



Trabajo Final de Grado

***“Consideraciones para pensar
al adulto mayor con Deterioro
Cognitivo Leve”***

Tutor: Prof. Adj. Lourdes Salvo Sosa

Fiorella Di Vincenzo Fernández

Instituto de Psicología Clínica

Montevideo, Julio 2016

Resumen

En el presente trabajo de carácter monográfico se aborda la temática del Deterioro Cognitivo Leve en el adulto mayor tomando como línea de abordaje la perspectiva que tiene este sobre sí mismo y sobre su deterioro. Se realiza un recorrido conceptual en el que se describen, en primera instancia, las características de la vejez como etapa evolutiva en la que este deterioro puede desarrollarse.

Posteriormente se comparan las posturas existentes frente a los cambios neuropsicológicos en el envejecimiento, así como las particularidades tanto del envejecimiento cognitivo normal como patológico. Luego se realiza una reseña histórica del concepto de Deterioro Cognitivo Leve con el fin de presentar sus características, comentar los factores de riesgo y protección que influyen en este deterioro, así como presentar su clasificación.

Finalmente se exponen diversos estudios en los que se discute la Queja Subjetiva de Memoria como predictora del Deterioro Cognitivo Leve, para poder concluir en la necesidad de integrar las QSM con los aspectos psicosociales, que influyen sobre los adultos mayores y la percepción que tienen sobre sí mismos, a la hora de realizar un diagnóstico de DCL.

Palabras claves: Deterioro Cognitivo Leve, Vejez, Queja Subjetiva de Memoria.

Índice

Introducción.....	3
Envejecimiento.....	4
Posturas frente a los cambios neuropsicológicos en el envejecimiento.....	6
Cambios neuropsicológicos en el envejecimiento normal.....	8
Envejecimiento cognitivo patológico.....	10
Deterioro Cognitivo Leve.....	13
Reserva cognitiva.....	16
Memoria.....	18
Queja Subjetiva de Memoria y DCL.....	22
Algunas Conclusiones.....	25
Referencias.....	29

Introducción

En los últimos años, el envejecimiento poblacional se ha transformado en una tendencia demográfica a nivel mundial, debido al aumento de la esperanza de vida y al descenso de la natalidad y mortalidad (OMS, 2013). Es por esto que la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando aceleradamente. Esto explicaría la necesidad de realizar una revisión acerca de los aspectos involucrados en la vejez y también la creación de nuevas políticas que contemplen el cuidado adecuado de esta población en crecimiento.

La transición demográfica no escapa a nuestro País. Según el Censo realizado en 2011 (Thevenet, 2013), la proporción de personas mayores de 64 años es del 14,1% del total de la población, lo que convierte a Uruguay en el país más envejecido de Latinoamérica. A esto se suma el sobre-envejecimiento de la población, donde el 27% de los adultos mayores se constituye por personas de más de 80 años (MIDES, 2014).

Esta nueva realidad demográfica en Uruguay, implica que se brinde a los adultos mayores las condiciones necesarias para propiciar una buena calidad de vida, ya que el aumento de la esperanza de vida implica mayores y nuevos riesgos para esta población. Dentro de estos riesgos se encuentran el declive de las funciones cognitivas que conllevaría el envejecimiento y la posibilidad de desarrollar una enfermedad neurodegenerativa como la Demencia Tipo Alzheimer.

Envejecer no es solo entrar en un período de tiempo, sino además implica sufrir una serie de cambios a nivel fisiológico, morfológico, bioquímico y psicosocial que afectan al individuo y a la manera como este asume su vida.

En este sentido, algunos autores afirman la existencia de cierto grado de declinación fisiológica en la vejez que determinaría un enlentecimiento en el procesamiento de información, así como también una disminución de la capacidad de codificación, almacenamiento y evocación de nueva información, como un proceso involutivo normal de la adultez, sin embargo, esta concepción es discutida (Lorenzo Otero & Fontán Scheitler, 2003).

En el presente trabajo se intentará revisar el concepto de Deterioro Cognitivo Leve. Para ello será necesario visualizar las alteraciones cognitivas más frecuentes en el envejecimiento normal hasta el envejecimiento cognitivo patológico, discutiendo dos de las

posturas existentes. Luego, se describirán la reserva cognitiva, la función mnésica y las quejas subjetivas de memoria como conceptos necesarios para poder entender cómo el individuo transita el deterioro, como se percibe a si mismo ante estos cambios, pudiendo de esta manera dar cuenta de la importancia de integrar los factores psicosociales, ambientales y personales, que afectan a la persona, en el diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve.

Envejecimiento

Antes de avanzar en la temática, creemos necesario definir qué entendemos por envejecimiento. Siguiendo a Fernández Ballesteros (2004) “la vejez es un estado en la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital” (p.27). Sin embargo, el concepto socialmente considerado acerca del envejecimiento incluiría únicamente a los adultos mayores, sin tener en cuenta que, desde el punto de vista biológico, es un proceso universal, progresivo e irreversible que sucede a lo largo de la vida (Montañés & De Brigard, 2005).

Es decir, que a nivel psicológico y social se comienza con un amplio desarrollo de estos procesos, continuando con cierta estabilidad, crecimiento o desarrollo hasta los últimos días de vida, que implica de alguna manera la adaptación o el perfeccionamiento de sus comportamientos (Pérez Fernández, 2009; Fernández Ballesteros, 2004).

Es por esto que la OMS (2015) habla de la vejez en términos de cambios a nivel de los roles, las posiciones y relaciones sociales que implican la necesidad de compensar ciertas pérdidas con nuevas ganancias. Como ya hemos dicho, las capacidades funcionales de las personas incrementan desde que nacemos llegando a su punto de inflexión en la edad adulta donde, naturalmente, comienzan a declinar. Este declinar y su ritmo, se determinarían por nuestros estilos de vida.

Los nuevos estilos de vida y los cambios demográficos, ya mencionados, han permitido, en los últimos años, el incremento de la proporción de personas mayores de 60 años a nivel mundial. A pesar del aumento en la esperanza de vida de los adultos mayores, y por la misma razón, esta población corre mayores riesgos de desarrollar enfermedades crónicas.

En cuanto a los cambios percibidos en la vejez, las modificaciones biológicas parecieran ser aquellas sobre las que el sujeto ejerce un menor control, siendo estas las

que contribuirían a que el sujeto se perciba, en mayor o menor medida, a sí mismo como un anciano. Sin embargo, los cambios ambientales y sociales también ejercen gran presión para hacer que este asuma y/o adopte, o no, el rol de viejo. El declive físico supone uno de los indicadores más utilizados de vejez, que, junto con el deterioro del funcionamiento mental se consideran unos de los principales signos de senilidad, proceso que se ve asociado al miedo, a la fragilidad, la dependencia y la inutilidad (Antequera-Jurado & Blanco Picabia, 1998).

En este sentido, a partir de los testimonios obtenidos en el marco de una investigación sobre el envejecimiento de la población uruguaya, Paredes et al.(2013) pudieron concluir que la muerte es uno de los significados más frecuentes asociados a la vejez, así como también la idea de que luego de esta etapa se encuentra el final. En otra línea, surge la idea de vejez como pasividad o vejez como antónimo de actividad, y en vinculación con esto la falta de autonomía, la dependencia y la segregación social, visualizando la institucionalización de los ancianos como un acontecimiento que debe darse de manera natural. Sin embargo, junto a estas significaciones negativas y tradicionales del envejecimiento y la vejez, coexisten significaciones positivas como la experiencia, el disfrute y la capacidad de desarrollar nuevas actividades.

Respecto a la asociación cultural entre la jubilación y la vejez, Fernández Ballesteros (2004) plantea que la primera implicaría el comienzo de la vejez, asumiendo que en ese punto comienza la pérdida y el deterioro de las capacidades del sujeto, posicionando a la vejez desde una perspectiva biológica. La autora al cuestionar esta asociación, sugiere que, psicológicamente, el ser humano trasciende la maduración biológica y su desarrollo continúa mientras el sujeto pueda mantener una interacción con el medio que lo rodea.

Siguiendo el enfoque de P. Baltes sobre la Teoría del Ciclo Vital, Pérez Fernández (2009) sostiene que el desarrollo implica un equilibrio entre crecimiento y declive siendo pautado por la construcción singular que cada persona haga de su envejecimiento. Por tanto, el envejecimiento es un continuo inevitable en el que inciden, tanto la edad y los procesos biológicos, como también factores vinculados al contexto cultural y sociohistórico de las personas, no existiendo una única manera de envejecer, pues no todas las personas envejecen igual ni todas las habilidades adquiridas y desarrolladas a lo largo de la vida se ven influidas de igual manera por el paso de los años. A medida que incrementa la edad las diferencias individuales de los envejecientes también aumentan, es por esto que si bien existen características y patrones de cambio generales en la vejez, existe también una gran

variabilidad entre los procesos psicológicos y en los comportamientos entre los distintos individuos (Fernández Ballesteros, 2004).

Las investigaciones actuales sobre el envejecimiento, han hecho visible que el paso del tiempo, por sí mismo, no conlleva una disminución de la mayoría de los aspectos psicológicos y cognitivos. Si bien existe cierto enlentecimiento y un declive de algunas funciones cognitivas específicas, como las funciones ejecutivas o memoria de trabajo, esta disminución puede ser compensada en la vida cotidiana debido a que las personas mayores tienen una amplia capacidad de aprendizaje (Pérez Fernández, 2009; Fernández Ballesteros, 2004).

En este punto, cabe diferenciar declive de deterioro, como lo hace Fernández Ballesteros (2004) definiendo “declives a aquellos cambios que suceden con probabilidad al envejecer mientras que llamamos deterioro cuando ocurre un cambio patológico generalmente por una determinada enfermedad” (p.30).

Posturas frente a los cambios neuropsicológicos en el envejecimiento

Frente a los cambios cognitivos producidos en el envejecimiento, podemos encontrar al menos dos posturas. Por un lado, aquella que plantea que en el envejecimiento normal se produce un declive de algunas funciones superiores y por otro lado, la postura que defiende que cuando hay un declive/deterioro ya no se habla de envejecimiento normal sino que se entra en el envejecimiento patológico.

Entre los autores que plantean la existencia de un declive cognitivo como un hecho natural del envejecimiento normal podemos encontrar a Zarragoitia Alonso (2007) quien defiende la idea de que en el envejecimiento cognitivo existe cierta disminución en la velocidad de procesamiento, déficit inhibitorio y una menor capacidad para la memoria operativa; entre las funciones cognitivas que mayor tendencia tienen a declinar se encuentran la atención selectiva, nominación de objetos, fluencia verbal, destreza visuoespacial compleja y análisis lógico. Respecto a los cambios en la memoria, estos variarán según el tipo de memoria que se trate, debido a que la habilidad de almacenamiento y recuperación de recuerdos recientes (memoria a corto plazo) puede estar reducida mientras que la memoria a largo plazo se vería conservada.

En la misma línea, desde el punto de vista cognoscitivo, Galindo y Villa Molina & Balderas Cruz (2004) describen un “patrón clásico de envejecimiento”, caracterizado por una

disminución significativa en la velocidad de respuesta psicomotora de los sujetos, en la habilidad constructiva y en la organización de secuencias espacio-temporales.

En un estudio realizado por Hernández, Montañés, Gámez, Cano & Núñez (2007) que buscaba establecer el perfil cognoscitivo de un grupo de sujetos entre 60 y 100 años de edad, se encontró que a mayor edad había un menor desempeño en tareas atencionales, de lenguaje, memoria y pensamiento, siendo aquellos sujetos con educación primaria, quienes presentaban un desempeño inferior en todos los dominios cognoscitivos excepto en tareas de memoria. También se pudo concluir que uno de los mecanismos que intervienen en el desempeño de todos los dominios cognitivos es la velocidad de procesamiento de información, la cual decrece con la edad y aumenta según el nivel educativo. Al igual que Zarragoitia Alonso, encontraron que otro de los mecanismos que intervienen son las fallas en el control inhibitorio ocasionando que se preste atención a estímulos irrelevantes procesando de manera incorrecta la información.

Una postura opuesta es la de Lorenzo Otero & Fontán Scheitler (2003, 2004), quienes defienden la idea de que el anciano normal no presenta naturalmente un deterioro, sino que permanece normal aun con el paso del tiempo, y por lo tanto consideran cualquier declinación como patológica.

Para explicar su postura, estos autores se basan en algunas investigaciones previas como el "Nun Study", un estudio longitudinal de envejecimiento y enfermedad de Alzheimer. Este fue realizado con 678 monjas de 75 a 102 años de edad, en el que se obtuvo como resultado que algunas de estas monjas permanecieron sanas y sin evidencia neuropatológica de EA a pesar de la edad. Elías y colaboradores llegaron a afirmar la existencia de una fase preclínica de descenso cognitivo detectable que antecede la aparición de EA durante varios años (Lorenzo Otero & Fontán Scheitler, 2003,2004). A partir de estos estudios es que los autores reafirman que es un error considerar el deterioro cognitivo como parte del envejecimiento normal.

Comentadas las dos posturas podríamos decir que se hace muy difícil establecer una frontera que diferencie el envejecimiento normal del DCL y a este de una etapa inicial de Alzheimer, ya que podemos reconocer cambios que pueden darse en el envejecimiento normal que forman parte también de un cuadro de DCL. De esta manera, algunos autores como Samper Noa, Llibre Rodríguez, Sánchez Catases & Sosa Pérez (2011) plantean al

DCL como un continuum cognitivo entre el envejecimiento normal y la demencia, desde el punto de vista clínico sintomatológico y cognitivo.

Cambios neuropsicológicos en el envejecimiento normal

Abordar el estudio del envejecimiento desde el punto de vista neuropsicológico implica tomar el reto de conocer qué cambios cerebrales pueden estar causando modificaciones en el funcionamiento cognitivo, para lo cual es necesario poder establecer los límites entre el envejecimiento normal y el envejecimiento patológico.

Si bien se podría decir que el rendimiento cognitivo tiende a disminuir durante el envejecimiento normal, existe una amplia variabilidad interindividual, así como también es observable una variabilidad en la disminución de las funciones cognitivas (Fernández Ballesteros, 2004).

Algunos autores como Román & Sánchez (1998) afirman que en el envejecimiento normal se produce una pérdida masiva de neuronas teniendo como consecuencia una disminución del peso y volumen cerebral total, sin embargo nuevas investigaciones presentan un panorama más alentador. Si bien es correcto afirmar que existe una disminución del peso y volumen cerebral, este está determinado por una reducción del volumen neuronal y de la densidad sináptica -no una pérdida masiva de neuronas como otros autores han dicho-, acompañado de una reducción de las sustancias gris y blanca (Bruna, Roig, Puyuelo, Junque & Ruano, 2011).

La pérdida de sustancia gris es progresiva y está directamente relacionada con la edad, dándose la mayor pérdida entre los 50 y 70 años en áreas corticales de asociación frontal y parietal. En cambio, la sustancia blanca se reduce a partir de la mediana edad en todas las regiones cerebrales, siendo más significativa en regiones temporales y frontales (Jurado, 2014). Podríamos decir entonces que el deterioro cerebral que acontece en el envejecimiento normal presenta un patrón anteroposterior, habiendo una gran afectación en la región frontal y sus circuitos.

El lóbulo frontal, es el responsable de procesos cognitivos complejos, las llamadas funciones ejecutivas. Estas funciones son operaciones mentales dirigidas hacia un fin que permiten el control conductual, es decir, que el lóbulo frontal está directamente relacionado al razonamiento, el juicio, la planificación, la organización, la inhibición, entre otras funciones (Román Lapuente & Sánchez Navarro, 1998). Es por esto que el

rendimiento en la fluidez verbal, planificación, formación de conceptos, memoria prospectiva y operativa, solución de problemas, etc., se ve disminuido con la edad. El lóbulo frontal también está muy implicado en la conducta del sujeto, por esta razón puede parecernos común que en el envejecimiento normal el carácter se vuelva más irritable y susceptible así como también es posible observar cierto grado de apatía, falta de iniciativa, preferencia por actividades rutinarias que tendrían como consecuencia el aislamiento y el retraimiento social del adulto mayor. De esta manera, la “hipótesis frontal del envejecimiento”, a pesar de ser criticada, defiende que todo el deterioro cognitivo que se observa en el envejecimiento normal puede explicarse por las alteraciones en la estructura y función del lóbulo frontal (Bruna et al., 2011).

Muchos son los autores que están de acuerdo en que una de las características fundamentales del envejecimiento normal es un enlentecimiento en la velocidad de procesamiento de información, que se observa a nivel sensorial, motor y cognitivo. Este enlentecimiento tiene una gran influencia en el resto de las tareas cognitivas, hasta se ha propuesto que gran parte de los cambios cognitivos que se asocian a la edad son debidos a esta disminución de la velocidad de procesamiento, por lo que debe ser tenido en cuenta a la hora de evaluar las demás tareas, ya que se produce una codificación menos eficiente de los estímulos (Román Lapuente & Sánchez Navarro, 1998; Bruna et al., 2011; Correia Delgado, 2011; Jurado, 2014).

Además de la velocidad de procesamiento de información, para llevar a cabo una tarea y una actividad mental superior y adaptada al ambiente es necesaria la atención, definiéndola como un proceso de control que permite al sujeto seleccionar la tarea a ejecutar o el estímulo a procesar y la estrategia cognitiva que utilizará para ello (Lorenzo & Fontán, 2004). Al evaluar la atención en el envejecimiento es posible encontrar algunos cambios mínimos en la atención selectiva, la dividida y en la inhibición de estímulos. Respecto a estos cambios existen opiniones ambiguas, ya que algunos autores como Madden (citado por Román Lapuente & Sánchez Navarro, 1998) han concluido, en la década de los 90, que no existen variaciones asociadas con la edad en la focalización de la atención, sin embargo otros autores han sugerido que el envejecimiento viene acompañado por una dificultad en la inhibición de estímulos irrelevantes dentro de un contexto concreto. En cuanto a la atención dividida, existe un consenso sobre las dificultades que presentan los adultos mayores para realizar tareas que requieran de esta, aunque algunos autores plantean que esta dificultad

refiere a la complejidad de la tarea y no a la atención (Román Lapuente & Sánchez Navarro, 1998; Correia Delgado, 2011).

El lenguaje en el envejecimiento no parece alterarse de manera importante, de hecho es la función menos afectada, sin embargo es posible observar algunas dificultades para denominar objetos y definir palabras, dificultad que se ha denominado “fenómeno de la punta de la lengua” y que tiene más relación con un problema de recuperación fonológica que a un acceso léxico (Román Lapuente & Sánchez Navarro, 1998; Custodio et al., 2012; Jurado, 2014), en tanto, autores como Ventura (2004) plantean lo contrario, es decir que en el envejecimiento no se alteran las capacidades de denominar objetos aunque sí podría observarse una confusión debido al bajo nivel educativo, además los adultos mayores tienen mayor dificultad en el procesamiento de estructuras sintácticas complejas; pese a ello, es común encontrar que estos tiendan a producir definiciones o explicaciones más largas, utilizando mayor cantidad de palabras que los jóvenes (Román Lapuente & Sánchez Navarro, 1998; Ventura, R., 2004).

Entre las habilidades visoespaciales, visoperceptivas y visoconstructivas que declinan con el envejecimiento, se encuentran la atención, orientación y memoria visoespacial haciendo referencia a una disminución en la codificación y el recuerdo de la localización espacial; así como también la capacidad para identificar figuras incompletas y la construcción o copia de figuras complejas, es decir que la dificultad se encuentra al realizar tareas visoconstructivas que requieran la coordinación de las funciones visoperceptivas y visoespaciales con las capacidades motoras (Ventura, 2004; Custodio et al. 2012; Jurado, 2014).

Respecto a la memoria, las personas mayores, reportan dificultades en la recuperación de información, pero no en el reconocimiento de esta. En este sentido, las dificultades de memoria en el envejecimiento normal no se dan de manera generalizada, algunos autores plantean que las memorias semántica y procedural permanecen estables mientras que las memorias de trabajo, episódica y prospectiva se ven afectadas (Hernández et al. 2007; Custodio et al., 2012; Jurado, 2014).

Envejecimiento cognitivo patológico

La necesidad actual de las neurociencias -y en especial de la neuropsicología- de diferenciar las características del deterioro cognitivo que podrían indicar el inicio de un

proceso neurodegenerativo, como una demencia tipo Alzheimer, de los cambios propios del proceso de envejecimiento, han llevado al desarrollo de distintos conceptos para definir este proceso, el último de los cuales refiere al Deterioro Cognitivo Leve (DCL), propuesto por Petersen para referirse a un estado intermedio entre la cognición normal y la patológica. Sin embargo, la creación de categorías intermedias entre el envejecimiento normal y la enfermedad de Alzheimer ha generado grandes controversias (Bruna et al., 2011).

En 1962, Kral utilizó el término “amnesia senil benigna” para describir el defecto amnésico asociado a la edad, diferenciando a los ancianos con defectos de memoria malignos -y que por lo tanto llegaban a la EA- de los que cursaban un envejecer con olvidos más leves (Donoso, Venegas, Villarroel & Vásquez, 2001). Fueron necesarias posteriores modificaciones de este concepto debido al reconocimiento de las fases preclínicas de la demencia como procesos patológicos diferentes al proceso normal de envejecer, dando como resultado el cambio de senilidad a demencia.

En 1982, el National Institute of Mental Health propuso el término “Deterioro de la Memoria Asociado a la Edad” (DEMAE), caracterizando al estado de declinación mnésica de los adultos mayores como normativo del envejecimiento. Años más tarde, en 1994 Levy planteó el concepto de “Declinación Cognitiva Asociada a la Edad” (DECAE), un declive de otras funciones cognitivas además de la memoria, como la concentración, la atención, el aprendizaje, el pensamiento, el lenguaje y las habilidades visoespaciales (Petersen, 2004; Bruna et al. 2011).

Finalmente, Petersen acuñó el término Deterioro Cognitivo Leve (DCL) refiriendo a una condición patológica determinada por un déficit cognitivo superior al esperado para la edad y nivel de escolaridad del sujeto, pero de insuficiente severidad como para cumplir con los criterios diagnósticos de demencia (Petersen, 2004; Samper Noa et al., 2011).

De acuerdo a Petersen los criterios diagnósticos de DCL son:

- Síntomas subjetivos de pérdida de memoria, corroborados por un informante válido.
- Estos síntomas son objetivados y confirmados mediante el estudio neuropsicológico de la memoria.
- La función cognitiva general se mantiene normal.
- Las actividades de la vida diaria (AVD) permanecen normales.
- No cumplir los criterios diagnósticos para demencia (Lorenzo Otero & Fontán Scheitler, 2004; Petersen, 2004).

Bruna et al. (2011) consideran que el criterio clave en el diagnóstico del DCL es la conservación de la autonomía funcional del individuo, criterio que hace la diferencia entre el DCL y las demencias

A pesar de lo expuesto anteriormente, el concepto de DCL es aún difuso. Algunos autores lo consideran como una etapa inicial de demencia, otros lo toman como la etapa intermedia entre el envejecimiento normal y el patológico, mientras que otros lo consideran una alteración propia del envejecimiento. Es por esta razón que la discusión científica se centra en tratar de delimitar los conceptos para la realización de los diagnósticos pertinentes. A continuación se presentan algunos de estas concepciones.

Pérez Martínez (2005) diferencia el Deterioro Cognitivo Leve del Declive Intelectual Asociado a la Edad. El primero hace referencia a la disminución del rendimiento de por lo menos una de las capacidades mentales como la memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, razonamiento, cálculo, habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visuoespacial, mientras que el segundo se presenta como un trastorno "leve" de la memoria para hechos recientes, manifestado en olvidos subjetivos cotidianos y transitorios.

Por su parte, Custodio et al. (2012) siguen la línea de Petersen y diferencian el DCL del DEMAE, manifestándose esta última como quejas subjetivas de pérdida de memoria en personas mayores de 50 años, descrita como gradual, reflejada como una dificultad para recordar nombres de objetos o personas conocidas, objetivadas en un rendimiento bajo en las pruebas de memoria pero con una conservación de las otras funciones intelectuales. Al mismo tiempo distinguen una alteración con una gama más amplia de trastornos cognitivos, no limitados a deficiencias de la memoria, como Deterioro Cognitivo Asociado a la Edad (DECAE).

Casanova Sotolongo , Casanova Carrillo & Casanova Carrillo (2004) también definen el DEMAE como una declinación de la memoria declarativa y episódica sin otra causa que lo explique, con sensación subjetiva de memoria, sin perjuicio de las AVD, pero como un fenómeno del envejecimiento normal, aunque asumen que el término normal es dudoso ya que existen ancianos que no presentan este trastorno, y por tanto se contradicen al mencionar que no es correcto identificar esta alteración como una consecuencia natural del envejecimiento.

Deterioro Cognitivo Leve

Como ya hemos dicho, el DCL es una alteración cognitiva de insuficiente intensidad como para ser catalogada como demencia, pues, tanto las quejas subjetivas de alteración de la memoria como de otras funciones cognitivas no alterarían la autonomía funcional en las AVD.

Hemos encontrado, en diferentes artículos, que la prevalencia del DCL varía ya sea de acuerdo a los criterios diagnósticos utilizados, al tipo de estudio realizado y a la muestra seleccionada, situándose entre el 3 y el 53%, generalmente el doble de la prevalencia de la demencia. La prevalencia del DCL incrementa con la edad, en personas entre 70 -79 años es de un 10% y en aquellos entre 80-89 años un 25%, es decir que con el progresivo aumento de esta población la proporción de afectados con DCL aumentará (Custodio et al., 2012), por lo tanto la edad avanzada es uno de los principales factores de riesgo relacionado a la prevalencia de DCL. Sánchez & Torrellas (2011) plantean que existen diferencias entre autores en cuanto a considerar el nivel educativo bajo y las diferencias entre los sexos como influyentes en el DCL.

En cuanto a los factores que podrían predecir el deterioro cognitivo leve, a nivel sociodemográfico, se encuentran la edad avanzada, el sexo femenino, nivel educativo y socioeconómico bajos; entre los factores biológicos, la diabetes, colesterol e hipertensión son los principales predictores, en tanto la historia familiar de demencia y ser portador del alelo ApoE4 son a nivel genético los determinantes de EA familiares y tempranas. Entre los factores físicos están los problemas de la marcha, nivel de autonomía y de independencia disminuidos y la reducción del volumen del hipocampo. Las dificultades en tareas de memoria, la capacidad lingüística disminuida y síntomas depresivos son los predictores psicológicos más destacados (López & Calero, 2009).

López & Calero (2009) sugieren que el riesgo de padecer deterioro cognitivo es mayor entre quienes presentan síntomas depresivos y señalan que tanto la vitalidad emocional como una actitud positiva ante la vida (tener proyecciones, sentirse útil y necesario, etc.) predicen una menor incidencia de la depresión y por ende, menor deterioro cognitivo al cabo de 10 años. Es así como la participación en actividades intelectuales, sociales y de ocio mantienen una relación positiva con la capacidad de ejecución de una gran variedad de tareas cognitivas, es decir que personas con un mayor nivel educativo,

intelectual u ocupacional poseen un estilo de vida más activo que contribuiría al mantenimiento de las actitudes positivas mencionadas anteriormente.

Respecto a las características del deterioro cognitivo leve, Ávila, Vázquez & Gutiérrez (2007) realizaron un estudio observacional en determinados consultorios médicos de Cuba cuyo objetivo fue caracterizar a los pacientes con deterioro cognitivo. Se tomó una muestra de 129 adultos mayores con deterioro cognitivo a los que se les aplicaron el MMSE modificado, Escala de Hughes y una encuesta. Como resultado, se encontró que el mayor número de pacientes con DC se encontraba dentro de los 75 a 79 años, con predominancia del sexo femenino. La mayoría de los casos presentó un nivel de escolaridad con primaria terminada, en este sentido, Katzman (citado por Ávila et al., 2007) sugiere que las personas con alto nivel educativo reducen el riesgo de presentar deterioro cognitivo (reserva neuronal). Entre los factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo se encontraron mayoritariamente el hábito de fumar, la hipertensión arterial, la diabetes y la cardiopatía isquémica, siendo los primeros dos factores los predominantes en el desarrollo de la demencia vascular. En cuanto a las funciones cognitivas afectadas, por encima del 95% se encontraron la orientación, la atención, el cálculo y la memoria inmediata con un 100%, siendo que la memoria es la función que primero se altera.

Si nos referimos a la clasificación, Petersen y colaboradores en 2001 (citado por Mulet et al., 2005; Custodio et al., 2012; Samper Noa et al., 2011) han distinguido tres tipos de DCL, llamando DCL Amnésico a aquel que presenta quejas subjetivas de alteración de la memoria, sin embargo, aun con esta alteración la persona mantiene estables las demás funciones cognitivas y sus AVD, este tipo de deterioro sería para Petersen el más frecuente con una etiología degenerativa siendo, de esta manera, una etapa prodrómica de EA; el DCL Difuso es aquel que manifiesta la presencia de diversas disfunciones cognitivas como en el lenguaje, las funciones ejecutivas, alteraciones visuoespaciales, no solo en la memoria, con cierto grado de alteración leve que no permite el diagnóstico de demencia, pero puede evolucionar a EA o a otros tipos de demencia; por último, el DCL Focal, no amnésico, es una alteración leve de alguna de las funciones cognitivas, excepto la memoria, que podría evolucionar a otro trastorno, y de esta manera nos orientaría hacia un determinado tipo de demencia.

En la investigación realizada por Mulet et al. (2005), en la que participaron una muestra de sujetos voluntarios sanos y otra de pacientes con diagnóstico de DCL, se llevó a cabo el seguimiento semestral de los pacientes con DCL durante dos años, con el fin de

describir la frecuencia de aparición de los distintos tipos de DCL y conocer cuáles de estos tenían mayor relación con la EA.

Como resultado se obtuvo que el DCL amnésico es poco frecuente entre aquellos pacientes que consultaban por fallas de memoria. De igual manera el DCL focal no amnésico también resultó muy poco frecuente, es decir que los pacientes que presentaban tipos de DCL limitados a una función cognitiva permanecieron estables luego de 2 años de seguimiento. A diferencia de otras investigaciones, el DCL difuso fue el que se observó con mayor frecuencia con evolución a enfermedad de Alzheimer, es decir que es posible observar distintas alteraciones cognitivas relacionadas con un progreso más evidente hacia EA (Mulet et al., 2005).

Esto confirmaría los resultados obtenidos por López y colaboradores (citado por Mulet et al., 2005; Custodio et al., 2012), quienes en 2003 a partir del seguimiento de pacientes con DCL plantean la existencia de dos síndromes clínicos, una forma amnésica y otra con un déficit cognitivo más amplio que no incluiría un cuadro amnésico, siendo este último el más frecuente. En sentido contrario, otros autores han distinguido el DCL en 4 subtipos clínicos, DCL amnésico simple o múltiple dominio y DCL no amnésico simple o múltiple dominio, los de tipo amnésico tendrían mayor probabilidad de progresar a EA mientras que los no amnésicos evolucionarían a otras demencias (Samper Noa et al., 2011).

Un estudio de Bennett y cols. (citado por Armas Castro, Carrasco García & Ángel Valdés, 2008) sobre el deterioro cognitivo en el anciano y las posibles variantes de su evolución reveló que al cabo de 3 años de seguimiento, 30% de los pacientes falleció sin desarrollar demencia y el resto progresó dentro del DCL, siendo muy bajo el porcentaje que desarrolló demencia. En un estudio anterior del mismo autor, se evaluaron 798 sujetos de los cuales el 26,4% tenían DCL. Tras 4 años y medio de seguimiento, 34% de los sujetos con DCL desarrolló demencia, mientras que de las personas sin deterioro, solo lo hizo el 7,2%. Por lo tanto, los autores concluyen que las personas con deterioro cognitivo leve tienen 3 veces más riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer que las personas sin él. Si bien no todos los sujetos con DCL evolucionarán a EA, el riesgo anual de progresión de los pacientes con DCL es mayor que el de la población general, 10-12% y 2%, respectivamente. Petersen et al. (1999) por su parte, han encontrado, durante el seguimiento de pacientes con DCL por varios años, que cada año un 12% de estos sufría una conversión a EA, siendo aún más frecuente en portadores del alelo ApoE4.

Por esta razón, es de gran importancia realizar un diagnóstico precoz de DCL que pueda diferenciarlo de un envejecimiento normal, y al mismo tiempo buscar aquellos marcadores que puedan identificar al grupo de pacientes que presente mayor riesgo de progresión a EA. Algunos de los marcadores de progresión a demencia más estudiados son la edad avanzada y junto con esto la edad tardía de aparición de los síntomas cognitivos, presencia del alelo ApoE4, bajas puntuaciones en tests de memoria visuoespacial, de orientación y de lenguaje, factores de riesgo vascular, entre otros (Armas Castro et al., 2008). Contrariamente, diferentes estudios han demostrado que una extensa red social, actividades de estimulación cognitiva y un alto nivel de reserva cognitiva están asociados con la reducción del riesgo de evolución a EA (Samper Noa et al., 2011).

Es por esto que nos parece pertinente desarrollar el concepto de reserva cognitiva que nos permitirá comprender de qué manera los procesos y actividades que realicemos a lo largo de nuestra vida tendrán influencia a la hora de hablar de un deterioro cognitivo.

Reserva cognitiva

El concepto de reserva cognitiva (en adelante RC) está muy ligado al envejecimiento pero también a las demencias. Nos permite explicar los beneficios a nivel cognitivo de estimular el cerebro a través de distintas actividades cognitivas, sociales y de ocio (León, García & Roldán, 2014). Es una capacidad que depende del contexto, procurando la adaptación del individuo al ambiente, actuando finalmente a modo de protector ante los efectos neurodegenerativos del envejecimiento.

Como señalan Lojo-Seoane, Facal & Juncos-Rabadán (2012) la reserva cognitiva es la adaptación del cerebro a una lesión utilizando recursos cognitivos preexistentes de procesamiento o recursos de compensación activando nuevas redes neuronales. Esta adaptación permitiría tolerar mejor los efectos de una patología como la demencia antes de llegar a las manifestaciones de la enfermedad.

La reserva cognitiva tiene como sustrato biológico a la reserva cerebral, que desde un enfoque pasivo, está relacionada a los aspectos neurobiológicos, dependiendo del tamaño o número de neuronas, el volumen cerebral y la densidad sináptica. Desde el enfoque activo, la conducta previa y actual de los sujetos serían determinantes, es decir, las experiencias de vida, la educación, la actividad laboral, la actividad física y de ocio y el estilo

de vida, determinarían, junto a la reserva cerebral, la diferenciación de sujetos con alta o baja reserva cognitiva (Lojo-Seoane et al., 2012; Mayordomo, Sales & Meléndez, 2015).

Ambos conceptos, reserva cerebral y reserva cognitiva, están ligados al concepto de plasticidad, esta hace referencia a la capacidad que tiene el cerebro de adaptarse a los cambios internos o externos, evidenciando la interacción existente entre estructura y función. La plasticidad está relacionada a la posibilidad de mejorar la ejecución de tareas mediante el entrenamiento cognitivo. Jones y colaboradores (citado por García Silva, 2015) han planteado en 2011 que la teoría de la plasticidad cognitiva supone una adaptación neural a las demandas del ambiente, y por lo tanto, a través de la remodelación de neuronas y el establecimiento de nuevas conexiones sinápticas se presenta una adaptación cognitiva relacionada con la adquisición de nuevas habilidades.

La RC es multifactorial, es decir que depende de múltiples factores como las capacidades innatas, factores socioeconómicos, educación y ocupación laboral, ocio en la edad adulta, entre otros. Son muchos los estudios que comprueban que el estilo de vida es un factor importante a la hora de detener o enlentecer el progreso de una demencia; aquellas personas que mantienen un estilo de vida saludable establecen una flexibilidad estratégica que puede verse reflejada en capacidades ejecutivas más eficientes mejorando el rendimiento en funciones como la memoria y la atención.

Es así que realizar actividades de ocio como viajar, realizar tareas complejas o que requieran el aprendizaje de nuevas habilidades, están asociadas a un bajo riesgo de demencia, el mismo efecto tendrían las actividades sociales de ocio. La actividad física mantiene y estimula el flujo sanguíneo cerebral aumentando la llegada de nutrientes al cerebro, favoreciendo la velocidad de procesamiento en la vejez y aumentando la eficacia nerviosa (García Silva, 2015).

Se han realizado investigaciones como las de Wang y cols. (citado por Mias, 2008) en las que se indaga el efecto de los hábitos de la vida diaria, como las actividades de ocio y el uso del tiempo libre. Estos investigadores estudiaron los efectos de mirar televisión, escribir, leer, realizar actividades físicas, viajar y visitar amigos, y encontraron que mantener la lectura y realizar juegos de mesa son factores protectores, mientras que la cantidad de horas en que se mira televisión es un factor de riesgo para el desarrollo de un deterioro cognitivo debido a que sería una participación pasiva.

Respecto a la educación, esta ha sido considerada el factor de mayor relevancia para la producción y mantenimiento de RC, es así que un nivel educativo alto oficiará de protector frente al deterioro cognitivo, retrasando la aparición de síntomas del mismo. Sin embargo, una vez instalada la enfermedad, un nivel educativo alto presentarían un declive más veloz (Lojo-Seoane et al., 2012).

Frente al deterioro cognitivo, los sujetos con mayor reserva cognitiva tendrían mayores estrategias de compensación de las funciones que resulten dañadas. La compensación es la maximización del rendimiento frente al deterioro cognitivo mediante el uso de estrategias que pueden ser tanto implícitas como explícitas. Las estrategias implícitas son las que refieren a la modificación de estructuras cerebrales frente al daño cerebral, en tanto que las explícitas, son las estrategias de carácter conductual y cognitivo que se ponen en marcha o se adquieren para compensar el deterioro. Cuando hablamos de mecanismos de compensación en el envejecimiento, los más utilizados son los referidos a la memoria, son los mecanismos de sustitución y remediación, es decir que los adultos mayores invierten tiempo en la práctica y ampliación de los esfuerzos por recordar nueva información (Mayordomo et al., 2015). Para poder entenderlo mejor será necesario explicar el concepto de memoria y cuál es el papel que cumple.

Memoria

Desde la psicología cognitiva, la memoria es un sistema de procesamiento de la información que permite almacenar experiencias, percepciones e información para su posterior evocación. Es una de las funciones más importantes a utilizar en la vida cotidiana ya que nos permite adaptarnos a distintas situaciones del presente y al igual que la atención, interviene en el funcionamiento de otras habilidades cognitivas como por ejemplo en el lenguaje (Ardila & Ostrosky, 2012).

En lo que respecta al envejecimiento, la memoria es la función cognitiva que mayor interés genera, ya que es por esta que los adultos mayores plantean quejas frecuentes y la presencia de estas, como ya dijimos, podría estar indicando algún tipo de trastorno demencial.

En la actualidad existen varios modelos de explicación de la memoria en cuanto a su estructura y su procesamiento, sin embargo, la distinción que utilizaremos será la de memoria sensorial a corto y largo plazo. La memoria sensorial es la primer etapa de la

memoria, es decir, cuando atendemos a la información que nos llega de nuestros sentidos, esa información pasa a una segunda etapa que es la memoria a corto plazo (Ardila & Ostrosky, 2012).

La memoria a corto plazo (MCP) está relacionada con la evocación inmediata de la información luego de su presentación, y es de capacidad limitada por lo que el olvido de esta información es rápido. La memoria a largo plazo (MLP) refiere a la evocación de la información luego de un tiempo determinado en el que la persona ha centrado su atención en otras tareas, no tiene un límite de recuerdos y la información que hasta allí llegue no se olvida fácilmente, es el almacén definitivo de los recuerdos (Lorenzo & Fontán, 2004; Ardila & Ostrosky, 2012).

La MCP se explica a través de la memoria de trabajo, esta refiere a la capacidad de mantener la información mientras realizamos una tarea con ella o la actualizamos, es decir, es un sistema que mantiene y manipula, de forma activa y temporal, la información, permitiendo el aprendizaje de nuevas tareas (Lorenzo Otero & Fontán Scheitler, 2004; Ardila & Ostrosky, 2012).

En el caso de la MLP, la clasificación más común es entre memoria semántica y memoria episódica, aunque autores como Lorenzo Otero & Fontán Scheitler (2004) distinguen además entre memoria procedural, declarativa y prospectiva. La memoria procedural refiere al recuerdo de procedimientos o habilidades adquiridas. La memoria declarativa es la que puede ser verbalizada, comunicada, el aprendizaje declarativo es rápido y puede consolidarse con pocas repeticiones. En cuanto a la memoria episódica, esta refiere a episodios específicos de nuestra vida, ordenados cronológica y contextualmente, y también marcados por lo afectivo; existen dos componentes de la memoria episódica, la memoria autobiográfica y la memoria episódica para hechos públicos, la primera refiere a hechos personales, es la base de la individualidad, mientras que la segunda refiere a hechos que afectan a muchas personas de un grupo humano en un contexto determinado como por ejemplo una guerra. La memoria semántica, refiere a los conocimientos sobre el mundo, los conceptos y el conocimiento profesional, no necesita una referencia temporal, se caracteriza por una falta de conciencia sobre cuándo se estableció. Por último, la memoria prospectiva es la capacidad para recordar cosas que van a suceder, implica recordar un plan o una intención de hacer en un tiempo determinado, es la memoria de agenda (Lorenzo Otero & Fontán Scheitler, 2004; Ardila & Ostrosky, 2012).

Como explicamos anteriormente, la memoria es una función cognitiva, sin embargo puede ser explicada desde la gerontología social. Siguiendo a Arich de Gutmann (1998):

“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 (...) La ausencia de memoria, o aun un leve déficit, interfiere en múltiples aspectos de la vida personal y profesional (...) Guía nuestro desempeño, modela nuestra conducta y moldea nuestra personalidad” (p.279).

Arich de Gutmann (1998) plantea que muchos de los trastornos de memoria asociados a la edad pueden vincularse con la pérdida del rol social marcado por la jubilación, el aislamiento de la familia, la posible pérdida del compañero de vida. Con el envejecimiento la persona se ve desplazada del lugar que ocupaba y reubicada en otro en el que no hay motivaciones para el aprendizaje, al desarrollo ni a la mejora del desempeño intelectual, por lo que la memoria ya no es ejercitada como antes. En la misma línea Moragas (1995) sugiere que entre las causas de pérdida de memoria existe una base biológica, referida a los cambios a nivel cerebral, y también una base psicosocial, que generaría mayor impacto que las limitaciones orgánicas. Esta base psicosocial refiere al nivel de inteligencia, siendo que aquellos con un bajo nivel intelectual suelen recordar peor. Perdiendo la memoria, la persona pierde las referencias que le permiten orientarse en la vida, volviéndose dependiente.

Pérez Fernández (2009) realizó un estudio cualitativo de tipo inductivo - comprensivo con mujeres adultas mayores con QSM, del “Programa de prevención de los trastornos memoria” de la Facultad de Psicología, buscando comprender, en esta población, las principales condiciones de producción de los recuerdos y los olvidos en la vida cotidiana y su vinculación con aspectos psicológicos y psicosociales. En esta investigación se logró recopilar algunas de las explicaciones que las participantes tenían acerca de los trastornos de memoria, algunas asociándolos a un hecho normal del envejecer y por lo tanto manifestando ciertos prejuicios sociales como vincular la vejez con la enfermedad y la vulnerabilidad.

Para poder visualizarlo tomamos algunos fragmentos de estas explicaciones:

“...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.” (Pérez Fernández, 2009, p.109).

Muchas veces los problemas de la memoria en la vejez se pueden encuadrar en el concepto de *Viejísimo* propuesto por Butler en 1973 (citado por Salvarezza, 1991). Este concepto hace referencia a los prejuicios y discriminación que se ejerce sobre los viejos, pero también es posible observar que el propio viejo es portador de este prejuicio en la desvalorización, la pérdida de autonomía, la poca seguridad en sí mismo, la disminución de la estimulación como un “dejarse estar”, pérdida del rol social y profesional.

Esto es planteado por Levy & Langer (1994) al estudiar los procesos psicológicos y sociales que pueden influenciar la pérdida de memoria en la vejez. Estas autoras diseñaron una investigación sobre memoria y actitudes hacia la vejez en la que participaron 30 miembros de 3 culturas: oyentes de la cultura china (estereotipos no tan negativos), cultura de oyentes americanos y sordos americanos- esta última fue elegida por considerar que las personas no oyentes no están expuestas a estos estereotipos que se dan en las conversaciones de la vida diaria-. La mitad de los participantes eran adultos de entre 59 a 91 años a los cuales midieron su rendimiento de memoria y la actitud que tenían estos sujetos hacia la vejez. Como resultado se obtuvo que los estereotipos de la vejez tenían una estrecha relación con el rendimiento de memoria en las personas mayores, siendo el grupo de los americanos oyentes el que mostró actitudes más negativas hacia la vejez y el que peor rendimiento tuvo en tareas de memoria (Levy & Langer, 1994).

A partir de esto podríamos decir que es importante tener en cuenta el componente psicosocial y cultural en el diagnóstico de un trastorno de memoria, así como también la percepción que la persona tiene sobre sí y sus capacidades. En este sentido, nos parece

importante hablar de la queja subjetiva de memoria como manifestación de un problema del que da cuenta el adulto mayor en la consulta.

Queja subjetiva de memoria y DCL

Durante los últimos años se ha prestado mayor interés al papel que cumple la queja subjetiva de memoria (QSM) como predictora del DCL. Cuando hablamos de QSM nos referimos a la percepción que la persona tiene acerca del funcionamiento de su memoria, cuando la persona comienza a tomar conocimiento de que su memoria no funciona de la misma manera que lo hacía. Estas quejas refieren a olvidos tanto de hechos recientes, como sucesos pasados, citas o encargos futuros, constituyendo un trastorno funcional de la memoria (Salvo, 2014). Al ser estas quejas de carácter subjetivo, se ha intentado objetivarlas mediante pruebas de rendimiento de memoria, sin embargo, no es posible obtener evidencia de las mismas en este tipo de pruebas.

En esta línea, existen estudios en los que se vinculan las QSM a aspectos multicausales, entre los que se incluyen componentes psicológicos, como la ansiedad y la depresión, el estado de ánimo y la personalidad. Pearman & Storandt (citado por Pérez Fernández, 2009) encontraron una estrecha relación entre QSM, ansiedad y rasgos de personalidad, correlacionando la autoestima y la QSM, como aspectos mutuamente potenciadores de forma negativa.

Según autores como Mias, Luque, Bastida & Correché (2015), las QSM han sido asociadas a la velocidad de procesamiento, la percepción subjetiva de uno mismo, algunos aspectos de la personalidad, la depresión, estados afectivos, una pobre red social acompañada de una visión negativa de la vejez, una mayor conciencia de déficit, las actividades diarias y la calidad de vida; de esta manera los autores plantean que los afectos negativos distorsionan la apreciación que tiene cada sujeto acerca de su memoria. Es por esto que las quejas a las que los adultos mayores hacen referencia tendrían mayor relación con factores psicológicos que con un deterioro cognitivo real.

A ello apunta un estudio realizado por Hanninen, Reinikainen & Helkala (citado por Mias, 2008) en el que se evaluó la relación entre las QSM, la performance objetiva de memoria y los rasgos de personalidad en 403 sujetos de entre 67 y 78 años a los que dividieron en grupos con y sin QSM. Estos investigadores no lograron encontrar una correlación entre las QSM con la performance objetiva, sin embargo pudieron observar que

aquellos quienes presentaban mayores quejas también mostraban una mayor tendencia a la somatización, ansiedad y preocupación por su estado físico, además de mayores sentimientos sobre sus competencias y capacidades.

En cuanto al valor predictivo de las QSM ante el DCL, Mias (2008) ha realizado una revisión de estudios cuyos resultados son contradictorios entre sí, por lo que nos parece importante mencionar algunos de ellos.

Jonker y colaboradores (citado por Mias, 2008) en la Universidad de Amsterdam investigaron la relación de las QSM y la performance objetiva en los test de memoria. Para ello interrogaron a 30 profesionales de 65 a 85 años sobre el funcionamiento de su memoria en la vida diaria y utilizaron las escalas de memoria del test de cribado cognitivo de Cambridge. Encontraron que los sujetos con quejas de memoria tenían una menor performance en las pruebas, por lo que concluyeron que las quejas podrían ser indicadoras de deterioro que debía ser seguido en el tiempo.

Otro grupo de investigadores es el de Schofield et al (1997) de la Universidad de Columbia, quienes estudiaron la asociación de las QSM y el declive cognitivo en sujetos con DCL en 364 sujetos. Obtuvieron que el 31% de los sujetos normales y el 47% de los que tienen deterioro presentaban quejas de memoria. Con el seguimiento, se observó que quienes tenían quejas también tenían un mayor declive de la memoria y por lo tanto, en sujetos con DCL se podría predecir un deterioro evolutivo.

En una línea diferente, Smith y Petersen (citado por Mias, 2008) investigaron la relación entre las quejas cognitivas de memoria, el estrés y los cambios objetivos en la memoria, para lo cual realizaron un estudio longitudinal de 3 años. Como resultado se encontró que el estado emocional es el mejor predictor de las quejas, considerando que a pesar de que las personas con DCL tienen más quejas, estas no son suficientes para identificar este estado cognitivo. Sin embargo, Petersen continúa manteniendo la presencia de QSM como criterio diagnóstico de DCL.

A partir de lo expuesto hasta ahora podríamos decir que los estudios son poco esclarecedores en cuanto a la relación de las quejas y el deterioro de la memoria. En lo que respecta a la utilidad de las QSM como predictor de DCL no hay acuerdo, debido a que la presencia de estas es necesaria para el diagnóstico de DCL, sin embargo se cuestiona la baja especificidad y sensibilidad como criterio diagnóstico de dicha entidad.

Es por esto que un grupo de investigadores como Jungwirth & cols. (citados por Mias, 2008), cuestionaron la utilidad de considerar las QSM en los criterios de DCL, para lo cual realizaron un estudio transeccional con 302 sujetos sin demencia, comparando grupos con alto/bajo nivel de quejas y deterioro/normalidad. Obtuvieron que las QSM se presentaban en un 53% y que no tenían relación con el deterioro objetivo de la memoria, pero si correlacionaron con depresión y ansiedad, además el 94% de las personas con deterioro no presentaban quejas. Con estos resultados los autores consideran aportar evidencia en contra de la inclusión de las QSM en el diagnóstico de DCL.

Si bien es sabido que las QSM son frecuentes en pacientes con DCL y cumplen uno de los criterios diagnósticos del mismo, es necesario establecer una relación de las mismas con otras variables debido a que los problemas de memoria y sus consecuencias pueden motivar conductas y reacciones negativas, cambios de humor, ansiedad y depresión, aspectos que podrían predecir un deterioro temprano que no se observa en el testado neuropsicológico (Mias et al., 2015), además un alto grado de quejas en sujetos con DCL podría estar motivado por una valoración más consciente de una disminución de la memoria, es decir una mayor conciencia de déficit (Mias, 2008).

Siguiendo a Mias (2008), en diversos estudios se evidencia una mayor conciencia de déficit en aquellos sujetos con DCL, posiblemente porque observan mayores dificultades en la vida diaria, aunque no se trate de dificultades en el desempeño real. Se podría presuponer que en personas con DCL la percepción de mayores problemas en la vida diaria referido en el alto grado de quejas demandaría acciones reparadoras o compensadoras al realizar las tareas.

Algunas conclusiones

Una vez expuestos los cambios neuropsicológicos que experimentan los adultos mayores en el envejecimiento, así como también los aspectos característicos de la vejez, podemos dar cuenta de que, por un lado, la queja subjetiva de memoria es un muy importante predictor de deterioro cognitivo leve, mientras que por otro lado, la percepción que el anciano tiene sobre sí mismo y sus capacidades es fundamental para la comprensión de este deterioro.

Los declives tanto del funcionamiento mental como del funcionamiento físico resultaron ser los principales signos observables del envejecimiento. Estos cambios obligan, de cierta manera, a que la persona deba reformular el concepto de sí mismo y de su identidad. Siguiendo a Antequera-Jurado, & Blanco Picabia (1998) el autoconcepto es uno de los factores que mayor peso tiene en la forma que la persona vivencia y afronta su problemática, siendo este “el conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo” (p.98).

En este sentido, el proceso de envejecer se ve muy asociado al miedo, la inutilidad, la pasividad y la dependencia, estereotipos atribuidos a la vejez como negativos que se transforman en prejuicios. Estos últimos al combinarse con cambios ambientales y sociales, ejercen gran presión para que la persona asuma este rol de viejo. Es así que la idea de la vejez pasiva, la falta de autonomía, la segregación social, entre otros aspectos, influyen en una percepción y actitud negativa ante la vejez por parte de los mismos viejos que influirá en el desarrollo de las enfermedades neurodegenerativas.

En esta línea, algunos cambios que suceden en el envejecimiento a nivel cerebral explican algunas de estas actitudes de los viejos. La afectación del lóbulo frontal implica un cambio en la conducta del sujeto que volvería al adulto mayor más irritable y susceptible, mientras se hace observable cierto grado de apatía, preferencia por actividades rutinarias que no impliquen nuevos aprendizajes, falta de iniciativa y con esto el retraimiento social y el aislamiento.

Por otro lado, acerca de los cambios cognitivos, encontramos un declive de la atención selectiva, la nominación de objetos, las funciones ejecutivas y la memoria a corto plazo que se deben, en gran parte, a la disminución de la velocidad de procesamiento de información. Algunos autores plantean estos cambios como naturales del envejecimiento normal, sin embargo, otro grupo de autores los consideran dentro del envejecimiento

cognitivo patológico. Lo que hemos podido dar cuenta es que tanto en uno como en otro caso es posible que se den estos cambios, es decir, existe un solapamiento entre el envejecimiento normal y el DCL y entre el DCL y la Enfermedad de Alzheimer, y por lo tanto es difícil marcar una frontera entre ellos.

En cuanto al DCL como entidad clínica, si bien Petersen propone los criterios diagnósticos, se advierte que sus características aún son difusas y requieren mayor evaluación e investigación para llegar a un acuerdo sobre su utilidad clínica. El desconocimiento de su alcance y el valor que tiene poder considerarlo una fase intermedia entre el envejecimiento normal y el Alzheimer, o una fase inicial de la enfermedad, recae sobre la necesidad de realizar un diagnóstico precoz, el cual sería de suma importancia a la hora de identificar pacientes con mayores riesgos de progresión a EA y de permitirle a la persona elevar su calidad de vida.

En otro orden, hemos encontrado que las redes sociales, actividades que favorecen la estimulación cognitiva y un alto nivel de reserva cognitiva reducen el riesgo de evolución a EA. Así también un estilo de vida saludable, realizar actividades de ocio o que requieran el aprendizaje de nuevas habilidades, la educación, entre otros, son aspectos importantes a la hora de enlentecer o detener la evolución a una demencia, ya que el declinar de la memoria es más lento en personas con alto nivel educativo y ocupacional.

Entre los aspectos mencionados, la educación es considerada el factor de mayor relevancia para la producción y mantenimiento de la reserva cognitiva porque aumenta la densidad e interconexión de las redes neuronales, por lo que, frente a un deterioro, aquellos quienes han logrado una mayor RC tendrían mayores estrategias de compensación de las funciones dañadas. Respecto a las estrategias de compensación, las ayudas externas han sido las más utilizadas por los adultos mayores como mecanismo compensatorio del bajo rendimiento de la memoria en la vida cotidiana.

En cuanto a la memoria, hemos podido constatar de acuerdo a la perspectiva de la psicogerontología social que los trastornos relacionados con la memoria en adultos mayores tienen gran vinculación con la pérdida del rol social. Es decir que los adultos mayores pueden llegar a sobrestimar los descensos de sus capacidades y vivenciarlos como propios de la edad. Existen estudios que relacionan los estereotipos negativos sobre la vejez con el rendimiento de memoria, sin embargo, es necesario que se continúe estudiando este aspecto, es decir, creemos importante tener en cuenta el componente psicosocial y cultural,

así como también la percepción que tiene de sí mismo el adulto mayor, al momento de realizar un diagnóstico de un trastorno de memoria.

De esta manera, las Quejas Subjetivas de Memoria, como uno de los motivos de consulta más frecuente entre los adultos mayores, juegan un papel igualmente importante a la hora de realizar un diagnóstico de DCL, ya que es la percepción que la persona tiene sobre los cambios en su memoria, referencia que también puede alertar sobre un cambio cognitivo. Por tal motivo consideramos de relevancia indagar qué es lo que el paciente nos dice con esta queja, dado que estas dan cuenta de aspectos psicosociales de la persona así como también de sus hábitos de vida.

Al mismo tiempo, consideramos que el estudio de las QSM es necesario en el diagnóstico de DCL tanto para confirmarlo como para advertir que otra cosa está causando los problemas en la memoria. Esto último nos parece necesario en tanto que las quejas tienen una estrecha relación con estados psicoafectivos, el estado de salud autopercebido, y algunos hábitos de la vida diaria, es decir, tienen un valor predictivo ante el DCL en función de su interacción con otras variables.

Finalmente, creemos que existe una falta en cuanto al aspecto teórico sobre el estudio de la subjetividad de los adultos mayores que presentan DCL por lo que nos preguntamos ¿Qué se necesita para poder producir conocimiento acerca de esta situación? ¿Por qué aún no se han tomado en cuenta estos aspectos de manera integrada? ¿podemos asociar esta carencia al modelo biomédico hegemónico?, encontramos una necesidad de investigar cualitativamente lo referente a las quejas subjetivas de memoria, las memorias, el DCL y la percepción que tiene el adulto mayor sobre su vejez, investigaciones que se centren en la narrativa y las vivencias de estas personas.

Desde la psicología tenemos la posibilidad, gracias a nuestra formación, de integrar el aspecto cognitivo con el vivencial. Indagar acerca de cómo influye la percepción negativa de la vejez en el deterioro, pero también como este último influye en la persona, implica darle un papel protagónico al adulto, un espacio de escucha y de trabajo activo, que le permita contar su vivencia de deterioro, y es por esto que si bien el DCL no evoluciona de igual manera en todos los casos, es importante acompañar a estas personas en este proceso, más aún si le significa el camino a una posterior demencia.

En este sentido, podríamos decir que para comprender el Deterioro Cognitivo Leve y lo que este le significa al sujeto, consideramos fundamental tenerlo en cuenta como algo

global y en relación a su vida cotidiana, desarrollando una perspectiva que logre incorporar lo cognitivo con la percepción de la vejez que tiene la persona y todo lo que esta conlleva, pudiendo implementar nuevas formas de abordaje multidisciplinario que se adecuen y se acerquen a la realidad de estas personas.

Referencias

Antequera-Jurado, R. & Blanco Picabia, A. (1998). Percepción de control, autoconcepto y bienestar en el anciano. En Salvarezza (Comp.), *La vejez: una mirada gerontológica actual* (pp. 95-119). Buenos Aires: Paidós.

Ardila, A. & Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. Neurohealth, Instituto de neurociencias aplicadas. Recuperado de: http://ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv_guia_para_el_diagnostico_neuropsicologico.pdf

Arich de Gutmann, L. (1998). Posibilidades de intervención frente a los trastornos de memoria asociados a la edad. En Salvarezza (Comp.), *La Vejez: una mirada gerontológica actual* (pp. 279-293). Buenos Aires: Paidós.

Armas Castro, J., Carrasco García, M.R. & Ángel Valdés, S. (2008). Los factores de progresión del deterioro cognitivo leve a la enfermedad de Alzheimer. *Rev. Hab. de Cs. Med.* 7(4). Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/rhab/rhcm_vol_7num_4/rhcm21408.htm

Ávila, M., Vázquez, E. & Gutiérrez, M. (2007). Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor. *Ciencias Holguín*, 13(4), 1-11.

Bruna, O., Roig, T., Puyuelo, M., Junque, C. & Ruano, A. (2011). *Rehabilitación neuropsicológica: intervención y práctica clínica*. Barcelona: Elsevier Masson.

Casanova Sotolongo, P., Casanova Carrillo, P. & Casanova Carrillo, C. (2004). Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Rev. Cub. Med. Gen. Integr.* 20(5-6).

Correia Delgado, R. (2011). Cambios cognitivos en el envejecimiento normal: influencias de la edad y su relación con el nivel cultural y el sexo (Tesis). Universidad de la Laguna, España.

Custodio, N., Herrera, H., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J. & Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿Dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?. *An. Fac. Med.* 73(4), 321-330.

Donoso, A., Venegas, P., Villarroel, C. & Vásquez, C. (2001). Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer incial en adultos mayores. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.* 39(3), 231-238.

Fernández Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Humanitas, Humanidades Médicas*, 1, 27-38.

Galindo y Villa Molina, G. & Balderas Cruz, E. (2004). La evaluación neuropsicológica del anciano. *Salud Mental*, 27(3), 9-18. Recuperado de

García Silva, L. M. (2015). *Reserva Cognitiva: Una Revisión*. (Trabajo final de grado). Universidad de la República, Montevideo.

Hernández, L., Montañés, P., Gámez, A., Cano, C. & Núñez Castellar, E. (2007). Neuropsicología del envejecimiento normal. *Rev. Asoc. Colom. Gerontol. Geriatr.* 2(1).992-1000.

Jurado, M^a A. (2014). *Envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y demencia*. En Jurado, M^a A., Mataró, M. & Pueyo, R., *Neuropsicología de las enfermedades neurodegenerativas (pp.11-34)*. Madrid: Síntesis.

León, I., García-García, J., Roldán-Tapia, L. (2014). Escala de Reserva Cognitiva y envejecimiento. *Anales de Psicología*, 31(1), 218-224.

Levy, B.R. & Langer, E. (1994). Aging free from negative stereotypes: Successful memory in China and among the American Deaf. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(6), 989-997.

Lojo-Seoane, C., Facal, D. & Juncos-Rabadán, O. (2012). ¿Previene la actividad intelectual el deterioro cognitivo? Relaciones entre reserva cognitiva y deterioro cognitivo ligero. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 47(6), 270–278

López, A.G. & Calero, M.D. (2009). Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 44(4), 220-224.

Lorenzo Otero, J. & Fontán Scheitler, 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.

Lorenzo Otero, J. & Fontán Scheitler, L. (2004). *Fundamentos de neuropsicología clínica*. Montevideo, FEFMUR.

Mayordomo, T., Sales, A. & Meléndez, J. C. (2015). Estrategias de compensación en adultos mayores: Diferencias sociodemográficas y en función de la reserva cognitiva. *Anales de Psicología*, 31 (1), 310-316.

Mías, C. D. (2008). Quejas subjetivas, memoria y depresión en la normalidad y el deterioro cognitivo leve. (Tesis de doctorado). Facultad de Ciencias Médicas, Córdoba.

Mías, C. D., Luque, L. Bastida, M., Correché, M^a. S. (2015). Quejas subjetivas de memoria, olvidos de riesgo y dimensiones psicopatológicas: Aspectos diferenciales entre el declive y deterioro cognitivo leve. *Rev. Neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 15 (2), 53-70.

MIDES (2014). Nuevas políticas de envejecimiento y vejez. Montevideo, Ministerio de Desarrollo social

Montañés, P. & De Brigard, F. (2005). Envejecimiento, demencia y enfermedad de Alzheimer. *En Neuropsicología clínica y cognoscitiva*. Bogotá: Editora Guadalupe Ltda. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/1511/2/01PREL01.pdf>

Moragas, R. (1995). *Gerontología social: envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.

Mulet, B., Sánchez-Casas, R., Arrufat, T.M., Figuera, L., Labad, A. & Rosich, M. (2005). Deterioro cognitivo ligero anterior a la enfermedad de Alzheimer: tipologías y evolución. *Psicothema* 17(2), 250-256. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3095.pdf>

OMS (2013). *La salud mental y los adultos mayores*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

OMS (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf

Paredes, M., Berriel, F., LLadó, M., Carbajal, M., Nathan, M., González Arias, D., Ciarniello, M. & Pérez Fernández, R. (2013). La sociedad uruguaya frente al envejecimiento de su población. Montevideo: UR. CSIC. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/4551/1/Psico-MarinaParedes.pdf>.

Pérez Fernández, R. (2009). *La dimensión psicológica de los recuerdos y los olvidos en mujeres mayores con queja subjetiva de memoria*. (Tesis de Maestría). Facultad de Enfermería, Montevideo.

Pérez Martínez, V.T. (2005). Deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Rev. Cub. Med. Gen. Integr.* 21(1-2).

Petersen, R.C., Smith, G.E., Waring, S.C. Ivnik, R.J., Tangalos, E.G., Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment, clinical characterization and outcome. *Arch. Neurol.* 56, 303-308.

Petersen, R.C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine* 256, 183-194.

Román Lapuente, F. & Sánchez Navarro, J.P. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología* 14(1), 27-43.

Salvarezza, L. (1991). *Psicogeriatría: Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós

Salvo, L. (2014). *La WAIS III como instrumento para el estudio de la memoria en una población de adultos mayores con Queja Subjetiva de Memoria*. (Tesis de Maestría). Facultad de Psicología, Montevideo.

Samper Noa, J.A., Llibre Rodríguez, J.J., Sánchez Catases, C. & Sosa Pérez, S. (2011). El deterioro cognitivo leve. Un paso antes de la enfermedad de Alzheimer. *Rev. Hab. de Cs. Med.* 10(1), 27-36.

Sánchez, J.L. & Torrellas, C. (2011). Revisión del constructo deterioro cognitivo leve: aspectos generales. *Rev. Neurol.* 52(5), 300-305.

Schhofield, P., Marder, K., Dooneief, G., Jacobs, D.M., Sano, M. & Stern, Y. (1997). Association of subjective memory complaints with subsequent cognitive decline in community-dwelling elderly individuals with baseline cognitive impairment. *Am J Psychiatry* 154 (5), 609-615.

Thevenet, N. (2013). Cuidados en personas adultas mayores. Análisis descriptivo de los datos del censo 2011. Recuperado de http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/23285/1/13.05_-_snc_informe_censo_-_adultos_mayores.pdf

Ventura, R. (2004). Deterioro cognitivo en el envejecimiento normal. *Rev. de Psiquiatría y Salud Mental*, 5 (2), 17-25.

Zarragoitia Alonso, I. (2007). Lo cognitivo en la ancianidad. *Rev Arg. de Clín. Neuropsiq.* 14(2), 43-54.