

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**“ALTERACIONES DE LA MEMORIA.
SU RELACION CON LA EDAD Y GENERO”**

TESIS

Presentada al Consejo de la Facultad de Humanidades

Por

ANA MONICA ENRIQUEZ MOLINA

Para optar al Título de

PSICOLOGA

En el Grado Académico de

LICENCIADA

Guatemala de la Asunción, marzo 2001

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**“ALTERACIONES DE LA MEMORIA.
SU RELACION CON LA EDAD Y GENERO”**

TESIS

Presentada al Consejo de la Facultad de Humanidades

Por

ANA MONICA ENRIQUEZ MOLINA

Para optar al Título de

PSICOLOGA

En el Grado Académico de

LICENCIADA

Guatemala de la Asunción, marzo 2001



Universidad Rafael Landívar
Facultad de Humanidades

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR	Lic. Gonzalo De Villa, S.J.
VICERRECTORA GENERAL	Licda. Guillermina Herrera Peña
VICERRECTORA ACADÉMICA	Licda. Guillermina Herrera Peña
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO	Dr. Hugo Beteta
SECRETARIO	Lic. Renzo Lautaro Rosal
DIRECTOR FINANCIERO	Ing. Carlos Vela Schippers
DIRECTOR ADMINISTRATIVO	Arq. Fernando Novella

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANO	Dr. Amílcar Dávila Estrada
VICEDECANA	Licda María Eugenia Ruiz de Sandoval
SECRETARIA	Licda. Patricia Melgar de López
DIRECTORA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA	Licda. Silvia Lissette Moino Cárdenas
DIRECTOR DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN	Dr. Bienvenido Argueta
DIRECTOR DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN	Lic. Silvio René Gramajo Valdés
DIRECTORA DEPARTAMENTO DE LETRAS Y FILOSOFÍA	Licda. María Eugenia Del Carmen Cuadra
REPRESENTANTES DE CATEDRÁTICOS	Licda. Gloria Patricia Samayoa Azmitia Lic. Jorge Enrique Contreras Navas
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES	TITULAR: Manuel Velásquez SUPLENTE: Renata Haeussler

ASESOR(A) DE TESIS

Licda. Hilda Caballeros de Mazariegos

TERNA EXAMINADORA

Lic. Lillian Pinto Guerra
Licda. Irene Ruiz de Villagrán
Licda. María Eugenia Ruiz de Sandoval



Universidad Rafael Landívar

Guatemala, 6 de noviembre de 2000

Señores
Miembros del Consejo
Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar
Presente

Respetables Señores:

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para someter a su consideración el trabajo de investigación de la alumna **Mónica Enriquez Molina**, con carné No. 44140-92, previo a optar al grado académico de Licenciada en Psicología.

El trabajo se titula: **“Memoria y alteraciones de la memoria. Su relación con la edad y medio ambiente”**.

He asesorado y revisado dicho trabajo y considero que reúne las condiciones necesarias de una investigación científica, por lo que les agradeceré se asigne la Terna respectiva para la Defensa Privada de Tesis.

Atentamente,

Licda. Hilda Caballeros de Mazariegos
Asesora



Universidad Rafael Landívar
Facultad de Humanidades

Reg.No.FH-092-2001

Guatemala,
06 de marzo del año 2001

Señorita
Ana Mónica Enríquez Molina
Presente.

Estimada señorita Enríquez:

De acuerdo al dictamen rendido por la Terna Examinadora de la Tesis titulada: **ALTERACIONES DE LA MEMORIA. SU RELACIÓN CON LA EDAD Y GÉNERO**, presentada por el (la) estudiante Ana Mónica Enríquez Molina, carnet No. 44140-92, la Secretaria del Consejo de la Facultad de Humanidades **AUTORIZA LA IMPRESIÓN DE LA TESIS** al (a la) estudiante, previo a optar al título de Psicóloga en el grado académico de Licenciada.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

x M. de Sandoval
Licda. Patricia Melgar de López
SECRETARIA DE CONSEJO



/ sm
c.c.- archivo

ACTO QUE DEDICO

A Dios

A La Virgen María

A mis padres

Fernando Enríquez Villacorta
Mónica Molina de Enríquez
Por haberme brindado su apoyo y ayuda incondicional en todo momento.

A mi esposo

José María Arriola Ibáñez
Por haber sido mi apoyo y aliento en estos años.

A mi hijo

José María Arriola Enríquez
Por haber sido un motivo más para continuar.

A mis hermanos

Fernando Enríquez Molina
Rodrigo Enríquez Molina
María José Enríquez Molina

A mis abuelitos

Elena Villacorta vda. de Enríquez (Nona)
Carlos Molina Llarden (en su memoria)
Elisa de Molina (en su memoria)

A mis suegros

José María Arriola y Arriola.
Norma Ibáñez de Arriola

A toda mi familia

Al colegio Liceo Javier

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Humanidades de la Universidad Rafael Landívar.

A los Licenciados

Hilda Caballeros de Mazariegos

Lilian Pinto

Silvia Moino

Isabel Martínez

Claudia de la Roca

Dra. Blanca Delia de Lammens

María Eugenia de Sandoval

Irene Ruiz de Villagrán

A todas las personas que de una u otra manera colaboraron con la investigación, especialmente:

Doctor Héctor Bolaños

Doctor Antonio Saravia

Luisa María de Obiols

A los directores

De los hogares para ancianos que permitieron realizar esta investigación.

A mis amigas

Carmen Ezquerro de Padilla

Karla Paredes de Muralles

Flor de María Torres de Gossman

Rossana Faillace

Berta Porras Mirón

Ana Luisa Muralles de Portillo

Ximena Ríos de Pemuelier

A toda mi familia y demás amigos por su apoyo incondicional..

INDICE

	Página
CONTENIDO	
RESUMEN	
I. INTRODUCCION.....	1
A. Antecedentes de Estudio del Problema.....	3
B. Modelo Teórico De La Memoria.....	12
C. Anatomía de la memoria.....	16
D. Deterioro de la memoria asociado con la edad.....	22
E. Memoria y envejecimiento.....	24
F. Moderado Deterioro Cognitivo.....	25
G. Demencia.....	27
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	31
A. Breve introducción desde el punto de vista teórico.....	31
B. Problema de Investigación.....	32
C. Objetivo de Investigación.....	32
D. Definición de Variables.....	33
E. Alcances y Límites de la Investigación.....	34
F. Aporte de la investigación.....	34
III. METODO.....	36
A. Sujetos de Investigación.....	36
B. Instrumento de Investigación.....	38
C. Procedimiento de Investigación.....	40
IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	43
A. Resultados Descriptivos.....	43
B. Resultados Comparativos.....	46
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	47
VI. CONCLUSIONES.....	51

VII. RECOMENDACIONES..... 52

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... 53

ABSTRACT

Se realizó una investigación “Ex Post Factum” con el objetivo de determinar cual era el nivel de deterioro de la memoria en las personas de la tercera edad de ambos géneros. Para el efecto se tomó una muestra constituida por 60 personas, 30 de sexo masculino y 30 de sexo femenino, comprendidas entre los 60 y 85 años, que se quejaron de padecer pérdida de memoria.

Se realizó una evaluación con la escala Mini Mental State Exam (Mini Examen del Estado Mental); el cual es un examen breve estructurado que dirige el examinador de forma oral de manera individual, siguiendo una serie de preguntas que exploran la orientación, memoria, atención, capacidad de renombrar, comprensión, praxis y concentración, con la cual se determina el nivel de la memoria indicando si se presentó o no una demencia.

Se presentaron los mismos casos de demencia en los hombres que en las mujeres. El cuadro demencial se presentó a una edad más temprana y de forma más severa en las mujeres que en los hombres.

Se pudo concluir que existe la misma probabilidad en las personas de la tercera edad de ambos géneros de padecer demencia, sólo que unos a edad más temprana y severa que otros.

I. INTRODUCCION

La mente como el ser humano es una unidad, se divide, para poder estudiarla. Una de las grandes divisiones de la mente es la cognición que es la capacidad de conocer y comprender (Salvat, 1992). Este trabajo estudia la memoria dentro de la cognición. Se hizo una revisión de las principales funciones mentales de la cognición con especial énfasis en la memoria.

Siguiendo la última edición de texto de Vallejo (1994), conciencia es la función que integra los datos psíquicos de tipo objetivo intelectual y emocional en una totalidad, relaciona el presente con el pasado y el futuro, dándoles en esta integración: Sujeto, Mundo, Tiempo y Espacio. Lo que le da una significación llena de valor y sentido.

La atención es el proceso selectivo de la información necesaria.

La orientación temporo espacial es un rendimiento mental complejo que exige relacionar varias funciones: la memoria, la atención, el pensamiento y la conciencia. En general, se dice que una persona está orientada cuando su conciencia es lúcida, puede poner atención, usar su memoria, su lógica y ubicarse en qué lugar esta, en qué tiempo y que persona es ella misma y la del entrevistador.

La memoria, según Serrallanga citado por Vallejo (1991), es la capacidad de adquirir, retener y utilizar secundariamente una experiencia y la utilización secundaria sustenta la función predictiva que es de suma importancia en el desarrollo de la capacidad intelectual y relacional en el hombre. Por lo que se puede determinar que la memoria es una capacidad básica necesaria para la vida diaria de toda persona y se le ha dado importancia desde tiempos muy remotos ya que era de gran utilidad para la tradición oral; luego al aparecer la letra impresa no se le restó importancia, ya que dicha capacidad es necesaria para recordar cómo escribir. En la actualidad, encontrándose la persona en un mundo tan complejo, la memoria es fundamental para la vida del

hombre de hoy, el cual debe recordar no sólo su nombre, sino que una infinidad de números, nombres, direcciones, y sobre todo conocimientos.

La memoria es considerada por la moderna psicología como una de las funciones psicológicas superiores junto con el pensamiento y la voluntad (Lersch 1989). Constituye una función importante para mantener el ámbito relacional del ser humano consigo mismo y con los demás. El déficit de memoria dificulta grandemente la vida del hombre y, con la pérdida de la misma se interrumpe e impide la vida personal y social, de allí su enorme interés por estudiarla.

La memoria es una capacidad que al paso del tiempo sufre un deterioro natural, cuanto mayor sea la persona, mayor será el deterioro de la memoria, sin embargo la disminución que se sufre no es muy significativa al menos que este proceso sea de naturaleza patológica, la cual puede causar un déficit de memoria más severo, y como consecuencia afectar en un grado mayor la capacidad intelectual y relacional del hombre. El proceso patológico es muchas veces irreversible, por lo que esto afectará la vida de la persona considerablemente. Es preciso considerar la importancia de la memoria en todos los aspectos de la vida de la persona e incluso lo es el conocer si existe o no un trastorno patológico.

Así, el presente trabajo tuvo como objetivo dar a conocer lo que es la memoria, en qué consiste y cuáles son algunos de los trastornos de la memoria que las personas pueden padecer, y determinar si hay un proceso de deterioro en las personas de la tercera edad de ambos géneros.

En la ciudad de Guatemala el 3 de junio de 1999, se realizó el simposio “Avances Científicos en la enfermedad de Alzheimer”, siendo los expositores los médicos Rafael Blesa y Josep Vázquez., en el cual se expuso sobre la demencia y la enfermedad de Alzheimer, en donde se encuentra en la actualidad centrada el interés de la investigación. Esto se debe a que se ha reconocido el significado de los cambios demográficos que se están dando alrededor del mundo y es que la población mundial está envejeciendo. Esto significa que la prevalencia de Alzheimer

incrementa de mayor o menor grado con la edad. La prevalencia es de 1.5% en el grupo de edad de 60 a 69 años hasta más del 20% después de los 80 años. La enfermedad de Alzheimer es la cuarta causa de muerte en países occidentales después de enfermedades cardíacas, el cáncer y enfermedades cerebrovasculares, y se estima que es la tercera más costosa en Estados Unidos de América.

Por lo tanto es importante conocer acerca del tema, de los riesgos que tiene la población que está envejeciendo , cuáles son los factores de riesgo que pueden causar dicho deterioro y lo más importante poder realizar un diagnóstico temprano y preciso, lo cual permite un aprovisionamiento para el futuro y un asesoramiento útil al paciente y a la familia de éste.

Con relación al tema, Sevush y Leve (1993) efectuaron un estudio en el Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Miami que fue realizado debido a que los pacientes de Alzheimer a menudo niegan o subestiman la severidad del deterioro de la memoria, por lo que se examinaron las relaciones entre la negación y la severidad del deterioro cognitivo y entre la negación y la presencia de depresión.

Para el efecto tomaron una muestra de ciento veintiocho pacientes con posibilidad de padecer Alzheimer y se evaluó la negación del déficit de memoria con una entrevista estructurada, la cognición fue evaluada con 16 sub tests y la depresión se midió con una escala que incluye la clasificación del paciente, de personas que le cuidan y del examinador acerca del estado de ánimo y afectividad del paciente. Se concluyó que la asociación entre la negación y el deterioro de la cognición puede sugerir que la negación de padecer probablemente Alzheimer se debe a la desorganización de las habilidades cognitivas necesarias para tomar conciencia de la enfermedad y la asociación entre negación y depresión sugiere que la presencia de depresión en la enfermedad de Alzheimer es en parte una reacción natural.

Por su lado, Flicker, Ferris y Reisberg (1993) realizaron un estudio longitudinal sobre la función cognitiva en personas de edad avanzada con disminución subjetiva de la memoria para determinar el cambio en la función cognitiva en individuos de edad madura con una pérdida subjetiva de la memoria, en un seguimiento en un intervalo de más de tres años en el departamento de psiquiatría del Centro Médico de la Universidad de Nueva York.

Se utilizó una muestra de cincuenta y nueve sujetos de edad mayor, saludables, con quejas de disminución de memoria, pero no con una aparente disfunción clínica de la cognición, se aplicó una batería neuropsicológica que incluye doce tests de memoria mediata, inmediata, la función del lenguaje, relaciones visoespaciales y progreso psicomotriz. La batería neuropsicológica se aplicó completa a los sujetos durante un intervalo de tiempo de más de tres años. Se concluyó que los individuos de edad avanzada con percepciones subjetivas del decremento cognitivo que no presentaron una clara evidencia de un deterioro cognitivo en la entrevista clínica no tienen riesgo de padecer un deterioro progresivo de la cognición en los tres o cuatro años subsiguientes.

En ese mismo año (1993), Sharp, Brindle, Brown y Turner realizaron una investigación, en el Bristol Maternity Hospital de Inglaterra, sobre la pérdida de memoria durante el embarazo con una muestra de 48 mujeres embarazadas que asistían a un control prenatal rutinario y un grupo control de 19 mujeres no embarazadas que asistían a chequeo rutinario.

Se realizó una evaluación subjetiva para clasificar el deterioro de memoria y una evaluación objetiva de la capacidad para recordar, reconocer y de la memoria primaria. Se aplicaron primero los tests objetivos y luego se pidió a las mujeres embarazadas que clasificaran su memoria en el presente, comparado a unas semanas antes cuando aún no estaban embarazadas. Se determinó que la mayoría de las mujeres creen que durante el embarazo la memoria se ve deteriorada. Objetivamente durante el embarazo hay un significativo deterioro de la memoria, principalmente en la capacidad de recordar y memoria primaria, pero no en el reconocimiento. El patrón de pérdida de la memoria difiere de otras condiciones amnésicas.

En 1994 Hanninen, Reinikainen, Helkala y otros, realizaron un estudio acerca del deterioro subjetivo de la memoria y los rasgos de personalidad en sujetos normales de edad avanzada con el propósito de evaluar la relación entre las funciones de la memoria medida objetivamente y las quejas subjetivas de la pérdida de memoria y determinar si las quejas subjetivas son afectadas por ciertos rasgos de personalidad o condiciones afectivas.

El estudio realizado en el Departamento de Neurología de la Universidad de Kuopio, Finlandia; se realizó con 403 sujetos comprendidos entre 67 y 78 años, de una muestra escogida al azar; de la cual se seleccionó y se dio un seguimiento de estudios de sujetos que presentaban quejas subjetivas del deterioro de la memoria, y se utilizó el Test de Retención Visual Benton, el Memory Complaints Questionnaire y dos subescalas del Inventario Multifásico de la personalidad y la Geriatric Depression Scale. El estudio sugiere que el sentimiento subjetivo del deterioro de memoria está más relacionado con rasgos de personalidad, que con un desempeño de la memoria actual en personas normales de edad avanzada.

Así mismo, Koivisto, Pyorala y Riekkinen, en abril de 1995, realizaron un estudio sobre la prevalencia del deterioro de la memoria asociado con la edad con la finalidad de determinar cuantos sujetos padecen de un deterioro de la memoria asociado con la edad, ya que se sabe que la edad tiene múltiples efectos sobre la memoria de sujetos normales, pero de cualquier modo, la información sobre la prevalencia sobre el deterioro de la memoria asociado con el envejecimiento es insuficiente. El estudio fue realizado en Finlandia con una muestra significativa seleccionada de sujetos, dividiendo la muestra en tres grupos y en géneros. Se tomó en cuenta el criterio de un deterioro subjetivo u objetivo de la memoria. Se utilizó el test de Crichton y el test de Folstein. Se encontró que el 76% de los sujetos presentaban un deterioro subjetivo de la memoria y la prevalencia de un deterioro objetivo de la memoria se encontró en un 31%. Mientras que la prevalencia del deterioro asociado con la edad se encontró en un 57% en hombres y un 51.4% en mujeres. Por ambos métodos, tomando en cuenta la edad y géneros, se concluyó que la prevalencia del deterioro de la memoria asociado con la edad, aumenta en la población mayor.

Relacionado con el tema, en enero de 1996 Janker, Launer, Hooijer y Lindeboom del departamento de Psiquiatría de la Universidad Libre de Amsterdam llevaron a cabo una investigación con el objetivo de examinar las quejas subjetivas sobre la pérdida o deterioro de la memoria, realizando un estudio de individuos comprendidos entre 65 y 85 años que vivían en la comunidad de Amsterdam. Los sujetos fueron escogidos al azar de listas de pacientes de 30 médicos (practicantes generales). De los 4051 participantes, 2537 sujetos no deprimidos o demenciados se incluyeron en el análisis. Se usaron cuatro categorías para medir las quejas subjetivas de la pérdida o deterioro de la memoria y se desarrollaron tomando como principio o fundamento de respuestas para preguntas acerca de la presencia o ausencia de quejas sobre pérdida o deterioro de la memoria y problemas relacionados con la memoria y el funcionamiento diario de la persona.

Se pudo concluir que individuos con quejas y problemas de memoria desempeñaron de manera más pobre el test de memoria y las funciones relacionadas con la memoria. Simples preguntas acerca de la función de la memoria están relacionadas con la ejecución de la memoria en sujetos que no se encuentran deprimidos y personas mayores no demenciadas. Las quejas subjetivas sobre la pérdida de la memoria pueden ser un indicador prometedor de un deterioro de la memoria que señala la necesidad para una continuación de un esfuerzo inicial o seguimiento del caso según sea el diagnóstico del paciente.

De la misma manera, Greene y Hodges (1996), realizaron una investigación longitudinal con el propósito de estudiar la fragmentación de la memoria remota, evidencia de un estudio longitudinal sobre demencia tipo Alzheimer. Dicho trabajo fue realizado con veinticuatro personas que padecían de Alzheimer, se estudió la memoria remota (pública y autobiográfica). Aunque ambas (memoria pública y autobiográfica) se encontraban dañadas en los pacientes con Alzheimer, la memoria pública se deterioró a lo largo del estudio, mientras que la memoria autobiográfica no. Este dato soporta la hipótesis que la memoria remota puede ser fraccionada y esa importante dicotomía es la memoria autobiográfica versus el conocimiento de personas famosas.

Se efectuó un análisis cognitivo sobre caras famosas y procesamiento de nombres y mostró evidencia de interrupción o trastorno progresivo en la identificación de caras y nombres famosos, con conservación en el reconocimiento de cara y nombre propios. La declinación de la ejecución en la identificación apareció debido principalmente a la pérdida del conocimiento semántico relativo a personas famosas, mientras que un déficit en la recuperación más significativa para el nombre propio; el cual estaba por encima del déficit semántico en la enfermedad de Alzheimer.

Por otra parte Ford, Haley, Thrower, West y Harrell presentaron un estudio en 1996 acerca de la Utilidad del Mini -Mental State Exam (MMSE) en la predicción del deterioro funcional entre pacientes demenciales blancos y afroamericanos con el objetivo de determinar si la validez del MMSE se ve influenciada por la educación y la raza y la utilidad de esta escala en la predicción del deterioro funcional de pacientes demenciales.

El estudio se realizó en el Departamento de Psicología de la Universidad de Alabama con 59 pacientes afroamericanos y 112 blancos diagnosticados con Alzheimer y otras demencias. Se aplicó la escala MMSE, y la información recopilada fue del deterioro funcional del paciente, incluyendo: actividades de la vida cotidiana (ADL), actividades instrumentales de la vida cotidiana (IADL), problemas de memoria y comportamiento (NIBPC), información demográfica que incluyó la educación del paciente y la edad del paciente. Se pudo concluir que la raza y la educación no afecta la validez del MMSE para detectar la presencia de deterioro cognitivo y que el MMSE puede ser útil predictor del grado de deterioro del ADL y del IADL en pacientes diagnosticados con demencia sin importar la raza.

Al mismo tiempo, Nyberg, Backman y cols. (1996), de la Universidad de Toronto, realizaron un estudio examinando la diferencia de edad en la memoria episódica, semántica utilizando una muestra de ambos géneros, dividida en 10 grupos según la edad (35,45... 75años) aplicando una escala elaborada para evaluar el desempeño de la memoria.

El objetivo principal fue determinar si la edad causa pérdida de memoria, a pesar de varias diferencias demográficas intelectuales y biológicas que fueron controladas para el estudio en cuestión.

Las correlaciones de la edad con el desempeño de la memoria episódica y semántica, fueron significativos, mientras que no se encontró ninguna relación entre la edad y los niveles de memoria. Después de controlar las diferencias de los factores anteriormente mencionados, la edad predijo el desempeño de la memoria episódica pero no semántica. Se concluyó que el decaimiento en la memoria episódica relacionado con el efecto de la edad o el envejecimiento se debe o es causado por los cambios neuronales que se presentan con la edad.

En 1998 Keenan, Yaloo y Fuerst realizaron un estudio para determinar de una manera sistemática anécdotas previas sobre la declinación de la memoria durante el embarazo. Se realizó un estudio longitudinal para investigar la memoria en mujeres durante el embarazo y en el período post-parto. Se tomó una muestra de mujeres no embarazadas, a quienes se estudio a intervalos similares, también se evaluó el grado de depresión y ansiedad.

Se observó una declinación significativa en la memoria en el grupo de mujeres embarazadas durante el segundo y tercer trimestre de embarazo. No se observaron cambios significativos en la memoria del grupo control. El grupo de mujeres embarazadas obtuvieron un puntaje más alto en las escalas de ansiedad y depresión. Fluctuaciones entre modo o estado anímico y memoria no coincidieron.

Se pudo concluir que existe una relación entre embarazo y la declinación en la memoria. La declinación en la memoria no es atribuible a la depresión y/o ansiedad, privación o falta de sueño u otros cambios físicos asociados con el embarazo.

En diciembre de ese mismo año Bolla, Mc. Cann y Ricaurte realizaron un estudio, en la ciudad de Baltimore, sobre el deterioro de la memoria en personas abstinentes usuarias de la droga sintética conocida como “éxtasis”, actualmente muy popular droga “recreativa” de abuso y de la cual se sabe daña en el cerebro la serotonina en animales y posiblemente en humanos. Varias consecuencias funcionales inducidas por el uso de la droga éxtasis, la neurotoxicidad de la serotonina ha sido identificado tanto en animales como en humanos.

Este estudio pretendió determinar por qué sujetos con una historia de largo uso de “éxtasis” mostraron evidencia sobre el deterioro de la memoria, debido a que la serotonina en el cerebro está implicada en la función mímica. Los autores compararon 24 abstinentes de usuarios de dicha droga y 24 sujetos control, utilizando tests de memoria, después de marcar a los sujetos por edad, género y nivel educacional. Incluso se exploraron correlaciones entre cambios en la función de la memoria y el decremento del fluido cerebro espinal, el cual sirve como marcador de la función neuronal de la serotonina.

Dentro del resultado se encontró que a mayor uso de “éxtasis” (total de miligramos por mes), fue asociado con mayor deterioro en la memoria verbal inmediata y retardo de la memoria visual. El punteo más bajo en vocabulario se relacionó con dosis más fuertes.

Finalmente se encontró que bajas concentraciones de fluido cerebroespinal fueron asociados con una mayor pobreza en el desempeño de la memoria. Los sujetos que se encuentran en un período de abstinencia de consumir dicha droga, al consumirla tienen un deterioro en la memoria visual y verbal. El grado de deterioro en la memoria se correlaciona con el grado de exposición al “éxtasis” y la reducción de serotonina, como lo indica el fluido cerebroespinal.

Por otro lado, Kitchener, Hodges y Mc Carthy (1998), del departamento de psicología experimental de la universidad de Cambridge, Inglaterra señalan el desacuerdo que existe en la literatura sobre si en realidad es posible aprender nueva información semántica con la ausencia

o carencia de memoria episódica. Por lo que reportan un estudio hecho con un paciente amnésico, (R.S.) de 49 años, a quien se observó, éste adquirió más información sobre personas famosas, eventos públicos y nuevo vocabulario durante un período de 13 años desde que se volvió amnésico, a pesar de no poseer la función de la memoria episódica medible y una pérdida profunda de la memoria autobiográfica. Por lo que este dato sugiere que al menos algunas personas que padecen amnesia severa son capaces de adquirir nuevos conocimientos semánticos a condición que las regiones temporales corticales se encuentren “en reserva.

En 1999, se realizó un estudio de 320 personas comprendidas entre 60 y 80 años de edad que no padecían demencia, las que tenían una mayor educación tenían un mayor volumen de fluido cerebro espinal, un marcador para una atrofia cerebral, de los que tenían sólo unos cuantos años de educación reportaron Coffey y cols., del Henry Ford Health system en Detroit Michigan. Este descubrimiento sugiere que la educación se presenta para proveer un “amortiguador” que permite compensar para los cambios del cerebro que de tal modo resisten a la demencia.

En realidad, por cada año de educación recibida, los sujetos tenían un incremento en el fluido cerebro espinal de 1.77 mililitros, indicando que ellos tenían más cambios en la estructura del cerebro relacionados con la edad sin padecer demencia que puede acompañar dichos cambios.

Los sujetos de la tercera edad fueron evaluados para asegurar que ellos no tenían problemas de memoria u otros signos de demencia, otras personas con menor educación con niveles similares de atrofia cerebral experimentaron mayores problemas de memoria o demencia, pero los pacientes con demencia no fueron incluidos en el estudio.

Los investigadores tomaron en cuenta otros factores que pueden influir en la variación del volumen del fluido cerebroespinal, incluyendo edad, sexo y tamaño craneal. Por ejemplo entre personas mayores de edad similar, sexo y tamaño intracraneal, esos con 16 años de educación tenían aproximadamente de 8 a 10% más volumen del fluido cerebro espinal que los que tenían

únicamente cuatro años de educación. De cualquier manera es necesario realizar más estudios para descubrir la correlación de la base neurológica y funcional del efecto de la educación.

Un equipo de científicos estadounidense de la Universidad de Wake Forest, California, realizó un estudio dirigido por el profesor Dam Deawlyer (1999), con la finalidad de investigar el funcionamiento de la memoria.

El experimento consistió en colocar a los ratones en un habitáculo con dos palancas contra la pared, al inicio se presentaba una sola palanca que al presionarla se retraía y al cabo de una pausa aparecía la segunda palanca, la cual al presionarla el roedor obtenía una golosina (Ensayo-error). Durante este experimento se emplearon microelectrodos para investigar en ratones el funcionamiento del hipocampo dorsal (centro de la memoria a corto plazo), debido a que los electrodos eran lo suficientemente pequeños, se pudieron registrar los impulsos de las neuronas en el cerebro de los ratones.

Se demostró que distintas partes del hipocampo se activaron, dependiendo del tipo de función de la memoria que se requirió para ejecutar diferentes tareas. Se logró demostrar como el cerebro codifica la información mientras ejecuta diferentes tareas en las que se emplea la memoria.

Las investigaciones anteriormente mencionadas han sido realizadas en el extranjero por diferentes profesionales, con el objetivo de determinar el deterioro de la memoria tanto en personas normales como en personas que presentan cuadros demenciales, y se han realizado principalmente con personas de edad avanzada. Con dichos estudios se ha logrado conocer más acerca de la memoria, del deterioro de la misma y factores asociados con la disminución de dicha capacidad.

Asimismo los estudios realizados a nivel internacional sobre la memoria, el deterioro de ésta debido a diferentes causas, ya sean naturales o patológicas, y la evaluación de la memoria se han

llevado a cabo durante varios años, logrando esclarecer muchos aspectos de la capacidad retentiva del ser humano; haciendo notar cada vez más la importancia de la memoria en el desempeño de las actividades cotidianas de las personas. Sin embargo, puede observarse que a pesar de los esfuerzos realizados por diferentes especialistas alrededor del mundo para lograr determinar las implicaciones de la disminución de la memoria queda mucho por hacer, principalmente a nivel nacional, ya que la importancia de dicha función en las personas guatemaltecas ha quedado relegada a un segundo plano, por lo que es de suma importancia realizar estudios acerca de la memoria, trastornos e implicaciones clínicas.

La memoria es la posibilidad psicológica que cada persona tiene para poder evocar un pasado, que de alguna manera permanece inscrito dentro de cada uno. La evocación de este pasado se hace de manera voluntaria; y puede ser acerca de algo realizado anteriormente, el nombre de una persona, un número telefónico, una dirección, etc. (Chauchard,1971).

Según Serrallanga citado por Vallejo (1994) la memoria es la capacidad de adquirir, retener y utilizar secundariamente una experiencia. La utilización secundaria sustenta la función predictiva, que es de suma importancia en el desarrollo de la capacidad intelectual y relacional en el hombre.

Todos los sentimientos, impresiones o movimientos dejan cierta huella que se conserva durante un período de tiempo y al producirse las condiciones adecuadas puede manifestarse de nuevo, convirtiéndose en materia de conciencia. Por eso, la memoria puede definirse como la impresión o grabado, retención y reproducción de las huellas de la experiencia anterior, lo que permite acumular información y poder utilizarla posteriormente (Luria 1984).

La memoria es necesaria para aprender a realizar ciertas habilidades, como el hablar, caminar, conducir un automóvil, etc. y es que al aprenderlas se utilizan sin tener que realizar un mayor esfuerzo o aprendizaje. La información necesaria tiene que almacenarse en el sistema mnémico

hasta que se requiera. Para reconocer y manipular los objetos de una manera adecuada es necesario contar con representaciones de experiencias anteriores las cuales indican las propiedades y usos de los diversos objetos (Gregg 1978).

Una mejor comprensión acerca de los desórdenes de la memoria se pueden derivar de una comprensión apropiada de las distintas teorías sobre la memoria que han sido desarrolladas por psicólogos al estudiar personas humanas normales. Una de las más aceptadas es la clasificación Dicotómica de:

Declarativa / Explícita

MEMORIA

De Procedimiento / Implícita

La memoria declarativa representa memorias de episodios y hechos que pueden ser conscientemente evaluados. Y memoria de procedimiento representa la memoria para destrezas y habilidades y a diferencia de la memoria declarativa, la memoria de procedimiento no está al alcance de la conciencia. La memoria procedural puede ser la habilidad motora o procedimientos mentales como el desempeño de la aritmética (D'Esposito, 1995)

La memoria Declarativa puede dividirse en :

- a. Memoria Episódica: Es la que representa recuerdos, episodios específicos experimentados personalmente, es decir, es la que representa la situación en la cual uno recuerda e implica cosas que de alguna manera son familiares. Lo que se retiene son informaciones acerca de acontecimientos relacionados con un hecho determinado (Gregg 1978).
- b. Memoria Semántica: Representa memoria de hechos, principios y reglas las cuales hacen mayor el conocimiento general del mundo.

Se ha propuesto que la memoria semántica se ha desarrollado de episodios específicos cuando tal información fue primero encontrada por primera vez, pero con el paso del tiempo estos episodios pierden su contexto temporal. Una ilustración de estas distinciones es aquella en la cual usted puede recordar cuando manejó por última vez su bicicleta (memoria episódica), saber que es una bicicleta (memoria semántica) o saber como montar una bicicleta (memoria de procedimiento). (D'Esposito, 1995)

Otra clasificación de la memoria es una división entre Memoria Explícita y Memoria Implícita, así, según Alexander (1996):

- a. Memoria Explícita: Incluye una recolección consciente de cualquier tipo de memoria abarcando o acompañando ambos tipos de memoria episódica y semántica.
- b. Memoria Implícita: No requiere una recolección de datos consciente e incluye la memoria de procedimiento, pero el dominio de la memoria implícita también da razón de el fenómeno de condicionamiento primario y clásico. "Priming" o imprimación es el fenómeno que encontró información previamente y tiene una probabilidad mayor de ser recordado más tarde, incluso si no hay un recuerdo explícito de la experiencia más temprana (priming).

Por ejemplo en un prototípico experimento de imprimación o primario se presenta al sujeto una lista de palabras para leer (Ej. Motel, Abstain, House, etc.). Posteriormente el sujeto se le dan tres letras (por ej. Mot -), y se le pide que diga la primera palabra que le venga a la mente. La probabilidad de generar una palabra previamente encontrada (por ej. Motel), es mayor cuando compara con palabras que no están en la lista original.

En resumen, estas distinciones entre diferentes operaciones de memoria tienen una gran utilidad en el diagnóstico y tratamiento de déficits de memoria .

En la práctica clínica, el uso de términos para describir el proceso de la memoria no siempre usan estos términos teóricos. Muchos clínicos utilizan los términos de:

1. Memoria a Corto plazo: Se refiere al aprendizaje de nueva información episódica.
2. Memoria a Largo plazo: Para referirse a memoria remota.

Esta distinción no es clínicamente sensible, sin embargo, conforme a modelos experimentales de estructura de memoria crea confusión cuando es usada en reportajes clínicos. Memoria a corto plazo es definida como un sistema que temporalmente guarda información (por segundos) previo a consolidarse en memoria a largo plazo. La memoria a corto plazo puede examinarse con unas tareas, tales como conteo de dígitos o conteo de puntos y memoria a largo plazo es examinada diciendo al paciente que aprenda ítems, palabras u oraciones que deberán ser recordadas después de un intervalo con distracción.

La memoria a corto plazo (dura menos de 20 segundos) tiene la capacidad de mantener siete segmentos de información. La información que se encuentra en la memoria a corto plazo se puede transferir a un sistema permanente de memoria a largo plazo y/o se olvida aquella información que no es importante o de utilidad para un futuro (Santiago, 1989).

Se habla de la memoria sensorial y es la que registra la información que entra por medio de los sentidos. Esta memoria recibe una gran cantidad de información, sin embargo el recuerdo es leve, dura menos de un segundo. Por lo que si se desea recordar algo, lo que se percibe a través de los sentidos cierta información se transfiere a la memoria a corto plazo (Santiago, 1989).

La memoria a largo plazo es un almacén de conocimiento relativamente permanente y puede almacenar cantidades enormes de información durante largos períodos de tiempo (Santiago, 1989)

El enfoque del proceso de información, según Klotzky y Neisser, citados por Santiago (1989), es un enfoque en el cual se intenta seguir un segmento de información, de cómo se procesa y almacena la información, y se hace de la siguiente manera:

- a. Codificar: introducir información en la memoria sensorial de manera directa.
- b. Almacenamiento: se refiere a la forma en que un sistema mantiene o recuerda la información.
- c. Recuperación: se refiere al proceso de sacar de la memoria la información almacenada en ella.

En este proceso de información pueden presentarse ciertas fallas, que de alguna u otra manera puede estar relacionadas con el olvido de la información, esto se explicará posteriormente.

La memoria es de suma utilidad para desempeñarse en la vida diaria y muchas veces esta capacidad no es valorada hasta cuando las personas se ven en la necesidad de recordar algo y no lo logran, esto es, se presentan algunas deficiencias o insuficiencias. La memoria puede menguarse con el paso del tiempo, por la fatiga e incluso por la enfermedad, y puede darse el olvido, el cual puede ser un aspecto frustrante en la vida del ser humano.

(Chauchard,1971, Gregg 1978).

El término síndrome amnésico se refiere apropiadamente a la pérdida de memoria a largo plazo solamente. Memoria remota es información que ha sido consolidada en el pasado y puede ahora ser considerada episódica, semántica o de procedimiento dependiendo de su estructura. Cada uno de estos sistemas (memoria a corto o largo plazo y memoria remota), tienen una base anatómica distinta. (D'Esposito, 1995)

El reporte de paciente H.M. en 1957 demostró concluyentemente que el hipocampo es un área crítica para la memoria a largo plazo. HM padecía de una epilepsia intratable, por lo que se le practicó una cirugía en la cual se le realizó una escisión del hipocampo y la amígdala. Después de la cirugía, HM se quedó con una densa amnesia, la cual no ha cambiado en grado de severidad hasta el día de hoy. Estudios anatómicos en primates con lesiones experimentales en el lóbulo temporal mediano han logrado demostrar la importancia de esta área en relación a la memoria. Estos estudios correlativos en lesiones humanas, han demostrado que el hipocampo y la amígdala son parte de una crítica red neuronal que existe para el funcionamiento de la memoria. (Guyton, 1998).

Según Guyton (1998) esta red de la memoria tiene dos circuitos o “vueltas”:

1. El primer circuito, el circuito de Papez, incluye el hipocampo que proyecta por vía del fornix a los cuerpos mamilares y por vía de los cuerpos mamilares proyecta al núcleo anterior del Tálamo (NA) quién en turno envía proyecciones al cíngulo. El circuito está completo cuando las proyecciones del cíngulo regresan al hipocampo de aquí va a la amígdala
2. El segundo circuito incluye la amígdala, la cual proyecta al núcleo dorsomedial en el tálamo, y este envía proyecciones a la corteza prefrontal, la cual tiene conexiones recíprocas con la amígdala, completando así el circuito.

En primates, el daño o lesión en cualquiera de estas vías si es una sola, no termina en amnesia, pero el daño en ambos circuitos de la memoria produce una amnesia profunda.

Los déficits en la memoria pueden ser causados por una lesión en cualquier sitio del circuito de la memoria, incluyendo rutas que conectan estructuras críticas.

Estas tres importantes regiones son rutas críticas que se interconectan y forman un circuito para el funcionamiento de la memoria. Estas son los lóbulos medios temporales, el diéncéfalo y lóbulo frontal basal.

El olvido puede definirse como la incapacidad de recordar, es decir, la imposibilidad actual o definitiva de evocar un recuerdo, de recordar algo. El olvido puede deberse a fallas en el procesamiento de recuperación de la información. Se dice que hay olvido cuando algo que podía recordarse antes ya no puede ser recordado después (Chauchard 1971; Gregg 1978).

Según Gregg (1978) las causas del olvido son diversas, entre ellas están:

- a) El decaimiento de la huella mnémica . Cuando algo se percibe y se aprende se forma una huella en el tejido cerebral implicado en el almacenamiento mnémico. La huella puede tomar la forma de una actividad nerviosa que gradualmente se extingue a menos de que se le reactive mediante otras presentaciones o repaso de dicho ítem, y si la huella se vuelve muy débil, no contendrá la suficiente información para que se recuerde el ítem.
- b) El olvido puede darse por la interferencia, ya que la memoria se basa en la formación de asociaciones y el aprender un conjunto de asociaciones respecto a un ítem nuevo puede interferir con el aprendizaje de otras asociaciones aprendidas anteriormente.
- c) La incapacidad para recuperar se da cuando la información que no es accesible en determinado momento puede llegar a serlo cuando se proporcionan claves adecuadas para su recuperación. En ocasiones un ítem puede ser recordado la primera vez, pero no la segunda debido a que no se utilizó el plan correcto de recuperación o hay cierta dificultad para recuperar dicha información.

El olvido o la falla de memoria pueden ocurrir debido a que no se prestó atención a ciertos hechos o acontecimientos, por lo que no se aprendieron o almacenaron en la memoria; ciertas fallas pueden deberse al cansancio en el momento de recordar o a la distracción debida a la presencia de circunstancias que se presentaron en el momento. Otro factor influyente es la edad de la persona. Así, con el transcurso de los años, hay un decaimiento o involución de dicha capacidad.

En diferentes regiones del mundo la expectativa de vida de las personas ha aumentado considerablemente en el último siglo, y con este incremento la cantidad de personas de edad avanzada en la sociedad ha aumentado, al igual que una variedad de problemas que se presentan en la edad adulta tardía, y que han sido abordados por profesionales de diferentes áreas, como la medicina, geriatría, psicología, enfermería, trabajo social etc. (Kielholz y Adams 1986).

Debido al considerable aumento de la población que comprende una edad avanzada a nivel mundial se habla en la actualidad de "sociedades envejecidas", y esto se debe a factores demográficos como los son la disminución del índice de la natalidad y a que la expectativa de vida ha aumentado principalmente en países desarrollados (Herrero, et.al.1985).

Las expectativas de vida han aumentado debido también a la disminución de la mortalidad infantil y por la avanzada tecnología médica que ha logrado dar tratamiento a enfermedades a las que años atrás no se les atendía. (Papalia,1994). La medicina ha adquirido un mayor alcance para dar un tratamiento a la enfermedad e incluso ha adquirido importancia como un factor preventivo (Herrero,1985).

Es de suma importancia mencionar que trescientos millones de la población mundial tienen más de sesenta años , y debido al aumento de personas de la tercera edad la existencia de sociedades viejas pueden presentar problemas físicos, psíquicos y sociológicos, que pueden o no ser patológicos (Herrero, et al. ,1985)

El desarrollo es un proceso que dura toda la vida, y recibe la influencia de diversos factores, hereditarios o ambientales. Antes del nacimiento como después de él se produce un rápido crecimiento físico, social y cognoscitivo (Craider, A. Goethals, G, 1989) Este crecimiento se da por etapas e inicia con la infancia que comprende del nacimiento hasta los dos años, sigue la niñez temprana que va de los dos hasta los siete años, luego la niñez media o preadolescencia que va de los siete a los doce años, la adolescencia que es un tiempo intermedio entre la niñez y la adultez que comprende de los trece a los diecinueve años, luego el adulto joven es una persona de los 20 a los 40 años. La edad adulta sucede entre los 40 y los 65 años, e inicia la vejez o tercera edad a los 60 o 65 años (Craider 1989, Papalia 1997).

El envejecimiento es un proceso involutivo, natural, en el cual hay una serie de cambios en las funciones que la persona desempeña y se ven afectadas tanto en la cantidad como en la calidad. Este proceso involutivo lo sufre la persona durante toda la vida y la edad adulta tardía es sólo una etapa más del desarrollo por la cual el sujeto presenta rasgos característicos de la edad (Herrero et al., 1985; Papalia, 1994).

Los gerontólogos hablan de envejecimiento primario, y de envejecimiento secundario. El envejecimiento primario se refiere al deterioro corporal y se debe a causas intrínsecas. Por su parte, el envejecimiento secundario se refiere al entorno, a factores ambientales, que de alguna manera pueden ser hostiles (Herrero, 1985; Papalia 1994).

De esa manera el proceso de envejecimiento puede ser debido a diferentes causas, ya sean exógenas como el clima, el consumo de alcohol, tabaco, otras drogas, fármacos, radiación y estrés social, y causas endógenas. Es decir que puede existir un cambio en la neurotransmisión y/o histológicos.

Las personas de edad avanzada presentan cambios físicos, que de alguna manera afectan el desarrollo emocional y pueden darse cambios de personalidad. Las habilidades sensoriales y psicomotoras disminuyen con la edad que varía según la persona. (Papalia, 1994)

En ese sentido los órganos sensoriales se ven afectados tal es el caso de la visión cuyas enfermedades más comunes son hipermetropía y glaucoma, que si son tratadas a tiempo se puede prevenir una ceguera total. La reacción positiva hacia la luz tiende a disminuir con la edad.

Cuando la iluminación es mayor, el rendimiento de los ancianos es más cercano a los del joven, pero cuando no hay iluminación, la agudeza del sujeto disminuye. El umbral de adaptación a la oscuridad aumenta con la edad. Se verifica una reducción de la sensibilidad de la retina, a la luz azul, a las partes de verde y rojo.

También la audición puede verse disminuida parcial o totalmente. Así, las personas de la tercera edad presentan una dificultad en escuchar sonidos de alta frecuencia por lo que no escuchan lo que otras personas dicen, en especial cuando existen más sonidos alrededor, y debido a esto la persona se puede sentir sola, aislada y puede incluso repercutir en la personalidad del sujeto, presentándose una tendencia a la paranoia, ya que de alguna manera la persona interpreta lo que las demás personas hablan de él.

La desnutrición puede presentarse en estas personas debido a que la nutrición disminuye porque de alguna manera le pierden el gusto a la alimentación por la pérdida de papilas gustativas y que el sentido del olfato disminuye (Papalia 1994).

El tacto, la sensibilidad cinestésica disminuyen levemente. La sensibilidad táctil se mantiene inalterable hasta los 55 años, a partir de esta edad hay una disminución en el umbral. Existe una disminución en la cantidad de receptores o en la sensibilidad de estos. (Geist, 1987).

La sensibilidad dolorosa también se ve disminuida principalmente en las mujeres (Herrero, 1985).

Las habilidades psicomotrices son las actividades en que intervienen movimientos voluntarios coordinados del cuerpo o de algunas partes de este y la capacidad para ejecutar esos movimientos. Con la edad esas actividades se tornan más pausadas (Ruch, 1986)

Los movimientos, la fuerza y la resistencia pueden disminuir en cantidad e intensidad; por lo que las personas de edad avanzada pueden realizar varias actividades de una manera más lenta, ya que los desplazamientos se les dificultan y tienen dificultades para relacionarse con los demás por lo que puede presentarse un retraimiento social ya que al menos que exista un motivo fuerte salen de casa, incluso pueden llegar a permanecer en cama durante largos períodos de tiempo.

También hay alteraciones estáticas, los accidentes y caídas son muy frecuentes, lo cual puede traer consecuencias de mayor gravedad.

Hay cambios en el sueño, ya que decrece el tiempo de sueño y aumenta el tiempo de vigilia, aumenta la frecuencia y la duración de los periodos del sueño diurno y tienden a dormirse y a levantarse más temprano. (Herrero, 1985).

Sin embargo, esta edad tiene como todas las etapas de la vida algunas ventajas como lo son: el aumento de tiempo libre; la reducción de responsabilidades y la capacidad de prestar atención a cuestiones de alta prioridad.

La motivación en el anciano se complica por exigencias sociales, la realimentación y los refuerzos. Los cambios de motivación son de carácter conservador, es decir, evitan los riesgos. La persona de edad avanzada empieza su trabajo pronto, hace sus tareas hasta acabarlas, sus horas de labor las distribuye con métodos y termina su trabajo sin importar sus errores. Tal vez existe una declinación en asertividad, compromiso cognitivo, logro, autonomía. Niveles altos de preocupación humanitaria, generosidad y rigidez personal (Ruch, Zimbardo, 1987).

La gente mayor tiende a interesarse más por las actividades más o menos solitarias que por las que abarcan grandes grupos. Se interesan por la lectura, la televisión (aunque el promedio se mantiene más o menos igual que en la adultez), pasar noches en el hogar, gusto por las galerías de arte, conferencias. Las actividades que implican aptitudes físicas, cambiar de hábitos o normas

culturales, actividades de expresión lingüística y distracción disminuyen con la edad. Sin embargo, los hobbies dependen de su nivel cultural y educacional: las personas sin instrucción se dedican más al ocio que las personas instruidas (Bee, 1996).

Dixon y Baltes, citado por Gage (1990), realizaron un modelo del funcionamiento intelectual en la vejez, en donde explican los aspectos intelectuales que se deterioran y los que avanzan, es un modelo de proceso dual. Mide dos dimensiones de la inteligencia:

- a. Mecánica de la inteligencia: Consiste en el procesamiento de la información y la solución de problemas. Esta se deteriora con la edad
- b. Pragmática de la inteligencia: Consiste en el pensamiento práctico, la aplicación de conocimientos y habilidades, práctica especializada, productividad profesional y sabiduría.

Las personas ancianas hacen cosas para las que son buenas, pueden usar sus habilidades especiales para compensar las pérdidas en otras. La sabiduría es conocer las propias habilidades y limitaciones y les da perspectivas de cómo emplear el tiempo que queda.

En las personas de los 65 a los 75 con mayores problemas de salud, se puede ver una declinación, sin embargo usualmente no en medidas de habilidad cristalizada. Lentitud considerable y memoria menos eficiente, declinación en destrezas de resolución de problemas tanto en problemas de laboratorio como de la vida. Algunos investigadores afirman que entre más deteriorada físicamente se encuentre la persona, existirá más pérdida de la memoria.

El proceso de pensamiento se vuelve más lento, la cantidad de palabras es menor, el lenguaje se vuelve más rígido, hay menos sintaxis. La comprensión verbal no suele estar alterada, aunque puede haber dificultad para asimilar y recordar palabras nuevas.

Se dice que puede disminuirse la memoria sin que se disminuya la inteligencia, pero se puede decir que ciertas habilidades de la inteligencia y la memoria pueden declinar y otras no.

Los ancianos más inteligentes y activos se desempeñan mejor en todas las tareas que los menos activos y menos inteligentes. Schaie (1992) indica en sus estudios que el funcionamiento intelectual en la vejez está marcado por la variabilidad, multidireccionalidad y la susceptibilidad a las influencias culturales y ambientales.

Según Papalia (1994), la inteligencia fluida, es decir, la habilidad para solucionar problemas puede disminuir, pero la inteligencia cristalizada, que se da por el aprendizaje y la experiencia no se ve afectada.

El proceso memorístico se ve afectado en los procesos de recuperación, mientras que el proceso de almacenamiento está relativamente intacto, aunque la cantidad de lo que se puede almacenar se ve afectada.

La memoria sensorial, la de corto plazo y remota de largo plazo parecen permanecer casi intactas, mientras que la memoria secundaria, ésta es, la que requiere un proceso de recuperación de la información más elaborado se encuentra más claramente alterada, probablemente debido a los problemas con la organización y la recuperación. (Herrero, 1985 y Papalia 1994).

Es frecuente que el déficit de memoria sea uno de los síntomas iniciales de los trastornos demenciales, y los problemas se relacionan con los hechos recientes, por ejemplo, olvida donde deja las cosas, sus compromisos, etc. Posteriormente olvidan acontecimientos importantes de su vida que aún recordaban, y es así como el proceso demencial se presenta y es necesario aplicar un diagnóstico diferencial ya que el cuadro demencial presenta otros problemas.

El olvido, o la incapacidad para recordar declina con la edad, sin embargo pueden presentarse trastornos de memoria graves debido a diversas causas y se caracteriza por déficit cognoscitivos múltiples que implican el deterioro de la memoria (Sarason, 1986).

El deterioro cognitivo moderado no es lo mismo que el deterioro de la memoria asociado con la edad (AAMI). Este término fue establecido en 1986 por un Instituto Nacional de Salud Mental con el propósito de llamar la atención al concepto de los cambios de memoria que se dan con la edad. (Ferris, Reisberg, 1992).

Este concepto se refiere a los cambios de memoria de acuerdo a los siguientes criterios:

1. 50 años o más.
2. Quejas sobre deterioro de la memoria en las actividades diarias.
3. La ejecución objetiva de la memoria por lo menos una desviación standard abajo de 1 media para adultos jóvenes.
4. Ausencia de demencia
5. Inteligencia promedio o arriba del promedio

Existe gran dificultad para evaluar dicho concepto y la primera dificultad pertenece al tercer criterio mencionado anteriormente y el problema con el criterio se debe a que se refiere a personas adultas jóvenes. Un estudio realizado por varios especialistas han demostrado que dependiendo del test de la memoria que se escoga, más del 90% de la población de edad madura aparentemente normal llena el criterio de AAMI. Por lo tanto, el concepto no es particularmente útil. (Ferris, et,al., 1992).

La primera distinción entre un deterioro cognitivo moderado y el deterioro asociado con la edad se refiere a que la primera condición se percibe como un estado anormal indicativo de pacientes que se encuentran en riesgo, en cambio AAMI es una forma de referirse al envejecimiento normal.

El concepto de “Age-associated memory impairment” (AAMI) ha declinado en su utilidad debido a la precisión en la definición del concepto , el establecimiento de este concepto ha servido para estimular, investigar entre el área de la memoria y el envejecimiento. (www.cbc.ca/national/memory/links.html.)

Estudios recientes han demostrado que ciertos aspectos de la función de aprendizaje y el recordar declinan de manera temprana en el principio de la enfermedad de Alzheimer. (Coffey y cols., 1999).

El Consortium para establecer un registro para la enfermedad de alzheimer (CERAD, por sus siglas en inglés) demostraron que el recuerdo tardío de una lista de palabras es un indicador temprano de Alzheimer. (www.psych.org.clin.dementia.)

Varios grupos han notado que la habilidad de la persona para beneficiarse de estrategias semánticas al aprender y el subsecuente recuerdo permanece intacto durante el envejecimiento, pero declina temprano en la enfermedad de Alzheimer. Esta inhabilidad para beneficiar máximo del uso de claves semánticas al tiempo de recordar refleja déficits en el procesamiento en el lóbulo temporal medio y el hipocampo, dicha región es conocida como algunos de los cambios patológicos más tempranas en la enfermedad de Alzheimer.

Mientras que la memoria es la marca distintiva de pacientes con un moderado deterioro cognitivo, puede también dar información cualitativa de quién puede padecer o progresar hacia un deterioro de Alzheimer. (De León, 1997).

El concepto de un deterioro cognitivo moderado se refiere a individuos que tiene algunos deterioros cognitivos pero no se encuentran suficientemente “debilitadas” y que garantizan el diagnóstico de demencia o de Alzheimer. Estas personas son comunes en la práctica diaria y su caracterización es importante. Estudios recientes han indicado que estos pacientes es probable

que se encuentren en un riesgo mayor o incrementado de desarrollar Alzheimer en los próximos años , aunque es importante mencionar que no todos ellos van a evolucionar en la enfermedad. (Petersen, Smith y cols, 1997).

El sujeto que presenta deterioro cognitivo moderado presenta el desarrollo de un déficit de memoria seguido por otras anormalidades cognitivas.

Una definición más amplia de un deterioro cognitivo moderado puede incluir individuos con un deterioro en un solo dominio cognitivo o puede presentar múltiples dominios cognitivos. En cualquiera de estas situaciones puede ser posible y es probablemente fácil que estos individuos tengan un riesgo mayor de progresar hacia la enfermedad de Alzheimer. La más extensa literatura acerca de esta condición pertenece a los individuos que padecen sólo de un deterioro de memoria. (internet).

Por su parte, el deterioro cerebral o demencia es la pérdida gradual de las capacidades intelectuales hasta el punto de interferir con la actividad social y con el desempeño del trabajo; esto implica pérdida de memoria, disminución de la capacidad para realizar juicios acertados y para pensar en forma abstracta, pérdida de autocontrol e incluso cambios de la personalidad. El desarrollo de los diversos déficit cognoscitivos se deben a una enfermedad médica, efectos de una sustancia o a múltiples etiologías (Sarason, 1986, DSM-IV, 1995).

La demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, y se presentan déficits en las funciones de memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. El estado de conciencia es claro. Puede presentarse un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación. (CIE-10, 1992).

Para realizar el diagnóstico de una demencia se deben considerar diversos factores, principalmente un deterioro de la memoria y realizar un diagnóstico diferencial entre delirium, el trastorno

amnésico, trastorno depresivo, retraso mental leve o moderado etc. Estas pautas están claramente establecidas en el manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV y en las Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico CIE-10, por lo que si se desea establecer un diagnóstico de este cuadro clínico es necesario la utilización de uno de estos manuales.

Otra definición de demencia es: “un deterioro en la memoria a corto y largo plazo, que se asocia a problemas en el pensamiento abstracto, juicio y otros problemas en el funcionamiento del cerebro e incluso en cambios de la personalidad del sujeto que la padece. El disturbio en estas funciones es lo suficientemente severo para interferir de manera significativa con la habilidad de realizar actividades rutinarias (www.dementia.com).

Algunos de los síntomas de demencia incluyen la inhabilidad para recordar la información que se conocía en el pasado, problemas con el pensamiento abstracto, incapacidad para realizar juicios, disturbio para realizar otras funciones cerebrales, tales como las habilidades para hablar con eficacia, realizar ciertas actividades motoras o reconocer e identificar objetos, cambios en la personalidad, interferencia para trabajar o llevar a cabo relaciones sociales. Un cuadro demencial se puede presentar acompañado de ansiedad y depresión (www.dementia.com).

La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida. El trastorno se inicia de una manera insidiosa y lenta, evoluciona progresivamente durante un período de dos o tres años o más. Este síndrome puede comenzar en la edad madura o incluso antes.

En la enfermedad de Alzheimer pueden presentarse múltiples déficits cognoscitivos que se manifiestan por el deterioro de la memoria, hay una incapacidad de aprender nuevo material o recordar la información que ya se tenía previamente ([www. Alzheimer.inshigts.com](http://www.Alzheimer.inshigts.com))

Se presentan uno o más de los siguientes síntomas: alteración del lenguaje (afasia), incapacidad de llevar a cabo funciones motoras a pesar que la función motora está intacta (apraxia), fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta (agnosia) y alteración en la capacidad de planificación, organización, secuenciación y abstracción o sea alteración en la ejecución.

Los déficits cognoscitivos causan un deterioro significativo de la actividad laboral, social.

El curso de esta enfermedad inicia gradualmente y el deterioro es continuo.

La enfermedad de Alzheimer puede ser de inicio temprano, esto es si el inicio es antes de los 65 años o antes. En estos casos es posible que existan antecedentes familiares de una demencia similar, el curso es más rápido.

La enfermedad de Alzheimer de inicio temprano puede presentarse con ideas delirantes (éstas predominan), o con estado de ánimo depresivo (la depresión predomina) o puede ser no complicado, esto es, ninguno de los síntomas anteriores se presentan.

La demencia de Alzheimer de inicio tardío se da si el inicio es después de los 65 años. El curso de la enfermedad en este caso es más lento. También se puede presentar una demencia con ideas delirantes, estado de ánimo deprimido y el Alzheimer no complicado. (DSM-IV, 1995, CIE-10, 1992).

Como se mencionó anteriormente, Lersch (1989) afirma que la memoria es considerada como una de las funciones psicológicas superiores, la cual es una función importante para mantener el ámbito relacional de la persona consigo misma y con los demás.

La memoria sufre, con el paso del tiempo un deterioro natural, y el problema se presenta cuando el proceso es patológico, causando una demencia, el cual es severo e irreversible; afectando de

manera significativa la vida de quién lo padece. Esta se diferencia del olvido en cuánto que este es la incapacidad de evocar un recuerdo por diversas causas sin ser patológicas, y de la amnesia en cuánto que aquí se ve afectada la memoria a largo plazo, pero la persona es capaz de aprender nuevo material .

La población mundial está envejeciendo , por lo tanto los problemas que se presentan en el adulto mayor, tanto físicos, como sociológicos y psíquicos tienen mayor repercusión en la sociedad (Herrero et al, 1985). Siendo la demencia uno de los problemas más graves que se están presentando a nivel mundial; y el de mayor prevalencia la de tipo Alzheimer, que ya pasó a ser la cuarta causa de muerte en países occidentales, se están realizando investigaciones exhaustivas a nivel mundial para conocer más acerca de la enfermedad para prevenirla y dado el caso, darle tratamiento necesario en las etapas tempranas o iniciales de esta enfermedad (Blesa y Vásquez, et. al. 1999) . A esto se debe el interés y la importancia que tiene la memoria en las personas mayores de ambos géneros, de todas las culturas, de todo estrato social y nivel de instrucción.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a varios autores la memoria es la capacidad de adquirir, retener y utilizar una Experiencia. La utilización de esta es de suma importancia para el desarrollo de la capacidad intelectual y relacional en el hombre; es una capacidad básica necesaria para la vida diaria de toda persona. Junto con el pensamiento y la voluntad forman la tríada de las llamadas funciones psicológicas superiores (Vallejo, 1994).

Según varias investigaciones realizadas, la memoria es una función que con la edad puede disminuir. Como se mencionó anteriormente, Flicker y Cols. (1993) realizaron un estudio sobre la función cognitiva en personas de edad avanzada con una disminución subjetiva de la memoria con el fin de determinar el cambio en dicha función en individuos de edad madura con pérdida subjetiva de la memoria y se concluyó que, los individuos que no presentaron clara evidencia de un deterioro cognitivo en la entrevista no tienen riesgo de padecer un deterioro progresivo de la cognición en años posteriores. Con este estudio se puede observar la importancia de realizar un diagnóstico temprano para prevenir o tomar las precauciones necesarias en caso se presente un deterioro progresivo.

Al igual Koivisto y Cols. (1995) realizaron un estudio sobre la prevalencia del deterioro de la memoria asociado con la edad, concluyendo que la prevalencia del deterioro de la memoria asociado con la edad se incrementa en la población de sujetos mayores.

Existen diversos factores que pueden influir en la disminución de la capacidad de memoria; sin embargo, el déficit que se pueda presentar asociado con la edad, o incluso puede aparecer un proceso patológico asociado en el cual la pérdida de la memoria puede llegar a un grado de deterioro severo; por lo que realizar un diagnóstico temprano puede ayudar al paciente y a su familia a prevenir o a combatir la enfermedad.

En la actualidad la moderna psicología reconoce que la capacidad de memoria es una de las funciones primarias de la persona, y se sabe también que con una evaluación de dicha capacidad se puede establecer si existe una disminución de la memoria en las personas y determinar si esta disminución es normal, o hay un proceso de deterioro patológico, lo que permite tomar medidas para aplicar el tratamiento necesario.

El presente trabajo pretendió determinar si, ¿Existe un deterioro de memoria en personas de la tercera edad de ambos géneros?.

2.1. OBJETIVO:

Determinar el nivel de deterioro de memoria en personas de la tercera edad de ambos géneros.

2.2 HIPÓTESIS:

H1 Existe diferencia, estadísticamente significativa a un nivel de 0.05 en el nivel de deterioro de la memoria en personas de género femenino y personas de género masculino, ambos de la tercera edad.

2.3 VARIABLES DEL ESTUDIO:

Variables de Estudio	Variables Controladas	Variables no controladas
Deterioro de memoria	Nivel de estudios (básicos)	Ambiente social, familiar,
Género	Quejas pérdida de memoria.	personalidad, ocupación,
Tercera Edad		profesión, nivel intelectual

2.4 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES:

Conceptual:

Deterioro de la Memoria: Declinación de las principales habilidades memorísticas. Estas habilidades pueden ser la capacidad de almacenamiento, recuperación, memoria sensorial, memoria primaria, entre otras (Crider A.,1989)

Género: Accidente gramatical que sirve para indicar el sexo de las personas o de los animales y el que se atribuye a las cosas (Diccionario de la Lengua Española, 1994)

Tercera Edad: Se conoce como la edad senil, senectud, período de la vida humana cuyo comienzo se fija comúnmente a los 60 años, caracterizado por la declinación de todas las facultades (Hispánica,1992)

Operacional:

Deterioro de la Memoria: Se considera deterioro de la memoria a un puntaje menor de 25 puntos según la escala MMSE. Esta variación en el puntaje puede deberse a la edad y género de las personas.

Género: Forma en que se designa el sexo, esto es género masculino y género femenino.

Tercera Edad: Personas comprendidas de los 60 a los 85 años : Edad Adulta Tardía .

2.5 Alcances y Límites:

Con la presente investigación se pretendió determinar si las personas de la tercera edad de una muestra de la población guatemalteca sufren de un deterioro moderado o un deterioro patológico de la memoria, y de alguna manera establecer si este deterioro es significativo en relación a la población estudiada.

El instrumento que se empleó para medir si existe o no un deterioro de la memoria sirve como un instrumento predictivo en los trastornos de memoria, como podría ser la Enfermedad de Alzheimer. Debido al tipo de estudio, el diagnóstico no pudo realizarse clínicamente, ya que se pretendió determinar si existe o no una tendencia de padecer un trastorno de la memoria en las personas comprendidas entre 60 y 85 años.

2.6 APORTE

Con esta investigación se pudo establecer un precedente para otras investigaciones a realizar acerca de la función cognitiva y sus trastornos. En Guatemala no existen estudios suficientes acerca de dicho tema, por lo que esta investigación pretendió dar a conocer acerca de la memoria, la pérdida de ésta y sobre la demencia. Además dio a conocer cómo se encuentra la memoria en una parte de la población guatemalteca de la tercera edad de ambos géneros, lo que permitió conocer que existen casos de demencia a los cuales no se les presta atención debida por falta de información acerca de tan amplio tema.

Por lo que se espera haber despertado inquietud e interés para investigar más acerca de la memoria y la demencia, para así, prestar mayor atención a las personas de la tercera edad de la sociedad guatemalteca para toma medidas preventivas y evitar un deterioro patológico de inicio temprano, esto puede ser el leer, jugar ajedrez, entre otras actividades. Y si la enfermedad se presenta tempranamente diagnosticarla en sus inicios y darle tratamiento con fármacos para

retardar el proceso, preparar a los familiares cercanos informándoles sobre la enfermedad y darles apoyo psicológico para manejar la situación.

Por lo que con este estudio se pretendió despertar mayor interés en la función cognitiva y en especial en la memoria debido al papel tan importante de esta en la vida de la persona humana.

III. METODO

3.1. SUJETOS:

La muestra estuvo constituida por 60 personas de ambos géneros, comprendidas entre los 60 y 85 años, que desempeñe cualquier tipo de ocupación; sin importar su raza, cultura o condición social.

La población de este estudio fue tomada al azar en algunos asilos del país, en donde el personal de éstas instituciones sugirió quiénes eran las personas indicadas para colaborar en la realización de dicha investigación. Otra parte de la población fue tomada al azar con personas particulares, que se quejaron de pérdida de memoria y estaban interesadas en ser evaluados. Estas personas fueron referidas por médicos o sujetos particulares que conocían acerca del problema de otras personas. Estos sujetos se reunieron en grupos pequeños, en casas particulares u oficinas, en dónde se aplicó el test en forma individual.

HOMBRES

SUJETO	EDAD	DONDE VIVIAN
1	64	ASILO
2	63	EN FAMILIA
3	64	EN FAMILIA
4	64	SOLO
5	65	EN FAMILIA
6	66	EN FAMILIA
7	66	ASILO
8	67	EN FAMILIA
9	67	EN FAMILIA
10	68	EN FAMILIA
11	68	ASILO
12	68	ASILO
13	68	SOLO
14	69	SOLO
15	70	EN FAMILIA

16	70	EN FAMILIA
17	70	EN FAMILIA
18	70	EN FAMILIA
19	70	EN FAMILIA
20	72	EN FAMILIA
21	72	EN FAMILIA
22	73	EN FAMILIA
23	73	ASILO
24	74	ASILO
25	76	SOLO
26	77	EN FAMILIA
27	86	EN FAMILIA
28	81	EN FAMILIA
29	83	EN FAMILIA
30	84	EN FAMILIA

LUGAR	TOTAL	PORCENTAJE
EN FAMILIA	20	66.67
ASILO	6	20.00
SOLO	4	13.33
	30	100.00

MUJERES

SUJETO	EDAD	DONDE VIVIAN
1	63	EN FAMILIA
2	63	SOLA
3	63	EN FAMILIA
4	65	EN FAMILIA
5	66	ASILO
6	67	EN FAMILIA
7	67	ASILO
8	67	ASILO
9	68	ASILO
10	68	ASILO
11	69	EN FAMILIA
12	69	ASILO
13	70	EN FAMILIA
14	70	ASILO
15	72	ASILO
16	73	ASILO

17	75	EN FAMILIA
18	71	EN FAMILIA
19	73	ASILO
20	74	ASILO
21	74	ASILO
22	75	EN FAMILIA
23	76	EN FAMILIA
24	78	EN FAMILIA
25	80	EN FAMILIA
26	88	EN FAMILIA
27	83	ASILO
28	85	EN FAMILIA
29	85	ASILO
30	85	EN FAMILIA

LUGAR	TOTAL	PORCENTAJE
EN FAMILIA	15	50.00
ASILO	14	46.67
SOLO	1	3.33
	30	100.00

3.2. INSTRUMENTOS:

Se utilizó la escala Mini Mental State Exam MMSE (Mini Examen del Estado Mental), es un examen breve, estructurado del estado mental que explora la orientación, memoria, atención, capacidad de renombrar, capacidad de comprensión, praxis y concentración. Con esta escala se puede predecir o no la presencia de un cuadro clínico demencial.

La escala MMSE contiene cinco sub-áreas que exploran diferentes tipos de memoria, esto es del funcionamiento de la memoria, como lo son la orientación, el registro de la información, atención y procesamiento de cálculo, recuerdo y lenguaje. La escala contiene 30 ítems que están distribuidos en cada una de las diferentes áreas anteriormente mencionadas. En su conjunto determinan si la capacidad de memoria de

la persona es normal de acuerdo a su edad o existe un deterioro que puede indicar si existe un cuadro demencial.

Esta escala se aplica de forma individual, y el examinador dirige la prueba de manera oral siguiendo las pautas establecidas en la escala. Las instrucciones para la aplicación de la escala se encuentran detalladas en la misma, y varían según sea el área a evaluar y la actividad a realizar.

Los materiales a utilizar son: soporte para escribir, lápiz con borrador, una hoja en blanco, y el formato de la escala.

La escala clínica no tiene tiempo límite para su aplicación, aunque por lo general requiere de 10 a 15 minutos.

Para la calificación de la escala se asigna un punteo a cada una de las diferentes áreas de la escala y según el punteo total que se obtenga, los resultados son evaluados según la interpretación de resultados que se encuentra al final de la escala. La puntuación fluctúa de 0-30 y cuánto más baja sea la puntuación mayor es el deterioro.

<u>PUNTEO</u>	<u>INTERPRETACION</u>
30 - 21	Normal
20 – 16	Demencia
15 ó menos	Demencia Severa

Los resultados determinan si la persona se encuentra dentro de un rango normal, si hay sospecha de demencia, si existe demencia o una demencia severa.

3.3. PROCEDIMIENTO:

- a. Se recopiló información para integrar el marco teórico
- b. Se realizó una selección de personas comprendidas entre los 60 y 85 años de edad que estuvieron dispuestas a colaborar en dicha investigación y se encontraron interesados en conocer como se encuentra su capacidad de memoria.
- c. Se aplicó el instrumento, en forma individual a las personas seleccionadas para llevar a cabo dicho estudio y luego se procedió a la calificación e interpretación de los resultados obtenidos.
- d. Se analizaron y compararon los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos entre los dos diferentes grupos de personas para determinar si existía o no un deterioro de la memoria en personas de ambos géneros.
- e. Luego se procedió al análisis y discusión de los resultados y a la elaboración de conclusiones y recomendaciones que de ellos se derivaron.

3.4. DISEÑO

Para el presente estudio se utilizó una investigación de tipo "Ex-post Factum", debido a que se llevó a cabo en situaciones naturales. En este diseño las personas son elegidas por el hecho de poseer una característica o un determinado valor de la variable independiente. (León y Montero,1993).

Se llevó a cabo un estudio de casos con un diseño de tipo "Ex post factum". Mc Guigan (1996) describió el diseño ex post factum, en el cual los sujetos son elegidos para la investigación por sus características, esto es después del hecho de haberlas adquirido. En otras

palabras, se trata de un diseño “ex post factum”, porque el investigador no asignará aleatoriamente a los sujetos los valores de la variable independiente sino que los seleccionará por poseer un determinado valor de dicha variable.

El concepto que ofrece Achaerandio (1994) es similar ya que afirma que este tipo de investigación es sistemática y empírica, en la que el investigador no tiene control directo sobre las variables de estudio, porque ya acontecieron sus manifestaciones.

En este caso se realizó una investigación de campo, ya que se estudió si la memoria disminuye con la edad o no, no se intervino, sólo se aplicó un test para determinar cuán afectada se ve la capacidad de memoria. Es una investigación ex post facto porque la edad es la variable independiente, la cual no se puede controlar y es la que influye en la disminución de la pérdida de la memoria.

Así mismo, se hizo un estudio de casos en el cual Dorsh (1981) afirma que es un método que ha adquirido mucha importancia en el campo de la investigación de la psicología de la personalidad. Se utiliza para establecer un cuadro que permita catalogar y ordenar los documentos relativos a un sujeto, que sirven para el estudio de su personalidad.

En el presente estudio, los resultados fueron presentados en cuadros específicos agrupados según la edad y género de los sujetos e interpretados a través de porcentajes, los cuales se analizaron, se establecieron comparaciones y se determinaron las conclusiones del estudio.

El procedimiento estadístico utilizado es:

$$X = \frac{Ex}{N} \text{ (Spiegel, 1961)}$$

La medida de variabilidad a utilizar es la desviación estándar, ya que es el estadígrafo que mejor describe la extensión de la dispersión en un estrato muestral.

Fórmula: $D.E. = \sqrt{\frac{\sum X^2}{N} - \bar{X}^2}$

D.E = Desviación Estándar

$\sum X^2$ = La sumatoria del cuadrado de la frecuencia de los puntajes procesados

N = Número total de puntajes

\bar{X} = Media Elevada al cuadrado (Levin,1979)

IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados Descriptivos

Después de la aplicación, corrección e interpretación de la escala aplicada y de acuerdo con los datos recabados en la investigación se pudieron obtener los resultados y las interpretaciones que se muestran a continuación:

Hombres	Sujeto	Edad	Punteo	Rendimiento
	1	64	24	Normal
	2	63	26	Normal
	3	64	26	Normal
	4	64	20	Demencia
	5	65	25	Normal
	6	66	28	Normal
	7	66	27	Normal
	8	67	27	Normal
	9	67	29	Normal
	10	68	23	Normal
	11	68	28	Normal
	12	68	28	Normal
	13	68	27	Normal
	14	69	23	Normal
	15	70	25	Normal
	16	70	26	Normal
	17	70	28	Normal
	18	70	28	Normal
	19	70	23	Normal
	20	72	19	Demencia
	21	72	22	Normal
	22	73	25	Normal
	23	73	24	Normal
	24	74	26	Normal
	25	76	22	Normal
	26	77	21	Normal
	27	86	18	Demencia
	28	81	17	Demencia
	29	83	18	Demencia
	30	84	16	Demencia

Mujeres	Sujeto	Edad	Punteo	Rendimiento
	1	63	28	Normal
	2	63	22	Normal
	3	63	20	Demencia
	4	65	18	Demencia
	5	66	18	Demencia
	6	67	26	Normal
	7	67	30	Normal
	8	67	25	Normal
	9	68	28	Normal
	10	68	27	Normal
	11	69	26	Normal
	12	69	30	Normal
	13	70	29	Normal
	14	70	28	Normal
	15	72	27	Normal
	16	73	27	Normal
	17	75	26	Normal
	18	71	20	Demencia
	19	73	23	Normal
	20	74	26	Normal
	21	74	21	Normal
	22	75	25	Normal
	23	76	28	Normal
	24	78	24	Normal
	25	80	14	Demencia Severa
	26	88	14	Demencia Severa
	27	83	17	Demencia
	28	85	19	Demencia
	29	85	18	Demencia
	30	85	17	Demencia

Hombres	Edad	No. Sujetos	% Sujetos	Rendimiento*
	60-70	19	63.33	19N
	71-80	7	23.33	2D/ 5N
	81-más	4	13.33	4D
		30	100.00	

Mujeres	Edad	No. Sujetos	% Sujetos	Rendimiento
	60-70	14	46.67	3D/11N
	71-80	11	36.67	1D/1DS/9N
	81-más	5	16.67	1DS/4D
		30	100.00	

- * N = Memoria Normal
 D = Demencia
 DS = Demencia Severa

El rendimiento en la escala de memoria del grupo del género masculino comprendidos entre 60 y 70 años es mejor que el rendimiento del género femenino de la misma edad, ya que dentro de los sujetos masculinos evaluados no se presentaron casos de demencia, mientras que en el grupo femenino ya se encontraron tres casos de demencia. Esto puede sugerir que en las mujeres puede iniciar un cuadro demencial a más temprana edad que en los hombres.

El rendimiento de la memoria en el grupo de los hombres entre 71 a 80 años se presentaron dos casos de demencia y en el grupo de mujeres de la misma edad se presentó un caso de demencia y uno de demencia severa, por lo que puede pensarse que al iniciar una demencia a más temprana edad el progreso del deterioro de la memoria es mayor, y el cuadro demencial se presenta más severo de forma más temprana en las mujeres que en los hombres.

En el grupo de 81 años en adelante, tanto en hombres como en mujeres se presentaron cuadros demenciales, presentándose un cuadro severo dentro de las mujeres; esto vuelve a sugerir que la mujer puede estar más propensa a padecer un cuadro demencial de inicio más temprano que en los hombres, y por el curso de la enfermedad el progreso es crónico.

En el grupo del género masculino se encontraron el mismo número de personas que padecen una demencia que el de mujeres, y la misma cantidad de personas con un rendimiento de memoria normal. Es preciso mencionar que en las mujeres el cuadro demencial se presentó a

más temprana edad que en los hombres y la presencia de una demencia severa se encontró únicamente dentro del grupo del género femenino. No existe una diferencia significativa entre los rendimientos de la prueba que sugiera que los hombres se encuentren mejor que las mujeres, sino que ambos están propensos a padecer algún tipo de demencia, sólo que unos con mayor severidad que otros.

4.2. Resultados Comparativos

Grupo	X edad	N	X	s	T obtenida	t crítica	Significancia
Hombres	71 años	30	23.97	3.70	0.54	2.00	0.59
Mujeres	73 años	30	23.37	4.81			(no significativa)

De acuerdo a los resultados obtenidos se acepta la hipótesis nula, ya que no existe diferencia estadísticamente significativa a un nivel del .05 en el nivel de deterioro de la memoria en personas de género femenino y personas de género masculino, ambos de la tercera edad.

V. DISCUSION DE RESULTADOS

Según Lersch (1989) la memoria es considerada como una de las funciones psicológicas superiores junto con el pensamiento y la voluntad. Constituye una función importante para mantener el ámbito relacional del ser humano.

Dicha capacidad sufre con el paso del tiempo un deterioro natural, así cuánto mayor sea la persona mayor será el deterioro de la memoria. Esta disminución de la memoria no es muy significativa al menos que este proceso sea de naturaleza patológica, lo cual es severo e irreversible y afecta a la persona considerablemente.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación se puede decir que no existe diferencia estadísticamente significativa entre las personas de género femenino y las personas de género masculino en relación al rendimiento o desempeño de la memoria. Sin embargo se pudo observar que con el paso de los años la memoria de la persona se ve más deteriorada, lo cual no es muy significativo si dicho deterioro no es de origen patológico, y esto se observa en el rendimiento en la prueba, ya que el rendimiento es normal. En cambio si el deterioro se debe a un proceso patológico el rendimiento en la prueba indica que la persona padece algún tipo de demencia.

Blesa, y Vásquez, (1999) mencionaron que en la actualidad el interés por la demencia es cada vez mayor debido a los cambios demográficos que se están dando en el mundo y es que la población mundial está envejeciendo. Mencionaron que la prevalencia de Alzheimer incrementa de mayor o menor grado con la edad y la prevalencia es de 1.5% en el grupo de edad de 60 a 69 años hasta más de un 20% después de los 80 años.

Finalmente Koivisto, Pyorala y Riekkinen (1995) realizaron un estudio sobre la prevalencia del deterioro de la memoria asociado con la edad y concluyeron que, tomando en cuenta el género y la edad, que la prevalencia del deterioro de la memoria asociado con la edad es mayor en la población mayor.

Dentro de la población guatemalteca de la tercera edad estudiada se encontró que la prevalencia de padecer demencia incrementa en mayor o menor grado con la edad. Se observó que en un grupo de mujeres el deterioro de etiología patológica es de mayor incidencia desde los 60 años en adelante y que en los hombres el deterioro patológico se puede presentar a mayor edad. El deterioro de la memoria se incrementa en la población mayor de ambos géneros.

Se pudo observar que la persona mayor se queja sobre la pérdida de memoria, en este estudio todas las personas de la población entrevistadas se quejan de padecerla, en su mayoría no presentaron un deterioro severo en la memoria; o riesgo de padecerla a un corto plazo; esto se relaciona con el estudio de Flicker, Ferris y Reisberg (1993) quienes realizaron un estudio longitudinal en el cual se concluyó que las personas con percepciones de padecer un deterioro de la memoria no presentaron una clara evidencia de un deterioro cognitivo en la entrevista clínica y no corren riesgo de padecer una demencia en los tres o cuatro años subsiguientes.

También se pudo observar de acuerdo a los punteos obtenidos, que es posible que el sentimiento de tener un déficit de memoria puede tener relación con ciertos rasgos de la personalidad y no con un rendimiento normal de la memoria, como lo indican Hanninen, Reinikainen, Hellkala y otros (1994), esto basándonos en que todos los sujetos evaluados se quejan de pérdida de memoria y el rendimiento en una parte significativa de la población fue normal.

Según lo observado al hacer el trabajo de campo de esta investigación se confirma lo que menciona Herrero(1985) y Papalia(1994) en su texto acerca del envejecimiento como un proceso involutivo natural en el cual hay una serie en el cambio de funciones que la persona

desempeña, presentando problemas físicos, psíquicos y sociológicos, los cuales pueden o no ser patológicos.

El Instituto Nacional de la Salud Mental estableció en 1986 el término de deterioro de la memoria asociado con la edad, que se refiere a los cambios de memoria de acuerdo a criterios establecidos, sin embargo Ferris (1992) afirma que este concepto ha declinado en su utilidad ya que más del 90% de la población de edad madura normal llenan dichos criterios.

Por lo que al observar los resultados obtenidos de la escala de Folstein aplicada en esta investigación, se puede inferir que en efecto este concepto no es útil para dar un indicio de cómo se encuentra la persona y si se encuentra en riesgo de padecer alguna demencia; ya que la mayoría de la población estudiada posiblemente encaja dentro del término de "envejecimiento normal".

Se menciona en la investigación sobre el concepto de deterioro cognitivo moderado, que como lo define Petersen, Smith y cols, (1997) se refiere a individuos que tienen algunos deterioros cognitivos, pero no se encuentran suficientemente débiles y que garantizan el diagnóstico de la demencia. El paciente presenta un déficit de memoria seguido por otras anormalidades cognitivas.

Este concepto es de mucha utilidad para realizar un diagnóstico y/o tratamiento preventivo. Por el tipo de investigación que se llevó a cabo no es posible realizar dicho diagnóstico, sin embargo por los punteos que se obtuvieron tanto en hombres como en mujeres se puede pensar que en algunos casos el deterioro moderado cognitivo puede presentarse; pero es necesario realizar un estudio en el cual se evalúen otras áreas cognitivas de manera exhaustiva.

En el manual de CIE-10 (1992) la demencia se define como un síndrome debido a una enfermedad del cerebro; que es crónica y progresiva y en la cual se presentan déficits en la orientación, cálculo, lenguaje, juicio etc. El estado de conciencia es claro. Se pudo observar al

realizar la investigación la diferencia en el rendimiento de una persona con rendimiento de memoria normal con una persona con deficiencias severas en la memoria, esto es, que padecían una demencia, ya que las personas daban respuestas incorrectas en sus mayoría, por lo que se sospecha de una posible demencia; pero el diagnóstico se debe completar con evaluación neurológica para determinar qué tipo de demencia padece el paciente.

Según los resultados no existe una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo del género femenino y el grupo del género masculino. No se encontró ninguna investigación que afirme que exista diferencia entre hombres y mujeres en el rendimiento de la memoria.

VI. CONCLUSIONES

1. No se encontró una diferencia significativa entre el rendimiento de los hombres y de las mujeres; ya que ambos géneros pueden padecer algún tipo de demencia; unos con más severidad que otros.
2. Dentro del grupo de personas comprendidas entre 60-70 años se encontraron casos de demencia. Estos casos se presentaron únicamente en personas del género femenino, lo cual puede indicar que el cuadro demencial puede iniciar más tempranamente en las mujeres que en los hombres.
3. En el grupo de personas entre 71-80 años se encontraron en ambos géneros casos demenciales; presentándose el de más severidad en las mujeres. Lo que indica que el progreso de la enfermedad llega a ser más severa si es de inicio más temprano.
4. En las personas de 81 años o mayores, de ambos géneros se presentaron demencias; siendo de mayor severidad en las mujeres que en los hombres.
5. El cuadro demencial se encontró en edades más tempranas y de manera más severa en las mujeres que en los hombres.
6. Dentro de la población estudiada de la tercera edad se encontró que la prevalencia de padecer demencia incrementa en mayor o menor grado con la edad. El deterioro de la memoria de origen patológico es de mayor incidencia desde los 60 años en las mujeres que en los hombres.
7. El deterioro de la memoria es mayor en la población mayor de ambos géneros.

VII. RECOMENDACIONES.

1. Realizar una evaluación de la memoria cuando la persona se encuentra en la tercera edad, como un tratamiento preventivo y poder así detectar un cuadro demencial en su inicio para poder dar el tratamiento necesario y de alguna manera retardar el progreso de dicho cuadro.
2. Es preciso tomar en cuenta la historia familiar para determinar si existen antecedentes de Alzheimer u otra demencia, ya que en la actualidad se sabe que una persona puede iniciar a fortalecer sus factores de protección a los 20 ó 30 años de edad, según el doctor Amir Soas , de la Universidad Western Reserve de Ohio.
3. Se conocen que diversos factores pueden causar una demencia, por lo que es posible poner en práctica ciertas actividades para prevenirla. El cerebro es como los músculos, entre más se usa más se fortalece; por lo que es importante hacer ejercicios físicos y mentales. Estos ejercicios pueden ser una fuente de placer, como el leer, jugar ajedrez, aprender otro idioma etc.
4. Se aconseja a las personas mayores trabajar la memoria durante 40 minutos o una hora diaria, y si es posible, en grupo para mantener una mayor motivación y a la vez desarrollar contacto social.
5. A todas las personas con familiares que padecen demencia, informarse acerca del manejo del paciente e investigar sobre los avances científicos, los cuales pueden llegar a beneficiar a todos lo miembros de la familia.
6. Seguir investigando acerca de la memoria y la demencia, que es un campo tan amplio, para conocer más acerca del tema y aplicar estos conocimientos en la sociedad guatemalteca (educación) para poder “prevenir” esta enfermedad y/o poder tratarla adecuadamente.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Achaerandio, L.s.j. (1995). Iniciación a la Práctica de la Investigación. Guatemala: U.R.L.
- Alexander, M.P. (1996). Memory and Amnesia. *Psycho Med.* 22:p911-922. USA
- Bee, H. (1996) The Journey of Adulthood. Estados Unidos_ Prentice Hall Inc.
- Blesa,R., Vásquez,J. (1999). "Avances Científicos en la Enfermedad de Alzheimer". (Simposio). Guatemala 3 de junio.
- Bolla,K, McCann, U y Ricaurte, G. (1998). Deterioro de la memoria en personas abstinentes de estásis. *Neurology Official Journal of the American Academy of Neurology.* 6 p.532-537.
- Chauchard, P. (1971). Conocimiento y Dominio de la Memoria. Bilbao, España: Ediciones Mensajero.
- Coffey y cols.(1999). Education may protect against dementia. *Neurology.* Julio. 53 p.189-196. New York, USA.
- Crider, A., Goethals, G., Solomon, P. (1989). Psicología.Estados Unidos: Scott Foresman.
- Deawlyer, D. (1999). Memory Function. *Nature.* Octubre. 11: 54-57. USA.
- De León. MJ. (1997). Normal Aging and Alzheimer disease. *Neuropsychology of Aging.* Septiembre. 18: 1-11. USA.
- D' Esposito M. (1995). The clinical profiles, recovery and rehabilitation of memory disorders. *Neurorehabilitation.* 5 p141-159. Pensilvania, USA.
- Dorsch, F. (1981). Diccionario de Psicología. Barcelona. Editorial Herder
- Enciclopedia Hispánica (1992). Estados Unidos: Editorial Publishers Inc.
- Ferris, S, Reisberg, B. (1992). Mild cognitive impairment in the elderly. Predictors of dementia. *Neurology.* Octubre. 41: p106-109. USA.

- Flicker C, Ferris Sh y Reisberg B. (1993). A longitudinal study of cognitive function in elderly persons with subjective memory complaints. Journal Article. Index Medicus. Octubre. p. 1029-32. New York, USA.
- Ford, Haley, Thrower, West, Harrell (1996). Utility of Mini mental State Exam scores in predicting functional impairment among white and African American dementia patients. Journal Article. Julio. pM185-8. Alabama, USA.
- Gage, N. (1990). La inteligencia. Guatemala: Editorial Piedra Santa.
- García, P. (1994). Diccionario de la Lengua Española Larousse. México: Ediciones Larousse.
- Greene, J.D., Hodges J.(1996). La fragmentación de la memoria remota. Evidencia de un estudio longitudinal sobre demencia tipo Alzheimer. Journal Article. Febrero. 30: 129-42. Inglaterra.
- Gregg, V. (1978). Memoria Humana. México: Compañía Editorial Continental, S.A.
- Guyton, A. (1998). Tratado de Fisiología Humana. España: Editorial Mc Graw Hill.
- Hannien, Reinikainen, Helkala and others (1999). Subjective memory complaints and personality traits in normal elderly subjects. Journal Article. Enero. pl-4. Finlandia.
- Herrero, V.L. y colbs. (1985) Trastornos Psíquicos en la Tercera Edad. Barcelona: Hoechst Ibérica, S.A.
- Jonker, C., Launer, L.J., Hooijer C. (1996). Memory Complaints and memory impairment in older individuals. Journal Article . January 1996 p.44-49. Amsterdam.
- Keenan, Yaldao y Fuerst (1998). The Memory loss in pregnant women. Journal Article. Septiembre p 31-7. Michigan, USA.
- Kitchner EG, Hodges J, McCarthy R (1998). Adquisición de vocabulario y factores semánticos en la ausencia de memoria episódica. Journal Article. Julio. P 13-23. Departamento de Psicología Experimental , Universidad de Cambridge, Inglaterra.
- Kielholz, P. y Adams, C. (Eds). (1986). The elderly person as a patient. Switzerland: Deutscher Ärzte-Verlag Köln.
- Koivisto, K, Reikkinnen, P, Pyorala, K. (1995). Prevalencia sobre el deterioro de la memoria asociado con la edad. Journal Article. Abril . 45:611-4. Estados Unidos.
- León, O. y Montero I. (1993) Diseño de Investigaciones. España: McGraw Hill.

- Lersch, J. (1989). La Memoria Humana. España: Editorial Rialp.
- Levin, J. (1979). Fundamentos de Estadística en la investigación social. México: Harla.
- Luria, A.R.(1984). Acción y Memoria. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. (1995). Barcelona, España: MASSON,S.A.
- Mc Guigan, F.J. (1996). Psicología Experimental. México: Editorial Prentice Hall
- Nyberg I., Backman L., ErngrunK. Olofsson U, Nilsson G. (1996) Diferencias de edad en memoria episódica, semántica relacionado a factores demográficos, intelectuales y biológicos. Journal Article. Julio. 51: 234-40. Toronto, Estados Unidos.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Internacional de los Trastornos mentales y del Comportamiento CIE-10. Madrid, España: Ed. Meditor.
- Papalia, D. y Wendoks O.S. (1994). Desarrollo Humano. Colombia: McGraw Hill.
- Petersen R, Smith, G. (1997) Aging, Memory and mild cognitive impairment. International Psychogeriatrics . July . 9:37-43. USA.
- Ruch F. Zimbardo, P. (1977) Psicología y vida. México. Editorial Trillas.
- Santiago, Z. y colbs. (1989). Psicología. Glenview, IL: Scott, Foresman and Co.
- Sarason I. (1986). Psicología Anormal. México: Editorial Trillas.
- Sevush S, Leve N. (1993). Denial of memory deficit in Alzheimer disease. Journal Article. Mayo p 748-51. Miami, Florida, USA.
- Shaie, G. (1992). The Silent Pasagge. Estados Unidos: Editorial Atlántida.
- Sharp, Brindle, Brown, Turner (1993). Memory Loss during pregnancy. Journal Article. Marzo p 209-25. Inglaterra.
- Sheehy, G. (1992) The Silent Passage. Estados Unidos, Editorial Atlántida.
- Spiegel, M. (1961). Estadística. México. Editorial Mc Graw Hill.
- Vallejo, A. (1994). Introducción a la Psiquiatría. Barcelona: Editorial Mc. Graw Hill.

www.cbc.ca/national/memory/links.html.

www.psych.org/din_dementia.

www.dementia.com.

www.Alzheimerinsights.com.