

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA
ROSARIO, ARGENTINA
2025.

*“Estudio descriptivo de la memoria episódica verbal en
adultos mayores sin patología, con deterioro cognitivo leve y
con demencia de Alzheimer”.*

ALUMNA:

Camino, Ayelén

CON LA SUPERVISIÓN DE:

Lic. en Fonoaudiología Peralta Silvina

Tesina presentada por:

CAMINO, Ayelén.....

Con la supervisión de:

Lic. En Fonoaudiología PERALTA, Silvina.....

Aprobado por:

.....
.....
.....
.....
.....

En Rosario, a los.....días del mes de del año.....

Legajo: C-2445/7

Agradecimientos

A Silvina, por su predisposición, generosidad y gran compromiso, que hicieron posible la elaboración de este trabajo de investigación.

A mi familia, a mis amigos y a Flor, por estar siempre presentes, acompañándome y apoyándome incondicionalmente a lo largo de este camino.

Índice

RESUMEN	5
<i>Palabras claves</i>	5
MARCO TEÓRICO	6
1. La Memoria: Modelos, Tipos y Aspectos Funcionales	6
2. Envejecimiento Normal	12
3. Deterioro Cognitivo Leve	15
4. Enfermedad de Alzheimer	16
5. Evaluación de la Memoria Episódica Verbal en el Envejecimiento, en el Deterioro Cognitivo Leve y en la Enfermedad de Alzheimer.	17
PROBLEMA	19
OBJETIVOS	20
VARIABLES	21
<i>Principales</i>	21
<i>Secundaria</i>	23
POBLACIÓN	24
DISEÑO	25
PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	26
PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	27
CONTEXTO DE JUSTIFICACIÓN	37
<i>Interpretación y discusión</i>	37
<i>Conclusiones</i>	41
<i>Limitaciones y sugerencias</i>	43
BIBLIOGRAFÍA	44
ANEXO	48
<i>Anexo I: Test de Aprendizaje Auditivo-Verbal de Rey</i>	48
<i>Anexo II: Tabla de recolección de datos de los pacientes</i>	51
<i>Anexo III: Cuadro N° 3.</i>	55
<i>Anexo IV: Cuadro N° 4.</i>	56

RESUMEN

En la siguiente investigación se llevó a cabo la evaluación de la Memoria Episódica Verbal en evocación Inmediata (MEVI) y Diferida (MEVD) en pacientes que presentan Demencia de Alzheimer (DAT), Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y personas sin patología o que presentan un envejecimiento normal (EN).

La población estudiada estuvo compuesta por un total de 60 pacientes, con una muestra de 20 personas por cada diagnóstico mencionado.

Para evaluar ambos tipos de memoria se utilizó el Test Auditivo Verbal de Rey versión Buenos Aires.

Los resultados obtenidos reflejan el aumento del compromiso en los procesos de almacenamiento, codificación y recuperación de la lista de palabras presentada para la MEVI y la MEVD de manera similar, mostrándose más afectada en la DAT, en comparación al DCL y al EN.

Además, se observa el aumento de la presencia de errores, en la MEVI y en la MEVD a medida que progresa el deterioro para ambos grupos etarios. Dentro de los errores que aparecen en la MEVI se encuentran las repeticiones y confabulaciones, mientras que en la MEVD se agregan las intrusiones.

Palabras claves

Memoria

Envejecimiento Normal (EN)

Deterioro Cognitivo Leve (DCL)

Enfermedad de Alzheimer (DAT)

MARCO TEÓRICO

1. La memoria: modelos, tipos y aspectos funcionales.

La memoria ha suscitado siempre el interés de distintas disciplinas: filósofos, sociólogos, artistas han sido atraídos por el sinnúmero de interrogantes que despierta su abordaje: ¿por qué se recuerdan detalles de la infancia y no la cena de la noche anterior o el nombre de un conocido? .

Indudablemente una de las áreas más fascinantes para las neurociencias es el estudio de la memoria, ya que a través de ella podemos evaluar el pasado para actuar en el presente y planificar el futuro.

La memoria es una de las funciones centrales de la actividad intelectual, y es la base de nuestro conocimiento (Lezak, 1983, citado por Allegri, 1994).

Squire define a la memoria como “el proceso de adquisición de nueva información y la persistencia de la misma en un estado que permita su actualización posterior”. El autor plantea que la mayoría de los organismos vivientes cambian según su programación genética, así como también en respuesta a los hechos que ocurren en su vida. Debido a esto, la experiencia que tiene un animal puede modificar su sistema nervioso y éste, actuar más tarde en forma diferente. Esta capacidad adaptativa confiere a los organismos la habilidad de aprender y recordar (Squire 1987).

La memoria y el aprendizaje están íntimamente relacionados. Signoret (1987), plantea el concepto de aprendizaje como un proceso mediante el cual se adquiere nueva información que posibilita modificar una conducta, mientras que la memoria se refiere a la persistencia del aprendizaje en un estado que pueda ser utilizado más tarde.

Asimismo, el autor considera que la organización estructural de la información en la memoria se realiza según un desarrollo lineal en tres fases:

Memorización o codificación: poner en memoria. Implica incorporar información y registrarla.

Conservación o almacenaje: archivar en memoria. Implica guardar la información en la memoria en un lugar que sea fácil de encontrar.

Restitución o recuperación: reponer en memoria. Implica recuperar el recuerdo cuando sea necesario.

El conocimiento de la memoria ha permitido comprender que no es una función unitaria. Hay varias dicotomías que posibilitan, con diferentes términos según los autores, establecer varios tipos de memoria cuyo conocimiento resulta esencial para quienes trabajan con pacientes amnésicos. (Allegri).

Cada sistema utiliza determinados circuitos cerebrales para su procesamiento conformando así, la neuroanatomía funcional de la memoria.

Tipos de memoria.

En 1890, William James propuso distinguir entre memoria primaria y memoria secundaria. La primera se refiere a la información que se mantiene presente en la conciencia luego de ser percibida (presente psicológico), mientras que la segunda remite a la información que deja la conciencia (pasado psicológico). (Tamaroff & Allegri, 1995)

Posteriormente, en la década de los '60, se plantea la existencia de distintos estadios para el funcionamiento de la memoria, considerando la existencia de distintos tipos de memoria.

Atkinson y Schiffrin proponen un modelo multialmacén, según el cual la memoria puede clasificarse siguiendo un criterio temporal. En efecto dicha clasificación depende del tiempo de retención o almacenamiento de la información, pudiéndose encontrar tres tipos:

- a. Memoria sensorial
- b. Memoria de corto plazo
- c. Memoria de largo plazo



(Figura 1).

a) Memoria sensorial

Este modelo plantea que la información que recibimos del medio externo ingresa a nuestro sistema nervioso a través de diferentes canales sensoriales (visual, táctil, auditivo, etc.) y es mantenida durante un período muy breve de tiempo en el archivo específico de cada modalidad sensorial. A este proceso se lo conoce como memoria sensorial. El registro de la información se efectúa sólo a nivel de las características físicas, precategoryales. Es decir, un estímulo que es transformado en sensación no es analizado ni tampoco interpretado, sino que se mantiene como pura estimulación sensorial.

La duración de los registros sensoriales es muy corta y varía según las diferentes modalidades sensoriales. En relación a este tipo de memoria, Allegri (1994) indica que aún no está claro si es un fenómeno periférico, central o ambos. Por lo tanto, se plantea si estamos frente a una función mnésica o a una capacidad perceptiva.

b) Memoria de corto plazo

Desde cada modalidad sensorial (visión, audición, etc.) se envía la información al segundo componente del sistema: Memoria de Corto Plazo (MCP), al cual originalmente William James denominó memoria primaria.

Miller plantea que la MCP tiene la facultad de mantener la información durante un lapso muy corto de tiempo (menos de un minuto) y poder restituirla inmediatamente. (Signoret, 1987).

La MCP es muy sensible a la interferencia, la cual, si aparece inmediatamente después del Ingreso de la información, produce la pérdida de la misma (Lezak, 1983). Esta sensibilidad al fenómeno de la interferencia es una de las bases para la distinción neuropsicológica entre Memoria de Corto Plazo y Memoria de Largo Plazo (MLP).

La información de este sistema se almacena por contigüidad o por propiedades sensoriales (sonidos, colores similares, etc.). El almacenamiento de este material verbal se efectúa por autorepetición o codificación fonémica (Craik, 1972).

Asimismo, la información puede perderse en este almacén ya sea por desplazamiento ante una nueva información o por disminución en el tiempo. Pero cuanto más tiempo se mantiene la información en la MCP, mayor es la probabilidad de que sea transferida a la MLP.

Con respecto al sustrato biológico de la MCP, distintos investigadores como Doty, 1979, Thatcher et al. 1977, sostienen que el fenómeno neurofisiológico de la MCP ocurre por una activación neuronal que mantiene la información en “circuitos reverberantes” (sistemas neuronales de retroalimentación excitatoria).

Por su parte Portellano, refiere también que el sustrato de la MCP se localiza en los circuitos reverberantes locales que implican neuronas corticales o bucles córtico-talámicos. La circunvolución angular y supramarginal del lóbulo parietal son la base de la MCP, existiendo una disociación hemisférica ya que el lóbulo parietal izquierdo es responsable de la MCP de contenido verbal (recuerdo de dígitos o palabras), mientras que el derecho es responsable del recuerdo inmediato de imágenes.

b 2) Memoria de trabajo

En los últimos 30 años la concepción de la memoria a corto plazo se amplió. En efecto este concepto ya no sólo hace referencia al mantenimiento en la mente de información durante un breve período de tiempo, sino que también hace alusión a la manipulación y transformación de esta información para planificar y guiar nuestra conducta. El concepto de memoria de trabajo o memoria operativa (*working memory*) trata de aglutinar esta rica concepción.

La Memoria de Trabajo es definida como un espacio de trabajo o memoria buffer en la cual se mantiene la información mientras está siendo procesada. Constituye un sistema de capacidad limitada, destinado al mantenimiento temporario de la información durante la realización de una serie de pruebas cognitivas.

Portellano en su libro, “Introducción a la Neuropsicología”, refiere que mientras que la MCP es un sistema unitario y pasivo de almacenamiento, la memoria de trabajo es un sistema activo de memoria.

Según Baddeley (1990), la memoria de trabajo es un sistema de almacenamiento con capacidad limitada que nos permite manipular las informaciones, facilitando el cumplimiento de varias tareas de modo simultáneo, como el razonamiento, la comprensión y la resolución de problemas, gracias al mantenimiento y a la disponibilidad temporal de las informaciones.

Tres módulos conforman la memoria de trabajo funcionando de forma coordinada e interdependiente:

- a. Lazo articulatorio o bucle fonológico: Consta de un almacén fonológico donde se almacena la información verbal y un proceso de control articulatorio similar al que se realiza durante la lectura silenciosa. Interviene en tareas vinculadas con el lenguaje, siendo imprescindible que todas las informaciones verbales tengan acceso a través del lazo articulatorio. Su función consiste en realizar operaciones de repaso o en la transformación de la información visual en información verbal. El bucle fonológico se archiva en el Área de Wernicke, mientras que el bucle para el material articulatorio se archiva en el Área de Broca.
- b. Agenda visoespacial. Es el sistema encargado de gestionar y manipular las imágenes visuales. Permite codificar la información visual, realizar una situación espacial o recuperar imágenes del archivo de memoria a largo plazo. La agenda visoespacial se localiza en las áreas parieto-occipitales del hemisferio derecho.
- c. Ejecutivo central. Su función es coordinar la actividad del lazo articulatorio y la agenda visoespacial, encargándose de planificar, almacenar, procesar y tomar decisiones que permitan resolver operaciones cognitivas. Se considera que el Ejecutivo Central, es un eslabón intermedio entre la memoria sensorial y la memoria a largo plazo, y se sitúa en las áreas dorsolaterales del lóbulo frontal.

c) Memoria de largo plazo

Constituye un almacén de duración indefinida que mantiene la información desde varios minutos a muchos años, y tiene generalmente una capacidad ilimitada. Se localiza en el circuito de Papez (Portellano).

Algunos autores plantean que la Memoria de Largo Plazo (MLP) posee un componente reciente –un registro de horas, días o meses (memoria secundaria)– y un componente remoto (memoria terciaria) –un registro de años e incluso décadas– (Lucas, 2002). La memoria terciaria, es una modalidad de MLP que nos permite recordar acontecimientos autobiográficos o eventos sociales del pasado. Se localiza fuera del circuito de Papez, en las áreas heteromodales del córtex cerebral.

El proceso de archivo de la información como MLP comienza desde que los datos ingresaron en la MCP y continúa mientras están allí (Baddeley, 1976, citado por Allegri, 1994). Dos factores juegan un rol preponderante en el paso de la MCP a la MLP: la afectividad y la atención.

La memoria de Largo plazo no constituye un sistema unitario, situación por la cual fueron propuestas las siguientes divisiones:

-MLP declarativa (Explícita): remite al registro mnésico que podemos declarar, es decir, poner en palabras. Constituye el “saber qué”, el conocimiento explícito de algo vinculado a su significado, construido fundamentalmente de la interacción con los otros (Frenquelli, 2002). Su sustrato biológico se halla en las estructuras medias del lóbulo temporal (hipocampo principalmente, corteza circundante y amígdala) y áreas corticales asociadas (Allegri, 1994; Eichenbaum, 2003). Además, la corteza prefrontal dirige los procesos de atención y de organización necesarios tanto para codificar como para evocar la información, y las vías de sustancia blanca y ciertos núcleos subcorticales son también importantes para recuperar la información.

-MLP no declarativa (Implícita): La memoria no declarativa o implícita es aquella que no puede examinarse de una manera consciente. Constantemente registramos nuevas informaciones de las que no somos conscientes, pero que posteriormente empleamos sin percatarnos. Conforma adquisiciones mnésicas que no se realizan de un modo consciente o deliberado. Se ubica en los ganglios de la base y cerebelo.

La **memoria declarativa o explícita** puede dividirse, a su vez, en memoria episódica y memoria semántica.

a). **Memoria episódica**: es la encargada de los procesos de codificación y almacenamiento de experiencias personales, ligadas al contexto espacio-temporal en el que ocurrieron, es decir, registra informaciones en relación con el tiempo, ubicando los recuerdos en un momento de la vida (Kolb & Whishaw, 2003).

b). **Memoria semántica**: relacionada con el almacenamiento del conocimiento en general, del mundo exterior y del lenguaje; incluye además de los conocimientos, el significado de las palabras, de los gestos, de los objetos, así como de conceptos.

La **Memoria no declarativa o implícita** comprende tres modalidades diferentes:

a) **Memoria procedimental**: es la memoria del “saber cómo” y remite a las destrezas aprendidas, que se manifiestan a través de la ejecución de actividades como nadar o andar en bicicleta. Permite adquirir habilidades perceptivo-motoras o cognoscitivas sin hacer referencia explícita a las experiencias anteriores.

b) **Priming**: es una modalidad de memoria implícita no declarativa en la cual un estímulo presentado previamente genera un efecto facilitador, ya sea en la detección posterior de estímulos o en su identificación.

c) **Condicionamiento simple**: Abarca el aprendizaje asociativo (habilidades motoras y respuesta emocional), realizado mediante condicionamiento clásico, y el aprendizaje no asociativo realizado mediante habituación o sensibilización. Ambas modalidades de memoria implícita permiten mejorar nuestras condiciones adaptativas. Se sitúan en los ganglios de la base y en el cerebelo.

2. Envejecimiento Normal

El envejecimiento implica una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales, asociados con modificaciones en diferentes áreas cognoscitivas.

Con respecto a la atención, la misma es un proceso complejo en donde pueden distinguirse diferentes variedades atencionales: la atención sostenida se

encuentra conservada en el envejecimiento, así como la atención selectiva. En relación a la atención dividida durante el envejecimiento se produce una disminución del rendimiento en tareas duales (Madden, 1990; Salthouse, Fristoe, Lineweaver, y Coon, 1995). No obstante, en cuanto a la causa subyacente, las dificultades podrían estar asociadas más con la complejidad de la tarea que con la división de la atención. (Madden, 1990).

En cuanto a la velocidad de procesamiento de la información, la misma se caracteriza por un enlentecimiento más o menos generalizado a nivel sensorial, motor y cognitivo.

La percepción puede afectarse por una serie de cambios sensoriales y perceptuales distintivos, por ejemplo, la disminución de la agudeza visual y auditiva (hipoacusia, hipermetropía, dificultades para adaptarse a la oscuridad y para discriminar diferentes niveles de iluminación).

Las habilidades visoespaciales y visoconstructivas se encuentran conservadas.

Las funciones gnósicas y práxicas no presentan alteraciones.

En lo que respecta a la memoria, en el envejecimiento se registran olvidos denominados benignos. Éstos suelen abarcar detalles irrelevantes o de poca importancia y no remiten a la totalidad de los eventos que se quieren recordar. En efecto, las personas no pueden recordar, por ejemplo, el nombre de un actor o de un suceso específico dentro de la trama de una película que vieron en un pasado próximo, pero sí pueden recordar que fueron al cine y con quién.

También es común que, a medida que avanza la edad, las personas necesiten más tiempo para recordar ciertos eventos o sucesos. Sin embargo, si se les proporcionara el tiempo suficiente y no se los presionara al momento de responder, podrían recuperar la información.

Es importante señalar que en el envejecimiento normal las personas son conscientes de sus déficits y tratan de compensarlo con rodeos, o disculparse por sus olvidos. Asimismo, éstos no interfieren en el desempeño independiente de las Actividades de la Vida Diaria e Instrumentales de la Vida Diaria.

El análisis de los distintos componentes de la memoria con el avance de la edad, permite establecer las siguientes características:

-La memoria a corto plazo se encuentra conservada.

-La memoria de trabajo levemente descendida.

En relación a la memoria explícita, no se registran dificultades en la memoria semántica mientras que la memoria episódica se encuentra afectada en la calidad de la codificación, el recuerdo es pobre, aunque la capacidad de reconocimiento se encuentra conservada.

En efecto, la memoria episódica (memoria de hechos o episodios de nuestra vida) se encuentra disminuida en su aspecto evocativo, pero mejora con claves o reconocimiento. La falla no está en los archivos, sino en la búsqueda. Los recuerdos están guardados, la dificultad radica en encontrarlos. Los ancianos olvidan de recordar. (Bagnati, Allegri, Kremer Janus, & Taragano, 2003 p. 53)

La memoria implícita (procedural) se encuentra indemne.

Crook y colaboradores (1986) presentan los criterios de diagnóstico diferencial entre las alteraciones de memoria ligadas al envejecimiento normal y aquellas indicadoras de demencia:

- Durante el envejecimiento normal se observan fallas discretas en la memoria, particularmente en personas mayores de 50 años.
- En el olvido senil, las quejas de memoria se reflejan en actividades de la vida diaria: olvido de nombres, números telefónicos, dificultad para recordar información en forma inmediata, y similares.
- El defecto de memoria debe tener una evolución gradualmente lenta, sin un empeoramiento acelerado durante los últimos meses.
- El desempeño en pruebas de memoria debe encontrarse hasta a una desviación estándar por debajo de la media para adultos normales.
- Existe evidencia de un funcionamiento intelectual global adecuado, mostrando un desempeño normal, de acuerdo con la edad, en pruebas de inteligencia.
- Hay ausencia de signos de demencia.

Dichos autores proponen el diagnóstico de “deterioro de memoria asociada con la edad” para aquellos pacientes que se quejan de fallas de memoria y cumplen los criterios anteriormente mencionados. Los mismos parecen beneficiarse de técnicas de recuperación por reconocimiento, mientras que fallan en pruebas de recuerdo libre. Es decir, el individuo va perdiendo la habilidad para hacer asociaciones entre nuevos aprendizajes que le faciliten planes de recuperación o evocación.

3. Deterioro Cognitivo Leve

En 1991, Flicher, Ferris y Reisberg utilizaron el término de “trastorno cognoscitivo leve” para referirse a individuos con alteraciones importantes en la memoria, pero con un funcionamiento adecuado en las actividades de la vida diaria. Recientemente se ha sugerido que el trastorno cognoscitivo leve constituye, en la mayoría de los casos, una etapa inicial de la demencia de tipo Alzheimer (Smith & Rush, 2006).

El **Deterioro Cognitivo Leve (DCL)** es una entidad clínica compleja que permite comprender la evolución natural de las alteraciones cognitivas en el envejecimiento, dando lugar a estrategias terapéuticas preventivas.

Este concepto es utilizado para diferenciar los cambios cognitivos asociados al envejecimiento normal, en donde generalmente se encuentran los denominados "olvidos benignos", y aquellos asociados con demencia (vascular, degenerativa, entre otras.).

El DCL refiere a sujetos que presentan déficit cognitivo, que no afecta la independencia en las actividades de la vida diaria y que no cumplen los criterios de demencia. Sin embargo, en estos sujetos, el riesgo de desarrollar demencia es mayor, especialmente enfermedad de Alzheimer (EA).

“Los criterios de inclusión en deterioro cognitivo leve, según Petersen (1995), son:

- Queja de pérdida de la memoria corroborada por un familiar.
- Deterioro de memoria en relación con los sujetos de la misma edad y nivel educativo del paciente.

- Función cognitiva global normal.
- Normalidad en las actividades de la vida diaria.
- Ausencia de demencia.” (Allegri, Vázquez & Sevillever, 2013, p. 52).

Cuando el proceso avanza pueden aparecer también alteraciones en áreas como la atención, la orientación visoespacial o el cálculo, pudiendo asociarse síntomas derivados de trastornos de la personalidad subyacente. En esta línea los marcadores cognitivos del DCL más relevantes son: defectos en la codificación, almacenamiento y recuperación de la información, en el recuerdo libre, en recuerdo diferido de una lista de palabras, memoria episódica y aprendizaje. También se alteran capacidades como la atención visual, el razonamiento abstracto, la fluencia verbal o la denominación.

4. Enfermedad de Alzheimer

“La **Enfermedad de Alzheimer** (DAT) es una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por la presencia de deterioro cognitivo progresivo que afecta inicialmente la memoria y luego otras funciones cognitivas, generando una alteración funcional.” (Allegri, Vázquez & Sevillever, 2013, p. 55).

Suele iniciarse de manera lenta, en edades tardías de la vida, evolucionando la mayoría de estos pacientes en tres etapas: leve, moderada y severa, cada una de las cuales se caracteriza por atributos cognitivos, conductuales y funcionales específicos.

Los síntomas propios de la Enfermedad de Alzheimer de tipo leve son:

- Pérdida de memoria que compromete las actividades de la vida diaria.
- Dificultades para planificar o resolver problemas, fallas de tipo "ejecutivo" con compromiso para cumplir una o varias tareas y dificultades para concentrarse.
- Dificultades para realizar tareas domésticas, laborales o de ocio con las que estaban familiarizados.
- Desorientación en tiempo y/o espacio.
- Problemas de percepción visual.
- Dificultades para comunicarse: problemas para mantener una conversación o para encontrar las palabras correctas (anomias).
- Perder objetos o guardarlos en lugares inapropiados o infrecuentes.

- Fallas en el sentido común y capacidad de juicio o toma de decisiones.
- Pérdida de interés en hobbies, proyectos laborales, deportes o actividades sociales.
- Cambios de humor y personalidad. Signos de ansiedad o irritabilidad, que pueden originarse en confusión, miedo o cansancio ante cualquier actividad que los saque de su rutina. La depresión es otra manifestación frecuente, así como la apatía.

La memoria es lo primero que se afecta y se pone de manifiesto por la incapacidad del sujeto para el aprendizaje de nuevas palabras o sucesos, a pesar de una presentación repetida de estímulos. También se observa un trastorno de la memoria episódica, debido en gran parte a la consolidación ineficaz o el pobre almacenamiento de información nueva. El reconocimiento y recuerdo libre de las tareas está afectado y la recuperación de la información es ineficaz.

Uno de los predictores cognitivos más importantes para diagnosticar Enfermedad de Alzheimer es la exploración neuropsicológica del funcionamiento mnésico del paciente que viene a la consulta. También deben tenerse en cuenta otros dominios cognitivos, tales como las funciones ejecutivas, la atención y el lenguaje. Si bien se suele realizar una exploración funcional del sujeto, con el fin de estimar el grado de influencia de los olvidos en su vida cotidiana, se deben tener en cuenta ciertas pruebas estandarizadas que permitan correlacionar estos olvidos con el rendimiento mnésico objetivo. Esto es así ya que, en las primeras etapas el sujeto puede utilizar estrategias para compensar los déficits, de tal manera que en su vida cotidiana el impacto del deterioro cognitivo no es evidente.

5. Evaluación de la Memoria Episódica Verbal en el Envejecimiento, en el Deterioro Cognitivo Leve y en la Enfermedad de Alzheimer.

Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey, versión Buenos Aires (Rey, 1964).

“Esta prueba es una de las más utilizadas para evaluar memoria verbal anterógrada. Consiste en cinco presentaciones sucesivas de 15 palabras (Lista A). A esta etapa de la prueba se la denomina "Aprendizaje". Luego de la fase de aprendizaje, se presenta una segunda lista (Lista B o lista distractora) que se lee

solamente una vez y permite obtener una estimación de la interferencia proactiva (donde el nuevo aprendizaje es perjudicado por viejos aprendizajes) y retroactiva (donde el nuevo aprendizaje dificulta el recuerdo de aprendizajes pasados). Luego, existe una fase de evaluación de la "retención" de esta Lista A y una "evocación diferida" de la misma (que se evalúa a los 20-30 minutos). Finalmente, se realiza la fase de "reconocimiento", donde el sujeto debe seleccionar, entre una serie de palabras, aquellas 15 pertenecientes a la primera lista (Lista A). Entre las opciones presentadas se encuentran las palabras de la Lista A mezcladas con las de la Lista B-intrusiones- y palabras nuevas que nunca se han mencionado.

Al proveer una curva que describe el aprendizaje, esta prueba ofrece además una medida de las estrategias que pone en marcha el sujeto para aprender.

Un sujeto con un perfil cognitivo típico de EA presentaría un aprendizaje deficitario, como así también retención y evocación diferida deficitarias." (Allegri, Vázquez & Sevlever, 2013, p. 76).

PROBLEMA

¿Cómo se encuentra la memoria episódica verbal en evocación inmediata y diferida en adultos mayores sin patología, con deterioro cognitivo leve y con demencia de Alzheimer, que concurrieron a la “Fundación San Lucas para las Neurociencias” de la ciudad de Rosario, durante los años 2022 y 2023?

OBJETIVOS

Generales

- Observar y describir las características de la memoria episódica verbal en adultos mayores sin / con diferentes grados de compromiso cognitivo.
- Aportar los resultados del presente estudio para enriquecer futuras investigaciones fonoaudiológicas.

Específicos

- Establecer el compromiso de la memoria episódica verbal en la evocación inmediata y diferida en el aspecto cualitativo, analizando la presencia de errores tales como intrusiones, repeticiones y confabulaciones, en los tres grupos poblacionales.
- Determinar el compromiso de la memoria episódica verbal en la evocación inmediata y diferida, desde el aspecto cuantitativo en los tres grupos poblacionales.
- Analizar su validez como ayuda diagnóstica en la distinción de las alteraciones de la memoria propias del envejecimiento normal, del deterioro cognitivo leve y de la enfermedad de Alzheimer.

VARIABLES

Principales

1. Memoria episódica verbal en evocación inmediata

- *Clasificación según su rol:* independiente.
- *Clasificación según su naturaleza:* cualitativa.
- *Escala de medición:* ordinal.
- *Definición conceptual:* sistema de procesamiento de la información que opera a través de procesos de almacenamiento, codificación y recuperación de experiencias personales, ligadas al contexto espacio-temporal en el que ocurrieron. (Tulving, 1995, p. 841).
- *Definición operacional:* se adquiere del resultado de la suma de los 5 ensayos, los cuales se obtiene de la aplicación de la primera parte del Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey (versión Bs.As.), la cual consiste en la presentación auditiva de una lista (lista A) de 15 palabras durante 5 ensayos (A1, A2, A3, A4, A5). Luego de cada presentación, se le pide al paciente que recuerde la mayor cantidad de palabras en el orden que quiera (recuerdo libre).
- *Modalidades:*
 - Escasa: se considerará de esta manera cuando el total de palabras evocadas correctamente, luego de los 5 ensayos, se encuentre entre 0 y 25 palabras.
 - Media: se considerará así cuando el total de palabras evocadas correctamente, luego de los 5 ensayos, se encuentre entre 26 y 50 palabras.
 - Elevada: se considerará de esta manera cuando el total de palabras evocadas correctamente, luego de los 5 ensayos, se encuentre entre 51 y 75 palabras.
- *Indicadores:* se corresponden con la respuesta dada por el paciente frente a la consigna presentada.

2. Memoria episódica verbal en evocación diferida

- *Clasificación según su rol:* independiente.
- *Clasificación según su naturaleza:* cualitativa.
- *Escala de medición:* ordinal.
- *Definición conceptual:* sistema de procesamiento de la información que opera a través de procesos de almacenamiento, codificación y recuperación de

experiencias personales, ligadas al contexto espacio-temporal en el que ocurrieron, posterior a un intervalo de tiempo.

- *Definición operacional:* se adquiere de los resultados obtenidos de la evocación de la lista A en el ensayo A7 del Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey. Para ello, una vez finalizada la etapa de aprendizaje, se presenta una nueva lista (lista B de interferencia) e inmediatamente después se le pide al paciente que recuerde las palabras de la lista A (A6, recuerdo diferido). Por último, luego de 20 minutos se solicita que vuelva a mencionar las palabras que recuerde de la lista A (A7, retención a largo plazo).
- *Modalidades:*
 - Escasa: se considerará de esta manera cuando el total de palabras evocadas correctamente en el ensayo A7, se encuentre entre 0 y 5 palabras.
 - Media: se considerará así cuando el total de palabras evocadas correctamente en el ensayo A7, se encuentre entre 6 y 10 palabras.
 - Elevada: se considerará de esta manera cuando el total de palabras evocadas correctamente en el ensayo A7, se encuentre entre 11 y 15 palabras.
- *Indicadores:* se corresponden con la respuesta dada por el paciente frente a la consigna presentada.

3. Tipo de errores

- *Clasificación según su rol:* independiente.
- *Clasificación según su naturaleza:* cualitativa.
- *Escala de medición:* nominal.
- *Definición conceptual:* es la producción de palabras incorrectas en las tareas de evocación inmediata y diferida.
- *Definición operacional:* se trata de la reiteración de una palabra ya enunciada anteriormente (Repeticiones), de la producción de palabras que no pertenecen a la lista solicitada (Intrusiones) y/o de palabras que no pertenecen a ninguna de las listas (Confabulaciones).
- *Modalidades:*
 - Repetición
 - Intrusión
 - Confabulaciones

- *Indicadores:* Corresponde a las respuestas dadas por el paciente a las consignas.

Secundaria

4. Edad

- *Clasificación según su rol:* Independiente
- *Clasificación según su naturaleza:* cuantitativa
- *Escala de medición:* intervalo
- *Definición conceptual:* tiempo transcurrido a partir de la fecha de nacimiento de un individuo.
- *Modalidades:*
 - 60-69 años
 - 70 años o más
- *Indicadores:* datos obtenidos de la historia clínica del paciente.

POBLACIÓN

La población que conforma el siguiente estudio se encuentra constituida por 60 individuos que asistieron a la “Fundación San Lucas para las Neurociencias” de la ciudad de Rosario, durante los años 2022 y 2023.

A su vez, este conjunto se divide en tres muestras elegidas por conveniencia de 20 pacientes sin patología, 20 con deterioro cognitivo leve y 20 con demencia de Alzheimer, evaluados y diagnosticados por el equipo interdisciplinario de dicha institución.

DISEÑO

El presente trabajo de investigación se caracteriza por ser un estudio descriptivo, de tipo cualitativo, el cual busca brindar información sobre las variables en estudio en relación a una población determinada.

En cuanto al período y secuencia de estudio, la investigación es transversal, es decir, que se realiza un corte en el tiempo para el estudio de las variables.

PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La causa que motiva a comenzar esta investigación, es obtener información acerca de las características de la memoria episódica verbal en adultos mayores sin patología, con deterioro cognitivo leve y con demencia de Alzheimer.

Para esto, se establece contacto con la “Fundación San Lucas para las Neurociencias” de la ciudad de Rosario, y se obtiene autorización para el acceso a las historias clínicas y evaluación de las funciones neurocognitivas (específicamente de la memoria) de los pacientes. De esta manera, los datos obtenidos de una fuente secundaria de información incluyen: identificación del sujeto (iniciales de nombre y apellido), edad, sexo, diagnóstico y resultados obtenidos del Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey (versión Bs.As.), quedando conformada así una población de 60 pacientes, cuyos datos se encuentran detallados en el **Anexo II**.

Para conocer las características de la memoria episódica verbal en evocación inmediata y diferida, se utiliza como instrumento el Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey (versión Bs.As.) **Anexo I**, el cual consiste en la presentación auditiva de una “lista A” de 15 palabras que el paciente debe recordar en el orden que quiera (recuerdo libre) a lo largo de 5 ensayos (A1, A2, A3, A4, A5, etapa de aprendizaje). Posteriormente se procede a la presentación de una “lista B” de interferencia, compuesta por 15 palabras que el paciente debe repetir. A continuación, se solicita que evoque nuevamente las palabras correspondientes a la “lista A” (A6, recuerdo diferido), y luego de 20 minutos, que vuelva a repetir las palabras de dicha lista (A7, retención a largo plazo).

El examinador debe escribir el orden en que el sujeto recuerda las palabras, registrando repeticiones, intrusiones y confabulaciones.

La puntuación de cada ensayo es el número de palabras correctamente recordadas, las cuales se vuelcan en una planilla.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Una vez obtenidos los datos necesarios, se procede a realizar el análisis de los mismos. Para esto se estudia detalladamente cada una de las variables de manera individual.

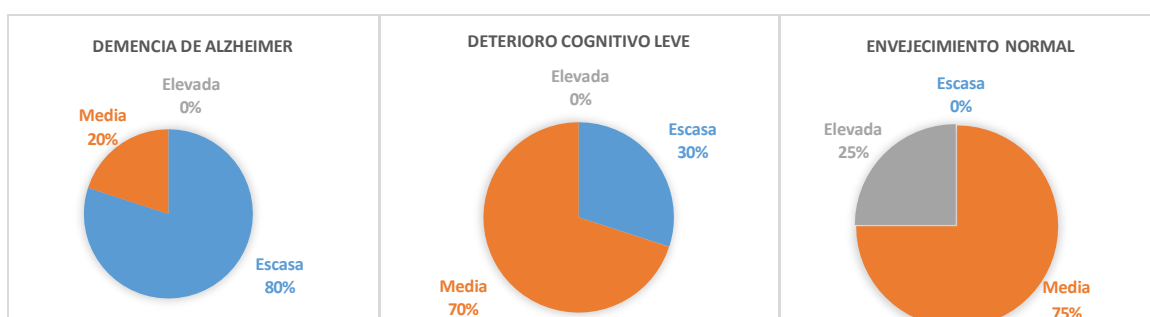
Para la presentación de los resultados, se confeccionan tablas simples y gráficos para observar la presentación de cada una de las variables y sus modalidades de manera individual.

Cuadro n° 1: distribución según las modalidades de recuperación de la Memoria Episódica Verbal en evocación Inmediata en función de la población estudiada.

Memoria Episódica Verbal Inmediata	Pacientes con Demencia de Alzheimer	(%)	Pacientes con Deterioro Cognitivo Leve	(%)	Pacientes Sin Patología	(%)
Escasa	16	80%	6	30%	0	0%
Media	4	20%	14	70%	15	75%
Elevada	0	0%	0	0%	5	25%
TOTAL	20	100%	20	100%	20	100%

Referencias

- Escasa: 0 / 25 palabras evocadas correctamente
- Media: 26 / 50 palabras evocadas correctamente
- Elevada: 51 / 75 palabras evocadas correctamente



En el gráfico se puede observar que, en los pacientes con Demencia de Alzheimer, la Memoria Episódica Verbal en evocación Inmediata (MEVI) se presenta con modalidad escasa en un 80% y Media en un 20%.

En el caso de los pacientes con Deterioro Cognitivo Leve, en un 70% de los casos la MEVI se presenta con modalidad Media y en un 30%, Escasa.

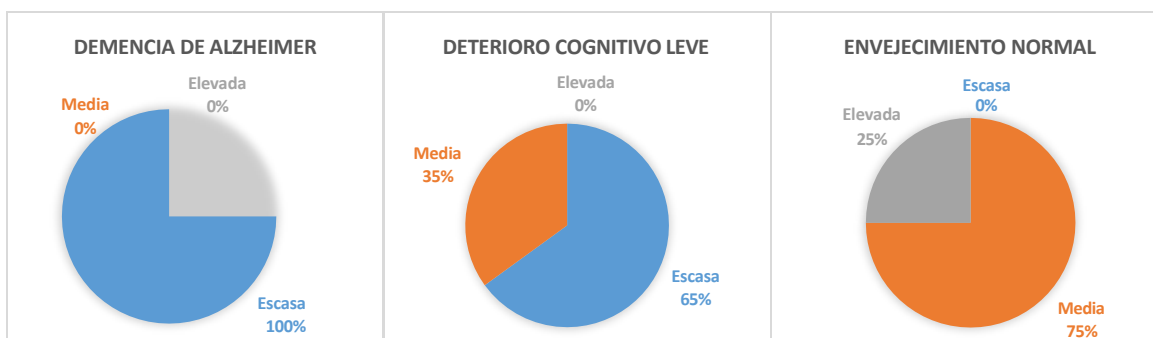
En aquellas personas que no presentan patologías, la modalidad de la MEVI se caracteriza por ser Media en el 75% y Elevada en el 25% restante.

Cuadro n° 2: distribución según las modalidades de la Memoria Episódica Verbal en evocación Diferida en función de la población estudiada.

Memoria Episódica Verbal Diferida	Pacientes con Demencia de Alzheimer	(%)	Pacientes con Deterioro Cognitivo Leve	(%)	Pacientes Sin Patología	(%)
Escasa	20	100%	13	65%	0	0%
Media	0	0%	7	35%	15	75%
Elevada	0	0%	0	0%	5	25%
TOTAL	20	100%	20	100%	20	100%

Referencias

- Escasa: 0 / 5 palabras evocadas correctamente
- Media: 6 / 10 palabras evocadas correctamente
- Elevada: 11 / 15 palabras evocadas correctamente



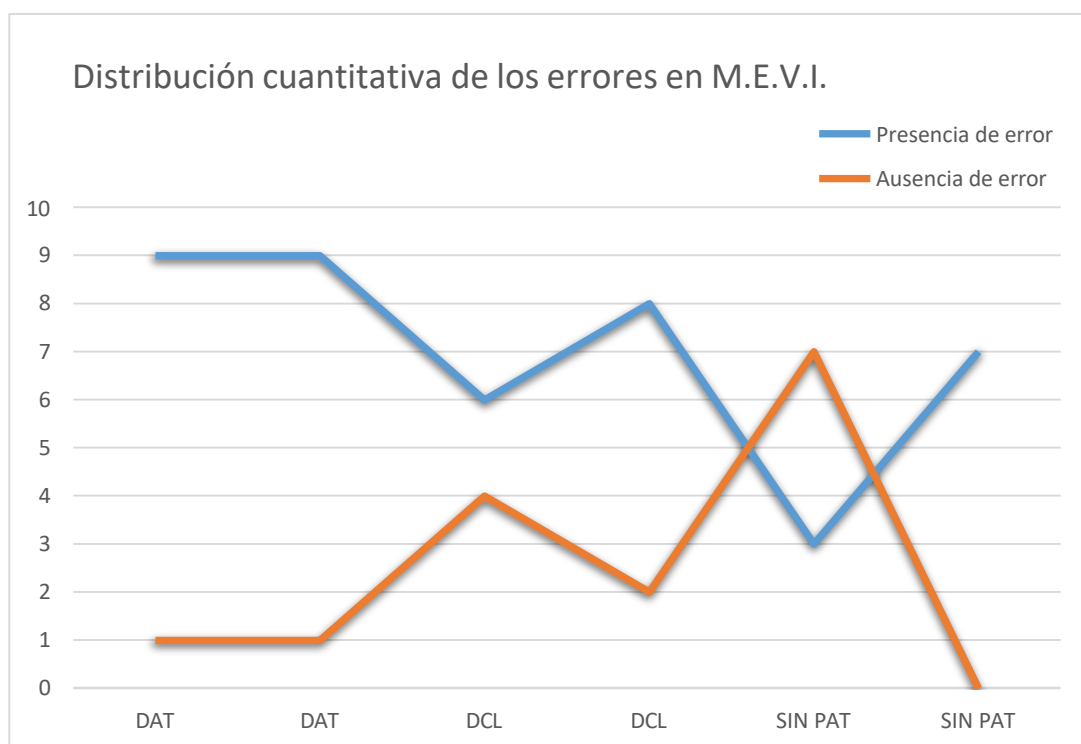
Según los datos investigados, la Memoria Episódica Verbal en evocación Diferida (MEVD) se presenta con modalidad Escasa en el 100% de los pacientes con Demencia de Alzheimer.

En aquellos pacientes que presentan un Deterioro Cognitivo Leve, la MEVD se caracteriza por su modalidad Escasa en un 65% de los casos y Media en el 35% restante.

En el caso de las personas que no presentan patología, la MEVD se presenta con modalidad Media en el 75% y Elevada en el otro 25%.

Cuadro n° 3: distribución cuantitativa de los errores según la edad y los diferentes diagnósticos en la Memoria Episódica Verbal en evocación Inmediata. (Ver cuadro ampliado en **Anexo III**).

MEMORIA EPISODICA VERBAL en evocación INMEDIATA															
EDAD	Demencia de Alzheimer					Deterioro Cognitivo Leve					Sin Patología				
	Presencia de error	%	Ausencia de error	%	TOTAL	Presencia de error	%	Ausencia de error	%	TOTAL	Presencia de error	%	Ausencia de error	%	TOTAL
60 - 69 años	9	45%	1	5%	50%	6	30%	4	20%	50%	3	15%	7	35%	50%
70 años o más	9	45%	1	5%	50%	8	40%	2	10%	50%	7	35%	3	15%	50%
TOTAL	18	90%	2	10%	100%	14	70%	6	30%	100%	10	50%	10	50%	100%



Según los datos recabados, el 45% de la población con DAT, en ambos grupos etarios, presenta errores en la Memoria Episódica Verbal de evocación Inmediata, evidenciándose la predominancia de los mismos.

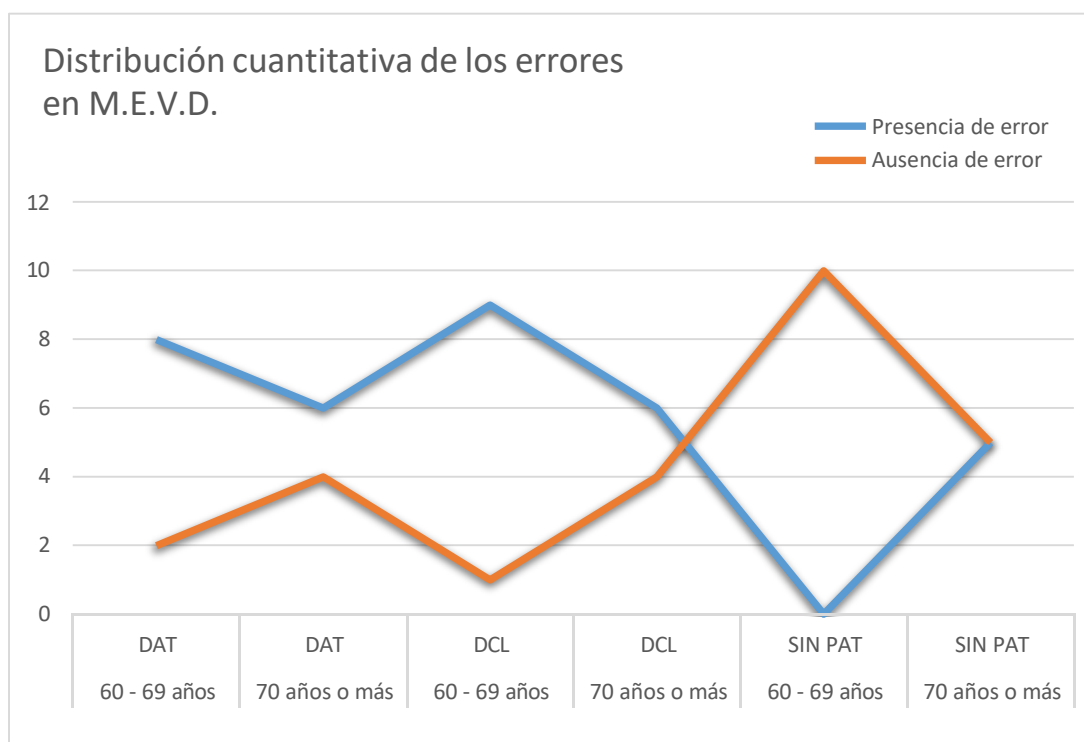
Lo mismo sucede en menor porcentaje en la población con DCL, presentándose un 30% en pacientes de 60-69 años y un 40% en pacientes de 70 años o más.

En lo que respecta a pacientes sin patología, en el grupo de menor edad (60-69 años) se puede observar que predomina la ausencia de error en un 35%,

mientras que este valor se invierte a medida que aumenta la edad (70 años o más) prevaleciendo la presencia de error en un 35%.

Cuadro n° 4: distribución cuantitativa de los errores según la edad y los diferentes diagnósticos en la Memoria Episódica Verbal en evocación Diferida. (Ver cuadro ampliado en **Anexo IV**).

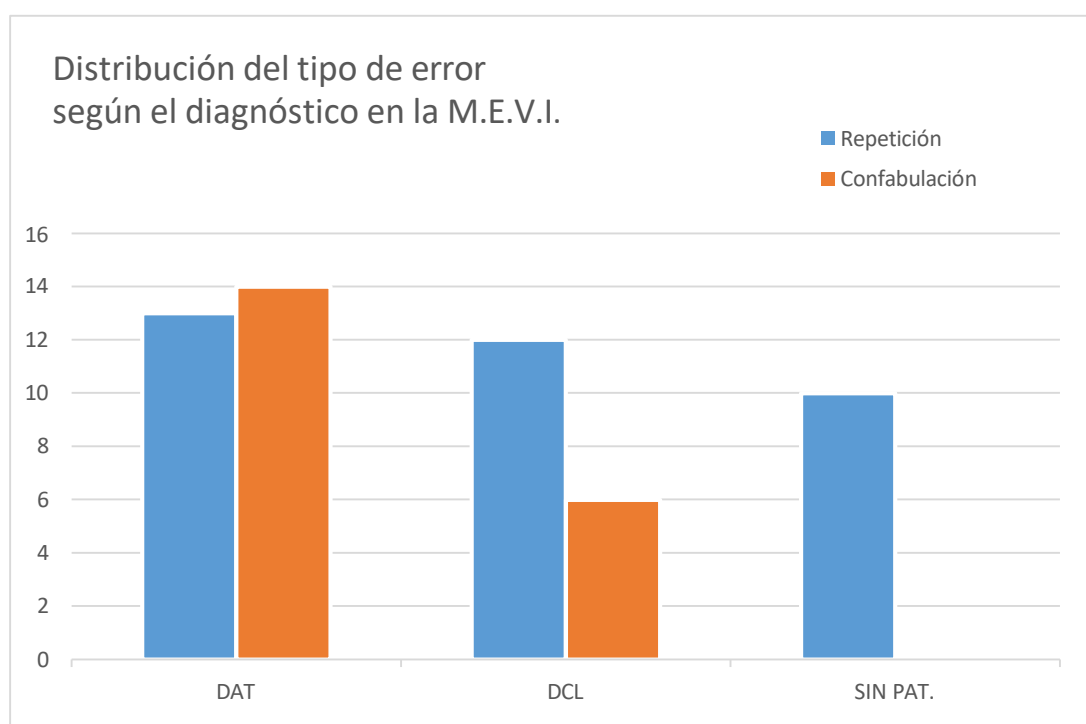
MEMORIA EPISODICA VERBAL en evocación DIFERIDA															
EDAD	Demencia de Alzheimer					Deterioro Cognitivo Leve					Sin Patología				
	Presen- cia de error	%	Ausen- cia de error	%	TOTAL	Presen- cia de error	%	Ausen- cia de error	%	TOTAL	Presen- cia de error	%	Ausen- cia de error	%	TOTAL
60 - 69 años	8	40%	2	10%	50%	9	45%	1	5%	50%	0	0%	10	50%	50%
70 años o más	6	30%	4	20%	50%	6	30%	4	20%	50%	5	25%	5	25%	50%
TOTAL	14	70%	6	30%	100%	15	75%	5	25%	100%	5	25%	15	75%	100%



De acuerdo con los datos recabados, se evidencia la presencia de errores en la Memoria Episódica Verbal en evocación Diferida, tanto en pacientes con DAT (70%), como aquellos con DCL (75%). En contraposición, en las personas que no presentan patología, predomina en un 75% la ausencia de errores, quedando conformado el 25% restante por la presencia de los mismos (errores que se presentan únicamente en el grupo etario de 70 años o más).

Cuadro n° 5: distribución cualitativa de los errores según el diagnóstico en la Memoria Episódica Verbal en evocación Inmediata.

Tipo de error	Pacientes con Demencia de Alzheimer	(%)	Pacientes con Deterioro Cognitivo Leve	(%)	Pacientes Sin Patología	(%)
Repeticiones	13	65%	12	60%	10	50%
Confabulaciones	14	70%	6	30%	0	0%



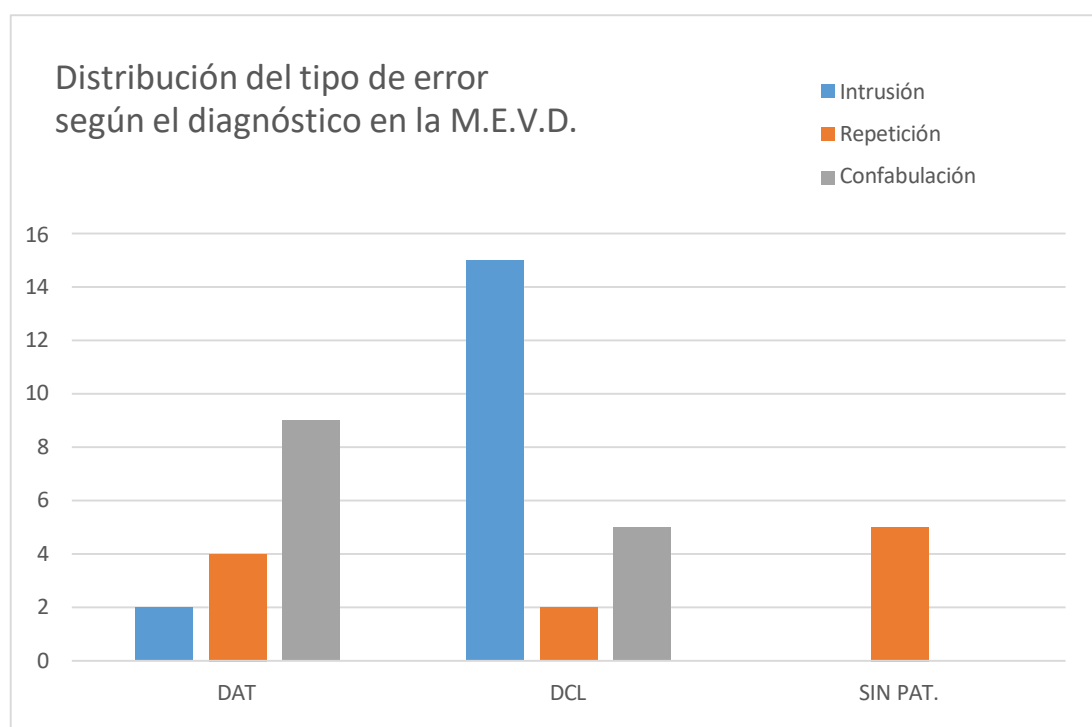
A partir de la evaluación de la MEVI, se puede observar que en las personas con Demencia de Alzheimer se presentan ambos tipos de errores, Repeticiones (65%) y Confabulaciones (70%).

En el caso de los pacientes que presentan un Deterioro Cognitivo Leve, se evidencia un predominio de Repeticiones (60%) sobre las Confabulaciones (30%).

En aquellos pacientes que no presentan patología, si bien aparecen Repeticiones (50%), no se contabilizan Confabulaciones.

Cuadro n° 6: distribución cualitativa de los errores según el diagnóstico en la Memoria Episódica Verbal en evocación Diferida.

Tipo de error	Pacientes con Demencia de Alzheimer	(%)	Pacientes con Deterioro Cognitivo Leve	(%)	Pacientes Sin Patología	(%)
Intrusiones	2	10%	15	75%	0	0%
Repeticiones	4	20%	2	10%	5	25%
Confabulaciones	9	45%	5	25%	0	0%



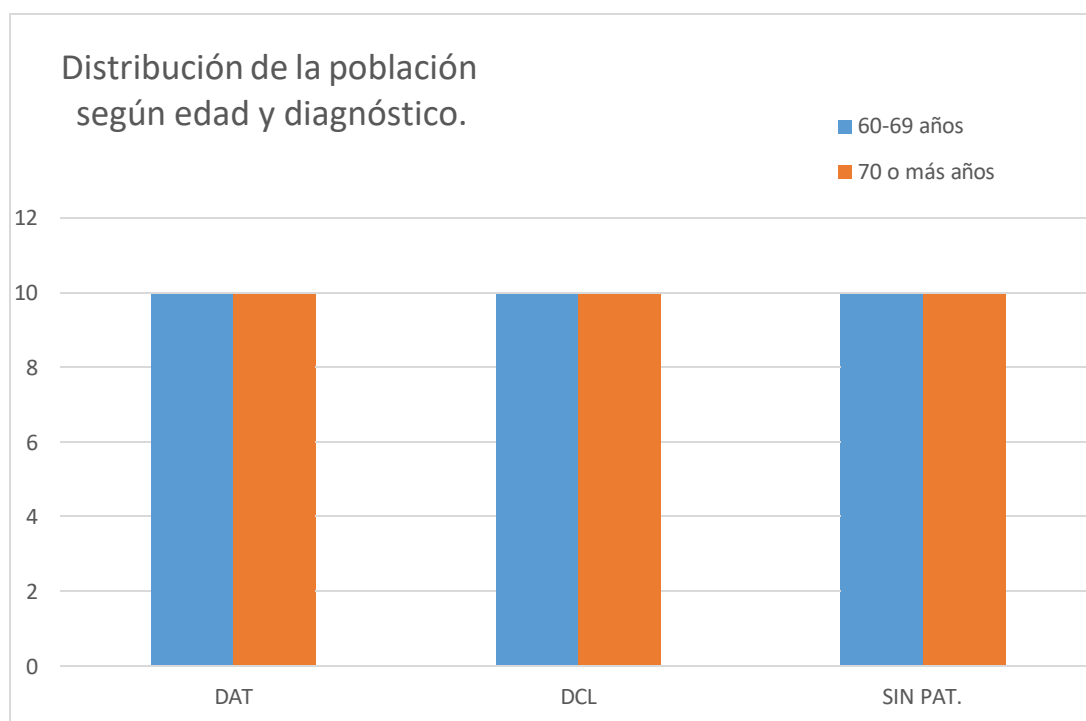
En el gráfico se puede observar que, ante la evaluación de la MEVD, en los pacientes con Demencia de Alzheimer se evidencian en mayor medida Confabulaciones (45%) y en menor proporción Repeticiones (20%) e Intrusiones (10%).

En el caso de quienes presentan un Deterioro Cognitivo Leve, predominan las Intrusiones (75%) sobre las Confabulaciones (25%) y Repeticiones (10%).

En aquellas personas que no presentan patología, sólo se evidencian Repeticiones (25%).

Cuadro n° 7: distribución de la población según edad y diagnóstico.

EDAD	Pacientes con Demencia de Alzheimer	Pacientes con Deterioro Cognitivo Leve	Pacientes Sin Patología
60-69 años	10	10	10
70 años o más	10	10	10
Total	20	20	20



En el gráfico se puede observar con claridad como la distribución de los pacientes coincide, según la edad, para cada patología.

CONTEXTO DE JUSTIFICACIÓN

Interpretación y discusión

La memoria puede definirse como la función neurocognitiva que permite registrar, codificar, almacenar y consolidar información que posteriormente podrá recuperarse y evocarse. Es decir, que la información adquirida se convierte en conocimiento que almacenamos para utilizarlo luego cuando sea necesario.

Las alteraciones en la memoria, constituyen un motivo de preocupación en la población adulta. Las mismas pueden responder a diversos orígenes y presentar un patrón clínico diferencial.

La Demencia de Alzheimer, es una enfermedad neurodegenerativa caracterizada clínicamente por el deterioro progresivo de múltiples funciones cognitivas (Martínez-Lage, Muñoz y cols. 2002). En la misma, la pérdida de Memoria Episódica es uno de los signos clínicos más precoces y de mayor relevancia a lo largo de la progresión de la enfermedad, aunque este déficit de memoria no es el único signo con el que se manifiesta y no se altera de manera uniforme en todo su desarrollo.

Específicamente la Memoria Episódica, descrita por Tulving (1972), permite almacenar y recuperar episodios autobiográficos enmarcados en el espacio y en el tiempo, y puede contener tres tipos de información: personal, autobiográfica y sobre acontecimientos.

El interés de la presente investigación reside en observar y describir las características de la Memoria Episódica Verbal, en evocación inmediata y diferida, así como también analizar los tipos de errores que aparecen, con el objetivo de contribuir en la comprensión de los procesos evolutivos asociados al Envejecimiento Normal, al Deterioro Cognitivo Leve y a la Demencia de Alzheimer.

La población que conforma este estudio está constituida por 60 individuos, que se dividen en tres muestras (elegidas por conveniencia) de 20 pacientes con Envejecimiento Normal, 20 con Deterioro Cognitivo Leve y 20 con Demencia de Alzheimer, evaluados y diagnosticados por el equipo interdisciplinario de la “Fundación San Lucas para las Neurociencias” de la ciudad de Rosario, durante los años 2022 y 2023.

En relación a la edad, los grupos se distribuyen equitativamente en 10 pacientes de 60-69 años y de 70 años o más, por cada cuadro diagnóstico. (*cuadro n°7*).

Posicionándonos en la Memoria Episódica Verbal en evocación Inmediata (MEVI), en el presente análisis se puede observar como aumenta el compromiso en los procesos de almacenamiento, codificación y recuperación de la lista de palabras presentada, en relación con los diferentes diagnósticos, mostrándose más afectada en la Demencia de Alzheimer (80% con modalidad de recuperación Escasa), en comparación al Deterioro Cognitivo Leve y al Envejecimiento Normal, los cuales presentan una modalidad de recuperación Media, muy similar entre sí (70% y 75% respectivamente). (*Cuadro n°1*).

En lo que respecta a la Memoria Episódica Verbal en evocación Diferida (MEVD), presentándose con una modalidad de recuperación Escasa en el 100% de los pacientes con Demencia de Alzheimer y en el 65% de aquellos con Deterioro Cognitivo Leve. En el caso de los pacientes con Envejecimiento Normal, el 75% evidencia una recuperación de modalidad Media. (*cuadro n°2*).

Otro dato muy importante a considerar, es la distribución cuantitativa de los errores según la edad y los grupos diagnósticos, que se pone de manifiesto a través de la presencia o ausencia de errores.

En la presente investigación se puede observar como aumenta la presencia de errores en la evocación Inmediata a medida que progresa el deterioro (15% EN, 30% DCL, 45% DAT) en pacientes de 60-69 años, y con valores similares entre sí, en pacientes de 70 años o más (35% EN, 40% DCL, 45% DAT). (*cuadro n° 3*).

Tal aumento se ve reflejado en igual medida en la evocación Diferida, en pacientes de 60-69 años (0% EN, 45% DCL, 40% DAT), y en pacientes de 70 años o más (25% EN, 30% DCL, 30% DAT). En el caso de los pacientes más jóvenes con DCL se da un porcentaje más elevado de presencia de error (en relación a la DAT), porque se observan fallas en el automonitoreo como parte del compromiso. (*cuadro n° 4*).

Dentro de los errores que aparecen, en la Memoria Episódica Verbal en evocación Inmediata se encuentran Confabulaciones y Repeticiones, mientras que

en la en la Memoria Episódica Verbal en evocación Diferida, se agrega otro tipo de error, como son las *intrusiones*.

En la evocación inmediata, la aparición de *confabulaciones* aumenta exponencialmente en pacientes con DAT (70%) en comparación con aquellos con DCL (30%) y su ausencia total en individuos con EN Las *repeticiones*, en cambio, se presentan de manera similar en DAT (65%) y DCL (60%), y con un leve decremento en la población sin patología (50%).

Por su parte, en la evocación diferida, se observa mayor presencia de *confabulaciones* a medida que el deterioro se hace evidente. Las *intrusiones* no se comportan de igual manera, evidenciándose su pico máximo de presentación en aquellas personas con DCL. Y en el caso de las *repeticiones*, las mismas se manifiestan en todos los cuadros clínicos, siendo el único tipo de error que se evidencia en el Envejecimiento Normal. Lo que podría corresponderse con fallas en el automonitoreo. (*cuadro n° 6*).

Con lo antes mencionado, se comprueba la prevalencia del compromiso de la MEVD respecto de la MEVI, en los pacientes que presentan DAT y DCL a lo largo de la aplicación del Test Auditivo-Verbal de Rey, en aquellas personas con un envejecimiento normal, no se evidencia esta discrepancia. Tales hallazgos se relacionan con lo planteado por Castillo R. (2014) y Donoso A. (2003), quienes plantean que en la DAT el déficit en Memoria Episódica Verbal (MEV) es común, por lo cual los procesos de memoria en evocación inmediata y diferida se encuentran deteriorados.

En lo referente a alteraciones en la MEV, varios autores (Backman L., Lange K. L., Rapp M. A., entre otros) reportan que estos déficits no tienen una progresión rápida, sino que el deterioro se mantiene estable en los individuos con DCL y se hace evidente en fases clínicas de la DAT. Por tal motivo, se podría sugerir que se realice un seguimiento de este tipo de memoria en la población con riesgo de presentar DAT, a fin de detectar cualquier alteración temprana, con el objetivo de retrasar la progresión del cuadro clínico.

En síntesis, como se corrobora a lo largo de la presente investigación, el Test Auditivo-Verbal de Rey constituye un importante instrumento dentro de la

evaluación Neurocognitiva, que aporta datos en la valoración de la población adulta para la realización de diagnósticos diferenciales, identificando indicios precoces de una posible evolución de un Deterioro Cognitivo Leve a diferentes tipos de Demencia.

Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos al evaluar la Memoria Episódica en evocación inmediata (MEVI) y en evocación diferida (MEVD), se concluye que:

- Para la MEVI, los pacientes con Demencia de Alzheimer (DAT), presentaron una modalidad de recuperación Escasa en un 80% y Media en un 20%.
En los pacientes con Deterioro Cognitivo Leve (DCL), el 70% presentó una modalidad de recuperación Media y el 30% restante, Escasa.
En el caso de personas con envejecimiento normal (EN), la modalidad presentada fue Media en el 75% y Elevada en el 25%.
- Para la MEVD, los pacientes con DAT, evidenciaron una modalidad de recuperación Escasa en el 100% de los casos.
En pacientes con DCL, la modalidad se caracterizó por ser Escasa en un 65% y Media en el 35% restante.
En personas con EN, la MEVD se presentó con modalidad de recuperación Media en el 75% y Elevada en el otro 25%.
- En cuanto a la distribución cuantitativa de los errores en la MEVI, se evidenció la presencia de los mismos en el 45% de la población con DAT, para ambos grupos etarios.
La población con DCL, presentó errores en un 30% en pacientes de 60-69 años y un 40% en personas de 70 años o más.
En pacientes de 60-69 años con EN, se observó la ausencia de errores en un 35%, y en personas de 70 años o más, predominó la presencia en un 35%.
- Se evidenciaron errores en la MEVD, en un 70% en pacientes con DAT y en un 75% con DCL. En aquellos con EN, predominó la ausencia de errores en un 75%.
- En cuanto a la distribución cualitativa de los errores, las personas con DAT presentaron ambos tipos de errores, Repeticiones (65%) y Confabulaciones (70%).
Los pacientes con DCL, presentaron un predominio de Repeticiones (60%) sobre las Confabulaciones (30%).
En pacientes con EN, se observaron Repeticiones (50%), no se registraron Confabulaciones.

- En la MEVD, los pacientes con DAT evidenciaron Confabulaciones en un 45%, Repeticiones en un 20% e Intrusiones 10%.

En personas con Deterioro Cognitivo Leve, predominaron las Intrusiones (75%) sobre las Confabulaciones (25%) y Repeticiones (10%).

En personas con EN, sólo se evidenciaron Repeticiones (25%).

Limitaciones y sugerencias

En función de los datos obtenidos y la investigación llevada a cabo, se recomienda la realización de futuras investigaciones que permitan profundizar en la temática abordada. En este sentido, se realizan las siguientes sugerencias:

- Incorporar la prueba de reconocimiento incluida en el Test Auditivo Verbal de Rey, a fin de ampliar la evaluación de los procesos mnésicos.
- Considerar el sexo y el nivel de escolaridad como otras variables secundarias, dada su posible influencia en el desempeño cognitivo.
- Ampliar el tamaño de la muestra para favorecer la generalización de los resultados.
- Analizar el efecto de la posición serial, haciendo especial énfasis en los fenómenos de primacía y recencia, con el objetivo de enriquecer la interpretación de los patrones de recuerdo.

BIBLIOGRAFÍA

- Allegri, R. F. (1997). *Demencia: Enfoque multidisciplinario* (1.^a ed.). Ediciones Sagitario.
- Allegri, R., Vázquez, S., & Sevelever, G. (2013). *Enfermedad de Alzheimer: nuevos paradigmas diagnósticos*. Editorial Polemos.
- Ardila, A. (2012). Neuropsicología del envejecimiento normal. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1), 1–20.
- Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). *Manual de neuropsicología clínica*. [PDF]. Recuperado de <https://www.fleni.org.ar/wp-content/uploads/2024/04/Manual-Neuropsicologia-Clinica-Ardila-y-Roselli.pdf>.
- Atkinson, R. C., & Shiffrin, R. M. (1984). Human memory: A proposed system and its control processes. En T. Azcoaga (Ed.), *Aprendizaje fisiológico y aprendizaje pedagógico*. El Ateneo.
- Bäckman, L., Small, B. J., & Fratiglioni, L. (2001). Stability of the preclinical episodic memory deficit in Alzheimer's disease. *Brain*, 124(1), 96–102.
- Baddeley, A. D., & Hitch, G. J. (1974). Working memory. En G. Bower (Ed.), *Recent advances in learning and motivation* (Vol. 8, pp. 47–89). Academic Press.
- Baddeley, A. D., & Hitch, G. J. (1994). Avances en el concepto de memoria de trabajo. *Neuropsicología*, 8(4), 485–493.
- Bagnati, P., Allegri, R., Kremer Janus & Taragano, F. (2023). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias: Manual para los familiares y el equipo de salud*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Burin, D. I., Drake, M. A., & Harris, P. (2013). *Evaluación neuropsicológica en adultos*. Buenos Aires: Paidós.
- Casas Parera, I., Carmona, S., & Campero, Á. (2011). *Manual de neurología* (3.^a ed.). Alfaomega Grupo Editor.
- Castillo-Rubén, A., De Luna-Castruita, A., López-García, R., Pliego-Flores, F. M., Sánchez-Rubio, U., & Gallegos, E. G. (2014). Perfil neuropsicológico del trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer,

- vascular y trastorno frontotemporal en población mexicana. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 15(5), 259–266.
- Craik, F. I. M., & Lockhart, R. S. (1972). Levels of processing: A framework for memory research. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 11(6), 671–684.
 - Crook, T., Bartus, R. T., Ferris, S. H., Whitehouse, P., Cohen, G. D., & Gershon, S. (1986). Age-associated memory impairment: Proposed diagnostic criteria and measures of clinical change. Report of a National Institute of Mental Health Work Group. *Developmental Neuropsychology*, 2, 261–276.
 - Donoso, A. (2003). La enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 41(1), 13–22.
 - Doty, R. W. (1979). Neuronas y memoria: Algunas pistas. En M. A. B. Brazier (Ed.), *Mecanismos cerebrales en la memoria y el aprendizaje: Desde la neurona individual hasta el hombre* (pp. 53–63). Raven Press.
 - Fernández, H. (2008). *Lecciones de psicología cognitiva*. Editorial Universidad Abierta Interamericana.
 - Frenquelli, R. C. (2002). *Psicofisiología: Una aproximación biológica a la comprensión del hombre*. Homo Sapiens.
 - García Meilán, J. J., & Pérez Sáez, E. (2017). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias neurodegenerativas: Aspectos psicosociales*. Gea Consultoría, S.L.
 - Klein, S. (1994). *Aprendizaje: Principios y aplicaciones*. McGraw-Hill.
 - Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (2003). *Neuropsicología humana*. Editorial Médica Panamericana.
 - Labos, E., Slachevsky, A., Fuentes, P., & Manes, F. (2008). *Tratado de neuropsicología clínica*. Akadia.
 - Lange, K. L., Bondi, M. W., Salmon, D. P., Galasko, D., Delis, D. C., Thomas, R. G., et al. (2002). Decline in verbal memory during preclinical Alzheimer's disease: Examination of the effect of APOE genotype. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8(7), 943–955.
 - Lezak, M. D. (1983). *Memory in neuropsychological assessment*. Oxford University Press.

- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5th ed.). New York: Oxford University Press.
- Lucas, A. (2002). *La memoria humana: Aportaciones desde la neurociencia cognitiva*. Ediciones Pirámide.
- Madden, D. J. (1990). Adult age differences in attentional allocation during memory search. *Psychology and Aging*, 5(1), 88–104.
- Martínez-Lage, J. M., Muñoz, D., Barquero, M. S., Peña-Casanova, J., Blesa, R., & Ferrer, I. (2002). *Enfermedad de Alzheimer*. Masson.
- Murman, D. L. (2015). The impact of age on cognition. *Seminars in Hearing*, 36(3), 111–121. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555115>
- Park, H. L., O'Connell, J. E., & Thomson, R. G. (2003). A systematic review of cognitive decline in the general elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(12), 1121–1134. <https://doi.org/10.1002/gps.1023>
- Peña-Casanova, J. (1999). *Enfermedad de Alzheimer: Del diagnóstico a la terapia: Conceptos y hechos*. Fundación La Caixa.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (2001). Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 56(3), 303–308.
- Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. McGraw-Hill Interamericana.
- Portellano-Ortiz, C., Turró-Garriga, O., Gascón-Bayarri, J., Piñán-Hernández, S., Moreno-Cordón, L., & Viñas-Díez, V. (2014). Anosognosia y depresión en la percepción de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. Evolución a los 12 meses. *Revista de Neurología*, 59(5) 193-204.
- Randhawa, S. S., & Varghese, D. (2023). Evaluación geriátrica y tratamiento del deterioro cognitivo relacionado con la edad. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK580536/>
- Rapp, M. A., & Reischies, F. M. (2005). Attention and executive control predict Alzheimer disease in late life: Results from the Berlin Aging Study (BASE). *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(2), 134–141.

- Salthouse, T. A., Fristoe, N., Lineweaver, T. T., & Coon, V. E. (1995). Aging of attention: Does the ability to divide decline? *Memory & Cognition*, 23(1), 59–71. <https://doi.org/10.3758/BF03210599>
- Spreen, O., & Strauss, E. (1991). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms and commentary*. Oxford University Press.
- Squire, L. R. (1987). *Memory and brain*. Oxford University Press.
- Tamaroff, L., & Allegri, R. F. (1995). Los sistemas de archivo de la información: la memoria. En *Introducción a la neuropsicología clínica*. Libros de la Cuádriga.
- Tirapu-Ustárriz, J., & Muñoz-Céspedes, J. M. (2005). Memoria y funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 41(8), 475–484.
- Tulving, E. (1995). Organization of memory: Quo vadis? En M. S. Gazzaniga (Ed.), *The cognitive neurosciences* (4.^a ed., pp. 839-847). MIT Press.

ANEXO

Anexo I: Test de Aprendizaje Auditivo-Verbal de Rey

El test de Aprendizaje Auditivo-Verbal, desarrollado por André Rey (1964), analiza la retención y evocación inmediata, el aprendizaje verbal de una lista de palabras, y la cantidad de ítems que el sujeto recuerda después de una labor de interferencia no mnésica (recuerdo diferido).

Consiste en la presentación auditiva de una lista (Lista A) de 15 palabras durante 5 ensayos (A1, A2, A3, A4 y A5, etapa de aprendizaje). Después de cada presentación se le pide al paciente que trate de recordar las palabras en el orden que quiera (recuerdo libre). A continuación, se le presenta una segunda lista de 15 palabras (Lista B, medida de interferencia proactiva) una única vez y se le pide su recuerdo libre (B1). Tras este ensayo, se le solicita de nuevo el recuerdo de la primera lista de palabras (A6, recuerdo diferido) y se observa la influencia que la lista B tuvo sobre el mismo (interferencia retroactiva). La retención a largo plazo de la lista A se puede examinar después de un período de 20 o 30 minutos (A7). Finalmente se evalúa el reconocimiento. Existen diferentes formatos de la etapa de reconocimiento, pero la más utilizada es el formato de 50 ítems de Lezak en las que se incluyen las 15 palabras de la lista A (A), las 15 de la lista B (B), otras con semejanza semántica de la lista A (SA) o de la lista B (SB) y fonológicamente parecidas (FA), (FB).

La lista de palabras debe leerse a una velocidad de una palabra por segundo después de darle las siguientes instrucciones: Le voy a leer una lista de palabras. Escuche atentamente y cuando termine tiene que decir tantas palabras como pueda recordar. No importa en qué orden las diga, sólo trate de recordar tantas palabras como pueda. El examinador deberá escribir el orden en que el sujeto las recuerda, registrando repeticiones e intrusiones. Si el paciente pregunta si ya ha dicho una palabra, el examinador deberá responderle. Cuando el paciente no recuerde más palabras, se le vuelve a leer la lista A siguiendo el procedimiento anterior. El paciente debe tener claro que debe incluir las palabras dichas en los ensayos previos, de lo contrario podría tratar de recordar únicamente aquellas otras no citadas la primera vez. Las instrucciones deberán repetirse en cada uno de los ensayos. La puntuación de cada ensayo es el número de palabras correctamente

recordadas. También puede calcularse la puntuación total mediante la suma de los 5 ensayos. Las palabras que se repiten deben marcarse. Por otra parte, aquellas palabras que no están en la lista deben considerarse errores (intrusiones) y registrarse.

Test de Aprendizaje Auditivo-Verbal de Rey, Versión Buenos Aires (TAVR-BA)

Burin y Arizaga (1998) realizaron una versión argentina del Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT), presentada en el tercer Congreso Nacional de Neuropsicología y publicada en el 2003 (Burin, Ramenzoni y Arizaga, 2003).

El examinador debe escribir las respuestas del sujeto en el mismo orden en el que las recuerda, registrando todas las repeticiones e intrusiones. Si el propio paciente pregunta si ya ha dicho una palabra, el examinador debe responderle. Pero si no pregunta, entonces no se le proporciona información para evitar interferir en su ejecución, distraerlo o inducir la utilización de algún tipo de estrategias de recuperación de la información. Cuando el paciente no recuerde más palabras, se le vuelve a leer la lista A siguiendo el procedimiento anterior. El paciente debe tener claro que puede incluir palabras dichas previamente, de lo contrario podría asumir que deben ser eliminadas y tratar de recordar únicamente aquellas otras no citadas la primera vez. Estas instrucciones deberán repetirse cada vez para los ensayos restantes. El examinador puede alentar al paciente a que trate de recordar más palabras informándole del número de las mismas que lleva, principalmente si le resulta útil utilizar dicha información. Después del ensayo A5, el examinador le dice al paciente las siguientes instrucciones: *Ahora voy a leerle otra lista de palabras y, al igual que antes, tiene que decir todas las palabras que recuerde. No importa el orden en que las diga, sólo recuerde tantas como pueda.* Una vez leída la lista B, se registran las respuestas del paciente (ensayo B1) y a continuación se le pide que trate de recordar las palabras de la primera lista (ensayo A6). Después de 30 minutos se le pide de nuevo al paciente que trate de recordar las palabras de la primera lista (ensayo A7).

La puntuación de cada ensayo es el número de palabras correctamente recordadas. También puede calcularse la puntuación total mediante la suma de los 5 ensayos. Las palabras que se repiten, pueden marcarse como R. Aquellas

palabras que no están en la lista solicitada deben considerarse intrusiones y marcarse como I, y las palabras que no pertenecen a ninguna de las listas, son Confabulaciones, marcándose como C.

LISTA A	I	II	III	IV	V	LISTA B	B-I	LISTA A	VI	VII
Tambor						Escritorio		Tambor		
Cortina						Montaña		Cortina		
Timbre						Cordero		Timbre		
Escuela						Colador		Escuela		
Café						Vaso		Café		
Pariente						Revolver		Pariente		
Luna						Pájaro		Luna		
Jardín						Toalla		Jardín		
Sombrero						Lápiz		Sombrero		
Granjero						Zapato		Granjero		
Nariz						Nube		Nariz		
Pavo						Iglesia		Pavo		
Color						Estufa		Color		
Casa						Bote		Casa		
Río						Pez		Río		
TOTAL						TOTAL		TOTAL		

Anexo II: Tabla de recolección de datos de los pacientes

Pacientes	Edad	Diagnóstico	Total de palabras correctas A1 a A5	R	C	Lista B interferencia	A6	A7	I	R	C
1	69	DAT	26	3	3	3	4	4	-	-	-
2	79	DAT	18	2	-	3	-	3	-	2	-
3	75	DAT	22	1	4	5	-	3	-	-	2
4	76	DAT	13	-	-	2	-	2	-	-	-
5	76	DAT	28	6	2	3	4	4	-	-	3
6	74	DAT	25	2	6	3	3	3	-	1	-
7	77	DAT	19	4	2	2	3	3	-	-	2
8	76	DAT	18	8	1	3	4	3	-	-	-
9	66	DAT	20	-	2	2	2	3	-	-	2
10	79	DAT	18	6	-	2	4	4	-	2	-
11	71	DAT	20	2	2	2	3	2	-	-	-
12	74	DAT	23	-	1	2	5	-	-	-	-
13	67	DAT	25	-	-	4	4	1	-	-	1
14	69	DAT	23	2	-	3	3	1	-	-	4
15	68	DAT	33	2	1	3	5	5	-	2	2
16	60	DAT	24	2	4	2	4	5	-	-	1
17	60	DAT	18	-	2	3	4	4	-	-	-

18	64	DAT	19	-	2	2	2	4	-	-	1
19	63	DAT	28	-	3	3	5	5	2	-	-
20	61	DAT	24	5	-	3	5	4	1	-	-
21	73	DCL	18	3	-	3	1	2	-	-	-
22	72	DCL	31	4	3	4	7	5	1	2	-
23	73	DCL	19	2	2	2	2	1	2	-	-
24	66	DCL	37	2	-	3	7	6	1	1	-
25	75	DCL	29	3	-	3	2	1	-	-	-
26	72	DCL	35	1	4	4	7	7	1	-	2
27	71	DCL	20	-	-	3	2	2	-	-	-
28	70	DCL	29	1	-	6	5	5	1	-	-
29	71	DCL	29	-	-	4	2	3	1	-	2
30	75	DCL	30	2	-	3	2	1	-	-	-
31	70	DCL	30	-	3	3	4	3	2	-	1
32	67	DCL	36	-	-	3	4	4	1	-	-
33	69	DCL	23	-	1	2	5	2	-	-	-
34	68	DCL	23	-	-	3	3	3	1	-	2
35	67	DCL	33	-	-	3	6	6	1	-	-
36	60	DCL	36	1	-	5	8	6	1	-	-
37	69	DCL	37	2	1	3	7	7	2	-	-

38	69	DCL	37	-	-	5	6	6	1	-	2
39	69	DCL	36	2	-	6	7	6	1	-	-
40	68	DCL	24	2	-	3	6	3	1	-	-
41	72	SIN PAT.	48	-	-	4	-	10	-	-	-
42	61	SIN PAT.	42	-	-	7	9	10	-	-	-
43	76	SIN PAT.	36	1	-	6	8	7	-	1	-
44	75	SIN PAT.	36	2	-	5	9	7	-	-	-
45	66	SIN PAT.	43	1	-	6	10	9	-	-	-
46	75	SIN PAT.	31	1	-	5	8	7	-	-	-
47	76	SIN PAT.	39	1	-	5	9	8	-	1	-
48	74	SIN PAT.	42	1	-	6	8	8	-	1	-
49	75	SIN PAT.	40	1	-	6	7	7	-	1	-
50	78	SIN PAT.	34	-	-	5	7	7	-	1	-
51	71	SIN PAT.	38	1	-	5	8	8	-	-	-
52	62	SIN PAT.	44	-	-	7	9	9	-	-	-
53	60	SIN PAT.	47	2	-	6	11	9	-	-	-
54	60	SIN PAT.	51	-	-	7	11	11	-	-	-
55	63	SIN PAT.	51	-	-	8	13	11	-	-	-
56	62	SIN PAT.	55	-	-	8	12	12	-	-	-
57	61	SIN PAT.	52	-	-	7	10	12	-	-	-

58	62	SIN PAT.	54	-	-	8	11	11	-	-	-
59	74	SIN PAT.	39	-	-	6	6	6	-	-	-
60	65	SIN PAT.	40	1	-	7	10	10	-	-	-

Referencias

I: intrusiones

R: repeticiones

C: confabulaciones

Anexo III: Cuadro N° 3.

MEMORIA EPISODICA VERBAL en evocación INMEDIATA															
EDAD	Demencia de Alzheimer					Deterioro Cognitivo Leve					Sin Patología				
	Presencia de error	%	Ausencia de error	%	TOTAL	Presencia de error	%	Ausencia de error	%	TOTAL	Presencia de error	%	Ausencia de error	%	TOTAL
60 - 69 años	9	45%	1	5%	50%	6	30%	4	20%	50%	3	15%	7	35%	50%
70 años o más	9	45%	1	5%	50%	8	40%	2	10%	50%	7	35%	3	15%	50%
TOTAL	18	90%	2	10%	100%	14	70%	6	30%	100%	10	50%	10	50%	100%

Anexo IV: Cuadro N° 4

MEMORIA EPISODICA VERBAL en evocación DIFERIDA															
EDAD	Demencia de Alzheimer					Deterioro Cognitivo Leve					Sin Patología				
	Presencia de error	%	Ausencia de error	%	TOTAL	Presencia de error	%	Ausencia de error	%	TOTAL	Presencia de error	%	Ausencia de error	%	TOTAL
60 - 69 años	8	40%	2	10 %	50%	9	45%	1	5%	50%	0	0%	10	50 %	50%
70 años o más	6	30%	4	20 %	50%	6	30%	4	20 %	50%	5	25%	5	25 %	50%
TOTAL	14	70%	6	30 %	100%	15	75%	5	25 %	100%	5	25%	15	75 %	100%