

Rehabilitación neuropsicológica en la edad avanzada:  
un caso de ictus con signos de demencia previa

Andrea Oliva-Rifà de Pouplana

Tutora: Cristina Günther

Trabajo Final de Master - Facultad de Psicología, Ciencias  
del deporte y de la educación

Enero, 2020

### Resumen

El ictus es la forma más común de deterioro cognitivo vascular el cual provoca déficits físicos, cognitivos y sociales que afectan a las actividades de la vida diaria; por lo que suele provocar déficits cognitivos parecidos al deterioro cognitivo leve, caracterizado por una disminución del rendimiento de al menos una de las capacidades cognitivas, y aumentar la probabilidad de padecer demencia, caracterizada por un deterioro cognitivo que repercute en las actividades de la vida diaria. Estos déficits pueden complicar el tratamiento en el caso de que no se adapten los objetivos y las expectativas a cada paciente. En este trabajo se ha descrito todo el proceso terapéutico y rehabilitador realizado con un paciente que ha sufrido un ictus y que además, presenta la particularidad de mostrar signos de demencia previa a dicho ictus. Se ha realizado la evaluación del estado cognitivo, así como de sintomatología ansiosa y depresiva a partir de un test. Una vez realizada la evaluación inicial se plantea el plan de tratamiento. El tratamiento neuropsicológico se basó en estimulación cognitiva de forma grupal y psicoterapia de manera individual. En última instancia se realizó una valoración del tratamiento a través de los test de *screening* realizados por el paciente al principio del tratamiento.

*Palabras clave: Ictus. Deterioro cognitivo. Demencia. Tratamiento grupal. Tratamiento individual.*

### Abstract

Stroke is the most common form of vascular cognitive impairment which causes physical, cognitive and social deficits that affect activities of daily life; so it usually produces cognitive deficits similar to mild cognitive impairment, characterized by a decrease in the performance of at least one of the cognitive abilities, and increases the likelihood of suffering from dementia, characterized by a cognitive impairment that

affects daily life activities. These deficits can complicate the treatment in case the objectives and expectations are not adapted to each patient. In this work, we have described the entire therapeutic and rehabilitative process performed with a patient who has suffered a stroke and also has the peculiarity of presenting signs of dementia prior to said stroke. The assessment of the cognitive state and the symptomatology of the anxious and depressions has been performed from a test. Moreover once the initial evaluation was made, the treatment plan was proposed. The neuropsychological treatment was based on cognitive stimulation in a group and individually psychotherapy. Finally, an evaluation of the treatment was carried out through screening tests performed by the patient at the beginning of the treatment.

*Keywords: Stroke. Cognitive impairment. Dementia. Group Treatment. Individual Treatment.*

## Introducción

Dos terceras partes de los pacientes que padecen un ictus sobreviven al accidente cerebrovascular (ACV) inicial (Walker, Robins & Weinfeld, 1981). Esta enfermedad cerebrovascular frecuentemente provoca deterioro cognitivo en pacientes de edad avanzada tales como déficits en la atención, la memoria, etc. (Nys et al., 2005a; Tang et al., 2005) y alteración en los ámbitos físico y social en la mitad de los pacientes que la sufren (Brandstater, 1990). Además, se ha observado que el 9% de los pacientes de edad avanzada que sufren un ictus desarrollan demencia al cabo de un año y casi la mitad la desarrollan al cabo de cinco años (Ballard, Rowan, Stephens, Kalaria & Kenny, 2003) ya que las personas que han sufrido un ictus tienen un riesgo más elevado de padecer demencia y deterioro funcional (Stephens et al., 2005). Esta pérdida de funciones es muy común y puede complicar la rehabilitación (Nys et al., 2005b; Cumming, Marshall & Lazar, 2013).

Por lo tanto, a la hora de establecer los objetivos y expectativas de recuperación tras un ictus se debe tener en cuenta la gravedad de éste, la fragilidad del paciente y las alteraciones cognitivas que presenta (Lind, 1982; Feigenson, McDowell, Meese, McCarthy & Greenberg, 1977; Schuman, Beattie, Steed, Merry & Kraus, 1981). Además, el ictus es la forma más común de deterioro cognitivo vascular el cual provoca déficits físicos, cognitivos y sociales (Rockwood et al., 2000) que afectan a las actividades de la vida diaria. (Desrosiers et al., 2008; Mayo, Wood-Dauphinee, Coté, Durcan & Carlton, 2002).

Falconer, Naughton, Strasser y Sinacore (1994) realizaron un estudio en el que se afirmaba que las personas de edad avanzada (mayores de 75 años) tienen una mayor probabilidad de padecer un ictus y que en este segmento de la población la mortalidad era mayor. Además, sostenían que tenían una menor probabilidad de participar en una unidad

especializada de rehabilitación (Falconer et al., 1994; Mayer et al., 1992) ya que tener demencia es un signo de mal pronóstico hacia la rehabilitación (Schuman et al., 1981).

En concordancia con el estudio realizado por Falconer et al. (1994) y Mayer et al. (1992), Desrosiers et al. (2008) afirma que la mayoría de personas mayores (>75 años) que han sufrido un ictus se les tramita el alta al domicilio sin haber recibido la rehabilitación necesaria y teniendo ligeros déficits y secuelas no severas.

Como señalan Granger, Hamilton y Fiedler (1992) los pacientes de edad avanzada que ingresan en una unidad de rehabilitación realizan tratamientos de corta duración y perciben el entorno de ésta de forma negativa (Strasser, Falconer & Martino-Saltzman, 1992; Falconer et al., 1994). Esto es probable que sea debido a que son pacientes con una mayor fragilidad anterior al ictus y que, por lo tanto, los objetivos y expectativas respecto a la rehabilitación no son acordes con el potencial de mejoría (Falconer et al., 1994). Esta fragilidad se entiende como una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes (Lluis-Ramos & Llibre Rodríguez, 2004).

Debido a los déficits previos a un ictus que tienen algunos adultos de edad avanzada, éstos pueden estabilizarse en el servicio de rehabilitación con mayor rapidez que los adultos de mediana edad, ya que los primeros conviven con estas discapacidades (Falconer et al., 1994). Además de la fragilidad y los déficits comentados, los pacientes de edad avanzada tienden a una menor reserva funcional que se observa, por ejemplo, en la tarea de cuidar al cónyuge de mayor edad o en el proceso de duelo en el caso de que hayan enviudado (Falconer et al., 1994).

Por lo tanto, el personal sanitario tiene el reto, a través de una valoración del estado cognitivo (Chen & Thompson, 2010) y del funcionamiento motor (Mulder &

Hochstenbach, 2001), de identificar a los pacientes que pueden beneficiarse de la rehabilitación (Liu & Lou 2019).

El deterioro cognitivo se define como una disminución del rendimiento de una de las capacidades cognoscitivas tales como la memoria, la orientación, el lenguaje, el razonamiento, etc. La demencia, en cambio, ocurre cuando este deterioro cognitivo repercute significativamente en las actividades de la vida diaria del paciente (Pérez Martínez, 2005).

Por consiguiente, tener deterioro cognitivo afecta al resultado funcional (Liu & Lou 2019), sobre todo porque el deterioro cognitivo severo se encuentra muy relacionado con los resultados obtenidos al cabo de 3 y 6 meses después del ictus (Dong et al., 2013). Este deterioro cognitivo provoca que el resultado funcional sea bajo y aumente la probabilidad de desarrollar demencia (Nys et al., 2005a; Henon, Pasquier & Leys, 2006; Lesniak, Bak, Cjepiel, Senoiw & Czlonkowska, 2008). Las personas que tienen deterioro cognitivo no se benefician de un aumento de la intensidad en las sesiones de rehabilitación (Liu & Lou 2019) en cambio puede disminuir en la rehabilitación enfocada a la dependencia (Ankolekar et al., 2014).

Tal como se ha explicado en los párrafos anteriores, el ictus suele provocar déficits cognitivos parecidos al Deterioro Cognitivo Leve (DCL), definido éste último término como una etapa intermedia entre el deterioro cognitivo propio de la edad y la demencia (Albert et al., 2011; Vos et al., 2015; Klimova & Maresova, 2017; Wadley et al., 2007; Petersen et al., 1999; Mariani, Monastero & Mecocci, 2007; Huckans et al., 2013).

Las condiciones para que un paciente presente DCL son: deterioro cognitivo leve, deterioro cognitivo funcional que influye en la autonomía del paciente y síntomas neuropsiquiátricos como ansiedad, depresión, dificultades para dormir y fatiga (Huckans

et al., 2013). Por lo tanto, el DCL se asocia con déficits en la atención, la memoria de trabajo, la memoria episódica, el funcionamiento ejecutivo (Saunders & Summers, 2011), un mayor riesgo de disminución de las actividades básicas de la vida diaria e instrumentales (Purser, Fillenbaum, Pieper & Wallace, 2005; Wadley et al., 2007), y un mayor riesgo de desarrollar demencia (Fischer et al., 2007; Arnaiz & Almkvist, 2003).

La estimulación cognitiva es una manera de detener el deterioro cognitivo (Jean, Bergeron, Thivierge & Simard, 2010; Hyer et al., 2016; Lin, Heffner, Ren & Tadin, 2017; Gates, Sachdev, Fiatarone Singh & Valenzuela, 2011; Mowszowski, Batchelor & Naismith, 2010; Naismith et al., 2011). Este entrenamiento consiste en programas que mejoran las funciones cognitivas, afectadas por la demencia y el DCL, a través de tareas dirigidas a cada función (Huckans et al., 2013).

Dentro de la estimulación cognitiva se pueden utilizar técnicas restaurativas (mejorar o restaurar las capacidades cognitivas alteradas) o compensatorias (enseñar habilidades y estrategias para compensar las dificultades cognitivas) dependiendo del objetivo que se quiera conseguir. También se puede combinar con intervenciones psicoterapéuticas para tratar los síntomas neuropsiquiátricos. Algunas de las técnicas que se pueden utilizar son la técnica del *mindfulness*; habilidades para manejar el estrés, la fatiga y la falta de sueño; y las técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva para abordar los pensamientos y sentimientos negativos (Huckans et al., 2013).

Los síntomas neuropsiquiátricos son muy comunes en las personas con DCL (Monastero, Mangialiasche, Camarda, Ercolani & Camarda, 2009). Estos síntomas suelen ser ansiedad, depresión, irritabilidad, agitación, apatía, euforia, desinhibición, delirios, alucinaciones y trastorno del sueño (Apostolova & Cummings, 2008; Bomboi, Derambure, Pasquier & Monaca, 2010; Ellison, Harper, Berlow & Zeransky, 2008). El aumento de estos síntomas neuropsiquiátricos están relacionados con una reducción de la

calidad de vida y un reducido funcionamiento de las actividades de la vida diaria en adultos mayores con DCL (Teng, Tassniyom & Lu, 2012).

A la hora de realizar una intervención con pacientes con DCL es importante tener en cuenta el autocontrol que tienen los pacientes ya que puede influir en la motivación y el rendimiento de la memoria (West, Welch & Yassuda, 2000; Lachman, 2000; Lachman, Weaver, Elliot, Bandura & Lewkowicz, 1992; West, Bramlett, Welch & Bellot, 1992; Caprio-Prevette & Fry, 1996).

Tal como se ha expuesto en los párrafo anteriores, las personas mayores que padecen un ictus no suelen ser derivadas a centros de rehabilitación por lo que los estudios de personas mayores con ictus en un centro rehabilitador son escasos. En respuesta, en este trabajo se pretende describir el tratamiento en pacientes con patologías de demencia e ictus ingresados en el centro de día de un centro sociosanitario donde el objetivo es la rehabilitación de los pacientes. Para ello, se presenta un estudio de caso en el que se ha realizado tratamiento tanto grupal como individual.

## Descripción del Caso

### Descripción del paciente

El paciente es un hombre de 75 años que ingresa en un centro sociosanitario de una localidad de Barcelona. Éste tiene estudios primarios, trabajaba como responsable de un equipo en una multinacional aunque actualmente está jubilado. Ingresa en régimen de hospital de día por un ictus en el hemisferio derecho del cerebro, se evidencia parálisis leve en hemicuerpo izquierdo. Como la dominancia manual era la derecha, ésta no ha quedado afectada.

El centro en el que se trata el caso es rehabilitador dónde los pacientes pueden ingresar en hospital de día o en planta. Cuando ingresan en planta pueden entrar en convalecencia, larga estancia o paliativos. Dependiendo del estado médico en que se encuentre el paciente se le ingresara por una vía u otra. Las personas que ingresan en hospital de día, como el paciente del presente caso, son personas que pueden realizar vida normal pero que aún necesitan ayuda de los diferentes técnicos (psicólogos, logopedas, fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales) para recuperar todo lo que puedan.

### Evaluación del caso

Por lo que respecta a la evaluación, se realiza la valoración del soporte social y de los aspectos cognitivos y emocionales. La evaluación de estos tres aspectos, importantes a tener en cuenta en un centro de rehabilitación, se realiza a través de entrevistas con la familia, el paciente y a través de un *screening* cognitivo realizado hacia el paciente.

Respecto a la evaluación del soporte social, el paciente reside con su mujer en un piso cercano al centro. Tiene dos hijas de 41 y 50 años, y tiene dos nietos procedentes de la hija que tiene 50 años. Cuando le preguntamos sobre el nombre de sus hijas y nietas no

lo sabe responder. Se observa un buen soporte social, con una familia estructurada y que presta un apoyo adecuado a las necesidades del paciente.

Cuando realizamos la valoración del soporte social, preguntamos por los antecedentes médicos y psicológicos relevantes para el tratamiento. La familia nos comenta, entonces, que no tiene una demencia diagnosticada pero que han observado signos de ésta tales como olvidos tanto en las actividades de la vida diaria como en las actividades instrumentales de la vida diaria y desorientación en el barrio del paciente. A la hora de plantear el tratamiento esto se tiene en cuenta.

En cuanto a la valoración del estado cognitivo y emocional se realiza en dos fases. La primera tiene el objetivo de evaluar las capacidades cognitivas y el estado emocional del paciente para realizar un plan de tratamiento. La segunda fase, en cambio, tiene el objetivo de evaluar el tratamiento que se ha realizado aplicando las mismas escalas que al inicio del tratamiento. Las escalas que se han aplicado en estas dos fases son el Mini-examen Cognoscitivo (MEC) (Lobo et al., 1999), el Montreal Cognitive Assesment (MoCA) (Lozano et al., 2009) y la Escala de Depresión y Ansiedad (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones & Grayson, 1989).

El Mini-examen Cognoscitivo (MEC) (Lobo et al., 1999) es un test breve de cribado de demencias que evalúa el grado de deterioro cognitivo actual a través de una entrevista estructurada con preguntas cerradas hacia el paciente. Este test fue diseñado a partir del Minimental State Examinaion (MMSE) (Folstein et al., 1975). En la entrevista se evalúa el grado de orientación temporal y espacial, la memoria de fijación, la concentración y el cálculo, la memoria inmediata, la construcción del lenguaje y la percepción de imágenes. En cuanto a la interpretación del resultado del test, los rangos de deterioro cognitivo son los siguientes: 30-35 puntos normalidad, 25-30 puntos ligeros déficits, 20-24 puntos deterioro cognitivo leve, 15-19 puntos deterioro cognitivo

moderado sugestivo de una demencia clara y 0-14 puntos deterioro cognitivo grave. Además, se debe tener en cuenta la edad del paciente ya que si éste tiene una edad igual o mayor de 65 años las puntuaciones menores de 24 significarían que hay signos de demencia, mientras que en las personas con una edad menor de 65 años el puntaje donde se podría diagnosticar demencia sería de 28 puntos.

El Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Lozano et al., 2009) es un test breve de screening cognitivo, al igual que el MMSE pero con la diferencia que fue creado para la detección de trastornos neurocognitivos leves y estadios tempranos de demencia. Este test se realiza a través de una entrevista estructurada en la que se evalúa el grado de orientación, visopercepción, atención y concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, razonamiento conceptual y cálculo. Respecto a la interpretación, ésta es más sencilla en comparación con el MMSE ya que solo hay dos rangos los cuales son: 0-25 probable trastorno cognitivo y 26-30 normal.

En la Escala de depresión y ansiedad (Goldberg et al., 1989) se evalúa la posible probabilidad de padecer ansiedad o depresión a través de dos escalas estructuradas de tal manera que cada ítem es más grave que el anterior, por lo que a mayor puntuación mayor gravedad. La puntuación para cada subescala es diferente por consiguiente si se obtiene una puntuación mayor o igual a 4 puntos en la subescala de ansiedad significa que el paciente tiene una alta probabilidad de padecer un trastorno ansioso, mientras que si se obtiene una puntuación igual o mayor que 2 en la subescala de depresión significa que el paciente tiene una alta probabilidad de padecer un trastorno depresivo.

Respecto al *screening* cognitivo inicial, el paciente obtuvo una puntuación de 20 en el MMSE (Lobo et al., 1999) lo que significa que el paciente presentaba un deterioro cognitivo leve caracterizado por déficits en la praxis constructiva, ideomotora y

simbólica; en la memoria inmediata; en la planificación y ejecución de diferentes tareas, tanto complejas como simples; en la comprensión lectora y verbal, y la atención.

Debido a los resultados que obtuvo el paciente en el MMSE (Lobo et al., 1999) se decidió realizar el test MoCA (Lozano et al., 2009) para así determinar si había probabilidad de que el paciente pudiera tener un trastorno cognitivo. El paciente obtuvo una puntuación de 8 en este test indicando un posible trastorno cognitivo.

Respecto a la valoración emocional se observó que el paciente tenía una alta probabilidad de padecer algún trastorno depresivo y una probabilidad media de padecer algún trastorno ansioso ya que obtuvo una puntuación de 4 en la subescala de ansiedad y una puntuación de 5 en la subescala de depresión. Por lo que en la evaluación inicial se pudo observar que el paciente tenía una mayor probabilidad de padecer depresión. Viendo este resultado se realizó una entrevista con el paciente en la que se observó que este padecía labilidad emocional, cosa que podría haber influido en el resultado del test.

### Plan de tratamiento y curso de la intervención

Una vez evaluados todos los aspectos necesarios para realizar un buen tratamiento se decidió dividir el tratamiento en dos partes (ver Tabla 1). Por una parte se decidió incluir al paciente en el tratamiento grupal con el objetivo de rehabilitar las capacidades cognitivas que se observaban afectadas en la evaluación a través de la estimulación cognitiva, y por otra parte realizar sesiones individuales dónde el objetivo era disminuir la frustración para poder rendir mejor en el grupo de estimulación cognitiva y proporcionar estrategias a nivel emocional.

Tabla 1.

*Contenido de las sesiones, formato y contenido.*

<b>Nº Sesiones</b>	<b>Tipo de sesión</b>	<b>Contenido</b>
Sesión 1	Grupal	Observación a través de fichas
Sesión 2	Grupal	Observación a través de fichas
Sesión 3	Grupal	Observación a través del juego
Sesión 4	Grupal	Atención
Sesión 5	Grupal	Memoria inmediata
Sesión 6	Grupal	Praxis visoconstructiva (puzles)
Sesión 7	Grupal	Comprensión verbal y lectora
Sesión 8	Individual	Primera entrevista
Sesión 9	Grupal	Comprensión verbal y lectora
Sesión 10	Grupal	Praxis visoconstructiva (realizar formas con cubos)
Sesión 11	Grupal	Descripción de imágenes
Sesión 12	Individual	Autonomía
Sesión 13	Grupal	Planificación y ejecución de tareas
Sesión 14	Grupal	Organización de imágenes
Sesión 15	Individual	Psicoeducación de déficits y dificultades
Sesión 16	Grupal	Planificación y ejecución de tareas
Sesión 17	Individual	Aceptación de la situación
Sesión 18	Grupal	Reconocimiento visual
Sesión 19	Grupal	Praxis visoconstructiva (puzles)

---

Sesión 20	Individual	Estimulación cognitiva verbal
Sesión 21	Grupal	Atención
Sesión 22	Individual	Estimulación cognitiva verbal
Sesión 23	Grupal	Comprensión lectora (diarios)
Sesión 24	Grupal	Praxis visoconstructiva (realizar formas con cubos)
Sesión 25	Individual	No se presentó
Sesión 26	Grupal	Memoria inmediata
Sesión 27	Individual	Sesión de cierre

---

### *Tratamiento grupal*

En cuanto a las sesiones grupales, éstas se realizaban tres veces por semana con una duración de una hora por sesión. En total se realizaron diecinueve sesiones grupales en las cuales se elaboraban tareas distintas tales como juegos y fichas de atención, de praxis motora, de capacidad visoperceptiva, de comprensión lectora, etc. El número de integrantes del grupo era de diez personas divididas entre personas jóvenes y de mayor edad. Esta diferencia se realizó porque se observó que las personas jóvenes se relacionaban entre ellas más que con las personas de mayor edad. Por lo tanto, para poder potenciar la relación y estimulación entre los participantes se dividieron en dos grupos de edad aproximada. En el primer grupo se encontraban las personas que estaban en el rango de edad de entre 18 y 50 años y el segundo grupo lo formaban aquellas personas que se encontraban en el rango de edad de entre 60 y 80 años. Además, el tipo de juegos que realizaban también eran diferentes. Durante las sesiones observamos que los miembros del primer grupo se relacionaban entre sí cuando hacían las fichas, por lo que cuando se hacían juegos éstos eran grupales. En cambio, en el segundo grupo no se observó iniciativa propia de los miembros para relacionarse entre ellos, por lo tanto los días en los que se realizaban juegos éstos eran individuales.

Los ejercicios que realizaban los pacientes consistían en fichas (ejercicios sistematizados o *artificiales*) y juegos (ejercicios *naturales*). Las fichas consistían en escribir el nombre y la fecha actual (día de la semana, día del mes, mes y año), a continuación los pacientes se encontraban con las características propias de cada una de estas capacidades, es decir, si la ficha era de atención los ejercicios estaban relacionados para trabajar esa capacidad. En todos los pacientes las fichas escogidas se intercalaban con funciones preservadas y alteradas. Esto se realizaba para poder hacer que cada paciente diera el máximo de cada uno. Además con esta acción se pretendía disminuir la frustración de los pacientes ingresados.

A parte de las fichas, tal y como hemos comentado antes, también se trabajaba con juegos. Se le daba un juego con varios niveles de dificultad en los que, a medida que el paciente avanzaba de nivel, el juego se volvía más complicado. Cuando se observaba una mayor frustración en el paciente, se cambiaba de juego o se le daba una ficha de las que podían parecerle fáciles.

En las sesiones de juego se le explicaba la consigna, y, para asegurarse de que el paciente la entendía correctamente, el psicólogo se quedaba a su lado observando cómo realizaba el primer nivel del juego. En cuanto se observaba que el paciente lo había entendido se le dejaba realizando cada nivel por sí solo. En el caso de que se observara de que no lo había entendido se ayudaba al paciente a realizar el primer nivel con pistas. Esto no solo ocurría con los juegos, sino que también ocurría con las fichas.

Se tenía que estar atento al paciente ya que, sobre todo al principio, no pedía ayuda y se quedaba delante del ejercicio o juego sin hacer nada. En cuanto se le preguntaba qué le ocurría respondía que no entendía el ejercicio. Cuando ocurría esto se le proporcionaban pistas o se intentaba que los compañeros le ayudaran, tal como hemos dicho en el párrafo anterior. Aunque al principio no demandaba atención, una vez le

insistimos que nos podía pedir ayuda, estaba receptivo a pedirla y era muy agradecido a la hora de ayudarle a realizar los ejercicios.

A continuación, se explicaran las sesiones grupales a través de las diferentes áreas afectadas por el ictus y los signos de demencia previa mencionados anteriormente en el presente trabajo, además de explicar las tres primeras sesiones las cuales fueron observacionales.

En las dos primeras sesiones se le dieron fichas de sopas de letras, de copia de símbolos y de agrupaciones de palabras. Respecto a la sopa de letras no pudo realizarla correctamente aunque le proporcionáramos pistas y le explicáramos varias técnicas que podía aplicar, por lo que se le dio una ficha de copia de símbolos. Ésta consistía en copiar símbolos, sin ningún tipo de significado, cada vez más difíciles. Esta última ficha la realizó correctamente por lo que el resto de la primera sesión se le dejó realizándola. Respecto a la segunda sesión, se le puso un ejercicio de agrupaciones de palabras sencillas por grupos comunes. En esta segunda sesión se observó un aumento de la frustración por lo que dejamos la ficha a medias, ya que era demasiado difícil para él, y le dimos un diario y un papel en blanco para que apuntara en él lo que le pareciera interesante del diario. Ésta última tarea decidimos dársela por dos razones: (1) nos lo pidió el propio paciente por lo que le dejamos hacer lo que quería y (2) porque a él le parecía una tarea fácil. Por lo tanto, decidimos dársela como refuerzo positivo del esfuerzo hecho hasta el momento.

En estas dos primeras sesiones se realizó la observación a través de las fichas que realizaba el paciente. En cambio, en la tercera sesión se realizó una observación a través del juego. En esta sesión se le presentó un juego de construcción de formas y le explicamos el funcionamiento de éste. Como en las sesiones anteriores, se realizó la primera forma de construcción con él hasta que la realizó correctamente. Entonces se le

dejó que siguiera con las formas siguientes. Con ese ejercicio se observó que se acostumbró con rapidez a ese juego.

En referencia a las sesiones en las que se trabajó la atención (sesiones 4 y 21) se le ofrecieron fichas y juegos durante varios días. Las fichas solían ser de buscar símbolos escondidos entre otros símbolos totalmente diferentes y contar el número de los que había encontrado. Por lo que respecta a los juegos se le daba un juego de construcción de formas con colores diferentes en los niveles más complejos.

Respecto a la memoria inmediata (sesiones 5 y 26) se le ofrecieron fichas de memorizar imágenes con información relacionada y preguntarle por esta información después de realizar una tarea distractora. En este tipo de fichas se le tenía que proporcionar parte de la información y ésta no podía ser muy extensa ya que sino no se acordaba de nada. Por lo tanto tenía que relacionar la información con la imagen correcta. Esta capacidad se trabajó con mayor profundidad en las sesiones individuales.

En cuanto a la planificación y ejecución de tareas tanto complejas como simples (sesiones 10, 13, 16 y 24) se le presentaban fichas en las que debía agrupar conceptos tales como objetos, animales, colores, etc. en los grupos correspondientes. Al principio este ejercicio le suponía un gran esfuerzo por lo que se le debían poner las categorías en las que debía clasificar las diferentes palabras. Respecto al juego se le ofrecían juegos en los que debía mover partes de un tablero de manera que saliera una forma coherente. Este lo entendió bastante bien desde el principio por lo que se le iba revisando pero no solía pedir tanta ayuda como con las fichas y otros juegos.

En relación a la comprensión verbal y lectora (sesiones 7, 9 y 23) se le ofrecían fichas de comprensión de textos de nivel fácil y que describiera imágenes que se le ponían

delante. Aunque al principio le era un trabajo dificultoso lo conseguía realizar con esfuerzo y persistencia.

En cuanto a la praxis visoconstructiva (sesiones 6, 10, 19 y 24) se trabajó a través de la copia y la construcción de formas no coherentes. Éste tipo de fichas y juegos no le parecía que le supusieran un gran esfuerzo, por lo que las utilizábamos como refuerzo positivo.

#### *Tratamiento individual*

Respecto a las sesiones individuales (sesiones 8, 12, 15, 17, 25 y 27), éstas se realizaban dos veces por semana con una duración de una hora por sesión. Aunque el objetivo principal de la terapeuta para estas sesiones era realizar refuerzo positivo a través de estimulación cognitiva verbal, el paciente presentaba preocupaciones relacionadas con los déficits presentados en las sesiones grupales, por lo que se añadieron los objetivos que necesitaba el paciente.

Respecto a la estimulación cognitiva verbal (sesiones 20 y 22) se trabajó sobre todo la atención y la memoria inmediata ya que estas áreas eran las que le suponían una mayor dificultad en el tratamiento grupal. En estas sesiones se observó que estas áreas se trabajaban mejor con este tipo de estimulación más que con una ficha y rellenar o contestar algunas preguntas.

### Análisis de los resultados de la evaluación

Respecto a la interpretación de los datos obtenidos de los resultados de los test del paciente, éstos se encuentran en la Tabla 2. En este apartado se explicará la interpretación de estos resultados diferenciando entre el *screening* cognitivo y el emocional.

Tabla 2.

*Puntuaciones de la evaluación cognitiva y emocional antes y después del tratamiento.*

<i>Screening cognitivo</i>				<i>Screening emocional</i>	
MMSE		MoCA		Goldberg	
Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
20/35	25/35	8	16	A4/D5	A0/D1

Respecto a la valoración del *screening* cognitivo postratamiento se observó una ligera mejoría. En referencia al MMSE (Lobo et al., 1999) el paciente obtuvo una puntuación de 25 puntos lo cual significa que hacia el final del tratamiento el paciente tenía ligeros déficits por lo que algunas capacidades afectadas habían sido rehabilitadas. Respecto al MoCA (Lozano et al., 2009) el paciente obtuvo una puntuación de 16 puntos. Aunque mejoró en comparación con la prueba pretratamiento, aún seguía teniendo la probabilidad de tener un trastorno cognitivo ya que la mejoría no había sido lo suficientemente mayor como para llegar a la normalidad.

Por lo que respecta a la valoración emocional postratamiento se encontró una gran mejoría en este aspecto ya que la labilidad emocional se estabilizó, junto con la capacidad de resiliencia. Esto se puede observar en las puntuaciones obtenidas en la Escala de ansiedad y depresión (Goldberg et al., 1989) la cual cambió a ansiedad 0 y depresión 1. Por lo que respecta a estos resultados el tratamiento individual se realizó con éxito en el

paciente. Respecto a la puntuación de la subescala de depresión se puede decir, igual que en la valoración inicial, que la labilidad emocional influyó en el resultado de la prueba. Aun así se puede concluir, una vez acabado el tratamiento, que las pruebas no señalaban riesgo de padecer un trastorno depresivo.

## Discusión

Tal como se ha explicado en la introducción del presente trabajo, el ictus es la forma más común de deterioro cognitivo vascular el cual provoca déficits físicos, cognitivos y sociales (Rockwood et al., 2000) que afectan a las actividades de la vida diaria (Desrosiers et al., 2008; Mayo et al., 2002). Esta pérdida de funciones, sobre todo las discapacidades cognitivas y físicas, pueden complicar la rehabilitación (Nys, Van Zandvoort, De Kort, Van der Worp, et al., 2005; Cumming et al., 2013) ya que se deben adaptar, tanto los objetivos como las expectativas, en la terapia (Falconer et al., 1994).

Además, el presente trabajo muestra una intervención en un caso de ictus con signos de demencia previa, como variable, que dificulta la concreción de los objetivos. Así, se ha mostrado un tratamiento adecuado a las capacidades del paciente en cada momento. De este modo, tal y como recomiendan Falconer et al. (1994) se ha adaptado todo el tratamiento con el fin de que el paciente pudiera beneficiarse de la rehabilitación.

Respecto a la intervención, se ha combinado una terapia grupal con una individual ya que se observó que sería ventajoso para el paciente. Respecto a la terapia grupal se ha utilizado la técnica del entrenamiento cognitivo, mientras que en la terapia individual se han utilizado varias técnicas tales como la psicoeducación, el refuerzo positivo para aumentar su autoestima y su autonomía, acompañamiento emocional para aceptar la nueva situación y estimulación cognitiva verbal.

En cuanto a la terapia grupal se puede observar una gran mejoría en las siguientes habilidades: la praxis visoconstructiva; la atención; la planificación y ejecución de tareas; y la comprensión verbal. Tal como se explica en el desarrollo del caso esta mejoría se pudo observar durante el desarrollo de las sesiones, es decir, a medida que las sesiones avanzaban el nivel de tareas propuestas relacionadas con estas habilidades aumentaba.

Además, a medida que avanzaban las sesiones el paciente necesitaba menos tiempo para comprender la instrucción asignada a cada tarea, por lo que cuando se le ofrecían tareas relacionadas con la capacidad atencional podía realizarlas con mayor rapidez hacia el final del tratamiento. Por lo tanto, la mejoría en la comprensión verbal y lectora de las tareas influyó en las diferentes instrucciones que se daban ya que al comprender mejor la instrucción podía realizar mejor el ejercicio.

En referencia a la praxis visoconstructiva, la planificación y ejecución de tareas se observó una gran mejoría sobre todo en los juegos de construcción de formas más que en las fichas que se le daban, en las fichas se necesitaba realizar un proceso mental más elaborado que en la construcción de formas. Aunque en las fichas se observó una ligera mejoría, ésta no fue la esperada.

Respecto a la terapia individual se observó una gran mejoría en la autoestima, en la psicoeducación y en el acompañamiento emocional. Es decir, tal como se explica en el desarrollo del caso, el paciente tenía labilidad emocional que pudo disminuir ligeramente gracias a las técnicas utilizadas en la terapia individual, las cuales se relacionaban con los temas mencionados al principio del párrafo. Es probable que esta mejoría fuera posible gracias a la adaptación tan precisa que se realizó, no se le enseñaban técnicas generales sino que se las proporcionábamos con ejemplos y aficiones que tenía el paciente.

Se le explicaron y se pusieron en práctica técnicas compensatorias (Huckans et al., 2013) basadas en sus intereses para que fueran más atractivas para el paciente. Además en la terapia individual se adaptaron tanto objetivos como expectativas para así crear objetivos comunes entre terapeuta y paciente (Falconer et al., 1994).

Respecto a las limitaciones del caso, dado que la familia estaba muy implicada, habría sido provechoso realizar alguna sesión con el paciente y su familia, para así poder

realizar psicoeducación y acompañamiento a la familia en ese proceso de adaptación a nuevas rutinas y nueva organización. Además, sería interesante realizar estudios que continúen con un seguimiento del paciente después del tratamiento, para así poder explorar los resultados de manera longitudinal. Por esta razón hay que tener en cuenta que este trabajo define los primeros pasos de una intervención rehabilitadora en un proceso de demencia con ictus.

Por último, es importante destacar que el paciente se mostró motivado durante todo el proceso terapéutico. Aunque era consciente de su estado emocional y cognitivo nunca dejó de realizar aquellas tareas que se le proporcionaban. Destaca una buena vinculación terapéutica tanto con el paciente como con la familia, por lo que sería interesante realizar estudios que aporten evidencias sobre la importancia de la alianza terapéutica en estos casos.

### **Agradecimientos**

Me gustaría expresar mi gratitud a mi tutora Cristina Günther, al centro sociosanitario, a Vega Muriel y a mi familia. Quiero agradecer a Cristina Günther el apoyo, la supervisión y la dedicación a este trabajo como tutora de trabajo final de máster. También quiero agradecer al centro sociosanitario por darme la oportunidad de aprender a través de este caso. A Vega Muriel por la ayuda ofrecida con el escrito de este trabajo y, por último, quiero agradecer el apoyo que me han dado mis padres durante el grado y el máster.

### Referencias

- Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., ... Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the national institute on aging-Alzheimer's association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dementi*, 7, 270–279.
- Ankolekar, S., Renton, C., Sare, G., Ellender, S., Sprigg, N., Wardlaw, J.M., ... ENOS Trial Investigators. (2014). Relationship between poststroke cognition, baseline factors, and functional outcome: data from “efficacy of nitric oxide in stroke” trial. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*, 23(7), 1821–1829.
- Apostolova, L. G. y Cummings, J. L. (2008). Neuropsychiatric manifestations in mild cognitive impairment: a systematic review of the literature. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25(2), 115–126.
- Arnaiz, E. y Almkvist, O. (2003). Neuropsychological features of mild cognitive impairment and preclinical Alzheimer's disease. *Acta Neurologica Scandinavica*, 107(s19), 34–41.
- Ballard, C., Rowan, E., Stephens, S., Kalaria, R. y Kenny, R.A. (2003). Prospective follow-up study between 3 and 15 months after stroke: Improvements and decline in cognitive function among dementia-free stroke survivors 475 years of age. *Stroke*, 34, 2440–2444.
- Brandstater, M. E. (1990). An overview of stroke rehabilitation. *Stroke*, 21(suppl 2), II40-II42.

- Bombai, S., Derambure, P., Pasquier, F. y Monaca, C. (2010). Sleep disorders in aging and dementia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(3), 212–217.
- Caprio-Prevette, M. D. y Fry, P. S. (1996). Memory enhancement program for community-based older adults: development and evaluation. *Experimental Aging Research*, 22, 281–303.
- Chen, Y. M. y Thompson, E. A. (2010). Understanding factors that influence success of home - and community - based services in keeping older adults in community settings. *Journal of Aging and Health*, 22(3), 267-291.
- Cumming, B., Marshall, R.S. y Lazar, R.M. (2013). Stroke, cognitive deficits, and rehabilitation: still an incomplete picture. *Stroke*, 8, 38–45.
- Desrosiers, J., Denner, L., Robichaud, L., Vincent, C., Beleville, S., Ska, B. y BRAD Group. (2008). Short-Term changes in and predictors of participation of older adults after stroke following acute care or rehabilitation. *The American Society of Neurorehabilitation*, 22(3), 288-297.
- Dong, Y., Slavin, M.J., Chan, B.P., Venketasubramanian, N., Sharma, V.K., Crawford, J.D., ... Chen, C.L. (2013). Cognitive screening improves the predictive value of stroke severity scores for functional outcome 3–6 months after mild stroke and transient ischaemic attack: an observational study. *BMJ Open*, 3(9), 1-6.
- Ellison, J. M., Harper, D. G., Berlow, Y. y Zeranski, L. (2008). Beyond the “C” in MCI: noncognitive symptoms in amnesic and non-amnesic mild cognitive impairment. *CNS Spectrums*, 13(1), 66–72.

- Falconer, J., Naughton, B.J., Strasser, D.C. y Sinacore, J.M. (1994). Stroke inpatient rehabilitation: A comparison across age groups. *American Geriatrics Society*, 42, 39-44.
- Feigenson, J.S., McDowell, F.H., Meese, P. McCarthy, M.L. y Greenberg, S.D. (1977). Factors influencing outcome and length of stay in a stroke rehabilitation unit. *Stroke*, 8, 651-656.
- Fischer, P., Jungwirth, S., Zehetmayer, S., Weissgram, S., Hoenigschnabl, S., Gelpi, E., ... Tragl, K. H. (2007). Conversion from subtypes of mild cognitive impairment to Alzheimer dementia. *Neurology*, 68(4), 228-91.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. y McHugh, P. R. (1975). MMSE: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Gates N. J., Sachdev P. S., Fiatarone Singh M. A. y Valenzuela M. (2011). Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: A systematic review. *BMC Geriatrics* 11, 55.
- Granger, C.V., Hamilton, B.B. y Fiedler, R.C. (1992). Discharge outcome after stroke rehabilitation. *Stroke*, 23, 978-982.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., y Grayson, D. (1989). Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. *British Medical Journal*, 4(2), 49-53.
- Henon, H., Pasquier, F. y Leys, D. (2006). Poststroke dementia. *Cerebrovascular Diseases*, 22(1), 61–70.

- Hyer, L., Scott, C., Atkinson, M. M., Mullen, C. M., Lee, A., Johnson, A. y McKenzie, L. C. (2016). Cognitive training program to improve working memory in older adults with mci. *Clinical Gerontologist*, 39, 410–427.
- Huckans, M., Hutson, L., Twamley, E., Jak, A., Kaye, J. y Storzbach, D. (2013). Efficacy of Cognitive Rehabilitation Therapies for Mild Cognitive Impairment (MCI) in Older Adults: Working Toward a Theoretical Model and Evidence-Based Interventions. *Neuropsychology Review*, 23, 63-80.
- Jean, L., Bergeron, M. E., Thivierge, S. y Simard, M. (2010). Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: systematic review of the literature. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 18, 281–296.
- Klimova, B. y Maresova, P. (2017). Computer-based training programs for older people with mild cognitive impairment and/or dementia. *Frontiers in human neuroscience*, 11(262), 1-7.
- Lachman, M. E. (2000). Promoting a sense of control over memory aging. En R. D. Hill, L. Backman y A. S. Neely (eds.), *Cognitive rehabilitation in old age* (pp. 106-122). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Lachman, M. E., Weaver, S. L., Bandura, M., Elliot, E. y Lewkowicz, C. J. (1992). Improving memory and control beliefs through cognitive restructuring and selfgenerated strategies. *Journal of Gerontology Psychological Sciences*, 47, P293–P299.
- Lesniak, M., Bak, T., Cjepiel, W., Senoiw, J. y Czlonkowska, A. (2008). Frequency and prognostic value of cognitive disorders in stroke patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26, 356–363.

- Lin, F., Heffner, K. L., Ren, P. y Tadin, D. (2017). A role of the parasympathetic nervous system in cognitive training. *Current Alzheimer Research*, 14, 784–789.
- Lind, K. (1982). A synthesis of studies on stroke rehabilitation. *Journal Chronic Diseases*, 35, 133-149.
- Liu, H. y Lou, V. W. (2019). Functional recovery of older stroke patients discharged from hospital to home: The effects of cognitive status and different levels of therapy intensity. *Journal of clinical nursing*, 28, 47-55.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J.L., De la Cámara, C., Ventura, T., ... Aznar, S. (1999). Revalidación y normalización del mini examen cognoscitivo (primera versión en castellano del mini mental status examination) en la población geriátrica general. *Medicina Clínica*, 112, 767–74.
- Lozano, M., Hernández, M., Turró, O., Pericot, I., López-Pousa, S. y Vilalta, J. (2009). Validación del Montreal Cognitive Assesment (MoCA): test de cribado para el deterior cognitivo leve. Datos preliminares. *Alzheimer: Realidades e Investgación en Demencia*, 43, 4-11.
- Lluis-Ramos, G. E. y Llibre Rodríguez, J. J. (2004). Fragilidad en el adulto mayor: Un primer acercamiento. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(4)  
Recuperado en 03 de enero de 2020, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252004000400009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000400009&lng=es&tlng=es).
- Mariani, E., Monastero, R. y Mecocci, P. (2007). Mild cognitive impairment: a systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease*, 12, 23–35.

- Mayer-Oakes, S.A., Hoenig, H., Atchison, K.A., Lubben, J.E., De Jong, F. y Schweitzer, S.O. (1992). Patient-related predictors of rehabilitation use for community-dwelling older Americans. *Journal American Geriatrics Society*, 40, 336-342.
- Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Coté, R., Durcan, L. y Carlton, J. (2002). Activity, participation and quality of life 6 months poststroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(8), 1035-1042.
- Monastero, R., Mangialasche, F., Camarda, C., Ercolani, S. y Camarda, R. (2009). A systematic review of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment. *Journal of Alzheimer's Disease*, 18(1), 11–30.
- Mowszowski L., Batchelor J. y Naismith S. (2010). Early intervention for cognitive decline: Can cognitive training be used as a selective prevention technique? *International Psychogeriatrics*, 22, 537-548.
- Mulder, T. y Hochstenbach, J.B. (2001). Adaptability and flexibility of the human motor system: implications for neurological rehabilitation. *Neural Plasticity*, 8(1–2), 131–140.
- Naismith, S. L., Diamond, K., Carter, P., Norrie, L., Redoblado-Hodge, M. A., Lewis, S. J. G. y Hickie, I. B. (2011). Enhancing memory in late-life depression: Effects of a combined psychoeducation and cognitive training program. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 240-248
- Nys, G.M., Van Zandvoort, M.J., De Kort, P.L., Jansen, B.P., Van der Worp, H.B., Kappelle, L.J. y De Haan, E.H. (2005a). Domain-specific cognitive recovery after first-ever stroke: a follow-up study of 111 cases. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11(7), 795–806.

- Nys, G.M., Van Zandvoort, M.J., De Kort, P.L., Van der Worp, H.B., Jansen, B.P., Algra, A., ... Kappelle, L.J. (2005b). The prognostic value of domain-specific cognitive abilities in acute first-ever stroke. *Neurology*, *64*, 821–827.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C, Ivnik, R. J., Tangalos, E. G. y Kokmen E. (1999). Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. *Archives Neurology* *56*, 303-8.
- Purser J. L., Fillenbaum G. G., Pieper C. F. y Wallace R. B. (2005). Mild cognitive impairment and 10-year trajectories of disability in the Iowa Established Populations for the Epidemiologic Studies of the Elderly Cohort. *Journal of the American Geriatric Society*, *53*(11), 1966-72.
- Rockwood, K., Wentzel, C., Hachinski, V., Hogan, D.B., MacKnight, C. y McDowell, I. (2000). Prevalence and outcomes of vascular cognitive impairment. *Vascular Cognitive Impairment Investigators of the Canadian Study of Health and Aging. Neurology*, *54*, 447-451.
- Saunders N. L. J. y Summers M. J. (2011). Longitudinal deficits to attention, executive functioning, and working memory in subtypes of mild cognitive impairment. *Neuropsychology* *25*(2), 237-48.
- Schuman, J.E., Beattie, E.J., Steed, D.A., Merry, G.M y Kraus, A.S. (1981). Geriatric patients with and without intellectual dysfunction: Effectiveness of a standard rehabilitation program. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *62*, 612-618.
- Stephens, S., Kenny, R.A., Rowan, E., Kalaria, R.N., Bradbury, M., Pearce, R., ... Ballard, C. (2005). Association between mild vascular cognitive impairment and

- impaired activities of daily living in older stroke survivors without dementia. *American Geriatrics Society*, 53, 103-107.
- Strasser, D.C., Falconer, J.A. y Martino-Saltzman, D. (1992). The relationship of patient's age to the perceptions of the rehabilitation environment. *Journal American Geriatrics Society*, 40, 445-448.
- Tang, Q.P., Yang, Q.D., Wu, Y.H., Wang, G.Q., Huang, Z.L., Liu, Z.J., ... Fan, Z.Y. (2005). Effects of problem-oriented willedmovement therapy on motor abilities for people with poststroke cognitive deficits. *Physical Therapy*, 85(10), 1020–1033.
- Teng, E., Tassniyom, K. y Lu, P. H. (2012). Reduced quality of life ratings in mild cognitive impairment: analyses of subject and informant responses. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(12), 1016–1025.
- Vos, S. J., Verhey, F., Frölich, L., Kornhuber, J., Wiltfang, J., Maier, W., ... Visser, P. J. (2015). Prevalence and prognosis of Alzheimer's disease at the mild cognitive impairment stage. *Brain*, 138, 1327–1338.
- Walker, A. E., Robins, M. y Weinfeld, F. D. (1981). Clinical findings in The Reporto n the National Survey of Stroke. *Stroke*, 12(suppl 1), I13-I31.
- Wadley, V., Growe, M., Marsiske, M., Cook, S. E., Unverzagt, F., Rosenberg, A. L. y Rexroth, D. (2007). Changes in Everyday Function in Individuals with Psychometrically Defined Mild Cognitive Impairment in the Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly Study. *The american geriatrics society*, 55, 1192-1198.

West, R. L., Welch, D.C. y Yassuda, M.S. (2000). Innovative approaches to memory training for older adults. En R. D. Hill, L. Backman y A. S. Neely (eds.), *Cognitive rehabilitation in old age* (pp. 81–105). New York, NY: Oxford University Press.

West, R. L., Bramlett, J. P., Welch, D. C. y Bellott, B. (1992). Memory training for the elderly: an intervention designed to improve memory skills and memory self-evaluation. *Paper presented at the Cognitive Aging Conference, Atlanta.*