



Programa de entrenamiento de memoria para mayores deficientes visuales y ciegos

G. Guerrero Ramos
C. Pérez Ruiz

RESUMEN: Se presenta el programa de entrenamiento de la memoria dirigido a personas mayores con discapacidad visual de Málaga, puesto en marcha en 2003 por el Ayuntamiento de la ciudad y la Asociación Jábega, con la colaboración de la ONCE. Se seleccionó una muestra de 34 afiliados a la entidad, de edades comprendidas entre 58 y 84 años, que participaron en las 12 sesiones de entrenamiento impartidas (dos semanales, durante dos meses y medio). Se indican los instrumentos empleados para evaluar los niveles de deterioro cognitivo, estado de ánimo, memoria y funcionalidad de los participantes. Se describe la intervención realizada, así como las adaptaciones efectuadas, y se detallan los resultados obtenidos. Al concluir la intervención, un 78% de los participantes presentaban un nivel normal de memoria, lo que indica que los usuarios obtienen una considerable mejora en las capacidades evaluadas. Por otra parte, tanto el entrenamiento grupal como la intervención cognitiva y las adaptaciones practicadas, resultan especialmente eficaces, lo que redundará en una notable receptividad de los destinatarios ante este tipo de programas, escasos en el ámbito de la discapacidad visual.

PALABRAS CLAVE: Mayores de 50 años. Servicios sociales. Afiliados a la ONCE. Problemas de memoria. Entrenamiento de la memoria. Intervención. Instrumentos de evaluación.

ABSTRACT: *Memory training programme for visually impaired and blind seniors.* The article discusses a memory training programme for visually impaired seniors delivered in Malaga in 2003 by the municipal government and the Asociación Jábega, in conjunction with the ONCE. A total of 34 members between the ages of 58 and 84 were selected to participate in 12 memory sessions (two per week over two and a half months). The article lists the tools used to assess participants' levels of cognitive deterioration, state of mind, memory and functionality. The description of the programme includes the adaptations made and the final results. After the training, 78 % of the participants had recovered normal memory levels, which constituted a considerable improvement over their initial capacity. Moreover, group training, cognitive drilling and adaptations were particularly effective, enhancing user receptivity to such programmes, which are seldom designed for people with visual disability.

KEY WORDS: Seniors over 50. Social services. ONCE members. Memory gaps. Memory training. Intervention. Assessment tools.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de memoria se incluyen dentro de los trastornos cognitivos. Generalmente son un síntoma más dentro de una constelación de ellos (por ejemplo, la alteración de la memoria en la depresión o en la esquizofrenia), a veces son un síntoma de comienzo (como suele ocurrir en las

demencias) y en otros casos son un síntoma que por su importancia configura el cuadro (en los síndromes amnésicos, como el debido a falta de tiamina por consumo excesivo crónico de alcohol, conocido como Síndrome de Korsakoff, o en determinadas alteraciones histéricas como la fuga psicógena). En la realidad clínica los trastornos de memoria en la Tercera Edad se asocian funda-

mentalmente a trastornos orgánicos, sobre todo demencia, y a trastornos psiquiátricos, principalmente depresión. Existe además una alteración de causas múltiples unida al envejecimiento que es la Pérdida de Memoria Asociada a la Edad.

En concreto, las personas mayores deficientes visuales o ciegas pueden presentar déficit en Memoria, como el resto de la población. Pero la pérdida del sentido de la vista podría convertirse en un factor de riesgo, por diferentes razones. Así, conlleva una reducción de acceso a la información que proporciona el ambiente próximo, además de que factores como la alteración del estado de ánimo o el estrés pueden influir negativamente en el recuerdo.

Hay actualmente un amplio consenso en considerar que el ejercicio y el estímulo cognitivo a través del entorno son dos elementos fundamentales para conseguir una vejez saludable y grata. En este sentido se están realizando programas de Intervención en diversos países en centros especializados. Entre las experiencias que se llevan a cabo podemos señalar a: M. Le Poncín (Francia, Instituto Nacional de Prevención del Envejecimiento Cerebral), B. Wilson (Reino Unido, Oxford, Centro de Rehabilitación Rivermead) y en nuestro país en la Unidad de Memoria del Ayuntamiento de Madrid, en la Unidad de Alzheimer de la Clínica Universitaria de Navarra y en Barcelona, en la Unidad de Memoria.

Con motivo del Año Internacional de la Discapacidad, Año 2003, surge una iniciativa por parte del Ayuntamiento de Málaga y la Asociación Jábega encaminada a adaptar el Programa de Entrenamiento de la Memoria al colectivo de personas con déficits visuales y ciegas de la ciudad.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Los objetivos principales se pueden resumir en:

- Hacer accesible el Programa.** Permitir a este colectivo de mayores el acceso a un programa que todos los mayores de la ciudad tienen a su alcance y que ellos hasta este año no podían acceder a él por no estar adaptado a sus necesidades.
- Adaptar el Programa.** Adaptar los programas de entrenamiento de la memoria para este colectivo manteniendo los mismos contenidos en cuanto a técnicas de memoria, ejercicios, etc.
- Generalizar el Programa.** Generalizar esta intervención a toda la población mayor de 60 años que presente alguna deficiencia visual. Esta, deficiencia está muy extendida

en ese segmento de población y, debido a este hándicap sensorial, necesitan una adaptación del programa.

- Estudiar al influencia del déficit sensorial sobre deterioro cognitivo.** Estudiar, de manera cuantitativa y cualitativa, los efectos que sobre el deterioro cognitivo de las personas mayores ejerce la pérdida de uno de los sentidos e intentar subsanar este posible déficit en el deterioro cognitivo mediante la aplicación de un Programa de Entrenamiento.
- Facilitar la intervención.** Dar respuesta a afiliados mayores de 60 detectados con deterioros cognitivos y con posibilidades de intervención.

DESTINATARIOS

Los canales de difusión de programa fueron:

- Información aportada desde el Club del Mayor de la ONCE a sus socios.
- Detección por parte de los profesionales del Equipo.
- Nota publicada en el Boletín Informativo Provincial de la ONCE.

Posteriormente, se realizaron contactos telefónicos con la población seleccionada, quedando una muestra de 34 afiliados para la realización de una Evaluación previa.

De estas 34 personas, todas ellas en algún momento de su vida han tenido restos visuales, 9 empezaron a tener problemas en la visión en la infancia o adolescencia y el resto de las personas han perdido total o parcialmente la vista a partir de los 55 años o más.

De los 34 seleccionados, 8, el 24% son hombres, y 26 mujeres que corresponden con un 76%.

En cuanto a la edad de los mismos, el rango fue de 58-84 años (figura 1).

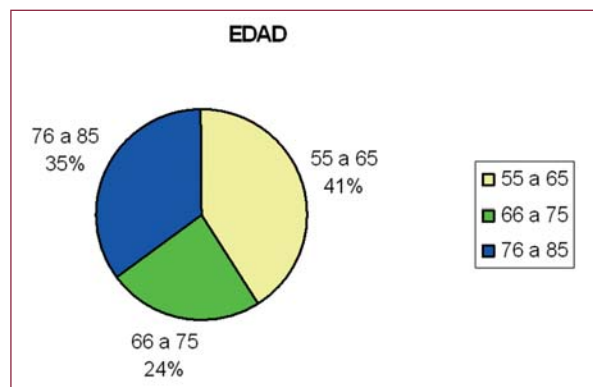


Figura 1.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Se seleccionaron para la realización de una evaluación completa a nivel de memoria, deterioro cognitivo, estado de ánimo y funcionalidad, los siguientes instrumentos de evaluación:

—**Deterioro Cognitivo.** Para evaluar la posible presencia de deterioro cognitivo se ha seleccionado el Cuestionario Abreviado sobre Estado Mental (SPMSQ) de Pfeiffer. Se trata de un cuestionario heteroaplicado de 10 ítems, sobre cuestiones muy generales y personales. Se puede pasar en 4 –5 minutos. Se van anotando las respuestas erróneas. Se permite un fallo de más si el paciente no ha recibido educación primaria y uno de menos si tiene estudios superiores. No posee ningún ítem visual lo que permite su aplicación en este colectivo.

—**Estado de ánimo.** La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en su versión reducida de 15 ítems. Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas sí/no, diseñado en su versión original para ser autoadministrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada.

—**Memoria.** Para valorar la memoria auditiva, principal memoria que utilizan las personas con déficit visual o ciegas, se han seleccionado 2 pruebas, por un lado el subtest de dígitos del WAIS (Test de inteligencia para personas adultas de Wechsler), por otro lado el subtest de recuerdo de texto del Test de Memoria Rivermead (este Test de memoria es el utilizado en el Programa de Entrenamiento de la Memoria de Málaga).

—**Funcionalidad.** Para establecer el posible impacto funcional de los déficits de memoria o en su caso del deterioro cognitivo, se han evaluado tanto las Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD) como las actividades Básicas (ABVD).

Para las AIVD se ha utilizado el Índice de Lawton y Brody: Escala heteroadministrada, el tiempo requerido para su cumplimentación es muy breve, aproximadamente cinco minutos, consta de 8 ítems: utilizar el teléfono, realizar compras, preparar comidas, realizar tareas domésticas, utilización de transporte, responsabilidad en la toma de medicamentos y capacidad para manejar dinero y **para las ABVD, Índice de Katz:** se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funcio-

nes sociobiológicas. Su carácter jerárquico permite evaluar de forma sencilla el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo. Escala heteroadministrada. Consta de seis elementos y evalúa las ABVD proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración. Está formada por los siguientes ítems: alimentación, continencia, vestirse, traslados, uso del retrete y baño.

INTERVENCIÓN

En los diferentes grupos se llevaron a cabo 12 sesiones, 2 semanales, durante 2 meses y medio, empezando con una evaluación previa y finalizando con una evaluación post, donde se desarrollaron diferentes técnicas de memoria, haciendo especial hincapié en la memoria auditiva y en los déficits de atención.

Dentro de las adaptaciones llevadas a cabo podemos resaltar la audiodescripción de láminas de visualización de dificultad creciente, donde en la primera audiodescripción se nombran 10 objetos y su localización espacial (por ejemplo: en la parte superior izquierda de la lámina se encuentra una moto) y en la posterior descripción se incluyen detalles de cada uno de los objetos (por ejemplo: en la parte superior izquierda de la lámina tenemos una moto de gran cilindrada, de color rojo y de la marca Honda), con el fin de trabajar principalmente la memoria y la atención.

Igualmente se realizaron láminas de identificación de figuras en contorno y volumen, en thermoform, para entrenar la atención, la memoria y la destreza en el manejo del sentido del tacto.

Para trabajar la atención de manera más directa, y la memoria de manera más indirecta, se les leía dos textos a la vez, solicitándoles que prestaran atención sólo a uno; después, se les harían preguntas sobre el mismo.

Al final de cada sesión, siempre se dejaba por hacer un ejercicio que tenían que realizar en casa con el fin de acostumbrar a los asistentes a trabajar la memoria fuera del ámbito de intervención, y para que dieran importancia a hacer ejercicios de mejora de memoria allí donde pasamos la mayor parte del tiempo. No sirve de nada hacer los ejercicios solo en el taller, y después olvidarnos de ellos.

Los ejercicios para hacer en casa eran del tipo recuerdo de una noticia de un informativo (bien en radio o televisión), recuerdo de un texto leído en la sesión, etc.

RESULTADOS

Los resultados de la evaluación previa fueron los siguientes:

- Deterioro cognitivo.** Basándonos en las puntuaciones obtenidas en el Test Pfeiffer (a partir de 3 errores empieza a manifestarse cierto deterioro cognitivo), de los 34 usuarios ninguno de ellos presentaba deterioro cognitivo en ninguna de sus fases.
- Estado de Ánimo.** Según las puntuaciones obtenidas en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, en su versión reducida, obtenemos (figura 2):

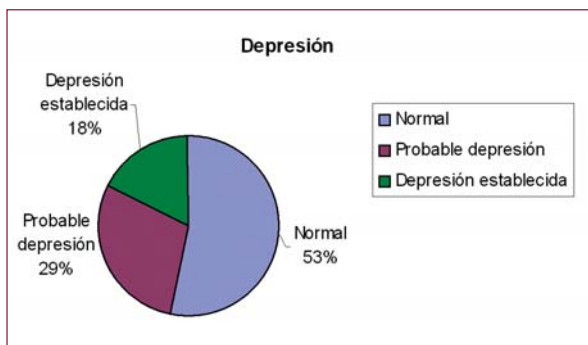


Figura 2.

El 53% de las personas evaluadas no presentó ningún trastorno en el estado de ánimo. Sin embargo el 47% de las personas entrevistadas mostraron en algún grado un problema depresivo. Cabe destacar en este punto que el 70 % de las personas evaluadas empezaron a tener problemas visuales de mayores, con lo cual, este alto porcentaje de síntomas depresivos podría ser explicado por encontrarse en el período de adaptación a esa deficiencia visual o, en algunos casos, a una ceguera total.

- Memoria.** Como ha quedado reflejado anteriormente para la evaluación de la memoria se seleccionó el Subtest de Dígitos del WAIS y el Subtest de Historia del Rivermead tanto para su recuerdo inmediato como para el diferido.

El Subtest de Dígitos, además de evaluar la memoria auditiva inmediata, tiene una correlación para el diagnóstico de deterioro cognitivo leve.

En cuanto al Subtest de Historia de Rivermead, siendo este instrumento de evaluación el utilizado tanto en el Programa de Entrenamiento de la Memoria en la ciudad de Málaga, como en la Unidad de Memoria de Madrid, y habiendo realizado hasta la fecha más de 4000 evaluaciones con el mismo, ha sido seleccionado por tener recuerdo diferido al cabo de 20 minutos de la lectura del texto, y por dar una impresión de si los fallos

de memoria son efectivamente por problemas en ésta o por un problema de atención. Aunque este subtest no tenga una puntuación propia, nos parece importante la inclusión del mismo para tener en cuenta los déficits de atención.

Las puntuaciones obtenidas en el Subtest de Dígitos son:

- Memoria normal:** Para personas mayores de 55 años una puntuación directa media de 9-10; toda puntuación inferior a ésta, supone en mayor o menor medida un problema de memoria (figura 3).

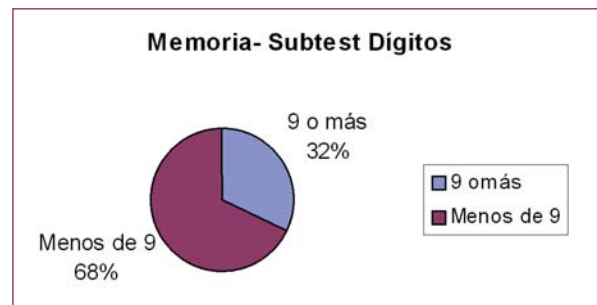


Figura 3.

Las puntuaciones obtenidas en el Subtest de historia del Rivermead son:

- Memoria normal:** para obtener una memoria normal en el primer recuerdo del texto (inmediatamente después de ser leído) son necesarias 6 ideas iguales a las expresadas en la lectura y 4 ideas en el recuerdo diferido. Si el número de ideas es inferior a 6/4 consideramos que la persona posee una memoria débil. Como queda reflejado anteriormente el subtest de historia del Rivermead obtiene la puntuación de un recuerdo inmediato y diferido, por eso las puntuaciones entre un test de memoria y otra difieren ya que el subtest del dígito no tiene recuerdo diferido (figura 4).

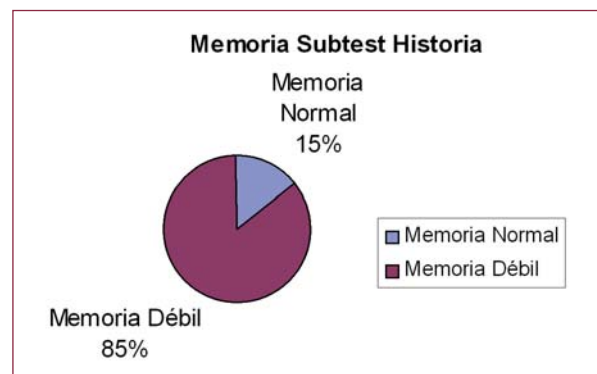


Figura 4.

- Basándonos en las puntuaciones del Subtest de dígitos podemos destacar que más del

68% de las personas evaluadas presentaron una memoria débil. Dicha memoria es susceptible de mejora con la realización de un entrenamiento en habilidades de memoria.

—Podemos destacar también que 12 personas de las evaluadas presentaban el mismo número de ideas en el recuerdo inmediato que en el recuerdo diferido (este número de ideas es inferior a 6/4), por lo que podemos concluir que además de esa memoria débil presentan un trastorno atencional, principal factor para poseer un déficit significativo de memoria.

—**Funcionalidad.** Basándonos en las puntuaciones obtenidas en el Índice de Lawton y Brody para valorar las actividades instrumentales de la vida diaria, solamente una persona presenta una dependencia grave para dichas actividades (figura 5).

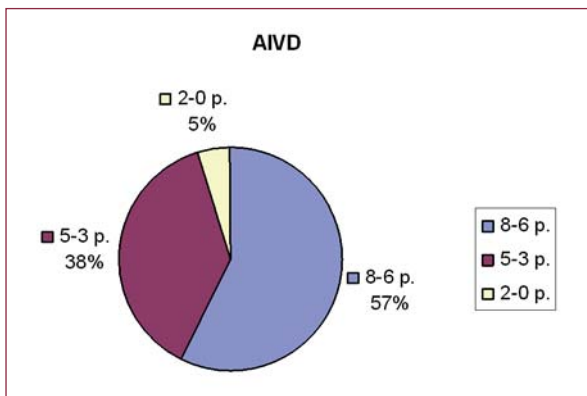


Figura 5.

Teniendo en cuenta las puntuaciones del Índice de Katz para valorar las ABVD, una sola persona presenta un grado de dependencia leve (Puntuación B-ayuda parcial para el baño), siendo todas las demás personas totalmente independientes para dichas actividades (figura 6).

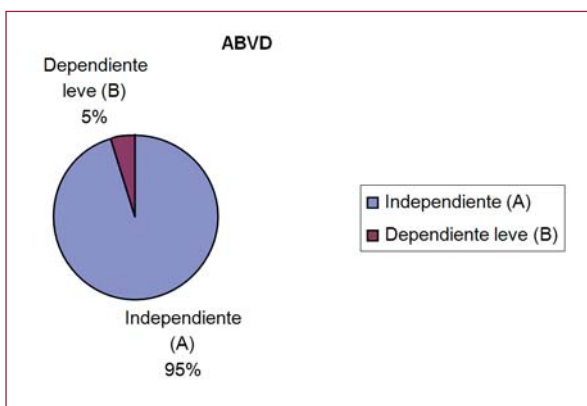


Figura 6.

En relación con el desarrollo de las AIVD y de las ABVD, no hay una ninguna disminución significativa en el manejo de las mismas por parte de

las personas evaluadas, es decir, con el apoyo familiar en algunos casos e institucional en otros, dichas personas, al margen de su déficit visual, se manejan perfectamente en su vida diaria.

Una vez realizada la intervención, concluyen los diferentes entrenamientos realizados un total de 32 personas.

Tanto en el Subtest de dígitos del Wais como en el subtest de la Historia del Rivermead, se observa una mejora en cuanto al nivel de memoria de los participantes en el grupo, como se puede ver en los gráficos siguientes:

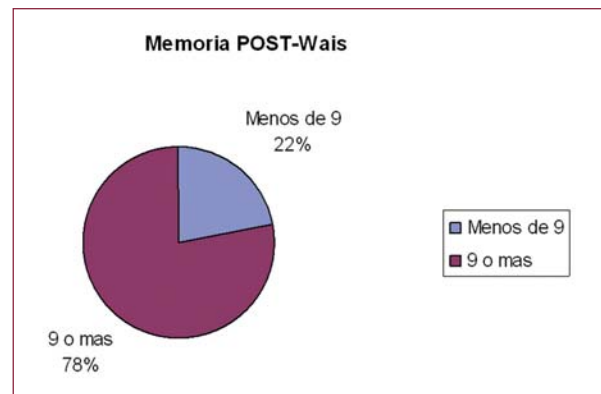


Figura 7.

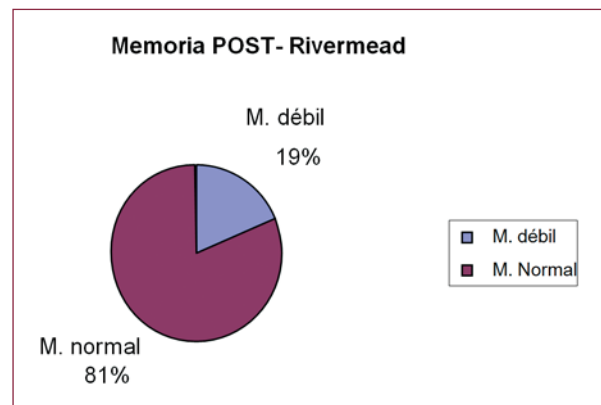


Figura 8.

En ambos tests se observa el beneficio obtenido en el entrenamiento. En la evaluación previa con el Subtest de Dígitos, el 68% de los entrevistados presentaron déficits de Memoria y el 32% presentó un nivel normal de la misma; después del entrenamiento, un 78% de los participantes presenta un nivel normal de Memoria.

Observando el Test de Memoria de Rivermead, Test específico de Memoria, que al tener recuerdo inmediato y recuerdo diferido nos da una mejor visión de lo beneficioso del entrenamiento, observamos que, un 81% de los usuarios presenta a la finalización del Curso un nivel normal de memoria, a diferencia de la evaluación previa, que sólo lo presentaba un 15% de los mayores.

Tabla 1.
Resumen de los resultados obtenidos.

Variables		Puntuaciones	
		PRE	POST
Deterioro cognitivo		0	0
Estado de ánimo		47% trastorno estado de ánimo	
Funcional	ABVD	5% Dependiente	
	AIVD	43% Dependiente	
Memoria	Hª Rivermead	85% Memoria débil	81% Memoria normal
	Subtest dígitos	68% Memoria débil	78% Memoria normal

CONCLUSIONES

En los grupos realizados, las personas ciegas que presentaron problemas de memoria (aprox. 75%) se vieron beneficiadas del Programa de Entrenamiento en Habilidades de Memoria.

Con los resultados obtenidos podemos concluir que los usuarios obtienen una considerable mejoría en las capacidades evaluadas. Además, el entrenamiento grupal, como es sabido, favorece el estado de ánimo, los lazos de unión entre el grupo y por lo tanto, favorece la autoestima de los participantes.

La intervención cognitiva sobre el colectivo de personas mayores con déficits visuales se muestra útil, como la que se realiza en población sin dichos déficits.

La adaptación llevada a cabo sobre las técnicas de intervención resulta eficaz a la hora de valorar y hacer efectivo el rendimiento cognitivo.

Este colectivo de mayores se muestra muy receptivo a este tipo de intervención debido a la falta de programas específicos en nuestro ámbito donde se potencien sus cualidades.

BIBLIOGRAFÍA

Conclusiones del Congreso Internacional sobre Alzheimer celebrado en Miami. Julio 2000. Diario El País, Domingo 6 de Agosto de 2000. Boletín informativo del Área de Bienestar Social y Relaciones Ciudadanas, Ayuntamiento de Málaga, Febrero 2002.

Simons DJ, Chabris CF, Schnur T, Levin DT. (2002). Evidence for preserved representations in change blindness. *Conscious Cogn.* Mar;11(1):78-97.

Varakin DA, Levin DT, Collins KM, (2007). Comparison and representation failures both cause real-world change blindness. *Perception.*;36(5):737-49

Tsai AY, Yang MJ, Lan CF, Chen CS. (2008). Evaluation of effect of cognitive intervention programs for the community-dwelling elderly with subjective memory complaints. *Int J Geriatr Psychiatry.* May 22

Wainwright NW, Surtees PG, Welch AA, Luben RN, Khaw KT, Bingham SA. (2008). Sense of coherence, lifestyle choices and mortality. *J Epidemiol Community Health.* Sep;62(9):829-31.

Chou KL. (2008). Combined effect of vision and hearing impairment on depression in older adults: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *J Affect Disord.* Feb;106(1-2):191-6.

Decisión 2001/903/CE del Consejo , de 3 de Diciembre de 2001

Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J. Am Geriatr Soc.*; 23:433-441.

Wahl HW, Heyl V, Oswald F, Winkler U. (1998). Deteriorating vision in the elderly: double stress? *Ophthalmologie.* Jun;95(6):389-99.

Yesavage JA. (1988). Geriatric Depression scales. *Psychopharmacol Bull.*; 24: 709.

Izal M, Montorio I. (1996). Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospitales de día. *Rev Gerontol.*; 6: 329-37

Wechsler, D. (1981). *The Wechsler adult intelligence scale-revised.* Psychological Corp., New York.

Wilson B, Cockburn J, Baddeley A. (1985). *The Rivermead Behavioural Memory Test.* Bury St. Edmunds: Thames Valley Test Company.

Índice de Lawton (IL) (1969) (Philadelphia Geriatric Center-Instrumental Activities Daily Living, Lawton y Brody), (Validación española realizada por Cruz-Jentoff *et al.*, 1992).

Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, A.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. (1963) *Studies of Illness in*

- the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*; 185: 914-919
- Israel L. (1992). Método de entrenamiento de la memoria. Ed. Laboratorios Semar.
- Le Poncin. (1992). M. Gimnasia cerebral. Ed. Temas de Hoy, Madrid.
- Fernández Ballesteros, R., y cols. (1991). Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Ed. Martínez Roca, Barcelona.
- Ferris, S. (1989). Alteración de la memoria asociada a la edad, pérdida benigna de la memoria y demencia. *Revista Clínica Española*. 185, a Dic.
- Martínez-Lage, J.M., Martínez-Lage Álvarez, P. (1996) Concepto, criterios diagnósticos y visión general de las demencias. En. López-Pousa, S., Vilalta, j. Llinás J. (Eds). *Manual de demencias*. Prous Science, Barcelona.
- Programa de Memoria. (1997). Unidad de Memoria. Área de Salud y Consumo. Ayuntamiento de Madrid.
- Manual Práctico de Evaluación y Entrenamiento del Programa de Memoria. (1997). Unidad de Memoria. Área de Salud y Consumo. Ayuntamiento de Madrid.
- Arroyo-Anlló, Eva M^a. (2002). Estimulación Psicocognoscitiva en las demencias. Programas de talleres de estimulación.
- Libro de Entrenamiento de la Memoria. (2001). Unidad de Memoria. Ayuntamiento de Málaga.
-
- Gerardo Guerrero Ramos. Psicólogo. Ayuntamiento de Málaga, Área de Bienestar Social, Sector de Mayores. Asociación Jábega. Málaga (España).
Correo electrónico: ggramos@cop.es
- Cristina Pérez Ruiz. Psicóloga. Dirección Administrativa de Málaga. Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). Cuarteles, 8. 29002 Málaga (España).
Correo electrónico: cpru@once.es