



Universidad de la República
Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Monografía

*“La función de la memoria: fronteras
entre el envejecimiento cognitivo y la
Enfermedad de Alzheimer”*

Tutor: Prof. Adj. Mag Lourdes Salvo Sosa

Antonella Paz 4.413.220-9

Montevideo, Julio de 2015.

Resumen

En el presente trabajo se detallan algunos aspectos del envejecimiento, luego se exponen las características fundamentales de la memoria, así como también se hace hincapié en las alteraciones de la función mnésica durante el proceso de envejecimiento y en el Alzheimer.

Revisamos el concepto de Enfermedad de Alzheimer, los aspectos evolutivos, sus síntomas cognitivos y las repercusiones de la enfermedad en la familia. También se presentan algunas consideraciones diagnósticas y de evaluación en el Alzheimer.

Luego se realiza una breve reseña histórica del concepto de Deterioro cognitivo, teniendo en cuenta el grado de controversias que ha causado. Se exponen diferentes estudios sobre qué tipo de deterioro es el más frecuente, así como también estudios que muestran evolución a demencia.

Finalmente identificar y estudiar los aspectos antes mencionados, nos ayudará a pensar las posibles líneas de acción para abordar los cambios mnésicos durante el proceso de envejecimiento y sus particularidades en la enfermedad de Alzheimer.

Palabras clave: Envejecimiento, Memoria, Enfermedad de Alzheimer.

Indice

Resumen.....	2
Introducción.....	4
¿Qué entendemos por envejecimiento?.....	6
La memoria en el envejecimiento.....	8
Enfermedad de Alzheimer.....	12
Síntomas cognitivos en la enfermedad de Alzheimer.....	14
Repercusiones de la enfermedad de Alzheimer en la familia.....	16
Consideraciones diagnósticas y evaluación en el Alzheimer.....	18
Deterioro cognitivo en el envejecimiento.....	23
Algunas conclusiones.....	26
Referencias.....	28

Introducción

En los últimos años el envejecimiento poblacional se ha transformado en la mayor tendencia demográfica de varios países del mundo. Este motivo explica la gran cantidad de trabajos realizados sobre el envejecimiento y las personas adultas mayores.

El proceso de envejecimiento de la población no escapa a nuestro país, dicha situación se vincula a ciertos aspectos presentes en nuestra región, como la baja natalidad, baja mortalidad y alta esperanza de vida. El rasgo de la feminización en el envejecimiento es otra característica de nuestro país, en relación a la esperanza de vida se estima que las mujeres vivan hasta los 80 años y los hombres hasta los 73 años aproximadamente (Berriel, Pérez y Rodríguez, 2011).

A partir del censo 2011 podemos obtener datos interesantes en lo que respecta al vínculo entre los adultos mayores y el mercado laboral. La gran mayoría de las personas adultas mayores se encuentran inactivas laboralmente, si nos remitimos a la variable sexo, ésta marca una clara diferencia en cuanto al número de activos, los hombres ocupan el 20%, mientras que las mujeres menos del 10% (Thevenet, 2013).

Cabe agregar que esta nueva realidad demográfica, provoca la coexistencia de varias generaciones, lo dicho anteriormente nos lleva a pensar y repensar las inequidades intergeneracionales, es decir el acceso a las oportunidades y los recursos públicos destinados a cada franja etaria. Si bien la esperanza de vida se ha ido incrementando en los últimos años, nuestro país deberá brindar a los adultos mayores las condiciones necesarias para tener una buena calidad de vida, especialmente cuando se retiran del mercado laboral. A su vez el aumento de la esperanza de vida implicará mayores riesgos de desarrollar alguna enfermedad neurodegenerativa.

El presente trabajo tendrá como pilar la conceptualización de la función mnésica y sus alteraciones en el envejecimiento y en la Enfermedad de Alzheimer, debido a que es la demencia con mayor prevalencia. De esta manera intentaremos visualizar esa frontera para poder intervenir en ella.

Según un estudio realizado en Perú, la prevalencia de demencia es de 6.85% en personas mayores de 65 años, sin embargo gran parte de los adultos mayores atraviesan la etapa denominada pre-demencia sin diagnóstico alguno. Algunos autores proponen el concepto de “Deterioro cognitivo leve” para referirse a la declinación

cognitiva que no afecta el funcionamiento de la vida diaria (Custodio, Herrera, Lira, Montesinos, Linares y Bendezú, 2012).

Los autores antes citados agregan que “no existe un evento fijo que determine el punto de inicio de la fase asintomática a la fase sintomática de la pre-demencia o de la fase pre-sintomática al inicio de la demencia” (Custodio et al., 2012, p. 321).

Las alteraciones de la memoria son habituales en el envejecimiento, así como también pueden ser el primer síntoma de una demencia. Dado que las quejas de memoria no poseen una significación única, lo cual puede aludir a un gran espectro de posibilidades, nos interesa pensar cuando hablamos de un declive de la función mnésica asociado a la edad o cuando se refiere a un inicio de cuadro demencial tipo Alzheimer (DTA).

¿Que entendemos por envejecimiento?

Antes de adentrarnos en la función mnésica y su funcionamiento en el envejecimiento, creemos imprescindible definir éste último. Podemos decir que una de las concepciones más populares define al envejecer como el acto de durar o permanecer por mucho más tiempo (RAE, 2001). Esta concepción un poco simplista, refiere al aspecto cronológico. En cambio Fernández- Ballesteros (2004) expresa que “la vejez es un estado de la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo de la vida” (p.1).

Por tanto, el envejecimiento es un proceso inevitable para el ser humano, algunos autores lo relacionan con la noción de cambio de las diferentes funciones cognitivas, lo cual es traducido cómo pérdida, sin embargo desde la neuropsicología los cambios no se identifican solamente cómo pérdida, sino también a aquellas funciones cognitivas que pueden mejorar con la edad (Bruna, Roig, Puyuelo, Junque, y Ruano, 2011).

En relación al envejecimiento mundial, los datos aportados por la OMS son sorprendentes, entre el 2000 y el 2050 la proporción de personas mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. Si bien hay un aumento de la esperanza de vida, los adultos mayores corren el riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno mental. La demencia y la depresión constituyen los trastornos mentales más frecuentes en esta población (OMS, 2013).

En el envejecimiento se producen cambios en las funciones cognitivas, las personas presentan dificultad en la codificación, retención y evocación de información nueva, así como también una disminución en la velocidad de procesamiento. Es así que varios autores mencionan un cierto declive cognitivo en la vejez, caracterizados por déficits de memoria lo cual lo describen como algo esperable y normal.

A grandes rasgos, en el envejecimiento se afecta más la memoria a largo plazo que la memoria a corto plazo, con excepción de la memoria de trabajo. Con respecto a otras funciones cognitivas, podemos decir que la habilidad de focalizar la atención y llevar a cabo una tarea simple, llamada atención sostenida se mantiene con un buen desempeño en los adultos mayores. En relación al lenguaje, esta población se caracteriza por producir definiciones más largas, empleando explicaciones y descripciones con mayor número de palabras, en comparación a los jóvenes. En habilidades espaciales los adultos mayores presentan dificultades en la visualización

de un patrón complejo, luego de ver sus partes. Por último las funciones ejecutivas, encargadas de la organización, planificación, comenzarían a declinar levemente en el envejecimiento (Custodio et al., 2012).

Fernández Ballesteros (2004) plantea que generalmente se asocia a la vejez con la edad de jubilación, lo cual implicaría pérdida, declive y deterioro; ésta perspectiva un poco reduccionista se remite a ciertos modelos biomédicos que entienden que en esta etapa los sistemas biológicos pierden eficiencia.

La autora cuestiona éste pensamiento, afirma que desde una perspectiva psicológica el desarrollo humano se prolonga mientras se realicen transacciones entre el individuo y el medio. Cabe agregar, que algunos factores psicológicos experimentarían declive o deterioro y otros experimentarían cambio positivo o desarrollo, esto significa que a lo largo de todo el ciclo vital habrá pérdidas y ganancias.

Siguiendo con la autora, cabe diferenciar el declive del deterioro, mientras el primero refiere a aquellos cambios que suceden con probabilidad al envejecer, el segundo implica cambios patológicos que con frecuencia son producidos por una enfermedad. Por lo tanto, el declive puede abarcar un gran espectro, ya que dependerá de la función afectada y de qué sistema lo sustente. Por ejemplo si se trata de una función auditiva, cuya base es altamente biológica con seguridad tiende a declinar, pero si se trata de otros procesos como los afectivos, la declinación no tendría que presentarse. Cabe agregar que en algunas funciones no solo habrá posibilidad de declinación, sino también de estabilidad o incluso un incremento.

Con respecto a la inteligencia Fernández Ballesteros (2004) afirma que se refiere al producto entre los factores biológicos y el ambiente, es decir la capacidad de adaptación del individuo al medio. La inteligencia biológica, también denominada fluida la cual integra a la velocidad perceptiva, la fluidez verbal y el razonamiento tendrán su desarrollo en las primeras etapas de la vida, para luego declinar. En cambio, la inteligencia cultural que comprende a la información, vocabulario, comprensión; una vez alcanzada cierta meseta se mantienen estable o puede incrementarse hasta edades avanzadas.

Si bien en la vejez las personas transitan diferentes situaciones conflictivas, por ejemplo la pérdida de seres queridos, la jubilación, la marcha de los hijos, así como también enfermedades crónicas, ello no significa que los adultos mayores no tengan

felicidad o bienestar. Es decir existe evidencia de que la edad no es una variable determinante de estas expresiones. Diversos estudios demuestran que en esta etapa de la vida, las personas experimentan emociones con la misma intensidad, también se plantea que a partir de los 60 años las personas comenzarían a disminuir aquellas emociones negativas, como la tristeza, la frustración. Por tanto un aspecto a resaltar en esta población es que existe una mayor maduración afectiva (Fernández Ballesteros, 2004).

La memoria en el envejecimiento

Si bien en la vejez la persona atraviesa ciertas alteraciones en las diferentes funciones cognitivas, por ejemplo en la atención, memoria, funciones ejecutivas, lenguaje, es la función mnésica la que mayor interés ha generado. La memoria constituye la queja más frecuente en el adulto mayor y su presencia podría estar indicando el inicio de algún trastorno demencial, así como también puede formar parte del envejecimiento mismo. A lo largo de la historia, diversos autores han intentado definir la memoria desde diferentes perspectivas. Leopoldo Salvarezza (1998) expresa:

La memoria es central en el conocimiento del pasado, la interpretación del presente y la predicción del futuro. Sin duda, la memoria es nuestro más preciado bien. Determina nuestra identidad, nuestra percepción e interacción con los demás y está en la base de respuestas motoras fundamentales, como caminar, hasta en actos intelectuales complejos. La ausencia de memoria, o aun un leve déficit, interfiere en múltiples aspectos de la vida personal y profesional. Es tan automática y abarca tantos aspectos que no consideramos la magnitud y la importancia que tiene. Guía nuestro desempeño, modela nuestra conducta y moldea nuestra personalidad (p.279).

El neurólogo Dalmás (1993) describe a la memoria como una función que hace referencia a diferentes formas de recordar. Para Luria la memoria es un complejo sistema funcional, el cual se desarrolla en eslabones sucesivos, organizada por diferentes niveles (Dalmás, 1993). Múltiples estudios refieren la existencia de varios sistemas o almacenes de memoria, los cuales no todos se ven afectados de la misma manera con el paso de los años. Por este motivo creemos necesario plantear que sucede con la memoria en el envejecimiento y que alteraciones presenta en la enfermedad de Alzheimer.

Como dijimos anteriormente existen diferentes almacenes de memoria, en los cuales la información es procesada, codificada, para su posterior utilización. En un

inicio se propuso la distinción entre memoria a corto plazo (MCP) y memoria a largo plazo (MLP).

La memoria a corto plazo se caracteriza por tener una capacidad limitada, así como también retiene la información por un período breve, siendo altamente sensible a la interferencia. En cambio, otros recuerdos se irán consolidando con el paso del tiempo, dando lugar a la memoria a largo plazo, es decir una parte de la información será procesada y almacenada para ser utilizada en el futuro. De esta manera la MLP constituye el registro de nuestras experiencias, habilidades y conocimientos. A diferencia de la MCP, la MLP es de duración ilimitada, algunos recuerdos se modificarán con el paso del tiempo, otros en cambio, se consolidarán. También presenta una capacidad ilimitada, siendo más resistente a la interferencia.

La memoria de trabajo (MT) forma parte de MCP, el término fue propuesto por Baddeley, la misma se relaciona con la capacidad de realizar determinada tarea, que requiere de la retención de cierta información, mientras se lleva a cabo otra tarea de procesamiento, por ejemplo, comprender lo que vamos leyendo (Fernández-Ballesteros, 2009). Por lo tanto podemos decir que la MT tiene una capacidad limitada y puede almacenar temporalmente determinada información proveniente de diferentes tareas cognitivas.

Algunas investigaciones sobre la MT demuestran que existe cierto deterioro de la misma a partir de los 70 años, aunque algunos autores explican que se debe a un deterioro más general de todas las funciones cognitivas. En un estudio realizado por Dobbs y Rule citado por Fernández Ballesteros (2009) se observaron diferencias en la memoria de trabajo relacionadas a la edad, los autores plantean que esta situación puede ser explicada no por un déficit específico de memoria, sino más bien por una declinación en la velocidad de procesamiento.

Otros autores, plantean que las dificultades en ésta memoria, radica en que los adultos mayores se centran en el procesamiento y no en el almacenamiento de la información. Estas investigaciones nos demuestran que en el envejecimiento, las alteraciones en la memoria de trabajo se deben a una redistribución de recursos y a la manera en como los adultos mayores se adaptan a la tarea, más que a un déficit de memoria (Fernández-Ballesteros, 2009).

Por último y en relación a la MLP, existe una memoria que puede ser declarada, explicitada (memoria explícita o declarativa) y una memoria de aprendizaje

de procedimientos y habilidades motoras, las cuales no requieren de esfuerzo consciente para ser recuperadas (memoria implícita o procedural). Dentro de la memoria declarativa, se distingue la memoria episódica y la memoria semántica.

La memoria episódica, refiere básicamente a la memoria autobiográfica. Está constituida por nuestras experiencias personales, es decir aquellos eventos que nos ocurrieron en un tiempo y lugar determinado. En otras palabras, se accede a estos recuerdos utilizando información contextual sobre cómo y cuándo ocurrieron. Mientras que la memoria semántica, contiene aquellos recuerdos adquiridos sin conciencia, que carecen de contexto y que no pertenecen a nosotros exclusivamente, sino que son compartidos, por ejemplo el significado de las palabras, por lo tanto por ser compartidos no influyen directamente en nuestra identidad, como si sucede con los recuerdos de la memoria episódica.

Según la literatura consultada, los problemas en la MLP están relacionados a la recuperación de la información y no tanto al reconocimiento. Algunos autores consideran que los recuerdos pertenecientes a la memoria episódica y a la memoria semántica son los que aparecen más afectados en el envejecimiento. Sin embargo otros sostienen que la memoria semántica parece mostrar pocas variaciones en el envejecimiento. En cambio, otros plantean que pueden existir dificultades en la memoria semántica, más precisamente en la denominación y definición de palabras, agregando que esto sucede con mayor frecuencia en personas mayores de 80 años (Calero García et al., 2008).

Por lo tanto, podemos pensar que las dificultades que aparecen en la memoria episódica o semántica en el envejecimiento se relacionan a la recuperación de la información, es decir a la autoiniciación, por este motivo las pistas pueden resultar beneficiosas para facilitar el recuerdo. Ballesteros (2009) agrega que dentro de la memoria a largo plazo, la memoria implícita es la que presenta menos alteraciones en el envejecimiento, en otras palabras, es la que permanece relativamente estable a lo largo de todo el ciclo vital.

Desde la perspectiva de la psicología cognitiva, se plantea que el estudio de la memoria reside en el estudio experimental directo de los fenómenos reales, de las huellas mnemónicas, de los registros sensoriales. Por otro lado, los constructivistas sociales cuestionan ese pensamiento y se interrogan si existen condiciones sociales facilitadoras, planteando que las experiencias pasadas no remiten a una simple huella lineal. Este punto de vista sostiene que muchos de los trastornos de memoria

asociados a la edad se pueden relacionar a la pérdida del “rol social” que se produce durante la vejez, ya sea por la jubilación, el síndrome del nido vacío y la posible viudez. De esta manera, la persona va perdiendo el lugar social que antes ocupaba, lo cual significa que mientras permanezca en su medio profesional y social, su memoria seguirá ejercitándose, en cambio cuando su rol vaya cambiando ya sea por motivos familiares o laborales y sea ubicada en un status sin desafíos significativos que la ayuden a aprender, a desempañarse intelectualmente, los trastornos de memoria irán emergiendo (Salvarezza, 1998).

Dentro de las explicaciones teóricas que intentan explicar los cambios ocurridos en la memoria durante el proceso de envejecimiento, habría que destacar la hipótesis propuesta por Timothy Salthouse denominada “enlentecimiento general”, la cual plantea que en los adultos mayores el procesamiento cognitivo sería más lento, lo que explicaría los cambios ocurridos en el rendimiento cognitivo (Elosúa de Juan, 2002).

Un aspecto a considerar luego de haber descripto los cambios que experimenta la memoria en el envejecimiento, refiere a que la memoria así como también otras funciones cognitivas pueden ser entrenadas o incluso mejoradas, lo cual ha sido demostrado en varios estudios realizados sobre plasticidad cognitiva en la memoria o capacidad de aprendizaje en la vejez.

Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer (EA) fue diagnosticada por primera vez en 1907 por el psiquiatra y anatomopatólogo alemán Alois Alzheimer, quien publicó el caso de una paciente de 51 años, fallecida luego de 4 años y 6 meses de una evolución progresiva demencial con desorientación y alucinaciones. Los estudios del cerebro de pacientes con EA indican ciertas alteraciones en la actividad neuronal, mostrando diferentes anomalías en el cerebro (Thomas, Pesce y Cassuto, 1990). Los autores citados anteriormente consideran que en 1977 fecha en la que se celebra en Londres el primer congreso mundial sobre el Alzheimer y las demencias seniles, dicho acontecimiento coincide con la toma de conciencia de ésta enfermedad por el público en general, ya que el aumento de la esperanza de vida elevaba a la misma al rango de fenómeno social.

Entre todas las demencias, la enfermedad de Alzheimer es la que presenta una mayor prevalencia poblacional, siendo una de las principales amenazas sanitarias desde el siglo XX. La EA se caracteriza por la alteración progresiva de las funciones cognitivas, afectando al individuo y a su familia, especialmente a aquellos que ejercen de cuidadores principales.

Durante gran parte del siglo XX fue considerada como una demencia presenil y diferenciada de la demencia senil del anciano, la cual era considerada como más frecuente. En la actualidad el término EA se usa para referirse a todos los casos de la enfermedad sin tener en cuenta la edad de inicio. A lo largo de los últimos años varios investigadores han intentado detectar los posibles factores de riesgo de dicha enfermedad, algunos de ellos son: la edad, factores genéticos y ambientales, así como también se ha observado una incidencia mayor en mujeres que en hombres. Por otra parte, varios estudios indican como factores protectores, el mantenerse socialmente e intelectualmente activo, tener una dieta saludable con antioxidantes y la práctica regular de ejercicio físico.

La enfermedad de Alzheimer se define como una alteración neurodegenerativa progresiva. Si bien la mayoría de los casos se inician con trastornos de la memoria, pueden existir otros patrones de alteración cognitiva que dificultan su diagnóstico. Entre las características neuropsicológicas de la misma se destaca el progresivo deterioro de la memoria y del lenguaje, acompañado de un declive en las capacidades

visoespaciales y motoras, así como también una alteración en las funciones ejecutivas (Bruna et al., 2011).

En cuanto a los aspectos evolutivos de la EA, se pueden observar tres fases que representan la progresión general, sin embargo la misma no afecta a todas las personas de la misma manera, por lo cual puede variar en gravedad y cronología. En el inicio existe un periodo denominado por algunos autores como “preclínico” el cual abarca un periodo anterior al diagnóstico, posteriormente sobreviene la etapa leve, con poca manifestación de síntomas hasta la fase moderada. La tercera etapa caracterizada por alteraciones más graves y severas que se prolongan hasta la fase final.

Como dijimos anteriormente podemos distinguir tres etapas: la leve donde el paciente presenta dificultades en la memoria reciente, desorientación temporal y dificultades para llevar a cabo tareas complejas. A su vez puede presentar ansiedad o depresión y negación de la enfermedad. En esta etapa el paciente puede mantener su autonomía, lo cual le permitiría vivir solo. Luego la etapa moderada, donde el paciente presenta alteraciones graves tanto en la memoria como en la orientación. Se incrementan las dificultades en la comunicación y las reacciones emocionales se acentúan. Aumenta la dependencia con respecto a las actividades de la vida cotidiana, como el aseo y el vestirse. Finalmente la última etapa denominada severa, la persona presenta desorientación total, muchos de los pacientes presentan gran agitación, trastornos del sueño, así como también incontinencia esfinteriana. En esta fase la persona es dependiente para todas las actividades (Slachevsky, Fuentes, Javet y Alegría, 2007).

Síntomas cognitivos en la Enfermedad de Alzheimer

Las alteraciones mnésicas constituyen con frecuencia el síntoma inicial de la Enfermedad de Alzheimer, afectando particularmente la memoria episódica reciente, así como también dificultades para retener nueva información. El paciente puede extraviar objetos o dinero, olvidar citas, así como también olvidar el día de la semana, esta fase inicial muchas veces se asocia al envejecimiento y se pasa por alto. Cabe agregar que en las primeras etapas los recuerdos remotos se encuentran más preservados, la persona podrá recordar hechos lejanos aunque los situé mal en el tiempo en que sucedieron (Fernández-Ballesteros, 2009).

En la etapa leve las alteraciones en la memoria a largo plazo más específicamente la episódica y semántica se encuentran más afectadas, comenzando a interferir en las actividades diarias de la persona. La dificultad para evocar hechos recientes, se acompaña de desorientación témporo espacial. Con frecuencia se manifiesta primero la desorientación en el tiempo y luego la desorientación en el espacio. En estadios tempranos la persona se pierde en lugares poco conocidos, pero a medida que la enfermedad evoluciona no podrá orientarse en su casa (Fernández-Ballesteros, 2009).

La autora antes citada, afirma que la memoria autobiográfica muestra alteraciones desde las etapas más tempranas, tanto en la información anterógrada, es decir, la adquisición de nueva información, así como también dificultades con la información retrograda, no recordar sucesos pasados. La memoria procedimental comenzará a afectarse en estadios más avanzados, debido a que depende de otras zonas del cerebro que en un inicio la enfermedad no alcanza.

El lenguaje también muestra alteraciones, se observa una reducción de la fluencia verbal, se presentan dificultades en el almacenamiento y búsqueda en la memoria semántica, existiendo dificultades en hallar la palabra correcta. Las alteraciones suceden en el lenguaje hablado, como en el escrito (afasia y alexia). Por lo tanto los trastornos de lenguaje en la Enfermedad de Alzheimer, pueden implicar desde no encontrar la palabra (anomia) a utilizar recursos lingüísticos para sustituirla (parafasia). La lectura en voz alta se mantiene conservada hasta estadios avanzados, mostrándose problemas en la comprensión. La escritura también sufre deterioro, aparecen dificultades para iniciarla espontáneamente, agregados u omisión de letras,

reducción en la cantidad de palabras en la redacción libre (Mangone, Allegri, Arizaga, y Ollari, 2005).

Fernández-Ballesteros (2009) agrega que por lo general las personas con Alzheimer presentan con frecuencia ignorancia del déficit, esta situación implica que sea su familia quienes acudan a una consulta. Cabe agregar que no solo provoca alteraciones en las diferentes funciones cognitivas, sino también trastornos en el comportamiento. La persona puede presentar delirios, alucinaciones, depresión. Así como también inquietud, apatía, agresividad.

Repercusiones de la enfermedad de Alzheimer en la familia

La EA configura una nueva realidad en el núcleo familiar, los roles y las funciones de cada uno de los integrantes comenzarán a cambiar drásticamente a medida que avanza la misma. La persona con Alzheimer en su inicio será más independiente, pero en los estadios avanzados será cada vez más dependiente. Con frecuencia la responsabilidad en el cuidado de la persona se deposita en el cuidador, más que en todo su entorno familiar. Esta situación provoca en el cuidador una sobrecarga, ya que deberá de encargarse de más funciones.

Su impacto a nivel mundial ha llevado a que los productores de cine comiencen a explorar esta temática, de esta manera se han realizado algunas películas que incorporan dicho padecimiento.

En la película *Siempre Alice*, la actriz Julianne Moore interpreta a Alice una distinguida profesora de lengua, quien comienza a tener ciertos olvidos, preocupada por dicha situación decide consultar a un neurólogo, el cual le diagnostica enfermedad de Alzheimer de inicio prematuro hereditario. Frente a estos olvidos, el esposo le contesta: “Todos perdemos un poco la memoria, como señal de que estamos envejeciendo” (Glatzer y Westmoreland, 2014).

La expresión antes citada puede aludir a lo que hemos propuesto en el trabajo, la idea de que los “olvidos” forman parte del envejecimiento mismo y no se les presta atención. También es esperable la negación de la enfermedad por parte de los familiares. Esta situación nos transporta a lo difícil que es diferenciar la declinación mnésica relacionada a la edad de la EA, más aún en estados iniciales, lo cual puede deberse a la ausencia de un diagnóstico precoz diferencial.

La película da cuenta de la sintomatología y como ésta va modificando la vida de Alice y su familia. La protagonista conoce perfectamente la progresión de la enfermedad y utiliza la tecnología para seguir en contacto con su alrededor.

Constantemente la película muestra varias situaciones que refieren a la importancia de la memoria en las relaciones humanas, la dificultad para recordar hechos pasados como recientes va tiñendo los vínculos de Alice. Comienza a manifestarse el agotamiento, la irritabilidad, la confusión y la agresividad en ella. Así como también se visualiza en los demás integrantes de su familia diferentes emociones, miedo, impotencia, tristeza, desesperación, darán cuenta de que es una

enfermedad desgastante para quien la padece, así como también para los miembros de la familia. A su vez en el film se puede percibir el papel esencial de la familia en situaciones como ésta, por un lado su esposo cumpliendo el papel de cuidador principal atraviesa en un inicio la negación de la enfermedad de su esposa y a medida que avanza la misma se lo ve agotado, con tristeza, sus hijos reaccionan de diferente manera, mientras sus hijos mayores se muestran más alejados, su hija menor decide volver a la casa de su madre para acompañarla. Frente al progreso de la enfermedad su familia comienza a tomar decisiones por ella.

En un discurso realizado por Alice en una organización de enfermos de Alzheimer, ella expresa: “No sufro, lucho. Lucho para mantenerme en contacto con la persona que he sido” (Glatzer y Westmoreland, 2014). Esta manifestación tan impactante para los que estaban allí, como también para el espectador mismo, da cuenta de la lucha constante frente a la pérdida de identidad, lo cual nos revela la importancia del recuerdo en la construcción de la misma. Si bien el film da cuenta de las diferentes alteraciones cognitivas, queremos destacar el papel de la memoria como sustrato esencial en la vida de la persona, más aun la memoria autobiográfica que contiene las relaciones entre la persona y el mundo, cargada de sentimientos y emociones.

Consideraciones diagnósticas y evaluación en el Alzheimer

Los autores Martin y Bulbena (2003) plantean que el diagnóstico del Alzheimer reside en identificar el proceso degenerativo mediante las manifestaciones tanto cognoscitivas como psicopatológicas, propias de una demencia cortical, la cual se caracteriza por su inicio insidioso y progresivo. Por este motivo es necesario obtener información sobre éstos aspectos, para ello es fundamental la entrevista con un familiar o cuidador del paciente. En la entrevista se trataran aspectos como la historia familiar, por ejemplo antecedentes familiares con Alzheimer, otro dato a recoger es la forma de inicio y progresión, es decir la edad de comienzo, modo de instauración de los síntomas, así como también el nivel de conciencia del paciente.

También es necesario revisar si existen enfermedades infecciosas o metabólicas, ya que pueden causar o contribuir al deterioro cognitivo. Además es preciso recoger información acerca de los medicamentos que la persona pueda estar empleando, debido a que algunos medicamentos han sido asociados a alteraciones cognitivas (Esparza, 2005).

Otro aspecto a considerar en el diagnóstico, reside en que existen diferentes cuadros de deterioro cognitivo, como por ejemplo la demencia frontotemporal, demencia de cuerpos de Lewy y algunas formas de demencia vascular que presentan manifestaciones sintomatológicas similares al Alzheimer. Esta situación es realmente desalentadora, ya que con frecuencia se realiza el diagnóstico de la EA cuando ya se ha desarrollado por completo.

Actualmente los criterios diagnósticos de la EA mas aceptados, son los provenientes de el DSM-IV y la CIE 10 empleados en la clínica y los criterios NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association) utilizados en la investigación. Ambos criterios no son útiles para el diagnóstico de Alzheimer en fase preclínica (Martin y Bulbena, 2003).

Un diagnóstico precoz le permite tanto al paciente como a su familia planificar los cuidados que va a necesitar el mismo, así como también visualizar las posibles situaciones de riesgo. A su vez, el diagnóstico temprano permite la implicación del paciente en las decisiones que se vayan a tomar, en relación a sus familiares se los puede informar con anticipación sobre los síntomas cognitivos, así como también los cambios conductuales que pueda manifestar el paciente, de esta manera se podrá

evitar o alivianar la negación en los miembros de la familia que con frecuencia afectan el cuidado del paciente. Otro aspecto de relevancia del diagnóstico precoz es que puede planificarse una terapia con la ayuda de fármacos que retrasen o aplaquen los síntomas y de esta manera postergar la institucionalización del paciente.

Con respecto al diagnóstico precoz los autores Martin y Bulbena (2003) expresan:

El verdadero “diagnóstico precoz” de la EA sería el que permitiera diagnosticar la presencia del proceso patológico antes de que apareciera síntoma alguno de la enfermedad, ni siquiera la alteración de la memoria sin repercusión funcional que suele encuadrarse en la categoría de “deterioro cognitivo leve” o entidades similares. Sin embargo, este tipo de diagnóstico precoz “verdadero” resulta inaplicable en el momento actual por dos razones fundamentales. La primera de ellas es la falta de un marcador biológico de la enfermedad lo suficientemente específico y sensible, y la segunda la carencia de una herramienta terapéutica preventiva que justifique la realización de este tipo de diagnóstico, que debería basarse en el cribado sistemático de la población de riesgo (p.122).

Lo descrito anteriormente nos reafirma la idea que teníamos en principio, la dificultad para establecer un diagnóstico diferencial, entre el declive cognitivo propio de todo envejecimiento y un cuadro demencial, lo cual ha llevado a la creación de estados “intermedios” como por ejemplo el deterioro cognitivo leve.

La evaluación neuropsicológica contribuye a diagnosticar la enfermedad de Alzheimer, las pruebas que contiene son de bajo costo, generalmente bien toleradas por el paciente y al mismo tiempo sin efectos adversos. Sin embargo, no existe un consenso lo suficientemente claro acerca de qué tipo de metodología o herramienta de evaluación deben de ser empleadas en estos casos. Actualmente gran parte de las pruebas diagnosticas muestran sensibilidad y especificidad en las etapas moderadas de la EA, no en las etapas iniciales (Martin y Bulbena 2003).

Remitiéndonos a Esparza (2005) considera que toda evaluación neuropsicológica deberá evaluar el nivel de conciencia, orientación en tiempo y espacio, memoria remota y de fijación, comprensión del lenguaje tanto escrito como hablado, escritura, gnosias, habilidades constructivas, entre otras. Un aspecto clave a tener en cuenta en toda evaluación es el nivel de inteligencia previo del paciente, así como también el cultural y conocer si existe alguna alteración de tipo sensorial.

En la evaluación se deberá tener en cuenta la variabilidad de los perfiles cognitivos de las demencias, incluso en la EA la cual ha mostrado heterogeneidad. Por este motivo es imprescindible que la batería neuropsicológica a utilizar pueda objetivar

estas variaciones y al mismo tiempo abarcar un vasto rango de funciones cognitivas, haciendo hincapié en la memoria. El Consortium Argentino para el Estudio de las Demencias (CAED) recomienda para la evaluación de la EA, la Escala de Evaluación para Enfermedad de Alzheimer (Alzheimer's Disease Assessment Scales, ADAS) (Mangone et al, 2005).

Según Tirapu (2007) las pruebas breves tienen como objetivo la evaluación rápida de las funciones cognitivas. La puntuación obtenida nos permite tener un "punto de corte" que se emplea para distinguir lo normal de lo patológico y de esta manera poder precisar si la persona necesita de otra evaluación más detallada.

Dentro de los test cognitivos breves el Mini-Mental State (MMS) es el que mayor difusión ha tenido. Fue creado en 1995 por Folstein y colaboradores, se caracteriza por ser de rápida administración y de fácil manejo. Se aplica en 7-10 minutos, se utiliza como screening de deterioro cognitivo, presenta ítems que evalúan orientación en tiempo y espacio, recuerdo, atención y calculo mental, lenguaje, comprensión, repetición, escritura y praxias, con un puntuación entre 0 a 30 puntos. Algunas desventajas en este test remite a la falta de estandarización de la aplicación, afectando a la fiabilidad, por ejemplo en las instrucciones generales las palabras empleadas para el recuerdo quedan a cuestión del explorador. Otra desventaja es que no puede ser utilizado en analfabetos, ya que dos de sus ítems exigen leer y escribir (Carnero-Pardo, 2014).

Otra prueba de screening es el Set test de Isaacs, la cual consiste en medir la fluencia verbal de tipo categorial, se le solicita al sujeto que recuerde hasta 10 respuestas de cada una de las cuatro categorías: colores, animales, frutas y ciudades. El Cuestionario Portátil del Estado Mental de Pfeiffer (SPMSQ) es otra prueba de fácil aplicación, nos brinda información sobre las diferentes funciones cognitivas, especialmente memoria y orientación.

La Escala de demencia de Blessed (BDS) consta de dos partes, por un lado evalúa las funciones cognitivas y por otro lado la personalidad y conducta. En cuanto a la batería neuropsicológica, encontramos: Luria DNA (Diagnostico Neuropsicológico de Adultos), Batería Halstead-Reitan, entre otras (Esparza, 2005).

En un artículo llamado Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica realizado por Allegri et al. (2011) los autores realizan una revisión de las pruebas que evalúan las diferentes funciones cognitivas en forma específica. En el caso de la

memoria de corto plazo se podrán utilizar los subtest de dígitos en orden directo e inverso del WAIS III, para la MLP episódica se podrá emplear la figura compleja de Rey- Osterrieth, test de recuerdo selectivo de Buschke (SRT), Batería de Memoria de Signoret, entre otros. La memoria semántica podrá ser evaluada a través del Test de vocabulario de Boston, Subtest de Vocabulario WAIS- III.

Con respecto el lenguaje podemos recurrir al test de vocabulario de Boston, para las habilidades visuoespaciales el Test del Reloj, Subtest de Diseños con Cubos (WAIS III). En cuanto a las funciones ejecutivas se podrá emplear el Trail-Making Test "B", Test de Stroop, Wisconsin Card Sorting Test. Por último para la capacidad de abstracción y razonamiento Subtest de comprensión WAIS-III, Subtest de analogías WAIS-III, Razonamiento con matrices WAIS-III (Allegri et al., 2011).

Cabe destacar que con frecuencia en las evaluaciones se opta por la aplicación de diferentes pruebas breves, como las nombradas anteriormente y en otros casos se prefiere emplear un único test, como por ejemplo el WAIS III que es una prueba mas abarcativa, ya que evalúa una gran parte de las funciones cognitivas, lo que supone más tiempo. De esta manera creemos que la utilización de una u otro tipo de evaluación, significaría en sí lo mismo en cuanto al tiempo, lo que sí es cuestionable es la sensibilidad y especificidad de los tests.

Otro aspecto a resaltar, es que si bien hacemos un mayor hincapié en las pruebas cognitivas debido al enfoque del trabajo, existen escalas que evalúan otros aspectos de la persona con Alzheimer, por ejemplo escalas que miden la independencia en las actividades diarias, entre ellas el Índice de Barthel o Índice de Katz. Estas pruebas miden el grado de independencia que tiene el paciente en la realización de determinadas actividades.

A su vez existen escalas que evalúan aquellos síntomas de tipo psicopatológico, fundamentalmente la depresión, ejemplo de ello la escala de depresión de Hamilton.

En la actualidad la exploración neuropsicológica sigue siendo clave en la detección del deterioro cognitivo con probable evolución a demencia, tanto en la clínica como en la investigación. Si bien la aplicación puede ser relativamente fácil, es imprescindible que se lleve a cabo por un experto en el tema, sea neurólogo o psicólogo (Luna, Azcárate, Seija y Tirapu, 2015).

Por último, creemos pertinente considerar el concepto de validez ecológica, dicha noción ha cobrado relevancia en el ámbito de la evaluación neuropsicológica

pasando a ocupar un primer plano. La validez ecológica refiere a aquellas pruebas que puedan predecir el comportamiento en las actividades de la vida diaria de la persona. Actualmente el interés por dicho concepto, radica en que existen ciertas pruebas neuropsicológicas que no reflejan adecuadamente la manera o el grado en que el daño se manifiesta en el funcionamiento diario. Por lo tanto el término alude a que algún aspecto del procedimiento de evaluación tiene similitudes con la conducta cotidiana y el medio ambiente de la persona. Por ejemplo, si queremos evaluar o pronosticar como será el comportamiento de una persona, es imprescindible contar con las variables medioambientales y ecológicas (Leibovich y Schmidt, 2008).

Deterioro cognitivo en el envejecimiento

Dado que nuestro trabajo aborda las alteraciones de la memoria en el envejecimiento y en la Enfermedad de Alzheimer, nos parece importante considerar la noción de deterioro cognitivo, si bien es un concepto que ha generado controversias creemos que merece una revisión.

A lo largo de la historia numerosos trabajos se han referido al deterioro cognitivo y su evolución hacia las demencias, pero aun no se ha logrado un acuerdo en el diagnóstico. En 1962, Kral hace una distinción entre “olvido benigno” relacionado a la edad, del “olvido maligno” precursor de una demencia. Luego hubieron revisiones sobre los conceptos propuestos por Kral, lo cual implicó un rechazo al término de senilidad a favor del término demencia, mientras el primero involucraba solamente el proceso de envejecer, el segundo hacía referencia a un síndrome o estado de salud-enfermedad que podía ser causado por diferentes patologías, entre ellas la Enfermedad de Alzheimer (Bruna et al., 2011).

En 1986 Crook perteneciente al Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos propuso el concepto de “Deterioro de Memoria Asociado a la Edad” (DEMAE), dicho estado estaba caracterizado por una declinación de la función mnésica presente en personas mayores de 50 años (Mangone et al, 2005). Posteriormente Levy en 1994 propuso el concepto de “Declinación cognitiva asociada a la edad” (DECAE). Si bien se han definido numerosas entidades nosológicas, no cabe duda que el término de DCL (Deterioro Cognitivo Leve) ha sido una de las entidades más aceptadas.

La definición de DCL refiere a la existencia de cambios cognitivos, es habitual que las quejas manifestadas por las personas afectadas se refieran a la memoria, pero también puede haber afectación de otras funciones cognitivas, como la velocidad psicomotora, la capacidad verbal y de razonamiento, las habilidades visoespaciales o las funciones ejecutivas. Los autores Bruna et al. (2011) consideran que uno de los criterios clave en el diagnóstico de DCL sigue siendo la autonomía funcional del individuo, dicho criterio supone la diferencia entre DCL y las demencias; por tal motivo merece su valoración para el diagnóstico diferencial de ambos.

El autor Zarragoitia (2007) agrega que el DCL es definido como un gran declive cognitivo esperable en la persona, pero que no interfiere de manera considerable en las actividades de la vida diaria.

En relación al DCL se ha observado una gran heterogeneidad clínica, el DCL amnésico refiere a la afectación de la memoria, es la presentación más frecuente de DCL, con una relativa preservación de las otras áreas cognitivas. El DCL de dominios múltiples amnésico, implica un leve deterioro en más de una área cognitiva, siendo una de ellas la memoria, pero la gravedad es insuficiente para constituir una demencia. La alteración en alguno de los dominios cognitivos como las funciones cognitivas, el lenguaje, entre otros y la afectación de la memoria definen este deterioro cognitivo. El DCL de dominios múltiples no amnésico, implica la alteración de varias áreas cognitivas distintas a la memoria, pero aquí se debe tomar en cuenta que la afectación de otras áreas puede afectar a la memoria. Por último el DCL de dominio único no amnésico, este caso refiere a la alteración de un solo dominio, distinto a la memoria (Bruna et al., 2011).

Por lo expuesto anteriormente, entendemos al DCL como un concepto difuso, debido a su gran variabilidad conceptual su alcance no es claro aún, por lo tanto la discusión científica gira en torno a que algunos autores consideran al DCL como una etapa intermedia entre el envejecimiento y la demencia, mientras que otros la consideran como una etapa inicial de demencia.

En un estudio realizado por Espinosa y colaboradores (2012) se mostró que el DCL de tipo amnésico presentaba un mayor riesgo de evolución a demencia. Otra investigación demostró una mayor evolución de DCL a enfermedad de Alzheimer, con respecto a la prevalencia de los subtipos de DCL, se observó que el DCL de dominio único no amnésico fue el menos frecuente, mientras que el DCL de dominios múltiples amnésico fue el más frecuente, seguido por el tipo amnésico. Cabe agregar que si bien el DCL de dominios múltiples fue el más frecuente, el amnésico presentó mayores tasas de evolución a demencia (Serrano, Dillon, Leis, Taragano y Allegri, 2013).

En un estudio llamado “Deterioro Cognitivo Ligero anterior a la Enfermedad de Alzheimer: tipologías y evolución” realizado por Mulet et al. (2005) se observó que el DCL de tipo difuso (alteración leve de diferentes dominios cognitivos) fue el más frecuente. Agregando que los pacientes que evolucionaron a Enfermedad de Alzheimer presentaban este tipo de DCL. Los autores de éste estudio observaron que los pacientes con evolución a EA, en el estudio neuropsicológico mostraban alteraciones en la memoria episódica. Otro aspecto considerado en el estudio, es la importancia de realizar estudios neuropsicológicos amplios y exhaustivos cuando una persona consulta por alteración de la memoria, ya que las alteraciones del rendimiento cognitivo que se relaciona con una mayor probabilidad de desarrollar la EA no se limita

solo a la memoria, sino que incluye otras alteraciones, como por ejemplo la desorientación temporal.

Estudios más recientes con pacientes que presentan DCL demuestran que no solo puede existir una progresión a demencia, sino que también se ha mostrado que varias personas pueden mantenerse en ese estado o incluso mejorar. Cabe agregar que la presencia de DCL puede estar causada por otras enfermedades subyacentes (Breitner, 2014).

Para finalizar, los autores Lorenzo y Fontán (2003) concluyen que el DCL es una entidad clínica y patológica. Se encuentra ubicada dentro de las patologías del adulto mayor, presenta criterios diagnósticos específicos y su adecuada identificación es fundamental para un pronóstico oportuno. A su vez los autores agregan que el DCL es una etapa que puede mantenerse estable durante varios años.

Algunas conclusiones

El presente trabajo intenta exponer a grandes rasgos las alteraciones de la memoria en el envejecimiento y en la enfermedad de Alzheimer. Nuestro interés por dicha función radica en que es la queja más frecuente en los adultos mayores, con esta afirmación no pretendemos alarmar a las personas que padecen de “olvidos”, más bien consideramos que no hay que dejar pasar por alto las quejas de memoria, sino que merecen una evaluación y seguimiento. De esta manera si los cambios corresponden al envejecimiento tendrá posibilidades de mejoría, en cambio si pertenece a un inicio de algún cuadro demencial como el Alzheimer podrá planificarse con tiempo alguna terapia con ayuda de fármacos, lo cual entendemos que sería lo más oportuno tanto para el paciente como para su familia.

Siguiendo con lo anterior, la importancia de un diagnóstico precoz puede contribuir a una mejor calidad de vida del paciente, entendemos que es necesario lograr avances en este terreno por múltiples razones ya nombradas en el trabajo. También es fundamental que el diagnóstico esté acompañado de una evaluación adecuada, tanto la entrevista como una batería neuropsicológica son claves. Aquí destacamos lo planteado por Martin y Bulbena (2003) la ausencia de un consenso claro que muestre que técnicas o pruebas hay que emplear en el diagnóstico del Alzheimer y la poca sensibilidad de las pruebas en las etapas iniciales, nos desalienta ya que implicaría intervenir cuando la fase sintomatológica se ha desarrollado.

En cuanto a los instrumentos de evaluación debemos de tener en cuenta algunos aspectos al momento de seleccionarlos, por un lado la estandarización de las pruebas, es decir con que población se está comparando, cuan válido es determinado instrumento utilizado en poblaciones similares. Coincidimos con los aportes de Leibovich y Schmidt (2008) acerca de la importancia de la validez ecológica en las pruebas, más aun cuando sospechamos de la presencia de alguna enfermedad neurodegenerativa lo cual implica una afectación en el funcionamiento diario de la persona. Por último creemos imprescindible que la aplicación de las pruebas sea realizada por profesionales entendidos en el tema.

Entendemos que el concepto de deterioro cognitivo leve debe de seguir siendo evaluado e investigado para poder lograr un acuerdo sobre su utilidad clínica, dado que las múltiples controversias que ha atravesado tal vez han generado una mayor confusión en el diagnóstico precoz del Alzheimer. Por lo tanto se desconoce el

verdadero alcance de dicho concepto y la discusión sobre si considerarlo como una fase intermedia entre envejecimiento y Alzheimer o como una fase inicial sigue vigente.

Pudimos comprender que los cambios que suceden en la memoria durante el proceso de envejecimiento se refieren como lo plantea Fernández- Ballesteros (2004) a un declive propio de ésta etapa evolutiva, el cual también puede mantenerse e incluso incrementarse, como puede suceder con otras funciones cognitivas. En cambio en la enfermedad de Alzheimer existiría más bien un deterioro global de todas las áreas cognitivas, llegando a afectar el funcionamiento de la vida diaria de la persona.

Para finalizar creemos que la enfermedad de Alzheimer constituye un reto social y sanitario, todavía son múltiples los desafíos que hay que afrontar tanto a nivel del diagnóstico precoz como de respuestas terapéuticas eficaces.

*“La vida no es lo que uno vivió,
sino la que uno recuerda y
cómo la recuerda para contarla”.*

Gabriel García Márquez

Referencias

- Allegri, R., Arizaga, R., Bavec, C., Colli, L., Demey, I., Fernández, M.,... Zuin, D. (2011). Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. *Neurología Argentina*, 3 (2), 120-137.
- Ballesteros, S. (2009). Memoria implícita en el envejecimiento normal y en la enfermedad de Alzheimer: un enfoque desde la neurociencia cognitiva. *Revista Española de Geriatría Gerontología*, 44 (5), 235–237.
- Berriel, F., Pérez, R., y Rodríguez, S. (2011). *Vejez y envejecimiento en Uruguay. Fundamentos diagnósticos para la acción*. Montevideo: MIDES.
- Breitner, J.C.S. (2014). *Mild cognitive impairment and progression to dementia: New findings*. *Neurology*, 82 (4), 34-35.
- Bruna, O., Roig, T., Puyuelo, M., Junque, C. y Ruano, A. (2011). *Rehabilitación neuropsicológica: intervención y práctica clínica*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Calero, M., Navarro, E., Gómez, L., Lopez, A., Torres, I. y Calero, M. Jose. (2008). Olvidos y memoria: relaciones entre memoria objetiva y subjetiva en la vejez. *Revista Española de Geriatría Gerontología*, 43 (5), 299-307.
- Carnero- Pardo. (2014). ¿Es hora de jubilar al Mini Mental? *Revista de Neurología*, 29(8) ,473—481.
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J. y Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿Dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*, 73 (4), 321-30.
- Dalmás, F. (1993). *La memoria desde la Neuropsicología*. Montevideo: Roca Viva.
- Elosúa de Juan, M. (2002). La memoria durante el envejecimiento. *Revista Española de Geriatría Gerontología*, 37 (3), 131-133.

- Esparza, A. (2005). La demencia: diagnóstico y evaluación. *Revista Especialidades Médico- Quirúrgicas*, 10 (03), 6-13.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *La psicología de la vejez*. Humanitas, Humanidades Médicas, 1, 27-38.
- Fernández- Ballesteros, R. (2009). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Glatzer, R. y Westmoreland, W. (dir.) (2014). Siempre Alice [Archivo de video]. Recuperado de: <http://somosmovies.com/buscar/?q=still+alice>
- Leibovich, N. y Schmidt, V. (2008). Reflexiones acerca de la evaluación psicológica y neuropsicológica. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 12, 21-28.
- Luna, P., Azcárate, L., Seija, R. y Tirapu, J. (2015). Propuesta de una batería neuropsicológica de evaluación cognitiva para detectar y discriminar deterioro cognitivo leve y demencias. *Revista de Neurología*, 60 (12), 553-561.
- Lorenzo, J. y Fontán, L. (2003). Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de deterioro cognitivo leve. *Revista Médica del Uruguay*, 19, 4-13.
- Mangone, C., Allegri, R., Arizaga, R. y Ollari, J. (2005). Demencia: Enfoque Multidisciplinario. Buenos Aires: Polemos.
- Martin, M. y Bulbena, A. (2003). Diagnostico precoz de la enfermedad de Alzheimer. *Psiquiatría Biológica* 10(4) ,119-32.
- Mulet, B., Sánchez-Casas, R., Arrufat, MT., Figuera, L., Labad, A., y Rosich, M. (2005). Deterioro cognitivo ligero anterior a la Enfermedad de Alzheimer: tipologías y evolución. *Psicothema* 17 (2), 250-256.
- OMS-Organización Mundial de la Salud. (2013). La salud mental y los adultos mayores. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- RAE- Real Academia Española. (2001). Envejecer. En *Diccionario de la lengua española* (22.ª ed.) Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=envejecer>
- Salvarezza, L. (1998). *La vejez: una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós.

- Serrano, C., Dillon, C., Leis, A., Taragano, F., Allegri, R. (2013). Deterioro cognitivo leve: riesgos de demencia según subtipos. *Actas Española de Psiquiatría* 41(6), 330-9.
- Slachevsky, A., Fuentes, P., Javet, L. y Alegría, P. (2007). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias: guía para familiares y cuidadores*. Santiago de Chile: Trilce.
- Thevenet, N. (2013). *Cuidados en personas adultas mayores. Análisis descriptivo de los datos del censo 2011*. Montevideo: MIDES.
- Thomas, P., Pesce, A. y Cassuto, J. (1990). *ABC de Enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Masson.
- Tirapu, J. (2007). La Evaluación Neuropsicológica. *Intervención Psicosocial*, 16 (2) 189-211.
- Triado, C. y Villar, F. (2006). *Psicología de la Vejez*. Madrid: Alianza Editorial.
- Zarragoitia, I. (2007). Lo cognitivo en la ancianidad. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14 (2), 43-54.