



Universidad de la República  
Facultad de Psicología

## Trabajo Final de Grado:

Construcciones de sentido en las Demencias y DTA,  
transitando los laberintos del recuerdo

Monografía

Estudiante de Grado: Karina Giménez Barragán

Tutor: Prof. Róbert Pérez Fernández

Instituto de Psicología Social

Montevideo, 27 de octubre de 2018.

No encontraba las palabras  
Pero recordaba esos ojos  
No sabía cuando había sido  
Pero sabía que allí, había sido muy feliz contigo  
Trataba de decírtelo  
pero solo repetía lo que venía a mi mente para decirte cuánto te amo  
Al hacerlo, sabía que me entendías  
Y con eso me sentí feliz

*"Hay una idea a la que nunca he renunciado:  
siempre es posible, como se afirma a propósito de la  
historia y de la memoria,  
contar las cosas de otro modo"*  
Paul Ricoeur

*"Existo y mi existencia debe ser estimada  
Sin alguien que me acompañe en este laberinto,  
sin el apoyo de un compañero de viaje que entienda mi necesidad  
para sentirse apreciado ¿cómo puedo resistir el resto de este viaje desconocido?"*  
Fabio Izzicupo et Al. (2009)  
Mc Gowin D.F.(1993) *Viviendo en el laberinto*. Cambridge: Mainsail Press.

*"La vida no es lo que uno ha vivido, pero es lo que  
recuerdas y cómo lo recuerdas para contarlo"*  
(o narrarlo).

Gabriel García Márquez,

*En mi camino descubrí que nada es absoluto  
y que nunca está todo dicho ...  
Algunos tipos de demencias inciden en el recordar,  
en el lenguaje y en la comunicación*

## Agradecimientos

En primer lugar, dedico este trabajo a los participantes de los talleres de intervención y promoción en salud mental para F.C. de personas con Demencia, llevados a cabo en AUDAS, porque sin ellos no hubiese sido posible este trabajo, quienes con tanta valentía compartieron parte de sus vidas conmigo en A.U.D.A.S., sus afectos, su dolor frente proceso de salud-enfermedad, pero también su resistencia ante lo adverso y la fortaleza de seguir hacia adelante cada día rescatando con amor, lo que no está perdido. A ellas/os que me hicieron crecer profesionalmente con mi trabajo de campo.

Quiero agradecer en primer lugar a mi esposo, Pablo quien me ha acompañado en todos los momentos, en los logros, en las luchas, y en las caídas de igual manera, y ha posibilitado este llegar, quien se ha mantenido conmigo todos estos años, a pesar de todas las tormentas encontradas en este viaje que elegimos y emprendemos juntos con amor; que es la vida.

A nuestros hijos que son las personas más importante en mi vida. Agustín, Diego y Nicole nuestros mayores logros y milagros que entre risas, juegos, besos y abrazos me han dado la fortaleza de seguir hasta los últimos pasos de este proceso de aprendizaje y de formación en Psicología, entendiendo y acompañando los tiempos de trabajar para completar los sueños y hacerlos realidad, aprendiendo también ellos con nuestro esfuerzo, que con trabajo, perseverancia y constancia lo que queremos se hace posible, y a donde se desea se llega .

A la familia que ha acompañado y colaborado de diversas maneras en todo lo que ha sido posible y más, durante todos estos años.

A mi Tutor Robert Pérez Fernández que confió en mi desde un comienzo habilitando todos los espacios posibles para mi formación (práctica y tutoría), y me acompañó hasta el final en el TFG en todos los momentos, los cuales no siempre fueron sencillos.

A los Profesores con los que he tenido la suerte de construir para la Profesión, aprendizajes, que llevaré siempre conmigo en mi desempeño.

Gracias a todos por permitirme completar este sueño que comenzó hace muchos años con una elección personal desde mi deseo y el disfrute del aprendizaje de la Psicología lo cual significó un des-cubrir que me acompañará por siempre. Gracias!

# Agradecimientos

## Índice:

<b>R</b>	Resumen.....	1
1.	<b>I</b> ntroducción.....	5
2.	<b>E</b> l factor cultural .....	6
3.	<b>L</b> a salud y la enfermedad .....	7
4.	<b>C</b> onstruyendo el concepto de Demencia.....	10
	• 4.1 - Las DTA . Qué es la EA? .....	16
5.	<b>D</b> e qué hablamos cuando hablamos de Vejez? Vejez y Demencia.....	20
6.	<b>M</b> emoria, recuerdo y olvido. Procesos ligados a la identidad y al afecto en la EA.....	23
7.	<b>N</b> arrativas: Historias de vida, Identidad, y afecto.....	32
8.	<b>C</b> onclusiones.....	37.
9.	<b>R</b> eferencias bibliográficas.....	

La Organización Mundial de la Salud y Alzheimer's Disease Internacional (2013), establecen que la Demencia es prioridad en la salud pública mundial. Proponen crear conciencia, e intentar que se tomen medidas a nivel nacional e internacional basándose en los principios fundamentales de equidad, inclusión, evidencia, e integración. (WHO/ADI, 2012; ADI, 2012; OMS, 2017).

Desde esta perspectiva en DDHH de las personas con Demencia y DTA, es que se considera relevante para este trabajo abordar los distintos modelos que definen qué es una demencia, las construcciones de sentido en torno a las mismas, así como el lugar socio-cultural que adquieren y las formas de realidad que así se habilitan en el proceso de salud-enfermedad de éstas.

Se considera que algunos paradigmas más hegemónicos, el estigma y la discriminación que recaen sobre las personas mayores y con EA basándose en falsas creencias socio-culturales, inciden e invisibilizan los aspectos saludables que se mantienen en las mismas, algunos ligados a la identidad y al afecto.

La memoria mediante el recuerdo y el olvido como parte de un mismo proceso activo traen historias de vida que se pierden en los laberintos del recordar y afloran reiterándose en las narrativas de las personas con EA.

A través de este trabajo se intenta explorar otras miradas posibles sobre el tema en donde la conservación del afecto, las emociones y la identidad, no tilden de deterioro en forma generalizada las diversas formas de comunicar, ser y estar de las personas con DTA.

**Palabras clave:** Cultura, Salud-Enfermedad, DTA, Memoria, Narrativas.

## 1 . Introducción

El siguiente trabajo surge a partir del resultado de dos experiencias de formación en el área en Demencias Tipo Alzheimer, (DTA), la primera, el curso de formación permanente y posgrado “Intervenciones clínicas y psico-sociales en el campo de las demencias” desde donde se realiza el primer acercamiento al tema y a las personas con demencia y Alzheimer, desde el encuentro con ellos, es que comienza a considerarse al “alemán”, (así nombrado por quienes están diagnosticados), como futura área de trabajo profesional en Psicología.

La segunda fue la pasantía realizada en la Asociación Uruguaya de Alzheimer y Similares, (AUDAS), por medio del Instituto de Psicología Social de la Facultad de Psicología (UdelaR), y el Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre la Vejez y el Envejecimiento. (NIEVE) desde donde se implementan talleres de promoción en salud mental para Familiares Cuidadores de personas con DTA. Así, se va construyendo el concepto de demencia y Alzheimer teniendo en cuenta el colectivo familiar, en donde el diagnóstico es solo el comienzo de un largo camino que presenta múltiples necesidades para todos los integrantes del núcleo familiar.

La elección de tema para esta monografía representa no solo el encuentro de lo teórico y lo práctico sino también, el compromiso personal y profesional de atender parte de esas necesidades manifestadas en lo dicho y descubiertas en la escucha clínica, pero también, teniendo en cuenta que a partir de lo que se escribe, es posible acercar otras formas de realidad que habilitan distintas maneras de entender la enfermedad de Alzheimer (EA), desde una multidimensionalidad que permite hacer visibles los aspectos saludables que se conservan en el proceso de salud-enfermedad de las personas y en su colectivo.

Considerando que se trabaja con sujetos de consulta y no con pacientes es que se entiende que las necesidades sobre el tema deben de surgir a partir del encuentro pero desde distintos lugares y miradas existentes a partir del vínculo profesional.

Resulta relevante para esta tarea el hacer visible cómo en las DTA, se conserva parte de la memoria ligada a aspectos del self, identitarios y afectivos que conforman parte de la historia de vida de las personas, los cuales van más allá del deterioro que invade la cotidianeidad y los vínculos en la familia como grupo cuando hay un diagnóstico de EA. Realizando este intento es que se trabajarán temas como cultura, salud-enfermedad, construcciones de sentido entorno a las demencias y EA, vejez, memoria y narrativas. Estas últimas conforman algo compartido varias veces en los talleres de FC, y en la búsqueda de esta temática también forman parte de lo común con otros familiares de personas con DTA.

Es a partir de allí que se puede comenzar a construir un camino distinto en la atención e intervención profesional de la psicología en las demencias con lo que definen Berriel y Pérez (2007), como un doble registro de escucha, en donde a partir de la misma comienza a aparecer otros sentidos, que atienden además a lo singular dentro del diagnóstico.

## 2. El factor cultural

Cuando se piensa en cómo definir salud-enfermedad, demencias y vejez se puede tener en cuenta que son conceptos emergentes y resultantes de una determinada cultura o diversidad cultural desde donde se desprenden. Creamos modelos que explican nuestra forma de ver el mundo, desde diferentes perspectivas, congruentes con la cultura que representan, definen distintas ideas sobre las mismas cosas, implican variabilidad, surgen de la diversidad cultural existente en la humanidad y por esto es que se expresan mediante unas concepciones y no otras que se ajustan al carácter particular de su cultura. Ruth Benedict (1971) y Apud, Borges y Techera (2013), explican que lo que puede ser aceptado dentro de la normalidad en una cultura puede ser no aceptado en otra y viceversa, y cuando no se ajusta a los parámetros establecidos, esperados o designados, es estigmatizado.

Boas (1964) refiere a cultura, implicando las reacciones, actividades mentales y físicas, que caracteriza la conducta de los individuos como componentes de un grupo social, tanto colectiva como individualmente, y en relación a su ambiente natural. Le da relevancia a las relaciones recíprocas e incluye los productos de las actividades que desarrollan, así como su función en la vida de los grupos en el comportamiento habitual, respecto a lo que se considera bueno, malo, propio o impropio y otros conceptos fundamentales. A su vez plantea que cultura es más que todo esto porque sus elementos no son independientes sino que poseen una estructura (Boas, 1964 pp.166-167).

El Antropólogo Clifford Geertz (2003) la define tomando en cuenta que la misma muestra lo que se trasmite históricamente como esquema de significaciones, que se representan mediante símbolos, como del mismo modo por medio de un sistema de concepciones que son también heredadas, éstas se expresan simbólicamente por una diversidad de medios posibles por los que los hombres comunican, desarrollan su conocimiento, expresan las distintas actitudes que presentan ante la vida y, por variadas maneras se perpetúan. Dentro de esta definición hace hincapié en el significado que toman los símbolos, los cuales tienen una relación directa con la cultura a la cual pertenecen, y en donde son comprendidos de determinada manera y no de otra, es decir son particulares, implica la existencia de dos planos uno el más superficial y el otro más profundo y latente. Cuando propone las concepciones desde la idea de sistema, remite a la definición de Ledwing Von Bertalanfy (1976) que se basa en un conjunto de elementos que existen en tanto interrelaciones se dan entre sí y sus efectos repercuten en todos.

Desde la Antropología se puede considerar la existencia de una estructura, la relación con la cultura y su incidencia en lo social, en tanto que en ella se desarrollan cada una de las sociedades, dotando de particularidades y características únicas que se expresan en los conceptos que desarrollamos, en los modelos que creamos para explicar la percepción de la realidad. De esta manera la forma en la que se entiende la salud y la enfermedad, las demencias y el lugar que se le otorga al envejecimiento, no son comprendidas de la misma manera en la cultura occidental, que en la oriental, o en las tribus del Amazonas, tendrán distintas maneras de ser entendidas, representadas, manifestadas, y vividas, al igual que todos los conceptos y definiciones que se aceptan como válidos o congruentes dentro del marco de nuestra cultura, tendrán que ver con las formas en que valoramos, significamos y simbolizamos.

Edgard Burnett Tylor (1871), expresa que la cultura es un todo complejo el cual comprende no solo conocimientos sino también creencias, arte, moral, costumbres, derechos y tanto las capacidades como aquellos hábitos que el ser humano adquiere en tanto es miembro de determinada sociedad. La construcción cultural es siempre en comunidad desde lo social y grupal, desde la producción y el resultado de los procesos, los cuales son siempre mediados por las relaciones y los vínculos que se establecen y que dan lugar a lo que se considera aceptable. Implica como expresa Geertz (2003), que los esquemas culturales instituyan así, los procesos sociales y psicológicos que tienen relación con la conducta pública en una sociedad (p.91). Según las perspectivas que se toman en los mismos, y por la capacidad de percibir diferente, es que algunos aspectos se hacen visibles y otros permanecen invisibilizados, aún frente a la misma situación afloran diversas construcciones de sentido sobre un mismo tema, variadas explicaciones, y se concibe la realidad de maneras muy distintas. Se puede decir que los seres humanos construimos realidad, la explicamos por medio de modelos, la percibimos según nuestra cultura y a través de lo que de ella proviene dentro de su estructura.

### **3. La salud y la enfermedad**

Las nociones de salud y enfermedad así como las prácticas atribuidas a ellas, han estado presentes en toda la humanidad desde su origen, constituyéndose en la auto-percepción básica de sentirse bien o mal, y en la percepción de otros. Independientemente de tiempo y contexto desde la prehistoria, pasando por civilizaciones de la historia antigua con mas de 4500 años de antigüedad como las sumerias y mesopotámicas, babilónicas hasta las egipcias, griegas y romanas entre otras que han dedicado un importante lugar al tema. La diversidad de creencias asociadas, se han basado en el reconocimiento no solo de un plano físico, somático o espiritual, sino que también han tenido presente, la relación entre

el ser humano y la naturaleza. Han sido explicadas por medio de lo mágico, lo simbólico, lo religioso, mediante cuestiones de fe, la ritualidad y lo sobrenatural. El concepto de enfermedad para los pueblos aborígenes significa la intervención del mundo espiritual, (Schultes-Evans y Hofmann, 2004; Fontoura y Moreira, 2017).

Las curas “espirituales” tienen un fuerte componente psicológico, con implicancia puesta en los aspectos más anímicos y emocionales de las personas tanto en un plano consciente como inconsciente, que logra un alivio psíquico en el doliente, relacionado a los procesos de fe y creencias depositados en el ritual, su entorno, y los actores participantes del mismo. (Aramburu, Da Silva y Giménez, 2017).

Otras culturas basan los procesos de salud en una figura depositaria de representaciones culturales la cual es asignada socio-culturalmente para llevar la tarea de curar. En algunas tribus se encuentra la representación de la salud, la enfermedad y la cura, depositada en una figura mediadora como la del chamán; el cual se considera un importante portador de los métodos de cura, se le atribuyen poderes y conocimientos especiales así como poseedor de una sabiduría; adquirida también por tener más edad, entre los integrantes de su comunidad. Más hacia nuestro territorio, se encuentran en tradiciones gauchescas, figuras como los curanderos teniendo el don del saber o el curar, como expresa Dibot (2017) desde la lectura de Roberto J. Bouton, vinculando la tradición, el misterio y la sacralidad. Desde estas perspectivas la salud y la enfermedad no presentan posiciones dicotómicas en el ser humano en cuanto a cuerpo y mente sino que se trata de un ser integral. El mismo se expresa en sus aspectos sanos o enfermos en diversas áreas que inciden las unas sobre las otras. Estas concepciones se caracterizan por considerar que existe un vínculo con su entorno, del cual es permeable a los efectos del mismo.

Para las culturas orientales, el ser humano es considerado como una unidad con una base energética, en donde lo normal es el equilibrio, cuando esto no se cumple afloran los males que se entienden como enfermedad y que se expresan en múltiples planos por medio de lo que es definido como “síntoma”. De esta manera la salud, la enfermedad y la cura han sido relacionadas tanto en planos físicos, espirituales, y psicológicos, por medio de distintas prácticas y rituales dependiendo de las culturas, temporalidades y contextualidades en la humanidad, tanto de forma individual como vincular y colectiva entendiendo que se “enferma” solo o con otros. En occidente, a partir del método científico, y como expresa Deep (1999), ya hace más de 200 años, que ha sido primeramente la medicina en su práctica la que ha llevado adelante la idea de un campo dedicado a la formación del concepto de salud y enfermedad basándose principalmente en el supuesto de una causa etiológica específica la cual conforma su base, de este modo, el tratamiento debería de aliviar al síntoma. Así, se atiende en un comienzo lo estrictamente físico, anatómico y/o biológico.

El modelo biomédico según Yvés Dalpé (2014), significó durante años un lugar hegemónico, claramente dominante dentro de la salud occidental, postulando la enfermedad como el resultado de un defecto biológico que inicia con un patógeno. Su enfoque corresponde a una visión reduccionista y dualista en lo que hace a la mente y el cuerpo y centrándose en la enfermedad desde términos puramente biológicos. Otro enfoque dentro del modelo biomédico, lo realiza George Libman Engel (1977), como plantea Siksou (2008) en su artículo, logra dar un giro al lugar de poder establecido hasta ese momento y modifica la visión previa del ser humano. Este Psiquiatra norteamericano planteó la necesidad de cambiar a un enfoque contextual y transdisciplinario, situando la experiencia subjetiva del paciente como merecedor de estudio científico, considerándola relevante al punto que propone incluir entre los datos biomédicos (objetivos) la experiencia subjetiva del paciente. Propone un modelo descrito como circular y causal, biopsicosocial, que prepondera a las personas y a los vínculos con los familiares, teniendo en cuenta la relación entre la enfermedad y las circunstancias de ocurrencia, empeoramiento o remisión, severidad y progresión, priorizando los factores psicosociales que considera determinantes, y expresa que tienen que ver con la efectividad de los tratamientos biológicos que se aplican. Esto habla de particularidad en la clínica y de formas de atención que atienden a las necesidades de las personas, no solo humanizan los “habitus asistenciales” de los que habla Sonia Romero (2006), sino que también habilita a que los diferentes profesionales del área de la salud, puedan considerar desde cada campo disciplinario, las dimensiones que se ponen en juego a la hora de trabajar, atender e intervenir (p.153). Libman Engel (1977), considera en el modelo biomédico, la necesidad de hacer visibles los nexos entre el cuerpo y la mente, trabajando los procesos psicológicos y las patologías orgánicas, centrándose en la persona que vive dicho proceso integralmente y considerando que la dolencia en el cuerpo es una reacción subjetiva con marco de referencia psicológico, un síntoma de lo no resuelto que no puede explicarse solo mediante estructuras orgánicas. Esta perspectiva permite un acercamiento hacia la psicología, que podría resultar beneficioso a la hora de considerar la posibilidad de trabajar en equipos interdisciplinarios en las demencias.

En lo que hace a la relación del plano mental y lo físico ya en 1895 comienzan a habilitarse las primeras miradas sobre el tema, entre los pioneros, Josef Breuer y Sigmund Freud (1996), presentando los “Estudios sobre la Histeria”. Con ellos se fue construyendo un nuevo campo y otra forma de comprender el síntoma, atendiendo la relación del aparato psíquico y su expresión en el cuerpo, a partir de estos primeros estudios es que Freud desarrolló su teoría y fundó posteriormente el Psicoanálisis.

Ya desde hace un tiempo, se ha considerado que los conceptos de salud y enfermedad debían de cambiar en todos sus campos, la Organización Mundial de la Salud (2006), en acuerdo con la Carta de las Naciones Unidas, plantea una concepción integral, en donde

no solo considera el plano físico, determinando que la salud es uno de los principios básicos para la felicidad y las relaciones armoniosas como para el estado de seguridad de todos los pueblos definiéndola como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, 2006).

Lawton (2001), vincula estos aspectos con la calidad de vida relacionada con la salud mediante cuatro planos: físico, social, psicológico y de salud percibida, lo cual implica componentes subjetivos, mientras que Shumacker y Naughton (1995), y Fernández (2009), consideran estos componentes con la calidad de vida (CV), entendiendo a la misma como la percepción general de satisfacción desde varias dimensiones que resultan clave, pero con especial preponderancia en el bienestar del individuo. Hornquist (1989), establece que el mismo tiene que ver con las dimensiones más significativas, como el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad, el cuidado personal y el bienestar emocional tomando en cuenta los componentes externos al ser humano desde su relación y los efectos en el mismo. Para referirse a esta idea Nordenfelt (1993); y Fernández (2009), usan dos expresiones: “welfare” como bienestar externo y “wellbeing” como el bienestar subjetivo.

De acuerdo con lo que expresa Pérez (2013) el proceso de salud-enfermedad otorga cualidades de un mismo proceso las cuales no se conciben separadas, sino que se entiende que una persona convive a la vez con aspectos tanto enfermos como sanos, en ocasiones habrá aspectos que resulten más notorios que otros y los mismos son variables. Tal proceso no es único ni general, sino que es particular, subjetivo de cada persona como tal y tiene un contenido de significaciones, representaciones y vivencias que conforman parte de su identidad y su entorno, ésto determina cómo se transita dicho proceso. A partir de esta perspectiva es que se irá construyendo en este trabajo el concepto de demencia.

#### **4. Construyendo el concepto de demencia.**

Qué es una Demencia?

Definir demencia implica la necesidad de posicionarse desde cierto lugar que permite percibirla de determinada manera. Los diversos modelos teóricos tienen concepciones diferentes basadas en construcciones sociales que guardan relación directa con el marco cultural del cual emergen. De este modo según como sean interpretadas, serán entendidas y abordadas. Manito y Funes (1996), expresan que la etimología de demencia significa “privado de inteligencia”, esto, no dista de la concepción sociocultural predominante en nuestra sociedad en torno a ella como algo vinculado a la pérdida de las funciones que tienen que ver con el razonamiento, o como una enfermedad relacionada con la pérdida de

la razón y la locura, (Foucault 2004), que se instaura a partir de lesiones y por la cual se manifiesta la expresión de lo dañado. Foucault (2014), afirma que “la locura se ha sutilizado...”, se puede considerar que la misma no es algo que se asigna de forma directa a las personas con demencia, pero estas creencias negativas aparecen “sutilmente” o subliminalmente naturalizadas en el colectivo sociocultural, reiteradamente como algo asociado secundariamente al post-diagnóstico, aún cuando falta mucho por conocer sobre las características más básicas de la enfermedad y la variabilidad de la misma.

Según Ardila y Ostrosky desde una perspectiva neuropsicológica la demencia es “un síndrome debido a una disfunción cerebral que produce desintegración de la conducta en los planos intelectual y emocional alterando significativamente la función social y laboral del paciente” (2012 p.114). Según WHO/ADI (2012), implica un trastorno de índole cognitivo, que generalmente es de carácter crónico y progresivo el cual además es irreversible, caracterizándose por la afectación de múltiples funciones corticales superiores, como el lenguaje, la memoria, la comprensión, entre otras y que además no presenta alteración de la conciencia.

Para el paradigma médico biológico clásico una demencia se manifiesta como un “síndrome debido a una enfermedad del cerebro generalmente de naturaleza crónica y progresiva, en el que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio” (Portnoy, 1995 p.1). En estas dos últimas concepciones se mencionan las afectaciones, la cronicidad, la irreversibilidad y lo progresivo de la enfermedad como lo principal, sin embargo se pierden de vista desde estas perspectivas ciertos factores particulares que hacen las diferencias sustanciales en la vida de las personas y a partir de las cuales podemos trazar una ruta para un trabajo psicoterapéutico más eficaz.

Se puede considerar que definir demencia es solo esto?

De acuerdo con Pérez (2013), el comprender las demencias va más allá del compromiso de las funciones corticales superiores, ya que se presentan también con un gran impacto a nivel subjetivo en la vida de las personas, abarcando lo emocional, lo motivacional, lo comportamental y lo vincular. Para la OMS, la Demencia se define como:

“un síndrome causado por una enfermedad del cerebro, usualmente de naturaleza crónica o progresiva en la cual hay una alteración de múltiples funciones corticales superiores, incluyendo la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el lenguaje, la capacidad de aprender y de realizar cálculos, y la toma de decisiones, donde las deficiencias de las habilidades cognitivas están comúnmente acompañadas, y ocasionalmente precedidas, por un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación.” (OMS, 2013 p.16)

Actualmente, como plantean Innes y Manthorpe (2013), pueden ser consideradas tres grandes modelos que abordan las Demencias y son: el Modelo Psicosocial, la Gerontología Crítica y el Modelo Biomédico. El modelo psicosocial en las demencias está centrado en la persona teniendo en cuenta su subjetividad, y los aspectos particulares de la misma. Autores como Kitwood, Harre y Sabat han realizado aportes sustanciales en lo que a ello respecta. Kitwood y Bredin (1992), plantean el modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP), y plantea el concepto de "personhood" o "condición de persona" definiéndolo como "un estatus otorgado por los demás a un ser humano, en un contexto de relación social y bienestar social, implica el reconocimiento el respeto y la confianza" (Innes y Manthorpe, 2013 p.687) . A su vez, Kitwood (1990), sostiene que las demencias implican un proceso dialéctico en tanto se produce a partir de la interrelación entre los factores sociales, neurológicos y psicológicos. Este concepto nos lleva a considerar cómo pueden incidir particularmente los aspectos relacionados con la personalidad, la subjetividad, la identidad, la historia de vida, y el recuerdo en la vida de las personas.

Estos factores, determinan junto con su entorno las diferentes formas de poder transitar el proceso, en donde los resultados también serán distintos. Según Fernández y Vila (2012), Kitwood propone el término de Psicología Social Maligna (PSM) para describir a los entornos asistenciales que actúan perjudicando profundamente el estatus de persona deshumanizando y afectando el bienestar tanto físico como psicológico de las mismas, lo cual "conduce a agravar los efectos de la enfermedad" (Le-Disert Jamet, 1995; Yanguas y Pérez,1997 s.p.).

Innes y Manthorpe también expresan que Sabat (1994), plantea el concepto de "Self" o sí mismo, marcando la necesidad de las PcD, de ser reconocidos como sí mismos, y diferencia entre tres tipos de "Self", primeramente el sí mismo singular, en donde los atributos personales son descritos utilizando la forma "yo", "mio" o "mi". Puede referir a pertenencia sobre algo o a la forma de autodescribirse, por ejemplo sobre sus gustos o elecciones. El segundo Self es el que refiere a las características como persona mental, emocional, física y el sistema de creencias que la persona tenga sobre las mismas. Implica como se autocalifica, por tanto se pone en juego sus aspectos valorativos, y sus consideraciones personales, que se expresan como "en tal cosa soy muy bueno, o en tal otra no." El tercer Self tiene que ver en forma directa con las funciones pero también de la cooperación que necesita de los demás, ya que se trata de los personajes que se sostienen en público, y por consiguiente necesitan de la relación con el otro. Por lo tanto en el caso de las demencias Kitwood y Sabat consideran que es el "self" que se encuentra en una situación más vulnerable sea como trabajador, amigo, hermano, etc. Cabe destacar que posiblemente el "self" es de los aspectos más vulnerados en el post-diagnóstico, cuando

tras el mismo, mediante la visión catastrófica de la enfermedad, se invisibilizan los aspectos saludables que con el “sí mismo” están relacionados.

Pueden ser asociadas diversas formas de poder ejercido sobre la PcD, no solo a través del diagnóstico con visión catastrófica o negativa y acabada que colabora con la anulación de la diversidad posible en los procesos individuales de las personas, sino en lo que se supone la toma de decisiones sobre la misma. Algunos mandatos transmiten la idea de que con un diagnóstico de demencia la persona “ya no es la misma”, “ya no puede valerse más por sí misma”, “ya no siente nada”, y por ende, ya no hay sí mismo. Esto incidiría incluso en la consideración errónea de que la persona que “ya no es sí misma”, pueda recordar o recordarse como tal en todas las formas de self en ciertos momentos por mínimos que puedan ser y a pesar del deterioro neurocognitivo que pueda tener.

El modelo de la Gerontología Social Crítica según como lo mencionan Innes y Manthorpe (2013), trata de los factores de carácter social y estructural amplios y son los que dan forma a las experiencias de demencia en una persona, reconociendo a su vez la interacción transversal existente sobre género, edad y clase en las diversas experiencias de envejecimiento. Este enfoque destaca las distintas formas de discriminación y estigmatización que aparecen en las sociedades occidentales basadas en aspectos económicos, políticos y productivos, culturales, entre otros, sobre las personas mayores que comienzan a considerarse como un problema para la sociedad, resultando así en formas de exclusión social. Este modelo enfatiza a su vez el impacto que en ellas genera.

Estos aportes resultan relevantes a la hora de considerar que en el transitar por los procesos de salud-enfermedad en las demencias pueden darse de diversas formas y no es algo acabado, lineal, ni fijo. Del mismo modo, permite cuestionar como ciertos factores y el impacto que causan en la vida de las personas mayores y su entorno, pueden incidir en la visibilización o invisibilización de otros aspectos como los que se conservan saludables, o en la consideración de lo que puede ser posible como por ejemplo, la realización de ciertas tareas, el recordar, el comunicar, el sentir, o el intento personal de conservarse a sí mismos en relación con los demás ya sea de forma consciente o latente.

Generalmente varios criterios se interaccionan transversalmente como pueden ser demencia, vejez, género o clase. Los mismos están presentes de forma simultánea mientras que la discriminación y la estigmatización se manifiestan por más de uno de ellos a la vez, resultando así más incisivas y generando construcciones de sentido que quedan cristalizadas en la realidad. Éstas resultan modificables pero a su vez difíciles de cambiar pues aparecen normalizadas. Batsch y Mittelman (2012), consideran que una comprensión parcial de las demencias llevan a conceptos equivocados y que por consiguiente ello conduce a continuar o perpetuar la estigmatización. Innes y Manthorpe (2013), describen que el modelo biomédico comprende las demencias como una etiología de índole orgánica y

que progresa en etapas. La demencia es diagnosticable por medio de la evaluación biomédica y es definida como condición patológica y anormal, esta concepción ha prevalecido a lo largo del tiempo ocupando un lugar de poder en el ámbito de la salud, lo cual ha ido sosteniendo una construcción de realidad sobre la misma. Su repercusión y devenir, en lo que hace a la práctica sobre todo en Uruguay y Latinoamérica, tiene gran influencia del modelo biomédico hegemónico, el cual proviene del primer avance de la medicina, orientado más desde lo anatómico y descriptivo, perspectiva desde la cual se remarca lo deficitario. A partir de este modelo se entiende a las demencias dentro de un marco evolutivo de deterioro que será cada vez mayor, centrándose en la enfermedad y los aspectos más discapacitantes de la misma, expresados a través de la pérdida de la memoria y el mayor impacto neurocognitivo.

Como Izzicupo et al. expresan, la función cognitiva tiene que ver con la comprensión y codifica los estímulos ambientales y así permiten al individuo elaborar, programar y realizar las respuestas adecuadas (2009 p.13). Su funcionamiento es esencial en su vida de relación.

Berriell y Pérez (2007), entienden que a partir de las definiciones médicas las demencias fueron agrupadas para su clasificación en diversos criterios básicos:

El primero es por la edad de la persona, según en el momento que se considera aparece el cuadro, tomándose la edad de 65 años para clasificarlas en pre-seniles o seniles dependiendo si aparecen antes o después de la misma. El segundo según al área cerebral que presenta más afectación funcional en cuanto al impacto patológico se subdividen en 4 subtipos: 1- corticales, (enfermedad de Alzheimer), Están asociadas a los síndromes neuropsicológicos de disfunción, con déficits tempranos que repercuten en los diferentes sistemas de memorias, y otros que impactan en las funciones ejecutivas como ser la concentración, el razonamiento, el juicio, la atención, la planificación, la toma de decisiones, etc. A su vez se da una progresiva aparición de afasias, apraxias y agnosias. 2- Las subcorticales (Parkinson), se caracterizan por enlentecimiento a nivel generalizado en las respuestas, trastornos motores en el habla y en el movimiento y marcha inestable entre otros. 3- Las demencias que se basan en la afectación de la sustancia blanca: cuando esto sucede se presentan procesos de desmielinización en los axones de las neuronas y conducen a la disminución de la atención y a la afectación de la memoria principalmente la de trabajo y a medida que avanza también en otros sistemas de memoria, lo cual puede manifestarse claramente en la evocación. Por lo general aparecen secundariamente asociadas a otras patologías como ser la esclerosis múltiple. (Portnoy, 1995; Berriell y Pérez, 2007). 4- Las demencias Mixtas, donde los síntomas pueden ser tanto corticales como subcorticales y su predominancia depende del área cerebral más lesionada.

El tercer criterio de clasificación, es por su pronóstico y terapéutica, considerándose reversibles o irreversibles que implica la cronicidad, y es desde donde por lo general el área médica intenta reducir los síntomas asociados a las mismas. En cuanto al cuarto y último criterio es el que obedece a la etiología y evolución. Berriel y Pérez (2007), según un estudio de Pérez Martínez (2006), expresan que pueden ser agrupadas en Degenerativas como la EA, Vasculares, Infecciosas, Traumáticas o Desmielinizantes. Estas clasificaciones aportan información que puede colaborar con la estrategia del psicólogo, ya que saber qué áreas específicas están más comprometidas con respecto a las diferentes funciones y cuáles podrían conservarse mejor en las personas con las que se trabaja, permite buscar herramientas y estrategias más adecuadas a sus necesidades y posibilidades.

Sobre el modelo biomédico y coincidentemente con Berriel y Pérez (2007), se expresa que el mismo ofrece como todo paradigma aspectos que son positivos y negativos, dentro de los primeros se observa que aporta información a nivel biológico y su intervención farmacológica con una mejora a nivel funcional en diversos estadios de las demencias. Las PcD y sus familiares en ocasiones FC, quedan en lugares negativos, pues resulta anticipatorio el final de la persona antes de comenzar su recorrido por el proceso de salud-enfermedad, conduce al encapsulamiento o anticipa duelos por parte de los familiares.

En Uruguay podemos apreciar avances en cuanto a la comprensión de las demencias en el área de la salud y en campo médico. En el año 2015 el MSP conjuntamente con otras instituciones edita el texto "Recomendaciones para el Abordaje Integral de las Demencias". En él, la Dra. Ana Kmaid (2015) aporta desde su práctica médica, que por lo general frente a un diagnóstico clínico de demencias las mismas están asociadas también a trastornos psíquicos o psicológicos como así también comportamentales. La postura más actual sobre las demencias en los modelos médicos, permite una perspectiva más amplia sobre las mismas, valorando los aspectos de índole psicológicos. Coincidiendo con Kitwood (1997) solamente el modelo biomédico no resulta suficiente para definir la Demencia. Cuando se construye el concepto de demencia, se hace por medio de la percepción sobre las mismas y desde lugares socialmente asignados que tienen que ver con el poder. Resulta significativo ya que los distintos modelos basados en pautas culturales, sociales, y disciplinarias entre otras, son constituidos a través de creencias, que otorgan distintos significados a lo que se entiende por salud, enfermedad, y demencia, en relación a ello, es que serán entendidas las posibilidades de su desarrollo y su evolución.

Pérez (2013), describe que cuando se hace la lectura solo desde las clasificaciones dominantes, que tienen la base descriptiva en las distintas enfermedades de índole orgánica e individual, queda poco espacio para lo real y simbólico, donde poder incluir otras dimensiones sean entendidas desde lo conceptual. Coincidiendo con Kitwood ([1997], 2012) se sostiene que la terapéutica de las personas con demencia debe de generar un

fortalecimiento capaz de intervenir en el proceso deteriorante de la demencia, siendo capaz de “re-menting” (reingresar) término que emplea para referirse a la necesidad de intentar la recuperación o “reingreso” de las capacidades que tienen las personas y que se ven aparentemente como perdidas.

#### 4.1 - Las DTA. Qué es la E.A. ?

El diagnóstico médico de las DTA está muy vinculado al hegemonismo, como expresan Berriel y Pérez, construyen una realidad en sí misma con perspectiva catastrófica al determinar que la persona con EA pasará por ciertas etapas, y terminará de determinada manera (2007 p.26). Esto, muchas veces actúa como una profecía de autocumplimiento, lo cual no deja lugar para poder pensar en otros recorridos posibles. Si bien desde el paradigma biológico hegemónico se plantea que posteriormente a ser diagnosticada la EA ésta tiene un curso determinado y un final establecido, Berriel y Pérez (2007), plantean que la misma tiene múltiples formas tanto personales como sociales y familiares de poder ser transitadas. En el marco de esa diversidad, pueden darse variables y aperturas entre lo acabado y lo posible dentro de un diagnóstico pero desde lo que hace al recorrido propio y particular de la persona diagnosticada. Dentro de las demencias “la enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia más frecuente con un 70%” sobre el total de las mismas (WHO/ADI (2012), s.p.; Abellán et al. 2008, p.445; y AUDAS 2006, p.7) . Desde el paradigma biológico hegemónico se plantea que la EA es “una entidad clínico-patológica de naturaleza degenerativa y evolución progresiva, que se caracteriza clínicamente por deterioro cognitivo, demencia y neuropatológicamente por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas neuríticas.” (Abellán et al., 2008 p.76).

Se considera que solo un 0,5-1% corresponde a las de índole hereditario las cuales como expresa Abellán et al.(2008) se asocian a mutaciones de transmisión autonómica dominante 6,44, y otros como el gen APOE4 del cromosoma 19 en la forma familiar de la EA (Berriel y Pérez 2007, p.25). Se excluyen sus variantes por no considerarse suficientemente específicas (López y Aguera, 2015 p.9); Martínez y Menéndez (2006), expresan que en la EA existe un sustrato complejo que aún hasta la actualidad no ha sido resuelto, que tiene una etiología desconocida. En respuesta a poder explicar las alteraciones tanto funcionales como comportamentales y cognitivas que se presentan en la EA alterando el funcionamiento normal del SNC, se han formulado distintas teorías. Algunas de ellas remitiendo a los aspectos biológicos, hacen referencia a lo genético otras al déficit en neurotransmisores, a la degeneración neurofibrilar, a la sustancia amiloide, etc, (Berriel y Pérez, 2007 p.25).

Otras investigaciones como expresan López y Aguera (2015), indican que actualmente se presentan casos de pacientes cuyas placas amiloides son difusas, típicas de la EA y sin embargo, no padecen demencia, por lo tanto no se puede aseverar que esto sea un indicador preciso o definitorio. También expresa que la patología de EA puede tener manifestaciones clínicas que son atípicas. Autores como Abellán, et al. (2008), afirman que la EA también puede aparecer con formas de inicio infrecuentes como presentarse con un síndrome frontal, apraxia progresiva o un síndrome agnóstico visual por atrofia cortical posterior, un cuadro de afasia progresiva, etc. Algunos autores categorizan por estadios y la aparición de síntomas, diferencian entre dos estadios en la EA el primero, llamado preclínico y un segundo llamado sintomático donde sí aparecerían los primeros cambios a nivel cognitivo y luego las fases más avanzadas.

Recientemente según expresan López y Aguera (2015) se plantean nuevas clasificaciones como los criterios de Dubois et al. que dan cuenta solo de la EA. Se basan en la evaluación del déficit mnésico y la afectación gradual y progresiva de la memoria episódica siempre objetivada mediante los test neuropsicológicos y biomarcadores como la atrofia en el lóbulo temporal medial que se evidencia por medio de RM, la alteración de los biomarcadores en líquido cefalorraquídeo, la mutación autonómica dominante en un familiar de primer grado, o la alteración en las pruebas de neuroimagen funcional con PET, que dentro de este criterio define el trastorno. Los segundos son la actualización en criterios NINCDS-ADRDA, revisados en 2011 denominados criterios NIA-AA. Estos últimos como expresa López y Aguera (2015), dan gran importancia al examen neuropsicológico, cognitivo, y a la valoración funcional, no solo a la alteración a nivel de la memoria.

Tabla 1. Criterios diagnósticos probable de EA de Dubois et al. Reúne los criterios de A mas al menos uno de B,C,D o E.

Criterio principal	<p>A-Presencia un trastorno de memoria episódica inicial y significativo que incluya las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pérdida de memoria progresiva y gradual durante al menos seis meses comunicada por el paciente o un informador fiable.</li> <li>2. Objetivar mediante tests neuropsicológicos la pérdida de memoria episódica. Normalmente, consiste en recoger fallos de reconocimiento que no mejoran o no se normalizan con claves.</li> <li>3. El defecto de memoria episódica puede ser aislado o asociarse a otras alteraciones cognitivas.</li> </ol>
Características adicionales	<p>B-Presencia de atrofia en el lóbulo temporal medial. Pérdida de volumen del hipocampo, la amígdala, evidenciada por resonancia magnética utilizando. Medidas visuales directas o por técnicas de volumetría.</p> <p>C-Indicadores de biomarcadores en líquido cefalorraquídeo entre otros.</p> <p>D-Alteraciones características de neuroimagen funcional con tomografía por emisión de positrones: Hipometabolismo de glucosa bilateral en regiones temporales y parietales. Otras alteraciones con radioligandos.</p> <p>E-Evidencia de una mutación autonómica dominante en un familiar de primer grado.</p>

Tabla 1 – López y Aguera (2015), Psicogeriatría 2015; 5 (1): 3-14 Nuevas clasificaciones.

Dentro de los síntomas mas conocidos de la EA están los asociados a la pérdida de memoria episódica (síndrome amnésico de tipo hipocámpico), la cual se manifiesta en la dificultad para registrar nueva información, (Abellán, et al.2008, p.76).

Posteriormente se ven afectados otros aspectos como el lenguaje, las capacidades constructivas, las habilidades visuoespaciales, las funciones ejecutivas, y las praxis motoras. López y Aguera (2015), indican en cuanto a la sintomatología que la mayoría de las personas con EA presentan progresivamente pérdida de autonomía en las actividades de la vida cotidiana y síntomas a nivel conductual y psicológicos. Si bien en fases moderadas y avanzadas se hacen más evidentes también en fases leves pueden manifestarse algunos de ellos. Hace hincapié en la frecuencia de los síntomas y en el impacto en la calidad de vida no sólo propia, sino en la sobrecarga de los cuidadores, los cuales muchas veces resultan ser los familiares. Según la Global Deterioration Scale (GDS) y Functional Assessment Staging (FAST), de correspondencia en EA, adaptado de la traducción al castellano del grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias S.E.N. (2002) citado en Abellán, et al.(2015) la EA puede ser reconocida en diversos estadios y con distintas características (EA: Incipiente, leve, moderada o grave) dependiendo de las afectaciones sobre todo a partir del síntoma y registro.

Considerando al ser humano como un ser bio-psico-social – cultural, no se puede definir la EA integralmente, tomando en cuenta solo esta perspectiva que atiende a los aspectos más biológicos del mismo. Tampoco es posible tomar en cuenta los aspectos diagnósticos de forma homogénea ya que existen además particularidades de todas las personas que deben de ser atendidas. Martínez (2011), considera que el hecho de reconocer en los sujetos su singularidad, es algo imprescindible para la atención profesional de la persona, y una manera de poder trazar su propio proyecto de vida siendo partícipe de él.

Como expresan Berriel y Pérez (2007), las DTA son una patología multicausal y multidimensional que se manifiestan mediante procesos biológicos, sociales y psicológicos donde el curso de la enfermedad dependerá de la combinación de estos procesos entre sí. Así se entiende que lo que enferma no es solo el SNC sino también la vida anímica, las relaciones, los vínculos, la red social y las instituciones que al sujeto designado como enfermo lo excluyen o incluyen. Sostienen los autores que la patología se da en el paciente y también en las personas cercanas “dementizándose” los vínculos y los ámbitos sociodinámicos y microsociales.

El “Modelo Multidimensional de las Demencias” desarrollado por Berriel y Pérez (2007, p.31) en el abordaje de las mismas, toma en cuenta una diversidad de dimensiones que yacen en el ser humano y que están en intersección con un nivel de complejidad creciente. Como expresan los autores, desde la perspectiva psicológica. “Una demencia es una compleja construcción histórica que culmina en una desorganización de un grupo o

colectivo” (Berriel y Pérez, 2007 p.33) además proponen que impacta “en al menos cinco planos somático, cognitivo, psicoafectivo, psicosocial y sociocultural-histórico. Cada uno de estos planos tendrá múltiples zonas de impacto en cada integrante del grupo afectado apareciendo uno de los sujetos como “depositario” de esta situación”. (Berriel y Pérez, 2007 p.33). Desde el plano somático hay una persona que manifiesta una afección mayor en el SNC, donde aparecerán diversos factores propios de cada patología. En el plano cognitivo se presenta el proceso de “retrogénesis” trabajado por autores como Ajuriaguerra (1970), Mendilaharsu, (1981); Reisberg et al. (1999), Berriel y Pérez (2007), el mismo se desarrolla en el sentido opuesto a la adquisición planteada según Piaget, de este modo, en las últimas etapas es cuando aparecen los síntomas neurológicos más severos y el reflejo de prensión.

Desde el plano psicoafectivo, una demencia implica una desestructuración yoica y en la persona que emerge como el que sufre la enfermedad, también la desintegración de la identidad. Berriel, Leopold y Pérez (1998), Pérez, Berriel Charamelo (2005) Berriel y Pérez (2007), plantean que así se presentan procesos de desnarcisización, aflora más los aspectos inconscientes, y lo afectivo de formas no elaboradas. Un elemento indicador sobre el avance de la enfermedad será en este plano la aparición de rasgos de personalidad que son previos, subjetivos y que se construyen a lo largo de la vida en un marco socio-cultural que tienen que ver como expresa Pérez (2007) con las relaciones como sujeto con su conflictiva psíquica y cómo ésta incide en la construcción de su proyecto de vida, en lo que refiere a lo psicoafectivo y en otros planos. En los vínculos la persona va quedando “cosificada”, ya que se va perdiendo de vista su calidad de persona. En el plano psicosocial; surge la “dementización” apareciendo modalidades de comunicación estereotipadas, afloran afectos que quedaron encapsulados o estaban reprimidos sin tramitación psíquica, y pactos de silencio familiares que se fueron dando en el pasado frente a situaciones traumáticas, incluso a nivel transgeneracional.

En cuanto al trastorno en la memoria y la desorientación temporal que las personas con demencia presentan, los autores expresan que son manifestadas en forma de repeticiones por parte de los pacientes, y que aluden a un pasado presentificado, que esto representa el intento como sujeto por medio de la función sostenedora de la identidad, lo que toma un aspecto muy relevante para este trabajo. El plano sociocultural e histórico, tiene que ver con lo que a través de la cultura en la sociedad y por medio de los aspectos históricos surge de forma simbólica y con contenidos también imaginarios, por medio de representaciones, que surgen colectivamente en el marco de la comunidad de pertenencia. Por lo tanto es en donde se presentan las redes de comunicación y semióticas. En este plano el sentido otorgado a la demencia estará en relación con las cristalizaciones de sentido que surjan de esta forma. Se expresa que pueden ser muy diversas las formas en que las personas en comunidad transitan el proceso de salud-enfermedad en las demencias, dependiendo de

esos sentidos que están inmersos en la cultura y en las distintas sociedades, aún con mismos déficit en las DTA hay resultados diferentes por los efectos en la subjetividad y lo social. Desde este plano, puede decirse que así como “todo sufrimiento subjetivo está mediatizado por la relación del individuo con los símbolos que lo unen al mundo a los otros individuos y a sí mismo” (Berriel y Pérez 2007 p.35) también entonces se considera en la comunicación una carga subjetiva que guarda relación con sus símbolos, con sí mismo, los otros y el mundo que lo rodea.

Los autores consideran que las identidades cristalizadas donde la PcD queda ubicada tienen aspectos que se localizan en esta dimensión socio-cultural-histórica. Así el sujeto queda en el lugar de “ser enfermo”, o en el lugar de persona que transita un proceso, esto significa que hay una diferencia entre el ser y el estar, uno tiene un lugar fijo, el otro implica algo transitorio desde donde el sujeto se puede mover ya que tiene posibilidad de cambio. Desde esta perspectiva se considera a las demencias no solo como algo orgánico. Como lo ha desarrollado Pérez (2013), se agrega la idea de historicidad y pluricausalidad en lo que hace a la patología y permite pensar en las demencias desde una perspectiva que es más compleja en donde se entiende que es una desorganización que no solo es cognitiva, sino que se presenta en varias áreas como la somática, psicológica y familiar, y las producciones de enfermedad, tampoco se limitan al plano biológico sino que tienen un nexo con los procesos psicológicos, familiares, vinculares y de producción de sentido que se asocian a la misma. También puede agregarse lo comunitario, lo social, lo cultural y lo histórico, pensando a la persona en relación con un entorno, un contexto y una temporalidad que también la van construyendo y la definen en diversos aspectos.

En el imaginario social aparece la idea naturalizada de las DTA asociadas a la vejez, en donde los trastornos relacionados con la misma como por ejemplo los de memoria se consideran normales, desde una vejez patologizada.

## **5 . De qué hablamos cuando hablamos de Vejez? Vejez y Demencia.**

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en la 45<sup>o</sup> Asamblea General de la OEA llevada a cabo en el 2015 define la vejez como “una construcción social de la última etapa del curso de vida y define al envejecimiento como proceso gradual que se desarrolla durante el curso de la misma y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psicosociales y funcionales” este proceso implica la interacción a lo largo de toda la vida con el ambiente (OEA, 2015). La vejez y el envejecimiento son producciones subjetivas y culturales, y si bien el proceso de envejecimiento es progresivo, irreversible y universal existen múltiples formas de vivirlo, que dependen de una amplia diversidad de factores tanto individuales como colectivos,

temporales, contextuales, sociales, económicos, políticos y culturales. Dependen del proyecto de vida y de la elección personal según las posibilidades y oportunidades de cada uno.

En tanto, como expresa Ramón Bayés, “La persona es el resultado final, de su historia interactiva individual elaborada en entornos físicos, culturales, sociales y afectivos específicos, a través del lenguaje y otras formas de comunicación. En síntesis: la persona es el producto singular de su biografía” (2009 p.7).

El poder valorar la experiencia de vida y dotar de significaciones lo vivido asigna otros sentidos posibles a la vejez, pero también a la transformación y el ajuste del proyecto de vida que no es algo fijo e inamovible o incambiable sino plástico y renovable según las circunstancias con las cuales las personas se encuentren en el camino de vivir.

Actualmente se presentan dos posturas frente al envejecimiento y la vejez, la primera es la que aparentemente aun predomina y se basa en comprender a la vejez a través del prejuicio y la estigmatización y la segunda donde prepondera la diversidad, la singularidad y la perspectiva de derechos contemplando las múltiples formas de envejecer.

Las construcciones socioculturales de occidente asociadas a la vejez difieren de otras comunidades, éstas tienen que ver con estereotipos predominantemente negativos, creencias asociadas con la muerte y la enfermedad, basadas en la pérdida de las funciones, por esto también se asocia a la incapacidad frente a nuevos aprendizajes, y a la negación del disfrute de nuevas experiencias, ocupan así, un lugar de desprestigio. Estas ideologías asocian la vejez a la enfermedad, (la falta de memoria), la incapacidad, la falta de competencias, y en un plano económico-productivo a la inutilidad, es decir un proyecto de vida acabado, que en ocasiones se carga de duelos anticipados tanto propios como ajenos, inactividad y estancamiento, acompañado con la falta de proyección hacia el futuro y la ausencia de proyectos personales.

Como expresan Berriel, Carbajal, Paredes y Pérez, “ la muerte constituye un contenido que aparece frecuentemente asociado a la vejez en el discurso de los grupos”. (2012 p.19). Los prejuicios dependen del contexto socio-histórico-cultural, si bien no son reales se naturalizan y conllevan a efectos y consecuencias en la trama del relacionamiento humano.

Robert Butler ([1953], 2001) presenta el término “ageism” para referirse al conjunto de conductas sociales negativas que se adoptan hacia las personas mayores. Y Salvarezza define viejismo como el “Conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad” (1988, p.23). El autor (2011), expresa que es una conducta social, multidimensional y compleja la cual implica variables múltiples como ser las culturales, históricas, sociales, psicológicas e ideológicas en función de designar prejuiciosamente a las personas viejas. Castoriadis (1989) refiere al imaginario

social constituido, en tanto se da valor de cierto a los imaginarios, instituyendo significaciones que se solventan en la institución social.

Salvarezza (2011), plantea que tanto la teoría del desapego (Cummings y Henry, 1961), como la teoría de la actividad (Maddox, 1968), si bien parecen contraponerse tienen como punto coincidente que no dejan lugar para que las personas mayores como sujetos puedan considerar sus propias elecciones basadas en el deseo, en intereses propios y en el sentido personal, de esta manera se lo remite a una temporalidad fija en el pasado. Por lo tanto ambas teorías, representarían modelos deficitarios en lo que respecta al pensar el envejecimiento.

“La confluencia de la imagen negativa de la vejez con una cotidianeidad social que la fundamenta, permite visualizar un entorno sociocultural con un nivel importante de violencia hacia las personas mayores. Una expresión de ello es lo que se observa en las generaciones jóvenes, donde estas ya no valoran a las personas mayores como un referente del ciclo de vida ni aprendizaje, sino mas bien como un obstáculo” (Mead, 2006 p.67).

Comfort (1977) y Krassoievitch (2005), por otra parte atribuyen que un 75% de los cambios vinculados con la edad, pueden estar relacionados al envejecimiento social, es decir, existen en tanto producto de las ideas, creencias y prejuicios equivocados acerca de la vejez. En lo que respecta al ciclo vital de las personas en su envejecer, si bien los procesos biológicos presentan un declive que impacta en el organismo, las capacidades, los procesos sociales y psicológicos presentan una continuidad y el cómo se aprovechen y desarrollen depende de cada persona en particular. (p.23)

Castoriadis, sostiene que el Yo, tiene que devenir en subjetividad reflexiva, siendo capaz de deliberación y de voluntad, podría agregarse propia, en tanto que expresa que una vida psíquica libre reside en la instauración de una subjetividad reflexiva y deliberante (2008 p.118).

Se considera que las personas mayores no constituyen una población homogénea, y que los prejuicios y la estigmatización hacia las mismas es lo que lleva a pensarlo así, por otra parte actúan como un mandato de auto-cumplimiento en donde las creencias naturalizan la teoría de la imposibilidad anulando lo posible y dejándolo invisibilizado. Cuando se piensa en los efectos que pueden tener estas formas de discriminación y estigmatización en la vida de las personas, tanto a nivel consciente como latente cabe cuestionarse qué sucede si se suman a los que tienen las demencias y DTA. Puede considerarse una doble estigmatización que conlleva a efectos ampliamente negativos, en donde algunos aspectos ni siquiera podrán llegar a ser pensados, considerados o vistos aún, en presencia de ellos

por considerar que no es posible viniendo de una población con demencia y/o vieja “que ya no se da cuenta de nada” como se recoge del discurso del imaginario social.

Se considera que las demencias y la vejez están asociadas a formas estereotipadas de comprenderse, vinculándose ambas a la normalización de los trastornos de memoria visibles en algunos estadios de la EA, están erróneamente relacionadas a lo normal en la vejez, quedando así considerada desde los aspectos negativos que se asocian a lo deficitario.

Este tipo de repercusiones son las que impactan directamente en el tema de la memoria, el recuerdo y el olvido, en donde se asegura anticipadamente el deterioro y la patología en una población envejecida, pero además pensada desde la pérdida total y progresiva de esta facultad. Así, favorecen el aumento del dolor psíquico, la disminución de la calidad de vida, y a la pérdida progresiva de la identidad de las personas con la EA en su calidad de sujetos, donde las mismas no son tomadas en cuenta como tales.

Frente a esta realidad, es que se plantea la cuestión de lo que es memoria, y lo que significa el recuerdo y el olvido, comprender diversas perspectivas con puntos complementarios entre sí, posibilita la apertura a otras realidades más saludables e integrales sobre el tema.

## **6 . Memoria, recuerdo y olvido. Procesos ligados a la identidad y el afecto en la EA.**

Robert Pérez, sostiene que la memoria refiere a un constructo teórico que como tal tiene una complejidad dimensional múltiple (2009 p.42). La memoria tiene que ver con la necesidad de recordar lo que se considera relevante, recordar-se con la valorización de sí mismo (como propio) y recordar lo que vincula a otros. Se relaciona con la capacidad de historizar, historizarse y hacer historia, lo que implica el manejo del tiempo de múltiples formas subjetivas. Fernand Braudel (1990), relativiza la temporalidad y habla de la existencia de tres maneras de leer el tiempo. Un tiempo corto que refiere a la cotidianeidad, un tiempo medio o de coyuntura el cual tiene que ver con acontecimientos que pasan en el transcurso de la vida de una persona, y por último el tiempo largo que se relaciona con lo que perdura por varias generaciones y trasciende, en él es en donde entran a jugar las estructuras, las realidades históricas que permanecen por debajo de lo visible, de una forma implícita. En los acontecimientos del tiempo de larga duración no se percibe con exactitud cuando comienzan o terminan los mismos sino que se vinculan con las grandes construcciones sociales y las formas de comprenderlas desde lo macro.

Pensar en la memoria desde la Psicología y la salud mental cuestiona acerca de los mecanismos del recuerdo y olvido, y cómo éstos se presentan y conservan ligados al afecto y a la identidad de las personas. Poder definirla, conlleva a tomar en cuenta diversas

perspectivas que pueden acercarse a una idea más global sobre la misma. La memoria tiene que ver con una complejidad multi-dimensional que demanda la intersección de múltiples campos de estudio, disciplinares, teóricos y epistemológicos los cuales, aportan una realidad más completa. Una parte de sí, tiene que ver funcionalmente con bases de índole bioquímicas, proteicas y neurológicas, las cuales son afectadas y modificadas en diversos grados por medio de un entorno y un contexto. Las personas están en interrelación continua con ese ambiente durante toda la vida y se conectan de diversas formas modificándose mutuamente tomando en cuenta la particularidad de sus funciones cognitivas, ejecutivas y su personalidad.

También por medio de las producciones de sentido que construye a través de la experiencia subjetiva consigo mismo y con los otros, las elecciones personales que son parte de su proyecto de vida, los afectos y aprendizajes en relación a un medio histórico, cultural y social que conforma su historia personal o autobiográfica. De este modo “esta abstracción llamada memoria pasa a ser un componente subjetivo clave en la conformación del psiquismo relacionado con la identidad, el deseo y los proyectos vitales de cada sujeto” (Pérez, 2009 p.67)

Vázquez (2001, citado en Pérez, 2009), exponen que existen dos líneas principales en el enfoque del tema, que refieren a distintas maneras de entender la realidad. La primera tiene que ver con el plano mental desde los procesos cognitivos, con una base neuroanatómica y una perspectiva individual, mientras que la segunda se considera una construcción social y discursiva. Desde esta última, surge la idea de un sujeto complejo, histórico y social, con un pasado que cobra sentido en la identidad y se expresa a través de construcciones discursivas por medio de las narrativas y las producciones de sentido que a su vez se desarrollan en la cotidianidad de la vida de las personas, formando parte al mismo tiempo de un colectivo. La perspectiva más biologicista y somática ha centrado su investigación en el funcionamiento cerebral y la incidencia patológica de la memoria frente a diversos diagnósticos relacionados al deterioro y al daño cerebral. Esta óptica relaciona memoria desde la capacidad de almacenar o recuperar la información que proviene de estímulos del medio o internos, que tienen todas las personas. (Pérez, 2009 p.41).

Mientras que la psicología cognitiva define a la memoria como “la capacidad del sistema nervioso de beneficiarse de la experiencia (...) teniendo la característica que nuestra especie puede utilizarla para construir identidad, es capaz de entrenarla para mejorarla y proyectar al futuro basándose en las experiencias del pasado.” (Vásquez, 2015 p.118). Dalmás (1993) por su parte, afirma que “la memoria es parte de las funciones superiores de alta integración” (citado en Pérez, 2009 p.45), y para que puedan darse existen diversos procesos que son específicos y están involucrados entre sí (Vásquez 2015, p.118). Pérez

(2009), sostiene que desde esa perspectiva autores como Bruner (1991), han podido tener en cuenta como los factores sociales y culturales modelan lo biológico.

Funcionalmente la memoria se dispone en diversos sistemas cerebrales o lo que se llaman tipos de memoria que se establecen y organizan en jerarquías. Los recuerdos se almacenan en distintas áreas según aspectos diversos relacionados a la experiencia (Salazar 2007). Dentro del sistema de memoria retrospectiva se encuentran tres divisiones a grandes rasgos, la primera, la memoria sensorial subdividida a su vez en icónica (en la EA es una de las que presenta mayor deterioro), háptica y ecoica, la segunda división son las memorias breves subdivididas en memoria de trabajo y memoria de corto plazo. La de trabajo, tiene tres divisiones el bufet episódico, el bucle fonológico y la agenda viso espacial. Por último la tercer división es la memoria a largo plazo que se separa en memoria explícita declarativa pudiendo ser memoria episódica, semántica y autobiográfica; o memoria implícita, pudiendo subdividirse en procedural, priming, habituación-sensibilización y condicionamiento.

En la EA, se dan ciertas alteraciones y como expresan Benedet (2003), y Salazar (2007), la patología a nivel cerebral no afecta siempre ni homogéneamente a las mismas estructuras, tampoco selectivamente, ya que tiene un componente de variabilidad dentro del mismo cuadro diagnóstico. Baddeley y Wilson (1986) expresan que la memoria autobiográfica tiene una de las funciones más significativas pues mantiene un registro del Yo. Como expresan Vásquez (2015), el subsistema de memoria episódica (sucesos autobiográficos, lugares, momentos, emociones asociadas, contextos en relación), aparece deteriorado ya desde los estadios más tempranos de la EA, mientras que la semántica o procedimental permanecen relativamente intactas. Sobre ella, Squire (1986), afirma que se basa en el conjunto de habilidades que posibilita realizar las acciones, adquiriéndose por medio del condicionamiento instrumental y la experiencia. En esta memoria, se distinguen el “knowing how” (saber cómo) y el “knowing that” (saber qué) (Arroyo, Chamorro y Poveda, 2013). Los autores expresan que el conocimiento declarativo (CD) es importante dentro de los procedimientos ya que es una forma de pensamiento consciente que se convierte con el tiempo en un procesamiento automático. Muchas personas con la EA pueden seguir realizando actividades que implican procedimientos, como así también habilidades ejecutivas y motoras que son precisas para la realización de una tarea. Este tipo de memoria actúa principalmente a nivel inconsciente, los recuerdos procedimentales pueden ser recuperados automáticamente cuando los procedimientos fueron integrados previamente en el pasado. Esta memoria es crucial en procesos de rehabilitación y mejora frente a las afectaciones a nivel cerebral en la EA, utilizando el “skill learning” o aprendizajes procedimentales.

Sobre esta base, se considera que otro tipo de memorias también pueden ser estimuladas para su mejora mediante multitécnicas clínicas, orientadas al mantenimiento de recuerdos autobiográficos como una parte sustancial de la identidad de las personas con DTA.

Un proceso que expresa adaptación e interrelación con el ambiente es la plasticidad cerebral, entre los factores que incidirían se encuentran: la hipótesis del gradiente madurativo que plantea el desarrollo cerebral desde las zonas más profundas hacia la corteza, la asimetría hemisférica que se establece ya a los seis años de edad y que evidencia como expresa Dansilio (2013), que los factores culturales afectan e interactúan en la diferenciación hemisférica y la frenoblastia, la cual plantea empujes de crecimiento encefálico con arborización dendrítica y desarrollo cognitivo en determinadas edades. Según Mesulam, (2000), la neuro-plasticidad incluye diversas manifestaciones estructurales y funcionales como la sinaptogénesis, la potenciación a largo plazo, la remodelación sináptica, la neurogénesis o la modificación de las ramificaciones dendríticas.

También la plasticidad cerebral descrita por Landi y Rossini (2010, citado en Dansilio 2013), plantean propiedades intrínsecas del SNC que están presentes durante toda la vida y tienen la posibilidad de responder al ambiente cuando hay deterioro cerebral y lesiones mediante la reorganización funcional que posteriormente se ven en los cambios estructurales y fisiológicos. Las sinaptogénesis o generación de nuevas conexiones, el podamiento o pruning sináptico representan diversas formas de adaptación a las nuevas necesidades y exigencias. Desde la neurobiología, la memoria implica la activación de redes neuronales, y de ciertas fases como ser adquisición, consolidación, evocación en donde pueden darse dos procesos antagónicos, el de reconsolidación o el de extinción del recuerdo (Pérez, 2009). El autor afirma que las actividades de registro, codificación, almacenamiento y recuperación de la información concerniente a la memoria como un sistema dinámico, conllevan al procesamiento de la información.

Desde esta perspectiva el olvidar implica un proceso sumamente activo al igual que la memoria, y necesita de síntesis proteicas y neurotransmisores en relación a áreas específicas (Medina 2008, citado en Pérez, 2009).

El concepto de reintegración, refiere al poder hacer posible la reminiscencia de experiencias del pasado, recuerdos que pueden ser imágenes, música, olores y sensaciones las cuales se re-integran en el momento en que algo lo recuerda a modo de estímulo y hace que la información “guardada” vuelva con cierta carga emocional como sucede en la EA. Tulving (1989), propone que las personas crean claves de recuperación de los lugares y contextos en donde han estado y de las experiencias.

En cuanto al mantenimiento de la información, (el recuerdo y el olvido), Ebbinghaus como precursor, planteó que la información que no es usada tiende a perderse con el

tiempo o a decaer, Thorndyke, plantea la ley del desuso que indica que cuando hay conexiones neuronales que no se practican van dejando de funcionar hasta que pueden terminarse. Pérez expresa que teniendo en cuenta las características de la personalidad, el ambiente y las dinámicas cerebrales, en la EA existen factores psicosociales que conducen a la retracción, lo cual implica el desuso de redes neuronales, las cuales se van extinguiendo y a su vez permiten la aparición de otras más antiguas y significativas afectivamente (2009 p.52).

Los procesos cerebrales no son algo fijo sino que dependen de las características propias de cada persona y de la plasticidad cerebral. El principio de Kennard que se plantea en Dansilio (2013) afirma que tiene mayor plasticidad el cerebro más joven, pero la hipótesis de vulnerabilidad de Hebb afirma que en esta etapa, cuando se produce una lesión o un deterioro, también el cerebro es más susceptible y sensible a los efectos generalizados. Si bien la EA produce severas consecuencias también debe de considerarse que el cerebro está mejor preparado en la adultez para combatir el deterioro aunque tenga una menor plasticidad para afrontarlo. Pensando en estos puntos, la memoria como función neurocognitiva en la EA, no debe de ser entendida desde la pérdida total de la función, sino considerarse pausable de mejora, teniendo en cuenta la relación que guarda con el entorno en el curso de su desarrollo y evolución frente a diversos factores. La mayor dificultad que presenta en la EA radica en poder crear nuevos recuerdos e incorporar nueva información y a su vez poder conservar lo más intacto posible los recuerdos pasados o previos, que en estadios más avanzados de la enfermedad también se ven afectados. Vásquez (2015), expresan que a su vez el deterioro neurocognitivo expresado en la memoria se conecta fuertemente con otros procesos cognitivos como la fluidez verbal y las habilidades del razonamiento que se manifiestan en otros planos de la vida cotidiana, lo que resulta importante al trabajar con las narrativas. Como expresan los autores, una importante característica del sistema nervioso es que tiene la capacidad de reestructurarse para responder a las demandas del contexto. Estas, y las características del contexto serán lo que determinen en gran parte el curso del proceso que se construye variablemente en la EA. Esta forma de trabajo está basada en el supuesto de que la memoria implícita es un sistema que queda intacto durante la progresión de la EA (Vásquez, 2015 p.139). Sin embargo otras memorias sufren más el impacto, además de en la reciente o en la explícita; se expresan déficit severos en la episódica y la semántica. La desorganización temporal de su biografía, y el pasado reciente y en etapas avanzadas puede presentar lo que Fontan (1991) describe como “oblia mesure” es decir “olvido a medida” que suceden los acontecimientos. A pesar del deterioro, Salazar (2017), describe que las habilidades sociales, como conversar, permanecen casi intactas y lo que se recuerda por más tiempo está asociado a la carga afectiva, puede perderse el reconocimiento de rostros, pero el

afecto y las emociones que a ellos se vinculan, se mantienen. (Selmes & Selmes, 2000; y Salazar 2007).

Desde la perspectiva psicoanalítica, la memoria es parte funcional del psiquismo y está vinculada a los aspectos particulares de la personalidad, de la experiencia y la forma en que éstas las incorporan a su aparato psíquico. Freud presentó una nueva forma de comprender el recuerdo y el olvido con su teoría sobre el aparato psíquico y los procesos inconscientes, que se pueden expresar como síntomas, actos fallidos o los sueños, éstos están ligados directamente con el plano anímico de las personas. Los recuerdos pueden ser reprimidos cuando representan una carga que se hace insostenible para el yo, su valorización y los efectos de los mismos tienen su base en los afectos. Recordando a Freud en Laplanche y Pontalis (1979), toda pulsión se manifiesta en los dos registros del afecto y de la representación pudiendo tener diferentes destinos. La cantidad cualitativa de la energía pulsional y las variaciones de esta, es el afecto. Por otra parte Henry Ey refiere a la afectividad como “todos los matices del deseo, del placer y del dolor que entran en la experiencia sensible en forma de lo que se denominan los sentimientos vitales, el humor y las emociones” (1995 p. 92). Esto lleva a tener en cuenta el carácter subjetivo de este concepto y la consideración de variabilidad de representaciones que pueden darse según las experiencias de las personas, como éstas las sienten, valoran, registran y elaboran.

El afecto siempre tiene un aspecto relevante de intensidad variable que actúa en el presente, aunque se trate de una reproducción de acontecimientos ligados al pasado. Conjuntamente con el recuerdo puede reactualizarse, dependiendo de asociaciones contextuales o puede reprimirse quedando fuera del acceso a lo consciente, dependiendo de la carga afectiva que implique para el sujeto y de lo que signifique para éste desde su subjetividad y particularidad. El concepto de series complementarias establece que un síntoma debe de ser comprendido en su construcción temporal en la cual intervienen tres dimensiones: lo que refiere a lo constitucional de la persona, las experiencias durante la infancia que constituyen el psiquismo, es decir la memoria psíquica de ese pasado de experiencias como afectos, impresiones, representaciones-cosa, representaciones palabra, en general a nivel inconsciente y por último el desencadenante actual o estresor (Pérez, 2009 p.62).

Desde la perspectiva Psicosocial, autores como Vigotsky y Piaget han expuesto la importancia de la relación con el contexto, los aspectos madurativos en relación a estructuras y esquemas cognitivos para lograr el sistema de memorias (Pérez 2009 p.54). Considerando a la memoria como construcción social, la misma no es algo pasivo sino que está en continuo proceso de transformación y construcción de los recuerdos y de la historia que las personas resignifican subjetivamente en el presente.

El concepto de memoria no es meramente individual sino también surge como memoria colectiva, el primero en definirla fue Maurice Halbwachs, quien sostiene que la memoria depende de dos elementos sociales; el lenguaje y la palabra. Este autor le da relevancia a la influencia que ejercen ciertos grupos como la familia en lo que hace a las formas o procesos de memorización colectiva. Pérez expresa que este autor afirma que estos grupos ofician como “marcos sociales específicos de la memoria” (2009, p.57), y que a su vez coexisten con otros tres marcos de carácter más general: el espacio, el tiempo y el lenguaje, los mismos a modo de representaciones utilizan diversas imágenes, conceptos, ideas, sensaciones, etc.

Vázquez (2001) concibe el recuerdo y el olvido, como partes de un mismo proceso, y presenta a través de su tesis la idea del carácter intersubjetivo de la memoria, en donde las construcciones que yacen en el pasado son creadas y transmitidas en versiones diferentes en un medio social como determinante.

“la memoria y los recuerdos, son un proceso desarrollado en el presente, donde las circunstancias imperantes, los signos y símbolos disponibles en esa sociedad y cultura, hacen que se pueda proveer de sentido al pasado. De esta forma, la memoria aparece como una continua reinterpretación de la realidad, lo cual crea las condiciones para nuevas acciones al futuro” (Pérez, 2009 p. 57).

Joaquín Rodríguez Nebot (2004, citado en Pérez, 2009), ha señalado que la memoria tiene dos componentes, uno individual y otro social, dado por la forma de darle significado a los hechos que tienen de distinta manera las personas, e introduce el componente transgeneracional, define la memoria como “un dispositivo de la subjetividad social colectiva y además singular”, y la representa por medio de 4 dimensiones: la primera implica que el pasado sea reconstruido, la segunda ubica al recuerdo en el inconsciente a causa de la represión o su inscripción llevada al organismo, la tercera la forclusión del recuerdo y la última, el recuerdo inscripto en el plano social por medio de diversos hábitos rituales, etc. (p.57). La memoria y la emoción desde los afectos, se ha estudiado ya desde Freud, Laplanche e investigaciones posteriores, encontrando una diversidad de autores como Pérez, (2009) y Lescano (2003), entre otros que afirman que aunque existan emociones de antiguas experiencias o situaciones, éstas se actualizan en el tiempo presente.

Freud designa el fenómeno “apres coup” que retoma Pérez (2009), el cual designa al pasado ligado al presente en una linealidad, en donde los afectos están en el pasado, pero en el presente toman nuevos significados (p.62). Piera Aulagnier (1986), entre el psicoanálisis de Freud y Lacan, ha señalado que “la memoria es la historización del pasado que realiza el Yo, como forma de poder investir un futuro y por tanto acceder a una temporalidad” (1986, citado en Pérez 2009, p.67). Aulagnier en su obra construir-se nos

habla de “poner en memoria” y “poner en historia” a la vez refiere a un tiempo pasado perdido, pero que continua existiendo psíquicamente por y en la autobiografía que es la obra de un Yo (1991 p.442). Considera al sujeto “autor” de su propia obra. Pérez (2009), expresa que la perspectiva social de la memoria está vinculada con el contexto social, ya que desde él se provee de las herramientas simbólicas para el acceso a las palabras y los recuerdos. La memoria así, ligada al tiempo necesita ordenar ese pasado y darle significado a los acontecimientos que en él sucedieron. (p.55).

Salazar (2007) describe que aún en etapas muy avanzadas de la EA, las personas siguen conservando el reconocimiento de sí mismos (self) y a la vez tienen lo que se llama “períodos de lucidez” .Las diferencias entre las personas como expresa Pérez (2009) se hacen mas diferentes entre si, al significar la realidad y en función de su historia, ya que como indica el autor, “se producen en un entramado de sentidos que constituyen al ser humano, relacionándolo con su historia, sus afectos y su contexto” (Pérez, 2009 p.26). Se considera así, que la memoria constituye al sujeto en la identidad, una persona sin historia personal deja de ser en su “sí misma” como tal, pierde las características propias de su experiencia subjetiva, tanto la individual como la que construye en relación con esos otros, con los que establece los vínculos y sostiene las emociones más importantes. Robert Pérez, afirma que la memoria permite al ser humano a “presentificarse, acceder a una historia y un pasado y por tanto, poder proyectarse hacia el futuro” (2009, p.41).

Algunos aspectos se consideran mas vinculados al contexto social como puede ser la memoria autobiográfica, influenciados por el medio sociocultural (Pérez, 2009).

Salazar (2007), expresa que la identidad personal se considera una estructura de representación, que tiene que ver con un sentimiento subjetivo vinculado al sí mismo y una forma de auto-presentar al sí mismo.

En lo colectivo existen acuerdos sobre el recuerdo y el olvido que imponen de cierta forma lo que Vázquez, expresa como pautas en referencia a lo que se ha de recordar, o cómo se tiene que recordar y lo que significa memoria (2001 p.130). Desde esta idea podemos pensar que sucede lo mismo en torno a qué tipo de cosas se olvidan o no, como se deben de olvidar o no, y que significa olvidar.

Las investigaciones referentes a la memoria, los recuerdos y las emociones en las personas con DTA, indican resultados positivos en cuanto a la presencia y conservación de las mismas. Berriel, Leopold, y Pérez (1998) indican factores afectivos de orden actual y disposicional que incidirían en el proceso de la EA.

Salazar (2003), publica los resultados de su investigación sobre Identidad personal y memoria en adultos mayores con y sin EA comparativamente, referida al mantenimiento del recuerdo autobiográfico, no encontrando diferencias entre ambas.

Observa que éstos, estaban relacionados a experiencias de maternidad, paternidad y crianza de los hijos, matrimonio, importancia en relaciones interpersonales, biografía, vínculos y afecto. El artículo de Jalinière (2014), expone como las emociones (infelices o felices) de las personas con EA persisten aún cuando se olvide el evento que las causó. Investigaciones de la Universidad de Iowa, afirman que si bien las personas con EA presentan graves alteraciones en la memoria declarativa, las emociones persistían más allá del deterioro. Arévalo, et al. (2013); Vallejo I Ruiloba (1998) de acuerdo con Balbuena (1991), definen la vida afectiva como el conjunto de estados que el sujeto vive de forma propia e inmediata (subjetividad), que influyen en toda su personalidad y conducta (trascendencia), especialmente en su expresión verbal y no verbal (comunicatividad) y que se distribuyen en términos duales como alegría-tristeza, agradable-desagradable, etc. Los autores afirman que la subjetividad es el componente esencial de los afectos y no es algo que pueda observarse por otros, sino que tiene que ver con las expresiones de la experiencia por medio de lo que el sujeto comunica y/o expresa. En tanto la trascendencia la relacionan con la ilusión recíproca que tienen los afectos sobre la personalidad del individuo en sus distintas dimensiones y sobre como orienta su conducta. Para lo que respecta a la comunicatividad entran en juego la influencia y la participación de los afectos puestos en la comunicación como necesidad particular del sujeto de comunicarlos y expresarlos con los demás y en un determinado contexto, como puede ser la familia.

La reminiscencia, en tanto pensada como función y diversos propósitos que actúan en la identidad, (Chaudhury, 1999 citado en Salazar, 2007), también considerada la actividad psíquica universal, posibilita el recordar relatando o pensando actos, hechos, vivencias del pasado, con una carga afectiva que se integra al pasado y al presente dándole continuidad, actúa positivamente en la autoestima, refuerza la identidad como fundamento de la estabilidad psicológica y permite así la resignificación (Scolni, 2013; Salazar, 2007).

Salazar (2007), destaca el potencial positivo que tienen las actividades de reminiscencia utilizadas por gerontólogos, sobre todo para las personas con DTA. Para Solis-Vivanco (2012, citado en Salazar, 2007), las emociones actúan como determinante sobre los recuerdos así, afecta lo que se percibe, lo que se recuerda y las cualidades que le son otorgadas y se presenta mayor facilidad al recordar y lo que tiene más carga emocional, incluyendo los episodios autobiográficos.

El efecto de consolidación que tienen las emociones sobre el recuerdo está asociado a lo que representa bienestar para la persona. Según Fontán, (2015) el pasado psíquico tiene que ver con la evocación, permite así, reconocer los recuerdos en contexto espacio-temporal, mientras que otros se evocan en función del vínculo cognitivo o semántico.

Izzicupo et al expresan que las personas afectadas por el proceso de deterioro cognitivo durante un tiempo largo continúan presentando reactividad emocional y relacional,

manteniendo sus necesidades de participación, comunicación, apego, inclusión y reconocimiento. (2009 p.16),

## **7 . Narrativas: Historias de vida, Identidad, y afecto.**

Harún Oda (2014), expresa que la narrativa es una forma de construir realidad, por lo que sería más bien una “ontología”, y al mismo tiempo más que una metodología, como señalara Jerome Bruner (1988).

La realidad, desde sus de representaciones debe de ser develada y entendida desde sus significados y relaciones, tanto manifiestas como latentes.

Bolívar (2002) y Oda (2014), expresan que la narrativa no tiene solamente las dimensiones de la experiencia vivida, va mas allá y actúa de mediadora de la experiencia propia, configurando lo que denomina la construcción social de la realidad. Agrega que desde una perspectiva narrativa se prioriza al yo dialógico, a su naturaleza relacional y comunitaria. Por lo tanto para el autor la subjetividad es una construcción social, que se conforma inter-subjetivamente mediante el discurso comunicativo.

María Noel López y Adriana Rovira (2013), señalan que la forma en que las personas construyen su proceso narrativo y cómo se ubican dentro de él, permite ver cómo se piensan a sí mismas y cómo se ubican dentro de tal proceso. Para Iannarelli lo importante es estar y sostener la intención comunicativa siendo partícipe, más allá del resultado de la comunicación (...) le resulta relevante el “capturar la emoción que se encuentra debajo de las palabras” (2012, p.5).

En cuanto a la construcción narrativa, en el encuentro clínico, Berriel y Pérez expresan que siempre es un encuentro comunicacional, en donde “hay en el texto del paciente una narración biográfica, una temporalidad que se despliega a medida que el paciente se va encontrando con su historia discursiva” (2007, p.93).

En el caso de las personas con DTA, su estructura narrativa resulta significativamente compleja, ya que los mecanismos psicológicos asociados a los trastornos de memoria en la EA, presentan por ejemplo lo que los autores denominan “rumiación psíquica” y que aparece por medio de repetición en la narrativa. En la misma plantean Berriel y Pérez (2007) se da un doble registro que repercute en la construcción de la estructura de la narrativa. Se presentan así lógicas temporales que son contradictorias que co-existen de forma simultánea y se van configurando desde tres dimensiones: lo olvidado, lo recordado, y lo repetido. Green, (2000) para referirse a este hecho, utiliza el término “temporalidad fragmentada” . Esto designa, que en la persona tiene que ver con algo de sí mismo en donde la temporalidad, los lugares, momentos y experiencias pueden a ser re-vividos, re-presentificados. La persona queda entre el pasado y el presente por un lado fragmentado y

por el otro linealmente unido, en donde los dos tiempos aparecen en ocasiones en forma paralela y ésta lo experimenta, trayéndolo en su discurso.

En relación a esto, Berriel y Pérez (2007), expresan que en consulta aparecen los narradores primigenios perdidos (padres), los cuales constituyen un factor primordial, siendo a partir de la muerte de ese *otro que es significativo*, y que por lo general aparece asociado a la figura de los padres, es que se construyen los olvidos y recuerdos que posteriormente aparecen en el encuentro clínico en forma de un discurso que se torna recurrente.

En las narrativas de las personas con EA se presentarán nuevos órdenes discursivos y temporalidades que tienen que ser tomadas en cuenta, para poder llegar más allá de lo dicho, y adentrarse en el terreno de lo simbólico

En las personas con la EA, suelen presentarse registros narrativos en donde por un lado se expresa la necesidad de encuentro con un ser querido, (ya muerto) o algo que va a hacer el mismo y por otro el tener conocimiento de que esa persona está ya fallecida. Este tipo de incongruencias narrativas representan realidades opuestas desde lo dicho de forma simultánea, sin embargo cuando refieren a actividades significativas o que pertenecían al orden de lo cotidiano en algún momento de su vida también puede expresar recuerdo o reminiscencia.

María de 85 años había vivido toda su vida en el campo, en la localidad de Campaño. Luego de ser diagnosticada con DTA, se muda con su familia a Montevideo a un apartamento. Todos los días al atardecer solía sentarse frente a la ventana a mirar a lo lejos. A medida que la EA avanza comienza a decir de forma repetitiva: “atrás del cerro están las ovejas, papá va a ir a buscarlas”, sin embargo cuando se le pregunta algo más, María expresa que vive en Montevideo, no hay cerros a lo lejos sino apartamentos, y que su padre falleció ya hace años. Lo que describe con su narrativa de forma repetida es lo que ella vio durante toda su vida en la casa de sus padres. Tal vez por alguna razón la silueta de los apartamentos a lo lejos a esa hora del día le recordaba la forma de los cerros y la actividad que su padre llevaba a cabo antes de que el sol se fuera. Berriel y Pérez, (2007) expresan que en el discurso se expresan contrariedades que coexisten simultáneamente, “lo cual da lugar a la instauración de un proceso narrativo que se configura a partir de un doble registro donde lo real cotidiano temporoespacial y lo real simbólico (re-construcción subjetiva) coexisten” (p.94).

Los autores expresan que no solo debe de hacerse un doble registro sino también una doble articulación de escucha. La misma debe de tener en cuenta las particularidades de la historia de vida y la identidad de las personas, de modo que permita identificar los elementos vinculados al recuerdo y la reminiscencia a través de lo dicho.

Lo recordado tiene un momento temporal que no siempre coincide secuencialmente con la realidad en las personas con EA, pasado y presente aparecen casi en un mismo plano y a la

vez, y “se desdobra a su vez en dos dimensiones: lo recordado que posee un orden autobiográfico e histórico similar a otros pacientes que no presentan DTA, y lo recordado repetido, que vuelve una y otra vez” (Berriel y Pérez, 2007 p.96).

Elvira, diagnosticada con EA desde hace 4 años se levanta todos los días a primera hora de la mañana, los días de frío repite: “que frío que está con la helada y ahora hay que ir a levantar el maíz, con el rastrojo que te lastima los pies”. Elvira habita una casa en la ciudad, después de que repite este relato, sigue hablando de otras cosas referentes al lugar donde realmente vive en la actualidad. Cuando sus familiares le preguntan sobre lo dicho, cuenta que cuando era niña la familia era muy pobre y tenía que salir toda la familia, incluyendo a los niños (su hermano con seis años), a levantar la cosecha del maíz aún habiendo helada, y el rastrojo les lastimaba los pies (corta).

Berriel y Pérez (2007), expresan con respecto a la dimensión del olvido que en ella se constituyen los elementos que no afloran en el discurso pero que también conforman el proceso narrativo, quedan en lo no dicho y son parte de la historia subjetiva del paciente. Los autores señalan que el mecanismo de olvido tiene dos características, el proceso que hace posible el recuerdo (activo), y el que queda unido a la noción de pérdida vinculada a lo olvidado. Así como el recordar implica una finalidad el olvido también la tiene, ambos son formas activas que conforman un mismo proceso. El olvido auspicia de barrera frente al dolor, a lo no elaborado, a lo que se vuelve intolerable para el aparato psíquico. Junto con el recuerdo regulan los aspectos subjetivos que hacen a la identidad en el reconocimiento del “sí mismo” (self). Siendo así, parte de su tejido autobiográfico aparecerá en algún punto de su narrativa. Lo repetido como tercera dimensión, se presenta mediante diversas intensidades en forma de discursos persistentes en la narrativa. Podría considerarse que actúa de forma selectiva según la carga afectiva depositada en el contenido de lo que se repite, ya que suele aparecer generalmente en narrativas asociadas a experiencias significativas de la historia de vida (positivas o negativas), las cuales se siguen resignificando en el “presente”. Señalando las investigaciones sobre memoria y emocionalidad en la EA, que se presentaron previamente, cabe destacar que las emociones asociadas a experiencias significativas se mantenían en el tiempo.

Resignificar es “la posibilidad de poder hallar nuevas relaciones entre los sucesos vitales y con ello realizar un proceso continuo de interconexión entre el pasado, el presente y el futuro” (Berriel y Pérez, 2007 p.98). Bruner (1991, citado en Berriel y Pérez, 2007), plantea que existen aspectos de la forma de narrarse de una persona que se relacionan con la manera de estructurar su memoria, confeccionar un contexto interpretativo, adquirir sentido como sujeto y adquirir una temporalidad. Los autores expresan que la construcción de la narrativa está siempre relacionada con la identidad, definiendo ésta como un proceso que

está en continua construcción y a la vez representa la ficción que es elaborada por el sujeto. Guardando así relación directa con su experiencia en relación.

Montenegro y Pujol (2003, citado en Oda, 2014) señalan que las personas son ricas en experiencia vivida, que sólo una fracción de esta experiencia puede relatarse y expresarse en un determinado momento, y que una gran parte de la experiencia vivida queda inevitablemente fuera del relato dominante acerca de las vidas y las relaciones de las personas. La experiencia puede considerarse individual o colectiva (p.32).

Mendoza (2005) señala que la memoria colectiva, según Halbwachs se considera el proceso social en donde el pasado vivido se reconstruye y es experimentado por un grupo determinado, comunidad o sociedad, por lo tanto en diversos casos, los recuerdos individuales no guardan distinción máxima con respecto a los recuerdos del grupo, ya que los primeros son parte de las rememoraciones del segundo

Según Enrique Pichon-Rivière, el grupo “es la unidad básica de interacción y de sostén de toda estructura social” y puede definirse como el “conjunto restringido de personas ligadas por constantes espacios temporales, articulado en su mutua representación interna se propone en forma implícita y explícita una tarea que conforma su finalidad interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles” (1981 p.142).

Mediante la narrativa el sujeto intenta recuperar parte de su self, re-construir su Yo, tiene que ver con el intento de mantener su identidad y conservarse a sí mismo, en calidad de sujeto, aún en los procesos más severos de deterioro que pueda transitar.

La comprensión de las narrativas también está condicionada con las construcciones de sentido existentes en torno a la EA y a las personas con la DTA. Frente al estigma y a la discriminación, se crean valorizaciones negativas se invisibilizan o anulan las posibilidades de hacer visibles los aspectos saludables que tienen las personas que transitan procesos de salud-enfermedad que de ante mano quedan asociados al deterioro y a la incapacidad.

Cabe indicar que las experiencias biográficas de la persona con DTA, están interrelacionadas con las de los integrantes de su núcleo familiar como grupo, mediante una historia familiar en común, el vínculo y los roles que cada uno desempeña en relación con el del otro (madre-hija, hermana-hermano, abuelo-nieto, etc); por lo tanto existen ciertas “lecturas” que pueden hacerse en las narrativas que son entendidas por los familiares, y que sin embargo para poder acceder a ellas, se necesario conocer aspectos particulares de la historia de vida.

Tal es el caso de Roberto, quien toda su vida fue músico, tocando el violín. Al no poder vivir ya solo, se muda con la familia de su hijo, observan que avanzada la EA, permanece gran tiempo sentado escuchando música clásica que es de su gusto, notan que comienza a hacer una serie de movimientos repetidos con los dedos de una de las manos sobre el dorso de la otra y los familiares lo asocian al deterioro de la enfermedad, hasta que uno de

los nietos (también músico con manejo de instrumento de cuerdas), se da cuenta que lo que estaba haciendo eran las notas, colocando los dedos en la posición en que irían en las cuerdas del violín. A partir de que la familia se da cuenta le consiguen otro violín, por lo que pudo conectarse con aspectos muy positivos y significativos para sí. Este ejemplo, habla de que hay aspectos individuales de las personas que solo pueden “leerse” cuando existe cierta información de por medio. La colaboración de los familiares es facilitadora a la hora de intentar re-construir aspectos significativos de la identidad de las personas con DTA para recuperar parte de sí mismos.

Resulta relevante indicar que Aulagnier (1994), señala el concepto de “fondo de memoria” como la manera de intentar mantener parte de su historia, en él Berriel y Pérez sostienen que se halla el entramado de las composiciones biográficas (2007 p.101). Los autores expresan que para Aulagnier, ese tejido será, lo que posibilita asegurar “lo que se ha sido y también lo que se deviene” (p.101). Aparentemente, la repetición indicaría seguir recordando de alguna manera, significaría un lugar desde donde las personas intentan conservar los aspectos más subjetivos y relevantes, representa una vuelta a su punto de partida, un auto-reconocimiento dentro de la pérdida de sí mismos, una búsqueda. Lo que podría significar secundariamente una forma de resistir al deterioro desde los aspectos más resilientes. “El texto configurado desde una lógica de *doble registro* tiene un poder de sostén subjetivo y un valor de comunicación a nivel clínico, ya que éste sostiene significativamente el texto histórico al cual se aferra para mantener ciertos referentes identificatorios” (Berriel y Pérez, 2007 p.101), a la vez, como plantean los autores, necesitamos poder alejarnos de la noción de repetición como síntoma, para poder comenzar a construir nuevas formas de intervención, a modo de soporte, lo cual requiere el armar los pedazos de lo que se muestra, sosteniendo a la vez una comunicación que se presenta de una manera diferente y des-cubrir, de-velar, es decir; permitir correr el velo a lo que se ve, para adentrarse en lo que la persona detrás del paciente necesita.

Resulta relevante el poder identificar en las narrativas de las personas con DTA, los aspectos concernientes a la subjetividad de los sujetos de consulta, en donde los sentidos aparecen, pudiendo trabajar desde los aspectos más saludables que se conserven ligados al self en su identidad, al afecto y a los vínculos más significativos para la persona.

Harún Oda a través de palabras de Carlos Whiterell (1998), expresa que el valor del estudio de la narrativa de una comunidad excluida reside en poder entrar a la vida del otro y entre los dos hacer una conversación viviente. En ese sentido la narrativa también significa un medio de inclusión, porque posibilita al oyente a unirse como compañero de viaje del otro, y afirma que en ese proceso puede suceder que las personas se descubran más sabias, más comprensivas, más receptivas, más nutridas e incluso hasta curadas (2013 p.21).

## 9 . Conclusiones

En nuestro país se están abriendo nuevos caminos en lo que hace a la construcción de sentidos asociados a la E.A., tanto en el ámbito institucional en lo que refiere a salud mental como a nivel comunitario, aún así existe socio-culturalmente, la idea instaurada en forma general, de que las personas con DTA, pierden la razón, la totalidad de la memoria, y dejan de sentir. Por lo tanto, con esta representación de la enfermedad centrada desde el deterioro y la pérdida, se inhabilita en cierta medida la posibilidad de reconocimiento de los aspectos saludables que se conservan en todo proceso de salud enfermedad.

Con este trabajo se ha intentado primeramente repensar nuevas maneras de percibir las demencias y la EA en relación a los conceptos de salud, enfermedad, y vejez, y por otro plantear la necesidad de visibilizar que el recuerdo en relación a lo biográfico y las emociones siguen conservándose en distintos grados, más allá del deterioro presente, ligados al afecto y a la identidad de las personas. Esta diferencia de conceptos, produce de antemano un cambio sustancial en los vínculos que las personas con DTA, establecen en la familia a partir del diagnóstico, y recupera el lugar de sujetos. Desde los aspectos más vinculados a la profesión se establece la necesidad por un lado de investigar, y por otro de articular conocimientos que devienen desde diversas perspectivas y que además de significar una lectura más precisa y amplia sobre del tema, permite el pensar en la forma de instrumentar la aplicación de multitécnicas en la clínica, en dispositivos como el grupo operativo y los talleres en promoción en salud mental, en espacios donde la escucha en un doble registro que exige las narrativas de las personas con EA, sean comprendidas tomando en cuenta su multidimensionalidad y su particularidad.

Crear rutas y estrategias profesionales habla de una profesión “viva”, que dentro de su encuadre toma la plasticidad necesaria para pensar en lo singular e individual, que está detrás del diagnóstico y así, atender e intervenir sobre lo no dicho.

Explorarlo, permite colaborar en el trazado de nuevos proyectos de vida que se ajusten al presente de la realidad de todas las personas mejorando su calidad de vida y el trayecto por los procesos que transitan y comparten.

Tener en cuenta que cada demencia y cada persona que la transita desde distintos lugares tienen una historia en su pasado, una construcción en su presente, un sí mismo/a que es narrado y un futuro que aunque impredecible merece ser soñado, deseado, pensado y proyectado, desde sí mismo, con otros y en el encuentro.

El cierre de este trabajo no representa algo finalizado o concluido, sino una próxima apertura profesional en el área de las demencias.

## Referencias bibliográficas

- Abellán, I. et al. (2008), *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. Cataluña: SNS.
- Ajuriaguerra, J.; Rego, A.; Richard, J. y cols. (1970): *Psychologie et Psychometrie du Vieillard. Confrontations Psychiatriques*, Psychopathologie de la Vieillesse. Francia: Veillard.
- Alzheimer Disease International ADI(2012). *World Alzheimer Report. Overcoming the stigma Of dementia*. Londres: ADI. Recuperado de: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2012.pdf>
- Apud, I., Borges, C. y Techera, A. (2013); *La sociedad del olvido, un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. CSIC, Udelar. Uruguay: CSIC.
- Aramburu, J., Da Silva, L, Giménez, K. (2017), *Medicina tradicional: curas psicológicas y espirituales. Etno-Medicinas, prácticas y conocimientos tradicionales producidos por diferentes pueblos y culturas*. Medicina Popular: viejas y nuevas prácticas. Programa Antropología y salud FHCE, Udelar Sonia Romero Gorski (coord).
- Ardila, A. y Ostrosky, F. (2012) *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. Florida Internacional University, Miami, EEUU.
- Arévalo, C. et al. (2013) *Temas de psicopatología*. Semiología. Montevideo. Psicolibros.
- Arroyo, E., Chamorro, J., y Poveda, J. (2013), *Memoria procedimental en pacientes con la enfermedad de Alzheimer*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(4):402-13
- AUDAS (2016), *Plan Nacional de Demencias para la República Oriental del Uruguay*. Propuesta de políticas públicas para promover y garantizar los Derechos Humanos de las personas con demencia y sus familiares en el país. Uruguay: AUDAS
- Aulagnier, P. (1986). *Un intérprete en busca de sentido*. México: Siglo XXI Editores.
- Aulagnier, P (1991) *Construir (se) un pasado*. Revista de Psicoanálisis APdeBA. XIII (3): 441- 467.
- Aulagnier, P (1994) *Un intérprete en busca de sentido* (1ra. Ed. en castellano. M del P. Jiménez Traduc.) México: Siglo XXI. (El trabajo original fue publicado en 1986)
- Aulagnier, P. (1994) *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1994b) *Los dos principios del funcionamiento identificador: permanencia y cambio*” En: *Cuerpo, historia, interpretación*. Bs. As.: Paidós
- Baddeley, A. y Wilson, B. (1986) *Amnesia autobiographical memory and confabulation*. In D. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory*, (pp. 225–252.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Batsch N. y Mittelman M. (2012). *World Alzheimer Report 2012: Overcoming The Stigma of Dementia*. Londres: Alzheimer`s Disease International (ADI).

- Bayés, R. (2009). *Sobre la felicidad y el sufrimiento. Discurso de Investidura como Doctor en Psicología, "Honoris Causa" por la UNED*. Madrid, 22 de Enero de 2009. España: <file:///C:/Users/karina/Desktop/bayes%202009%20SOBRE%20LA%20FELICIDAD%20Y%20EL%20SUFRIMIENTO.pdf>
- Benedet, M. J. (2003). *Metodología de la investigación básica en neuropsicología cognitiva*. Revista de Neurología, 36 (5) Recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/2001318>
- Benedict, R. (1971), *El hombre y la cultura*. Argentina: Centro Editor de América Latina
- Berriel, F. y Pérez, R (2007) *Alzheimer y Psicoterapia, Clínica e investigación*. Uruguay. Psicolibros
- Berriel, F, Carbajal, M., Paredes, M. y Pérez Fernández, R. (2012). *Qué es para usted envejecer? Envejecimiento y representación social en Uruguay desde una perspectiva intergeneracional. La sociedad uruguaya frente al envejecimiento de su población*. Cap.1. Montevideo: UdelaR.
- Berriel, F., Leopold, L. y Pérez, R. (1998) *Factores afectivos y vinculares en la enfermedad de Alzheimer*. Revista de investigación de Facultad de Psicología, 1(1):p.73 - 82). Recuperado de: <http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompletos/udelar/198801018.pdf>
- Bertalanfy, L. V. (1976) *Teoría general de los sistemas*. México: FCE
- Boas, F. (1964) *Cuestiones Fundamentales de la Antropología Cultural*, Capítulo IX Primeras manifestaciones culturales, Argentina. Solar.
- Bolívar, A. (2002). "¿De nobis ipsis silemus?": Epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 4 (1). Recuperado de: <http://redie.uabc.mx/vol4no1/contenido-bolivar.html>
- Butler, R. N. (2001), *Ageism*. En G. L. Maddox (ed) *The encyclopedia of Aging*. A Comprehensive Resource in Gerontology and Geriatrics. Nueva York: Springer
- Braudel, F. (1990) *La historia y las ciencias sociales*. España. Alianza Editorial.
- Breuer, Josef y Sigmund Freud: *Estudios sobre la histeria* en: *Obras Completas*, Vol. II, Amorrotu, B. Aires, 9ª Edición, 1996, Cap. IV, p. 264, ISBN 950-518-578-2 (Traducción del alemán por José Luis Etcheverry, título original: *Studien über Hysterie* (1895).
- Bruner, J. (1988). *Realidad mental, mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.
- Castoriadis, C. (1989). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets
- Castoriadis, C. (2008), *El mundo fragmentado*. La Plata: Derramar Ediciones
- CELADE (2009), CEPAL), *El envejecimiento y las personas de edad: indicadores Sociodemográficos para América Latina y el Caribe* (Chile:CEPAL Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1350-envejecimiento-personas-edad-indicadores-sociodemograficos-america-latina-caribe>

- Comfort, A. (1977): *Una buena edad, la tercera edad*. Madrid: Debate
- Dalpé, Y. (2014) *Le modèle biomédical est périmé* Le Soleil, Le dimanche 26 août,  
 Recuperado de: <https://www.lesoleil.com/archives/le-modele-biomedical-est-perime-783acfc79b25c5023f243dc31e3d8853>
- Dansilio, S. (2013) *Neuropsicología del desarrollo durante la edad Escolar*. Uruguay: UdelaR.
- Deep, P. (1999) *Les modèles biologiques et biopsychosociaux de la santé et de la maladie en dentisterie* J Can. Canadá, October 1999, Vol. 65, No 9.
- Dibot, C. (2017) *Comentarios sobre el curandero y su Don: desde la lectura de Roberto J. Bouton*. Medicina Popular: viejas y nuevas prácticas. Programa Antropología y salud FHCE, UdelaR
- Ey, H. (1995). *Tratado de Psiquiatría*. España: Masson
- Fernandez, J. (2009) *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba.*: Universitat de València, Departament de Antropologia Social, España.
- Fernández y Vila (2012), *Hacia un modelo de atención centrada en la persona*. Nosotros los Mayores del siglo XXI núm. 139 enero-febrero 2012. Alzheimer Catalunya. Recuperado de: <http://enfoquebiopsicosocial.blogspot.com/2012/03/hacia-un-modelo-de-atencion-centrada-en.html>
- Fontán L. (1991), *Semiología de la Memoria*. En: Dalmás F. La memoria desde la Neuropsicología. Montevideo: Roca Viva Editorial, 1993
- Fontán, L. (2015), *Semiología de la Memoria* Tendencias en Medicina • Agosto 2015; Año X N° 10:151 157. Recuperado de: [http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes10p/art\\_24.pdf](http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes10p/art_24.pdf)
- Fontoura, F. y Moreira, V. (2017) *Preparados enteogénicos en etnomedicinas*. Medicina Popular: viejas y nuevas prácticas. Programa Antropología y salud FHCE, UdelaR
- Foucault, M. (2004). *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires: FCE
- Foucault M. (2014) *Historia de la locura en la época clásica II*. Buenos Aires. FCE.
- Geertz, C. (2003), *La interpretación de las Culturas*. España: Gedisa
- Green, A. (2000). *El tiempo Fragmentado*. Bs. As.: Amorrortu
- Hornquist, J.O. (1989): *Quality of life: concepts and assessment*. Scand J, Soc.Med.,18,  
 Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2320980>
- Iannarelli, A. (2012) *La demenza e la comunicazione Regole semplici per una un'interazione felice con un malato di Alzheimer*. Artiterapie, Quadrimestrale, Anno V.N°18, 2012, Roma, Italia: Nuova Associazione Europea per le artiterapie
- Innes, A. y Manthorpe, J. (2013) *Developing theoretical understandings of dementia and Their application to dementia care policy in the UK*. *Dementia*, 12(6). London DOI10.1177/147130121244258

- Izzicupo, F. et al. (2009) *Alzheimer: Conoceré la malattia per saberla affrontare*. Italia:Il Pensiero Scientifico. Recuperado de: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_opuscoliPoster\\_109\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_109_allegato.pdf)
- Jalinière, H. (2014), "Alzheimer la mémoire s'en va, les émotions restent" publicado en la Revista Cognitive and Behavioral Neurology Recuperado de: [https://www.sciencesetavenir.fr/sante/alzheimer-les-emotions-persistent-malgre-l-oubli\\_27925](https://www.sciencesetavenir.fr/sante/alzheimer-les-emotions-persistent-malgre-l-oubli_27925)
- Kitwood T: (1990), *The dialects of dementia: with particular reference to Alzheimer's disease*. Ageing and Society, 1990; 10, 177-196. Recuperado de: <https://www.scie-socialcareonline.org.uk/the-dialectics-of-dementia-with-particular-reference-to-alzheimers-disease/r/a1CG000000GYDuMAO>
- Kitwood T, Bredin K: (1992) *Towards a theory of dementia care: personhood and well-being*. Ageing and Society, 1992; 12: 269-287 Recuperado de: <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/towards-a-theory-of-dementia-care-personhood-and-wellbeing/DE0F3973C5539C0BDC499660609DF96B>
- Kitwood, T. ([1997] 2012). *Dementia reconsidered, the person comes first*. Open University Press, Buckingham. Krassoievitch, M. [1993] 2005), *Psicoterapia Geriátrica*. México: F.C.E. ISBN 968-16-3883-2
- Laplanche y Pontalis (1979) *Diccionario de Psicoanálisis*. España. Labor.
- Lawton, M.P. (2001): *Quality of life and the end of the life*. En J.E. Birren y K.W. Schaie (eds.): handbook of the psychology of aging (5<sup>th</sup>ed). USA: Academic Press Springer
- Le Disert-Jamet, D. (1995), *Approche psychosociale de la démence: construction et déconstruction de soi et prise en charge de la maladie*. Gérontologie et Société,
- Lescano R (2003) *Sistema límbico, emoción y clínica*. II Congreso Internacional de Neuropsicología en internet. Recuperado de: <https://vdocuments.mx/sistema-limbico-y-emociones-lescano.html>
- Libman G. (1977) *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Science. Vol.196, Estados Unidos: American Association for the Advancement of Science (AAAS),
- López J., y Agüera L. (2015), *Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría*. Revista Psicogeriatría 2015; 5 (1): 3-14 Instituto de Salud Carlos III (J. López-Álvarez, L.F. Agüera-Ortiz). CIBERSAM (L.F. Agüera-Ortiz). Madrid, España.: Recuperado de: [https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0501/501\\_0003\\_0014.pdf](https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0501/501_0003_0014.pdf)
- López, M. y Rovira, A. (2013) *Recomendaciones para el Abordaje Integral de la Demencia*, MSP, Dirección Nacional de la Salud, 1º Edición. Uruguay: MSP
- Maddox, G. L. (1963), *Activity and morale: A longitudinal study of selected elderly subjects*.

*social Forces*. EEUU: NOC

- Manito, MS; Funes, HE (1996) *Breves actualizaciones sindrómicas sobre demencia*. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Alcmeon 16, marzo de 1996 V.4, N° 4.  
Recuperado de: URL: [http:// www.alcmeon.com.ar/4/16/a16\\_04.htm](http://www.alcmeon.com.ar/4/16/a16_04.htm)
- Mesulam, M. (2000). Aging, Alzheimer' disease, and dementia: Clinical and Neurobiological Perspectives. In Mesulam, M. (dir.). 2.<sup>a</sup> ed. Principles of behavioral and cognitive neurology. Nueva York: Oxford University Press
- Martínez, T. (2011), *La atención gerontológica centrada en la persona*. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Gizartea Hobetuz España, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Martínez, M.; Menéndez, M. (2006) *Estudio comparativo de la eficacia de los fármacos anticolinesterésicos en la función cognitiva de pacientes con Enfermedad de Alzheimer* *Arch Med* 2006; 2 (5).
- Mead, M. (2006) *Cultura y compromiso*. El mensaje de la nueva generación. Barcelona: Gedisa
- Medina, J. (2008) *Nuevos desarrollos en el enfoque neurocientífico de la memoria*.  
*Aperturas psicoanalíticas*, Recuperado de:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2579387>
- Mendoza, J. (2005) *Exordio a la Memoria Colectiva y el Olvido Social*. *Athenea Digital*, N° 8:  
1-26 2005 Recuperado de:  
<https://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/39149/39011>
- Mendilaharsu, C. (1981), *Estudios Neuropsicológicos: Las Demencias*. T. I y II. Montevideo: Delta.
- Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay (2015), *Recomendaciones para el Abordaje Integral de la Demencia*, MSP, Dirección Nacional de la Salud, 1º Edición. Uruguay: MSP
- Montenegro, M. y Pujo, J. (2003) *Un forcejeo entre el relativismo construccionista y la necesidad de fundamentar la acción*. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España : *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* - 2003, Vol. 37, Num. 2 pp. 295-307
- Nordenfelt, L. (1993): *Quality of life, Health and Happiness*. Aldershot, Avebury Recuperado de: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:17056/FULLTEXT01.pdf>
- Oda, H. (2014) *Verdad monolítica v/s Memorias colectivas. Los relatos subalternos como resistencia a las amnesias de la historia oficial de la violencia política de la dictadura chilena*. En: *Contribuciones a la Psicología Política en América Latina: contextos y*

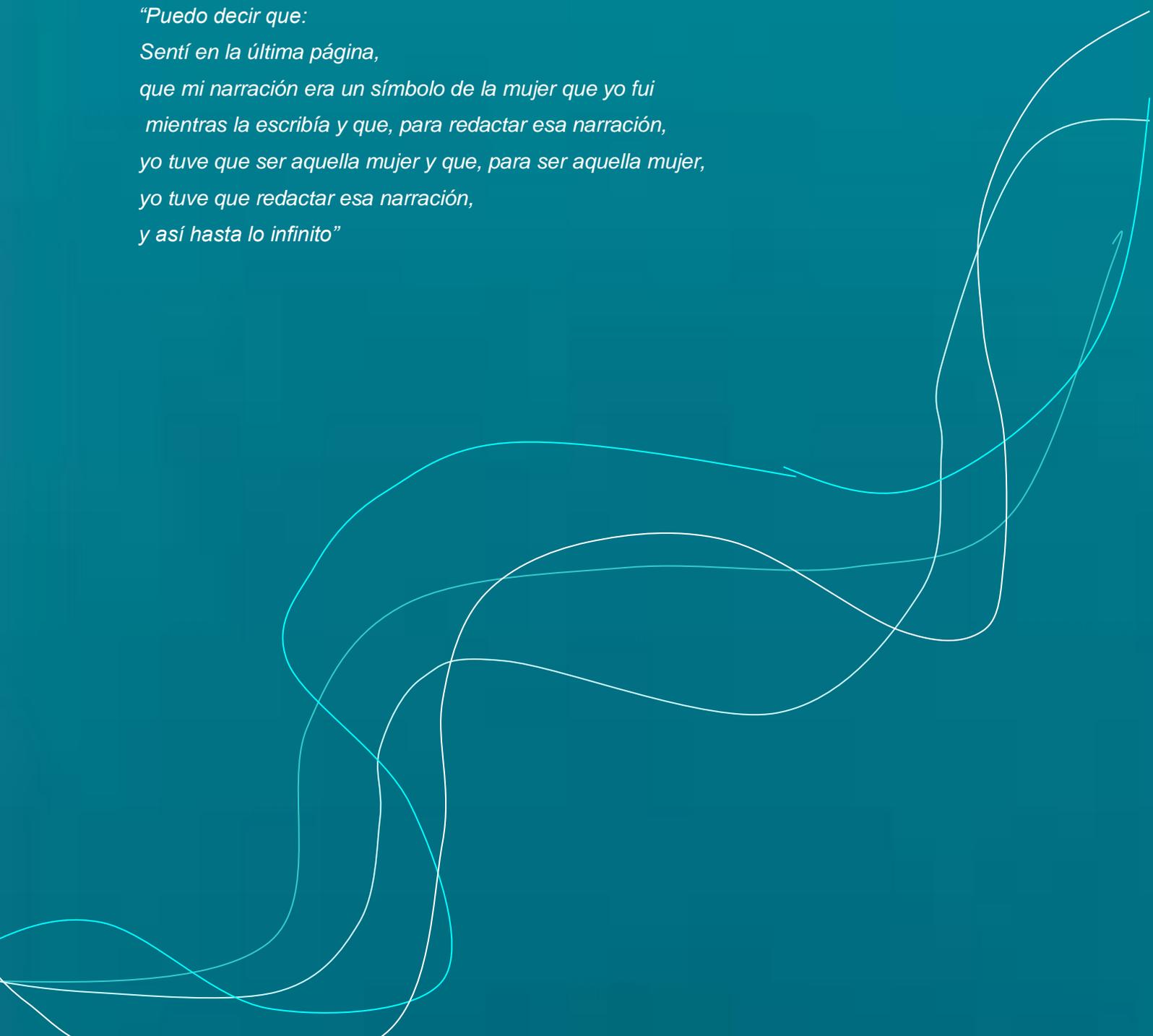
- escenarios actuales. Chile: Centro de Estudios Enzo Faletto. Universidad de Santiago de Chile
- OEA, (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en la 45ª Asamblea General de la OEA*  
<http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/56286/1/convencion-interamericana->
- OMS (2006) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Documentos básicos, Suplemento de la 45ª edición, octubre de 2006. 51ª Asamblea Mundial de la Salud. Estados Unidos: OMS. Recuperado de: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- OMS (2013) *Plan de acción sobre salud mental 2013 – 2020*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud: OMS
- OMS (2017) Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia. 70.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD del 3 de abril de 2017. Recuperado de: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA70/A70\\_28-sp.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_28-sp.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud y Alzheimer's Disease International (2013) *Demencia una Prioridad de salud pública*. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256\\_spa.pdf;jsessionid=7B5E8D2DD](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256_spa.pdf;jsessionid=7B5E8D2DD)
- Paredes, M. (2017), *El proceso de envejecimiento demográfico en el Uruguay y sus desafíos*. CEPAL. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/enfoques/proceso-envejecimiento-demografico-uruguay-sus-desafios> 1/10/2018
- Pérez, R. (2007). *La construcción psicosocial de las imágenes del cuerpo en el proceso de envejecimiento* En: Pérez Fernández, R. (Compilador, 2007) *Cuerpo y subjetividad en la sociedad contemporánea*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Pérez, R. (2009); *La Dimensión Psicológica de los Recuerdos y los Olvidos en Mujeres Mayores con Queja Subjetiva de Memoria. Un estudio desde la perspectiva de las participantes de un programa universitario de salud*. Centro de Postgrado, maestría en salud mental. Udelar.
- Pérez, R. (2013) *Salud Mental, Demencias y Políticas Públicas en América Latina: deconstruyendo viejos y nuevos paradigmas*, NIEVE, IPS, Facultad de Psicología, Udelar. Uruguay. Recuperado de: [https://www.academia.edu/5544249/Salud\\_Mental\\_Demencias\\_y\\_Pol%C3%ADticas\\_P%C3%BAblicas\\_en\\_Am%C3%A9rica\\_Latina\\_deconstruyendo\\_viejos\\_y\\_nuevos\\_paradigmas\\_Mental\\_Health\\_Dementias\\_and\\_Public\\_Policies\\_in\\_Latin\\_America\\_deconstructing\\_old\\_and\\_new\\_paradigms](https://www.academia.edu/5544249/Salud_Mental_Demencias_y_Pol%C3%ADticas_P%C3%BAblicas_en_Am%C3%A9rica_Latina_deconstruyendo_viejos_y_nuevos_paradigmas_Mental_Health_Dementias_and_Public_Policies_in_Latin_America_deconstructing_old_and_new_paradigms)
- Pérez, R. et al. (2013), *Dispositivos clínicos y psicoterapéuticos de abordaje de las demencias*. Talleres de Memoria, Identidad y creatividad: sistematización y

- parámetros de evaluación. Talleres de Memoria, Identidad y creatividad: sistematización y parámetros de evaluación. Grupo de Investigación e Intervención en Demencias Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento (NIEVE) IPS, Facultad de Psicología, UDELAR. AUDAS: UdelaR.
- Pérez , R (2013) *Salud Mental, Demencias y Políticas Públicas en América Latina: deconstruyendo viejos y nuevos paradigmas.*
- Pérez Martínez, V. (2006) *Demencias: su enfoque diagnóstico.* *Rev Cubana Med Gen Integr*, oct.-dic. 2006, vol.22, no.4 ISSN 0864-2125.
- Pérez ,R . Berriel, F. y Charamelo, A. (2005) *La intervención Psicológica en las demencias.* En: Universidad de Bs. As. *Memorias de XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur: Avances, nuevos desarrollos e integración regional.* Agosto de 2005; 3: 417 – 419
- Pichon Riviére, E (1981), *Diccionario de Psicología Social.* Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pichón Riviére, E. (1982), *El Proceso Grupal.* Buenos Aires: Nueva Visión.
- Portnov, L. (1995) *Actualización clínica de la enfermedad de Alzheimer.* *Revista argentina de clínica neuropsiquiátrica*, Alcmenon 4, (2). Recuperado de: [https://www.alcmeon.com.ar/7/28/alc28\\_09.htm](https://www.alcmeon.com.ar/7/28/alc28_09.htm)
- Reisberg B, Kenowsky S, Franssen EH, Auer S, Souren (1999) L.E.M. President's Report: Towards a science of Alzheimer's disease management: A model based upon current knowledge of retrogenesis. *International Psychogeriatrics*; 11, 7- 23.
- Rodríguez, J (2004) *Cínica móvil: el socioanálisis y la red.* Montevideo: Psicolibros
- Romero, S. (2006), *Parte I, Descompensación y riesgo en el sistema de atención.* *Programa de Antropología y Salud.*, Facultad de Humanidades y Cs. de la Educación. UdelaR
- Sabat T. y Harre R. (1992), *The construction and deconstruction of self in Alzheimer's disease.* *Ageing and Society.* 1992; 12,
- Sabat, S. R. (1994). Excess Disability and Malignant Social Psychology: A Case Study of Alzheimer's Disease. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 4(3):157 -166.
- Salazar, M. (2003) *Identidad personal y memoria en adultos mayores sin diagnóstico de demencia y con enfermedad de Alzheimer: características subjetivas, evolutivas y mnemónicas de su recuerdo autobiográfico.* Tesis para optar al grado licenciatura en psicología. Universidad de Costa Rica
- Salazar, M. (2007), *Identidad personal y memoria en adultos mayores sin demencia y con enfermedad de Alzheimer.* Instituto de Investigaciones Psicológicas Universidad de Costa Rica. *Actualidades en Psicología*, 21, 2007, 1-37. Recuperado de: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/72939/26-112-1-PB.pdf?sequence=2>

- Salvarezza, L. ([1988] 2011). *Psicogeriatría, Teoría y Clínica*. Buenos Aires. Paidós..
- Samper N, Llibre, Rodríguez, J, Sosa, S, & Solórzano J. (2011). *Del envejecimiento a la Enfermedad de alzheimer*. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 10(3), 319-327. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729519X2011000300010&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2011000300010&lng=es&tlng=es) 01 /10/2018
- Schultes-Evans y Hofmann, (2004), *Las plantas de los dioses*. México: Fondo de cultura
- Scolni, Mirta (2013). *Taller de reminiscencias resignificando recuerdos y experiencias con Adultos mayores concurrentes a un hogar de día*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación 9º Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires, Recuperado de: <https://www.academica.org/000-054/596.pdf>
- Selmes, J., & Selmes, M. (2000). *Vivir con... la enfermedad de Alzheimer*. España: Meditor.
- Shumacket, S. y Naughton, M.(1995) *The International Assessment of Health-Related Quality of Life: a theoretical perspective*. En: Shumaker S, Berson R, editors. *The international assessment of healthrelated quality of life: theory, translation, measurement and analysis*. Oxford: Rapid Communications
- Siksou, M. (2008) *Psychologie de la santé*, *Psychologie clinique*. Institut de psychologie, Le Journal des psychologues .sept. 2008/7 (nº 260) Université Lumière France: CAIRN
- Squire, L. (1986) *Mechanisms of memory* Jun 27;232(4758):1612-9. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3086978>
- Tulving, E. (1989) *Remembering and knowing the past*. Recuperado de: <http://alicekim.ca/AmSci89.pdf>
- Tylor, E. (1871), *Cultura primitiva I, Los orígenes de la cultura*. Madrid: Ayuso
- Vallejo I. y Ruiloba, J. (1998). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Vázquez, F. (2001). *La Memoria como acción social: relaciones, significados e imaginario*. España: Paidós.
- Vásquez , A. (2015). *Manual de Introducción a la Psicología Cognitiva*. Montevideo: UdelaR
- WHO/ADI - World Health Organization / Alzheimer´s disease International (2012) Report: *Dementia. A public Health priority*. Londres: WHO.
- Yanguas J. y Pérez, M. (1997), *Apoyo informal y demencias. ¿Es posible explorar nuevos caminos?* Centro Gerontológico de Eibar. Diputación Foral de Guipúzcoa Master de Gerontología Psicosocial. Universidad del País Vasco. PROELSA. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1997/vol1/arti3.htm>

*Basándome en la obra de José Luis Borges,  
La busca de Averroes, El Aleph (Borges, 1998, pp.40-41)*

*“Puedo decir que:  
Sentí en la última página,  
que mi narración era un símbolo de la mujer que yo fui  
mientras la escribía y que, para redactar esa narración,  
yo tuve que ser aquella mujer y que, para ser aquella mujer,  
yo tuve que redactar esa narración,  
y así hasta lo infinito”*

The image features several abstract, white, hand-drawn lines on a teal background. These lines are fluid and organic, starting from the bottom left and moving towards the right side of the page. They form a complex, overlapping pattern that resembles a stylized signature or a decorative flourish. The lines vary in thickness and curvature, creating a sense of movement and depth.

Las narraciones son algo más que el producto de las personas, a través de las mismas éstas pueden construir y construir-se.

“Cuando una persona tiene Alzheimer es narrada por sus familiares  
“El se olvida de todo, yo te cuento”...

Apuntamos a que las personas puedan narrarse, contarse por si mismas, reforzando la construcción de su identidad (quien es) y la construcción de nuevas narrativas a partir del momento en que está viviendo.

Para (Piera Aulagnier, 1994) es hacerse de un pasado propio sobre el que se pueda sostener y le garantice a su vez, ser el propietario de esa historia. (Berriel y Pérez, 2007, p. 114).

*En: Berriel, F. y Pérez, R. (2007 p.114). Alzheimer y Psicoterapia. Clínica e investigación.. Montevideo: Psicolibros*

Gracias!!