que tienen las lesiones hemopatológicas específicas y además dificultades vasculares, etc..

Pero ninguna de todas las respuestas posibles nos dan una certeza absoluta, no encontramos una respuesta sino muchas, que nos plantean nuevas preguntas.

Una persona bien adaptada, feliz, que disfruta de cada etapa de la vida y una salud general buena cuenta con menos posibilidades de manifestar una enfermedad y en concreto el Alzheimer. Recordemos entonces que el concepto de salud es más que el bienestar físico y que en el anciano se imbrican especialmente los problemas de salud mental, social, funcional y espiritual.

Es por esto que considero que la naturaleza de la evaluación neuropsicológica requiere de un profesional que posea habilidad para realizar la entrevista, capacidad para la apreciación de variables sociales y culturales, el adiestramiento de un psicólogo clínico, el conocimiento estadístico y familiaridad con los test psicométricos y amplio entendimiento del sistema nervioso y sus patologías.

Todos estos requerimientos son esenciales y quisiera corroborarlos a partir de una viñeta clínica:

María de 76 años llega a nuestro consultorio derivada por la neuróloga de su obra social a realizar una evaluación neurocognitiva ya medicada con donepecilo* desde hacía un mes, por indicación del jefe de servicio se le suspende la medicación, se le solicita la TAC, que presento imágenes lacunares difusas y realizó dos entrevistas semidirigidas, donde María habla de sus olvidos, de la posibilidad de no poder vivir sola por lo cual ya había comenzado la búsqueda de una persona que la atendiera mientras desarmaba su casa para después “internarse en un geriátrico”, decisión que quería realizar mientras estuviera lucida y la enfermedad no minara su identidad ya que no quería darles trabajo a sus hijos. Con estos no tenía un vínculo satisfactorio debido a la historia familiar y al vínculo conflictivo que mantuvo con su marido quien había fallecido hacía cuatro años.

Luego de estas primeras entrevistas comenzamos la evaluación con las siguientes baterías: CAMDEX – Test de Boston – ADAS Cog., las cuales arrojaron valores normales sin déficits en áreas cognitivas, para la entrevista con un familiar el hijo mayor fue el elegido por ella, el mismo casualmente neurólogo, coincidía en la iatrogenia que significaba la medicación dada a su madre y corroboró la familiar dificultad en establecer vínculos saludables.

El día de la entrega del informe, además e realizar el mismo para el médico solicitante tengo por hábito hacerle una devolución al paciente siempre que las condiciones lo permitan. En esa entrevista yo fui la sorprendida al recibir el siguiente comentario de parte de María “Todas estas charlas y test me han hecho pensar si todo esto no lo arme para llamar la atención de mis hijos sobres todo de Miguel (el neurólogo) creo que no es la enfermedad el camino.” Hoy sostenemos entrevistas quincenales con María quien esta proxima a cumplir años y organizando su festejo al que concurriran sus hijos, un grupo de vecinos con los cuales creo una red de amistad y servicios mutuos (comparten el diario, caminatas, salidas y cenas), y esta estudiando computación para que “sus neuronas no se atrofien”.

Con este caso quiero demostrar la importancia de la entrevista en un espacio de escucha clínica donde se despliegan las variables personales en el marco de la evaluación de las funciones cerebrales superiores.

Lic. Alicia Verde

*** Acción Terapéutica:**

Inhibidor reversible de la acetilcolinesterasa, enzima encargada de la hidrólisis del neurotransmisor Acetilcolina (ACh).

Indicaciones:

Tratamiento de la demencia, leve a moderada, de tipo Alzheimer.