



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD MENTAL**



**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**

**Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay**

Autor:
Robert Pérez Fernández

Tutor:
Luis V. Leopold

Montevideo, 2009

*Para mis hijos, Javier y Gastón,
memoria, alegría y futuro*

*A la memoria de
la "vieja guardia" del Sindicato de Funsu,
mujeres y hombres libres
que construyeron una escuela de vida*

RECONOCIMIENTOS Y AGRADECIMIENTOS

A lo largo del proceso de elaboración de esta tesis, varias personas e instituciones me han acompañado y apoyado solidariamente. Entre ellos, quisiera mencionar a:

La Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, por darme la oportunidad de estudiar estos temas y por animarse. La Facultad de Psicología de la Universidad de la República por los apoyos y estímulos recibidos para realizar este trabajo. Vaya mi reconocimiento para ambas instituciones.

A Luis Leopold, por su continuo apoyo y habilitación. Ha sido un placer el trabajo compartido.

Al grupo “dale que va”, académicas/os y científicas/os que desde las más diversas partes del mundo llevan adelante una revolucionaria acción en pro de la democratización y socialización del conocimiento.

Muy especialmente para mis queridas/o compañeras/o del Servicio de Psicología de la Vejez de la Facultad de Psicología: Fernando Berriel, Mónica Lladó, María Carbajal, Rita Amaral y Adriana Rovira. Interlocutores críticos y agudos, sin miedo a los debates y con una enorme capacidad de brindar amistad, afecto y habilitación. Todos ellos, entrañables compañeros.

A la Dra. Alicia Kabanchik, por su lectura siempre aguda y su generosidad para realizar aportes.

A las participantes de las entrevistas en profundidad y del grupo focal. Mujeres comprometidas y solidarias que me permitieron acercarme a conocer parte de su vida e historia. Si bien no es posible aquí explicitar sus nombres, a cada una de ellas mi profundo reconocimiento.

A Javier y a Gastón por permitirme enseñar y por enseñarme obstinadamente a aprender. Y por supuesto, a Alicia, compañera de días y noches, con el placer de caminar juntos.

*“Los recuerdos verdaderos
parecían fantasmas,
mientras los falsos eran tan convincentes
que sustituían la realidad”*
Gabriel García Márquez

*“hay quienes imaginan el olvido
como un depósito desierto, una
cosecha de la nada y sin embargo
el olvido está lleno de memoria”*
Mario Benedetti

*“los días y las noches
están entretejidos de memoria y de miedo,
de miedo que es un modo de la esperanza,
de memoria, nombre que damos
a las grietas del obstinado olvido”*
Jorge Luis Borges

“Sólo el deseo y la memoria salvan el futuro”
Fernando Ulloa

*"La memoria salva, escoge, filtra, pero no mata.
La memoria y el deseo saben que no hay presente vivo
con pasado muerto
ni habrá futuro sin ambos".*
Carlos Fuentes

RESUMEN

En los programas de salud para adultos mayores, la consulta por Quejas Subjetivas de Memoria (QSM) es de las más comunes. En la población que solicita ingresar al “Programa de prevención de los trastornos memoria” (PM) de la Facultad de Psicología, esta queja subjetiva en general está acompañada de algún indicador de componentes afectivos y sufrimiento psicológico. Partiendo de un concepto multidimensional de memoria, el presente estudio busca comprender, en las participantes del PM, las principales condiciones de producción de los recuerdos y los olvidos en la vida cotidiana y su vinculación con aspectos psicológicos y psicosociales.

Se diseña una investigación cualitativa de tipo inductivo - comprensivo. Las participantes son mujeres adultas mayores del PM, con QSM. Se utilizó una estrategia metodológica de triangulación de técnicas: Entrevistas en Profundidad y Grupo Focal. El marco general de orientación metodológica de la investigación está dado por la “*Grounded Theory*” (Teoría Fundamentada) con un enfoque constructivista, aunque con algunas modificaciones.

Se concluye que en las personas estudiadas existe un sufrimiento psicológico que se deposita en el plano cognitivo, donde es percibido como socialmente habilitado de expresarse. Se identifican dos componentes psicológicos vinculados a la constitución de la QSM: Una desmotivación general por incorporar nuevos hechos y la reiteración de pensamientos que se pretenden olvidar. En las participantes, una percepción de mayor vulnerabilidad física y social, junto a una concepción negativa de la vejez, se articulan con aspectos de su historia de

vida e identidad, facilitando una vivencia de soledad y tiempo vacío. Esto hace que no se pueda satisfacer la necesidad generativa de sentirse útil y necesitada por otros, dificultándose la elaboración de un proyecto de vida. Se cierra así un círculo que lleva a la desmotivación y reiteración cotidiana, facilitando la expresión del malestar psicológico en el plano cognitivo y la construcción de la QSM.

En función de los hallazgos anteriores, se proponen algunos parámetros para delimitar técnicamente una estrategia de intervención psicoterapéutica en Salud Mental, tanto en el plano microsocial, como en el de las políticas públicas.

Palabras Clave: Recuerdos, Olvidos, Queja Subjetiva de Memoria.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
SIGLAS.....	9
I – INTRODUCCIÓN.....	10
El Programa Psicosocial de Prevención de los Trastornos de Memoria.....	10
Declive Cognitivo Asociado al Envejecimiento y Declive Cognitivo Leve. Unas categorías en debate.....	14
Estudios Sobre Diferentes Características De las Participantes del PM.....	20
Deterioro cognitivo y escolaridad.....	20
Deterioro cognitivo, red social y rasgos de personalidad.....	21
Viejos – jóvenes y viejos – viejos.....	25
Quejas Subjetivas de Memoria y Deterioro Cognitivo.....	25
Trastornos de Memoria y Factores Psicosociales y Culturales.....	28
Factores Protectores y de Riesgo de la Población del PM.....	35
II – FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	36
Envejecimiento y Salud Mental. Relevancia Social del Tema.....	36
El Envejecimiento y la Vejez como Campo de Estudio.....	38
Envejecimiento y Salud Mental. Aspectos psicosociales.....	38
El envejecimiento como parte del ciclo vital.....	40
La vejez como producción subjetiva.....	44
La Memoria Como Campo de Estudio.....	46
Los modelos de procesamiento de la información.....	51
Aspectos neurobiológicos de la memoria y el olvido.....	56
La progresiva organización de la memoria en el contacto con el medio... ..	61
La memoria como construcción social.....	62
Estudios sobre memoria y emoción.....	66
Aspectos cognitivos y emocionales en la constitución del psiquismo Los aportes del Psicoanálisis.....	69
Las falsas memorias.....	72
La Multidimensionalidad de la Memoria.....	74

III – EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y LOS OBJETIVOS.....	79
Hipótesis Iniciales.....	82
Preguntas Anticipatorias.....	84
Definición del Problema.....	85
Objetivo General.....	86
Objetivos Específicos.....	86
IV – METODOLOGÍA.....	87
Tipo de Estudio.....	87
Diseño.....	89
Participantes.....	92
Instrumentos.....	94
Entrevista en Profundidad Individual.....	94
Grupo Focal.....	96
Registro, análisis de los datos y codificación.....	97
Marco Institucional y Aspectos Éticos.....	99
V – RESULTADOS.....	101
Las Diferentes Dimensiones de los Recuerdos y de los Olvidos.....	102
Dinámica de los Recuerdos y de los Olvidos.....	102
Historia de Vida e Identidad.....	109
Estrategias de Expresión del Deseo.....	119
Percepción Subjetiva de la Vejez.....	126
Percepción de la Etapa Vital Actual.....	132
Proyecto de Vida.....	142
Síntesis Analítica de los Resultados.....	145
VI – DISCUSIÓN.....	149
Mecanismos Psicológicos y Psicosociales de las Quejas Subjetivas de Memoria.....	149
Las Estrategias Adaptativas: La Tensión Entre Dependencia Afectiva e Independencia Social.....	157
La Percepción de la Vejez, el Tiempo y el Proyecto de Vida.....	161
Aportes para una Estrategia de Intervención en el Trastorno de Memoria Funcional.....	167
Alcances del Estudio.....	169
VII – CONCLUSIONES.....	172
VIII – REFERENCIAS.....	178

SIGLAS

AMQ - Mujeres adultas mayores que participan del Programa Psicosocial de Prevención de los Trastornos de Memoria y presentan alto índice de quejas subjetivas de memoria sin patología mayor de base (sin demencia ni depresión).

DCE- Declive Cognitivo Asociado al Envejecimiento (Aging- Associated Cognitive Decline, en inglés originalmente)

DCL- Declive Cognitivo Leve (Mild Cognitive Impairment, en inglés originalmente)

DME- Declive de Memoria Asociado a la Edad (Age Associated Memory Impairment, en inglés originalmente)

DTA- Demencia Tipo Alzheimer

EA- Enfermedad de Alzheimer

EP - Entrevistas en Profundidad Individuales.

GF - Grupo Focal

MCP - Memoria a Corto Plazo

MLP - Memoria a Largo Plazo

MS - Memoria Sensorial

PM - Programa Psicosocial de Prevención de los Trastornos de Memoria

QSM – Queja Subjetiva de Memoria (Subjective Memory Complaints, en inglés originalmente)

SPV- Servicio de Psicología de la Vejez, Facultad de Psicología, Universidad de la República.

TMF - Trastorno de Memoria Funcional (Functional Memory Disorder, en inglés originalmente)

I - INTRODUCCIÓN

El Programa Psicosocial de Prevención de los Trastornos de Memoria

Desde el año 1998 en el Servicio de Psicología de la Vejez (SPV) de la Facultad de Psicología, Universidad de la República, se desarrolla el “Programa Psicosocial de Prevención de los Trastornos de Memoria” (PM). Se trata de un programa docente – asistencial, en el cual realizan su pasantía estudiantes avanzados y egresados de la Licenciatura en Psicología. Este programa se propone el abordaje de tres problemáticas: a) Elevado número de personas mayores que presentan quejas subjetivas de las funciones cognitivas, junto a la escasez de servicios socio-sanitarios de Uruguay que aborden esta problemática desde una perspectiva de prevención y promoción de salud; b) Poca capacitación de la mayoría de los egresados de la Facultad de Psicología para planificar y desarrollar programas de intervención psicológica desde una perspectiva psicosocial, en el área afectivo – cognitiva con adultos mayores; c) Necesidad de producir conocimientos desde la psicología en el tema de la relación afectos – cognición en adultos mayores (Pérez, 2004: 1).

El PM trabaja desde una perspectiva de Atención Primaria de Salud, en sus dimensiones de promoción y prevención. Su diseño implica el desarrollo de talleres de estimulación de memoria y una evaluación psicológica y cognitiva básica individual (pre – post taller) dirigida a adultos mayores de 60 años que consultan por dificultades de memoria. Los talleres son grupales y se desarrollan en 18 sesiones de una hora y media, con una frecuencia semanal (Pérez, 2004; Carbajal, 2007). A todas las personas que solicitan atención,

se les realiza una evaluación individual de las funciones cognitivas y psicológicas, a partir de la aplicación de determinadas pruebas neuropsicológicas de control (como el test de examen mental mínimo, MMS de Folstein y diferentes pruebas del protocolo de Montevideo) y psicológicas (entrevista psicológica y dibujo de la figura humana, entre otros). Luego de la evaluación inicial, ingresan a los talleres personas que no presentan un trastorno mayor asociado a la dificultad de memoria. De esta forma, los talleres se conforman por sujetos que presentan Quejas Subjetivas de Memoria (QSM), Declive Cognitivo Asociado al Envejecimiento (DCE), Declive Cognitivo Leve (DCL) o que presentan algún indicador afectivo asociado sin alteración del potencial cognitivo. En los casos que se detecta una patología mayor, tal como demencia, afasia, depresión, o síntomas psicológicos severos (por ej. delirios), la persona es derivada a otras instancias pertinentes para su atención, como puede ser la realización de un estudio neurocognitivo completo, una consulta psicológica, evaluación médica o exámenes paraclínicos, entre otros.

En el PM se busca comprender las dificultades de memoria que presentan los consultantes desde una perspectiva integral y compleja, que incluya los componentes cognitivos, afectivos, vinculares, funcionales y somáticos asociados al trastorno de memoria. Cada grupo de Taller se organiza en base a la combinatoria de tres criterios: escolaridad, diagnóstico cognitivo y características de personalidad.

Por tratarse de un programa docente – asistencial en la Universidad de la República, busca cumplir con los tres fines de la misma: enseñanza, extensión e investigación. La función de enseñanza se lleva adelante por medio de la capacitación teórica – práctica y supervisión directa que realizan los docentes del trabajo de campo de los pasantes. Los estudiantes llevan adelante diferentes aspectos operativos del PM, incluidas las entrevistas

diagnósticas pre- post y la planificación e instrumentación de los Talleres. La función Extensión se desarrolla básicamente en su modalidad de asistencia, con la atención a la población consultante. Respecto a la investigación, el PM es un lugar de investigación clínica respecto a modalidades de intervención comunitaria en problemas de memoria no severos, vinculado a la Clínica Psicológica de Trastornos Cognitivos del SPV y su programa de investigación, de donde han surgido sus principales referentes teóricos – técnicos.

El PM es el primero en el país en realizar enseñanza con los futuros Licenciados en Psicología en el tema, articulada con la atención comunitaria de personas mayores en el campo de los trastornos de memoria, desde una perspectiva de prevención y promoción de salud. Eso ha implicado que el propio programa ha ido adaptando sus instrumentos diagnósticos y técnicos, acorde a los nuevos conocimientos producidos en el mismo y en otros centros de investigación. Esta situación de cambio y renovación continua implica una dificultad a la hora de sistematizar y comparar los datos de los instrumentos aplicados desde 1998. No obstante esto, desde el año 2002 existen fuentes de datos disponibles que permiten analizar retrospectivamente las principales características de la población objetivo. En el período que va desde el año 2002 al 2008 inclusive, las principales características de los sujetos que participaron del PM son:

- Población por sexo: En el período señalado participaron del PM un total de 190 personas, de las cuáles 180 son mujeres (95%) y 10 hombres (5%).
- Edad: El rango de edad fue 57 - 88 años. Se incluyen aquí cinco personas menores de 60 años que fueron admitidas en el PM. La media y la mediana de edad es de 71.
- Escolaridad: 52 personas (27%) tienen estudios de primaria, 68 (36%) estudios secundarios y 70 (37%) estudios terciarios.

- ▢ Residencia. La mayoría no convive con otras generaciones en su hogar y casi la mitad de ellas vive sola, según el siguiente detalle: 85 personas viven solas (45%); 45 con su esposo/a (24%); 19 con su esposo/a y otro familiar (10%); 27 con un hijo/a (14%) y las restantes 14 (7%) viven con otras personas. Los 10 hombres participantes viven con su pareja.
- ▢ La mayoría (75%) manifiesta contar con recursos sociales buenos y muy buenos
- ▢ Clínicamente, en la entrevista psicológica la mayoría manifiesta diferentes grados de malestar subjetivo e insatisfacción con la calidad de las relaciones interpersonales, lo cual se refleja en la alta frecuencia de indicadores emocionales que aparecen en los diagnósticos.
- ▢ Diagnóstico al ingreso del PM: Casi la totalidad manifiesta una mala percepción de su memoria, confirmándose esto objetivamente en las pruebas básicas, sólo en un tercio de las personas, las que fueron diagnosticadas como DCE y DCL. De la totalidad de los participantes, 121 personas (64%) fueron diagnosticadas como QSM sin indicadores claros de deterioro cognitivo; 57 (30%) tuvieron diagnóstico de DCE, y 12 (6%) fueron diagnosticadas como DCL.
- ▢ Junto al diagnóstico en la esfera cognitiva, la mayoría de las participantes presenta indicadores de algún trastorno en la esfera afectiva o vincular que podía estar incidiendo en su autoevaluación de memoria. Es así común que asociado al diagnóstico cognitivo, en la Historia Clínica aparezcan señalamientos tales como “presenta importante monto de angustia debido a su situación familiar”, “presenta indicadores clínicos de ansiedad, vinculados a...”, “se angustia al pensar en su futuro,

por temor a perder la memoria”, “se encuentra angustiada debido a dificultades de relacionamiento con sus hijos”, etc.

- De las 190 personas que participaron del PM en el tiempo señalado, 134 (70%) presentan este tipo de indicadores de trastornos en la esfera afectiva o vincular que podía incidir en la autoevaluación de memoria. En esta población, estos indicadores se comportan de forma inversa al grado de deterioro cognitivo. Esto implica que en las personas con menos déficits objetivos de memoria, hay mayor incidencia de estos factores afectivos y vinculares. De esta forma, de las 121 personas que fueron diagnosticadas como QSM, 93 de ellas (77% de este grupo) presenta algún tipo de indicador emocional. Por su parte, dentro de las 57 personas con diagnóstico de DCE, 37 de ellas (65%) presentan este tipo de indicador. A su vez, en el grupo de 12 personas con diagnóstico de DCL, este porcentaje se invierte, presentando solo 4 de ellas (33%) indicadores emocionales.

Declive Cognitivo Asociado al Envejecimiento y Declive Cognitivo Leve. Unas Categorías en Debate

Entre la cognición normal y la demencia, pueden aparecer una serie de déficits cognitivos factibles de incrementarse con los años. Durante mucho tiempo se sostuvo la hipótesis que en las personas mayores, este tipo de déficits cognitivos que no llegaban al rango de demencia, podían ser parte de un proceso “natural” del envejecer y que, de por sí, no representaban una patología. La mayoría de los investigadores en neuropsicología está de

acuerdo en que existen algunos aspectos cognitivos que tienen una mayor apoyatura en aspectos biológicos, tales como la memoria de trabajo o las funciones ejecutivas, y que éstas son esperables que disminuyan su rendimiento con la mayor edad. Sin embargo, la significación última de estos déficits que no clasifican como demencia, su valor clínico, su relación con otros factores y su pronóstico, es un tema de debate actual.

Diferentes clasificaciones han intentado definir este estado de déficits cognitivos que no implican demencia. Así, tomando sólo los tres últimas décadas, aparece en el año 1986, la propuesta de Crook, Bartus, Ferris, Whitehouse y Gershon, de incluir el concepto de “*Age-Associated Memory Impairment*” (Declive de Memoria Asociado a la Edad - DME) a los efectos de identificar aquellas personas mayores que presentaban algún tipo de trastorno de memoria pero que mantenían bien las demás funciones. Sin embargo, al limitarse la clasificación a los déficits de memoria exclusivamente, en la práctica clínica este término resultó extremadamente restrictivo y no avanzó mayormente respecto a la clasificación anterior de “olvido senil benigno”, pues dejaba de lado a todo un sector de adultos mayores que presentaban otros déficits cognitivos que no implicaban un compromiso de la memoria o una demencia.

En función de ello, en el año 1994 Levy introduce el término de “*Aging-Associated Cognitive Decline*” (Declive Cognitivo Asociado al Envejecimiento- DCE), a los efectos de incluir esta población no demenciada que presenta algún trastorno menor en alguna de las funciones cognitivas (memoria, aprendizaje, atención, concentración, pensamiento, lenguaje o capacidad visoespacial), pero que se mantiene autoválida. Estos trastornos se asociarían al envejecimiento cerebral y no implicarían de por sí una patología mayor.

Sin embargo, algunos estudios desarrollados posteriormente pusieron de manifiesto que las personas ancianas con estos déficits constituyen una población con riesgo de desarrollar enfermedades neurodegenerativas, tales como demencias tipo Alzheimer. En el año 1997 Petersen, Smith, Waring, Ivnik, et. al., proponen el concepto de “*Mild Cognitive Impairment*” (Deterioro Cognitivo Leve – DCL), que es el que actualmente engloba mayoritariamente los anteriores conceptos de déficits cognitivos asociados al envejecimiento. De esta forma, el DCL implica un grupo de personas que presentan algunos déficits cognitivos objetivos que no llegan a clasificar como demencia.

No obstante lo específico del criterio de clasificación de la entidad DCL (Petersen et. al., 1997), el verdadero alcance de este tipo de trastornos no es claro aún, existiendo una discusión en el ámbito científico respecto a si se los puede considerar como una entidad única en sí misma que implica un estado intermedio entre la cognición normal y la demencia, o si debe considerarse directamente como una fase inicial de la demencia, o si por el contrario, este tipo de trastornos responden a otros componentes de tipo emocionales, que repercuten en la esfera cognitiva. Los estudios en este sentido no son concluyentes y el debate continúa abierto en la actualidad.

Por ejemplo, Lorenzo y Fontán, investigadores de la Universidad de la República, Uruguay, en su trabajo de revisión del año 2003 plantean que el DCL es una entidad patológica definida claramente, señalando diversos estudios y evidencia clínica que ponen de manifiesto la importancia de la misma, pues un importante porcentaje de las personas con DCL lo cursan como una etapa preclínica o inicial de la Enfermedad de Alzheimer. En esta misma línea van las conclusiones del trabajo de revisión que en el año 2005 presentaron Mulet, Sánchez-Casas, Arrufat, Figuera, et. al.. Estas investigadoras de la Universidad Rovira

i Virgili en España, luego de estudiar un grupo de 141 pacientes con DCL y un grupo control, concluyen que el DCL refiere a una entidad intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia, constituyendo las personas en esta situación, un grupo de riesgo de futura demencia. Más recientemente, en el año 2008, Chertkow, Massoud, Nasreddine, Belleville, et. al., en su meta-análisis sobre las publicaciones científicas realizadas sobre el tema entre enero de 1996 y enero del 2008, también presentan el DCL como un estado clínico entre el envejecimiento normal y la demencia en personas de edad avanzada. Estos investigadores de la Universidad McGill y del “*Bloomfield Centre for Research in Aging*” de Canadá, si bien reconocen que DCL implica un concepto todavía controvertido en la clínica - pues depende de los diferentes criterios de diagnóstico y definiciones de la pérdida de la memoria que se utilicen - señalan que la mayoría de las demencias son precedidas de una fase de DCL, por lo que concluyen que la población en esta situación es una población de riesgo.

A su vez, existen otra serie de estudios que plantean la escasa validez pronóstica del diagnóstico de DCL. En esta línea se ubican los resultados del estudio que Ritchie, Artero y Touchon, presentaron en el año 2001. Este equipo de investigadoras del “*Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale*” de Francia, trabajó sobre una muestra poblacional de 833 personas de más de 60 años de edad sin demencia, en la que identificaron a 308 personas con DCL que siguieron por un período de 3 años. Concluyen que el DCL no es una entidad clínica homogénea y que no tiene límites claros con sujetos normales, ni una fiable validez predictiva de demencia en la población general. Sin embargo, encuentran que las quejas subjetivas de mal funcionamiento cognitivo, cuando son verificadas por pruebas objetivas, tienen mayor poder predictivo de demencia. Por su parte, Dubois y Albert en su artículo de revisión del año 2004 plantean que la categoría de DCL incluye a sujetos muy heterogéneos

que puede incluir depresión solapada, envejecimiento fisiológico, y casos con enfermedad de Alzheimer inicial. Más recientemente, en el año 2008, desde la Universidad Nacional de Educación a Distancia de España, Díaz y Peraita luego de estudiar a 140 personas mayores de 58 años de Madrid, plantean que el DCL y sus subtipos - amnésico, no amnésico y mixto- no constituyen síndromes bien definidos, poniendo de manifiesto la ausencia de consenso en los límites de esta categoría. Ese mismo año 2008, un equipo de investigación francés integrado por Artero, Ancelin, Portet, Dupuy, et. al, presentan los resultados de una investigación longitudinal que estudió factores de riesgo de DCL y su progresión a demencia, comparándolos por género. Para ello, durante cuatro años trabajaron sobre una muestra inicial de 6892 personas de tres ciudades de Francia, mayores de 65 años y que vivían en la comunidad. Encuentran que hombres y mujeres tienen diferentes perfiles de riesgo tanto para DCL como para demencia. En el caso de los hombres los principales factores de riesgo identificados son la elevada masa corporal, la diabetes y el riesgo de infarto cerebral. En las mujeres los factores de riesgo identificados son un pobre desempeño en las actividades instrumentales de la vida diaria, un bajo nivel de educación y síntomas depresivos. En este estudio es relevante la diferencia de género planteada en los resultados, pues mientras que para los hombres los síntomas de riesgo hacen a hábitos y a efectos de enfermedades médicas, en las mujeres aparecen como factores de riesgo aspectos vinculados a la esfera emocional e instrumental.

Como queda planteado, el debate respecto a esta entidad y su valor predictivo continua abierto. También existe una discusión respecto a qué sería en definitiva este tipo de deterioro y al papel de algunos factores de tipo emocionales en su constitución y evolución. Aquí los estudios tampoco son concluyentes aun. A modo de ejemplo, Donoso, Venegas y Villarroel,

investigadores de la Universidad de Chile, en el año 2001, luego de estudiar durante 31 meses a 36 personas con un rango de edad de 60 - 84 años que fueron diagnosticados inicialmente como DCL, observan que al finalizar el estudio, un tercio evolucionó a Enfermedad de Alzheimer (EA), casi otro tercio mejoró cognitivamente luego del tratamiento de problemas emocionales y el restante tercio se mantuvo igual cognitivamente. Los pacientes que evolucionaron hacia EA no presentaban diferencias significativas en la evaluación neuropsicológica inicial de los demás sujetos. Mientras que en el grupo que evolucionó a demencia hubo un predominio de hombres, en el grupo que el DCL estaba ligado a factores emocionales, el predominio fue de mujeres. En todos los casos, no encontraron diferencias en cuanto a edad ni escolaridad. En base a esto, en sus conclusiones resaltan la alta incidencia de factores afectivos en la población que consulta por trastornos de memoria, además de señalar la dificultad de definir claramente los límites entre el envejecimiento normal, el DCL y la EA. Como contrapartida, otros investigadores, como por ejemplo Lorenzo y Fontán en el 2003, sostienen que en el envejecimiento normal no debería haber deterioro cognitivo ni queja subjetiva, por lo que cualquier trastorno de este tipo debería tomarse como parte de un estado patológico y no como un ente normal relacionado con el envejecimiento.

En estos debates, resulta relevante señalar algunos resultados (Donoso et. al, 2001; Artero et. al, 2008) que parecen indicar una diferencia por género en la construcción del cuadro de DCL, vinculándose en el caso de las mujeres, a aspectos relacionados con la esfera emocional y vincular. Esto es congruente con los estudios sobre el papel de las Quejas Subjetivas de Memoria que, a los efectos de ordenar la exposición, se presentará más adelante en un apartado específico.

Estudios Sobre Diferentes Características Que Presentan Las Participantes Del PM

Deterioro cognitivo y escolaridad

La población que consulta en el PM está constituida casi en su totalidad por mujeres con un alto nivel de escolaridad para su edad, lo cual constituye un factor protector y define un perfil de mayor reserva cognitiva. En el ámbito científico, existe un consenso respecto a que la educación es un importante factor protector del deterioro cognitivo, existiendo diversos estudios al respecto. A modo de ejemplo, Hall, Derby, LeValley et. al., en el año 2007 estudiaron 117 personas con Enfermedad de Alzheimer (EA) con un test específico y con los datos del “*Bronx Aging Study*”, estudio longitudinal al que pertenecían los participantes. Evaluaron los declives producidos a lo largo de los años en comparación con el nivel educativo, observando que en los sujetos con más años de educación, el declive se retrasaba. Sin embargo, una vez que éste se daba, era más acelerado en la población con mayor educación. Concluyen estos autores que las personas con más años de educación tendrían una mayor reserva cognitiva, o sea la posibilidad de mantener los aspectos funcionales por más tiempo a pesar del avance de la EA y que esa funcionalidad se perdería ya avanzada la enfermedad. A similares conclusiones, aunque desde otra perspectiva, llegaron Garibotto, Borrón, Kalbe et. al. en el año 2008, en un estudio multicéntrico europeo, que involucró a centros de investigación de Italia, Alemania, Reino Unido y Bélgica. En el mismo, se evaluó a 242 personas con probable EA, estudiando la relación entre educación y ocupación con el metabolismo regional cerebral de glucosa, utilizando neuroimágenes de tomografía por

emisión de positrones. Sugieren que la educación y la ocupación pueden aumentar la capacidad de reserva del cerebro y retrasar la manifestación clínica de la enfermedad de Alzheimer.

Deterioro cognitivo, red social y rasgos de personalidad

Otra característica de la población del PM es que, si bien casi la mitad vive sola, se trata de personas que no se encuentran aisladas y mantienen una importante red social. Esto último, constituye también un factor protector ante el declive cognitivo que ha sido ampliamente estudiado. Ya la clásica investigación de Sluzki de 1996, respecto al papel de las redes sociales en la salud en general, ha señalado que un empobrecimiento de la red social aumenta las probabilidades de enfermar y de morir de la persona, a la vez que reduce las posibilidades de rehabilitarse de enfermedades. En esta misma línea van los resultados del estudio de Yen, Yang, Shih y Lung del año 2004, quienes luego de investigar a 894 personas mayores de Taiwán que vivían en la comunidad, encuentran una fuerte correlación entre el deterioro cognitivo, un bajo nivel de enseñanza y una escasa participación en actividades sociales. Más recientemente y en forma específica, Crooks, Lubben, Petitti, Little y Chiu (2008) luego de estudiar la evolución en cuatro años de 2249 mujeres mayores que en el año 2001 no tenían demencia, concluyen que las redes sociales más grandes tienen una influencia protectora sobre la función cognitiva entre mujeres de edad avanzada.

Sin embargo, algunos investigadores han señalado que la influencia protectora de la red social no debería tomarse aislada, pues existen otros factores singulares de los sujetos de

tipo afectivo y de personalidad, que hacen a una determinada cualidad subjetiva de cómo la persona percibe y habita esa red, radicando en esto el potencial protector. Así, en el año 1995, Allard, Allaire, Leclerc y Langlois, luego de estudiar la relación entre bienestar psicológico, red social y consumo de psicofármacos en 500 ancianos que vivían en la comunidad en Canadá, concluyen que la calidad de las relaciones sociales de la persona, tiene una influencia directa en su bienestar psicológico y que ambos disminuyen el consumo de psicofármacos. En la medida que la persona se encuentra bien consigo mismo y con su entorno, consume menos psicofármacos. Si bien estos investigadores no avanzan más allá del nivel descriptivo de esta situación, sus hallazgos dejan planteada la pregunta respecto al papel que cumplen los psicofármacos, con todo su correlato de dependencia, en la búsqueda de una salida por la vía biológica, de conflictos que parecen ser planteados en la esfera psicosocial.

Otro estudio importante respecto al tema red social y factores afectivos, es el que Aquino, Russell, Cutrona y Altmaier realizaron en la Universidad de Iowa en 1996. Luego de estudiar a 292 ancianos que vivían en la comunidad, encontraron una fuerte correlación de la percepción de apoyos sociales con bajos niveles de depresión y satisfacción de vida. Más cerca en el tiempo, el año 2005, Duarte de Moraes, Bidone de Azevedo y Souza, presentan un estudio que llega a similares conclusiones. Este equipo de investigadores de la Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil, estudiaron con diferentes instrumentos y escalas a 400 personas mayores de Río Grande del Sur, identificando como factores relevantes para un envejecimiento exitoso las relaciones familiares y de amistad satisfactorias, la autopercepción de salud y bienestar, la capacidad funcional y el soporte psicosocial.

En forma más específica en este tema, Wang, Karp, Herlitz, Crowe, et. al. recientemente (2009) presentaron los resultados de su investigación, realizada en el estudio

longitudinal Kungsholmen de Estocolmo, Suecia. Estos investigadores trabajan sobre la hipótesis de que determinados rasgos de personalidad, como neuroticismo (*neuroticism*) y extroversión, influyen en el riesgo de demencia, pudiendo un estilo de vida activo e integrado socialmente actuar como factor protector. Para estudiar esto, realizaron un seguimiento durante 6 años a 506 personas mayores que al inicio del estudio no tenían demencia. Analizando las puntuaciones obtenidas inicialmente en pruebas específicas de personalidad, así como diferentes aspectos de la red y relaciones sociales de estos sujetos, y comparando las mismas entre los que en ese período se demenciaron y los que no, encuentran que el menor riesgo de demencia se da entre aquellos que en su personalidad combinan un bajo neuroticismo (“*low neuroticism*”), o sea personas con rasgos de personalidad calmados, relajados y autosatisfechos, con una alta extroversión (“*high extroversion*”), que implica un buen nivel de actividad, buenas interacciones en cantidad e intensidad, con capacidad de disfrute. Por su parte el grupo de personas que presentaban un bajo neuroticismo combinado con una baja extroversión (pocos contactos sociales, bajo nivel de actividad) tenían menos riesgo de demencia que las personas con alto neuroticismo y baja extroversión. En base a esto, concluyen en la importancia de atender a la relación rasgos de personalidad y estilo de vida para evaluar el riesgo de demencia. Si bien estudios longitudinales anteriores (por ej. Duchek Balota, Storandt y Larsen, 2007) hallaron una fuerte correlación entre rasgos de personalidad y DTA, la investigación de Wang et. al., significa un importante avance al correlacionar estos rasgos de personalidad con aspectos que pueden ser constitutivos de los mismos, como lo son los factores sociales. Estos hallazgos respecto a la influencia de factores de personalidad en la constitución de los deterioros cognitivos de tipo degenerativo en mayores, es congruente con los resultados de otros estudios sobre la etiología de las DTA y factores psicológicos

(afectivos, vinculares, de personalidad, etc), realizados en Alemania (Bauer, Stadtmuller, Qualmann y Bauer, 1995), Argentina (Kabanchik, 1996; Zarebski, 2005; Sánchez, Rubano, García, Cantero, et. al., 2007), Brasil (Catullo, 2004), EEUU (Malinchoc, Rocca, Coligan, Offord y Kokmen, 1997), España (Conde, 2001; Vázquez, 2003) y Uruguay (Berriel, Leopold y Pérez, 1998; Berriel y Pérez, 2007).

Las investigaciones recién citadas, si bien parten de referentes teóricos muy diferentes (tales como la teoría del estrés, de la personalidad, psicoanálisis, teorías psicosociales, etc.) y diferentes diseños (longitudinales, transversales, de tipo experimental, cuasi experimental, clínicos, etc), desde la perspectiva de cada una, proveen evidencia sobre el importante papel que tiene en la etiología de los deterioros cognitivos todo un campo de problemáticas que remite a factores psicosociales tales como la red social, la calidad de las relaciones interpersonales, los rasgos de personalidad y las emociones. Ponen de manifiesto el importante papel que estos aspectos tienen en la persona y en su bienestar, y por lo tanto en su estado de salud y, dentro de este, en su salud mental.

Este hecho de bienestar subjetivo, importante en cualquier edad de la vida, cobra especial importancia a medida que avanza la edad, pues, como ya ha demostrado Sluzki en 1996, la red social tiende a disminuir. Esta situación, cuando se correlaciona con determinados rasgos de personalidad, puede llevar a una situación de mucho riesgo psicológico y de salud mental, que resulte en un deterioro cognitivo masivo. Es así que, ante la disminución de la red social, en las personas mayores se hace necesaria una mejor calidad de las relaciones como factor protector. Según estos estudios, la posibilidad de una mejor calidad de las relaciones parece estar vinculada a factores psicológicos, tales como los afectos y los rasgos de personalidad.

Viejos – jóvenes y viejos - viejos

Las participantes del PM se encuentran dentro de un rango de edad que, si bien la mayoría aun pertenece a la franja etaria que los gerontólogos denominan como de viejos-jóvenes (“*old-young*”, hasta 75-80 años), se encuentra muy próxima o en transición a la siguiente etapa de los llamados viejos-viejos (“*old- old*”).

Algunos estudios han señalado que el paso de una categoría a la otra está definido, entre otras cosas, por una disminución en algunas funciones cognitivas (Lindenberger y Baltes, 1997; Moreno, Montañés, Cano, Plata y Gámez, 2005; Calero, Navarro, Gómez, López, et al, 2008). Para otros autores, este cambio de categoría está vinculado a una mayor dependencia y demanda de servicios, a una pérdida mayor de la autonomía funcional (Neugarten, 1999, citada por Tamer, 2008). Mas allá de los diferentes términos utilizados para clasificar estos grupos de edad, existe un consenso en que, a medida que se prolonga la expectativa de vida, la población de más edad presenta características biológicas y sociales de mayor vulnerabilidad y fragilidad, habiendo un marcado descenso de la funcionalidad próximo a los 80 años. En este caso, tampoco se han encontrado estudios anteriores que investiguen la vivencia subjetiva de encontrarse en esta franja.

Quejas Subjetivas de Memoria y Deterioro Cognitivo

Últimamente se le ha prestado cada vez mayor atención al papel que tienen las QSM como predictor de deterioro cognitivo. Sin embargo, al igual que sucede con la entidad DCL,

también en este punto los resultados de las investigaciones no son concluyentes y existe un debate al respecto.

Por un lado, una serie de estudios indican que la población con QSM tendría mayor riesgo de demencia. Tal es el resultado de la investigación realizada por Geerlings, Jonker, Bouter, Adèr y Schmand en el año 1999. Este equipo de la Universidad de Ámsterdam, trabajó en el estudio de envejecimiento de esta ciudad (*The Amsterdam Study of the Elderly – AMSTEL*), evaluando y siguiendo durante 3 años a 2169 personas que inicialmente vivían en la comunidad no demenciadas. Concluyen que las QSM se asocian con un aumento de casi el triple en el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer y que esta asociación no puede atribuirse a la depresión. A similares conclusiones llegaron Barnes, Schneider, Boyle, Bienias y Bennett en el año 2006. Este equipo del “*Rush Alzheimer’s Disease Center*” de Chicago, investigó posibles relaciones entre la enfermedad de Alzheimer y las QSM próximo a la muerte de las personas. Para ello evaluaron clínicamente a 90 sujetos. Una vez fallecidas estas personas, se estudiaron los indicadores biológicos de sus cerebros, encontrando una fuerte correlación entre las QSM y los marcadores biológicos de la enfermedad de Alzheimer, planteando que esto no se podría explicar por posibles efectos de síntomas depresivos. Corresponde señalar que en este estudio no fueron tenidos en cuenta los hallazgos de investigaciones anteriores, como por ejemplo el estudio longitudinal de Bonn (citado por Lehr, 1988), en donde se observó que en muchas personas mayores aparecía un deterioro cognitivo masivo previo a la muerte. Desde otra perspectiva teórica y metodológica, el estudio que Graciela Zarebski presenta en el año 2005, reafirma esto.

En relación a las QSM, existen también algunos estudios que, buscando comprender el tema, introducen otros factores de análisis, sosteniendo que las QSM aisladas, por sí solas, no

pueden ser consideradas como un predictor de declive cognitivo. En esta línea se encuentra la investigación realizada en la ciudad de Nueva York en el año 2007 por Glodzik-Sobanska, Reisberg, De Santi, Babb et. al., quienes estudiaron la probabilidad de que el deterioro aumente con una mayor intensidad de la queja subjetiva. Luego de realizar un seguimiento durante 8 años a 230 personas mayores de 50 años, concluyen que si bien la presencia de QSM puede ser un indicador de declive de futuro, la mayor intensidad de las mismas, junto a síntomas afectivos, lleva a una inestabilidad del diagnóstico clínico.

Otros estudios, relacionan directamente las QSM con factores psicológicos. Tal es el caso de la investigación realizada en la ciudad de París por Derouesne, Rapin y Lacomblez en 2004, quienes concluyen que QSM se relaciona con trastornos que denominan psico-afectivos tales como ansiedad y depresión. Por su parte, en St. Louis, EEUU, Pearman y Storandt (2004 y 2005), investigadoras del Departamento de Psicología de la Universidad Washington, encontraron una fuerte relación entre QSM, ansiedad y rasgos de personalidad (autoestima, neuroticismo, etc.). En sus estudios, aparece una fuerte correlación entre la autoestima y la QSM, aspectos ambos que parecen potenciarse mutuamente de forma negativa: una baja autoestima favorece las QSM, lo cuál, a su vez, producen una menor autoestima. Estos aspectos correlacionan a su vez con elementos de ansiedad detectados en los sujetos de esta muestra. Finalmente, existe otra línea de investigaciones similares a estas, que relacionan las QSM con factores afectivos (Hänninen, Reinikainen, Helkala, Koivisto et. al., 1994; Allegri, Taragano, Feldman, Harris y Tagle, 2000; Antikainen, Aninen, Honkalampi, Hintikka et. al., 2001; Cianciarullo, Vieira, Zazo y Ferreira, 2008). A los efectos de una mejor organización de la exposición, estos estudios serán descriptos más adelante en un apartado específico del capítulo fundamentación teórica.

Desde la perspectiva del presente trabajo, es relevante señalar que todos los estudios recién planteados, son consistentes en sus resultados con los que relacionan las demencias tipo Alzheimer con factores psicológicos (Bauer et. al, 1995; Kabanchik, 1996; Berriel et. al., 1998; Conde, 2001; Vázquez, 2003; Catullo, 2004; Sánchez et. al., 2007; Berriel y Pérez, 2007). En su conjunto, ponen de manifiesto un campo de problemáticas que vincula factores psicológicos (emocionales y de producción de sentido) con los déficits cognitivos en los adultos mayores. En este campo se incluyen varios de los estudios sobre QSM.

Trastornos de Memoria y Factores Psicosociales y Culturales

Los seres humanos, desde la perspectiva estrictamente genética y biológica, son casi idénticos entre sí, independiente de las etnias. Esta afirmación es válida también para el cerebro humano al nacimiento. Sin embargo, el cerebro va cambiando y se va diferenciando en cada persona, en función de los afectos y del pensamiento, ambos relacionados con el universo social y cultural en que esté inserta la persona. Desde la Psicología Cognitiva, Jerome Bruner en 1991 ha visto en esto, un ejemplo de como lo social y cultural modela lo biológico. Desde el campo de las Neurociencias, en el año 2004 Francisco Lopera ha refrendado ese planteo. Este investigador del Grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia, Colombia, luego de realizar un análisis filogenético respecto a la evolución de las estructuras biológicas necesarias para lograr la cognición humana y revisar algunos aspectos ontogenéticos, concluye que el cerebro humano, al nacimiento está dotado de unos aspectos básicos, los cuáles van adquiriendo su forma definitiva en la adultez, a partir de cómo la

persona va construyendo la conciencia de sí mismo y el acceso al mundo de lo simbólico y de la cultura. Así, los patrones genéticos aportan la base estructural, capacidades y potencialidades, pero el desarrollo de la persona, de su conciencia de sí mismo y de los demás, depende fundamentalmente de lo social y cultural. Esta tesis desde las neurociencias, es coherente con los resultados de los estudios gerontológicos respecto a que las personas, a medida que envejecen, son más diferentes entre sí, en función de su historia y de las formas de significar la realidad.

Desde el campo de la Psicología, también ha sido ampliamente estudiada esta influencia del mundo social y psíquico en los aspectos biológicos del sujeto. Incluso, en casos extremos, existen diferentes trabajos que señalan cómo el sufrimiento psíquico profundo puede llevar a una eventual “muerte psíquica” que, en muchos casos deriva en una muerte biológica. Tal es el caso que señalara Bader Sawaia (1999/2004) respecto al “banzo”, nombre dado a una “extraña dolencia”, una especie de “tristeza” que, en el Brasil de la esclavitud, mataba a los esclavos. Sawaia, investigadora de la Pontificia Universidad Católica de San Pablo, utiliza este hecho para ilustrar cómo un sufrimiento ubicado en la esfera psicosocial (en este caso dado por la humillación, el desarraigo, el mensaje social de desprecio) puede llevar a la muerte biológica. Un planteo congruente con esto, es el que realiza Graciela Zarebski en el año 2005 en la Universidad de Buenos Aires, quien estudiando los mecanismos psicológicos de un envejecimiento saludable, encuentra que determinados aspectos emocionales y de personalidad, cuando se cruzan con una perspectiva siniestra de la vejez, pueden derivar en derrumbes psicológicos, antecedente previo al derrumbe cognitivo y la muerte. Otro ejemplo de esto lo plantea Ursula Lehr en 1988, cuando cita los datos del estudio longitudinal de Bonn

de la segunda mitad del siglo XX, en el cual las personas denominadas supervivientes, fueron las que presentaban una mejor salud subjetiva y un mayor optimismo con la vida.

¿Qué aportan estos planteos de la psicología y las neurociencias al estudio de los trastornos de memoria en los adultos mayores del PM? Las investigaciones citadas anteriormente, en su conjunto ponen de manifiesto que el tema memoria y trastornos cognitivos en personas mayores, se producen en un entramado de sentidos que constituyen al ser humano, relacionado con su historia, sus afectos y su contexto. Por lo tanto, para comenzar a transitar por la pregunta sobre ¿qué es un trastorno de memoria?, parece necesario estudiar a la persona en su globalidad y en la vida cotidiana, fuera del ámbito del laboratorio. Para ello, no parece posible utilizar un enfoque de simplificación o reducción de variables de investigación, sino que se debería incorporar una perspectiva compleja que incluya la relación de los trastornos cognitivos con la percepción de la persona de su vejez y los miedos y sufrimiento psíquico que la misma produce.

En la actual sociedad occidental, la memoria es posiblemente el tema que mayor personifica los temores asociados a la vejez. Como plantea Ruiz-Vargas en 1991, dentro de las funciones cognitivas, existe una gran desvalorización social de la memoria, ya que no parece lógico que un adulto mayor consulte por tener, por ej., dificultades de inteligencia. Sin embargo, entre la población de mayor edad, es común escuchar la queja por “dificultades de memoria”. Chertkow et. al., en su reporte del año 2008, señalan que este tipo de preocupación de los mayores por su memoria, es muy común en los diferentes países.

Se puede plantear que esta afirmación es válida para el universo cultural del mundo occidental, y fundamentalmente para los núcleos urbanos, de donde proviene la mayoría de la población que participa de los estudios disponibles sobre el tema. Efectivamente, la casi

totalidad de las investigaciones sobre envejecimiento y cognición se han realizado desde y dentro de la cultura occidental, tomado sus hallazgos como un hecho universal del funcionamiento cognitivo. Ahora bien, si a medida que la persona envejece el ambiente va teniendo una mayor influencia sobre la misma, moderando incluso gran parte de su biología ¿cuáles son entonces los efectos de la cultura en los procesos cognitivos que se dan en el envejecimiento?

Si bien aun son pocas las investigaciones transculturales sobre los procesos cognitivos, las realizadas hasta el momento se orientan en señalar un funcionamiento relativamente similar en las tareas cognitivas básicas que tienen una fuerte apoyatura psicobiológica y estarían más ligadas a la especie humana, habiendo diferencias en aquellos aspectos más vinculados al contexto social como puede ser la memoria autobiográfica o las categorías y estructura del pensamiento, que son influenciadas por el medio sociocultural (Luszcz, 2006; Gutches, Yoon, Luo, Feinberg, et. al, 2006). Sin embargo, estos estudios hasta el momento, presentan una importante dificultad metodológica, pues trabajan sobre variables cognitivas aisladas en pruebas de laboratorio, realizadas con personas que pertenecen a dos culturas diferentes (en general Estadounidenses y Chinos). La limitación metodológica en estos casos, es la propia del experimento de laboratorio en seres humanos, que no permite estudiar las funciones cognitivas en la vida cotidiana de las personas, hecho clave para analizar la influencia de la cultura desde una concepción compleja.

No obstante, se puede intentar una aproximación a la relación cultura, cognición y envejecimiento en la vida cotidiana de las personas, contrastando los resultados de los estudios antes señalados, con los del trabajo que en el año 2004 presentara Mercedes Zerda, sobre migrantes Aymaras de su medio rural y comunitario a las ciudades de El Alto y La Paz

en Bolivia. Describe Zerda como en el caso de los mayores Aymaras, aumenta enormemente la prevalencia de depresión y demencias cuando pasan de un lugar valorado socialmente en su comunidad, a otro de anonimato y poca utilidad social que se da en la ciudad.

El papel de lo social y de la comunidad en la salud de las personas no es algo novedoso, tal como lo demuestran los estudios citados respecto a la red social y emociones, así como diferentes trabajos en salud mental (por ejemplo, Galende, 1990). Así, las interpretaciones, los significados y sentidos sociales que cada comunidad y cultura da a sus acontecimientos, son constitutivos de la realidad y del sí mismo de la persona.

En el caso de las mujeres mayores que consultan en el PM todas viven en Montevideo, por lo que se debe ubicar el tema dentro del universo cultural occidental y urbano. Cabe entonces preguntarse, ¿qué lugar se le asigna en este universo cultural a las personas viejas? Si bien aun no existen estudios longitudinales de envejecimiento con la población de Uruguay, ni transversales específicos respecto a la relación red social, rasgos de personalidad, aspectos afectivos y deterioro cognitivo, la investigación que Berriel y Pérez presentaron en el año 2002, permite una aproximación a estos temas. Estos investigadores de la Universidad de la República, Uruguay, luego de estudiar 682 personas mayores de 65 años de la ciudad de Montevideo que vivían en la comunidad, concluyen que las mismas presentan un perfil de riesgo caracterizado por una disminución de la red social, dificultad para elaborar estrategias que afronten cambios futuros, disponibilidad de mucho tiempo libre junto a una escasa participación en actividades colectivas y fuera del hogar y una percepción del entorno altamente exigente y censor.

Los sujetos que participan del PM se diferencian de la mayoría de los adultos mayores de Montevideo en cuanto a su buena red social y participación en actividades colectivas. Sin

embargo, se comportan en forma parecida en los demás aspectos de insatisfacción, percepción de exigencia y dificultad en la elaboración de estrategias al futuro, junto con una sensación de malestar subjetivo e insatisfacción con la calidad de las relaciones interpersonales, según surge del análisis de las entrevistas psicológicas de admisión, así como de los resultados de alguna prueba específica como el Test de Machover (Arotce y Doderá, 2007), tanto a partir de explicitarlo ante preguntas concretas de la entrevista psicológica, como a través de la utilización de determinados mecanismos de defensa como la negación o disociación.

La constitución de estos imaginarios sociales negativos hacia la vejez parece atravesar todo el actual mundo occidental urbano, en el cual los viejos no ocupan un lugar valorado socialmente (Salvarezza, 1988; Rodríguez González, 1998; Berriel y Pérez, 2002). En las personas mayores, posiblemente este lugar social desvalorizado, a su vez construya parte del sí mismo del ser viejo.

La mayoría de las investigaciones experimentales en el tema coinciden en señalar que, a medida que la persona es más vieja, hay una disminución mayor de la capacidad de recordar hechos recientes e insignificantes, así como un enlentecimiento en el procesamiento de la información, principalmente en lo que hace a la memoria de trabajo (Calero et. al., 2008). Sin embargo, en personas que están en un medio ambiente favorable y estimulado, puede haber un aumento de la memoria semántica (Belsky, 1996, Fernández Ballesteros 1996; Mas, 2008), que junto a la experiencia, compensa y permite un equilibrio en las potencialidades de las funciones cognitivas respecto a la globalidad de la persona. Este menor rendimiento de los viejos ha sido estudiado por medio de pruebas básicas de laboratorio, o sea a partir de listas de palabras, pares asociados, etc., informaciones que no debían tener ningún sentido para la persona, a los efectos de conocer mecanismos básicos de funcionamiento cognitivo. Sin

embargo, existe también otra línea de pruebas que trabaja con informaciones que sí tienen un sentido para la persona, en las que se ha encontrado que los más viejos alcanzan los niveles de los jóvenes, compensando la mayor lentitud en el procesamiento, con estrategias más eficaces de adaptación a la realidad, lo que comúnmente se conoce como "experiencia" (Belsky, 1996).

Esto es un concepto relevante, pues para la vida cotidiana de las personas no parece sustancial que la misma, en situación de prueba, pueda repetir mejor que otra una lista de números o de palabras sin sentido. Es más importante que esa persona pueda recordar, por ejemplo, el recorrido de un ómnibus, o la ubicación de un lugar. Lo mismo pasa con la inteligencia: parece ser más relevante para la autovalidez de la persona que pueda resolver situaciones de la vida cotidiana de una forma activa y autónoma, que armar un rompecabezas, o armar rápidamente un puzzle en situación de prueba. Los buenos resultados en este tipo de experimentos, no necesariamente tienen su correlato en un buen desempeño en la vida cotidiana y viceversa.

Los experimentos de rendimiento, en la necesidad de simplificar y disminuir variables para hacer replicable los ensayos, la mayoría de las veces terminan construyendo realidades que funcionan muy bien en el contexto de laboratorio o con animales inferiores en la escala de desarrollo, pero que tienen poco contacto con la vida cotidiana de las personas reales. Esas variables que necesariamente deben excluirse para llevar adelante experimentos controlados y replicables, son las que muchas veces inciden mayormente en el funcionamiento de la memoria. Los estudios citados respecto a la influencia de la personalidad y las emociones tanto en las QSM, como en los deterioros cognitivos severos, así como los que ponen de manifiesto la influencia de lo psicosocial en lo biológico, dan cuenta de esto. Es así que la

memoria, como el resto de las funciones cognitivas, cobra importancia y tiene un sentido en la medida que aparece integrada al complejo sistema que es la totalidad del individuo, en el cuál interviene desde el nivel más sencillo (el biológico), hasta el más complejo que es la sociedad y el sistema organizacional, tal como lo planteara en 1993 Juan Samaja.

Factores Protectores y de Riesgo de la Población del PM

En síntesis, la mayoría de las participantes del PM presentan una red social buena y una alta escolaridad como factores protectores. Esto coexiste con un determinado malestar subjetivo y sufrimiento psíquico que constituye un factor de riesgo. Este dato, si se relaciona con el perfil de diagnóstico de los trastornos de memoria - una autopercepción mayoritariamente más negativa de su memoria que el potencial objetivo de la misma – genera la interrogante respecto a la influencia de factores emocionales y de personalidad en la autopecepción del funcionamiento de la memoria y, por lo tanto en la construcción subjetiva del trastorno de memoria.

II - FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Envejecimiento y Salud Mental. Relevancia Social del Tema

Desde la segunda mitad del siglo pasado, el desarrollo tecnológico y el avance de algunas disciplinas científicas, han permitido un envejecimiento en la población del mundo. Los datos presentados en la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento realizada en el año 2002 en Madrid son muy significativos al respecto: en los últimos 50 años, la esperanza media de vida al nacer, ha aumentado en 20 años, previéndose que para el año 2050 se incremente 10 más. En el 2000 había en el mundo aproximadamente 600 millones de personas mayores de 60, población que, en los próximos 50 años, se estima llegará a ser de casi 2000 millones (ONU, 2002). Se estima que en el año 2050, el porcentaje de personas mayores de sesenta sea igual al de los niños, pasando los adultos mayores del 10% al 21%, mientras que el porcentaje de niños disminuirá de 30% a 21%. El grupo de los mayores de 80 años es el que crecerá de forma más acelerada, estimándose que, de casi 70 millones que había en el año 2000, se pase a más de 350 millones para el 2050 (ONU, 2002). En América Latina y el Caribe, se estima que la población de 75 años y más se duplique para el año 2025 (Huenchuan, 2009). También se constata una creciente feminización del envejecimiento.

En este contexto, Uruguay con el 17.3% de su población mayor de 60 años, es el país de mayor edad de América. En el año 2000 habían más de 424 mil personas de 65 o más años (13%), siendo la esperanza de vida al nacer de 78 para las mujeres y 70 años para los

hombres. Se estima que en los próximos 25 años, se incremente en 5 años la vida media de la población. Esto llevaría a que la población de 65 años y más sea de aproximadamente 150.000 personas (15%). Para ese año, se prevé que la relación entre la población menor de 15 años y la de 65 y más sea 1,44. (CEPAL, 2000).

Uruguay presenta actualmente los índices más altos de feminidad en la población de 60 años y más: 140 mujeres por 100 hombres. Se estima que para el año 2025, esta brecha sea mayor, pues las mujeres de este grupo etario vivirían cinco años más que los hombres, en promedio (Huenchuan, 2009).

Estos datos, indican la importancia y el impacto socio - sanitario de las investigaciones, acciones y políticas que se orienten hacia este grupo poblacional. Dentro de estos desafíos, por su impacto en la calidad de vida de la población, una de las áreas que aparece como clave, es la de la salud, como forma de prevenir enfermedades y discapacidades, a los efectos de lograr una buena calidad de vida en la vejez, disminuyendo el impacto que pueden tener en este envejecimiento algunas patologías que aumentan con la edad, tales como los trastornos cognitivos (CEPAL, 2000).

Naciones Unidas su Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento del año 2002, dentro de las problemáticas de Salud de los adultos mayores, refiere a la Salud Mental como una de las áreas de mayor atención, exhortando a los gobiernos del mundo, a crear y aplicar estrategias nacionales de prevención, detección temprana y tratamiento de enfermedades mentales en la vejez, incluyendo los deterioros cognitivos (ONU, 2002)

Dentro de los trastornos cognitivos, la consulta por problemas de memoria entre los mayores parece ser cada vez más un hecho extendido internacionalmente en occidente (Allegri et. al., 2000; Menéndez, García, Antón, Calatayud, et. al., 2005). En España, uno de

cada cuatro pacientes mayores de 65 años consulta por un trastorno cognitivo. En el año 2005, Menéndez et. al., estudiaron 200 pacientes que asistieron por primera vez a una consulta de neurología general en el Hospital Universitario Central de Asturias por “pérdida de memoria”, encontrado que, de los pacientes que consultan por pérdida de memoria, casi el 40% presentan QSM.

El Envejecimiento y La Vejez Como Campo De Estudio

Si se tuviese que definir las principales características del envejecimiento en términos psicosociales únicamente con dos conceptos que dieran cuenta del enfoque del presente estudio, posiblemente los más apropiados fuesen “construcción psicosocial” y “diferencias singulares”. Esas serán las dos ideas fuerza que guiarán este apartado. Se fundamentará, revisando las diferentes teorías e investigaciones sobre el tema, la propuesta del envejecimiento como una compleja construcción psicosocial, y por tanto histórica. En función de ello, y contrario a lo que plantean algunas nociones “esencialistas”, se fundamentará que, a medida que avanza la edad, las personas van acumulando historia, formas de ser y estar en el mundo que las va haciendo cada vez más diferentes entre sí.

Envejecimiento y Salud Mental. Aspectos Psicosociales

A lo largo de la historia, las diferentes sociedades y culturas han construido colectivamente determinados lugares sociales para sus viejos (De Beauvoir, 1970; Lehr, 1988;

Rodríguez González, 1998; Sánchez Palacios, 2004). También han instituido diferentes modelos y formas de salud y enfermedad. Tal como planteara en 1990 Emiliano Galende, lo relativo al campo de la Salud Mental no responde a datos “naturales” o biológicos, sino que son construcciones sociales. Teniendo en cuenta que desde la perspectiva psicosocial, “lo social” no es un supuesto “afuera” de las personas, sino que a modo de pliegue, es constitutivo de su identidad (Berriel, 2003), el planteo de Galende implica desnaturalizar el modelo objetivo de enfermedad individual imperante en el mundo occidental, para incluir en la misma los componentes subjetivos que afectarán singularmente a los diferentes sujetos, en función de cómo cada comunidad, cada cultura, en un determinado momento socio histórico, elabore sus propias representaciones para comprender la patología. De esta forma, en el campo de la Salud Mental no existe enfermedad alguna cuya generación exista por fuera de un orden lingüístico, ya que todo sufrimiento subjetivo está vinculado a los signos y símbolos que unen a la persona al mundo, a los otros y a sí mismo (Galende, 1990).

Colectivamente estos regímenes de construcción de significados imaginarios, se producen a partir de la institucionalización de prácticas discursivas y de otro tipo, que apuntan directamente a la producción de afectos y sentidos, que son los que llevan a que determinada comunidad “tenga” una forma singular de interpretar y producir diferentes realidades. Esto es lo que Cornelius Castoriadis (1975/1987) denominó como imaginario social. El mismo, produce efectos concretos en las personas y en su identidad, asignando significados y sentidos. En el caso que nos ocupa, produce un determinado modo de envejecer y de ser viejo o vieja.

Cuando se analizan los lugares asignados y asumidos en diferentes sociedades a la vejez, nos encontramos con que nuestra actual sociedad occidental - regida por la economía

del mercado, el individualismo y la competencia - asigna a sus viejos uno de los lugares sociales más relegados de la historia (De Beauvoir, 1970). La discriminación de la que son objetos los mayores en función de su edad, atraviesa toda nuestra actual posmodernidad. En el año 1969, Robert Butler (citado por Sánchez Palacios, 2004) introduce el término “*ageism*”, para designar una serie de actitudes y conductas sociales negativas hacia los viejos. Este término, traducido por Salvarezza (1988) como “viejismo”, refiere a un determinado prejuicio respecto a los viejos, sólo por el hecho de serlo. Esto va a marcar gran parte de la producción de subjetividad de y hacia la vejez. Estos prejuicios determinan muchas de las formas de sentirse y de pensarse los propios viejos, así como las conductas de muchos de los profesionales que trabajan con ellos.

El envejecimiento como parte del ciclo vital

Si bien en la segunda mitad del siglo XX tuvieron mucha influencia algunas teorías psicológicas y sociales que planteaban un modelo involutivo de la vejez (por ej., Cummings y Henry, 1961), también fueron tomando cada vez mayor relevancia los diseños de investigación longitudinales y secuenciales de cohorte, que permitieron construir otra perspectiva del envejecimiento. Estos estudios han puesto de manifiesto que para comprender fenómenos propios del envejecimiento normal o saludable, más que investigar funciones aisladas, se debe estudiar a las personas en sus contextos, analizando las diferentes variables que pueden influir en el propio proceso de envejecer. De esta forma, el envejecimiento aparece como un proceso complejo, donde intervienen diversos factores, no habiendo un

modo único de envejecer. Tal vez uno de los principales resultados de estos estudios, es el conocimiento de que en los comportamientos y vivencias subjetivas de ser viejo y en su salud, juegan un papel central los factores ambientales, sociales y psicológicos (Lehr, 1988; Yanguas, 2006). Esto va relacionado con el hallazgo de que los procesos psicológicos y sociales no siguen el mismo patrón de envejecimiento que los biológicos. En efecto, mientras que en estos últimos en el ciclo vital se mantiene el esquema de un desarrollo seguido de paulatino e irreversible declive hasta la muerte, en los procesos sociales y psicológicos el modelo es diferente, pues existe inicialmente un gran desarrollo, seguido de una estabilidad o incluso de un crecimiento que se puede dar hasta la muerte. Este mantenimiento o crecimiento implicará compensar pérdidas con ganancias, que estará asociado a diversos factores que hacen a la variabilidad individual (culturales, sociales, económicos, de personalidad, etc.). El crecimiento o mantenimiento en los aspectos psicosociales en la vejez, a su vez redundan dinámicamente en una mejora de los factores biológicos, en un potencial de retroalimentación (Lehr, 1988; Fernández - Ballesteros, 1997).

De esta forma, actualmente es aceptado dentro de las teorías del envejecimiento que en el plano del desarrollo humano no existe un crecimiento lineal, seguido de un declive, sino que cada etapa contempla aspectos de ganancia y pérdidas, en un interjuego entre crecimiento y declive. (Belsky, 1996; Fernández - Ballesteros, 1997).

Existen varias teorías psicológicas y sociales que dan cuenta de diferentes aspectos del envejecimiento en estas dimensiones y que implican una crítica a la psicología evolutiva clásica, que conceptualizaba el desarrollo solo vinculado a la infancia y adolescencia. Una de las teorías psicológicas que han tenido una mayor influencia en las últimas décadas, es la Teoría Epigenética de Erik Erikson (1974), quien fue uno de los precursores en estudiar la

identidad y el desarrollo psicológico desde una perspectiva psicosocial del ciclo vital. Dicho autor de origen Alemán, desarrolló la mayor parte de su obra en EEUU. Partiendo del Psicoanálisis, pero tomando tempranamente distancia de los planteos de Sigmund Freud sobre la importancia del inconsciente, trabaja sobre el papel del Yo en el desarrollo de la personalidad y la identidad. Sostiene Erikson que el Yo se enfrenta a determinadas tareas vitales que son marcadas social y culturalmente, fundamentando que el desarrollo psicológico del ser humano se da a través de ocho ciclos vitales. Cada ciclo implica enfrentar una determinada tarea vital, un determinado conflicto, el cuál, si se resuelve satisfactoriamente, habilita el avance hacia la nueva etapa con un fortalecimiento de su personalidad. En la séptima etapa, que comprendería el período de los que algunos autores señalan como mediana edad (Salvarezza, 1988) y finaliza cerca de los 60 años, el conflicto se presenta entre generatividad o estancamiento. La generatividad implica asumir el paso del tiempo y los cambios, posicionándose para lograr una continuidad generacional, asumiendo las tareas de cuidado y permitiendo el crecimiento de las nuevas generaciones. Como contrapartida, el estancamiento implica no poder ampliar sus intereses relacionales, no cuidar a nadie, o rodearse de actividades que no les permita un tiempo mínimo para ser productivo socialmente, lo cual lleva a un sentimiento de empobrecimiento interpersonal y, en casos extremos, la enfermedad se convierte en eje de la preocupación por sí mismos. De cómo se resuelven estos conflictos, se pasa a la última etapa que es la de la vejez, dónde el conflicto sería entre integridad o desesperación. Si la persona logra superar satisfactoriamente todas las tareas anteriores, se fortalece y va creciendo psíquicamente. La integridad implica aceptar el paso del tiempo, permitir crecer a las generaciones más jóvenes, asumiendo el lugar de guía y orientación para mantener la continuidad generacional. Implica un estado de satisfacción

consigo mismo y una actitud de compensar pérdidas con ganancias. Es lo que actualmente se plantea como envejecimiento exitoso y que, desde la perspectiva de Salud Mental se puede conceptualizar como adaptación activa (Pichón Riviére, 1971/1975). Por su parte, la desesperación implica pensar y sentir que ya no hay más tiempo para hacer lo que se quería y ubicarse en una actitud de centrarse en sí mismo y en competencia con las generaciones más jóvenes. En este caso se estaría ante una vejez patológica.

Otra teoría psicológica que actualmente tiene una gran influencia, es la llamada Teoría del Ciclo Vital, de la cuál el Psicólogo alemán Paul Baltes fue uno de sus principales precursores. Este enfoque sostiene que el desarrollo humano implica un interjuego entre crecimiento y declive y que el mismo va a estar pautado por como cada persona construya su envejecimiento. Se propone una noción de desarrollo complejo a lo largo de toda la vida, dado por las diferencias individuales. El envejecimiento es un continuo en la vida, donde además de los años, incidirán factores vinculados al contexto social, cultural e histórico de las mismas. En base a esto, la persona presentará una determinada capacidad adaptativa, que implica la construcción de su trayectoria vital. Por tanto, a medida que avanza la edad, considerando las limitaciones biológicas dentro de un determinado universo social y cultural, con el tiempo las variables interindividuales se van incrementando. Este desarrollo se daría en función de tres aspectos: a) crecimiento, o sea ganancias o lograr niveles de funcionamiento más complejos y eficientes; b) mantenimiento, que implica ante situaciones conflictivas, mantener el funcionamiento actual y no incrementar la pérdida de recursos, y c) regulación de la pérdida, o sea, ante situaciones de crisis mayores, volver a niveles previos de funcionamiento como forma de estabilizar éste. (Baltes, Staudinger y Lindenberger, 1999). Estos aspectos interactúan a lo largo de la vida, pero mientras el crecimiento se da más en las

primeras etapas, en las últimas predominan más el mantenimiento y la regulación, si bien el crecimiento también puede estar presente en función de las diferencias de cada persona (Triadó y Villar, 2006).

En la base de la teoría del ciclo vital, se encuentra el concepto de plasticidad y capacidad adaptativa del ser humano a los diferentes desafíos vitales que se tienen a lo largo de la vida. En este enfoque, la adaptación se daría a través de tres tipos de mecanismos de regulación de los comportamientos: selección, optimización y compensación. La selección implica la búsqueda y delimitación de los espacios de desarrollo que se consideran más oportunos en función de la realidad de cada persona. Esta elección puede ser consciente o no. La optimización implica potenciar las ganancias y minimizar las pérdidas. Por su parte, la compensación implica contrarrestar las pérdidas con las ganancias obtenidas. Estas propuestas de plasticidad adaptativa, son congruentes con la evidencia empírica sobre el desarrollo de la cognición y la inteligencia a través de la vida, tal como lo plantearan Baltes, Staudinger y Lindenberger en 1999.

La vejez como producción subjetiva

Los estudios y teorías señalados hasta aquí, ponen de manifiesto la complejidad que implica el estudio del envejecimiento en el cual, como todo fenómeno humano, intervienen múltiples variables que se afectan mutuamente constituyendo la singularidad de cada persona. Por lo tanto, el estudio del envejecimiento, al menos desde una perspectiva de Salud Mental, debería tener presente lo anterior e incluir el análisis de tres aspectos clave: a) diferenciar el

curso de los procesos psicosociales del de los procesos biológicos; b) diferenciar las lógicas y dinámicas del cuerpo, que remite a la imagen corporal y a la producción de sentidos, de las del organismo, que se relacionan con el sustrato anatómo-fisiológico (Pérez, 2007); y c) no confundir las lógicas y dinámicas del psiquismo, que remite a la subjetividad y al deseo, con las del Sistema Nervioso Central, que remiten al sustrato biológico de las conductas.

No existe un modo único de envejecer, sino que lo que impera es la diversidad y heterogeneidad. Desde la perspectiva psicosocial, algunos estudios (por ej. Berriel y Pérez, 2002 y 2006) han señalado que los procesos propios del proceso de envejecimiento y la vejez no responden a fenómenos esenciales de ningún tipo, sino que por su complejidad exceden los sucesos de orden estrictamente evolutivo, o biológicos, o psicológicos, o sociales en sí mismos. Los contienen, pero son más que la suma de ellos.

Las investigaciones actuales sobre el envejecimiento, ponen de manifiesto cada vez con mayor énfasis que el paso del tiempo, por sí mismo, no conlleva una disminución de la mayoría de los aspectos psicológicos y cognitivos. Si bien existe un enlentecimiento mayor en el plano motor y cognitivo, junto a un declive de algunas funciones cognitivas específicas, tales como las funciones ejecutivas o memoria de trabajo, esta disminución puede ser ampliamente compensada en la vida cotidiana por otros aspectos como la experiencia para resolver problemas o un incremento de la memoria semántica (Spencer y Raz, 1995; Belsky, 1996; Luo y Crack, 2008; Mas, 2008). Esta compensación se da principalmente en personas que no tienen una patología que las inhabilite, que están insertas en su comunidad, y que mantienen una relación armónica con su entorno y consigo mismo.

Ahora bien, ¿cómo se va construyendo esta subjetividad del envejecer? La subjetividad, en la acepción que aquí se utilizará del término, no refiere a fenómenos

individuales o intrapsíquicos, sino que se ubica, como todo el psiquismo humano, en una dimensión psicosocial. Lejos de las nociones de “individuo”, la perspectiva psicosocial concibe un sujeto deseante y de deseo. El deseo, para Deleuze y Guattari (1972/1985) es una energía, una producción social de lo real. En el caso del envejecimiento, refiere a un sujeto que tendrá determinadas características, las cuáles lo definirán a lo largo de toda su vida sin importar la cantidad de años que lo separen de su nacimiento: su deseo será irreductible e indestructible y no disminuirá con el paso del tiempo. Lo que cambiará a medida que avancen los años, son las estrategias de expresión del deseo, en función de la habilitación y prohibición social de las mismas, a los sentidos colectivos producidos en torno a la edad y al lugar social de esa persona.

En el mundo occidental, esta habilitación – prohibición social muchas veces produce en los viejos mecanismos de elusión del conflicto que el deseo genera, llevando a una negación y/o sobre-culpabilización del propio deseo. Cuando esto se estereotipa, por lo general aparece un empobrecimiento de los intereses del sujeto y de sus niveles de actividad, reduciendo la expresión del deseo, a formas socialmente no conflictivas, tales como el síntoma o el proceso de declinación esperado “socialmente” (Berriel y Pérez, 2002).

La Memoria Como Campo de Estudio

A nivel internacional, en la consulta geriátrica y neurológica actualmente se relata un alto porcentaje de adultos mayores que consultan por problemas de memoria. Vinculado a esto, en los últimos años ha habido un creciente interés en el ámbito clínico y científico por el

estudio de la memoria desde diferentes perspectivas. Mayoritariamente la investigación se ha centrado en aspectos básicos de su funcionamiento y en tratar de comprender el papel que la misma juega en fase preclínica de deterioros cognitivos severos, tales como las demencias degenerativas primarias (Calero et al, 2008).

Desde esta perspectiva, se podría definir la memoria como la capacidad de una persona para almacenar y recuperar información proveniente de estímulos internos o del medio. Sin embargo, esa definición, además de ser muy restrictiva, toma sólo un aspecto que no da cuenta de la importancia que tiene la memoria para una persona concreta pues, esta capacidad de “almacenar información” hace que, entre otras cosas, los seres humanos puedan presentificarse, acceder a una historia y un pasado y por tanto, poder proyectarse hacia el futuro.

Cuando se piensa en un acontecimiento pasado, como por ejemplo las vivencias de un cumpleaños, el primer día de escuela, un suceso puntual de la última semana; cuando se piensa en la voz de alguna persona, cuando se intenta recordar su cara, o cuando en un sueño aparecen escenas del pasado que la persona no tenía mayor conciencia de ellas, en todos estos casos se está utilizando la memoria. Igual cuando se percibe un olor conocido, como puede ser el olor a café o a canela, el cuál, con su sola identificación, posiblemente remita a vivencias o situaciones pasadas y a una determinada tonalidad afectiva vinculada con esas situaciones. O cuando se escucha un viejo tema musical conocido, el cual puede ser muy placentero o totalmente rechazable, también en función de las vivencias asociadas al mismo. En todos estos casos se está ante diversos mecanismos del recuerdo y el olvido, en los que se basa este potencial humano llamado memoria. Ahora bien, ¿qué es esto que se nombra como memoria? ¿Qué es el recuerdo y el olvido?

En occidente, la concepción popular sobre la memoria, estrechamente vinculada con los imaginarios sociales imperantes, tiende a representar la misma como una función individual e íntima de la persona, con los consiguientes correlatos anatómicos concretos, cuya imagen se podría comparar a la de una biblioteca, donde se consulta un libro (en ese caso un recuerdo) y luego se guarda nuevamente para ser consultado más adelante. En esta concepción popular, los recuerdos serían únicos, inmutables, respondiendo a una realidad objetiva y estarían guardados en determinados lugares del cerebro.

Sin embargo, cuando se comienza a estudiar el tema, lo primero que surge es que lo que se denomina memoria, no se corresponde con ningún ente concreto, sino que refiere a un constructo teórico que presenta múltiples y complejas dimensiones. Es que la memoria es un potencial de los seres vivos, que ha alcanzado su máximo desarrollo en los seres humanos, constituyendo uno de los principales instrumentales de la inteligencia y base de la identidad.

El estudio del tema memoria ha sido y es un campo amplio y variado que, a lo largo de la historia ha ocupado la atención inicialmente de filósofos y pensadores, y más recientemente de científicos pertenecientes a diferentes disciplinas y escuelas. Varios autores ubican en la antigua Grecia el inicio del estudio documentado de este tema, al menos en el mundo occidental. Así, por ejemplo en 1975, Alain Lieury, citando a Cicerón, ubica en la Grecia de hace 2500 años el comienzo de las técnicas mnemotécnicas, a partir de la reconstrucción memorística que realiza el poeta Simónides de Ceos, de los lugares en que ocupaba cada integrante de un grupo de comensales cuando se derrumbó el techo, aplastándolos. Por su parte, Delia Catullo en el año 2004, rescata de la mitología griega la creencia de que en el infierno, había dos fuentes: “*Lethe*”, era la fuente del olvido, de donde los muertos debían beber para olvidar su vida y su historia en la tierra. Por el contrario, la otra fuente,

“*Mnemósine*”, era la fuente de la memoria. Señala Catullo que según esta mitología, la memoria sería un don divino ofrecido a los poetas que a través de los recuerdos pueden olvidar el presente, transportarse a otro tiempo, al tiempo de los dioses y así alejarse del tiempo humano. Por su parte, Paul Ricoeur en su investigación (2000/2004), también comienza su recorrido histórico por el tema memoria en la Grecia antigua, con la filosofía Socrática, poniendo de manifiesto la existencia de dos palabras griegas para referirse al tema del recuerdo: “*mnéme*”, que refiere al recuerdo que aparece pasivamente, y “*anamnésis*”, que refiere al recuerdo buscado, con intencionalidad. Señala Ricoeur, que ya Platón y Aristóteles se preguntaban qué significa tener un recuerdo, pregunta que se sostiene hasta el día de hoy.

El estudio de este tema, con las herramientas teóricas-técnicas disponibles en cada momento histórico, ha sido una constante en el mundo occidental, por lo que actualmente se cuenta con un importante conocimiento acumulado y un panorama diverso, complejo y por tanto, no exento de divergencias y contradicciones. El debate científico actual en torno a la memoria y el olvido es amplio, tal como lo señalara Félix Vázquez en el año 2001. Este investigador de la Universidad Autónoma de Barcelona plantea que existen divergencias respecto a los enfoques y hallazgos en el tema, ubicando la principal discrepancia entre los que consideran a la memoria y el olvido como propiedad individual y mental, y los que la consideran como una construcción discursiva y social. En los casos extremos, cada una de estas líneas implica diferentes posicionamientos epistemológicos, partiendo de diferentes paradigmas de base respecto a la noción de realidad, de ser humano y de ciencia. También refleja algunas de las tensiones y relaciones de poder que actualmente se dan en el ámbito científico internacional.

La línea que investiga la memoria como un proceso cognitivo basado en una función mental individual, es actualmente la principal en cuanto a la cantidad de investigaciones y recursos invertidos. Epistemológicamente se sustenta en una noción de ser humano individual, y de realidad como un ente objetivo con causas y efectos a descubrir. Explora la memoria como una función individual, realizando sus estudios básicamente con experimentos de laboratorio. Se busca aquí construir modelos teóricos “puros”, surgidos de encontrar mecanismos básicos de funcionamiento cognitivo cerebral, que se repitan en los diferentes individuos. Aquí, estos mecanismos en última instancia responderían a determinados sustratos biológicos (genéticos, neuroanatómicos, bioquímicos, entre otros) responsables de la cognición. En función del gran desarrollo y avances logrados por las neurociencias y sus técnicas en los últimos años, en esta perspectiva de la memoria existe un creciente desarrollo en el estudio de los aspectos neurobiológicos de la misma, transformándose cada vez más el estudio y conceptualización de las “funciones mentales” de la Psicología, en el estudio y conceptualización de las “funciones cerebrales” de las neurociencias (Vázquez, 2001).

La línea que estudia la memoria como construcción discursiva y social, se basa en una noción de sujeto complejo, construido discursivamente de forma social e histórica, y en una noción de realidad como producción social, no existente a priori. Aquí, la memoria sería parte de esa construcción discursiva, que hace a las narrativas y a las producciones de significados. Por tanto, en esta línea se investiga la relación de la memoria con el lenguaje y la representación, como una continua construcción del pasado y de la realidad. Se vincula la memoria con la identidad del sujeto, con el imaginario social y con una memoria colectiva, buscando estudiar la memoria, principalmente en la vida cotidiana de las personas y en sus producciones sociales de sentido (Middleton y Edwards, 1992; Vázquez, 2001).

Las dos líneas señaladas representan tal vez los puntos más distantes de este debate sobre la memoria. Entre una y otra existe una variedad de estudios, corrientes y autores que, si bien se aproximan más a una u otra línea, sus producciones desbordan los postulados centrales de las mismas, para ubicarse en una zona intermedia de múltiples sentidos.

Los modelos de procesamiento de la información

Tomando a la memoria como un proceso cognitivo y una función mental individual, se ubican aquí distintos modelos teóricos que, en función de los aspectos conductuales y experimentales observados, así como por las estructuras cerebrales implicadas, conceptualizan la memoria como un dinámico sistema de procesamiento de la información. En términos generales, este sistema opera a través de actividades de registro - codificación, almacenamiento y recuperación de la información (Ruiz-Vargas, 1991; Acuña y Risiga, 1997; Téllez, 2005).

Para la Neuropsicología Cognitiva, tal como la definiera Fernando Dalmás en 1993, la memoria es parte de las funciones superiores de alta integración. Forma parte de los instrumentales de la inteligencia, junto con el lenguaje, las praxias, las gnosias. Estos instrumentales se relacionan estrechamente con las funciones ejecutivas, vinculadas a la atención, al juicio crítico y a la capacidad de planificación y secuenciación. A su vez la memoria, puede ser clasificada en diferentes sistemas con distintas funciones.

Actualmente, la organización de la memoria en sistemas o almacenes vinculados con procesos de procesamiento de la información es un modelo teórico de consenso entre los

investigadores de los procesos cognitivos mentales y, fundamentalmente, cerebrales. Alain Lieury en 1975, en su ya clásico trabajo de investigación histórica sobre la memoria, señala tres fuentes de influencia de este modelo. La primera está dada por las ideas de filósofos del llamado empirismo asociacionista del siglo XIX (Hume y James Mill, entre otros) que sostenían que el conocimiento humano se produce por sensaciones que generan imágenes mentales, las cuáles serían una impresión copia de la realidad. La memoria sería entonces una recuperación por asociación, de esas copias de lo real. La otra vertiente proviene de la Escuela *Behaviorista* (Conductista), que a su vez se apoya en el empirismo asociacionista y en la fisiología para sus desarrollos sobre la conducta y el condicionamiento. Conceptos como estímulo, respuesta, inhibición, recuperación, entre otros, son utilizados actualmente en el modelo de sistemas de memoria. La tercera vertiente proviene de los modelos cibernéticos de la primera mitad del siglo 20. La cibernética, vinculada inicialmente a la industria de la guerra estadounidense, estudia los diferentes sistemas, vivos o no, que pueden autocontrolarse y comunicarse. Para ello utiliza dos conceptos clave: información y “*feed back*” (retroalimentación). Respecto a la información, el concepto base es que todo sistema inteligente puede recibir, procesar y responder ante determinadas informaciones. Aquí la inteligencia ya no es propiedad exclusiva de los seres vivos. La retroalimentación implica que el sistema puede registrar un hecho, procesarlo y modificar en base a eso su respuesta.

Estos postulados, junto al importante avance tecnológico y científico de la cibernética y la computación, han llevado a que desde la segunda mitad del siglo pasado hasta nuestros días, la investigación sobre la memoria desde esta perspectiva, se desarrolle en base a dos líneas complementarias: una centrada en la organización y procesamiento de la información, y otra en las estructuras, basadas ambas en modelos teóricos que tienen a la computadora

(ordenador) como referencia. Este modelo de organización de la memoria en sistemas con procesos de tratamiento de la información, supone una vertiente de la Psicología Cognitiva (Ruiz-Vargas, 1991), centrada en las operaciones mentales y cerebrales. Así, mientras que en el asociacionismo empirista los recuerdos eran copia de lo real, por lo que la memoria significaba un ente único, en el modelo de memoria por sistemas, se concibe la misma como un ente heterogéneo con diferentes procesos solidarios entre sí, en analogía con las computadoras.

El primer modelo teórico de organización de la memoria humana construido en base a ensayos empíricos que buscaban la analogía entre la memoria y la organización de las computadoras se remonta al año 1958 (Lieury, 1975/1985). Desde ese momento se han realizado diferentes clasificaciones de estos subtipos de memoria y sus relaciones. Una categorización ampliamente aceptada por su funcionalidad, tanto a la hora de intervenir en programas de entrenamiento de memoria, como en la investigación empírica, es la que diferencia tres sistemas: Memoria Sensorial (MS), Memoria a Corto Plazo (MCP) y Memoria a Largo Plazo (MLP). Los primeros en proponer este modelo en forma más acabada fueron Atkinson y Shiffrin en el año 1968 (citados por Lieury, 1975/1985). Su modelo básicamente consiste en el planteo de que un estímulo de entrada (input) afecta una memoria de tipo sensorial, generando una respuesta que puede ser de salida (output) o de pasaje a la MCP. En ésta, el estímulo tiene similar procesamiento en cuanto a su curso, o sea, o genera una salida, o lo pasa a la memoria a largo plazo. Cuando el estímulo llega a la MLP, se genera una respuesta que puede ser hacia la MCP o hacia la salida. Estos procesos serían controlados por un sistema de análisis de la información, codificación, recuperación, etc.

En líneas generales, y a pesar de las diversas críticas que ha recibido, la estructura de este modelo se mantiene hasta la actualidad. La MS es una especie de registro sensorial de los estímulos que rodean a la persona, fundamentalmente visuales y sonoros, que dura unos milisegundos. Cuando uno de ellos tiene la suficiente intensidad, pasa a la MCP. Este tipo de memoria tiene una capacidad limitada y almacena la información durante unos pocos segundos para operar con ella. Un procesador ejecutivo central sería el encargado de procesar estas informaciones, las cuáles, luego del tiempo señalado, o se pierden o generan una respuesta que implica una salida conductual o un pasaje a la MLP. Una distinción que se hace dentro de la MCP, es la llamada “*working memory*” (memoria de trabajo), que es la encargada de procesar más de un estímulo a la vez, como por ejemplo retener un número telefónico y digitarlo. El modelo teórico de esta memoria es un sistema ejecutivo central de tipo atencional que procesa y controla las informaciones que le llegan de dos subsistemas dependientes: la agenda visuoespacial, basada en las imágenes y el lazo articulatorio, basado en el habla. Por su parte, la MLP refiere a un almacén permanente de memoria, de capacidad y duración temporal prácticamente ilimitada. Mientras la MS y la MCP cumplen una función básicamente operativa, la MLP desde esta perspectiva sería “la memoria” propiamente dicha, el lugar de los recuerdos.

Dentro de la MLP se distinguen dos categorías: la memoria procedural o implícita y la memoria declarativa o explícita. La memoria procedural, como su nombre lo indica, refiere a la memoria de los procedimientos automáticos, vinculada al aprendizaje de habilidades perceptivas o motoras como por ejemplo caminar, andar en bicicleta, etc. La memoria explícita refiere a aquella memoria que puede ser verbalizada, declarada concientemente. Está compuesta por la memoria semántica y la episódica. Mientras la primera es una memoria de

categorías y conceptos, de conocimientos generales fuera de los referentes espaciales y temporales, la episódica es la memoria autobiográfica por excelencia, donde los hechos y sucesos se encuentran almacenados con los componentes de espacio – tiempo.

En el año 1988, veinte años después de la creación del modelo de Atkinson y Shiffrin, Nelson Cowan (citado por Ruiz-Vargas, 1991) reconceptualiza las relaciones del modelo, planteando la existencia de un almacén de memoria a largo plazo, que sería “la memoria”. Dentro de este almacén existe un foco de memoria activada, que actúa como una MCP en función de la atención. Esta activación estaría dada por un ejecutivo central que dirige la atención y realiza el procesamiento voluntario dentro de la memoria activada. En este esquema, los estímulos ingresan por un almacén sensorial breve y pasan a la MLP. Algunos estímulos dan una respuesta automática desde la MLP (por ej. los que se apoyan en la memoria implícita) y otros que requieren de la atención y de la memoria activada, generan una respuesta controlada.

Este modelo presenta la ventaja de ser operativo en la investigación experimental de laboratorio. Permite controlar y reducir variables, aportando un marco teórico de los procesos cognitivos que se vincula con diferentes aspectos del funcionamiento neuroanatómico y neurobiológico del cerebro y las zonas implicadas en cada tipo de memoria. También aporta una herramienta útil a la hora de planificar programas cognitivos de estimulación y/o rehabilitación focalizados. Finalmente, permite evaluar los cambios que se producen en los diferentes sistemas de memoria con el envejecimiento, diferenciando el envejecer normal del patológico.

Al respecto, en el año 1995, Spencer y Raz, luego de realizar un meta-análisis de 46 investigaciones sobre las diferencias en la memoria con la edad, encuentran que la mayoría

de los estudios indican una diferencia en de déficits en la memoria episódica y no tanto en la semántica. A esta misma conclusión arribaron más recientemente - en el año 2008 - Lin Luo y Fergus Crack, quienes realizaron una revisión similar, pero desde la Psicología Cognitiva. Sostienen que los diferentes sistemas muestran patrones diferenciales con el envejecimiento, disminuyendo la memoria episódica, la de trabajo y la prospectiva, manteniéndose la memoria semántica y la memoria procedural.

Respecto a las críticas que ha recibido el modelo de procesamiento de la información en analogía con las computadoras, las principales refieren a la simplificación y reducción que supone explicar los procesos cognitivos exclusivamente en analogía con el funcionamiento de las computadoras, pues a diferencia de éstas y de todos los artefactos cibernéticos “inteligentes”, la cognición del ser humano es uno de los sistemas más abiertos y flexibles conocidos. Siguiendo la analogía con la máquina, se puede decir que el ser humano tiene capacidad para auto-programarse y modificar en función de los estímulos externos (ambiente, historia, cultura) e internos (afectos, producciones de sentido) no sólo sus propios programas (formas de significar y conductas), sino también su propia estructura, lo cual remite al planteo ya desarrollado respecto a cómo lo psicosocial modela lo biológico.

Aspectos neurobiológicos de la memoria y el olvido

Desde la perspectiva neurobiológica, el envejecimiento implica una serie de cambios en la morfología, fisiología y bioquímica del cerebro, produciéndose un declive en el funcionamiento cognitivo global, principalmente en los más mayores, que no afecta en forma

homogénea todos los procesos (Román y Sánchez, 1998). A pesar de este declive, está ampliamente demostrado que se puede mantener la capacidad de plasticidad cognitiva a cualquier edad, incluso en los casos con deterioro cognitivo. Tal es la conclusión del estudio que Elena Navarro presentara en el año 2004. Esta autora, luego de estudiar 280 adultos mayores de España con y sin deterioro cognitivo, observa que todas las personas podían mantener su capacidad de plasticidad cognitiva, incluso los que tenían deterioro. Concluye señalando la influencia del estilo de vida en el rendimiento cognitivo y en la plasticidad en la vejez. Este planteo es congruente con recientes hallazgos de la neurobiología, según los cuáles, la experiencia modifica continuamente los circuitos neurales del cerebro, tal como fundamentara Jorge Medina en el año 2008.

El avance de las neurociencias en los últimos tiempos, fundamentalmente los nuevos desarrollos tecnológicos en el área de las neuroimágenes, han permitido identificar la especialización de determinadas zonas cerebrales en aspectos relacionados con la cognición. También han demostrado que junto a esta especialización de estructuras, existe una capacidad del cerebro de actuar como un todo globalmente. El Sistema Nervioso Central tiene un ordenamiento único en cada sujeto que, en términos neurobiológicos, responde a lo genético y a los “arreglos sinápticos” que se producen a lo largo del desarrollo de la persona. Si bien en una rata la conducta se haya muy determinada genéticamente, en el ser humano la educación y la cultura ocupa un lugar fundamental, que hace que las moléculas y neurotransmisores sean “indicadores” que, dentro de leyes globales, se organizan y ordenan singularmente de determinada forma (Lieury, 1975/1985; Bruner, 1991; Lopera, 2004).

Armando Bauleo y Sebastián Alvano en el año 2004 plantean que la neuropsicología ha avanzado mucho en el conocimiento de los mecanismos de formación de la memoria,

concluyendo varias investigaciones que, en el proceso de evocación, se activarían las mismas áreas y circuitos que en el de formación. También se conoce que la recuperación de la información se encuentra facilitada por la fuerza de las asociaciones de la nueva información con el conocimiento previo, y por la carga afectiva que tenga esa nueva información.

Para la neurobiología el cerebro se presenta como un órgano dinámico, en continuo cambio. Cualquier estímulo externo (social, vincular, etc.) modifica los circuitos cerebrales, encontrándose la memoria íntimamente ligada al aprendizaje. Partiendo del concepto de plasticidad sináptica, Ignacio Morgado, en su artículo de revisión del año 2005, concluye que los cambios neuronales producidos por el aprendizaje llevan a una consolidación de las memorias y su conservación a largo plazo.

La activación de las memorias y de todo lo que serían recuerdos, se da a partir de la activación de redes neuronales, cambios sinápticos y activación de diferentes fases. Ante los estímulos que implican una información nueva a incorporar, en el cerebro se da un proceso conocido como fase de adquisición. Si estos estímulos se van reforzando, las memorias pasan a una fase de consolidación, vinculada con el aprendizaje. Esta fase de consolidación puede ser modificada o interferida en su aprendizaje (Medina, 2008). La fase siguiente es la de evocación de los recuerdos, lo cual produce una serie de cambios neurobiológicos en el cerebro. Una vez producida la evocación, hay dos procesos antagónicos que se pueden dar: a) la reconsolidación, o sea un reforzamiento de ese recuerdo a través de un nuevo aprendizaje, o b) la extinción del recuerdo, ya que si esa información evocada no es estimulada o reforzada, puede comenzar un proceso de extinción del recuerdo. Sin embargo este proceso, al menos por el mecanismo de no reforzamiento, no lleva necesariamente al olvido total, o sea a la extinción total del recuerdo. Las diferentes memorias, si no se refuerzan se van extinguiendo,

como forma de no expresión de la memoria, pero no desaparecen, quedando siempre un resto de memoria original, que puede retomarse en el momento menos esperado (por ej. sueños). Para que haya olvido debe existir un nuevo aprendizaje, un nuevo estímulo que anula la expresión de otro viejo. Si bien el tema del olvido es un tema controvertido y no tan estudiado como la consolidación y la extinción, existen algunos equipos de investigadores que se encuentran trabajando en ello. A modo de ejemplo, tanto Bauleo y Alvano en su sistematización del año 2004, como Cammarota, Bevilaqua, Vianna, Medina e Izquierdo, en el 2007, y Medina en el 2008, han señalado que olvidar, desde el punto de vista de la neurobiología, no es simplemente un desuso, sino que es un movimiento activo, pues tanto la memoria como el olvido requieren de síntesis proteicas.

Este es un hallazgo importante, pues hasta hace pocos años, el olvido había sido ligado a una interferencia del aprendizaje, que hacía que este no fuese representativo. Sin embargo, estos descubrimientos ponen de manifiesto que el olvido es un mecanismo tan activo como la memoria, que requiere de neurotransmisores y síntesis proteica. En el año 2004, un grupo de investigadores de los departamentos de Psicología de las Universidades de Oregon y Stranford, EEUU, integrado por Anderson, Ochsner, Kuhl, Cooper, et. al, estudian el correlato neurológico de las hipótesis de Freud respecto a la represión del campo de la conciencia de recuerdos no tolerados. Para ello, utilizaron neuroimágenes de resonancia magnética funcional, a los efectos de identificar los sistemas neurales implicados en el control de recuerdos no deseados. Sus conclusiones son que estos olvidos se asocian a un aumento de la activación prefrontal dorsolateral, y una reducción de la activación del hipocampo, concluyendo que el olvido, en lugar de ser un proceso degenerativo neuronal o un

desaprendizaje, puede consistir en un proceso inhibitorio que impide el recuerdo, habiendo zonas específicas del cerebro implicadas en el mismo.

A la luz de estos hallazgos y teniendo presente la influencia del ambiente y la personalidad en la dinámica biológica y química del cerebro, resulta relevante el planteo teórico que realiza Luis María Sánchez y su equipo (Sánchez, Rubano, García, Cantero et. al, 2007) respecto a que, en la Enfermedad de Alzheimer, existe inicialmente determinados factores psicosociales y de personalidad que llevan a la persona a un creciente aislamiento y retracción, lo cual va generando un desuso de las redes neuronales, las cuales se van extinguiendo y permitiendo la aparición de otras redes neuronales más antiguas y más significativas afectivamente.

Es de esperar que en los próximos años se de un avance mayor en conocer los mecanismos neurobiológicos implicados en estos procesos. Ya se han identificado la influencia de determinadas proteínas y su síntesis en los procesos de aprendizaje y memoria (Costa-Mattioli, Gobert, Harding, Herdy et al, 2005). También se ha avanzado mucho en el campo de la tecnología de las neuroimágenes, de forma tal que actualmente se puede mapear con mucha precisión las zonas cerebrales y el metabolismo regional que se da ante, por ejemplo, un determinado recuerdo o pensamiento. Estos desarrollos son de gran utilidad para estudiar, prevenir y abordar una gama de patologías que tienen una fuerte apoyatura biológica. Sin embargo, el contenido de determinado pensamiento, recuerdo o afecto, el porqué de su producción, el sentido y el rumbo de los mismos, para la neurobiología y la neuropsicología sigue siendo una “caja negra”, donde no se ha podido avanzar. Para adentrarse en esta dimensión, hay que recurrir a otras lógicas y metodologías de estudio, a otras perspectivas teóricas, que incluya la producción de sentidos en los seres humanos y permita comprender

desde una perspectiva psicosocial la diferencia entre el psiquismo y el Sistema Nervioso Central, entre las redes neuronales del cerebro y las redes semánticas de la mente. Esto lleva a otros métodos de investigación, con lógicas diferentes y complementarias.

La progresiva organización de la memoria en el contacto con el medio

Mientras desde los modelos de procesamiento de la información la memoria aparece como algo ya dado, vinculado a determinadas lógicas de funcionamiento, otros autores han puesto el énfasis en el desarrollo de la cognición vinculada con el medio.

Tal es el caso de Vigotski (citado por González Rey, 2000b) quién ya a principios del siglo 20 señalaba que las funciones psíquicas se desarrollan en la actividad, siendo las funciones superiores mediatizadas por signos. Para este autor, lo cognitivo y lo afectivo se integran en formas complejas de personalidad.

Por su parte, para la Psicología Genética de Jean Piaget, la memoria no tiene leyes propias, sino que se encuentra vinculada al grado de desarrollo de las estructuras mentales del organismo. Por lo tanto, aquí el problema principal del estudio de la memoria, es la forma en cómo va evolucionando su organización progresiva (Piaget e Inhelder, 1972). Para Lieury (1975/1985), la obra de Piaget aporta un referente teórico para pensar la memoria desde su dimensión social, en la medida que fundamenta que el conocimiento no proviene del medio, ni es innato, sino que es construido por medio de la acción del sujeto sobre el medio, a partir de esquemas de acción que se van internalizando. Estos esquemas se desarrollan en un contexto familiar y social determinado, por lo cual, al internalizarlos, se están incorporando

los marcos sociales, familiares, etc. Las imágenes y recuerdos estarían subordinados a estos esquemas.

En 1972, Piaget e Inhelder postulan la existencia de dos tipos de memoria: una vinculada al reconocimiento, que actúa en presencia del objeto, y otra de evocación, que opera en su ausencia, con una representación mental del mismo, que implica un acceso a la función simbólica. En los animales, cuya estructura de memoria se basa en el reconocimiento, la función simbólica no existe directamente, o en los más evolucionados, se puede dar de una forma muy básica.

Piaget ha demostrado que el niño pequeño no tiene un sistema de memoria igual al del adulto, pues para alcanzar eso necesitará de la maduración de determinados esquemas y estructuras cognitivas. De esta forma, durante el período sensoriomotor, o sea hasta los 18 meses de vida, el niño no puede representar un objeto en su ausencia por lo que su memoria funciona por reconocimiento. El acceso a la función simbólica va a pasar por diferentes grados de complejidad, que va desde la mera imitación diferida al lenguaje. Este último es el que permite el mayor grado de complejidad, pues implica la construcción de imágenes-recuerdos y su narración. El lenguaje es lo que permite diferenciar la representación mental del objeto, del objeto en sí.

La memoria como construcción social

En el año 1992, Middleton y Edwards han planteado que se debería calificar al menos de “simplista”, la perspectiva que concibe la memoria como un hecho individual que relega lo

social a un lugar de variable extraña o meramente de contexto. Plantean estos autores que los temas considerados de cognición individual, se deberían recolocar en un marco epistemológico más amplio y complejo, pues la memoria no es un simple “almacén” pasivo de las experiencias pasadas, sino que transforma esos recuerdos, los construye y reconstruye desde el presente, el cuál transcurre en un determinado momento histórico, social, cultural y vital.

Los investigadores de la perspectiva social de la memoria, parten de la base que la misma no puede ser concebida como un espejo o como un cúmulo de operaciones básicas, por fuera de lo social, de dónde se provee las herramientas simbólicas para acceder a las palabras y los recuerdos. La memoria está ligada al tiempo, pero no implica trasladar acontecimientos del pasado “objetivamente”, como si fuesen una fotocopia de lo real, tal como sostenían los asociacionistas, sino que implica construir ese pasado y dar un ordenamiento y significado a esos acontecimientos. El acontecimiento no existe en abstracto, sino que se construye discursivamente. Como planteara Félix Vázquez en el 2001, la memoria es un texto que, al igual que el imaginario social, se encuentra en permanente construcción, y donde se introducen las fantasías, el deseo, los afectos, las significaciones, etc., que hacen que la memoria sea mucho más que la repetición de un simple acontecimiento. El lenguaje, que al decir de Piaget vehiculiza los recuerdos evolucionados de evocación, no es algo innato, sino que se adquiere en un contexto social- histórico- cultural. Al respecto, las imágenes mentales/recuerdo, las palabras y las acciones, se encuentran subordinados a estos contextos sociales. Middleton y Edwards (1992) toman como ejemplo de esta subordinación, al desarrollo de las tecnologías y medios de comunicación, que proveen una disponibilidad de

representaciones, las cuales dan un marco social a lo que puede ser pensado, dicho y recordado.

En la segunda mitad del siglo XIX, con los trabajos de Pierre Janet (citado por Lieury, 1975/1985) sobre la memoria y el tiempo, se encuentra un importante antecedente de investigación en esta perspectiva social de la memoria. Este autor francés estudió diferentes casos de amnesia, descubriendo que en condiciones de hipnosis o de sueño, los amnésicos podían recuperar los recuerdos, por lo cuál la información no se borraba, sino que en realidad, había una imposibilidad de acceso a ella. Elabora así su teoría sobre la dimensión temporal e histórica de la memoria. Plantea que la memoria, como el tiempo, son productos del desarrollo histórico de la humanidad. La noción de presente, pasado y futuro, son productos psicológicos propios del ser humano. Es así que un acontecimiento importante se señala con fiestas, que marcan determinados mojones en nuestra historia. Para este investigador, las dificultades de memoria serían una alteración temporal de los recuerdos respecto al presente. Apoyado en los planteos de Darwin, sostiene que la memoria humana evoluciona a estructurarse a modo de narración, siendo ésta un hecho social. Así, para Janet, la acción social, el contacto con los otros, es el verdadero motor social de la evolución.

Algunos años después de estos trabajos, surge el concepto de “memoria colectiva”. El primero en conceptualizarlo como tal fue Maurice Halbwachs, en su libro “*Les cadres sociaux de la mémoire*” (los marcos sociales de la memoria) del año 1925, dando un nuevo giro a estos estudios, desde la sociología. Halbwachs, quién fue primero discípulo del filósofo Henri Bergson y luego del sociólogo Émile Durkheim, sostiene que la memoria depende de la palabra y el lenguaje, y estos son sociales. En su obra, analiza la influencia de la familia, los grupos religiosos y las clases sociales en los procedimientos de memorización colectiva. Su

tesis sostiene que estos grupos ofician como una especie de “marcos sociales específicos de la memoria”, que coexisten con otros tres marcos que tienen un carácter general: el lenguaje, el espacio y el tiempo. Estos marcos serían una serie de representaciones que combinan imágenes, ideas, conceptos, sensaciones. El recordar implica activar claves específicas provenientes de estos marcos, donde el lenguaje sería el marco más estable de la memoria, que implicaría activar marcos de tiempo y espacio. Resulta especialmente interesante comparar la noción de marcos sociales de la memoria, con el concepto que años después desarrollará Cornelius Castoriadis (1975/1987) respecto al imaginario social, tal como fue señalado anteriormente.

Desde que Halbwachs hiciera estos planteos hasta la actualidad, la investigación sobre la memoria y el olvido como una acción social, si bien no ha sido la línea predominante, se ha mantenido y ha continuado produciendo conocimientos, tanto generales como aplicados a realidades concretas. Prueba de ello es la compilación que realizaron Middleton y Edwards en 1992. Este libro recoge una serie de trabajos heterogéneos que se centran en comprender cómo las personas acceden a determinados recuerdos, desde una perspectiva de recuerdo y olvido como algo eminentemente social. En esta misma línea se ubica la Tesis Doctoral que Félix Vázquez presentó en el año 2001. Este investigador plantea el carácter intersubjetivo de la memoria, donde las construcciones del pasado son creadas y transmitidas - en diferentes versiones - en un medio social concreto que las determina. Sostiene que la memoria y el olvido no son entidades separadas, sino que son parte de un mismo proceso. Así 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. Dicho de otra forma, un mismo acontecimiento del pasado

puede ser reconstruido de diferentes formas por diferentes actores o por el mismo en distintos momentos, de acuerdo a los hechos actuales (presente) y su proyección al futuro. De esta forma, la memoria aparece como una continua reinterpretación de la realidad, lo cual crea las condiciones para nuevas acciones al futuro.

A su vez, desde el socioanálisis, Joaquín Rodríguez Nebot en el año 2004, ha señalado que la memoria tiene un componente individual y otro social, dado por la forma de significar los hechos que tiene cada persona. Rodríguez Nebot señala que cuando se pasa del campo de la memoria individual al de la colectiva, se pasa al campo de la subjetividad y de los relatos constitutivos de la misma. Este autor, luego de analizar determinadas situaciones extremas tales como la desestructuración psíquica producida por situaciones de tortura o enfermedades psicosomáticas severas, define la memoria como “un dispositivo de la subjetividad social colectiva y además singular”, planteando cuatro dimensiones de la misma a) la que lleva a que el pasado se reconstruya de determinada forma; b) la represión del recuerdo al inconciente o su inscripción en el plano del organismo; c) la forclusión de los recuerdos, como se puede dar en las situaciones extremas de desintegración física y sufrimiento corporal; d) la inscripción del recuerdo en lo social, a través de rituales, hábitos, etc., que tiene un componente transgeneracional.

La perspectiva de la memoria como acción social, vinculada con los planteos sobre imaginario social y prejuicios sociales citados anteriormente, abre un interesante cuestionamiento respecto al lugar social que, en las actuales sociedades occidentales, se le asigna imaginariamente al recuerdo y el olvido de los viejos, y como eso construye en sí mismo un sentido y un lugar para la memoria en las personas mayores.

Estudios sobre memoria y emoción

En las consultas de adultos mayores por dificultades de memoria, la incidencia de factores de tipo emocionales es muy frecuente, independientemente de que exista o no una afección objetiva. En el ámbito científico y clínico de diferentes países, la incidencia de aspectos tales como ansiedad o elementos depresivos en la afectación de la memoria es un tema importante y recurrente en la consulta por estos trastornos.

Varios estudios epidemiológicos o experimentales actuales han señalado el importante papel que juegan las emociones en la memoria a través del estudio de las QSM. Algunos han señalado la incidencia de la ansiedad o depresión en las mismas. En esta línea se ubica en el estudio que Allegri et. al., realizaron en el año 2000, en el Hospital Universitario CEMIC de Buenos Aires, con una población con Deterioro de Memoria Asociado a la Edad, otra con EA y un grupo de control. Encuentran que los resultados de la queja de memoria de los pacientes, no se correlaciona con los resultados de las pruebas neuropsicológicas en ninguno de los grupos estudiados, por lo que sugieren que esto podría indicar que la QSM responde a otras causas que no puede relacionarse con el declive cognitivo. En el caso de esa investigación, los autores la relacionan con rasgos ansiosos y depresivos en la población no demente estudiada.

Por su parte, Antikainen et. al . - investigadores del Hospital Universitario de Kuopio, Finlandia - presentaron en el año 2001 los resultados de su estudio, realizado mediante el seguimiento durante 6 meses, a 174 adultos clínicamente deprimidos pero sin trastornos cognitivos. Investigaron la relación entre las QSM, el rendimiento cognitivo objetivo y el estado de ánimo. Obtuvieron que los pacientes que inicialmente tenían mayor QSM,

correlacionaban con los que presentaban mayores síntomas depresivos y otros indicadores afectivos. Al tratar y mejorar estos síntomas, las QSM disminuyeron, por lo que concluyen que las QSM se vinculan más a componentes afectivos que a un rendimiento objetivo de la memoria.

A una similar conclusión llegaron Cianciarullo et. al., en su estudio realizado en el Hospital do Servidor Público Estadual de Sao Paulo en el año 2008. Este equipo investigó la relación entre QSM, función cognitiva y síntomas depresivos, estudiando 114 pacientes con 50 años o más que viven en la comunidad. No encontraron diferencias en el rendimiento cognitivo de las personas con QSM y las que no las presentan. Sin embargo, encontraron que los sujetos más viejos con QSM presentan mayor porcentaje de indicadores de síntomas depresivos. Basados en esto, sugieren considerar la QSM como un indicador afectivo y no como un estado entre la cognición normal y la EA.

Otras investigaciones han estudiado específicamente la relación entre QSM y factores psicológicos de personalidad. Tal es el estudio realizado por algunos integrantes del equipo de investigadores de la Universidad de Kuopio recién citado. Hänninen et. al., en el año 1994 estudiaron, en personass de 67 a 78 años, la relación entre el rendimiento objetivo de memoria y la QSM, comparándolos con los rasgos de personalidad y sus estados afectivos. Encontraron que las QSM no correlacionan con el rendimiento objetivo en las pruebas. Sin embargo, en las personas con mayor grado de QSM, existía una mayor tendencia hacia la queja somática, un aumento de la ansiedad vinculada a su salud física, y más sentimientos negativos de sus propias competencias y capacidades. En base a esto, concluyen que las QSM parecen estar más relacionadas con aspectos afectivos y de personalidad que al rendimiento objetivo de la memoria.

Resultados en esta misma dirección de vincular las QSM con aspectos emocionales, son los provenientes de otra línea de investigaciones que se han desarrollado desde la perspectiva neuroquímica y fisiológica de los estudios sobre estrés. En el año 2002, Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, luego de realizar una extensa una revisión de investigaciones plantean que, desde la perspectiva de la “*psychoneuroimmunology*” (psiconeuroinmunología), las emociones negativas y el estrés pueden producir enfermedades, a partir de un mal funcionamiento en el sistema inmune y endocrino. Un año después, en el 2003, Lescano presenta otro artículo de revisión, en el que concluye que las emociones, aunque remitan a viejas situaciones, se expresan y actualizan en un tiempo presente, por lo que generan una pérdida de la unidad temporal. Más cerca en el tiempo, en el año 2006, Escobar y Gómez publican un artículo de revisión sobre la relación memoria y estrés, concluyendo en que existe suficiente base empírica que fundamenta que el estrés, incluido el llamado estrés psicosocial, genera problemas de memoria y aprendizaje.

Aspectos cognitivos y emocionales en la constitución del psiquismo. Los aportes del Psicoanálisis

Los resultados de los estudios experimentales recién señalados, a la vez que permiten avanzar en la comprensión de algunos aspectos específicos implicados en la relación entre lo cognitivo y lo emocional, también ponen de manifiesto que esta relación es un tema complejo y difícil de objetivar. Esto ha sido señalado hace ya más de 100 años en diversos estudios clínicos e investigaciones, que ponen de manifiesto el importante papel de las emociones y

afectos en la constitución y desarrollo del psiquismo, así como su importante rol en la memoria, tanto en lo que se recuerda, como en lo que se olvida. En el campo de la psicopatología, los estudios pioneros de Janet a fines del siglo XIX sobre la histeria (citado por Rojo, 2006), o los primeros trabajos de Freud (Breuer y Freud, 1893/1991) también relacionados con la histeria, ponen de relieve esto por primera vez en el ámbito científico de esa época. Desde este tipo de desarrollos es que surge, con los trabajos de Sigmund Freud, el Psicoanálisis, que aporta un importante modelo teórico de comprensión e intervención en el tema memoria y olvido.

Desde la investigación clínica del Psicoanálisis, la memoria es concebida como una función integrada al psiquismo y a la personalidad, no pudiéndose reducir su estudio a unas pocas variables como se realiza en los estudios experimentales. En los hechos, hasta el momento no se ha podido evaluar experimentalmente la razón por la cual una persona que sufre una conversión histérica, produce determinados síntomas, como por ejemplo una parálisis sin causa orgánica, y reprime selectivamente recuerdos vinculados afectivamente al síntoma. Sin embargo, esto ha sido ampliamente desarrollado y fundamentado desde la clínica. Sobre esta base clínica, el Psicoanálisis ha montado su teoría de los procesos inconcientes y el papel que juegan los afectos en la represión de recuerdos que pueden ser intolerables para el yo. Freud introduce la noción de que los procesos inconcientes son parte clave de la vida anímica de los sujetos. El inconciente se expresa en diferentes actos psíquicos no concientes, tales como los actos fallidos, sueños y síntomas. Del estudio clínico de estos actos, se infieren algunas características clave de los procesos inconcientes, entre las que corresponde señalar dos: a) Atemporalidad, referida a que las representaciones psíquicas se organizan en lógicas temporales diferentes a las del sistema percepción - conciencia (Freud,

1920/1991); b) La represión, que aparece como una barrera entre lo consciente y lo inconsciente.

El tema recuerdo y olvido es clave en el Psicoanálisis y se expresa a lo largo de toda la obra de Freud por casi 50 años. Sélika Acevedo de Mendilaharsu, en el año 1993, presenta una excelente revisión y síntesis de este tema, fundamentando cómo esta disciplina constituye un importante referente teórico respecto a los mecanismos psíquicos de la memoria y el olvido. Plantea Acevedo que en Psicoanálisis la amnesia tiene un signo negativo, vinculado a los mecanismos de represión que desaloja los recuerdos de la conciencia. Sin embargo, algunos de estos recuerdos de tipo infantil, tienen un carácter de indestructibles. Existen determinadas huellas mnémicas que no son accesibles a la conciencia, pero que pueden aparecer en el sueño o bajo hipnosis y que producen efectos psíquicos. La representación psíquica de determinadas situaciones que pueden haber sido vividas como traumáticas por la persona, pueden mantener su fuerza de recuerdo inconsciente y son actualizadas continuamente en acto, paradójicamente para no recordar. En este sentido, recordar para el Psicoanálisis sería ubicarse diferente respecto al pasado, quitándole los afectos negativos. Este aspecto es congruente con los hallazgos de Berriel y Pérez del año 2007, respecto a la emergencia de antiguos recuerdos en pacientes con enfermedad de Alzheimer, como por ejemplo la reiteración del recuerdo del hogar de la infancia, y su relación con la identidad de la persona.

Otro de los aportes relevantes del Psicoanálisis al tema de la memoria y el olvido, es el concepto de series complementarias, según el cuál, un síntoma debe ser comprendido en su construcción temporal, en la que intervienen tres dimensiones: a) lo constitucional de la persona, b) las experiencias infantiles constitutivas del psiquismo, que implica una memoria

psíquica de ese pasado (experiencias, impresiones, afectos, representaciones-cosa y representaciones-palabra, en general inconcientes), y c) y el desencadenante actual o el estresor.

Desde la clínica, los estudios sobre el fenómeno del “après coup” apoyan la teoría de que algo del pasado se puede actualizar en el presente y esto, a su vez, resignifica ese pasado. Uno de los aspectos más relevantes de esta perspectiva teórica, es poner de manifiesto que para entender realmente qué sucede con la memoria en una persona, no se debería estudiar a la misma aisladamente como un simple procesador de estímulos, o como un sistema de recuperación conciente de recuerdos, sino que la misma es parte constitutiva del psiquismo y de los afectos, vinculada al deseo y a la historia de ese sujeto. A pesar del tiempo transcurrido desde que Freud elaboró esta teoría, la misma se sigue desarrollando e investigando, últimamente con el apoyo de las nuevas tecnologías de neuroimagen (por ej. Anderson, et. al., 2004). También desde el campo de las neurociencias, Medina en el 2008 plantea que, tal como lo sostuvo Freud, las memorias se pueden comparar con la imagen de una cebolla y sus capas, donde existen algunas más profundas y otras superficiales, que son las que se evocan más rápidamente.

Las falsas memorias

Uno de los capítulos más interesantes desde el punto de vista clínico respecto a los estudios sobre la memoria y el olvido, refiere al fenómeno de las llamadas “falsas memorias”. Cintia Alves y Ederaldo Lopes en el 2007 las definen como recuerdos falsos sobre lugares en

los que la persona no estuvo o hechos que nunca ocurrieron, pero que la persona está convencida de que sí los vivió. En este sentido se diferencia de la mentira.

Es necesario señalar que este tema tampoco es algo nuevo. Ya los estudios de Binet en la Francia de 1890 o los de Stern en la Alemania de 1910 (ambos citados por Alves y Lopes, 2007) se ocuparon de este tema, relacionándolo con la sugestión. Ambos investigadores demostraron experimentalmente la influencia de la sugestión de los adultos en los recuerdos de los niños. Al respecto, es clásico el recuerdo autobiográfico relatado por Jean Piaget (citado por Ruiz-Vargas, 1991), respecto a un episodio de su infancia que él recordaba como real, pero que nunca había ocurrido, sino que había sido un invento de su niñera para realizar una estafa, como se enteró de adulto. Sin embargo, Piaget conservaba las imágenes que se había construido con el relato de la niñera, como si fuese un hecho real. Esto permite sostener que la memoria, al igual que la identidad, se construye en relación con los otros y sus relatos, y esto se da en las diferentes edades.

Actualmente existe un acuerdo bastante generalizado respecto a existencia de dos tipos de falsas memorias: Una de tipo espontáneo, que se construye por una interpretación de las personas respecto a los hechos, y otra implantada o sugerida, que implica una sugestión externa de la persona. Observando estos hechos, es que en el año 1990 los investigadores de la Universidad de Arizona Charles Brainerd y Valerie Reyna, plantean la “*Fuzzy-Trace Theory*”, traducida al castellano como teoría intuitiva o intuicionista de la memoria. La misma plantea la influencia de la intuición en la cognición, basada en representaciones difusas que tienen para la persona un significado o un valor emotivo. Para ello, proponen la existencia de dos sistemas de memorias que funcionarían en simultáneo, almacenando uno de ellos los sentidos, los significados, y el otro los componentes episódicos. El primero de ellos sería una

memoria de esencia, que implica el significado que cada persona le da a la información recibida. El otro, una memoria literal, referida a los detalles de tipo episódico de un determinado evento o acontecimiento. Concluyen estos investigadores que la memoria de esencia es más duradera y que la persona recuerda en función de los significados atribuidos a un acontecimiento, más que el acontecimiento objetivo en sí.

La multidimensionalidad de la memoria

Lo planteado hasta aquí, pone de manifiesto la complejidad y las diferentes dimensiones que tiene el tema memoria y olvido en el ser humano. A diferencia de las demás especies animales donde la memoria, asentada en una base genética y biológica con una enorme influencia y determinismo, funciona fundamentalmente de manera instintiva, en la especie humana, el papel de la cultura y el aprendizaje introduce otras dimensiones e influencias. Así, en el ser humano las dimensiones de lo afectivo, vincular, social, institucional e histórico son relevantes para comprender el psiquismo y la memoria.

Es un hecho conocido que en ancianos institucionalizados, es más factible que se de aceleradamente un deterioro y pérdida de memoria, pues en general en este tipo de instituciones no es necesario recordar para poder desarrollar las actividades cotidianas. Aquí la pregunta que surge es, si en estos casos el déficit responde a una falta de ejercitación cognitiva, o está más vinculado a que la persona tiene todos los aspectos de su vida ya instrumentados por la institución. Mientras que la falta de ejercitación cognitiva, desde la perspectiva neurobiológica facilita el deterioro por desuso y falta de reforzamiento (Medina,

2008), los aspectos funcionales de la institucionalización llevan a una dificultad en la elaboración de un proyecto vital propio y una presentificación temporal, quedando las personas capturadas por el tiempo y la identidad de la institución. Esto es congruente con las investigaciones antes citadas respecto al importante papel que cumplen las relaciones interpersonales satisfactorias en la memoria.

Para los seres humanos fuera de los ámbitos del laboratorio experimental, la memoria no es una función aislada del individuo, sino que está estrechamente relacionada con las otras áreas del psiquismo y de la conducta, como los afectos, los vínculos, estímulos, red social, etc., formando parte del todo de la persona, y en estrecho contacto con su propia identidad y capacidad de proyectarse hacia el futuro. Intervienen aquí diferentes dimensiones que implican procesos biológicos, psicológicos y sociales. De esta forma, la memoria se constituye en un fenómeno altamente complejo.

Desde el campo de las neurociencias, a partir de los estudios sobre recuerdo, extinción y olvido, en el 2008 Medina ha señalado tres condiciones indispensables para formar una memoria: condiciones biológicas normales (por ejemplo una correcta síntesis de proteínas), tener motivación y lograr atención. Se recuerda lo trascendente para la persona, lo que tiene un tinte emocional, estando la conducta ligada a la emoción. En este sentido, afirma que desde la perspectiva de las neurociencias, no son los genes lo que hacen diferentes a las personas, sino las experiencias propias de cada una de ellas. Pues bien: ¿qué hace que se logre esta motivación y atención, que se traduce a la dimensión biológica en síntesis de proteínas y activación de redes neuronales?

Una forma de transitar por esta pregunta es recurrir a otras dimensiones del conocimiento, introduciendo algunos conceptos ya suficientemente fundamentados desde la

perspectiva psicosocial respecto a cómo los múltiples sentidos que se dota a los acontecimientos construyen subjetivamente realidad, y cómo estos significados son producidos socialmente y asentados en el plano de la identidad. Un ejemplo de esto, es la investigación realizada en el año 2006 por Berriel y Pérez, sobre la construcción de la imagen del cuerpo en el proceso de envejecimiento. Este estudio, realizado con 989 personas de Montevideo, pertenecientes a cuatro tramos de edad (adolescentes, jóvenes, adultos y mayores) entre otras conclusiones plantea que la imagen del cuerpo no está determinada, ni responde a ningún mecanismo “esencial” del ser humano, sino que es una compleja construcción psicosocial en la cuál, las variables género y sentirse respetado socialmente, son tan importantes como la variable edad. Estas conclusiones, junto a la tesis de Medina desde el campo de la neurociencias, son ejemplos de cómo la construcción psicosocial de significados y sentidos atribuidos por las personas a determinadas problemáticas, influyen radicalmente en la misma y en sus diferentes dimensiones, incluida la biológica.

En esta línea de estudios se puede ubicar los trabajos que realizara Piera Aulagnier en el año 1991, en relación al proyecto de vida y la identidad. Esta autora fundamenta que todo lo que el ser humano conoce como pasado es obra del Yo, que lo estructura como una autobiografía nunca acabada, a la que se le pueden añadir o suprimir “párrafos”. Este planteo es congruente con los estudios realizados desde la perspectiva teórica de “memoria autobiográfica”, como memoria de los eventos de la propia vida, que es más que la suma de las memorias semántica y episódica, como planteó en el año 2008 Luisa Acrich de Gutmann.

Sin embargo, a diferencia de los estudios sobre memoria autobiográfica que son generalmente de carácter descriptivo, Piera Aulagnier plantea una perspectiva teórica relevante para comprender el fenómeno del recuerdo y el olvido en vinculación con la

construcción psicológica del tiempo. Señala que el psiquismo está compuesto de fuentes somáticas y fuentes discursivas, que proveen los materiales para construir la realidad y su propia historia. En este sentido, el pasado es una permanente construcción y reconstrucción, operatoria psíquica necesaria para construir el presente y poder orientarse y ubicarse en él. Para ello la memoria necesita de determinados anclajes temporales estables, que aseguren su permanencia y fiabilidad.

Así, las relaciones entre el presente, el futuro y el pasado son, al decir de Aulagnier, construcciones psíquicas ilusorias, construcciones realizadas desde ese presente yico que reconstruye el pasado y anticipa el futuro. Esta noción de tiempo se da a partir de un proceso identificador del Yo. Piera Aulagnier en 1986, ha señalado que la memoria es la historización del pasado que realiza el Yo, como forma de poder invertir un futuro y, por tanto, acceder a una temporalidad. Así, el proyecto de vida se constituye en la distancia que media entre un Yo actual y un Yo futuro, con la consiguiente paradoja que implica la búsqueda de alcanzar ese Yo futuro, pero a la vez manteniendo esa distancia, que es la que abre a la dimensión del proyecto identificador y del deseo. Es en el proyecto identificador donde se asentarán los modelos y emblemas identificatorios, quienes direccionarán el deseo y el proyecto vital. Estos emblemas, que son cristalizaciones de sentido, enunciados, imágenes, etc., son vehículos del imaginario social, pasando a ser un componente importante en la construcción del sujeto y su identidad. De esta forma, los múltiples sentidos sociales que se construyen sobre un hecho, como por ejemplo la vejez o la memoria, se van incorporando a la identidad del sujeto y van construyendo la misma.

En síntesis, se puede decir que la memoria y el olvido es un campo complejo de estudio que abarca diferentes dimensiones, disciplinas, teorías y metodologías. Desde la

perspectiva Psicológica y de Salud Mental, los mecanismos de la memoria y el olvido se apoyan en determinadas funciones bioquímicas y neurales, que son afectadas y transformadas continuamente y dialécticamente por las producciones psicológicas de sentido que realiza la persona, en función de sus estructuras cognitivas, su historia vital, sus aprendizajes, afectos y relación con lo social, cultural e histórico. Así, 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.

III – EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y LOS OBJETIVOS

Las personas que consultan en el PM, presentan un trastorno en las funciones cognitivas en general, pero fundamentalmente un trastorno de memoria. En quienes se diagnostica DCE (30%) y DCL (6%), este trastorno se puede constatar en las pruebas objetivas, a pesar que, al menos en el caso de las personas con diagnóstico de DCE, la percepción subjetiva del déficit cognitivo, en general es mayor que el rendimiento objetivo.

En las personas con diagnóstico de QSM, que es la mayoría de la población que consulta en el PM, no es posible constatar objetivamente en las pruebas empleadas un déficit en el rendimiento mnésico, lo cual no quiere decir que estas personas no presenten un trastorno de memoria. Es más, en función de lo desarrollado hasta el momento, desde la perspectiva de Salud Mental se puede afirmar que la propia entidad de QSM, constituye en sí mismo un trastorno de memoria, vinculado a un sufrimiento psíquico de la persona (y de ahí su queja o denuncia), que puede constituirse en un factor de riesgo de deterioro objetivo (Geerlings et. al., 1999; Barnes et. al., 2006), en muchos casos vinculado a factores de tipo psicológico (Derouesne et. al, 2004; Pearman y Storandt, 2004 y 2005).

Ahora bien: teniendo presente que la entidad “trastorno de memoria” puede expresarse en el plano objetivo y/o subjetivo, una primer línea de interrogante refiere a las preguntas sobre ¿qué es en definitiva un trastorno de memoria desde la perspectiva de la Salud Mental? ¿Qué lo define? ¿Qué lo constituye?

Janet Belsky, ya en el año 1996 señalaba la necesidad de diferenciar el rendimiento de la memoria, de las quejas mnésicas, pues mientras que el primer aspecto se puede mejorar con

el entrenamiento cognitivo, el segundo problema - asociado principalmente a los temores de la persona respecto a su vejez - disminuye cuando la persona siente que está recibiendo ayuda. Este planteo resulta relevante para ser analizado desde la población que consulta en el PM, pues la gran mayoría de ellas no presentan un cuadro clínico que haga pensar en un deterioro. Sin embargo, subjetivamente presentan una autopercepción negativa de su memoria, lo cual no se puede demostrar objetivamente en la mayoría de los casos. Ante esto, en estas mujeres mayores que presentan QSM sin un trastorno objetivo importante, ¿qué es lo que denuncia esta queja?

En el caso de las participantes del PM, en las entrevistas iniciales la mayoría define sus "problemas de memoria" como olvidos frecuentes, distracciones, etc.. Como ya se ha señalado, es común que en la observación clínica y las pruebas psicológicas presenten algún indicador emocional tal como ansiedad o angustia. Estas modalidades de sufrimiento psíquico, que en general tienen su origen en determinadas situaciones vitales y de personalidad, se ve reforzada por la preocupación de las consultantes respecto a sus capacidades cognitivas. De esta forma, parecería que cuando estas pacientes hablan de su memoria, en su discurso condensan una serie de temores respecto a sus afectos y capacidades intelectuales, sobrevolando el fantasma de la demencia y de la pérdida de autonomía.

En la intervención clínica de los Talleres, surge muy claramente que la mayoría de los olvidos relatados se deben a problemas de atención, los cuales, reconstruyendo sus historias, han estado presentes siempre. Es así común que el olvidarse de donde se dejaron las llaves, o el entrar a una habitación a realizar algo y no recordar qué era, les haya sucedido en otros momentos vitales. Sin embargo aparece como algo preocupante, y por lo tanto se define como un problema, en la vejez, pues se asocia al prejuicio de vejez equivalente a deterioro.

Chertkow et. al., en su reporte sobre DCL del año 2008, señalan que la mayoría de las personas que consultan por pérdida de memoria manifiestan temor a tener una Demencia Tipo Alzheimer. Dichos autores mencionan una reciente encuesta realizada en Canadá, donde surge la DTA como una de las tres principales preocupaciones de las personas mayores sanas que viven en comunidad.

Temas como demencia y pérdida de autonomía, si bien no involucran a la mayoría de los mayores, cristalizan una concepción de vejez deficitaria, de la cual participan muchos adultos mayores. En este sentido, el tema memoria y lo que se deposita en él, significan un excelente analizador respecto a las preocupaciones y concepciones de la vejez. La mayoría de estas personas llegan al SPV, después de haber recorrido con su síntoma, varios consultorios médicos y de otras profesiones, donde por lo general no se les da una respuesta a su problema.

Los viejos en nuestra sociedad occidental urbana son una población que, debido a sus condiciones de precariedad laboral, económica, vincular y afectiva, se encuentran en una zona de vulnerabilidad, que implica una situación de inseguridad para la persona. Inseguridad en cuanto al presente y a su futuro que pauta, en gran medida, su relacionamiento vincular y afectivo, así como su representación del mundo en la conformación de esta percepción. Como han planteado Berriel y Pérez en el año 2002 respecto a los adultos mayores de Montevideo, esto genera dificultades respecto a elaboración de estrategias de expresión del deseo, así como obstáculos para elaborar estrategias que afronten cambios futuros. Estos planteos son congruentes con los resultados obtenidos por Feliciano Villar en 1998. Trabajando con una población de jóvenes, adultos y adultos mayores de Barcelona, encuentra Villar que mientras jóvenes y adultos proyectan para el futuro actividades de ocio y de relaciones sociales, los mayores se plantean una continuidad con el estado actual. Incluso algunos planteaban

directamente no pensar en el futuro. Por su parte, en relación a la censura social de los aspectos de expresión del deseo en los viejos, ya en el año 1985, Vera et. al, lo habían puesto de manifiesto. Luego de estudiar a personas mayores de Madrid, este equipo concluye que el conflicto psicosocial en los mayores se desplaza a la enfermedad, pasando a ser ésta un factor de comunicación social. Más recientemente, en el 2008, Márquez-González et. al. presentan los resultados de su investigación, realizada también en España, con una población de 160 personas pertenecientes a 3 grupos etarios (jóvenes, adultos y mayores), concluyendo que los mayores, a diferencia de los jóvenes, emplean más la estrategia de supresión emocional, posiblemente vinculada a una presión social para que los viejos inhiban sus emociones.

Hipótesis Iniciales

Teniendo presente los resultados de estos estudios respecto al papel de lo social en los adultos mayores, cabe preguntarse, ¿qué es lo que denuncian los trastornos de memoria subjetivos, expresados en las QSM? ¿Qué sentidos subjetivos condensan estos trastornos?

Una primer hipótesis al respecto, ligada con la situación de vulnerabilidad de los mayores en nuestras sociedades (Berriel y Pérez, 2002), es que las personas que concurren al SPV con QSM, las dificultades que presentan en otras áreas, como la vincular, familiar, afectiva, económica, etc., producen un malestar psicológico que, al no ser habilitado socialmente a expresarlo en esos planos, es desplazado al área de la memoria.

Yuni y Urbano, en el año 2005 citando determinados refranes y dichos populares, señalan la constitución de un imaginario social negativo hacia la vejez, el cual, a la vez que

constituye un trasfondo de incertidumbre para los propios viejos, produce realidad. En el caso de la población del PM, parecería que ubicar el conflicto en la memoria les permite expresarlo sin ser censurados, pues debido a estos prejuicios naturalizados socialmente, poco sorprende que ser viejo sea sinónimo de pérdida de memoria. De esta forma, ubicar el conflicto en el área de la memoria, implica complejos mecanismos psicológicos de desplazamiento de los mismos y no algo que las personas realicen conscientemente o por su voluntad.

En las adultas mayores que concurren al PM, clínicamente se observa lo que parece ser un ciclo en el cuál, a partir de determinada concepción social prejuiciosa de la vejez ("los viejos son enfermos y tienen problemas de memoria"), de la cual seguramente estas mujeres mayores han sido transmisoras, los conflictos vitales y el malestar subjetivo son desplazados a la enfermedad - en este caso a la pérdida de memoria - pasando ésta a ser un factor de comunicación validado socialmente, que a su vez, baja la tensión de las otras áreas de conflictos (familiar, sexual o económica por ejemplo) donde la censura social a su expresión es mayor, manteniendo al viejo en el lugar de pasivo, de no conflicto y por lo tanto de no proyecto (Berriel y Pérez, 2002).

Puestas las cosas así, parecería que estas personas presentan un problema de memoria muy complejo, pues estaría significando toda una serie de situaciones conflictivas que no son válidas de expresarse en las otras áreas. Se debe tener presente que la casi totalidad de la población del PM son mujeres con una alta escolaridad que siempre valoraron mucho sus capacidades intelectuales y que actualmente realizan varias actividades sociales y grupales. Posiblemente este perfil favorezca el desplazamiento del conflicto a esta área.

Preguntas Anticipatorias

En los resultados de la implementación del PM, se puede apreciar claramente que el efecto grupal es tan importante como las técnicas cognitivas en la disminución de las quejas mnésicas (Carbajal, 2007), lo cual estaría indicando la influencia de factores de tipo afectivo y vincular en esta construcción de la dificultad de memoria. Surge así la pregunta sobre ¿qué lugar ocupa en la vida cotidiana de estas personas la QSM? ¿Cómo se relaciona con su etapa vital?

Para estudiar esto, será necesario utilizar una conceptualización de memoria amplia, que en lugar de abordar la misma como una función aislada, lo haga desde una perspectiva multidimensional, como capacidad humana que permite presentificarse, ubicarse en un tiempo y en una historia ontogenética y colectiva, para desde allí proyectarse hacia un futuro. De esta forma, la memoria es un aspecto clave del ser humano relacionado con la identidad, con la continuidad de la persona y con su capacidad de proyectarse al futuro. Cabe entonces preguntarse por la problemática de estas mujeres adultas mayores que consultan en el PM por problemas de memoria y no presentan un déficit mnésico severo ni patologías asociadas ¿qué relaciones existen entre este trastorno de memoria y los aspectos de historia y continuidad de su identidad?

Si su memoria, como parte de su identidad, tiene directa relación con la capacidad de presentificarse y por lo tanto acceder a estrategias vitales adaptativas dentro de un medio que tiende a ser exigente, censor, con mensajes sociales negativos y mediatizado por la familia (Berriel y Pérez, 2002) ¿qué relación existe entre el problema de memoria y las estrategias adaptativas y de expresión del deseo utilizadas?.

Y por último, si se tiene en cuenta la dificultad constatada en los adultos mayores de proyectarse en el futuro y generar estrategias que lo anticipen ¿cuál es la relación entre este trastorno de memoria y la posibilidad de proyectarse al futuro, o sea de construir un proyecto de vida y generar estrategias satisfactorias de expresión del deseo? ¿existen estos proyectos vitales? ¿pueden ser formulados?

Definición Del Problema

En términos amplios las anteriores preguntas se pueden agrupar en tres dimensiones, que serán la guía de la presente investigación:

- Estos trastornos de memoria en la vida cotidiana, ¿tienen relación con la percepción subjetiva de la vejez de estas mujeres adultas mayores?

- El sufrimiento psíquico actual que implica la QSM y los aspectos emocionales puestos en juego, ¿tiene relación con su identidad e historia de vida, y con las estrategias adaptativas anteriores y actuales, y con las de expresión del deseo?

- En estas mujeres que participan del PM, la autovaloración negativa que realizan de su memoria, su QSM, ¿cómo se vincula con su futuro? ¿Tiene relación con la formulación de proyectos vitales?

A partir de esta formulación general y de acuerdo con lo desarrollado anteriormente, el problema a investigar se puede definir en los siguientes términos relacionales:

“En mujeres adultas mayores con QSM, la relación entre la memoria y el olvido con conflictos afectivos y vinculares”.

Objetivo General

Investigar en “mujeres adultas mayores que concurren al PM con alto índice de QSM, sin patologías mayores de base” (en adelante AMQ), las condiciones de producción de su memoria y olvidos en la vida cotidiana y su vinculación con aspectos psicológicos y psicosociales de producción de sentido.

Objetivos Específicos

- 1 - Analizar, en AMQ, posibles relaciones entre las QSM y la percepción subjetiva de la vejez.
- 2 – Identificar, en AMQ, si existen relaciones entre las QSM con su historia de vida y su identidad.
- 3 – Identificar, en AMQ, si existen relaciones entre las QSM y las estrategias adaptativas y de expresión del deseo.
- 4 - Investigar, en AMQ, si existen relaciones entre las QSM y su proyecto de vida.

IV – METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

En función de la naturaleza del problema y los objetivos de acceder a una serie de contenidos subjetivos y de producción de significados, se ha optado por realizar un estudio cualitativo de tipo inductivo - comprensivo. Esto último se basa en la propuesta de Isabel Carvalho (2006/2008), que distingue -dentro de los enfoques cualitativos- a las metodologías “comprensivas o inductivas” de las “lógico- deductivas o cartesianas”. Se opta por un estudio cualitativo pues, como plantea Irene Vasilachis de Gialdino (2007), este tipo de investigación es relevante cuando se busca comprender las perspectivas subjetivas de las personas, su historia, cotidianeidad, interacciones, producciones de sentido, etc., analizándolas en el medio donde se producen. A diferencia de las investigaciones cuantitativas o experimentales en las que es necesario reducir y controlar variables - lo cuál habilita a diseñar una secuencia metodológica lineal – la investigación cualitativa implica un modo diferente de comprender la relación entre el problema y el método.

No está en el horizonte del presente estudio llegar a conclusiones universales ni “esenciales” del ser humano, en el entendido que en los procesos de producción de subjetividad las mismas no existen, tal como lo ha planteado Fernando González Rey en el año 2000. Este autor formula una base epistemológica para el estudio de la subjetividad con metodologías cualitativas. Entre otras cosas, sostiene que,

“la definición de nuestro objeto de estudio en términos cualitativos está asociada a la naturaleza ontológica, que al definirse en términos de sentidos subjetivos y procesos de significación, conduce a la definición de unidades complejas para su estudio, cualitativamente diferentes a las usadas en la epistemología cuantitativa” (pp. 31).

En este sentido, la opción por un modelo de investigación cualitativo antes que instrumental o metodológica, es epistemológica y teórica, orientada hacia el conocimiento de objetos complejos, tales como la subjetividad o la producción de significados. Para ello, la investigación cualitativa se apoya instrumentalmente en procesos específicos de análisis y construcción de conocimientos.

Enmarcado en esta concepción de investigación cualitativa, y teniendo presente las sugerencias sobre criterios, procesos y escritura realizadas recientemente – en el 2009 - por Carlos Calderón Gómez para evaluar la calidad de la Investigación Cualitativa en Salud, el presente estudio busca acceder a la comprensión de algunos de los complejos procesos de los sentidos y significaciones constitutivos de la subjetividad humana, en el tema memoria y olvido en la población del PM. Para ello se estudiará en mujeres adultas mayores con QSM y sin déficit cognitivos severos que participaron del PM, la relación que puede existir entre las significaciones atribuidas a las dificultades de memoria manifestadas por ellas, relacionándolas con las estrategias de expresión del deseo, la significación de su historia como identidad y la formulación de proyectos vitales. Se buscará desarrollar analíticamente estos universos de significaciones.

Diseño

Una de las dificultades más comunes identificada en los estudios cualitativos, es el sesgo que puede derivar de la metodología empleada para la recolección de los datos. Si bien el nivel de validación de este tipo de investigación está dado por la relación de los datos con la teoría, algunos investigadores sugieren el beneficio de realizar una triangulación de técnicas, en el entendido de que cuando una hipótesis se mantiene en más de una técnica, aumenta su grado de validez y disminuye el posible sesgo metodológico.

Según lo planteado en la fundamentación teórica, en el tema memoria y olvido en mujeres de edad avanzada, además de los aspectos más clásicamente estudiados respecto a la relación de los mismos con el envejecimiento, existen una serie de aspectos psicosociales vinculados al problema, tales como los imaginarios sociales imperantes, los lugares asignados socialmente en función de la edad, del género, etc., los cuáles generan un determinado tipo de subjetividad. Por lo tanto, resulta relevante confrontar los discursos que los sujetos producen en un ámbito individual, con los contruidos en un ámbito colectivo y público, como puede ser un grupo.

Con la finalidad de reducir posibles sesgos de las técnicas y a la vez confrontar ambos tipos de discursos, se optó por un diseño cualitativo con triangulación de las técnicas de producción de los datos. Como planteara Oscar Rodríguez Ruiz en el 2005, la triangulación no refiere a la utilización de tres metodologías, sino que hace a la pluralidad de enfoques e instrumentos de investigación. En el presente estudio se utilizaron dos instrumentos: Entrevistas en Profundidad Individuales (EP) y Grupo Focal (GF).

El proceso de análisis desarrollado a lo largo de la investigación, se apoyó en diferentes aspectos propuestos desde la “*Grounded Theory*” (Teoría Fundamentada), aunque no se ciñó totalmente al planteo clásico de ésta. La Teoría Fundamentada, desarrollada originalmente por los sociólogos Barney Glaser y Anselm Strauss en 1967, a partir de un estudio sobre personal hospitalario que trabajaba con pacientes terminales, ha evolucionado en el tiempo y llevado a diferentes modalidades de aplicación, incluso entre sus propios creadores que actualmente trabajan con distintos enfoques metodológicos (Stern, 2003; Jones, Manzelli y Pecheny, 2004).

En el año 2007, Abelardo Soneira agrupa estas diferentes modalidades de aplicación de la Teoría Fundamentada en tres tipos de diseños: a) Emergente, donde la teoría se ajusta estrictamente a las categorías de los datos; b) Sistemático, donde se definen una serie de procedimientos metodológicos estrictos para construir la teoría; y c) Constructivista, que parte de la base de que los sujetos no construyen su realidad de forma objetiva, sino que lo hacen a partir de dar significados y actuar en ellos, por lo que los conceptos surgen de la interacción del investigador y sus preguntas, con los sujetos y el campo de estudio. A pesar de estas diferencias, sostiene Soneira que actualmente la Teoría Fundamentada sigue siendo el método más citado en investigación cualitativa y tiene el gran potencial de utilizar los datos para producir teoría y no para describir, sistematizando esto. Sin embargo, la crítica que se le ha formulado mayormente, refiere a que, en aras de preservar la relevancia de los datos, se le otorga poca o nula importancia a la teoría previa y al estado del arte.

Compartiendo el planteo de Soneira sobre los potenciales y debilidades de la Teoría Fundamentada, en el presente estudio se buscó incorporar en su enfoque las principales fortalezas y minimizar las debilidades de este planteo, estando atentos a mantener la

coherencia epistemológica de estudiar elementos complejos con una metodología que integre esa complejidad desde lo metodológico y no trate de simplificarla. Para ello, en el análisis de datos se utilizaron dos estrategias centrales de la Teoría Fundamentada con un enfoque constructivista: comparación constante y muestreo teórico. La comparación constante implicó no realizar un estudio lineal, sino que se fueron recogiendo los datos, codificándolos y analizándolos en simultáneo, para desde allí orientar el paso siguiente. El muestreo teórico implicó que la selección de los casos se realizó en función de los conceptos manejados y los componentes teóricos surgidos. Para la codificación se utilizó el método de identificar similitudes y posteriormente identificar diferencias en los casos estudiados, para desde allí construir las categorías y sus dimensiones. La definición de estas categorías y dimensiones implicó reformular el problema, el cuál se fue reelaborando a medida que avanzaba el estudio. Esto llevó a una redefinición de los objetivos y preguntas, cuya formulación final, al igual que la formulación final del problema – tal como fue presentada en el capítulo anterior - se construyó en función de los datos y categorías que fueron surgiendo en el proceso del propio análisis.

Sin embargo, el presente estudio no se apega totalmente al planteo de la Teoría Fundamentada clásica (Glaser y Strauss, 1967), al comenzar dando mucha importancia al marco teórico que define un estado del arte en el tema y a la vez permite formular hipótesis iniciales y las primeras preguntas como guía inicial de la investigación. El marco teórico y las preguntas constitutivas del problema, implican también una forma particular de aplicación del método de comparación constante, pues tuvieron un importante peso al inicio, hasta que comenzaron a emerger nuevos datos específicos de la investigación que llevaron a reformular estas últimas.

La recogida de datos comenzó con las Entrevistas en Profundidad Individuales. Una vez alcanzado un nivel de saturación teórica, se aplicó la técnica de Grupo Focal como forma de exploración de los resultados obtenidos hasta ese momento.

Participantes

Varios estudios han advertido sobre la necesidad de incluir un enfoque de género en temas tales como producción de subjetividad (Berriel, 2003; Berriel, Paredes y Pérez, 2006; Berriel y Pérez 2002 y 2006; Pérez, 2007) o en el estudio sobre la constitución y evolución de algunos cuadros de DCL (Donoso et. al., 2001). Dentro de los estudios recientes, ya se ha señalado la investigación que Artero et. al. realizaran en el año 2008 en Francia, donde plantean que hombres y mujeres tienen diferentes perfiles de riesgo tanto para DCL como para demencia. Ese mismo año 2008, Carmen Mas en su Tesis doctoral realizada en las Islas Baleares, concluye que hombres y mujeres afrontan de diferente forma el envejecimiento cognitivo. De acuerdo a las características de la población del PM - compuesta casi en su totalidad por mujeres – y atendiendo a las advertencias de estos estudios respecto a las diferencias de género, en la presente investigación se optó por trabajar exclusivamente con mujeres participantes del PM.

La selección de las participantes de las EP se realizó según el criterio de muestreo teórico (Glaser y Strauss, 1967). Esto implica que los casos a estudiar fueron seleccionados en función de su potencial para el desarrollo de los conceptos teóricos que van surgiendo. De esta forma, se seleccionó inicialmente a mujeres participantes del PM con diagnóstico de

QSM, sin indicadores de déficit cognitivo y con indicadores emocionales. A medida que se avanzó en el análisis y en la construcción de las primeras categorías, se incorporaron mujeres con diagnóstico de DCE primero y con DCL después. En total se realizaron nueve EP, llegándose a este número en función de los criterios de saturación teórica, según los cuáles agregar nuevos casos se consideró que no implicaría nuevas informaciones que permitiesen desarrollar otras dimensiones o categorías (Glaser y Strauss, 1967).

El GF estuvo compuesto por seis mujeres, seleccionadas también según el criterio de muestreo teórico.

En total la población que participó del estudio fue de 15 mujeres que integraban el PM, con un rango de edad de 68 a 84 años. Las características de las participantes diferenciadas según cada grupo se presentan en las Tablas 1 a 3.

Tabla 1: Participantes por sexo, edad y escolaridad

	Total	Edad			Escolaridad		
		Rango	Mediana	Media	Primaria	Secund.	Terciaria
EP	9	68 – 84	77	76	3	3	3
GF	6	68 – 82	75	74	2	3	1

Tabla 2: Participantes por núcleo de convivencia y estado civil

	Con quien vive			Estado Civil			
	Sola	Con esposo	Con hijos	Casada	Viuda	Divorciada	Soltera
EP	7	----	2	----	6	2	1
GF	2	2	2	2	3	1	-----

Tabla 3: Participantes por diagnóstico

Diagnóstico	EP	GF
Queja Subjetiva de Memoria	1	2
Queja Subjetiva de Memoria con indicadores emocionales	4	3
Declive Cognitivo Asociado al Envejecimiento	1	--
Declive Cognitivo Asociado al Envejecimiento con indicadores emocionales	2	--
Declive Cognitivo Leve	1	1

Instrumentos

Entrevista en Profundidad Individual

A las personas seleccionadas inicialmente, se les realizó Entrevistas en Profundidad Individual, según las pautas descritas por José Ruiz y María Ispizua en 1989. Estos autores plantean un modelo de entrevista individual, holística y no directiva, desarrollada a partir de

preguntas abiertas realizadas con una pauta-guía. Todas las entrevistas fueron realizadas por el autor del presente estudio.

A cada persona se le realizó una única entrevista que tuvo una duración de entre 75 y 90 minutos. Las preguntas guías de las entrevistas fueron elaboradas en función de los objetivos y de las primeras preguntas constitutivas del problema de investigación.

En la Tabla 4 se presenta la pauta - guía inicial de preguntas, y su relación con los temas y objetivos explorados.

Tabla 4: Preguntas guía inicial de la EP y correlación con temas e hipótesis.

Pregunta Guía (en orden de cómo se estructuró la entrevista)	Tema indagado	Objetivo
- ¿Cuándo comenzaron los problemas de memoria? ¿Los asoció a algo?	Construcción de recuerdos y olvidos de su historia vital	2
- ¿Ud. es de Montevideo? ¿Con quién vivía cuando niña? ¿como fue esa etapa? (así para las diferentes etapas vitales, prestando especial atención a los aspectos vinculados afectivos y de producción de sentido sobre la realidad)	Estrategias pasadas y actuales adaptativas y de expresión del deseo	3
- ¿Cómo se siente actualmente?	en Percepción subjetiva de su vejez	1
- ¿Cómo valora su etapa actual relación a las otras?		
- ¿Se siente sola?	Percepción subjetiva de su vejez	1
- ¿Cómo visualiza el futuro?		
- ¿Espera cambios? ¿Cuáles?	Percepción del futuro y proyecto de vida	4
- ¿Qué proyectos tiene a futuro?		

Grupo Focal

La información obtenida en la etapa anterior de EP y las respectivas categorías emergentes de los datos surgidos, fue sometida a una discusión grupal a los efectos de analizar las relaciones entre los discursos formulados individualmente con los producidos en un contexto grupal. Se utilizó la técnica de Grupo Focal (GF), siguiendo las pautas descriptas por Martha Carey en el 2003. Se realizó una única sesión de GF, que tuvo una duración de 120 minutos. El grupo estuvo compuesto por seis personas. La sesión fue coordinada por el autor del presente estudio. En función del análisis previo de las EP, se construyeron nueve preguntas-guía para orientar la discusión del GF:

1. ¿Cuándo comenzaron los problemas de memoria? ¿A qué los atribuyen?
2. ¿Qué cambios importantes han tenido en los últimos tiempos?
3. Si tuvieran que elegir una etapa de su vida ¿Cuál elegirían y por qué?
4. ¿Cómo definirían su etapa actual?
5. ¿Cómo se sienten íntimamente respecto a cómo utilizan su tiempo?
6. ¿Cuánto sienten que es placentero este uso del tiempo?
7. ¿Se sienten protegidas?
8. Cuando uno es niño se proyecta al futuro de determinada forma ¿Cómo es actualmente esa proyección?
9. ¿Qué cosas cambiaría de su vida y de su forma de ser?

Registro, análisis de los datos y codificación

Se efectuó un registro de audio de las EP y el GF. Además, se realizó una observación y registro escrito de los aspectos no verbales más relevantes presentado por los sujetos en esa situación. Los registros de audio de las EP y el GF fueron desgrabados y convertidos en registro escrito por medio del procesador de texto Word, obteniéndose un archivo de aproximadamente 70.000 palabras. El audio de cada entrevista fue escuchado varias veces y se comparó con los registros de campo de las sesiones. Asimismo, cada entrevista fue leída más de una vez para ser codificada. La codificación permitió identificar los principales analizadores que en su conjunto construyeron las categorías. A medida que fue avanzando el número de entrevistas codificadas, fue necesario releer las anteriores a los efectos de mantener una coherencia en la elaboración de las categorías.

Como ya fue planteado, los datos fueron analizados por el método de comparación constante, utilizando el criterio de semejanzas y diferencias, a partir del análisis de tres planos: a) El contenido manifiesto y la relación de los significantes temáticos con el discurso global, o sea el análisis del contenido particular de las frases, no en forma aislada, sino en su relación con el contenido global de la entrevista y su relevancia teórica; b) los afectos implícitos contenidos en la comunicación, tales como alegría, tristeza y angustia. Los mismos fueron analizados a partir del tono de voz (alto, bajo, entrecortado, etc.), los gestos y la postura corporal. Estos elementos fueron registrados sistemáticamente durante las entrevistas; c) la capacidad de afectación del discurso del entrevistado, o sea, cómo logra comunicar su estado de ánimo al otro y la afectación que transmite. Esto es, si el entrevistado logra

transmitir alegría, tristeza, angustia, etc., en concordancia con su discurso o si, por ejemplo, plantea en su discurso un contenido dramático pero no transmite esa sensación.

Con los registros del GF y su codificación, se revisaron las categorías obtenidas en las EP, obteniéndose finalmente seis dimensiones de análisis con sus correspondientes categorías:

1 – Dinámica de los Recuerdos y de los Olvidos

- 1.1 - Características cognitivas de los olvidos
- 1.2 – Vinculación del problema de memoria con conflictos en la esfera afectiva y vincular
- 1.3 - Características psicológicas de los recuerdos y los olvidos

2 - Historia de Vida e Identidad

- 2.1 - Los “no dichos” familiares
- 2.2 - Dependencia afectiva de la familia
- 2.3 – Independencia social
- 2.4 – Influencia de roles y funciones en la identidad

3 - Estrategias de Expresión del Deseo

- 3.1 – Modalidades de ser mujer
- 3.2 – Sexualidad
- 3.3 - Postergación del deseo

4 - Percepción Subjetiva de la Vejez

- 4.1 - Vejez como declive
- 4.2 – Vejez como etapa de actividad

5 –Percepción de la Etapa Vital Actual

- 5.1 - Estructuración del tiempo cotidiano
- 5.2 – Pérdidas no elaboradas psicológicamente
- 5.3 – Sentimiento de soledad

5.4 - Sentimiento del “sobreviviente”

5.5 – Estrategias adaptativas a la etapa actual. La tensión entre independencia social y dependencia afectiva

6 –Proyecto de Vida

6.1 – Percepción del futuro

6.2 - Dificultad de anticipar el futuro

Marco Institucional y Aspectos Éticos

El desarrollo de la investigación tuvo como marco institucional el Servicio de Psicología de la Vejez de la Facultad de Psicología, Universidad de la República. Más concretamente, su “Programa Psicosocial de Prevención de los Trastornos de Memoria”. Todos los sujetos que participaron de dicho Programa, concurrieron voluntariamente a la Facultad de Psicología planteando algún tipo de dificultad en el área de la memoria y solicitando ser incluidos en el mismo. Las Entrevistas en Profundidad y el Grupo de Discusión Focalizada se realizaron en el local de Servicios de Atención a la Población de la Facultad de Psicología, Universidad de la República, cito en la calle mercedes 1737 de Montevideo.

La presente investigación se enmarca en las normas éticas de las Facultades de Enfermería y Psicología, y en las definidas por el Código de Ética del Psicólogo. A cada participante de las EP y del GF se le informó previamente sobre la presente investigación y solicitó su consentimiento expreso para participar de la misma. Asimismo se les comunicó que la entrevista iba a ser grabada en registro de audio y luego desgrabada para su transcripción

y análisis por parte del autor de la presente investigación, quién se comprometió a tomar los recaudos necesarios para proteger la identidad de las personas que participaron del estudio y a utilizar los datos exclusivamente con fines académicos – científicos, cuidando de que ninguna de las participantes pueda ser identificada en ningún reporte o publicación posterior.

V – RESULTADOS

Este capítulo consta de dos partes. En la primera de ellas se presentan los resultados organizados de forma tal que intenta mostrar, de la manera más explícita posible, los discursos de las participantes, sin profundizar aun en la interpretación, más allá de la categorización utilizada, que implica de por sí un primer nivel de análisis. Para ello, el material fue organizado en tres planos de integración: a) los temas-analizadores, emergentes de los discursos-datos concretos y del primer nivel de codificación; b) las categorías, que implican un primer agrupamiento de estos temas analizadores, en base a características y conceptos comunes; c) las dimensiones, constituidas por características comunes de las diferentes categorías. Las dimensiones implican el mayor grado de abstracción de esta clasificación, y se vinculan con las preguntas y objetivos de la investigación.

Para una mejor comprensión de estos agrupamientos, se presentan fragmentos de los discursos de las participantes, que son transcritos en letra cursiva. Cada participante es identificada con un nombre ficticio, a los efectos de poder seguir el camino discursivo de cada una de ellas, así como mostrar el plano de saturación teórica de cada categoría. En el caso de las participantes del Grupo Focal, se las identifica con el agregado “GF” luego del nombre ficticio de la persona. Para mantener en reserva la identidad de las participantes, además del nombre ficticio, se omite todo tipo de dato que pudiese identificar a las mismas. Es necesario explicitar que en muchos casos, un mismo discurso presenta una variedad y riqueza en su contenido simbólico, que lo hace referente para más de un analizador. Lo mismo sucede con las categorías, que como se verá, se encuentran muy interrelacionadas entre sí.

En la segunda parte de este capítulo, se presenta una síntesis analítica de los resultados, la cuál se centra en la conexión entre las diferentes dimensiones y categorías, avanzando en la interpretación y construcción teórica de los resultados.

Las Diferentes Dimensiones de los Recuerdos y de los Olvidos

1 – Dinámica de los Recuerdos y de los Olvidos

Esta dimensión refiere a la forma en que las participantes relatan y evalúan sus trastornos de memoria y la vinculación subjetiva de los mismos con otros hechos de su vida. Aparecen aquí, algunas de las características y mecanismos psicológicos de los recuerdos y olvidos en las participantes. Tres categorías componen esta dimensión: Características cognitivas de los olvidos; Vinculación del problema de memoria con conflictos en la esfera afectiva y vincular; Características psicológicas de los recuerdos y olvidos. En la Tabla 5 se presentan estas tres categorías con sus correspondientes analizadores.

Tabla 5: Componentes de la Dimensión “Dinámica de los recuerdos y olvidos”

DIMENSIÓN	CATEGORÍAS	ANALIZADORES
1 – Dinámica de los recuerdos y los olvidos	1.1 - Características cognitivas de los olvidos	Tipo de olvido relatado
	1.2 - Vinculación del problema de memoria con conflictos en la esfera afectiva y vincular	Comienzo de trastorno de memoria asociado a pérdidas: muertes y jubilación
	1.3 - Características psicológicas de los recuerdos y olvidos	Querer olvidar situaciones que producen angustia
		Falta de interés en recordar
		Pensamientos que irrumpen. Realizar varias cosas a la vez y dificultades para focalizarse en una tarea.

1.1 - Características cognitivas de los olvidos

Los trastornos de memoria que relatan las participantes, en general remiten al olvido de hechos de la vida cotidiana. Estos olvidos, desde la perspectiva cognitiva están vinculados principalmente a fallas atencionales y dificultades en la incorporación de nueva información de aspectos cotidianos:

“Y también por ejemplo yo escucho una cosa en la tele y después a los 10 o 15 minutos voy y le cuento a mi hija ¡mira tal cosa y tal otra!, pero no me acuerdo bien que día dijeron, creo que era tal, pero no estoy muy segura. Es como que pierdo fácil la cuestión” Estrella.

“Otra cosa que me pasaba era que ponía algo al fuego - las papas, el arroz, lo que fuera - y no se si por arte de magia, sonaba el teléfono a veces, u otras veces yo iba a hablar por teléfono, y ahí surgía que se me quemaban las papas, la cacerola, todo...” Delmira.

“Cuando de repente estoy haciendo algo y vengo a buscar tal cosa. Ahí digo: hay, qué vine a buscar. Entonces me quedo parada y digo: voy a rebobinar para atrás. Entonces digo: qué estaba haciendo cuando dije que precisaba algo. Entonces digo, ah, tal cosa” Hortensia.

1.2 – Vinculación del problema de memoria con conflictos en la esfera afectiva y vincular

Ante la pregunta sobre cuándo y cómo comenzaron los trastornos de memoria y si los vinculan a algo, surge rápidamente la asociación de los mismos a hechos pasados que implicaron situaciones de estrés y gran movilización afectiva. El tema jubilación, vinculado en muchos casos a otras situaciones de estrés y enfermedad, son una constante en casi todas las entrevistas:

“Habrán empezado hace un año o poco mas atrás. No sé si coincidió con el tema que yo trabajaba hasta hace un año, y me despidieron por el tema de reducción de personal. Entonces yo estaba acostumbrada a tener actividad (...) Eso me trajo un gran bajón, la pérdida del trabajo, porque me doy cuenta que para mí es vital y pienso que un poco eso” (...) “... y otro poco que falleció mi madre el año pasado. También mi hija que se fue de casa... entonces no sé si varias cosas...” Estrella.

“Muy probable en el último año de trabajo, algo ya me estaba olvidando. Pero era mucha la cosa. Eran muchas horas fuera de casa, mal alimentada. Tenía mi marido enfermo. Se juntaba – yo pensé, no es que me hayan hecho el diagnóstico – pero yo pensé, ¡con mi marido enfermo...!. Después él internado, con mi padre - mi madre ya había muerto - mi padre viejito. Se conformaba toda una historia, verdad (...) Claro, yo creo que a raíz de todo eso, fue que más empezó” (...) “Y pienso además que fue con mi jubilación. Para mí, mi jubilación fue un trauma” (...) “yo creo que era una adicta al trabajo... patológicamente, a mí la jubilación me arruinó” Delmira.

“Empezaron por olvidos de muchas cosas, como consecuencia también de mucha preocupación de vida. Tuve que enfrentar una situación muy especial de mi esposo, que entró en un estado depresivo, con otros problemas más importantes, muy feo. Bueno, fue muy agotador toda esa etapa. Estar con temor de cómo iba a reaccionar. Fue difícil. Creo que eso influyó un poco, en la parte de los olvidos. Pero, después que él falleció, no recuperé digamos, a pesar de que después pude descansar bien y demás, reponerme un poco, tanto anímica como físicamente, la memoria no la recuperé. Sigo con esos olvidos, y mucha preocupación tengo por olvidarme” (...) “No sé si eso empezó en esa época, porque había empezado un poco antes. Después que me jubilé me doy cuenta que fue una cosa así, notable”. Beatriz.

“Cuando estaba más olvidadiza... tenía problemas de las enfermedades. Que tenía que correr por mi hermana.....”. Graciela.

“Hace más o menos tres años, pero yo lo atribuyo a lo que me sucedió. En ocho meses me robaron dos veces en la calle y me quedé súper mal, me quedé mal, mal, completamente... y me quedé mirando para atrás...” Karina, GF

“Bueno, yo no sé... tuve muchos sufrimientos, tuve muchas pérdidas muy seguidas ¿no? de familiares... bastante seguidas. De una familia mediana quedó una cosita chiquita ¿no? Entonces yo creo que también eso debe haber influido”. Luisa, GF

1.3 - Características psicológicas de los recuerdos y los olvidos

En varios casos, las fallas atencionales parecen estar vinculadas a pensamientos y recuerdos de hechos del pasado que retornan como pensamientos reiterativos y se evocan insistentemente, produciendo malestar psicológico. Parecería que cotidianamente se empleara un importante monto de energía psíquica para tratar de no recordar, o sea, en tratar de olvidar determinados sucesos y hechos que son resignificados actualmente con dolor. Estos hechos no han sido elaborados psíquicamente, por lo que surgen continuamente produciendo angustia y malestar psicológico:

“yo me acuerdo todos los días de mi esposo y todos los días de mi madre, y....me viene una cosa. Digo, ¡ay mamá!, las cosas que estoy haciendo, que las hacía ella....” (...) “No sé, de repente me, me quedo callada sin que me este pasando nada serio, pero de repente es un pensamiento de hace un rato que me empezó otra vez a quedar ahí. Una cosa...” Estrella.

“hay cosas que mejor no acordarse” Adela.

“Yo al pasado bajé la cortina. Y, gracias a dios, la bajé de verdad ¡porque no me acuerdo!. Yo aunque me quiera acordar, no me acuerdo. Me acuerdo de las cosas lindas...” (...) “Entonces en épocas, ... desde joven que yo dije que hay que bajarle la cortina a todo lo que pasé feo, malo. Se la bajé. Que no me acuerdo, por suerte...” (...) “Cuando uno se quiere olvidar de momentos de su vida fuleros, que

pasó mal, varios, se le baja y se olvidó. Porque hay que vivir con el presente y el futuro, no con el pasado. El pasado ya fue, como dicen los chiquilines ahora. Vivir la realidad. Ya fue. Para qué uno espera empezar a pensar en el pasado. Para nada. Para meter uno el dedo en la llaga. Para qué?”. (Nota del entrevistador: transmite angustia y bronca) “Además yo decía una cosa - le voy a levantar un poquito la cortina para dejar entrever – yo decía que...” (...) “No hay nada de beneficioso. Beneficioso es pensar en las cosas lindas que hay y que va a haber, y en vivir lo mejor que se pueda, mientras se pueda.”. Hortensia.

“Yo perdí a todos mis hermanos y mi mamá y mis hermanas y me quedaron una menor que yo. Pero todo eso, me parece que es fácil de recordar. Pero cómo las retiene uno, no?. Yo recuerdo mucho, me parece que recuerdo todo No sé. Pero a mí me parece que hay cosas pasadas, pero es lo momentáneo, lo inmediato” Francisca.

“Me pasaba lo que le pasó a ella que... o de repente me acordaba demasiado de los hechos esos o de pronto me olvidaba totalmente, los borraba así, era por períodos...”. Olga, GF.

"yo lo atribuyo a lo siguiente: cuando en la época de la dictadura - hace muchos años que yo ando mal de la memoria - se llevaban mucha gente, muchos compañeros presos de ahí adentro y yo me propuse olvidar el nombre de todos, para no, para que no... si me preguntaban no decirlo. Me propuse olvidar el nombre y olvidar cantidad de cosas: Yo, no me tengo que acordar porque yo, si me llegan a detener no tengo que nombrar a nadie. Porque allí era una cosa de ver todos los días que se llevaban a uno, que se llevaban a otro...”. (...) “De repente yo me acuerdo de todo, me acuerdo mucho de lo pasado, pero como que no lo quiero recordar, que me pongo así... lo que pasó, pasó, no lo quiero recordar” Luisa, GF.

La no elaboración psicológica de determinados acontecimientos, la no simbolización de los mismos, hace que éstos mantengan vigente su carga afectiva e irrumpan

constantemente. Esto lleva al esfuerzo psíquico de intentar detener voluntariamente estos recuerdos dolorosos y por lo tanto, mantener contenida la angustia. Sin embargo, este esfuerzo por olvidar no parece ser eficaz. Por el contrario, hace que se instale un circuito de reiteración y actualización psíquica de estos recuerdos y sus afectos, que hacen que paradójicamente no dejen lugar para incorporar otras vivencias, otras informaciones de la vida cotidiana, lo cual se constituiría en un mecanismo psicológico de la falla atencional cognitiva.

“Si yo tengo tan mala memoria... - yo como la compañera tuve muchos problemas, perdí doce personas... en... muy corto tiempo - ¿por qué yo tengo tanta memoria de las cosas feas, que no me las puedo borrar de la cabeza, y vuelven, y vuelven y sueño con ellas...? Eso es lo que no entiendo...” (...) “No las puedo olvidar es como regusr..., regur..., bueno, no me sale. Como los bebés, bueno que vuelve, ¡como un reflujo!, exactamente...” (...) “Pero me dejan una cosa acá... un ardor, un dolor...”.
Manuela, GF.

Algunas participantes, atribuyen sus trastornos de memoria a la falta de interés, falta de motivación en las cosas cotidianas que se olvidan, señalando que las cosas importantes no se olvidan. Esta falta de interés vinculada a su cotidianidad, aparece como otro aspecto psicológico constitutivo de la dinámica de los recuerdos y olvidos.

“El problema mío de mi memoria, no es que yo ponga el mate en la heladera y esas cosas (risas). No, eso no. Pero no es posible que yo me acuerde lo que hice ayer, o antes de ayer, lo que estoy diciendo, que sé yo, y no me acuerdo de cómo te llamás vos, a la persona que acabo de ver. Ahora, si lo veo comúnmente..., yo que sé..... Es capaz que no me interesa saber como se llama. Capaz que es eso”. Cecilia

“¡Cómo no me voy a acordar de todos los nombres! (de ex compañeros de trabajo). Entonces empecé a anotar de los que me estaba olvidando y al otro día los repetía.

Yo digo, pero esto ya es una cosa de memoria. Pero, ¿me interesa saberlos?” (...)
“Ud. me pasa una lista, como me pasaron de personas, y después al otro día o al rato, otra vez: ¿quiénes son las personas?, ¿cómo se llaman?, ¿qué hacen?. No, algunas sí, pero otras no. Ahora, pienso que es porque eso no me entusiasma. Yo si voy a una cosa que me entusiasma, sé que de eso no me olvido”. Delmira

En otros casos, estos olvidos cotidianos son producidos por pensamientos que se cruzan constantemente y que dificultan mantener la atención en un hecho. Este tipo de dificultades atencionales, vinculados a realizar varias cosas a la vez, sin darse el tiempo necesario para incorporar psíquicamente cada una de ellas, puede estar reflejando otra faceta del aspecto anterior de desinterés, en este caso relacionado con la ansiedad, en tanto mecanismo psicológico frente a la angustia.

“Eso es lo más importante, que me olvido de dónde puse las cosas que ando buscando, pero eso es inherente a uno andar apurado, que sé yo, en uno estar pensando en cuatro cosas a la vez, entonces no podés fijar la memoria en algo porque estas pensando en otras cosas, entonces como que estás distraída”. Cecilia

“A veces me parece que estoy medio eléctrica no?. Estoy mirando la tele y digo: ¡Ay, ahora tengo que ir a la doctora!. Entonces de repente, no. ¡Bueno!, atendé lo que estas mirando. Mira primero y después vas, me digo” Estrella

2- Historia de Vida e Identidad

Esta dimensión refiere a la historia de vida e identidad de las participantes, enfocada desde la construcción histórica y subjetiva de aquellos aspectos y hechos que fueron relacionados con la dinámica de los recuerdos y los olvidos. De esta forma, esta dimensión

incluye los mecanismos de comunicación y vinculación familiar y social, la construcción de estrategias de adaptación a la realidad, y la conexión dinámica de esto con la incorporación de determinados emblemas identificatorios, componentes importantes de la identidad de estas mujeres. Esta dimensión contiene cuatro categorías: Los “no dichos” familiares; Dependencia afectiva; Independencia social; Influencia de roles y funciones en la identidad. En la Tabla 6 se presentan estas categorías con sus correspondientes analizadores.

Tabla 6: Componentes de la Dimensión “Historia de vida e identidad”

DIMENSIÓN	CATEGORÍAS	ANALIZADORES
2 – Historia de vida e identidad	2.1 – Los “no dichos” familiares	Modos de comunicación en la vida cotidiana con ocultamiento
	2.2 - Dependencia afectiva de la familia	Obediencia a los padres. Incidencia de ellos en su vida cotidiana de adultas.
		Lugar de protección asignado a la pareja
	2.3 - Independencia Social	Estrategias vitales para poder ser autoválidas e independientes
	2.4 - Influencia de roles y funciones en la identidad	Roles y funciones relevantes en su trayectoria vital e identidad

2.1 - Los “no dichos” familiares

En la historia de las participantes, ante acontecimientos conflictivos que implican una importante movilización afectiva, es común encontrar mecanismos de comunicación en la vida cotidiana y en la historia familiar tendientes a ocultar los sucesos. La instalación de

aspectos “no dichos”, el ocultamiento de sucesos valorados como potencialmente traumáticos y de los que no es posible hablar, es evaluado por las participantes como un mecanismo “protector”, para no dañar al otro. Este mecanismo no parece ser muy diferente del señalado en la dimensión anterior respecto a la intencionalidad de olvidar acontecimientos que no han podido ser tramitados psicológicamente de forma correcta.

“yo digo que mis hijos lo hacen porque saben que yo soy - yo digo- media neurasténica, que me hago problemas y entonces si ellos tienen un problema...., me ocultan para que yo....., y no me gusta eso, me gusta que me lo comuniquen. Pero sí..., no pregunto. Y me preocupa - me lo digan o no me lo digan - porque si no me lo dicen ya me lo imagino y me preocupa”. Adela. En otro momento de la entrevista, Adela realiza un largo relato donde describe un acuerdo que tenía con su padre, que se prestaban dinero mutuamente para “llegar a fin de mes”, sin conocimiento de su madre. También describe detalladamente cómo su familia le ocultó, durante mucho tiempo, la muerte de una amiga.

“Todo me lo comía yo. Y todo lo resolvía yo. Y no por crearme inteligente, sino, porque no quería que los demás sufriesen. Me alcanzaba yo para recibir el golpe. Y así fue que recibí, sí. Mi madre, pensaban operarla de la cabeza, y ese día creo que me enloquecía. Tanto me enloquecía que de noche no sabían que tenía y llamaron al médico. Y el médico que era muy amigo me preguntó, ¿qué te pasó?. No, nada. Y le conté, después que ellos.... me pasa esto, pero no quiero que le digas nada a mi padre (...) . Y entonces también ellos, murió mi padre sin saber. Y está mi hermana sin saber, que yo me comí todo“. Delmira

(Respecto a un abuso sexual en la infancia, dice Estrella:) “... esas cosas que deben estar por acá. No es muy típico, es duro.... tenía mas o menos 10 años. Con mi madre, que sabría de esto, no sé si algún día lo hablé...” (...) “Yo creo que no, nunca se habló”. (....) “Después otras historias...” (...)“ era todo una cosa muy

desgraciada... que uno en definitiva Quedaron ahí, porque eran para venir a... de repente a mi madre o a cosas que quizás no tenían sentido.... No sé como se traduce, uno siendo niño, después para el futuro. O en el carácter o en el temperamento de la personas o en las conductas que uno tiene....”

“Mi madre se quedó viuda a los treinta años. Tengo cartas que aún no me he atrevido a leerle. Y nunca me animé a leerlas. Me parece que era meterme en otra vida (...) Tuvo un galán...”. Manuela, GF

Refiriéndose al alcoholismo y enfermedad de su esposo, dice Inés: *“...Pasé años con él, con esto, ocultando un poco a mis hijos para no amargarlos mucho”*

2.2 - Dependencia afectiva de la familia

Casi la totalidad de las participantes son mujeres que han construido relaciones con importantes niveles de dependencia afectiva y necesidad de protección de las personas más cercanas en la esfera familiar. Este tipo de relacionamiento comienza con los vínculos establecidos con sus padres. Los mismos tuvieron una gran influencia en sus vidas, hasta la etapa adulta inclusive. Esta influencia aparece en una doble vertiente: por un lado, en la importancia que tiene para las participantes los valores morales inculcados y la protección de sus padres. Por otro, los padres aparecen como límite de la independencia y autonomía:

“No, yo también soy independiente, siempre fui independiente. Siempre no, mientras vivían mis padres no. Los domingos, a comer con mis padres. Mi madre hacía la comida para todos. Mi padre me llevaba a trabajar muchas veces. Me cuidaba. A veces yo iba a trabajar a las 5 de la mañana. El me llevaba, él me esperaba, me traía” Delmira

“Yo ya me iba para campaña a trabajar porque tenía el título y mis padres no me dejaron ir sola. Era muy joven para irme al medio del campo”. Inés

“A los 16 años mi mamá me casó. Porque ella dijo que me iba a casar con un viudo. Yo lo conocía al hombre. Tenía 4 hijos y era viudo y como ella tenía muchas hijas y mi papá estaba muy grave y ella se iba a quedar sola. Y ese era el razonamiento de mi mamá....”. “Porque eso era antes. Lo que los padres decían había que hacerlo”. Francisca

“antes yo viví siempre con mi mamá y todo, yo que sé, después que falleció estoy sola, pero sino, siempre estuve con ella, toda la vida” (...) “Si, falleció hace muchos años” (...) “Toda la vida vivimos juntos... Yo siempre con ella” (...) “Si, si. Mamá un poco absorbente también, así que.... Esas cosas, vio?”. (...) “Yo que sé. Y uno se fue quedando, vio?” Graciela

“las cosas, las costumbres de la casa, no las conservan tanto los hombres, en cambio las mujeres sí...”. Beatriz

“Los valores que tenían nuestros padres y que nos inculcaban a nosotros...” (Dicho con tono de admiración) GF

Muy vinculado a los modelos imperantes en la época respecto al ser mujer, en la adultez y mediana edad esta dependencia afectiva, este lugar de protección y de reafirmación narcisista, se traslada a sus parejas:

“mi esposo era 17 años mayor. Pero él fue mi padre, mi amigo, mi compañero. Es muy lindo.” Cecilia

“mi marido que trabajaba en xxxxx, pero era con un cargo de xxx y era empleado de escritorio, me enseñaba mucho ¿no? Me tenía como una nena. Me enseñaba” (...)
“Un hombre, no sé si por llevarme diecisiete años que conmigo era excelente: cariñoso, siempre, siempre trató de que yo sintiera lo mismo que él” (...) “siempre estuvo conmigo, siempre me decía que me quería, me decía que yo estaba divina. En cualquier lado que él estaba me decía: yo miro a todas las mujeres y no hay ninguna más linda que vos. Para mí sos lo máximo.”. Patricia, GF.

Desde esta perspectiva de protección es que toleran conductas que podrían ser negativas de los maridos, como los celos y el control:

“Él siempre fue muy celoso también. Como decía la señora, muy celoso. Pero, pero en eso yo nunca le hice caso”. Karina, GF.

“Mi esposo era...celoso. Era muy..., no sé, que yo no saliera. A mí me gustan - me gustaba, ahora ya no - los escotes, de ponerme...”. (...) Adela

“Yo lo conocí en un baile, también, pero él era celoso” (...) “...toda la vida, si. No podía hablar con un vecino, ni con nadie, porque eran unos celos terribles. Y no porque... él me adoraba, él me decía que me adoraba. Él dejó familia, dejó amigos, dejó todo por mí y por sus hijos nada más, era lo que contaba para él. Pero no puede ser, esa no es la vida ¿no?”. Patricia, GF.

En la etapa actual, cuando los esposos han fallecido, en muchas esta dependencia queda depositada en los hijos u otras personas significativas afectivamente, como se verá más adelante en la Dimensión 5 “Percepción de la etapa vital actual”.

2.3 – Independencia Social

A pesar de la dependencia afectiva de la familia, una constante en la trayectoria vital de las participantes es haber tenido siempre una importante independencia social que les permitió integrarse plenamente al ámbito social - laboral. A pesar de que en la época de su juventud imperaban mandatos sociales y familiares de género que reservaban a las mujeres el lugar de lo privado y la dependencia, ellas constituyen las primeras generaciones que protagonizaron un cambio en ello, accediendo al ámbito de lo público y recibiendo un reconocimiento social por esto.

“Fui muy independiente y hasta me arrepiento, pero fui muy independiente de chica. Es la situación en la cabeza. Yo era muy independiente. Hacía las cosas y después las contaba, no consultaba para hacerlas, entonces después había que arreglárselas sola”. Francisca

“cuando yo empecé a trabajar, empecé discutiendo con él porque no quería que trabajara. Nunca quiso que trabajara para que no saliera de la casa”. (...) “... yo le dije que no, que yo quería trabajar, porque yo no quería quedarme ahí abajo, yo quería superarme. Bueno, el día en que yo empecé, iba a empezar a trabajar, me dijo que si yo empezaba a trabajar me fuera. Le digo: bueno, bárbaro. Yo empiezo a trabajar. Si querés que me vaya, me voy. Pero eso lo dijo de la boca para afuera. Después me decía que por qué no había trabajado antes... (Risas)” Patricia, GF

El acceso de estas mujeres a la institución trabajo jugó un importante papel en su autonomía, operando como un factor protector y de inclusión social. De esta forma, la

posibilidad de generar un ingreso económico propio para autosustentarse, les permitió obtener otros niveles de independencia social respecto a las mujeres de las generaciones anteriores:

“yo desde jovencita que trabajé. A mi siempre me gustó tener mi dinero...” Estrella

“yo a los 12 años tuve que salir a trabajar y ganarme la vida, estaba sola, y de ahí seguí” (...) “trabajaba, cuidaba chicos, trabajaba acá, trabajaba allá y dormía donde podía, donde me quedaba. Creo que te vas haciendo, como que te vas haciendo....” Cecilia

“Y yo tenía que trabajar, porque toda la vida, desde los 12 años trabajando. Trabajé en dos casas. En una 22 y en la otra 23 años”. Graciela

“Siempre trabajé muy bien y me llevé muy bien con todos. Los compañeros de trabajo, con gente, con todos. Yo decía, no importa que sea el director o un portero. Para mi es un compañero de trabajo” Hortensia

Junto a la independencia económica, el trabajo para estas mujeres implicó una reafirmación de la autoestima, al sentirse valoradas socialmente:

“... tenía un cargo en el que me estimulaban un poco el ego ¿no? Entonces, como que me sentía una persona importante, con mucho respeto, aunque era muy joven, me respetaban mucho, tenía sobre mí mucha responsabilidad, y a mi me gustaba tener esa responsabilidad, lo disfrutaba, esa responsabilidad”. Luisa, GF.

“La etapa mientras trabajé... fue treinta y siete años de felicidad, porque tenía tan buen contacto con el público. Fui siempre señalada como la que tenía más paciencia con todo el mundo, me encantaba y además tenía un público muy especial” (...) “Sentada en un mostrador repleto de gente, que yo dominaba todo y sabía todo... ahí pasé la época más feliz de mi vida, en el trabajo”. Manuela, GF.

Otro aspecto de esta independencia social es la capacidad que han tenido para afrontar y resolver en el plano operativo, diferentes situaciones familiares que implicaron muertes y pérdidas:

Referida a la muerte del marido y del padre y los cuidados de ella, dice Delmira: *“Es decir, los problemas se fueron, pero yo no estoy liberada, porque, yo no los pasé como una carga. Los pasé como unos problemas que se presentaban en un momento y que había que resolverlos. Y así fue que los resolví sola. No se si bien o mal, pero yo tengo la conciencia tranquila que los resolví bien...”*

Estas mujeres, al día de hoy se mantienen autoválidas. Su concurrencia al PM, sus recursos para la búsqueda de ayuda, así como la red social que mantienen, forma parte de esta independencia social construida a lo largo de su vida. Sin embargo, resulta significativo que en las entrevistas individuales se jerarquicen más los aspectos de independencia vinculados al pasado, y en el Grupo Focal los de independencia actual. Este tema, puede ser entendido como parte de los modelos y mensajes sociales del ser vieja, de lo que perciben que se espera socialmente de ellas en tanto actividad e independencia, que se expresa de forma más marcada en el discurso grupal:

“Pero lógico, tenemos que tener nuestros espacios, cosa que yo no los tuve por mucho tiempo, pero cuando quise dije: No. Se terminó. Yo voy a tener mis espacios. Yo voy a hacer gimnasia. Yo hago hidrogimnasia, yo salgo todo lo más que puedo”
Luisa, GF.

“..., yo soy muy independiente, yo soy muy de resolver todos mis problemas. Estoy apoyada, eh. Estoy apoyada por mis siete hijos, por mi esposo, pero yo soy muy,

como dice ella, yo soy muy de resolverme yo mis problemas. Y no es que me sienta así ni... estoy protegida porque ellos me protegen, pero yo a veces... no es que me moleste la protección de ellos... pero yo me siento lo suficientemente capaz de resolver...” Juana, GF.

“Yo también, yo soy muy independiente. Yo aviso sólo si voy a venir tarde de noche, porque pueden llamar y asustarse, pero sino, soy muy independiente. Sé que si estoy enferma, o me pasa algo, tengo la protección detrás de mí, pero resuelvo mis problemas. Yo hago lo que me parece”. Olga, GF.

2.4 – Influencia de roles y funciones en la identidad

Vinculada a la independencia social, aparece una historia de vida muy marcada por determinados roles y funciones, que son puestos al servicio de su independencia. Algunos de estos roles se potencian no sólo en su aspecto funcional, sino en los contenidos simbólicos que presentan en tanto emblema identificadorio. Aparece así, de forma muy marcada en la identidad, la institución trabajo. Tal es el caso de Inés, donde toda su historia de vida está muy estructurada en torno al “ser la directora de la escuela” y desde allí investir otros roles. Otras lo expresan de forma más puntual:

“Yo primero pensaba en recibirme, después en el trabajo. La pareja fue mucho después, me casé de mayor, pero...”(...) “ me casé a los 36 años. Ya era grande, porque viví para el trabajo. Yo no estaba para los novios”(...) “yo creo que era una adicta al trabajo” Delmira

“Ya me había recibido y dejaba el alma en (lugar de trabajo) porque siempre me gustó mucho la profesión” (...) “Yo pasaba bien trabajando... En mi casa, bueno....”. Hortensia

Mientras en la categoría anterior el trabajo fue analizado desde la perspectiva de la independencia social de estas mujeres, aquí aparece en su aspecto de emblema identificadorio, y por tanto, constitutivo de la identidad. Tal vez de ahí el impacto negativo que anteriormente se planteó respecto a la jubilación. El otro emblema identificadorio que aparece como relevante es el de ser madre:

“yo me casé no por la pareja, sino porque quería ser madre” (...) “Yo, lo que quería, es ser madre. Mi ilusión era tener un hijo” (...) “...yo digo, mis momentos felices fueron tener mis hijos....” Adela

“De repente, el error mío fue, que cuando me casé, no inicié algo de eso – porque era joven – me casé a los veintidós, entonces podría haber sido profesora. Yo tenía los años de liceo, tenía todo. Me llené de hijos, porque yo siempre dije que iba a tener ocho hijos, llegué a siete, pero...” Juana, GF.

3 - Estrategias de Expresión del Deseo

Esta dimensión refiere a las estrategias que estas mujeres han construido de expresión de su deseo. Se vincula estrechamente con las producciones y mandatos sociales que, en torno a la sexualidad y el género, han tenido a lo largo de su vida. Esta compuesta por tres categorías: Modalidades de ser mujer; Sexualidad; Postergación del deseo. En la Tabla 7 se presentan estas categorías con sus correspondientes analizadores.

Tabla 7: Componentes de la Dimensión “Estrategias de expresión del deseo”

DIMENSIÓN	CATEGORÍAS	ANALIZADORES
3 - Estrategias de expresión del deseo	3.1 - Modalidades de ser mujer	Sexualidad regida por una moral rígida
		Una vida estructurada en torno a la familia y al “deber ser”
		Lugar asignado socialmente a la mujer en su juventud
	3.2 – Sexualidad	Modalidades de vivenciar la sexualidad. Habilitación y censuras de la sexualidad y el placer del cuerpo
	3.3 - Postergación del deseo	Actitudes pasivas en función del deseo de los otros de la esfera familiar inmediata

3.1 – Modalidades de ser mujer

En la construcción del ser mujer de las participantes lo primero que surge es una sexualidad regida por valores morales rígidos. Estos valores, transmitidos por sus padres y sostenidos socialmente, son internalizados por ellas y han implicado a lo largo de sus vidas, una importante censura en la expresión del deseo:

“Yo me voy a cuidar por mí, no por vos, le dije a mi mamá. Porque era aquello, que dios me libre. Y a mi marido le decía lo mismo. Vos me respetaste por mí, porque si fuera por vos..., yo era aquello, que no, que si no me casaba no ibas a saber lo que era. Conmigo no. Porque yo era por mí., más que por los demás” (...) “... tenía que hacer respetarme como mujer”. Adela

“... después como a los 18 años, en aquel entonces, uno tenía una regla de que ningún hombre te tocara porque quedabas embarazada, el asunto era ese, ¿no?”

Cecilia

“¿Te pensás que nosotras no teníamos relación con los novios porque no queríamos? Era por el miedo que teníamos....” GF.

“El día antes de casarme – hacía diez años que éramos novios – me preguntó si yo había tenido relaciones con alguien, que yo se lo dijera... no me iba a hacer nada, pero él se retiraba y no nos casábamos... Entonces, figurate, lo que era antes... Era horrible eso...” GF.

Estrella, ya finalizada la entrevista y luego que apagamos el grabador dijo: “yo no se si ésta soy yo, en general yo no soy así, no soy tan extrovertida. Me sorprende a mí misma hablando así, yo soy mucho mas introvertida”

Parte de estos valores implicaban una concepción de pareja sexual, que era esperable remitiera al matrimonio, y fuese única y de por vida:

“yo no puedo tener otro hombre, porque tiendo a comparar”. Estrella

“Yo no conocí otra cosa, no tuve otro hombre, pero yo tengo un lindo recuerdo de él” Cecilia

“Yo tuve relación sólo con mi marido, pero pienso que eso se hace con amor...”.
Karina, GF.

“Mi marido fue mi primer novio, mi primer hombre, fue toda la vida el mismo ¿no?”
Patricia, GF.

“Y ahora, yo qué sé, digo como (Patricia) que no aceptaría de ninguna manera otra pareja”. Luisa, GF.

Existe una identidad de ser mujer vinculada a la familia, al matrimonio y a un supuesto “deber ser” social, a pesar que ello no fuese satisfactorio para muchas de ellas:

“Visité y fui a mas excursiones después de viuda. Mi esposo era muy de la casa, de ir a lo de la madre y nada más. Entonces no tuve una juventud feliz. No salía, no era una persona de ir al cine, de ir al teatro. Cuando los chicos eran mas grandes me iba con ellos a la playa”. (...) “Cuando yo quedé viuda de 55 años, me decían: buscate un esposo. No, no quise...”. Adela

“Incluso llegué a pensar, los años que perdí de mi vida. Llegué a pensar eso. Pero después dije no, yo estoy chapada a la antigua, estoy criada distinta. Yo pensé: los hijos – yo estaba criada que los hijos precisan la pareja para criarse bien – entonces, hay que aguantar”. “Yo pensaba que había que aguantar, porque los hijos necesitan padre y madre” Hortensia

Francisca, ante la pregunta de si se casó enamorada, dice: *“De alguien no. No nada. En ese tiempo las muchachas no.... Me parece a mí.... pero bueno... No, no me invitaba. No había conocido el amor” (...) “Puedo haber tenido muy buenas amistades desde niña, colaboración, en fin, afecto, pero no tenía nada que ver mi familia. Y yo siempre quise tener a mi familia, no? quiero decir formar mi casa, mi hogar, mis hijos, pero no se dio, pero yo luché por eso...”.*

“Yo trato de hacer actividades, trato de hacer actividades, trato de mantener mi familia unida, trato de cumplir con mi familia, vamos a decir, este, en el plano afectivo, en fin, en todos los planos”. Cecilia

3.2 – Sexualidad

Respecto a la sexualidad, aparecen diferencias en cuanto a cómo fue vivida. En las entrevistas individuales mayoritariamente se plantea la vivencia de una sexualidad no placentera, con importantes niveles de censura del placer y del cuerpo.

“Yo nunca fui feliz en mi matrimonio” (...) “Y bueno, ya pasó todo esto, que no hay que amargarse. Pero no viví. La verdad es que no viví” Adela

“... por suerte al final él se instaló en otro dormitorio” (...) “No creo que vuelva a formar una pareja. Me siento cómoda así”. Beatriz

“Yo perdí 3 embarazos. Y bueno, después cómo que yo ya era muy mayor, para ponerme en tratamiento sin nada. El mismo médico me recomendó que no. Me dijeron porque no adoptaba. Pero mi marido no quiso. No hubo un distanciamiento, pero sí una frialdad en la relación, porque claro, él quería un chiquilín – yo también quería un chiquilín – pero él después no quiso un adoptado, y bueno, nos quedamos sin nada” Delmira

“Yo nunca conocí un hombre”. Graciela

“yo decía que no parezco una mujer casada. Yo parezco una soltera con hijos, o una divorciada o una mujer viuda. Siempre salgo yo con mis hijos sola. Parecía soltera con hijos. La separación fue una liberación” Hortensia

En cambio en el Grupo Focal, surge mayoritariamente un discurso referido a una sexualidad satisfactoria y disfrutable. Esto parece vinculado a los discursos esperados socialmente respecto al no conflicto en las personas mayores. También es en el discurso

grupal donde queda más claro el lugar de los esposos en tanto apoyo emocional y compañía. Este último aspecto será retomado más adelante, específicamente desde la forma en que lo significan actualmente.

“Sigo teniendo a mi esposo, sigo siendo feliz. Sigo disfrutando de la relación sexual, a pesar que yo soy dos años mayor que él, yo le digo que ya soy vieja, pero sigo disfrutando... bueno, no me da vergüenza, porque es normal, pero sigo disfrutando de mi sexualidad...” Juana, GF.

“Yo también tuve una vida sexual, nos queríamos mucho, y muy activa y muy feliz realmente. Y una vez que mi esposo desapareció, quizá en el primer tiempo extrañé esa parte, pero, después incluso tuve alguna oportunidad de rehacer al vida, pero yo pienso que un matrimonio, cuando se tiene cierta edad y se ha pasado muy feliz es insustituible. Qué se yo, porque las comparaciones existen y cuando de un lado las comparaciones son muy positivas, para el otro lado, imposible. Nunca me interesó realmente”. Olga, GF.

“Fue una vida sexual normal, placentera. Y ahora no siento ninguna necesidad, porque veo que hay gente que dice no puedo vivir sola, que no puede vivir sin tener un hombre al lado. Y yo al contrario, esa parte la rechazo... Esa parte la rechazo... me faltan, me faltan esas salidas nocturnas, me faltan muchas cosas, pero con todo no aceptaría...” (...) “No estaría dispuesta a cambiar mi libertad y mi tranquilidad por tener alguien con quién salir...”. Luisa, GF.

3.3 - Postergación del deseo

Vinculado a los modelos de ser mujer, a la sexualidad y a los emblemas identificadorios de familia, aparece en estas mujeres una actitud de postergación del propio

deseo en función de los demás. Se aprecia también en esta categoría la no satisfacción de la necesidad actual de sentirse necesitada por las personas significativas. Posiblemente vinculado a esto y a una dependencia afectiva, en la esfera familiar e íntima, en muchas aparece una actitud dependiente y complaciente hacia los demás, con dificultades para desarrollar estrategias de expresión del deseo satisfactorias.

“Sabe que me noto, no positiva. Yo soy positiva para los demás: hagan esto, lucho para que todo el mundo este mejor, pero yo siempre estoy..., no me vienen sueños lindos”. (...) “Yo quiero el respeto, que me quieran los hijos. Yo, para mí, primero ellos. Después los nietos. Después el mundo. Ellos primero” (...) “Yo les digo, mas vale estar enfermo porque ellos me traen regalos” Adela

“No por mí, sino (tener actividades cotidianas) para que mi hija este bien”. Estrella

“Trato en lo posible de no ser cargosa, este... No, es difícil el ser suegra”. (...) “Cada casa es un mundo con sus costumbres muy distintas, entonces no quisiera chocar nunca con ellas. No he chocado por suerte”. (Entrevistador: ¿Es usted de evitar conflictos?) “Si, si, si. Si yo creo que no enfrentaría una situación a resolver, que las he tenido sí, siempre hubo cosas que solucionar, no? no sólo dentro del matrimonio, cuando faltaron mis padres, habían cosas que encaminar, resolver... (se refiere a bienes en herencia). Y algunas fueron con algunos problemas pero... Yo no sé, enfrentarlos no, buscarles las soluciones mejores. Tratando de equilibrar, de balancear, de que fulano.....” Beatriz

“Sí, porque todo está bien. La relación con mis hijos, con mis nietos, está todo precioso, muy bien. Yo tomo lo que ellos me dan. No pretendo más, no?. Porque a veces uno pretende un poco más, y eso no sirve” (...) “Bueno, si estoy sana, bienvenida. Voy a tratar de ser una viejita buena que todos quieren” Hortensia

“él me dejó a mi pronto todo para casarnos. Pero no es que haya obrado mal. Me parece que....., que no dejó de quererme..... Estoy segura, sé.... Creo que no me animé mucho. Toda su familia, por favor, todos médicos, farmacéuticos, dentistas, una familia excelente, era como que era mi familia, yo pasaba ahí. Así que fue una época así... (...) No, no pedí explicaciones, porque no las quería”. Francisca

“yo nunca pude estudiar, y nunca me impuse para estudiar. Cuando... antes de casarme, yo trabajaba, iba a una academia de siete a nueve, después que salía del trabajo. Hacía xxx (institución privada de enseñanza de oficio) - no fui al liceo, a mi no me mandaron al liceo- hacía xxx y pasé el año con “optimo”. Y en mi casa me hicieron dejar porque llegaba a las nueve de la noche, era muy tarde para que una muchacha anduviera sola... Entonces, no pude seguir tampoco”. Patricia

4 - Percepción Subjetiva de la Vejez

Esta dimensión refiere a lo que las participantes entienden que es la vejez y qué cosas serían esperables al respecto. Está compuesta por dos categorías: Vejez como declive y Vejez como etapa de actividad. En la Tabla 8 se presentan estas categorías con sus correspondientes analizadores.

Tabla 8: Componentes de la Dimensión “Percepción subjetiva de la vejez”

DIMENSIÓN	CATEGORÍAS	ANALIZADORES
4 - Percepción subjetiva de la vejez	4.1 - Vejez como declive	Prejuicios que asocia vejez a problemas de memoria o deterioro
	4.2 - Vejez como etapa de actividad	Valoración negativa de etapa actual Actividades que realizan vinculadas a la vejez y que implican el contacto con otras personas

4.1 - Vejez como declive

Dentro de las explicaciones que las participantes le dan al trastorno de memoria, varias de ellas lo asocian a un “hecho normal” de la vejez. En estos casos, existe una asociación subjetiva entre vejez y declive. Se asiste de esta forma, a una expresión del modelo deficitario del envejecer basado en una serie de prejuicios sociales que asocian vejez con decrepitud y enfermedad

“el paso del tiempo también ayudará en la pérdida...” Beatriz

“¿los olvidos?. A la edad los asocio” Francisca

” ...en definitiva, un día va a llegar, que me voy a olvidar, ¿no?”. Delmira

“El problema de memoria?. A la edad, al desgaste lógico... Al desgaste de la gente, normal, así como se desgasta la vista y todo, ¿no?” (...) “Desde que empecé a hablar está escuchando un viejo sobre el pasado” (...) “Si estoy enferma me meto en una casa de salud y ahí que me cuiden, de no dar trabajo a nadie. Porque mis hijos tienen su familia y sus problemas. Entonces no. Si yo estoy lúcida, no, no los voy a ir a jorobar. El anciano molesta, aunque no quiera o por mucho que se lo quiera” Hortensia

“Y bueno será problemas de la edad ya también... Me decía un chico vecino la otra vez: pero eso ya me lo dijiste, parecés mi abuela, que me repite siempre lo mismo ¿no? Y bueno yo soy como tu abuela, mirá que las personas grandes somos así, le dije, y lo corté por ese lado”. Luisa, GF.

En algunos casos la percepción negativa de la vejez, asociada a enfermedad, remite a la imagen de un familiar con demencia, que mediatiza esta percepción del envejecimiento:

“Pero cuando tengo, no se si es un achaque o no se cuanto, empiezo que ¿esto que será? Pienso las veces que he entrado con mi madre, y no quiero entonces internarme. Entonces me empiezo a imaginar, cuando tenga alguna cosa que no pueda dominar” (...). “La vejez viene con determinadas reiteraciones que uno lo tiene que respetar o que se yo, cosas así, hechos de la vida cotidiana, normales, sin importancia”. (...) “Me voy quedando, me doy cuenta, no?”. Estrella

“espero poder seguir en esta forma, aunque me de un poco de temor de que esta pérdida de memoria siga avanzando muy rápidamente. Porque además en mi familia materna, todos, todos, han tenido problemas cerebrales, este, no siendo mi madre que murió en forma repentina, pero este, mi abuelo materno y todos mis tías y tíos han tenido problemas cerebrales de quedar mal”. Beatriz

“mi mamá perdió la noción.... Ella empezó por no reconocer a nietos (...), pero eso fue progresando y a mi me quedo una angustia..... A lo último no conoció, aunque parece mentira, fue a mi papá, pero entonces vi que hacía un retroceso (...) Llegó al estado de bebe, de chuparse el dedo, horrible, de cambiarle la cama” Adela

Existe una percepción de estar muy vulnerable y eso produce efectos en las posibilidades de disfrute y en la independencia social, tal como lo plantea Beatriz:

“me han invitado para salir, mi cuñada, la viuda de mi hermano es muy paseandera, ella tiene varios grupos, siempre andan viajando, pero tengo temor de no disfrutar de los viajes como disfrutaba antes, porque sí, tengo que llevar los remedios, tengo que llevar..., en fin, ir con las mismas precauciones que estoy acá, digamos.... Cuando se va en un viaje así medio en grupo, hay que seguir al grupo y si no quedarse encerrado en el hotel, cosa que tampoco me gustaría”.

Posiblemente esta sensación de vulnerabilidad refuerce el temor a la pérdida de memoria, asociado a la pérdida de la “autonomía funcional”

“En un momento yo decía, yo debo tener el mal de Alzheimer....” Estrella

“Me preocupan los olvidos, porque yo, por ejemplo, vivo sola. Y no olvidarme, supongamos de los pagos, de las cosas que hay que pagar, no pagar recargos y eso. Tarjetas ya no puedo usar más, porque ya me pasó eso con una, que yo creí que había pagado la última cuota. Es más, tenía casi la seguridad pero no tenía el recibo, y frente a la casa se había juntado una cantidad de intereses. Fue una muy fea experiencia. Por lo tanto no uso más tarjeta. Entonces eso me preocupa un poco” (...) Beatriz

“Tengo miedo a perderlo, eso, no quisiera perderlo...” (...) “...sí, pero en el caso mío, con más años, de pronto, digo, bueno, seguir teniendo fuerzas para poderlo resolver”. Olga, GF.

Esta percepción negativa de la vejez, lleva a que no se tolere la misma, depositando “la vejez” en el otro:

“Quisiera buscar un compañero, veterano de acuerdo a mi edad, pero no muy viejo, porque a los viejos no los banco” Hortensia

El siguiente fragmento de parte de la discusión del grupo focal, es ilustrativo de la percepción negativa de la vejez y la proyección de esto en los otros:

“- A mi me bajonea mucho si tengo que ir a un hogar de ancianos...

- Patricia: Yo también, como dicen ellas, llegar a... a vejez ya estoy ¿no?, ya soy vieja, pero... que no... tener una...

- Manuela: Pero ¿vos te sentís vieja?

- Patricia: No, yo no, no.

- Karina: *Y ¿por qué decís?*
- Patricia: *Porque tengo setenta y cinco años... pero también, con un estado de salud mental bueno. No le tengo miedo a la muerte, para nada... Pienso que cuando me llegue el día, que me llegue. No estoy pensando en la muerte, ni que me voy a morir. Y pienso hacer algo que... (Conversaciones varias. Inaudible)*
- Entrevistador: *¿Qué sería entonces la vejez?*
- Manuela: *La vejez es una cosa... da mucho trabajo, es costoso, y es problemático... yo me siento espléndidamente bien, si me dicen un día de ir a bailar, bailo toda la noche aunque después quede loca de cansada, porque uno se cansa mucho más. El suelo está muy abajo, y agacharse da problemas, las rodillas... El cuerpo da problemas, pero en el espíritu, está exactamente igual que a los dieciocho años.*
- ¿?: *Ay no, yo igual que a los cuarenta. Yo me planté a los cuarenta con el espíritu. Yo para mí, me siento una mujer de cuarenta años. Tengo sesenta y ocho, pero no me siento de sesenta y ocho, eso es lo peor de todo.*
- Olga: *Eso es lo malo.*
- Manuela: *“Es un estado mental... porque hay jóvenes que son tan viejos... Y hay viejos que son tan jóvenes...”*
- Entrevistador: *¿un estado mental cómo?*
- Manuela: *Negativo. Pienso que nosotros... ojalá hubiéramos tenido a los veinte la experiencia que tenemos ahora...”*

4.2 – Vejez como etapa de actividad

El fragmento anterior del GF pone de manifiesto la coexistencia de dos modelos de vejez. Por un lado aparece un modelo deficitario vinculado a las pérdidas, a la pasividad, a los déficits del organismo y por tanto, a la enfermedad. Por otro, la vejez se presenta como un estado de ánimo negativo que hay que combatir con actividades. Esto, si bien es otra cara del

mismo modelo deficitario, tiene la virtud de habilitar la realización de actividades productivas y en contacto con otras personas, lo que puede favorecer que esta etapa se viva como de crecimiento. Esto último se constituye en un factor protector desde el punto de vista psicológico:

“Trato de trabajar para la sociedad, trabajar para otros. Porque lo peor que le puede pasar a una persona mayor, a mi entender, es quedarse quieta, sentarse”
Cecilia (...) Referida a sus hijos y nietos dice: *“Claro me gusta que me vengan a ver. Pero si no vienen, voy a verlos, si no me llaman, yo llamo, no espero que me llamen. Eso es lo que no entiendo en el mayor: ¿qué está haciendo ahí sentado? Tiene ganas de ver el hijo, que vaya a verlo, o llámelo por teléfono, ¿no?”*

“Estoy siempre en actividad. Además estoy siempre estudiando algo entonces....”
(...) *“Yo en verano no paro en casa. Voy a (balneario x), a la casa de un sobrino que tengo, con la señora y sus hijos”* (...) *“Y estamos todo el día juntos. Y voy y cocino y paso bien”*. Hortensia

“Yo hacía computación. Ahora, por esto (dificultad de salud), dejé, este año, dejé. Pero la voy a seguir, la computación la voy a seguir. No tengo en casa. Pero no la tengo, porque yo quiero salir fuera de casa. Yo quiero tener el grupo ese, que nos reunimos, que vamos y que aprendemos” (...) *“Yo he viajado muchas veces a (país de América Central) porque tengo familia y me encanta. Me encanta porque ahí bailo...”*. Delmira

“Entonces en un momento digo, yo tengo que saber que existe un momento, un segundo de felicidad. Saber que es de uno y sentirme que, bueno, que estoy viva y hacer cosas que me gustan. Para eso voy los sábados a gimnasia en el agua. Después me voy a gimnasia completa y yo por mi parte nado” (...) *“Ahora estoy con los talleres”* (...) *“Me engancho con eso y cambia un poco. Se siente un poco útil y en alguna forma.....”* Estrella

5 –Percepción de la Etapa Vital Actual

Esta dimensión refiere a la forma en como las participantes viven subjetivamente su vida cotidiana actual, cómo la valoran y las estrategias adaptativas empleadas. Se encuentra integrada por cinco categorías: Estructuración del tiempo cotidiano; Pérdidas no elaboradas psicológicamente; Sentimiento de soledad; Sentimiento del “sobreviviente”; Estrategias adaptativas a la etapa actual. En la Tabla 9 se presentan estas categorías con sus correspondientes analizadores.

Tabla 9: Componentes de la Dimensión “Percepción de la etapa vital actual”

DIMENSIÓN	CATEGORÍAS	ANALIZADORES
5 – Percepción de la etapa vital actual	5.1 - Estructuración del tiempo cotidiano	Sentimiento de insatisfacción íntima con sus actividades y consigo misma
		Forma de ocupar el tiempo cotidiano.
	5.2 - Pérdidas no elaboradas psicológicamente	Valorar como “la mejor etapa vital”, aquella vinculada a la actividad y al ser “útil” socialmente.
		Angustia ante el recuerdo de seres queridos que han fallecido o ante otras pérdidas
	5.3 – Sentimiento de soledad	Componentes de nostalgia en el recuerdo
		Respuesta ante la pregunta. Angustia. Sentimiento de estar sola, diferenciándolo de los contactos sociales.
	5.4 - Sentimiento del “sobreviviente”	Percepción de falta de pares con quienes compartir “existencialmente” las cosas cotidianas
	5.5 – Estrategias adaptativas a la etapa actual. La tensión entre independencia social y dependencia afectiva	Acciones emprendidas para afrontar las pérdidas. Acciones tendiente a estar bien y disfrutar esta etapa

5.1 - Estructuración del tiempo cotidiano

Más allá del discurso social sobre las múltiples actividades que las participantes realizan actualmente, aparece en un plano íntimo, un sentimiento de insatisfacción con sus actividades y consigo misma. Esto es más evidente en las entrevistas individuales. Anteriormente se mostró cómo estas mujeres realizan muchas actividades y muchos de sus olvidos cotidianos son relacionados con la falta de interés. También se señaló como parte de la fallas atencionales, el hecho de pensar en varias cosas o realizar diversas actividades a la vez, desde un componente de ansiedad como mecanismo frente a la angustia. Parecería que este realizar “muchas actividades” no se da en un contexto de interés o de expresión del deseo, sino que se da en un contexto que muchas veces es vivido como vacío de contenido, como una simple forma de “ocupar” el tiempo.

“Yo la otra vez pensaba que estaba sentada, en el cuarto, en el sillón, eran las 6 o las 7, tomando mate y pensaba, ¿soy feliz? Sentada acá, descansando, mirando la porquería como le digo yo, la televisión, digo, ya tengo lo de la comida - porque a veces la comida me saca de casillas - qué tengo que hacer, qué hago, qué no hago” (...) “En esta etapa me da la sensación de que, como que una subsiste, voy ahí. En cambio con las otras me sentía vital, estar en (su trabajo)...” Estrella

“no sé si ahora tengo más tiempo del que necesito, y me preocupa más, siempre me preocupó, pero ahora me preocupa más.” Cecilia

“yo quisiera tener una actividad que no me exigiese demasiado en cuanto a cantidad de horas, pero sí con horarios, sí con un horario. Cosa que yo sepa que tengo que salir, y que tengo que ir y que tengo que cumplir”. (...) “Actualmente,

cosas que me den placer, como felicidad, como eso, le voy a decir que muy pocas...”

Delmira

“No tengo tiempo. Pero es mejor no tener tiempo, a estar con tiempo y no saber que hacer. Eso de estar ahí, con ocio. Hay que leer, hay que estudiar, hay que hacer algo”. Hortensia (Nota del Entrevistador: transmite ansiedad y angustia cuando se refiere a este tema)

“Mi etapa actual, como definición... Es como, yo me siento, como que no tengo ataduras, que tengo que tratar por mí misma de buscarme cosas para sentirme bien. Yo lo que siempre tengo miedo es de sentirme mal ¿no? De caer en estados depresivos, y entonces, trato en lo posible de hacer cosas que me den una satisfacción interna ¿no?” Luisa, GF.

Esta insatisfacción, en muchos casos se vincula con una sensación de que el tiempo no transcurre de forma tan rápida como cuando se era joven, tal como lo plantea Francisca:

“El tiempo pasa rápido cuando una es joven”

El lento transcurrir del tiempo actual, parece ligado a una percepción de un tiempo actual vacío, de un ocupar el tiempo sin mayor sentido de utilidad para la persona

“Y los años se van pasando y uno ni se da cuenta. Yo no me doy ni cuenta de los años que me han pasado..... Gracias a dios, me siento bien. Pero no me doy cuenta que los años pasan. Los años que tengo no los siento y me parece que fue ayer, lo mismo....” (...) *“Y ahora, no hago mucha cosa, porque ahora agarro y en la mañana lavo, hoy me bañé y lave la ropa. Limpio, me hago la comida, todo...” Graciela*

Esta sensación de no satisfacción con la forma de ocupar el tiempo y las actividades cotidianas, que aparece señalada explícitamente en los discursos individuales, no es tan

explícita en el discurso grupal. Sin embargo esto mismo se puede inferir de forma lateral en el grupo focal cuando, ante la pregunta respecto a la mejor etapa vital, se resaltan aquellas vinculadas a la actividad y al ser valoradas socialmente. Refieren de diferentes formas, a aquellos momentos en que se sintieron protegidas y estables vitalmente. Algunas lo plantean a partir de su independencia económica, otras desde su lugar familiar valorado, pero resaltan la autopercepción de ser importantes y útiles para los otros. Aparece nuevamente la necesidad de sentirse necesitada.

“Yo la etapa, cuando recién me casé, la pasé bien...” (...) “Porque me sentí feliz en esa etapa”. (...) “Bueno, tenía mi independencia económica, trabajaba, me llevaba bien con mi esposo, en ese tiempo nos llevábamos bien...” Karina, GF.

“La etapa mientras trabajé... fue treinta y siete años de felicidad...” (...) “... yo dominaba todo y sabía todo...ahí pasé la época más feliz de mi vida”. Manuela, GF.

“La etapa que estuve casada, y dentro de esa, de pronto la etapa en que mis hijos se casaron, y yo quedé con mi esposo. Mi esposo siempre fue muy compañero mío, no era celoso, pero él tenía miedo, trataba de protegerme, entonces, si yo iba a reunirme con mis amigas, él me esperaba en la puerta, me daba una hora y me esperaba, y si no, fuera donde yo quisiera ir, él iba y me acompañaba. Bueno, me llevaba al trabajo...” (...) “... yo trabajé con mucha vocación, así que también... y bueno, fue una etapa muy linda, lástima que fue muy corta” Olga, GF

“Y bueno, yo dividiría mi vida, las partes más felices, una parte en el trabajo también. Como dijo la compañera, porque tenía un cargo en el que me estimulaban un poco el ego ¿no? Entonces, como que me sentía una persona importante, con mucho respeto, aunque era muy joven, me respetaban mucho, tenía sobre mí mucha responsabilidad, y a mí me gustaba tener esa responsabilidad, lo disfrutaba esa responsabilidad. Y después, otra etapa, fue después de muchos años de casada,

cuando mi esposo se jubiló, porque él era... también le gustaba mucho salir, íbamos todas las tardes, no me dejaba hacer nada en casa...” (...) “Esa fue una etapa también que la recuerdo muy bien, muy linda... pero, después se vino todo abajo. Entonces, ahora me siento, ahora que estoy sola” Luisa, GF.

5.2 – Pérdidas no elaboradas psicológicamente

Como fue presentado en la dimensión sobre “dinámica de los recuerdos y los olvidos”, en las participantes aparecen una serie de recuerdos que producen angustia. Estos recuerdos remiten en general a pérdidas, fundamentalmente a muertes de seres queridos. Esta angustia actualizada da cuenta de la no correcta elaboración psíquica de estas pérdidas.

“y después entran los arrepentimientos, que le pasó a la mayoría, de no haber hecho tal cosa por esa persona en aquel momento. Y ahora se da cuenta de ¡que macana, pude haber reaccionado de otra forma! pero a uno le parece que tiene la vida para siempre...” Estrella

“Hubieron muchos hechos, con la emoción de mis 80 para arriba. Muchas cosas...” (...) “Hay cosas que duelen siempre....” Francisca

“Yo a mi papá..... Si le digo que sentí más a mi papá.... Es una brutalidad, porque estuve 33 años casada, pero lo sentí más que a mi marido. Yo con mi papá, hasta el momento... no sé..., a nadie como a él” Adela

En el caso de Hortensia, se percibe una actitud de disociar, controlar, ocultar en su historia, los aspectos negativos del pasado. Y cuando hace un esbozo de hablar de su pasado, se le llenan los ojos de lágrimas, y dice “bueno, de esto ¡no!, no hablo”.

Estas pérdidas también remiten al dolor por una época que pasó y que se recuerda como muy feliz e idealizada, en contraposición con la etapa actual. Aparece así un modo de recuerdo que tiene más contacto con la nostalgia que con la reminiscencia:

“Y yo vivo sola, para mí, mi compañero es la televisión. Me río, hasta me peleo con la televisión cuando veo un partido y no me gusta, me quedo con la televisión, porque no tengo mucho contacto. Yo vivo en un edificio grande y con los vecinos, más de buenos días o buenas tardes no hablo. No es barrio. Es sobre la calle x, yo toda la vida estaba acostumbrada a sentarme en la puerta en verano, bien a la antigua. Yo vivía en xx. Éramos 9 apartamentos, salíamos de tardecita a la puerta. A veces se nos hacía la media noche. Charlábamos....”. (...) “Yo, se reían todavía, hace poco que lo comentaba en la reunión con xxx, que mi tiempo mas feliz fue el tiempo de la escuela” Adela

“Sí, toda la etapa de la adolescencia, la juventud, era muy lindo porque siempre me acompañaba él en las salidas, en los bailes. En aquella época se disfrutaba mucho, me parece que se disfrutaba más que ahora, era distinto... (...) Antes había más compañerismo, más tranquilidad. Ahora por ejemplo si van a salir, tienen una serie de controles y demás, y está el problema de drogas y eso y entonces ya la gente actúa de otra manera, tanto los padres como los hijos, los adolescentes. En la época nuestra no pasaba nada de eso, entonces había, no sé, otra tranquilidad, otra forma de vida que para mí era muy linda, se disfrutaba. Se salía, yo que sé. De repente no había nada para ir ni a bailar, ni al cine ni nada, y salíamos a caminar y se pasaba bien, siempre con bromas, con chistes, con cuentos”. Beatriz

“yo aprecio gente que sabe esto, sabe lo otro. ¡Qué bien que aprovechó su vida!, qué bien que sacó su vida así, por eso, yo entonces no sé...”. (Entrevistador: y en usted como siente eso?) “En muchos aspectos como que no la aproveché. A veces..., me deje estar en aquello, no?” Estrella

“Entonces, todo eso, yo me fui retrayendo, yo me fui, cada vez más, tragándome todo y convirtiéndome en una persona que estaba llena de proyectos incumplidos, y todos los tenía acá adentro”. Juana, GF.

5.3 – Sentimiento de soledad

En muchos casos, aparece un sentimiento de soledad, que diferenciándolo de los contactos sociales, hace a aspectos internos de la vivencia de estas personas, posiblemente ligado a las categorías anteriores.

“Me quedaba horas con los años y con esta soledad, que me doy cuenta que uno tiene y la tiene que sacar”. Estrella

“Sí, sí, me siento sola. Y eso sí me puede enfermar” (...) “Ah, sí. Pero estar con gente es distinto. Sola de soledad. No, no, es muy distinto. Los colegas, todos de mi promoción, somos todos muy amigos y nos reunimos y está. Después tengo amigas, después tengo doctores amigos, después de hablar, pero, mi intimidad creo que no la sabe nadie. Creo que sabe más hoy ud., que los demás”. Delmira

En algunos casos, se utiliza un mecanismo de negación como forma de disminuir el sufrimiento, de controlar la angustia. Tal es el caso de Beatriz: *“El hecho de acostarse a dormir, y de despertarse, el levantarse, esos son los momentos que me doy cuenta que estoy sola. No me siento sola, pero me doy cuenta que estoy sola”.*

“Además por ejemplo, yo no estoy muy a gusto en mi casa, yo no siento que me voy a morir (...) Es muy feo estar sola, en el sentido que, si uno habla, recuerda más las cosas me parece. Se comunica con otra persona y le contó...” Francisca

Graciela, ante la pregunta de si se siente sola, responde. *“A veces.... No le voy a decir que no tengo algún bajón o tomo algo. No tomo comprimidos. Hace días que no tomo. Pero me tomo alguna cosa fuerte, para levantarme. Y entonces..., pero sino, no”*.

“Todavía extraño un poco si me quedo el fin de semana un día sola, por ej., sábado y domingo que vos sabes acá en el barrio no hay nadie, es un desierto.... (...)” Ahí entonces yo todavía necesito una compañía, que venga mi hijo, que venga una amiga tengo muchas amigas acá en el barrio”. Inés

El temor a la soledad parece ser un tema clave para entender la vivencia subjetiva de la cotidianidad de estas mujeres y la ocupación del tiempo

“Bueno, en ciertas cosas es todo muy lindo. Lo que le tengo miedo es a la soledad” (...) *“...pero le tengo miedo a la soledad... Eso siempre le tuve miedo... Y bueno, Dios dirá”*. Karina, GF

5.4 - Sentimiento del “sobreviviente”

Vinculado a la categoría anterior, aparece la vivencia de la falta de pares con quienes compartir “existencialmente” las cosas cotidianas, que lleva a un sentimiento de “sobreviviente”. En algunas mujeres aparece por el tema de las parejas, en otras por la pérdida de los pares, por no poder compartir con ellos. Parece instalarse un sentimiento de “soledad existencial”. Este sentimiento es expresado en las entrevistas individuales y no en el grupo, lo cual da cuenta de la percepción de los mensajes sociales respecto a lo que es lícito expresar y lo que no:

“Porque a esta altura de la vida, hay otra cosa. Se te muere la gente, la gente se empieza a morir. Gente se murió siempre, vamos a decir, pero como que uno empieza a perder amigos, gente conocida, gente que uno quiere, que quiso mucho, gente que fue muy compañero de uno, que estuvimos muy juntos. Eso, eso duele. No sé como explicártelo, eso duele mucho. Duele mucho eso. Como que te vas quedando sola. Cada uno que se te va, sentís como que te vas quedando sola... ¡Eso!” Cecilia

“y toda esa parte que uno tiene de convivencia con la pareja, de llegar y mirá, hice tal cosa, hice lo otro, vino aquel, esas cosas que solo lo puede entender uno de la misma generación, porque yo le cuento las cosas a mi hija y es otra cosa” (...)

“Entonces todas esas cosas que se perdieron, que son de una convivencia que tiene que ser pareja con la edad. Solo uno las puede identificar con el otro...” Estrella

“Tengo varios grupos de amigas porque por ejemplo hay compañeras del liceo con las cuales nos vemos cada tanto.... Cada vez vamos quedando menos...” Beatriz

Refiriéndose a sus compañeros de trabajo, con quienes mantuvo amistad después de jubilada, dice Graciela: *“Y ahora, todos fallecieron, porque el principal falleció. Después vino otra arquitecta, después xx, y hace poco otro que también se fue. El primero fue el que me inició. Ahora quieren hacer un homenaje de él, no se”.*

Estas personas en general tienen diversos contactos sociales, como ya se planteó en la categoría “vejez como etapa de actividad”. Sin embargo, esta carencia de poder compartir con pares, se refiere a la pérdida de personas de la esfera afectiva más cercana. En contraposición, con los pares actuales, aparece una modalidad social de comunicación superficial:

“Y con lo amigos así, tampoco, porque yo veo que amigos que tengo, amigas que tengo, a la larga ellas, no me dicen nada de si. Hablamos del tiempo, de las pavaditas, de las cosas que puede saber el vecino o el almacenero” (...) “No, no soy

de hablar de mí. Yo ahora le puedo decir, por ejemplo, cómo digo “ay, tengo esto de la columna, ay, tengo esto”, pero a mí siempre me ven alegre. Que siempre esta bárbara, pero qué carácter, pero que..., ha, sí, sí. No se si serán fallutadas, si soy una simuladora....” Delmira

5.5 – Estrategias adaptativas a la etapa actual. La tensión entre independencia social y dependencia afectiva

Como una continuidad de la independencia social que estas mujeres tuvieron a lo largo de su vida, aparece en la etapa actual una serie de estrategias positivas de adaptación a la nueva realidad del envejecer. Estas estrategias implican un factor protector ante las situaciones conflictivas señaladas en las categorías anteriores y surgen principalmente en el discurso grupal, fortaleciendo el planteo anterior respecto a su percepción de lo que se espera socialmente que expresen:

“En estos últimos años he tenido cambios grandes, hace seis años estoy en un coro, me siento muy feliz... (...) para mí fue muy importante, me siento muy feliz, cuando vamos a actuar y me siento muy bien. Aparte, hace ocho años mi hija vende xxx y yo me ofrecí para venderle para ella...” Karina, GF

“... el cambio en el último año... que murió mi esposo, y nosotros ya íbamos a hacer cincuenta y cinco años de casados. Nos llevamos siempre muy bien, fue un excelente compañero, pero era extremadamente celoso. Entonces yo me siento ahora libre, para hacer lo que yo quiero, que nunca lo pude hacer. Yo a todos lados a los que iba a ir, o lo que iba a hacer siempre había peros, y siempre me limitaba... al final no lo hacía porque él no quería, no quería que me separara de la casa, ni de al lado de él ni que emprendiera nada”. Manuela, GF.

“... en los últimos tiempos yo me independicé. Hace diez años puse un (comercio) (...) Y bueno, me gusta...” Juana, GF.

Estas estrategias positivas de adaptación, expresadas principalmente en el discurso grupal, ponen de manifiesto una continua tensión que se da en las participantes, entre la independencia social, con todos los beneficios de autonomía y libertad social que implica, con la dependencia afectiva de los otros, la necesidad de sentirse protegida y acompañada. Al respecto, Luisa sintetiza la discusión del grupo focal en este punto, cuando dice:

“... que quiero ser independiente, pero a la vez, desearía que el otro o la otra se ocupara un poco de mí. Pero como dicen que yo me desempeño sola ¿no? Entonces, para qué se van a meter en mi vida...” (...) “Por un lado, una se siente protegida si el otro se ocupa de una, pero por el otro lado, una está dependiente”.

6 –Proyecto de Vida

Esta dimensión está referida a la forma en que las participantes proyectan su vida, como piensan e imaginan el futuro, así como a sus deseos. Está constituida por dos categorías muy solidarias entre sí: Percepción del futuro y Dificultad para anticipar el futuro. En la Tabla 10 se presentan estas categorías con sus correspondientes analizadores.

Tabla 10: Componentes de la Dimensión “Proyecto de vida”

DIMENSIÓN	CATEGORÍAS	ANALIZADORES
6 –Proyecto de Vida	6.1 – Percepción del Futuro	Percepción del futuro como pérdidas. Temor por enfermedades y pérdida de memoria en el futuro.
	6.2 - Dificultad de anticipar el futuro	No querer pensarlo o angustia ante la pregunta de cómo piensa el futuro
		Angustia ligada a la pregunta, falta de “objetivos vitales” y / o formulación de planes concretos para “ocupar” el tiempo

6.1 – Percepción del futuro

En general existe una percepción negativa del futuro vinculado al modelo de vejez como declive. La percepción del futuro aparece muy determinada por temores a enfermedades y a la pérdida de memoria:

“me da un poco de temor de que esta pérdida de memoria siga avanzando muy rápidamente”. Beatriz

“Tengo miedo al dolor físico...” Cecilia

“Yo quisiera tener salud, y no tener, como dice la señora, una enfermedad que tuviera que depender de otro... Que me muriera así de golpe”. Karina, GF.

“Yo quisiera, respecto a mi vida... morirme en perfecto estado de salud. No tener... Me muero si le tengo que dar trabajo a alguien”. Manuela, GF.

“Y... no dar trabajo más adelante. Eso, que no tenga una enfermedad o una incapacidad que me impida... Que tengan que vivir pendientes. Que uno de pronto... dejo de ser la persona que soy y paso a ser una persona nueva que está llena de complicaciones y de deseos de tener... dominarlos a ellos”. Olga, GF.

6.2 - Dificultad de anticipar el futuro

Ante la pregunta sobre el futuro y los proyectos, aparece una dificultad en anticipar el futuro. La percepción de fragilidad y el temor por un futuro de dependencia llevan a que el proyecto de vida quede limitado a mantenerse en una situación de no cambio. Se dificulta la construcción de un Yo futuro diferente del actual. No se pueden formular “objetivos vitales” más allá de planes concretos para transcurrir el tiempo:

“Yo me doy cuenta que mi futuro es el día. Yo trabajo para el día. Mañana otro día, esa sensación. Creo que lo que pienso y lo que le doy mucha importancia es el sentirme bien y tener salud” (...) “... los proyectos míos siempre vienen empujados desde fuera”. Estrella

“Por ahora no sé, proyectos cortos” Beatriz

“No tengo muchas ambiciones, sólo quiero seguir como estoy” (...) “Mantenerme como estoy, que no me saquen de vigencia” Cecilia

“Yo me imagino, que pueda pasar una vejez aliviada de estos problemas de las cervicales”. Delmira

“Ahora, ya no pienso. El futuro ahora..... Mismo para viajar. Yo viajé muchos años. He viajado con esta amiga, en las licencias y todo. Viajamos, pero ahora... no sé..(...) No tengo ni idea ahora”. Graciela

“Ah, no, qué proyectos. Si pudiera, una excursión, pero no muy lejos. Acá”. Adela

“No, yo ya no me proyecto... No tengo proyectos para el futuro, yo ya te expliqué, vivo el hoy, entonces no puedo tener proyectos para el futuro. Ya con seguir viviendo como viví hoy los demás días, ya me alcanza”. Juana, GF.

“Tener salud, y ver bien a mis hijos y a mis nietos, y sin hacer proyecciones porque yo creo que ya no estoy en edad de hacer proyecciones para el futuro...” GF.

Síntesis Analítica de los Resultados

Los olvidos y fallas en la memoria relatados por las participantes, clínicamente y desde una perspectiva cognitiva, remiten a fallas en la atención y a dificultades en el registro de nueva información. Ellas identifican el inicio de estos trastornos en situaciones anteriores altamente estresantes, que remiten principalmente a su tránsito por dos tipos de pérdidas: jubilación y enfermedad - muerte de seres queridos. Su actual percepción negativa de la vejez - que concibe la misma como una etapa donde sería “natural” la presencia de trastornos de memoria - da un marco de auto-justificación del trastorno de memoria percibido que facilita que el mismo quede dissociado, desviado voluntariamente de su relación con conflictos psicoafectivos anteriores.

Desde la perspectiva psicológica, el trastorno de memoria actuaría como la expresión de anteriores conflictos ubicados en el plano afectivo – vincular, que no han sido elaborados psicológicamente de forma correcta, trasladándose ese malestar y sufrimiento psíquico al plano cognitivo, donde se percibe como socialmente lícito de ser expresado, a partir de la concepción negativa de la vejez. El mecanismo psicológico de esta depositación del sufrimiento psíquico en el plano cognitivo, tiene tres componentes que se potencian entre sí: a) reiteración de pensamientos vinculados a algunos de estos hechos o situaciones conflictivas o a aspectos idealizados del pasado desde una perspectiva actual negativa con componentes de nostalgia; b) un desinterés por incorporar cosas nuevas; c) elementos de ansiedad como expresión de la angustia. Los hechos conflictivos que no han podido tramitarse psicológicamente de forma saludable mantienen el poder de un afecto negativo, reiterándose continuamente en su producción de angustia. Esta reiteración de pensamientos negativos, junto al esfuerzo conciente de la persona por olvidarlos, llevan a que se ocupe gran parte de la energía psíquica en ello, lo cual no deja lugar a atender otras cosas y desarrollar otros intereses. De esta forma, en el marco de una pobre motivación para incorporar nuevos hechos o situaciones, nuevas informaciones, se constituyen en uno de los principales componentes psicológicos de las fallas de atención y de la dificultad de incorporar nueva información.

La dificultad en la tramitación psicológica de estos conflictos es facilitada por algunos aspectos de la historia de vida e identidad de las participantes, vinculados a sus afectos y vínculos más cercanos. En este plano, sus relatos remiten a mujeres que siempre han mantenido un vínculo de dependencia afectiva con su familia cercana, como forma de reafirmación narcisista y de la autoestima. Como contrapartida de la dependencia afectiva de la familia, estas mujeres han construido otras formas de reafirmación narcisista y de la

autoestima que implicaron importantes niveles de adaptación activa a la realidad y una importante independencia social. El trabajo como fuente de valorización social y la valoración de la independencia económica, así como la capacidad de afrontar y resolver situaciones de enfermedad de familiares, son parte de esta independencia y fuentes de autovalidez y autonomía funcional. Los roles y funciones que tuvieron durante su juventud y adultez, fueron parte de un sentirse valoradas socialmente y por tanto, integradas. Ambos aspectos de independencia social – dependencia afectiva, coexisten en las participantes y tienen directa influencia en la percepción de la vejez. En su conjunto, la independencia social y la dependencia afectiva producen determinadas estrategias de expresión de los deseos que ellas perciben habilitadas socialmente. La independencia social aparece como relevante en la construcción del proyecto de vida en etapas vitales anteriores y por tanto, en la proyección de un yo futuro, que es lo que abre a la dimensión del tiempo.

Actualmente, una mayor vulnerabilidad física y orgánica, una mayor vulnerabilidad social, ligada a la pérdida de roles y funciones valorados socialmente, así como los mensajes sociales negativos que perciben respecto lo que implica ser vieja, hacen que les resulte más difícil mantener la independencia social como en etapas vitales anteriores. Aparece un sentimiento de insatisfacción vital actual, donde se mantiene la dependencia afectiva, pero con una menor capacidad de independencia social para balancearla. Eso facilita una percepción negativa de la etapa vital actual, donde predomina una estructuración del tiempo cotidiano que tiene muchos momentos de tiempo vacío, apareciendo en muchas de las participantes un sentimiento de soledad o la vivencia de ser una “sobreviviente”. Esta percepción del tiempo les dificulta invertir o proyectar un yo futuro, lo cual, a la vez que

obstaculiza la integración subjetiva de una vivencia del tiempo como un proceso dinámico de cambio constante, deja al deseo atrapado en un círculo repetitivo.

En estos aspectos psicoafectivos y psicosociales intervienen factores de la historia de estas personas y de su identidad que, interactuando con los elementos actuales señalados, facilitan el predominio de un tipo de recordar que tiene más contactos con la nostalgia que con la reminiscencia, facilitando la producción de los tres componentes del mecanismo psicológico de depositación del sufrimiento psíquico en el plano cognitivo. Se cierra así un complejo proceso que facilita la expresión de los viejos conflictos y afectos no tramitados psíquicamente, cuyo malestar psicológico es depositado en la esfera cognitiva y construyen la QSM y el déficit de memoria funcional.

VI – DISCUSIÓN

Los Mecanismos Psicológicos y Psicosociales de las Quejas Subjetivas de Memoria

En las participantes del presente estudio aparece lo que Metternich, Schmidtke y Hüll en el 2009 señalan como una baja auto-confianza en su propia capacidad de memoria y una baja auto-eficacia de la misma en la vida cotidiana, existiendo una clara diferencia entre los trastornos de memoria auto-percibidos con los resultados de las pruebas realizadas, que no dan cuenta de los mismos. De ahí la importancia de estudiar el significado atribuido por las participantes a estas dificultades de memoria. Los olvidos y fallas en la memoria relatados por ellas, clínicamente y desde una perspectiva cognitiva, remiten a fallas en la atención y a dificultades en el registro de nueva información. En ese sentido, las participantes presentan características similares a la población estudiada recientemente por Birgitta Metternich, Klaus Schmidtke y Michael Hüll. Este equipo de investigadores del Centro de Geriatria y Gerontología de Freiburg, Alemania, en el 2009 describen como “*functional memory disorder*” (trastorno de memoria funcional - TMF) a este tipo de afección compuesto por QSM y un mal funcionamiento de la memoria en la vida cotidiana, pero sin evidencia de déficits neuropsicológicos objetivos. Sostienen que estas personas presentan un importante monto de sufrimiento en la vida cotidiana debido a una autopercepción negativa de su memoria, que los lleva a continuos fallos en la memoria y atención, constituyéndose así el trastorno funcional.

Ya en el año 2000, Berrios, Markova y Giralda habían señalado que este tipo TMF muchas veces se relaciona con una baja autoestima, vergüenza, ansiedad y temores a sufrir enfermedades tales como demencias. En base a ello, propusieron incluir este tipo de trastorno de memoria dentro del campo de los trastornos somatomorfos definidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV, 1995), que se caracterizan por tener un importante componente psicológico en la construcción del cuadro psicopatológico.

Apoyando la propuesta de Berrios et. al., y partiendo de la hipótesis de que los temores por perder la memoria y el estrés psicológico se encuentra en el núcleo del trastorno de memoria funcional, en el año 2009 Metternich et. al., estudian con diferentes pruebas y escalas neuropsicológicas y psicológicas a 39 personas con este tipo de trastorno y 38 personas de grupo control. Encuentran que las personas con TMF tienen una baja estima de su propia capacidad de memoria y por lo tanto una baja auto-eficacia de su memoria respecto al grupo control. Encuentran también un aumento en la autopercepción del estrés, así como una mayor queja psicósomática y elementos depresivos, vinculados a factores de personalidad en muchos casos.

Los resultados de esta investigación son congruentes con los del estudio que el año 2005 realizaron Solanlly Ochoa, Lucero Aragón y Adriana Caicedo. Estas investigadoras de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Colombia, en su meta-análisis sobre las investigaciones publicadas entre 1995 y 2005 respecto al tema memoria y metamemoria en adultos mayores, concluyen que si bien no existe un consenso, la mayoría de los estudios relevados apoya la tesis de que las creencias que las personas tienen respecto a su memoria, influyen en el desempeño de la misma, tanto para favorecerlo como para entorpecerlo. Así, un

conocimiento negativo sobre el funcionamiento de la propia memoria lleva a estrategias pobres para la utilización satisfactoria de la memoria en la vida cotidiana, lo cual a su vez refuerza la creencia negativa. Señalan las autoras que esto se da también en los casos de QSM. Ambos estudios son consistentes con los resultados de otras investigaciones ya señaladas que relacionan las QSM con diferentes factores de tipo psicológico (Hänninen et. al., 1994; Allegri et. al., 2000; Antikainen et. al., 2001; Cianciarullo et. al, 2008).

Las participantes del presente estudio vinculan el comienzo del TMF a situaciones altamente estresantes. El efecto negativo del estrés, incluido el llamado estrés psicosocial, sobre el cerebro y los aspectos cognitivos ha sido ampliamente estudiado, como señalaran Escobar y Gómez en el año 2006. Al respecto, Metternich et. al. (2009) plantean que el TMF en un principio podría ser causado por el llamado estrés psicosocial, vinculado con acontecimientos estresantes de la vida, entre los que señalan la muerte de seres queridos, la pérdida de trabajo o enfermedades crónicas. Esto es congruente con los resultados del presente estudio, donde el estrés relatado por las participantes remite principalmente a dos tipos de situaciones significadas como pérdidas: jubilación y enfermedad - muerte de familiares. Estos hechos, cuando son analizados en sus historias de vida, aparecen como situaciones que marcan un momento de quiebre en su trayectoria vital, un momento de cambio negativo que lleva a que actualmente, a pesar de hacer transcurrido varios años de estos sucesos, se conserve una fuerte carga afectiva y de dolor que produce sufrimiento psíquico. Esto último apoya el planteo realizado por Ruben Lescano en el año 2003, quien desde la perspectiva biológica plantea que las emociones, aunque remitan a viejas situaciones, siempre se expresan y actualizan en un tiempo presente.

En el caso de las participantes del presente estudio, el no procesamiento psíquico de las situaciones traumáticas señaladas y el actual sufrimiento psicológico es facilitado por su percepción negativa de la vejez y la asimilación de la misma a una etapa donde sería “natural” la presencia de trastornos de memoria.

Varios estudios han puesto de manifiesto el efecto negativo que tienen los estereotipos sociales hacia la vejez en la autopercepción deficitaria de los propios viejos y el papel de esto en la construcción de subjetividad (Salvarezza, 1988, Berriel y Pérez, 2002; Sánchez Palacios, 2004; Yuni y Urbano, 2005; Berriel et. al., 2006; Metternich et. al., 2009). En el caso de las participantes, estos prejuicios negativos les habilitan un marco de auto-justificación del trastorno de memoria percibido y de la disminución de su auto-eficacia, que facilita que el trastorno quede disociado y desviado voluntariamente de su relación con conflictos psicoafectivos anteriores.

Si bien en la mayoría no existe un trastorno cognitivo “objetivo”, sí existe el mismo desde la perspectiva subjetiva y funcional. Incluso en los casos de DCE la auto-percepción negativa del déficit es mayor que lo verificado objetivamente. Uno de los principales efectos de esta mala auto-percepción es que mantiene a las personas en una situación de sufrimiento psíquico y estrés constante ante el temor de un deterioro cognitivo mayor. En estos planos, el trastorno de memoria actuaría como la expresión actualizada de anteriores conflictos ubicados en el plano afectivo y vincular que no han sido elaborados psicológicamente de forma correcta, por lo que mantienen su carga de angustia. Ante diferentes factores actuales propios del momento vital y de la historia de estas personas, ese malestar y sufrimiento psíquico es depositado en el plano cognitivo, donde se percibe como socialmente lícito de ser expresado, a partir de una concepción prejuiciosa de la vejez.

En el estudio realizado por Berriel y Pérez en el año 2002 surge que las personas mayores de la ciudad de Montevideo perciben una alta exigencia de los demás hacia ellos. Perciben una demanda de ausencia de conflicto y de censura del mismo. Desde otros referentes teóricos y metodológicos, el estudio que en el año 2008 realizaron Márquez-González, Izal, Montorio y Losada, señala el importante papel que tiene la presión social que perciben los mayores, en la inhibición de sus emociones. Ambos estudios ponen de manifiesto que en las sociedades occidentales actuales, parece ser más habilitada y tolerada socialmente una persona vieja con problemas de memoria que una persona vieja angustiada o con problemas emocionales.

Así, los conflictos psicoafectivos no elaborados de las participantes y la depositación de su sufrimiento en el plano cognitivo, constituyen un componente psicológico importante que, en la vida cotidiana, se expresa en fallas atencionales y dificultad de incorporar nueva información. En el caso de las participantes, el modo de funcionamiento psicológico que estaría en la base de este TMF se da a partir de tres modalidades: a) reiteración de pensamientos vinculados a hechos estresantes y conflictivos, no elaborados psicológicamente, y/o a aspectos idealizados del pasado desde una perspectiva actual negativa; b) falta de motivación y poco interés por incorporar y recordar cosas nuevas; c) componentes de ansiedad que las lleva a querer realizar varias cosas a la vez. Estos aspectos llevan a un tipo de recuerdo que tiene algunos aspectos de nostalgia

La reiteración de este tipo de pensamientos, tiene como efecto mantener a la persona en un circuito de sufrimiento y angustia que ocupa gran parte de la energía psíquica, dificultando el focalizar la atención en otras cosas y desarrollar otros intereses. Así, esta reiteración de recuerdos dolorosos y el esfuerzo fallido por el olvido - que paradójicamente

tiene el efecto de mantenerlas vigentes y reconsolidarlas - se constituyen en uno de los principales componentes psicológicos de las fallas de atención y de la dificultad de incorporar nueva información. Así, los hechos no elaborados psíquicamente, en su interacción con hechos actuales vinculados a la etapa vital de las participantes estarían aportando el tono afectivo para la falta de interés por incorporar nuevas informaciones y recordar reiteradamente y con dolor diferentes aspectos de un pasado idealizado. Esto es congruente con el estudio de Metternich et. al. (2009) quienes encuentran que la memoria mejora cuando las personas tienen una motivación.

Algunos estudios del campo de las neurociencias plantean al olvido como un proceso inhibitorio que impide el recuerdo y no como un proceso degenerativo (Anderson et. al, 2004; Medina 2008). A la luz de lo desarrollado hasta acá, una posible hipótesis sería que los mecanismos psicológicos señalados podrían estar en la base de estos procesos inhibitorios, al menos en estos casos. Esto debería ser abordado específicamente en futuros estudios interdisciplinarios.

En esta población sin déficits cognitivos mayores, este mecanismo de reiteración y la desmotivación implicaría el componente psicológico vinculado a lo que, desde la teoría de los sistemas serían fallas en las funciones ejecutivas y en la incorporación de nueva información, y que desde la neuropsicología remite a diferentes regiones cerebrales. Se estaría así asistiendo a la potenciación de dos lógicas diferentes en la construcción de la QSM y del TMF: las lógicas del psiquismo y de las redes semánticas de producción de sentido de la mente, y la lógica del Sistema Nervioso Central (SNC) y de las redes neuronales del cerebro.

Desde las lógicas del SNC en la falla de memoria funcional que se da en la vida cotidiana existe un dinamismo orgánico (neurotrasmisores, redes neuronales, etc) que aportan

el componente biológico del trastorno de atención y de incorporación de nueva información. Sin embargo, en la medida que los estudios científicos no han demostrado que estos trastornos evolucionen a un deterioro severo como podría ser los que se dan en una demencia degenerativa primaria (Glodzik-Sobanska et. al., 2007; Cianciarullo et. al, 2008), no parece que en la QSM se activen procesos orgánicos irreversibles o inmodificables. Esta ausencia de déficits inmodificables en el cuadro de QSM parece indicar que los déficits funcionales de memoria específicos en la vida cotidiana son activados por otras lógicas y otros sistemas que repercuten en el SNC. Esto debería ser retomado en futuros estudios específicos sobre el tema desde la perspectiva neuroanatómica y neuroquímica, estudiando la relación entre estos componentes con las producciones de sentido que realizan las personas sobre su memoria.

Alicia Kabanchik en su tesis doctoral del año 1996 sobre demencias degenerativas primarias, ha señalado que para conocer el efecto que produce un determinado estresor, es necesario conocer la capacidad elaborativa del aparato psíquico de esa persona afectada, vinculando esta capacidad elaborativa a factores genéticos, inmunológicos y psicológicos. En el caso de los deterioros cognitivos severos, concluye Kabanchik que si las personas tuviesen una mayor plasticidad y capacidad de elaboración de las situaciones estresantes, disminuiría sus posibilidades de enfermar. En el caso de las participantes del presente estudio, los mecanismos psicológicos de reiteración y desmotivación que llevan a una desviación del conflicto, parecen ser una de las formas de procesamiento de los estresores pasados vinculados a su vida afectiva, así como de estresores actuales vinculados a la vejez.

¿Qué pasa entonces con la capacidad de elaboración psíquica de las participantes? Desde las lógicas del Psiquismo, en la base de este trastorno cotidiano parece activarse un mecanismo de desplazamiento y depositación. Desplazamiento de afectos, angustia, temores,

miedos, inseguridad, que desde un plano afectivo se depositan en la esfera cognitiva, donde se percibe como socialmente lícita su expresión. El mecanismo psíquico subyacente implica una reiteración y un esfuerzo por olvidar y una desmotivación vital actual que impide incorporar fluidamente nueva información.

Hasta aquí un nivel descriptivo de la problemática desde una perspectiva psicológica y psicosocial en función de los resultados. Ahora bien: ¿Cómo se producen estos temores y miedos? ¿Qué hace que en estas mujeres, una conflictiva psicoafectiva sea trasladada y depositada en el plano cognitivo y no en otros, como podría ser el vincular o el somático? Si se parte de la base que todo proceso de salud y enfermedad mental no surge “espontáneamente”, sino que tiene su historia de construcción ¿Cómo se construye psíquicamente esta depositación a lo largo de la historia de estas mujeres? ¿Qué hace que el conflicto se deposite en lo cognitivo?

Hugo Bleichmar (1997/2008) ha planteado una concepción de psiquismo como un sistema dinámico de integración modular y transformaciones, donde toda la vida afectiva es construida, entre otros aspectos, en un proceso continuo de identificación con los otros. Sostiene Bleichmar que la noción y la vivencia del horror y la del placer, también se construye en los intercambios con los otros significativos y con los emblemas de los que son portadores. En ese intercambio con los otros, y principalmente con los otros significativos, se va armando psíquicamente un dispositivo de “matriz pasional abstracta”, productora de sentidos y significados, responsable de resignificar en el presente antiguos estados emocionales. Esto explicaría los diferentes caminos que tienen los desplazamientos y depositaciones de los conflictos en las distintas personas.

El intercambio con los otros significativos provee al sujeto los modelos y emblemas identificatorios que constituyen su identidad (Aulagnier, 1986/1994; Berriel, 2003). Parece entonces pertinente analizar desde una perspectiva psicosocial cómo se va construyendo en la historia vital de las participantes, este proceso que facilita la depositación del conflicto psicoafectivo en la esfera cognitiva.

Las Estrategias Adaptativas: La Tensión Entre Dependencia Afectiva e Independencia Social

La dificultad en la tramitación psicológica de anteriores conflictos parece facilitada por algunos aspectos vinculados a la historia de vida y a la identidad de las participantes. Como fue señalado anteriormente, al igual que sucede con la categoría de DCL, las investigaciones realizadas respecto a las relación entre la QSM y deterioro cognitivo no son concluyentes, existiendo algunos estudios que encuentran una relación directa (Geerlings et. al, 1999; Barnes et. al, 2006), otros que plantean que no es posible establecerla causalmente ya que se deben contemplar otros factores (Glodzik-Sobanska et. al., 2007), así como otros que directamente vinculan las QSM con factores afectivos o psicológicos y no con aspectos de deterioro cognitivo (Allegri et. al, 2000; Antikainen et. al, 2001; Derouesne et. al., 2004; Pearman y Storandt, 2004 y 2005; Cianciarullo et. al, 2008). Si bien estos estudios significan un importante aporte en la descripción de la relación entre las QSM y otros factores actuales, los mismos poco han avanzado respecto a un modelo teórico comprensivo que permita entender el cuadro de construcción de estos déficits funcionales de memoria en la historia de

los sujetos, más allá de señalar algunos de ellos, alguna categoría general como por ejemplo la de “rasgos de personalidad”.

Los resultados del presente estudio permiten visualizar en las participantes del mismo, dos aspectos relevantes que han sido característicos de sus historias vitales: dependencia afectiva de la familia e independencia y autonomía social. Mientras el primero de ellos remite al plano psicoafectivo, vinculado a su autoestima y autonomía, el otro se expresa en un plano psicosocial, vinculado a una independencia y autonomía social, que ha estado también a lo largo de sus vidas.

La dependencia afectiva con su familia cercana parece haber ocupado un importante lugar de reafirmación narcisista y de autoestima en estas mujeres. Inicialmente fue con sus padres, luego con sus parejas y actualmente con los hijos o familiares cercanos. El importante lugar simbólico y real que ocupa la familia para los adultos mayores ha sido señalado desde diversos estudios (Berriel y Pérez 2002 y 2006; Berriel et. al., 2006; Urrutia, Cornachione, Moisset, Ferragut et. al, 2009). En la medida que en la presente investigación la categoría “dependencia afectiva” se satura, más que remitir a aspectos individuales, parece pertinente ubicarla como parte de una serie de construcciones psicosociales y culturales propias de estas generaciones, tales como las modalidades de ser mujer, la forma de vivir la sexualidad, las habilitaciones y censuras del cuerpo, así como la modalidad de postergación del deseo en función de los otros.

Como contrapartida de la dependencia afectiva de la familia, estas mujeres han construido otras formas de reafirmación narcisista y de su autoestima que implicaron importantes niveles de adaptación activa a la realidad (Pichón Rivière, 1971/1975) y una importante independencia social. El trabajo como fuente de valorización social y la

importancia de la independencia económica, así como la capacidad de afrontar y resolver instrumentalmente situaciones de enfermedad de personas cercanas afectivamente, son parte de esta independencia social, fuente de autovalidez y autonomía funcional. Los roles y funciones que tuvieron durante su juventud y adultez, estuvieron al servicio de fortalecer su autoestima, como forma de sentirse valoradas socialmente y por tanto, integradas.

Parecería que independencia social y dependencia afectiva forman parte de un conjunto de significaciones identitarias que se han influenciado mutuamente a lo largo de la trayectoria vital de estas mujeres. Ambos aspectos parecen tener una influencia directa en la autopercepción de la vejez y en los componentes psicológicos de reiteración y desinterés que aparecen vinculados al actual TMF.

Si bien la dependencia afectiva de la familia aparece actualmente como un factor de riesgo de dependencia y pérdida de la autovalidez que se vincula al modelo deficitario del envejecimiento, esta misma dependencia que está presente desde etapas tempranas, parece haber favorecido instancias de apego a la familia y de seguridad, siendo parte de la construcción de un modelo de obediencia a los mayores que desempeñó un papel protector en cuanto a darles determinadas seguridades y orientaciones identitarias desde jóvenes. Esto último es posible que haya facilitado la independencia social.

Por su parte, la independencia social actualmente las conecta con varios aspectos saludables de la vejez, relacionados con el modelo de envejecimiento activo, que contrarrestan los efectos del modelo deficitario. En relación a esto último, en estas mujeres estarían coexistiendo dos modelos de vejez – uno deficitario y otro activo – que en su conjunto definen una concepción compleja del envejecimiento con factores protectores y de riesgo. De ahí las diferencias en las apreciaciones de varios temas que se dan entre el discurso

individual y el grupal en las participantes. Esto es congruente con los resultados del estudio de Berriel et. al del año 2006, cuyos resultados plantean la coexistencia de ambos modelos en las personas mayores de Montevideo. Sin embargo, la coexistencia de estos dos modelos, al menos en las participantes del presente estudio parece darse en el marco de un predominio básico del modelo deficitario, que no es absoluto en la medida que pueden visualizar otros tipos de envejecimiento.

Las estrategias adaptativas utilizadas por las participantes son coherentes con esta independencia social. A pesar que provienen de medios familiares donde imperaban modelos morales y lugares sociales asignados muy rígidos, estas mujeres pertenecen a una generación que ha hecho un cambio importante, por ejemplo en el tema independencia social. Si bien la institución trabajo y la institución familia predominan en cuanto emblemas identificatorios constitutivos de su identidad, estas mujeres han tenido una diversidad de funciones y roles, alejándose del factor de riesgo psicológico que señalara en el 2005 Graciela Zarebski como de “identidad unívoca”. Así, esta independencia social se puede considerar como un aspecto facilitador de una adaptación activa (Pichón Rivière, 1971/1975) y por tanto, como un factor protector en salud mental. Esto parece ser congruente con los resultados de los estudios que señalan determinados rasgos de personalidad tendientes a la flexibilidad psíquica, como factores protectores de enfermedad de Alzheimer (p.e. Duchek et. al, 2007; Sánchez et. al, 2007; Wang et. al, 2009).

Como contrapartida, en el plano adaptativo a las participantes no les ha sido fácil integrar los cambios del envejecer, pues los mismos parecen ser significados desde una dicotomía joven - viejo, donde lo viejo se asocia a lo conservador y negativo, y lo joven al cambio positivo. Esto se da en el contexto subjetivo de sentirse igual que siempre (o sea

jóvenes) internamente, pero viejas en el cuerpo, lo cual facilita la percepción subjetiva negativa de la vejez y la depositación de lo negativo en un discurso centrado en lo orgánico.

Así, mientras la dependencia afectiva, ante hechos estresantes y ante la vulnerabilidad del envejecer, facilita que se deposite el conflicto en lo habilitado socialmente respecto al trastorno de memoria, la independencia social les permite solicitar ayuda. En su conjunto, independencia social y dependencia afectiva producen determinadas estrategias de expresión de los deseos que perciben como habilitadas socialmente. Estas estrategias están organizadas en torno a determinados emblemas y modelos identificatorios que, asentados en el plano de la identidad, orientan el deseo. Esto aparece como relevante en la construcción del proyecto de vida en etapas vitales anteriores, así como en la proyección de un yo futuro, que es lo que abre a la dimensión del tiempo.

La Percepción de la Vejez, el Tiempo y el Proyecto de Vida

A medida que avanzan los años resulta más difícil mantener la independencia social y funcional, tal como fue sostenida por las participantes en etapas anteriores. Una mayor vulnerabilidad física y orgánica, junto a una mayor vulnerabilidad social ligada a la pérdida de roles y funciones valorados socialmente, así como los mensajes sociales negativos que perciben respecto al ser vieja, llevan a que se construya una percepción negativa de la vejez. A diferencia de otras culturas donde a pesar de las limitaciones físicas ser viejo es algo valorado y existe una deseabilidad social que narcisiza esa etapa y genera deseo (como en el

caso de las comunidades Aymaras, tal como lo planteara M. Zerda en el 2004), en la cultura occidental el mensaje hacia los viejos en general es negativo.

En ese contexto, en las participantes progresivamente se va instalando un sentimiento de insatisfacción vital, donde se mantiene la dependencia afectiva, pero con una menor capacidad de independencia social para balancearla. Eso facilita una percepción negativa de la etapa vital actual, donde predomina una cotidianeidad en la que el tiempo diario tiene muchos momentos de tiempo vacío, que lleva a muchas de las participantes una percepción de sentirse sola o como una sobreviviente, lo cual facilita la expresión de la reiteración y desinterés.

El efecto negativo de la soledad sobre la salud y la calidad de vida es un tema sobre el que existe amplia evidencia científica que ya ha sido señalada (Allard et. al., 1995; Sluzki, 1996; Aquino et. al., 1996; Yen et. al., 2004; Duarte de Moraes et. al., 2005; Crooks et. al., 2008; Wang et. al.; 2009) y sobre el cuál se continua produciendo conocimientos. Recientemente - en el año 2009 - Jeannette Golden, Ronán Conroy, Irene Bruce, Aisling Denihan et. al. presentaron los resultados de su estudio realizado en Dublín, Irlanda. Luego de estudiar 1299 personas mayores de 65 años que viven en la comunidad, constatan que la soledad, o sea, el aislamiento social subjetivo, aumenta la posibilidad de depresión y desesperanza, y que este sentimiento se da más en las mujeres. Concluyen que sentirse sola disminuye la probabilidad de ser feliz y estar satisfecho con la vida.

En forma congruente con los resultados de esta investigación de Golden et. al, en el presente estudio, la vivencia subjetiva de soledad e insatisfacción vital de las participantes parece encontrarse en la base de su dificultad para anticipar el futuro. Algunos estudios ya han señalado la dificultad de los adultos mayores en nuestras sociedades para anticipar el futuro

(p.e. Villar, 1998; Berriel y Pérez, 2002). En el caso de las participantes, su insatisfacción vital dificulta la construcción de un proyecto de vida, o sea, el invertir un Yo futuro, lo cual, a la vez que obstaculiza la integración subjetiva de una vivencia del tiempo como un proceso dinámico de cambio constante, deja al deseo atrapado en un círculo repetitivo, sin futuro, que a su vez facilita el mecanismo de reiteración psíquica y la nostalgia por un pasado idealizado.

Así, en los aspectos psicoafectivos y psicosociales señalados, intervienen factores de la historia de estas personas y de su identidad que, interactuando con factores actuales, facilitan el predominio de un tipo de recordar que, sin llegar a estructurarse como un recuerdo de nostalgia, sin embargo tiene más contactos con ésta que con la reminiscencia.

Erik Erikson en el año 1974 ha definido la generatividad como una etapa contraria al estancamiento, que lleva a la culminación de la integridad del Yo en la siguiente etapa. La generatividad implicaría una reafirmación narcisista del Yo y del cuidado de los otros. Implicaría una “necesidad de ser necesitado”. En el año 2009, Urrutia et. al., retomando los planteos de Erikson han señalado que las acciones generativas se dan a lo largo de la vida y constituyen una expansión y crecimiento yoico, siendo los componentes generativos fuente de gratificación que le otorgan sentido a la vida. Estos investigadores de la Universidad Nacional de Córdoba, luego de revisar la bibliografía científica, plantean que existe un acuerdo en que la generatividad comienza en la juventud, aumenta en la etapa adulta y puede mantenerse en la vejez. En su investigación sobre la narrativa de mujeres mayores generativas, plantean que en la población que estudiaron, la generatividad presenta algunas características generales tales como una infancia que es evaluada como protectora y afortunada, una actitud sensible ante el sufrimiento de los otros, una serie de valores morales que ofician como anclaje identitario de guía y una actitud de transformar los eventos negativos en aprendizajes.

Algunos de estos elementos generativos se encuentran presentes en los discursos de las participantes del presente estudio, principalmente en el referido a etapas anteriores, oficiando como factores protectores en salud. El tema del apego y los valores morales como anclaje identitario, así como la sensibilidad ante el sufrimiento de los otros parecen estar presentes en ellas. Sin embargo no aparecen tan claros referidos a la etapa actual. Una posible hipótesis al respecto sería que las participantes han utilizado un tipo de generatividad donde el cuidado del otro ha estado al servicio de la reafirmación yoica, sostenida en la independencia social que compensa la dependencia afectiva. Esta modalidad actualmente queda muy limitada por la jubilación, la pérdida del lugar social valorado que se da en la vejez y el aumento de la vulnerabilidad física. Claramente las participantes no perciben que puedan satisfacer “la necesidad de ser necesitada” por otro, lo cual las ubica en un lugar de dependencia. Tal vez de ahí este tipo de recuerdo que no llega a constituirse como un recuerdo patológico de tipo nostalgia, aunque tiene algunos componentes similares, tal como el dolor de situaciones no elaboradas que se actualiza o aspectos del pasado que son idealizados.

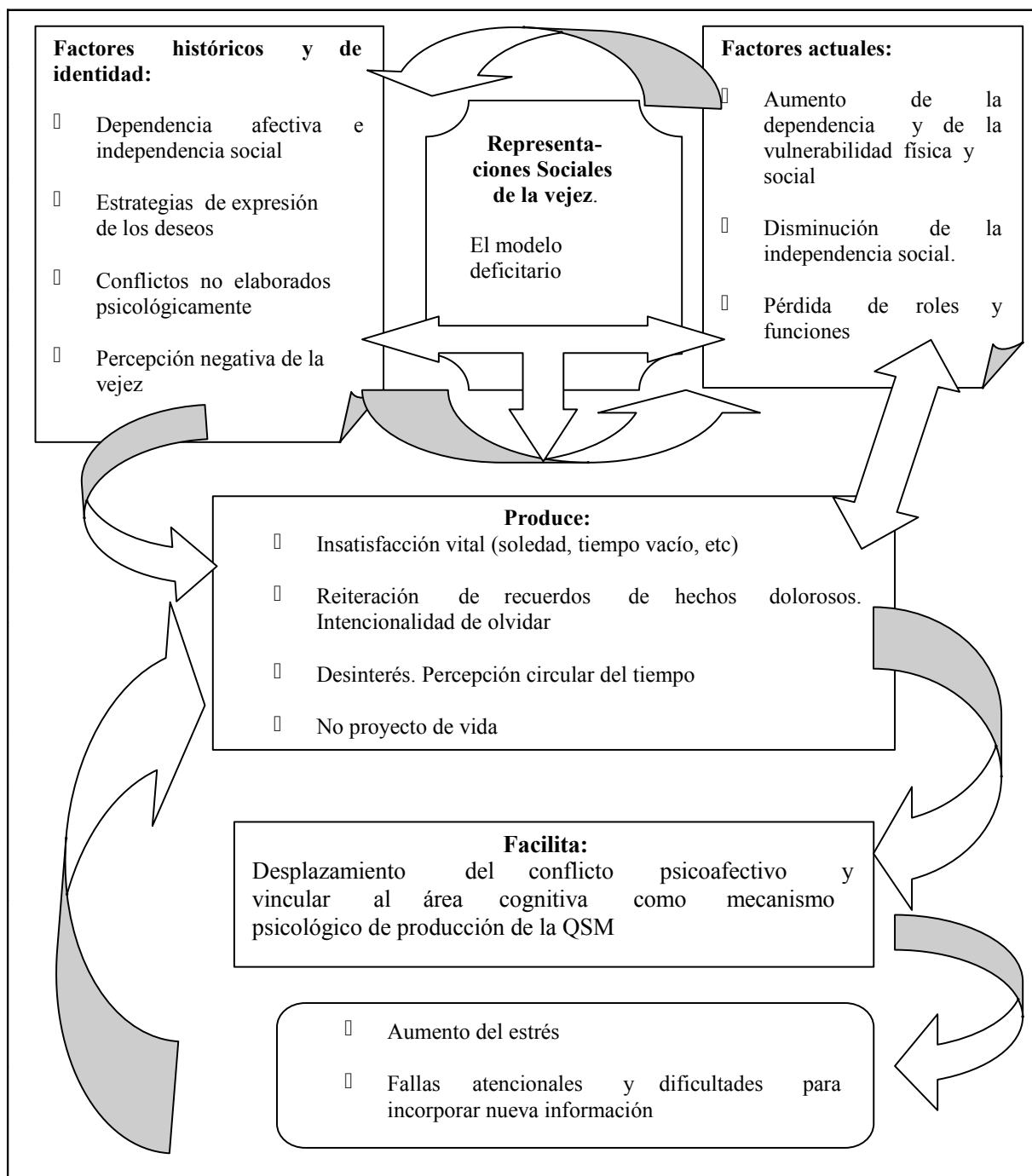
En ese sentido, parecería que no han podido realizar un proceso de duelo completo respecto a estas situaciones, y que el sufrimiento de las mismas, en otros momentos vitales fue controlado psíquicamente en función del apuntalamiento yoico que brindaban los reconocimientos sociales. Al no estar presente este tipo de apuntalamiento social del narcisismo y de la autoestima, al no tener un lugar social claro de utilidad, al no sentir una “deseabilidad social”, el tiempo pasa a ser algo para ocupar y no para vivir. Varias participantes plantean una percepción subjetiva del tiempo de no cambio, de repetición. Esta estructuración del tiempo circular, esta falta de sentido en la estructuración diaria del mismo impacta en el proyecto vital. El proyecto de vida implica la presencia de los otros como fuente

de apuntalamiento narcisista. En estos casos, las participantes sienten que los otros tampoco facilitan una estructuración del tiempo, en la medida que no esperan nada de ellas. Esta percepción subjetiva estaría en la base de la desmotivación.

De esta forma, el Yo parece quedar atrapado en un pasado y presente continuo, sin poder lograr una proyección a futuro. Tal vez esta falta de deseo social que perciben las adultas mayores esté en la base de lo que Alejandra Bentancor en su estudio el año 2009 ha señalado como actividades de autogratificación, refiriéndose a muchas de las actividades que realizan los adultos mayores para ocupar el tiempo, sin un fin mayor para sí mismo. Asistimos así a la construcción de un cuadro actual que presenta varios componentes clínicos de lo que Bleichmar (1997/2008) plantea como depresión narcisista: baja autoestima, sentimientos de vergüenza y desvalorización ante sí y ante la sociedad.

Así, esta falta de motivación social parece cerrar un complejo proceso que facilita la expresión de los viejos conflictos y afectos no tramitados psíquicamente, que repercuten en la esfera cognitiva y construyen el denominado cuadro de QSM y el TMF. No es la falta de memoria lo que parece constituir el mismo, sino la falta de motivación para incorporar hechos nuevos para memorizar y el continuo esfuerzo por olvidar conflictos no elaborados psicológicamente. Este proceso histórico es graficado en el cuadro 1

Cuadro 1: Esquema del proceso psicosocial de construcción de la QSM y el TMF



Aportes Para una Estrategia de Intervención en el Trastorno de Memoria Funcional

El anterior esquema busca dar cuenta del proceso psicológico y psicosocial de construcción de la QSM y del TMF que se da en las participantes del presente estudio. La descripción de estos procesos debería facilitar el desarrollo de estrategias de intervención específicas en poblaciones que presenten similares características. En estos casos, una estrategia de intervención en Salud Mental, por un lado, debería buscar desmontar y transformar estos procesos psicosociales de construcción de la QSM que se dan en personas de edad avanzada. Por otro, debería contemplar la elaboración de políticas de prevención.

Internacionalmente las estrategias habituales de intervención en estos tipos de trastornos de memoria se basan en el plano cognitivo de rehabilitación y/o estimulación. Si bien parece pertinente mantener esa modalidad, los resultados del presente estudio ponen de manifiesto una mayor complejidad de la QSM y del TMF que tiene su base en otros planos. Por tanto, en poblaciones con características similares a las participantes, el desarrollo de una estrategia de intervención en Salud Mental debería tener presente y dar respuesta a los indicadores psicológicos y psicosociales que influyen en el cuadro del TMF y la QSM. Así, una estrategia de intervención a escala micro-social (individual y grupal) debería contemplar al menos cuatro planos de acción:

Un primer plano debería abordar las problemáticas que aparecen al final de esquema del cuadro 1, buscando disminuir los niveles de ansiedad y estrés, produciendo otro posicionamiento vital y otra confianza en sí mismo. Para ello tanto las estrategias de información y auto-conocimiento de las múltiples dimensiones de la memoria junto a un

trabajo de desmitificación de los prejuicios sobre el tema y la vejez, posiblemente faciliten una mayor auto-eficacia en la memoria. La herramienta técnica de Taller, tal como la ha definido Dora García en el año 1997, parece un recurso valioso para lograr esto. El Taller permite el intercambio con otros pares y genera espacios para el intercambio y los debates, que fomenta un posicionamiento de sujeto activo.

Un segundo plano de intervención más focalizada, debería incluir diferentes propuestas metodológicas que tuviesen como objetivo el desarrollo de la reminiscencia en la modalidad del recuerdo, como forma de apuntalar la autoestima y disfrutar el recordar, produciendo nuevas narrativas identitarias respecto a sí mismo.

Un tercer plano de intervención específica debe darse en los componentes emocionales puestos en juego en los mecanismos psicológicos de reiteración y falta de interés. Se deberán diseñar estrategias de intervención psicológica que permitan a la persona posicionarse subjetivamente de una forma diferente respecto a los hechos pasados dolorosos. En la medida que se logre este cambio subjetivo, y estos hechos puedan cobrar un lugar de recuerdo sin la carga afectiva negativa, a la persona ya no le será necesario tener que apelar a la intencionalidad y esfuerzo por querer olvidarlos. Esto permitiría que pudiese liberar energía psíquica para incorporar otras cosas, otros hechos, otros intereses. Dicho de otra forma, en este plano de intervención no se trata de apuntar a olvidar estos hechos dolorosos – se debe tener presente que la demencia es una forma extrema del olvido – sino que se debe buscar simbolizarlos para ubicarlos como parte de la historia de vida de estas personas, incorporándolos a un proceso de aprendizaje.

El cuarto plano de intervención refiere a la elaboración de estrategias para el futuro y un proyecto de vida. Esto se debería trabajar desde las habilidades vitales cotidianas que

permitan retomar la autoconfianza y la autoestima, a partir de buscar generar acciones que les devuelvan una valorización e independencia social, contemplando la necesidad psíquica de sentirse útil y necesitada.

En un plano macro-social tendiente a la elaboración de políticas públicas, sería importante incluir los aspectos psicológicos y psicosociales antes señalados, buscando cambiar los imaginarios y modelos sociales de la vejez. La implementación de políticas tendientes a transformar la vejez en una etapa productiva y de integración social, junto al desarrollo de programas de Salud Mental con las características antes señaladas, podrían permitir no solo elevar la calidad de vida de la población vieja, sino de las demás generaciones, en la medida que, ante los actuales desafíos del envejecimiento poblacional, se transitara hacia una sociedad más integrada generacionalmente. Por otro lado, en la medida que diferentes estudios vienen señalando el efecto negativo que la jubilación tiene en las personas (por ej. Berriel et. al., 2006), se debería abordar este problema en el marco de las políticas públicas preventivas.

Alcances del Estudio

Es preciso señalar una serie de limitaciones del presente estudio. La primera de ellas tiene que ver con una dificultad común a las diferentes investigaciones sobre el tema memoria, y que tiene que ver con lo difícil de delimitar conceptualmente el propio objeto de estudio y los métodos para estudiarla. La mayoría de las investigaciones se centran en un aspecto puntual del tema o en un tipo determinado de memoria desde la perspectiva cognitiva,

vinculada al recuerdo. En este caso se ha optado por un abordaje psicológico y psicosocial de la memoria en la vida cotidiana de las participantes y desde su percepción subjetiva, lo cual presenta la dificultad metodológica de su amplitud. En ese sentido, el constructo teórico denominado memoria en el presente estudio ha quedado constituido por el conjunto de los recuerdos y olvidos que las personas construyen a lo largo de la vida.

Otra debilidad a señalar, es la propia de todo estudio cualitativo centrado en la percepción de los participantes, que no permite una generalización rápida de los resultados. Para ello sería necesario evaluar los resultados obtenidos en el presente estudio con otros diseños y metodologías, de ser posible con una triangulación metodológica cuali – cuantitativa que articulara los criterios de saturación teórica con los de validez estadística.

Una tercera limitación refiere a la muestra por conveniencia que limita el estudio a mujeres, por ser las participantes casi exclusivas del programa universitario de salud que da origen a esta investigación. En futuros estudios de profundización sobre el tema sería necesario incluir en los participantes a hombres y mujeres, analizando el componente de género.

Asimismo, el presente estudio presenta algunas fortalezas. A diferencia del enfoque habitual de los estudios sobre QSM y TMF que se realizan a partir de autoinformes estandarizados o pruebas de laboratorio que abordan un tema puntual, el presente se realizó desde la percepción de las participantes y desde la producción de sentidos de las mismas. En la búsqueda de investigaciones realizadas, no se han encontrado otros estudios que aborden estos temas desde esa perspectiva. Las únicas investigaciones realizadas desde un enfoque metodológico similar, son las que abordan el tema memoria como construcción discursiva y

social. Ninguna de ellas se refiere al problema puntual de la QSM o del TMF, ni a su perspectiva aplicada a la Salud Mental.

Si bien, como ya fue señalado, la metodología cualitativa presenta una serie de limitaciones, a su vez presenta varias fortalezas. Al estar su validez apoyada en la relación de las informaciones con la construcción de teoría, posiblemente una de las principales fortalezas sea que permite avanzar en un modelo explicativo. En este caso, permite avanzar en la comprensión de los componentes psicológicos y psicosociales subyacentes a las QSM y, por tanto, a este tipo de trastorno funcional de memoria en la vida cotidiana. Esto habilita la posibilidad de elaborar estrategias psicosociales y psicológicas de intervención desde una concepción de memoria compleja. A las ya clásicas intervenciones de entrenamiento cognitivo se debería agregar intervenciones tendientes a procesar psicológicamente las situaciones conflictivas no elaboradas y evitar la depositación de estos conflictos en el plano cognitivo. En ese sentido, el presente estudio es uno de los pocos que además de un nivel descriptivo de la situación, busca definir un modelo teórico global que permite visualizar algunos parámetros centrales para una estrategia de intervención psicoterapéutica, así como algunos aportes para la elaboración de políticas públicas. Esta estrategia debería ser probada en futuros estudios para evaluar su eficacia.

VII – CONCLUSIONES

El presente estudio se planteó cuatro objetivos, tendientes a analizar las relaciones entre las QSM de las participantes del PM con: la percepción subjetiva de la vejez (objetivo 1), su historia de vida e identidad (objetivo 2), las estrategias adaptativas y de expresión del deseo (objetivo 3), y con su proyecto de vida (objetivo 4). Los resultados dan cuenta de múltiples conexiones y relaciones de sentido entre la situación actual de QSM y las diferentes áreas exploradas en los cuatro objetivos. También apoyan las hipótesis iniciales respecto al desplazamiento de conflictos de la dimensión afectiva y vincular, a la dimensión cognitiva.

En un plano descriptivo, la QSM y el TMF implica varios componentes psicológicos y psicosociales:

- El comienzo del trastorno se encuentra relacionado a situaciones anteriores altamente estresantes que remiten principalmente a dos tipos de pérdidas: jubilación y enfermedad o muerte de seres queridos. Estas situaciones estresantes no han sido elaboradas psíquicamente por lo que mantienen su carga de sufrimiento psicológico.
- La percepción negativa de la vejez – donde existe una asimilación de la misma a una etapa donde sería “natural” la presencia de trastornos de memoria - y los conflictos psicoafectivos no elaborados de las participantes, facilitan la depositación de su sufrimiento psíquico en el plano cognitivo, constituyendo

un componente psicológico importante que, en la vida cotidiana y desde una perspectiva cognitiva, se expresa en fallas atencionales y dificultad de incorporar nueva información

- El modo de funcionamiento psicológico que aparece en la base de la QSM y del TMF tiene tres aspectos: a) reiteración de pensamientos vinculados a hechos estresantes y conflictivos, no elaborados psicológicamente, b) falta de motivación e interés por recordar; c) componentes de ansiedad como expresión de la angustia.

En un plano comprensivo, la QSM y el TMF aparecen vinculados a diferentes aspectos de la historia de vida, a la identidad y a las estrategias adaptativas y de expresión del deseo de las participantes:

- En las historias de vida de las participantes sobresalen dos aspectos: dependencia afectiva de la familia e independencia y autonomía social. Mientras el primero remite al plano psicoafectivo, vinculado a su autoestima y autonomía, el otro se expresa en un plano psicosocial, vinculado a una independencia y autonomía social, que ha estado también a lo largo de sus vidas.
- La independencia social y la dependencia afectiva forman parte de un conjunto de significaciones identitarias que se han influenciado mutuamente a lo largo

de la trayectoria vital de estas mujeres. En su conjunto, independencia social y dependencia afectiva producen determinadas estrategias de expresión de los deseos que perciben como habilitadas socialmente.

- En la vejez, la mayor vulnerabilidad orgánica y social facilitan que se construya una percepción negativa de la etapa vital actual, donde predomina una cotidianeidad en la que el tiempo diario tiene muchos momentos de tiempo vacío, que lleva a muchas de las participantes a una percepción de sentirse sola o como una sobreviviente, lo cual facilita la expresión del mecanismo psicológico de reiteración y desinterés.
- La vivencia subjetiva de soledad e insatisfacción vital de las participantes también se encuentra en la base de su dificultad para anticipar el futuro y construir un proyecto de vida, lo cual obstaculiza la integración subjetiva de una vivencia del tiempo como un proceso dinámico de cambio constante, dejando atrapado al deseo en un círculo repetitivo, sin futuro, que a su vez facilita el mecanismo de reiteración psíquica.
- Esta vivencia de tiempo vacío, la falta de motivación y de deseabilidad social que perciben las participantes, llevan a que se cierre un complejo proceso que facilita la depositación del sufrimiento psíquico - de viejos conflictos y afectos no elaborados - en la esfera cognitiva y que construyen el denominado cuadro de QSM y el TMF.

- Así, no es la falta de memoria lo construye el TMF, sino la falta de motivación para incorporar hechos nuevos y el continuo esfuerzo por olvidar conflictos no elaborados psicológicamente o el centrarse en recuerdos de un pasado idealizado.

En base a las anteriores conclusiones, una estrategia de intervención en este tema desde la Salud Mental, debería contemplar cuatro aspectos en un plano de intervención microsocioal:

- Disminuir los niveles de ansiedad y estrés, produciendo otro posicionamiento vital y otra confianza en sí mismo.
- El desarrollo de la reminiscencia en la modalidad del recuerdo, produciendo nuevas narrativas identitarias.
- Atender al tratamiento de los componentes emocionales puestos en juego en los mecanismos psicológicos de reiteración y falta de interés.
- Apoyar la elaboración de un proyecto de vida y un Yo futuro.

Asimismo, se deberían definir políticas públicas que:

- Contemplan el desarrollo de las anteriores estrategias
- Desde lo macro, apunten a transformar las imágenes negativas de la vejez, facilitando la integración social de la misma
- Aborden la problemática de la jubilación.

En síntesis, en la base de la construcción de la QSM y del TMF de las participantes, existe una depositación de un malestar y sufrimiento psicológico en el plano cognitivo, donde es percibido como socialmente habilitado de expresarse. Los mecanismos psicológicos de expresión del TMF se dan por reiteración de pensamientos que se pretenden olvidar y por una desmotivación general por incorporar nuevos hechos. La falta de motivación está dada por diferentes elementos de su historia de vida e identidad, que junto a una percepción actual de mayor vulnerabilidad social y una percepción negativa de la vejez, que llevan a una vivencia de soledad y tiempo vacío, no encontrando lugar para la necesidad generativa de sentirse útil y necesitada por otros. Desde esta perspectiva no existe una proyección de un Yo futuro y un proyecto de vida que oriente el deseo, quedando el mismo atrapado en un esquema repetitivo, que facilita la expresión del malestar psicológico en el plano cognitivo.

Así, en la QSM y en el TMF intervienen y se potencian dos lógicas diferentes: las lógicas del psiquismo y de las redes semánticas de producción de sentido de la mente, y las lógicas del Sistema Nervioso Central y de las redes neuronales del cerebro. Los mecanismos psicológicos de la memoria y el olvido se apoyan materialmente en determinadas funciones

bioquímicas y neurales, que son afectadas y transformadas continuamente y dialécticamente por las producciones psicológicas de sentido que realiza la persona, en función de sus estructuras cognitivas, su historia vital, sus aprendizajes, sus afectos y su relación con lo social, cultural e histórico. Así, la abstracción llamada memoria, pasa a ser un componente subjetivo clave en la conformación del psiquismo, relacionada con la identidad, el deseo y los proyectos vitales de cada sujeto.

Tanto en el lenguaje popular como en muchas conceptualizaciones científicas, se aborda a la memoria como sinónimo de recuerdo o de incorporar, procesar y recuperar informaciones en un sentido amplio. En función de los resultados del presente estudio, desde la perspectiva psicológica y de salud mental la memoria puede definirse como la dinámica subjetiva entre los recuerdos y los olvidos. Así, los recuerdos serían un aspecto de la memoria que interactúa con los olvidos. El motor de esta dinámica lo constituyen determinados procesos psicosociales y psicológicos de producción de significados y sentidos de las personas respecto a sí misma, vinculados a su identidad, a su historia, a su situación vital actual y a su proyecto de vida.

REFERENCIAS

- Acevedo de Mendilaharsu, S (1993) La memoria en Psicoanálisis. En: Dalmás F (1993) *La memoria desde la Neuropsicología*. (1ra. Ed.) (pp. 43 – 60) Montevideo: Roca Viva
- Acrich de Gutmann L (2008) La memoria autobiográfica. Un estudio en mujeres adultas mayores. *Perspectivas en Psicología*. 5 (2): 84-92.
- Acuña M y Risiga M (1997) *Talleres de activación cerebral y entrenamiento de la memoria*. (1ra. Ed.) Buenos Aires: Paidós
- Alves CM y Lopes, EJ (2007) Falsas memórias: questões teórico-metodológicas. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 17 (36): 45-56
- Allard J, Allaire D, Leclerc G & Langlois SP (1995) The influence of family and social relationships on the consumption of psychotropic drugs by the elderly *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 20 (2): 193-204
- Allegri RE, Taragano F, Feldman M, Harris P y Tagle C (2000) Relación entre las quejas subjetivas de memoria y el reporte familiar en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Actas Esp. Psiquiatr*. 28 (6): 373 – 378
- American Psychiatric Association (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales / DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Anderson MC, Ochsner KN, Kuhl B, Cooper J, Robertson E, Gabrieli SW, et. al. (2004) Neural systems underlying the suppression of unwanted memories. *Science*. 303 (5655): 232 - 235

- Antikainen R, Anin en T, Honkalampi K, Hintikka J, Koivumaa-Honkanen H, Tanskanen A & Heimo Viinam aki (2001) Mood improvement reduces memory complaints in depressed patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 251 (1): 6-11
- Arotce MR y Dodera P (2007) *Indicadores Psicoafectivos en el Test de la Figura Humana de K. Machover Aplicado en Adultos Mayores*. Informe de investigación no publicado. Montevideo: Universidad de la República, CSIC- Facultad de Psicología. Disponible en URL: www.investigacionenvejecimiento.psico.edu.uy (citado el 15 de dic. 2008).
- Aquino J , Russell DW, Cutrona CE & Altmaier EM (1996) Employment status, social support, and life satisfaction among the elderly *Journal of counseling psychology*. 43 (4): 480-489
- Artero S, Ancelin M, Portet F, Dupuy A, Berr C, Dartigues J et. al. (2008) Risk profiles for mild cognitive impairment and progression to dementia are gender specific *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 79: 979-984
- 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 se publicó en 1986 en francés)
- Baltes PB, Staudinger UM & Lindenberger U (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*. 50: 471-507.
- Barnes L, Schneider JA, Boyle PA, Bienias JL and Bennett DA (2006) Memory complaints are related to Alzheimer disease pathology in older persons *Neurology*. 67 (9):1581-1585

- Bauer J, Stadtmuller G, Qualmann J & Bauer H. (1995) Premorbid psychological processes in patients with Alzheimer's disease and in patients with vascular dementia. *Z Gerontol Geriatr.* 28 (3): 179-189
- Bauleo A y Alvano S (2004) *Avatares de la Clínica. Un proyecto de complementariedad entre neurociencia y psicoanálisis.* (1ra. Ed.) Bs. As.: Mediciencia
- Belsky J. (1996) *Psicología del envejecimiento.* (1ra. Ed. en castellano. B. Lianas Traduc.) Barcelona: Masson
- Bentancor, A (2009) *Estudio comparativo sobre la incidencia que la integración intergeneracional en centros educativos tiene respecto a la percepción del proceso de envejecimiento.* Montevideo: CSIC, Universidad de la República. Informe final de investigación no publicado. Disponible en URL: www.investigacionenvejecimiento.psico.edu.uy
- Berriel, F (2003) *Imagen del cuerpo, modelos y emblemas identificadorios en los adultos mayores.* Tesis de Maestría sin publicar. Mar del Plata: Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Berriel F, Leopold L y Pérez R (1998) Investigación: "Factores afectivos y vinculares en la enfermedad de Alzheimer". En: Universidad de la República, Facultad de Psicología, Unidad de Apoyo a la Investigación (1998). *Revista de Investigación*, 1 (1) Montevideo: Lapsus Ltda., pp. 73 – 82
- Berriel F, Paredes M y Pérez R (2006) “Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez”. En: López, A. (Coord., 2006) *Reproducción biológica y social*

- de la población uruguaya Tomo I Estudio Cualitativo. Cap. 1 (pp. 19 – 124).*
Montevideo: Trilce.
- Berriel F y Pérez Fernández R. (2002). Adultos Mayores Montevideanos: Imagen del cuerpo y red social. En: Universidad de la República. Facultad de Psicología (2002) *Revista Universitaria de Psicología. 2* (1): 25- 42
- Berriel F y Pérez Fernández R. (2006) Imagen del cuerpo y producción de sentidos. Estudio con adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores de la ciudad de Montevideo, Uruguay. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. 6* (23): 65 – 82
- Berriel F y Pérez Fernández R. (2007) *Alzheimer y Psicoterapia. Clínica e investigación.* (1ra. Ed.) Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Berrios GE, Markova IS & Giralá N. (2000) Functional memory complaints: hypochondria and disorganization. En: Berrios GE & Hodges JR (Editors, 2000) *Memory disorders in psychiatric practice* (pp. 384–99) Cambridge: Cambridge University Press,.
- Bleichmar, H (2008) *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas* (1ra. Ed., 1ra. reimpresión). Buenos Aires: Paidós (El trabajo original se publicó en 1997)
- Brainerd, CJ & Reyna, VF (1990). Gist is the grist: Fuzzy-trace theory and the new intuitionism. *Developmental Review, 10*: 3-47
- Breuer J & Freud S (1991) Estudios sobre la histeria. En: *Obras Completas*. Vol. II (1ra. Ed., 4ta. reimpresión. J. Etcheverry Traduc.). Bs. As.: Amorrortu (El trabajo original se publicó en 1893 en alemán)

- Bruner JS (1991) *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva* (1ra. Ed. J. Gómez y J. Linaza Traduc.). Madrid: Alianza
- Calderón Gómez, C (2009) Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 10(2). Disponible en URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902178> (citado el 13 de junio de 2009)
- Calero García MD, Navarro González E, Gómez Ceballos L, López A, Torres-Carbonell I y Calero García MJ (2008) Olvidos y memoria: relaciones entre memoria objetiva y subjetiva en la vejez *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 43(5): 299-307
- Cammarota M, Bevilaqua L, Vianna M, Medina J & Izquierdo I (2007) The extinction of conditioned fear: structural and molecular basis and therapeutic use *Rev. Bras. Psiquiatr.* 29 (1): 80-85 [serial on the Internet]. 2007 Mar [cited 2009 Jan 02] ; . Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000100019&lng=en.
- Carbajal, M (2007) Programa Psicosocial de Prevención de los Trastornos de Memoria PPPTM. Peculiaridades de una intervención. En: Universidad de la República (2007) *Envejecimiento, Memoria Colectiva y Construcción de Futuro. Memorias del II Congreso Iberoamericano y I Congreso Uruguayo de Psicogerontología* (pp. 349 – 354) Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Carvalho I (2008) *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e formas de uso* (1ra. Ed., 1ra. reimpresión). Parede, Portugal: Principia. (El trabajo original se publicó en el año 2006)

- Carey MA (2003) El efecto del grupo en los grupos focales: planear, ejecutar e interpretar la investigación con grupos focales. En: Morse JM (Edit., 2003) *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. (1ra. Ed. en castellano) (pp. 262 – 280) Medellín: Editora Universidad de Antioquia
- Castoriadis, C (1987) *La institución imaginaria de la sociedad* (Vol. 1. 1ra. Ed. en castellano). Barcelona: Tusquets. (El trabajo original se publicó en 1975 en francés)
- Catullo D (2004) *Demências. Clínica Psicanalítica*. (1ra. Ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo. Tesis Doctoral
- CEPAL (2000) *Cómo envejecen los uruguayos*. Montevideo: CEPAL
- Cianciarullo Minett TS, Vieira Da Silva R, Zazo Ortiz K & Ferreira Bertolucci PH (2008) Subjective memory complaints in an elderly sample: a cross-sectional study *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 23: 49–54.
- Conde Sala JL (2001) *Factores de riesgo y personalidad premórbida en la Enfermedad de Alzheimer*. Tesis Doctoral no publicada Barcelona: Universidad de Barcelona
- Crooks V, Lubben J, Petitti D, Little D & Chiu V (2008) Social Network, Cognitive Function, and Dementia Incidence Among Elderly Women. *American Journal of Public Health* 98 (7): 1221-1227
- Crook T, Bartus RT, Ferris SH, Whitehouse P & Gershon S (1986) Age associated memory impairment: proposed diagnostic criteria and measures of clinical change. Report of a National Institute of Mental Health Work Group. *Dev Neuropsychol*. 2: 261–276
- Costa-Mattioli M, Gobert D, Harding H, Herdy B, Azzi M, Bruno M. et al (2005) Translational control of hippocampal synaptic plasticity and memory by the eIF2 α kinase GCN2. *Nature*. 436:1166–117

- Cummings E and Henry W (1961) *Growing old: the process of disengagement*. New York, Basic Books Inc. Pub
- Chertkow H, Massoud F, Nasreddine Z, Belleville S, Joanette Y, Bocti C et. al. (2008) Diagnosis and treatment of dementia: 3. mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia *Canadian Medical Association Journal*. 178 (10):1273-85.
- Dalmás F (1993) *La memoria desde la Neuropsicología*. (1ra. Ed.) Montevideo: Roca Viva
- De Beauvoir S (1970) *La Vejez*. (1ra. Ed. en castellano. A. Bernárdez Traduc.). Bs. As.: Sudamericana (El trabajo original se publicó en francés)
- Deleuze, G. y Guattari F.(1985) *El Anti - Edipo. Capitalismo y esquizofrenia*. (1ra. Ed. en castellano. F. Monge Traduc.). Barcelona: Paidós. (El trabajo original se publicó en 1972 en francés)
- Derouesne C., Rapin JR & Lacomblez L. (2004) Memory complaints in 200 subjects meeting the diagnostic criteria for age-associated memory impairment: psychoaffective and cognitive correlates. *Psychol. Neuropsychiatr. Vieil*. 2 (1): 67-74.
- Díaz Mardomingo MC y Peraita Adrados H (2008) Detección precoz del deterioro cognitivo ligero de la tercera edad. *Psicothema*. 20 (3): 438-444
- Donoso A, Venegas P, y Villarroel C. (2001) Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer inicial en adultos mayores. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr*. 39 (3): 231-238.
- Duarte de Moraes JF, Bidone de Azevedo & Souza V (2005) Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre *Rev Bras Psiquiatr*. 27(4): 302-8

- Dubois B & Albert M (2004) Amnestic MCI or prodromal Alzheimer's disease? *The Lancet Neurology*. 3 (4): 246-248
- Duchek, J, Balota, D., Storandt, M & Larsen R (2007) The Power of Personality in Discriminating Between Healthy Aging and Early-Stage Alzheimer's Disease *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 62 (6): 353– 361
- Erickson E (1974). *Identidad, juventud y crisis*. Bs. As.: Paidós
- Escobar A y Gómez González B (2006) Estrés y Memoria *Rev. Mex. Neuroci.* 7 (1): 8-14
- Fernández - Ballesteros R. (1996). *Psicología del Envejecimiento: crecimiento y declive. Lección inaugural del curso académico 1996-1997*. (1ra. Ed.) Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Freud S (1991) Más allá del principio de placer; En: *Obras Completas*. Vol. XVIII, (1ra. Edición en castellano, 4ta. Reimpresión. J. Etcheverry Traduc.). Bs. As.: Amorrortu. (El trabajo original se publicó en 1920 en alemán)
- Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. (1ra. Ed.) Bs. As.: Paidós
- García, D. (1997) *El grupo. Métodos y técnicas participativas*. (1ra. Ed.) Bs. As.: Espacio
- Garibotto V, Borrón B, Kalbe E, Herholz K, Salmon E, Holtoff V et. al. (2008) Education and occupation as proxies for reserve in a MCI converters and AD. FDG-PET evidence . *Neurology*. 71(17):1342-1349
- Geerlings MI, Jonker C, Bouter LM, Adèr HJ, & Schmand B (1999) Association between memory complaints and incident Alzheimer's disease in elderly people with normal baseline cognition *Am J Psychiatry*. 156:531-537,

- Glaser B & Strauss A (1967) *The discover of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine
- Glodzik-Sobanska L, Reisberg B, De Santi S, Babb J, Pirraglia E, Rich K et. al. (2007) Subjective memory complaints: presence, severity and future outcome in normal older subjects *Dement Geriatr Cogn Disord*. 24 (3):177-184
- Golden J, Conroy R, Bruce I, Denihan A, Greene E, Kirby M & Lawlor B (2009) Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 24 (7): 694 – 700
- González Rey, F. (2000) *Investigación cualitativa en Psicología. Rumbos y desafíos*. México: Thomson.
- González Rey, F. (2000, b) El lugar de las emociones en la constitución social de lo psíquico: El aporte de Vigotski. *Educação & Sociedade*. XXI (70):132 - 148
- Gutchess A, Yoon C, Luo L, Feinberg F, Hedden T, Jing Q, Nisbett R & Park D Categorical organization in free recall across culture and age. *Gerontology* . 52 (5): 314-323
- Hänninen T, Reinikainen KJ, Helkala EL, Koivisto K, Mykkänen L, Laakso M, et. al. (1994) Subjective memory complaints and personality traits in normal elderly subjects. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42 (1):1-4
- Halbwachs M (1994) *Les cadres sociaux de la mémoire*. Paris: Albin Michel. (El trabajo original se publicó en 1925)
- Hall CB, Derby C, LeValley A, Katz MJ, Verghese J & Lipton RB (2007) Education delays accelerated decline on a memory test in persons who develop dementia *Neurology*. 69 (17):1657-1664.

- Huenchuan S (Edit., 2009) *Envejecimiento, Derechos Humanos y Políticas Públicas* (1ra. Ed.) Santiago de Chile: CEPAL
- Jones D, Manzelli H y Pecheny M (2004) La teoría fundamentada: su aplicación en una investigación sobre la vida cotidiana con VIH/Sida y con hepatitis C. En: Kornblit AM (Coord., 2004) *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. (1ra. Ed.) (pp. 47 – 76). Bs. As.: Biblos,
- Kabanchik, A. (1996) *Factores Psicológicos Asociados a la Aparición de las Demencias Degenerativas Primarias*. Tesis Doctoral no publicada. Bs. As.: UBA
- Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF & Glaser R. (2002) Emotions, morbidity and mortality: New perspective from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*. 53: 80-107
- Lehr, U. (1988) *Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. (2da. Ed. en castellano. A. Guera Traduc.). Barcelona: Herder.
- Lescano R (2003) *Sistema límbico, emoción y clínica*. II Congreso Internacional de Neuropsicología en internet. May 2003 (6 pantallas), citado en nov.. 2008. Disponible en URL: <http://www.serviciodc.com/congreso/congress/pass/conferences/Lescano.html>
- Levy R. (1994) Aging-associated cognitive decline. *Int Psychogeriatr*. 6 (1): 63–68
- Lieury A (1985) *La Memoria. Resultados y teorías*. (2da. Ed. en castellano. R. Olives Traduc.). Barcelona: Herder. (El trabajo original se publicó en 1975 en francés)
- Lindenberger U & Baltes PB (1997). Intellectual functioning in old and very old age: cross-sectional results from the Berlin aging study. *Psychology and Aging* 12 (3): 410-432
- Lopera F (2004) Evolución y cognición *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* 6 (1): 27-34

- Lorenzo Otero J y Fontán Scheitler J (2003) Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de deterioro cognitivo leve. *Rev Med Uruguay* 19: 4-13
- Luo L & Craik F (2008) Aging and memory: a cognitive approach. *The Canadian Journal of Psychiatry* 53 (6): 346–353
- Luszcz, M (2006) Introduction Back to Nurture: Cross-Cultural Research as a Paradigm for Understanding Bio-Cultural Dynamics of Cognitive Ageing *Gerontology* 52 (5): 290-294
- Malinchoc M, Rocca WA, Coligan RC, Offord KF & Kokmen E. (1997) Premorbid personality characteristics in Alzheimer's disease: An exploratory case - control study. *Behavioral-Neurology* 10 (4): 117-120.
- Márquez-González M, Izal Fernández M, Montorio Cerrato I y Losada Baltar A (2008) Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema* 20 (4): 616-622
- Mas Tous, C (2008) *Evolución de las diferencias de género en el dominio cognitivo: expectativas, atribuciones y rendimiento en el dominio de la memoria verbal*. Palma de Mallorca: Universidad de Islas Baleares. Tesis doctoral no publicada.
- Medina, J. (2008) Nuevos desarrollos en el enfoque neurocientífico de la memoria. *Aperturas Psicoanalíticas*, Abril 2008, N° 28. Disponible en URL: <http://www.aperturas.org/revistas.php?n=028> (citado en marzo de 2009)
- Menéndez González M, García Fernández C, Antón González C, Calatayud MT, González González S y Blázquez Ménes B (2005) Pérdida de memoria como motivo de consulta. *Neurología* 20 (8): 390 – 394

- Metternich B, Schmidtke K & Hüll M (2009) How are memory complaints in functional memory disorder related to measures of affect, metamemory and cognition? *Journal of Psychosomatic Research* 66 (5) 435 – 444
- Middleton D. & Edwards D (Coord., 1992) *Memoria compartida. La naturaleza social del recuerdo y el olvido*. (1ra. Ed. en castellano. L. Botella Traduc.). Barcelona: Paidós
- Moreno A, Montañés P, Cano C, Plata S y Gámez A (2005) Comparación de perfiles neuropsicológicos del viejo-joven y el viejo-viejo: envejecimiento normal y enfermedad de Alzheimer. *Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr.* 19 (2): 776- 796
- Morgado I (2005) Psicobiología del aprendizaje y la memoria: fundamentos y avances recientes *Rev. Neurol.* 40 (5): 289-297
- Mulet B, Sánchez-Casas R, Arrufat MT, Figuera L, Labad A y Rosich M (2005) Deterioro Cognitivo Ligeramente anterior a la Enfermedad de Alzheimer: tipologías y evolución *Psicothema* 17 (2): 250-256
- Navarro González E (2004) *La plasticidad cognitiva en la vejez*. Granada: Facultad de Psicología, Universidad de Granada. Tesis doctoral no publicada.
- Ochoa S, Aragón L y Caicedo AM (2005) Memoria y metamemoria en adultos mayores: estado de la cuestión. *Acta Colombiana de Psicología* (14): 19-32
- ONU (2002) Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En: *Sesenta y más. N° 2*. Madrid: IMSERSO
- Pearman A & Storandt M (2004) Predictors of subjective memory in older adults *J. Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 59 (1): 4 - 6.

- Pearman A & Storandt M (2005) Self-discipline and self-consciousness predict subjective memory in older adults. *J. Gerontol. B Psychol. Sci Soc.* 60 (3): 153- 157.
- Pérez Fernández, R. (2004) *Programa Psicosocial de Prevención de los Trastornos de Memoria del SPV*. Ficha de estudio no publicada. Mat. mim. Montevideo: Facultad de Psicología, 20 pp.
- Pérez Fernández, R. (2007) La construcción psicosocial de las imágenes del cuerpo en el proceso de envejecimiento. En: *Cuerpo y subjetividad en la sociedad contemporánea*. (1ra. Ed.) (pp. 64 – 75) Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Kokmen E. & Tangelos EG (1997). Aging, memory and mild cognitive impairment. *Internacional Psychogeriatrics* 9: 65-69.
- Piaget J & Inhelder B (1972) *Psicología del niño* (1ra. Ed. en castellano. L. Hernández Traduc.). Madrid: Morata
- Pichón Rivière, E. (1975) *El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social*. (1ra. Ed.) Bs. As.: Nueva Visión (El trabajo original se publicó en 1971)
- Ricoeur P (2004) *La memoria, la historia, el olvido* (1ra. Ed. en castellano. A. Neira Traduc.) Buenos Aires: F.C.E. (El trabajo original se publicó en el 2000 en francés)
- Ritchie K, Artero S, and Touchon, J. (2001). Classification criteria for mild cognitive impairment. A population-based validation study. *Neurology*. 56 (1): 37-42
- Rodríguez González A. (1998) *Estudio descriptivo y experimental sobre la influencia psicológica de la dinamización socio – cultural de ocio y el tiempo libre en la tercera edad*. Donosita: Gizartekintza. Tesis Doctoral, versión castellano.
- Rodríguez Nebot J (2004) *Cínica móvil: el socioanálisis y la red*. Montevideo: Psicolibros

- Rodríguez Ruiz O (2005) La Triangulación como Estrategia de Investigación en Ciencias Sociales. *Revista electrónica MADRI + D.* setiembre 2005, 31, disponible en URL: <http://www.madrimasd.org/revista/revista31/tribuna/tribuna2.asp#ref4> [citado el 5 de abril de 2009]
- Rojo Pantoja, A (2006) *El concepto “disociación” en el fin-desiècle: P. Janet y S. Freud.* Tesis doctoral no publicada. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina
- Román F y Sánchez JP (1998) Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología* 14 (1): 27-43
- Ruiz J e Ispizua M. (1989) *La decodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa.* Bilbao: Universidad de Deusto
- Ruiz- Vargas JM (1991) *Psicología de la Memoria.* (1ra. Edición) Madrid: Alianza
- Sánchez L.M., Rubano M.C., García J.D., Cantero C.R., Gárate, L.M y Florentín B.R. (2007) Factores de comportamiento y déficit sensoriales identificatorios como predictores de la demencia tipo Alzheimer. *Rev. Neurol.* 44 (4): 198-202
- Sánchez Palacios, C (2004) *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas.* Tesis doctoral no publicada. Málaga: Universidad de Málaga Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.
- Samaja, J. (1993) *Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica.* Bs. As.: EUDEBA
- Salvarezza L. (1988). *Psicogeriatría. Teoría y clínica.* (1ra. Ed.) Bs. As. : Paidós

- Sawaia B (Org., 2004) *As artimanhas da exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 5ª Edição. Petrópolis: Vozes (El trabajo original se publicó en 1999)
- Sluzki, L. (1996) *La red social. Frontera de la práctica sistémica*. (1ra. Ed.) Barcelona: Gedisa
- Soneira AJ (2007) La “Teoría Fundamentada en los datos (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En: Vasilachis de Gialdino I (Coord.) *Estrategias de investigación cualitativa*. (1ra. Ed., 1ra. reimpresión) (pp. 153-173). Bs. As.: Gedisa
- Spencer WD & Raz N (1995) Differential effects of aging on memory for content and context: a meta-analysis. *Psychol Aging* 10: 527–539.
- Stern PN (2003) Erosionar la Teoría Fundamentada. En: Morse JM (Edit.) *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. (1ra. Ed. en castellano) (pp. 246 - 259). Medellín: Editora Universidad de Antioquia,
- Tamer NL (2008) La perspectiva de la longevidad: un tema para re-pensar y actuar. *Revista Argentina de Sociología* 6 (10): 91-110
- Téllez López A (Coord., 2005) *Atención, aprendizaje y memoria. Aspectos psicobiológicos*. (2da. Ed.) México: Trillas
- Triadó C y Villar F (Coord., 2006) *Psicología de la vejez* (1ra. Ed.) Madrid: Alianza
- Urrutia A, Cornachione M, Moisset G, Ferragut L y Guzmán E (2009) El desarrollo cumbre de la generatividad en adultas mayores: aspectos centrales en su narrativa vital. *Forum: Qualitative Social Research* 10 (3), Art. 1. Disponible en URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs090>

- Vasilachis de Gialdino I (2007) La investigación cualitativa. En: *Estrategias de investigación cualitativa*. (1ra. Ed., 1ra. reimpresión) (pp. 23 – 64). Bs. As.: Gedisa
- Vázquez, F (2001) *La memoria como acción social. Relaciones, significados e imaginario*. (1ra. Ed.) Barcelona: Paidós
- Vázquez, N (2003) *La enfermedad de Alzheimer a través del psicodiagnóstico de Rorschach*. Tesis Doctoral no publicada. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Vera, P y otros (1985) Situación social del colectivo de edad 50-65 años en el Municipio de Alcobendas, informe No.3; Madrid, Material mimeografiado.
- Villar Posada F (1998) (Re) construcción estratégica del significado del propio envejecimiento en personas mayores *Revista Electrónica Tiempo* 1
Recuperado en octubre de 2009. Disponible en URL: www.psicomundo.com/tiempo
- Wang HX, Karp A, Herlitz A, Crowe M, Kåreholt I, Winblad B and Fratiglioni L (2009) Personality and lifestyle in relation to dementia incidence *Neurology* 72 (3): 253-259
- Yanguas JJ (2006) *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. (1ra. Ed.) Madrid: IMSERSO
- Yen JC, Yang MJ, Shih CH & Lung FW (2004) Cognitive impairment and associated risk factors among aged community members *International Journal of Geriatric Psychiatry* 19 (6):564 - 569.
- Yuni, J y Urbano, C (2005) *La educación de los adultos mayores. Teoría, investigación e intervenciones*. (1ra. Ed.) Córdoba, Argentina: Ed. Brujas.

Zarebski G (2005) *El curso de la vida. Trabajo psíquico anticipado acerca de la propia vejez.*

(1ra. Edición) Bs. As.: Universidad Maimónides. Tesis doctoral

Zerda, M (2004) Envejecer en clandestinidad cultural. Reflexiones sobre una psicogerontología de los pueblos indígenas. *Revista de Psicogerontología Tiempo*

(revista electrónica) octubre de 2004 (citado en diciembre de 2008), (15): Disponible en

URL: <http://www.psicomundo.com/tiempo/tiempo15/>