

Reacciones adaptativas en situaciones de prueba en la demencia senil

Alicia Canetti W*
Julieta Márquez A**
Miguel Krassoievitch Z***

Summary

A neuro-psychiatric examination was made and a simple test was applied (*Set-Test*) to 11 old men and women with different degrees of dementia in order to observe their reactions before a difficult situation. Results show that in dementia a reorganization of the adaptative systems evident during difficult situations is produced. These situations produce a series of behaviors which tend to avoid anxiety, and when these behaviors fail, a catastrophic reaction is produced. The most frequent behaviors were criticism towards carrying out the job, pseudoconsiderations, recognition of failure and its rationalization. The catastrophic reaction most frequently observed was verbal and physical aggressiveness. A significant relation between demential disintegration and the behavior resulting from catastrophic reactions was observed.

Resumen

Se les realizó un examen neuropsiquiátrico y se les aplicó una prueba sencilla (*Set-Test*) a 11 pacientes ancianos con diversos grados de demencia para observar sus reacciones ante una situación de prueba. Los resultados apoyan la idea de que en la demencia se produce una reorganización de los sistemas adaptativos que se pone en evidencia durante las situaciones de prueba. Estos desencadenan una serie de conductas tendientes a evitar la angustia, y al fallar dichas conductas, se produce una reacción catastrófica. Las conductas más frecuentes fueron la crítica a la ejecución de la tarea, las pseudoconsideraciones, el reconocimiento del fracaso y la racionalización del mismo. La reacción catastrófica observada con más frecuencia fue la agresividad verbal y física. Por último, hubo una relación significativa entre el nivel de desintegración demencial y las conductas que acompañan a la reacción catastrófica.

Introducción

Las situaciones de prueba representan para la mayoría de las personas elementos desestabilizadores que provocan inseguridad. En el caso del paciente anciano que enfrenta el deterioro progresivo de habilidades, la situación de prueba en sí misma se torna un desencadenante de ansiedad marcada, ya que lo pone en contacto con sus propias incapacidades y, cuando éstas son extremas, lo hace caer en una reacción de catástrofe. Cuando se trata de valorar a un paciente con alteraciones orgánicas cerebrales, los datos estandarizados de

las pruebas neuropsicológicas sólo brindan una información parcial acerca del funcionamiento cerebral del paciente, porque no logran describir sus mecanismos de adaptación al medio o sus reacciones emocionales con respecto a su pérdida de habilidades como resultado de dicho padecimiento.

De acuerdo con Goldstein (1975), en los pacientes orgánicos cerebrales se produce una alteración de lo que él ha llamado la "actitud abstracta", es decir, los enfermos se vuelven más reservados y estereotipados y además parecen haber perdido la iniciativa y la espontaneidad. Se produce, por lo tanto, una reorganización general de la personalidad en la que se pone de manifiesto una limitación a su capacidad de integración, su regulación y su adaptación a la realidad. De esta manera, se trata de una nueva forma de ser y actuar, más que de una mera deficiencia intelectual. Esta última es precisamente la que motiva, junto con los fracasos adaptativos a los que lleva, que se reorganice la personalidad del paciente. Los mecanismos utilizados tienen entonces por finalidad disminuir la angustia que provocan las limitaciones y los fracasos. Los mecanismos de tipo obsesivo representan un intento de dominio sobre sí mismo y sobre el entorno. El retraimiento tiene como meta evitar los estímulos, sobre todo aquéllos que producen angustia, al alejarse o retirarse del mundo circundante y de los demás. La negación del defecto, en este caso mental, es comparable a la negación del defecto físico, observada en pacientes con lesiones hemisféricas derechas que niegan su hemiplejía izquierda (anosognosia). Otros mecanismos tendientes a evitar la angustia del fracaso son la fatiga y la perseveración. La primera deriva de los sentimientos de incapacidad e incertidumbre y hace que se deteriore rápidamente la ejecución de una tarea que es realizable en otras condiciones. La perseveración ocurre cuando el paciente es forzado a realizar una tarea que es incapaz de ejecutar y consiste en la repetición de un resultado obtenido anteriormente, desconectado de la situación actual.

Cuando fallan todos los mecanismos compensatorios descritos, el paciente es invadido brutalmente por la ansiedad que le provoca el fracaso. Estas descargas de ansiedad fueron llamadas por Goldstein "reacciones catastróficas" y son originadas por el fracaso en actividades que anteriormente se realizaban con facilidad; a su vez, esta ansiedad provoca nuevos fracasos en tareas aun posibles de realizar.

* Servicio de Geriátria y Gerontología. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo, Uruguay.

** Coordinadora de Servicios Clínicos a la Comunidad. Asociación Mexicana de Terapia de Pareja (AMETEP).

*** Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, México, D.F.

La reacción catastrófica se observa con más frecuencia en las lesiones del hemisferio dominante y, de acuerdo con Gainotti (1976), existe una correlación significativa entre tal reacción y las deficiencias, sobre todo del lenguaje. En las lesiones hemisféricas derechas es más frecuente encontrar una negación de la hemiplejía contralateral (anosognosia) o una indiferencia con respecto a dicha parálisis (anosodiaforia), que se correlaciona con la hemiasomatognosia y la agnosia espacial unilateral, también contralaterales.

A partir de 1969 (Ajuriaguerra, Gainotti y Tissot, 1969; Gainotti, 1974, 1975 y 1976) fueron retomadas las descripciones de Goldstein pero para estudiar el comportamiento de los ancianos con demencia en situaciones de prueba y ante el fracaso. Se encontró, con respecto a la prueba, que las reacciones variaban de acuerdo con las diferentes fases de la misma. Así, por ejemplo, antes de la prueba, se observó que algunos ancianos se declaraban incapaces de realizarla y solicitaban que se repitieran las instrucciones con la finalidad de ganar tiempo. Durante la ejecución podía presentarse una simplificación o fragmentación de la prueba, conductas de tipo social o preguntas sobre la utilidad de la prueba. Después del fracaso se describieron mecanismos como la racionalización, la confabulación y la negación del fracaso. Las manifestaciones propias de la reacción catastrófica del anciano demente fueron agrupadas en tres categorías: 1) reacciones de huida; 2) reacciones de agresividad; 3) intentos para dominar la ansiedad o la agresividad.

Las reacciones catastróficas propiamente dichas fueron más frecuentes en sujetos que habían sido descritos por sus familiares como emotivos y susceptibles y aparecían con más frecuencia en el segundo y tercer nivel de desintegración demencial, de los tres descritos por Ajuriaguerra y col. (1968, 1981).

En la mayoría de los pacientes se observó un miedo al vacío en la relación interpersonal y al silencio; varias de las conductas presentadas por los ancianos tenían por finalidad llenar ese vacío y ese silencio.

Los rasgos de personalidad previa parecían influir en los tipos de reacción ante la prueba y el fracaso. Así, los sujetos agresivos y críticos tenían mayor tendencia a cuestionar al examinador o la prueba; la confabulación de negación fue más frecuente en los pacientes que habían tenido rasgos previos en los que atribuían mucha importancia a la independencia, al prestigio y a la competitividad. La realización superficial e incompleta de la tarea encomendada fue hallada sobre todo en pacientes descritos como indiferentes y pasivos.

Las conductas presentadas variaron, además, de acuerdo con el nivel de desintegración demencial. En el primer nivel, el anciano no aceptaba su deficiencia y necesitaba reasegurarse en sus capacidades, utilizando mecanismos tales como la verbalización de la incapacidad y la racionalización con respecto a un posible fracaso. En el segundo nivel el paciente parecía estar resignado a sus limitaciones y consciente de los peligros de la angustia catastrófica y, por lo tanto, recurría profusamente a las conductas de socialización. En el tercer nivel, debido a la desintegración del lenguaje y la

desorganización gestual, los únicos recursos defensivos fueron los automatismos de presencia (conductas consistentes en manipular objetos o dibujar garabatos), destinados a llenar el vacío de la relación con el examinador y los automatismos de ausencia (conductas persistentes y prolongadas) cuya finalidad era interrumpir dicha relación.

Es de notar que en esta serie de estudios se utilizaron pruebas complejas (las 15 palabras de Rey, los cubos de la escala de Wechsler, etc.) para producir la situación de examen.

En el presente trabajo nos hemos propuesto:

1) observar los mecanismos adaptativos y las reacciones catastróficas presentados por pacientes ancianos con un síndrome demencial durante la exploración neuropsiquiátrica, así como ante una prueba sencilla.

2) Tratar de correlacionar tanto los resultados de dicha prueba como los mecanismos adaptativos, con los niveles de desintegración demencial.

3) Tratar de encontrar una relación entre la personalidad previa de los pacientes y las conductas observadas en la situación de prueba y de fracaso.

Material y métodos

Se examinaron once pacientes del Servicio de Psiquiatría y del Asilo para Ancianos del Hospital Español de la ciudad de México, que ingresaron o recibieron interconsulta en forma consecutiva entre abril y octubre de 1983. Todos los pacientes tenían el diagnóstico de *Síndrome Orgánico Cerebral Crónico* según los criterios del DSM-III, establecido con base en una historia clínica (cinco reunían los criterios de demencia degenerativa primaria, tres, los de demencia multifásica y cuatro, los de ambas categorías). La edad promedio de la muestra fue de 76 años, siendo 8 pacientes del sexo femenino y 3 del sexo masculino.

Conductas específicas

Los enfermos fueron valorados por medio de un examen neuropsiquiátrico basado en reportes de Ajuriaguerra y cols. (1968, 1981) y, posteriormente, se les aplicó el examen del *Set Test* elaborado por Isaacs y Kennie (1973). Ambos tipos de exámenes sirvieron como situación experimental para observar el comportamiento de los pacientes en condiciones de prueba. La aplicación de dichos exámenes se realizó en forma individual, con las mismas instrucciones para todos los sujetos y con la participación de dos examinadores (A y B). El examinador A llevó a cabo el examen neuropsiquiátrico mientras el examinador B se ocupaba de registrar las conductas específicas que se presentaban ante la situación de prueba. En el caso del *Set Test* los examinadores invirtieron su labor.

El comportamiento de los pacientes fue observado en el mismo orden cronológico, en relación con el desarrollo de la prueba, que propusieron Ajuriaguerra, Gainotti y Tissot (1969). Siguiendo a estos autores se puso atención a la presencia de las siguientes conductas específicas:

a) *Conductas que aparecen antes de la consigna:*

Declararse incapaz: el paciente manifiesta su incapacidad para cumplir con lo que se le va a pedir. Busca asumir un control anticipatorio de la situación, como si el hecho de advertírselo al examinador le suministrara alivio y le permitiera trabajar con más tranquilidad.

– Motivación para la tarea: el paciente expresa verbal o gestualmente su interés por lo que se le va a proponer aunque ignore en qué consiste el examen. Dentro de este tipo de manifestación observamos pacientes sobremotivados, motivados y poco motivados (indiferentes o reacios a ser sometidos a cualquier prueba).

b) *Conductas que aparecen entre la demanda del examinador y el inicio del comportamiento tendiente a resolverla:* La función de estas conductas es ganar tiempo.

– Seudoconsideraciones: el paciente opina sobre el enunciado del problema a resolver.

– Pedir que sea repetida la consigna: el paciente menciona que no comprendió las instrucciones y exige su repetición.

– Conductas automáticas de espera: el enfermo presenta conductas estereotipadas, como jugar con un lápiz, antes de comenzar a ejecutar la tarea.

c) *Conductas que aparecen durante la resolución de la tarea propuesta:* Su función es neutralizar o disminuir la angustia que provoca la situación de examen.

– Respuestas de aproximación fragmentada: el enfermo se aproxima a la tarea en forma simplificadora, por ejemplo, poniendo atención solamente en un detalle de la misma.

– Ejecución superficial: el paciente ejecuta la tarea en forma superficial y aproximativa, sin rechazar la prueba pero sin comprometerse. El sujeto responde rápidamente y al azar, sin esforzarse para organizar los datos. No se pone en juego su autoestima sino que ejecuta la tarea sólo por complacer al examinador.

– Conductas de socialización: son disgresiones simples, conductas de seducción y llamados a la comprensión del examinador, dirigidas a trasponer la relación con éste a un plano más agradable y menos peligroso.

– Comentarios irónicos y preguntas al examinador sobre la significación personal y las ventajas de la ejecución del *test*: son formas de comportamiento tendientes a volcar en el examinador la agresividad generada por la situación frustrante.

– Automatismos de presencia: son conductas automáticas, raras y aparentemente desprovistas de significado, cuya función es llenar el vacío y el silencio peligrosos que se crean en la relación con el examinador. Por ejemplo, el paciente juega con algún objeto o mueve alguna parte de su cuerpo estereotipadamente.

– Automatismos de ausencia: son parecidos a los anteriores pero más prolongados y con una función diferente. Una vez recibida la consigna, el paciente presenta un comportamiento tan persistente que a veces es necesario detenerlo ante la posibilidad de que continúe indefinidamente con el automatismo. A diferencia de la anterior, esta conducta le permite aislarse del examinador, cortando toda relación con él y protegiéndose así de cualquier otra situación catastrófica.

d) *Conductas observadas ante el fracaso:* Son comportamientos que sirven para tomar distancia en relación con el fracaso, cuando la tarea sobrepasa sus posibilidades y los pacientes se encuentran enfrentados a su incapacidad.

– Seudoconsideraciones: son comentarios sobre la tarea propuesta.

– Racionalizaciones: pueden ser banales, como atribuir el fracaso a dificultades motrices o sensoriales, o con contenido confabulatorio.

– Reconocimiento espontáneo de sus dificultades: el paciente asume su incapacidad. Es consciente de la situación y la controla parcialmente.

– Valoración compensatoria en el pasado: el paciente se calma y restablece su narcisismo herido por el fracaso mediante un recuerdo gratificante.

– Negación: a veces adopta la forma de una confabulación denegatoria en la que el paciente parece ignorar sus errores. Se niega la situación actual hasta el grado de alterar la realidad.

e) *Conductas que acompañan la reacción de catástrofe:* Intervienen cuando todos los mecanismos de evasión o distanciamiento con respecto al fracaso han sido inútiles y el enfermo se encuentra sumergido en la angustia.

– Conductas de fuga: representan el deseo de abandonar la situación angustiante mediante la huida del lugar en donde se desarrolla la prueba o por medio del rechazo enérgico a continuar la tarea; en este caso el paciente se queda quieto.

– Manifestaciones de agresividad: son protestas y amenazas.

– Últimas tentativas de manejar la angustia de catástrofe o la agresividad, desplazando la fuente de su angustia de la situación de prueba a una más segura y menos angustiante.

Niveles de desintegración

El examen neuropsiquiátrico, además de servir como situación experimental para observar las conductas de los pacientes, constituyó la base sobre la cual un examinador C estableció el nivel de desintegración de cada paciente, de acuerdo con los trabajos de Ajuriaguerra y cols. (1968, 1981):

Nivel 0: sujetos normales

Nivel 1: pacientes con disturbios mnésicos más o menos importantes, déficit en la operatividad y la organización del espacio representado sin síndrome afaso-apraxo-agnósico ni signos neurológicos.

Nivel 2: pacientes con disturbios mnésicos marcados, apraxia constructiva total, inicio de apraxia ideatoria e ideomotriz, problemas de lenguaje (falta de la palabra, parafasias semánticas y circunloquios), dificultad para designar los dedos y signos neurológicos de desintegración psicomotriz (hipertonía de oposición, reflejo de presión propioceptivo e inicio del táctil).

Nivel 3: presencia del síndrome afaso-apraxo-agnósico y de desintegración psicomotriz completos (hipertonía de oposición, reflejo de presión propioceptivo y táctil, reflejo oral, fijeza de la mirada con imantación, reflejo palmo-mentoniano, estereotipias y asimbolia al

dolor).

Si bien estos criterios fueron establecidos para las demencias degenerativas, dan cuenta del nivel de desintegración de las demencias por lesión difusa y sirven para clasificar las demencias independientemente de su etiología.

Personalidad premórbida

Fue valorada con base en la historia clínica de cada paciente, por medio de la evaluación de algunos parámetros relevantes como la capacidad para las relaciones interpersonales, la tolerancia a la frustración, la habilidad para expresar afecto, el control de impulsos, los rasgos caracterológicos y los mecanismos defensivos premórbidos predominantes. Partiendo de los reportes de Gainotti (1975) se puso especial atención a los siguientes tres aspectos:

a) Actitud hacia la salud: negación o aceptación de la enfermedad; somatización; racionalización ante la enfermedad.

Actitud hacia el trabajo: necesidad de prestigio, competitividad, independencia.

b) Patrones en la relación interpersonal: capacidad de amar o intercambiar afecto; necesidad de prestigio y superioridad o dependencia; tendencia a ser abiertos o reservados en la expresión del afecto; rigidez o adaptabilidad; tolerancia o hipersensibilidad a la crítica.

c) Reacción ante el estrés: tendencia a la depresión, a la ansiedad y a la impulsividad.

Cada uno de estos parámetros fue calificado en términos de ausente o presente.

Instrumentos utilizados

I. Examen neuropsiquiátrico: se aplicó un examen neuropsiquiátrico diseñado según la descripción de Ajuriaguerra y cols. (1968, 1981), en el que se valoraron funciones cognitivas (atención, memoria y orientación) e instrumentales (praxias, gnosias y lenguaje) y signos neurológicos de desintegración psicomotriz.

II. Examen del *Set Test* (Isaacs y Kenne, 1973):

ésta es una prueba sencilla y fácil de aplicar, que consiste en pedirle al sujeto que enumere los nombres de cuatro categorías sucesivas (colores, animales, frutas y países). Se asigna un punto para cada respuesta correcta con un máximo de puntuación de diez para cada clase de respuesta. Un puntaje menor a quince corresponde a un diagnóstico clínico de demencia. Puntajes promedio entre quince y veinticuatro puntos muestran una probable demencia procesal y un puntaje mayor de veinticuatro pone en evidencia que no existen signos demenciales. La puntuación límite es de cuarenta puntos.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados mediante la prueba de correlación de Spearman. Las conductas específicas fueron estudiadas tanto en forma individual como globalmente (número total de conductas por etapa de la prueba).

Resultados

La tabla I muestra la frecuencia con la que se presentaron algunas variables conductuales en las distintas etapas de la prueba, expresada en porcentaje de pacientes. Las conductas más observadas fueron la crítica a la ejecución durante la tarea, las pseudoconsideraciones, el reconocimiento del fracaso y la racionalización ante el fracaso. El comportamiento catastrófico se observó en un número alto de pacientes, aunque cada conducta en forma individual tuvo una frecuencia baja, siendo la más frecuente la de agresividad. Todos los pacientes utilizaron conductas adaptativas antes de la consigna, entre la consigna y la tarea, durante la tarea y ante el fracaso, y 7 de ellos tuvieron que echar mano de las conductas que acompañan la reacción catastrófica. El mayor número de conductas se presentó ante el fracaso y el menor, antes de la consigna.

Además de las conductas reportadas en trabajos anteriores, observamos la presencia de otros comportamientos adaptativos que parecen cumplir con las mis-

TABLA I
PORCENTAJES DE FRECUENCIA DE VARIABLES CONDUCTUALES

ANTES DE LA TAREA		ANTE LA CONSIGNA		DURANTE LA TAREA		ANTE EL FRACASO		CONDUCTAS QUE ACOMPAÑAN LA R. C.	
	%		%		%		%		%
POCO MOTIVADOS	64	RESPONDEN INMEDIATAMENTE	27	CRITICAN SU EJECUCION	74	SEUDOCONSIDERACIONES	73	CONDUCTA DE FUGA	27
MOTIVADOS	27	SEUDOCONSIDERACIONES	73	RESPUESTAS RAPIDAS	55	RECONOCE EL FRACASO	82	AGRESIVIDAD (VERBAL Y NO VERBAL)	36
HIPERMOTIVADOS	9	PIDEN REPETICION DE LA CONSIGNA	45	CUESTIONAMIENTO DE LA PRUEBA	55	RACIONALIZACION	72	LLANTO	18
		CONDUCTAS AUTOMATICAS	9	SIMPLIFICACION	27	SOMATIZACION	18	AGRESION FISICA	18
				RESPUESTAS DE SOCIALIZABILIDAD	18	SOLICITUD DE APOYO	18	RECHAZO ENERGETICO	18
				INDIFERENCIA	27	AUTOMATISMOS DE PRESENCIA	36	GRITOS	18

mas funciones descritas en cada etapa de la prueba. Antes de la tarea un paciente repitió en voz alta la consigna en lugar de pedirle su repetición al examinador. Durante la tarea algunos pacientes criticaron su ejecución y otros la describían mientras la realizaban, en un intento por neutralizar el potencial ansiogénico. En cuatro pacientes se apreciaron deseos de fuga al estar realizando la tarea; dos se mostraban indiferentes. Ante el fracaso, un paciente presentó expresiones de somatización; en un caso hubo intentos de sociabilización no verbal (sonrisas) y en otro caso el paciente solicitó apoyo al examinador. Durante la reacción de catástrofe, además de la agresividad verbal y de las protestas, dos pacientes presentaron conductas de agresión física (golpes al examinador), llanto o gritos.

TABLA II
DISTRIBUCION EN FRECUENCIA SEGUN LOS NIVELES DE DESINTEGRACION Y PUNTAJE PROMEDIO DEL SET TEST EN CADA NIVEL

Nivel de desintegración	N	%	Puntaje del Set Test \bar{X}
0	1	9	22
1	4	36	26.5
2	2	18	16.5
3	4	36	5.5
	11	100	$\bar{X} = 16.63 \pm 10.66$

TABLA III
PORCENTAJES DE FRECUENCIA DE ALGUNOS RASGOS DE PERSONALIDAD (N=9)

SITUACION	RASGOS	%
Ante la enfermedad	Negación	55
	Somatización	44
Ante el trabajo	Competitividad	88
	Dependencia	11
Relaciones interpersonales	Reservado en expresión de afecto	66
	Rígido	77
	Hipersensible a la crítica	88
	Necesidad de superioridad	77
Ante el estrés	Ansiedad	55
	Depresión	44
	Impulsividad	11

La tabla II muestra el nivel de desintegración de los pacientes y el puntaje obtenido en el Set Test en cada nivel (expresados en promedio \bar{X}). La mayoría de los pacientes se encontraban en los niveles 1 y 3. Los promedios del Set Test disminuían a medida que se hacía mayor el nivel de desintegración a partir del nivel 1, siendo el puntaje promedio de la muestra total de 17 ± 11 .

En la tabla III se aprecian los rasgos de personalidad más sobresalientes, expresados en porcentaje de frecuencia. La mayoría de los pacientes tenían antecedentes de competitividad en el trabajo y en sus relaciones interpersonales; eran rígidos, hipersensibles a la crítica y reservados en la expresión de afecto.

El análisis estadístico confirmó, tal como lo muestra la tabla IV, la relación negativa entre el nivel de desintegración de los pacientes y el puntaje en el Set Test ($r = -0.77$; $p = 0.005$). Asimismo hubo una correlación

TABLA IV
RELACION ENTRE NIVEL DE DESINTEGRACION, ALGUNAS VARIABLES CONDUCTUALES ESPECIFICAS Y EL PUNTAJE EN EL SET TEST

NIVEL DE DESINTEGRACION		
	r	p
Conductas que acompañan la reacción catastrófica	0.768	0.005
Puntaje en la prueba del Set Test	-0.769	0.005

TABLA V
RELACION ENTRE EL PUNTAJE EN EL SET TEST Y ALGUNAS VARIABLES CONDUCTUALES ESPECIFICAS

PUNTAJE EN LA PRUEBA DE SET TEST		
CONDUCTAS ESPECIFICAS	r	p
Conductas que acompañan la reacción de catástrofe	-0.85	0.009
Automatismos de ausencia	-0.77	0.005
Conducta de huida	-0.61	0.04
Poco motivado antes de la tarea	-0.66	0.02

positiva entre el nivel de desintegración y el número total de conductas que acompañan la reacción de catástrofe por paciente ($r = 0.77$; $p = 0.005$).

La relación entre el puntaje del Set Test y algunas variables conductuales aparece descrita en la tabla V. El número de conductas que acompañan la reacción catastrófica se asoció negativamente con el puntaje en esta prueba ($r = 0.85$; $p = 0.009$), de modo que los pacientes con mayor número de conductas catastróficas presentaban una correlación disminuida. Por otro lado, se observó una correlación negativa entre el puntaje en este examen y los automatismos de ausencia ($r = 0.77$; $p = 0.005$), y entre aquél y la poca motivación para la prueba ($r = -0.65$; $p = 0.02$).

Las tablas VI, VII y VIII muestran la relación entre distintas variables conductuales en los diversos momentos de la prueba. Debido al alto número de variables, tomamos como punto crítico para la significancia estadística una $p \leq 0.01$. Los pacientes que presentaron conducta de huida ante la angustia catastrófica tuvieron mayor número de conductas ante la consigna así como ante la reacción de catástrofe ($p = 0.01$). Asimismo, la agresividad verbal estuvo asociada positivamente con manifestaciones de agresividad física y gestual ($p = 0.002$ y 0.003 , respectivamente). Los pacientes que durante la tarea respondieron con cuestionamiento de la prueba e ironía fueron quienes presentaron mayor número de conductas entre la consigna y su resolución ($p = 0.003$) y mayor tendencia a la conducta de fuga durante la tarea ($p = 0.01$). Los pacientes que presentaron respuestas sustitutivas durante la tarea, tendieron a mayor sociabilización ($p = 0.005$) y somatización ante el fracaso.

Finalmente cabe mencionar la relación negativa entre las pseudoconsideraciones ante el fracaso y la respuesta inmediata ante la consigna ($p = 0.01$), y la relación positiva entre la racionalización y la socialización no verbal ante el fracaso ($p = 0.01$); entre el reconocimien-

TABLA VI
RELACION ENTRE CONDUCTAS QUE ACOMPAÑAN LA REACCION CATASTROFICA
Y OTRAS CONDUCTAS ESPECIFICAS

CONDUCTAS QUE ACOMPAÑAN LA REACCION CATASTROFICA	CONDUCTAS ESPECIFICAS	r	p
Conducta de huida	Respuestas ante la consigna	0.73	0.01
	Respuestas ante la reacción catastrófica	0.68	0.01
	Respuestas rápidas y aproximativas	0.66	0.02
	Seudoconsideraciones	0.59	0.05
Agresividad verbal	Agresividad física	0.80	0.002
	Gritos	0.79	0.003
Rechazo enérgico	Racionalización ante el fracaso	0.61	0.04
Agresividad física	Critica su ejecución durante la tarea	- 0.82	0.04
	Seudoconsideraciones ante el fracaso	0.62	0.04
Llanto	Seudoconsideraciones ante el fracaso	0.62	0.04
Gritos	Critica su ejecución	- 0.62	0.04

TABLA VII
RELACION ENTRE CONDUCTAS DURANTE LA TAREA Y OTRAS CONDUCTAS ESPECIFICAS

CONDUCTAS DURANTE LA TAREA	CONDUCTAS ESPECIFICAS	r	p
Critica su ejecución	- Reconoce el fracaso	0.61	0.04
Cuestionamiento de la prueba e ironía	- Respuestas entre la consigna y su resolución	0.79	0.003
	- Pide repetición de la consigna	0.59	0.05
	- Conducta de fuga durante la tarea	0.72	0.01
	- Racionalización ante el fracaso	- 0.59	0.05
Describe la tarea	- Negación	0.59	0.05
	- Valoración compensatoria en el pasado ante el fracaso	- 0.63	0.03
	- Somatización ante el fracaso	0.59	0.05
	- Solicitud de apoyo ante el fracaso	0.59	0.05
Sociabilización	- Respuestas sustitutivas durante la tarea	0.76	0.005
	- Seudoconsideraciones	0.62	0.04
	- Ultimos intentos de manejar la angustia ante la catástrofe		0.02
Respuestas sustitutivas	- Somatización ante el fracaso	0.76	0.006

TABLA VIII
RELACION ENTRE CONDUCTAS ANTE EL FRACASO Y OTRAS CONDUCTAS ESPECIFICAS

CONDUCTAS ANTE EL FRACASO	CONDUCTAS ESPECIFICAS	r	p
Seudoconsideraciones	Respuestas ante la consigna	0.66	0.02
	Poco motivado	0.65	0.02
	Responde inmediatamente	- 0.70	0.01
Racionalización	Socialización no verbal ante el fracaso	0.68	0.01
Reconoce el fracaso	Respuestas durante la tarea	0.69	0.01
Valoración compensatoria en el pasado	Conductas automáticas antes de iniciar la tarea	0.63	0.03
Negación	Automatismos de presencia durante la tarea y ante el fracaso	0.76	0.005
Somatización	Conductas automáticas antes de iniciar la tarea	0.59	0.05
Automatismos de ausencia	Conductas que acompañan la reacción catastrófica	0.75	0.007

to del fracaso y el número de respuestas durante la tarea ($p = 0.01$); entre la negación y los automatismos de presencia durante la tarea y ante el fracaso ($p = 0.005$)

y entre los automatismos de ausencia y el número de conductas que acompañan la reacción catastrófica ($p = 0.007$).

TABLA IX
PORCENTAJE DE FRECUENCIA DE ALGUNAS CONDUCTAS ESPECIFICAS EN CADA NIVEL DE DESINTEGRACION

NIVEL DE DESINTEGRACION	CONDUCTAS ESPECIFICAS	N	%
1 (N = 4)	- Responde inmediatamente	3	75
	- Critica la ejecución	3	75
	- Racionalización	4	100
	- Reconoce el fracaso	4	100
2 (N = 2)	- Poco motivados	2	100
	- <i>Seudoconsideraciones</i>	2	100
	- Pide repetición de la consigna	2	100
	- Critica su ejecución	2	100
	- Cuestionamiento de la prueba e ironía	2	100
	- Conducta de fuga durante la tarea	2	100
	- <i>Seudoconsideraciones</i> ante el fracaso	2	100
	- Reconoce el fracaso	2	100
	- Automatismos de presencia	2	100
	3 (N = 4)	- Poco motivados	3
- <i>Seudoconsideraciones</i> ante el fracaso		3	75
- Racionalización		3	75
- Reconoce el fracaso		3	75
- Automatismos de ausencia		3	75

Discusión

El *Set Test* parece ser un buen instrumento para apreciar globalmente la profundidad de la demencia, pero a partir del segundo nivel de desintegración, ya que un sujeto que demostró ser normal a la exploración neuropsicológica tuvo un puntaje de 22, y los cuatro pacientes del primer nivel tuvieron un promedio de 26.5. En el estudio de Isaacs y Kenne (1973) se encontró que los puntajes entre 15 y 24 no tienen una relación estrecha con el diagnóstico de demencia, en tanto que los mayores de 25 permitían excluir tal diagnóstico. Nuestros resultados parecen indicar que el *Set Test* es realmente confiable a partir del segundo nivel de desintegración y que para los ancianos normales y los pacientes del primer nivel, sólo la exploración neuropsiquiátrica tiene un valor diagnóstico.

A pesar de algunas características de la muestra estudiada (número reducido de sujetos y homogeneidad de los rasgos de personalidad previa), fue posible corroborar que los pacientes ancianos con un síndrome demencial, presentan una serie de conductas destinadas a evitar la angustia, y que al fallar estas conductas se desencadena en ellos una reacción catastrófica con las manifestaciones descritas por otros autores y consignadas en la introducción del presente artículo.

Las conductas de evitamiento de la angustia que hemos observado con más frecuencia fueron la crítica a la ejecución durante la tarea, las *seudoconsideraciones*, y el reconocimiento y racionalización del fracaso. Hemos observado, además, algunas conductas que no habían sido descritas previamente y cuya característica es la verbalización por parte del paciente, sea porque repite la consigna, critica su realización o bien la describe.

En cuanto al comportamiento catastrófico propio de dicho, la agresividad verbal, gestual o física fue la conducta observada con más frecuencia.

Aunque las conductas tendientes a evitar la angustia y las que acompañan a la reacción catastrófica guardan una relación con el nivel de desintegración demencial, es posible inferir que, en el caso de nuestros pacientes, sus características fueron determinadas, por lo menos en parte, por los rasgos obsesivos de carácter (competitividad, rigidez, sensibilidad a la crítica, reserva en la expresión de los afectos), prevalentes en la muestra.

Nuestros resultados indican también que mientras mayor sea el grado de demencia, mayor será el número de conductas catastróficas; y que en los sujetos más demenciados se presentan automatismos de ausencia, hecho ya señalado por Ajuriaguerra y col. (1969). Sin embargo, es importante mencionar que el paciente que presentó mayor número de automatismos se encontraba en el segundo nivel de desintegración, lo cual sugiere que también es posible observar este tipo de comportamiento antes de llegar a una desintegración profunda. La poca motivación para realizar una tarea en los sujetos más demenciados es explicable por la indiferencia y las limitaciones propias del síndrome de desintegración psicomotriz de las demencias avanzadas.

Los pacientes que tienen muchas conductas después de la consigna cuestionan e ironizan durante la ejecución de la tarea, parecen ser más propensos a entrar en reacciones catastróficas de pánico, evidenciadas por la huida o la negación a proseguir la prueba. Da la impresión que recurrir con profusión a conductas de evitamiento termina por agotar los recursos defensivos y propicia de esta manera la invasión de la terrible angustia catastrófica de la que urge ponerse a salvo.

Una solución diferente sería reconocer el fracaso, para lo que parece ser necesario conservar la capacidad de criticar la ejecución de la tarea. Por otra parte, en las respuestas sustitutivas, de sociabilización verbal o no verbal, racionalizaciones y somatizaciones, el control sobre la angustia parece más eficaz y éste es probable-

mente el caso de los pacientes que no han alcanzado el tercer nivel de desintegración.

Los automatismos de presencia y la negación parecen ser mecanismos que se refuerzan recíprocamente, en tanto que los automatismos de ausencia, cuando fracasan en el intento persistente por interrumpir la relación con el examinador, desencadenan un mayor número de conductas catastróficas. También nos fue posible comprobar que las pseudoconsideraciones pertenecen, como lo señalaron Ajuriaguerra y col. (1969), a un mecanismo tendiente a ganar tiempo y así disminuir la angustia, puesto que cuando aparecen, aumenta la latencia entre la consigna y la ejecución.

Nuestros resultados apoyan, por lo tanto, la idea de que en los pacientes con síndrome demencial se produce una reorganización de los sistemas adaptativos que se pone de manifiesto en situaciones de prueba. Un alto porcentaje de ellos, particularmente aquéllos con una desintegración mediana o profunda, experimentan angustia de catástrofe.

La relación altamente significativa entre el nivel de desintegración y las conductas que acompañan la reacción catastrófica, sugieren que los pacientes más deteriorados no son capaces de controlar la ansiedad generada por la prueba. A pesar de sus mecanismos adaptativos caen más fácilmente en una angustia que se acompaña de conductas de fuga, llanto, gritos y agresividad. Estos hallazgos parecerían contrastar con lo reportado por Gainotti (1974), quien encontró una mayor incidencia de la reacción catastrófica en los pacientes correspondientes al segundo nivel de desintegración. Sin embargo, el tipo de conductas que acompañó a esta angustia en el tercer nivel fue más explosivo y primitivo (gritos, huída, agresividad física y verbal), en contraste con las conductas de los pacientes del segundo nivel, las cuales fueron menos violentas, como el rechazo enérgico (forma simbólica de huída) o el llanto. Esta diferencia cualitativa concidiría con la observación de Gainotti de que en el tercer nivel de desintegración los sujetos reaccionan ante ráfagas de angustia y que estas explosiones son reactivas a contrariedades episódicas y no expresan una situación permanente de tensión. Los pacientes tienen un campo témporo-espacial restringido y fragmentado y, por lo tanto, no hay una fase de acumulación y manejo de la ansiedad como ocurre en el segundo nivel, sino una sucesión de situaciones y estímulos y una tendencia a la respuesta inmediata, en corto-circuito. Podríamos ejemplificar este hecho con dos casos: mientras que un paciente del tercer nivel salió corriendo hacia la puerta de la sala de examen al experimentar angustia, otro del segundo nivel, primero se movió en su silla, luego se

paró y volvió a sentarse hasta que finalmente se levantó y se dirigió a la puerta de la sala de examen.

Resulta interesante el hallazgo de que la etapa que provocó un mayor número de conductas tanto individual como globalmente, fue la del fracaso, lo que sugiere que esta situación es un desencadenante de reacciones emocionales más intensas que otras fases y que es en esta etapa donde se disparan más claramente los mecanismos adaptativos de los pacientes, en un esfuerzo por evitar la angustia.

A pesar de la homogeneidad de la muestra en cuanto a los rasgos de personalidad, llaman la atención las diferencias entre los pacientes del segundo nivel de desintegración. Ambos presentaron angustia de catástrofe pero las conductas que la acompañaron fueron muy distintas. En uno de ellos la angustia se expresó mediante la aparición de llanto en una sola ocasión. Este paciente tenía antecedentes de haber sido una persona con tendencia a la somatización y tolerante a la crítica. El otro sujeto presentó conducta de huída en seis ocasiones y rechazo enérgico en nueve; en sus rasgos de personalidad predominaba la negación de la enfermedad y la hipersensibilidad a la crítica.

Conclusiones

A pesar de ciertas limitaciones debidas a las características de la muestra, este estudio permite llegar a las siguientes conclusiones:

- 1) Las conductas descritas anteriormente en ancianos dementes sometidos a una situación de prueba, también se observan durante la exploración clínica y durante una prueba muy sencilla, como es el *Set Test*.
- 2) Las conductas tendientes a evitar la angustia que se observaron con más frecuencia fueron: la crítica a la ejecución de la tarea, las pseudoconsideraciones y el reconocimiento y racionalización del fracaso. El comportamiento catastrófico más frecuente fue la agresividad.
- 3) Con un mayor nivel de desintegración demencial, aparecieron con más frecuencia las conductas catastróficas, los automatismos de ausencia y una motivación escasa para realizar la prueba.
- 4) Un número elevado de conductas después de la consigna y durante la tarea, sugiere que el paciente reaccionará ante el fracaso huyendo, negándose a proseguir o reconociendo el fracaso.
- 5) Se observó una buena correlación entre los niveles segundo y tercero de la desintegración demencial, determinada por la exploración neuropsiquiátrica y el puntaje del *Set Test*.

BIBLIOGRAFIA

1. AJURIAGUERRA J, GAINOTTI G, TISSOT R: Le comportement des déments de grand âge face à l'échec ou à un risque d'échec. *J Psychol*, 62 (3): 319-346, 1969.
2. AJURIAGUERRA J, TISSOT R: Some aspects of psycho-neurologic desintegration in senile dementia. En: *Senile Dementia*. Ch. Muller and L. Ciompi, (Ed) The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 151 p, 1968.
3. AJURIAGUERRA J, MULLER M, TISSOT R: A

- propósito de algunos problemas planteados por la apraxia en las demencias. En: *Las Demencias I*. C. Mendilaharsu, (Ed.) Delta Editorial, Montevideo, 168 p, 1981.
4. GAINOTTI G: La réaction de catastrophe chez le vieillard dément. (Comparaison avec les réactions catastrophiques secondaires aux lésions focales de l'adulte.) *Confront Psychiat*, 12: 133-152, 1974.
 5. GAINOTTI G: Confabulation of denial in senile dementia. An experimental study. *Psychiatria Clinica*, 8: 99-108, 1975.
 6. GAINOTTI G: Troubles du comportement émotionnel au cours des lésions cérébrales. *Arch Suisses Neurol Neurochir Psychiat*, 118 (2): 215-229, 1976.
 7. GOLDSTEIN K: Functional disturbances in brain damage. En S. Arieti, (Ed). *American Handbook of Psychiatry* Vol. 4. Basic Books, Inc. Publishers, Nueva York, 980 p, 1975.
 8. ISAACS B, KENNIE A T: The set test as an aid to the detection of dementia in old people. *Brit J Psychiatry*, 123: 467-470, 1973.