



Lic. Silvia Gabriela Vázquez¹; **Colaboradores: Lic. Mónica Strachsnoy**²,
Dra. Lina Grasso³, **Lic. Adriana Rozanski**⁴, **Dr. Mario Fichman**⁵ y **Dr. Pablo Sanz**⁶.

¹ Psicopedagoga especializada en Psicogerontología, docente y Secretaria de Extensión Universitaria (UdeMM). ² Psicoanalista, investigadora (UNLZ), docente en UdeMM y el Programa UNITE para la 3ª edad. ³ Doctora en Psicología, Especialista en Neuropsicología Clínica, docente y becario del CONICET. ⁴ Psicóloga, especialista en Metodología de la Investigación científica (UNLA), docente (UNITE-UNLZ). ⁵ Médico Especialista en clínica médica con orientación geriátrica. Docente invitado en UNITE (UNLZ). ⁶ Médico, Licenciado en Medicina, especialista en Neurología, becario del CONICET.

Abordaje interdisciplinario del adulto mayor

Resumen:

Recientemente ha finalizado el curso: “Abordaje interdisciplinario del adulto mayor”, que coordinamos en conjunto con la Lic. Mónica Strachsnoy en UdeMM. El mismo contó con la participación de destacados especialistas –cuyas ponencias aparecen aquí resumidas– y la apertura del reconocido **Dr. Leopoldo Salvarezza**, pionero de la Psicogerontología.

Por otra parte, a partir del año 2006, desde la Secretaría de Extensión, llevamos a cabo “Encuentros de Diálogo Intergeneracional”, en los que representantes de la 3ª edad, estudiantes universitarios y adolescentes, aprenden mutuamente de sus experiencias. El objetivo de este artículo es compartir nuestra reflexión sobre lo acaecido en ambos espacios.

1. “¿Vocación, aprendizaje y deseo en la tercera edad?”*

1.1 Expectativa y calidad de vida

En nuestro país, las personas de más de sesenta años ascienden a 4.871.957 (INDEC, censo 2001), mientras que en la Ciudad de Buenos Aires, las últimas estadísticas indican que el 22% de la población ha pasado los 65 años.

Según un informe de la ONU¹ (2001) sobre envejecimiento de la población mundial, en el 2050 el número de personas mayores de 60 años triplicará al actual –llegando a los 2.000 millones– y habrá dos mayores por cada niño.

Es por ello que en la última Asamblea Mundial del Envejecimiento (Madrid, 2002) se ha recomendado la formación de recursos humanos para que estén en condiciones de enfrentar eficazmente el impacto que tendrá el

envejecimiento mundial a nivel social, laboral, sanitario y económico. Gracias al aumento de la expectativa de vida del ser humano, el camino a recorrer entre el final de la adolescencia y el arribo a la vejez, abarca actualmente entre cinco y seis décadas. Sin embargo, que los años a vivir sean más, no significa que esa vida ganada implique necesariamente calidad.

Sabemos que la calidad de vida de una persona está estrechamente relacionada con las características del entorno en el que habita.

Cuando hablamos de “entorno”, no nos referimos exclusivamente al contexto físico, sino a un concepto integral que supone la posibilidad de ser cuidado, respetado, valorado, así como de expresar/recibir afecto y proyectar a corto, mediano o largo plazo.

Según Ginés González García y Federico Tobar (1999), nuestra salud está determinada por cuatro factores principales: Un 27% corresponde a lo genético, un 19% a la variable ambiental, un 11% a la adecuación o no del sistema sanitario y el 43% restante al estilo de vida. La edad suele

* Lic. Silvia Gabriela Vázquez

¹ Clarín “Informe de la ONU de alcance Mundial”, 15 de marzo de 2007.

considerarse como el quinto factor, siempre sumada a la percepción del individuo acerca de su propio estado. Se ha escrito mucho acerca del “estado de duelo” que transitan los adolescentes: por el rol y el cuerpo de niño, los padres de la infancia, etc. Sin embargo, en el caso de los adultos mayores, suele hacerse hincapié únicamente en el duelo por la desaparición física de sus parejas, hermanos o pares, dejándose de lado el padecimiento por otras pérdidas –reales o imaginadas– que pueden resultar altamente significativas.

A la aceptación de “la finitud de la vida, la incompletud del ser humano, las cosas que ya no se van a realizar, la pérdida de algunos atributos de la juventud o la madurez” (Herrán, 1995), la disminución de la flexibilidad del cuerpo, o de la nitidez en la visión y la audición... suele sumarse la nostalgia por el tiempo ocupado, ahora *obligatoriamente libre*...

La crisis de los mayores se superpone o acopla a otras crisis en la familia, haciendo resurgir la vivencia de desamparo propia del ser humano, que a menudo se acrecienta frente a la jubilación.

Son cada vez más los jóvenes que tienen la oportunidad de contar con sus cuatro abuelos, activos y saludables. Sin embargo, suelen aparecer ciertas creencias disfuncionales y algunos prejuicios (como aquellos que Salvarezza denomina “viejismo”) que impiden un vínculo positivo tanto a nivel “abuelos/nietos”, como entre adolescentes/adultos mayores en general.

Cuando las crisis vitales “se combinan”, se generan situaciones conflictivas y reacomodamientos: algunas familias los superan con éxito, mientras que otras no logran encontrar una solución.

Diferencia que puede explicarse a partir de los conceptos de “resiliencia” y “resiliencias familiares” que asocian la capacidad de sobreponerse a las adversidades –fortaleciéndose– con el hecho de encontrar sentido a lo que se vive, aún cuando pueda acarrear sufrimiento.

Esta última cualidad caracteriza a las “creencias funcionales” (Beck, 1992) que –a diferencia de las disfuncionales o limitantes, generan autoevaluaciones positivas y un nivel consistente de autoestima, pilar fundamental de la resiliencia.

Si bien los rasgos de personalidad se van consolidando con el paso de los años, cuando los mayores aceptan el ciclo vital que atraviesan, su deseo de dejar testimonio puede llevarlos a construir nuevos proyectos y –en ocasiones– a modificar sus creencias disfuncionales, implementando cambios positivos en su vida.

1.2 Del trabajo a la jubilación...prejuicios y búsqueda de sentido

Entre los factores de riesgo que encontramos en la vejez, existe una amplia gama de variables relacionadas con lo vincular, la comunicación, la rigidez yoica, los mitos y prejuicios. Uno de los prejuicios que circula a menudo es que “la *gente grande* es como los chicos” y como consecuencia se busca *entretenerlos* o enseñarles algo que les ayude a *matar* el tiempo.

Cabría preguntarse si todos los programas preventivos –en Hospitales, Hogares o Centros– tienen **sentido** para los adultos mayores. ¿Hasta qué punto atienden las necesidades *sentidas* por la población a la que están dirigidos, más allá de las que cree

percibir el equipo de salud? ¿Cómo pensar en actividades que se acerquen más a sus deseos, permitiéndoles disfrutar del merecido tiempo libre que finalmente tienen?

¿A qué obedece que la vivencia de este tiempo propio sea placentera o dolorosa para un adulto mayor? ¿Dependerá de que pueda re-crearlo mientras se re-crea a sí mismo? ¿Repercutirá positivamente sólo en la medida en que pueda encontrarle un **sentido**?... Es posible, en especial, ante la pérdida de esa particular identidad que brindaba el “trabajo” y que ahora lo coloca del lado de los “pasivos”².

¿Qué grado de relación existirá entre el hecho de no encontrar un **sentido** al tiempo libre y los procesos depresivos que afectan a más del 15% de la población añosa?

En la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de 1986 –organizada por la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá– se aprobó el documento más importante sobre la Promoción de la Salud: “La carta de Ottawa”.

Allí se hace mención a “procesos de *empowerment*”: acompañamiento social que promueve la participación de las personas, organizaciones y comunidades para mejorar la calidad de vida.

¿Cómo propiciar empoderamiento en nuestros mayores cuando se les niega

2 Según Haydé Andrés (1992) “La vejez como etapa del ciclo vital tiene como punto de partida un hecho social: la jubilación”. Mario Strejilevich, por su parte, afirma que “la jubilación en sí no enferma ni mata”, aunque reconoce el *shock* que acarrea especialmente en nuestro país, donde –entre otras particularidades– resulta brusca, genera mayor pobreza e implica pérdida de status social.

la posibilidad de trabajar y muchas veces son llevados a un lugar de olvido o de encierro? ¿Cómo ayudarlos a tomar sus propias decisiones si no les consultamos antes de resolver inter-narlos en un geriátrico? ¿Cómo incentivar el “autocuidado” si no les demostramos que cuentan con un sostén adecuado en caso de necesitarlo? O por el contrario ¿cómo pedirles “autonomía” –cuyo respeto conforma uno de los principios esenciales de la bioética– si hacemos todo por ellos (desde bañarlos y darles de comer, hasta “llenar” su espacio de libertad con actividades que no han elegido)? ¿Cómo pretender que se relacionen con otros, si no los acompañamos en el tejido de redes intergeneracionales?...

Nuestros mayores tienen mucho para brindar y si los escuchamos con atención vamos a descubrir aquello que realmente desean en esta etapa vital: *Dar para trascender*. ¿Por qué no proporcionarles entonces el lugar –físico y simbólico– que se merecen?... Vale la pena recordar que el envejecimiento no es una enfermedad. Reconocer que existen algunos padecimientos que le son propios –del mismo modo en que se identifican enfermedades típicas de la infancia, la adolescencia o la adultez– no significa que la vejez sea patológica.

Deberemos prestar especial atención en el caso de aquellos mayores que pertenecen a la llamada “vejez frágil”, cuyo riesgo de sufrir discapacidades crónicas, los obligan a requerir la ayuda de terceros para desempeñarse en las actividades de la vida diaria.

En este último grupo, aún con la mejor de las intenciones, suele cruzarse el delgadísimo límite entre protección y sobreprotección. De modo que es preciso buscar estrategias pa-

ra evitar que dicho adulto mayor desarrolle un autoconcepto cercano al desvalimiento o que –en el peor de los casos– sea colocado en un lugar de “objeto” que lo anula como persona. Para ello es fundamental reemplazar las propias actitudes temerosas por pequeñas adecuaciones en el hogar que les brinden seguridad y promuevan una mayor autonomía. Por ejemplo tomando recaudos tan simples como revestir escalones con

material antideslizante, evitar muebles bajos que puedan obstaculizar el desplazamiento o rotular objetos de uso cotidiano con letra grande y clara.

Sin embargo, la construcción de mejoras en el ambiente físico del adulto mayor, perdería parte de su sentido, si no se lo ayudara –al mismo tiempo– a disfrutar habitándose a sí mismo y a edificar puentes que lo acerquen a los demás...

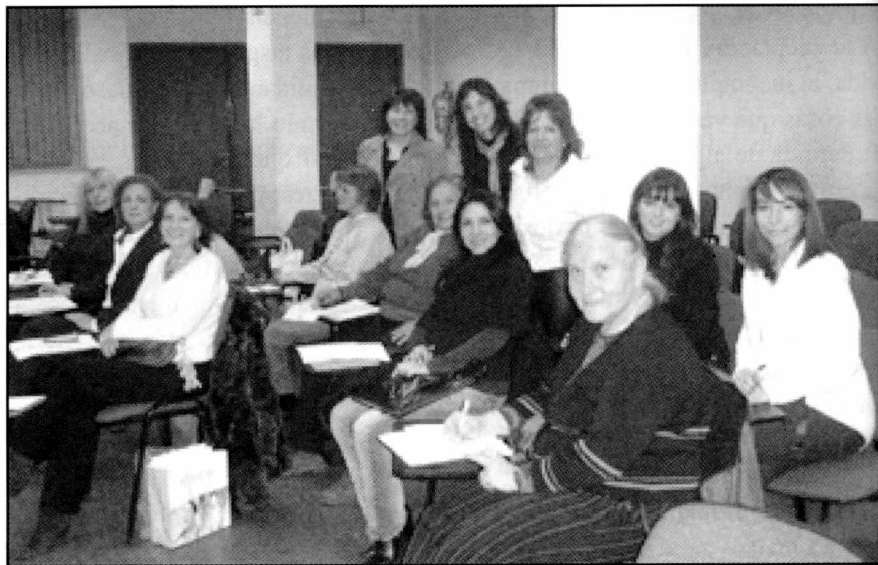


Foto 1: *Un grupo de asistentes al curso: “Abordaje interdisciplinario del adulto mayor”*

1.3 Encuentros de diálogo intergeneracional...

“Es muy probable que [el diálogo] produzca cambios en la red neuronal, siempre que el psicoterapeuta utilice la palabra justa, en el momento justo (...) de acuerdo a las vicisitudes de la historia personal y de la experiencia vital (...) para esa persona particular” (Jaritonsky, 1998).

Entendemos que si se quiere alejar los prejuicios y la violencia de la sociedad, debemos comenzar con acciones preventivas en nuestros ámbitos más próximos.

Dado que lo opuesto a la violencia es el entendimiento, apostamos al diálogo.

Generar y sostener espacios de encuentro intergeneracional, ayuda a los adultos mayores a encontrar en sus vidas ese **sentido** al que aludíamos

anteriormente, evitando la caída en la desesperanza.

Creemos que estos encuentros podrían encuadrarse en la “Prevención Primordial” (Beaglehole, Bonita y Kjellstrom, 1994), cuyo objetivo es evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida socio-económica-cultural que intervienen elevando el riesgo de enfermedad. A diferencia de los demás niveles de prevención –primaria, secundaria y terciaria– enfrenta las condiciones subyacentes que conducen a las causas de la enfermedad, evitando la propagación de formas de vida nocivas e impidiendo que se instalen en la sociedad.

Trabajar desde la Prevención Primordial supone una mirada que –lejos de centrarse en el problema, el daño, el trauma, la carencia o la patología– busca desarrollar los factores protectores o resilientes.

Según el enfoque de resiliencia, el sentido de vida abarca ocho rasgos: Intereses especiales, metas, motivación para el logro, aspiraciones educativas, optimismo, persistencia, Fe o espiritualidad y sentido de propósito. (Segura-Negrini, 2004).

Es importante destacar que no solo los mayores se benefician de estos intercambios. Los adolescentes encuentran en ellos un modo de motivación para alcanzar sus objetivos, a pesar de los obstáculos socio-económicos –o de cualquier índole– a los que deban enfrentarse.

Para Seligman (1995), la **persistencia** es uno de los pilares de la productividad, ya que brinda resistencia a la depresión a lo largo del ciclo vital y permite la continuidad de los intentos, a pesar de los resultados negativos. Esto requiere la combinación de paciencia, tenacidad, y la disposición a tolerar la frustración. Cuestiones de

gran importancia para el adolescente, especialmente cuando llega el momento de elegir, cursar y finalizar una carrera.

Sabiendo que los distintos efectos producidos por las palabras pueden llegar a ser muy intensos, les pedimos a los adultos mayores participantes de este espacio, que dejaran por escrito un mensaje para los jóvenes. Nos encontramos con sabios

consejos, ejemplos de resiliencia, como los siguientes:

“Lo más importante es transitar este camino privilegiado de la vida del brazo del deseo. Si éste no se apaga, la vida realmente es hermosa y vale la pena ser vivida” (Celia).

“No desesperen si los resultados no son inmediatos, perseveren, aprendan de cada situación y de cada encuentro.” (Eva)



Foto 2: Encuentro de Diálogo Intergeneracional con la actriz, coreógrafa y clown, Elsa Agras.

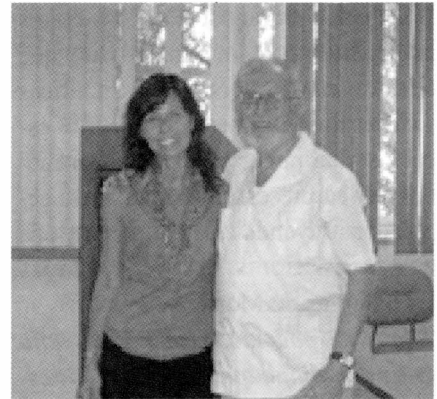


Foto 2: La Lic. Vázquez con el Dr. Ezequiel Ander Egg.



Fotos 3 y 4: Un invitado de honor: Dr. Ezequiel Ander Egg, sociólogo, pedagogo y economista de renombre internacional (consultor de la UNESCO).

Dice María Cristina Ravazzola (2002) “(...) el interés por el tema de las resiliencias atraviesa y trasciende la medicina, la psiquiatría, las ciencias sociales y los estudios de derecho y legalidad, al tiempo que construyen un espacio transdisciplinario en el que todas estas definiciones cobran hondo sentido (...) consiste en enfocarse y enfatizar los recursos de las personas y los grupos sociales para “salir adelante”.

Apostar al empoderamiento, propiciar la inclusión protagónica de los adultos mayores en la comunidad –para que ellos mismos propongan las políticas sociales que los afectan– ofrecerles espacios para poner en palabras su memoria y su presente, les ayudará, a seguir construyendo ese sentido que toda vida necesita.

En palabras de Mario Benedetti:

“No todos podemos realizar el sueño de una realidad que se ajuste a nuestras esperanzas (...) pero en esta parcela que nos toca, por modesta que sea nuestra realidad se hallará en sí misma. Somos realidad y somos palabras. También somos muchas otras cosas más, pero quién duda que ser realidad y ser palabras son dos apasionantes maneras de ser”.

2. Adultos mayores y psicoanálisis *

El niño ha tardado muchísimo para ser tenido en cuenta por la Ciencia, tal vez de la misma manera los viejos están muy tibiamente mirados por la gerontología, a consecuencia del aumento de la expectativa de vida.

Muchas experiencias de los hombres que han revolucionado el pensamien-

to científico, hablan a favor de que la vejez actúa más favorablemente cuanto más elevada sean las pasiones a las cuales se inclina el ser humano. Tomo prestadas las palabras de Simón de Beauvoir: “Para que la vejez no sea una parodia ridícula de nuestra existencia anterior, no hay más que una solución y es seguir persiguiendo fines, que den sentido a nuestra vida como dedicación a otros, trabajo social o político, intelectual o creador”.

Más que etapa fisiológica que se cumple en un determinado período de la vida, para el psicoanálisis la vejez es un hecho del lenguaje, es decir más psíquico que físico. Es el lenguaje el que hace de un cuerpo de un organismo biológico, un cuerpo que se constituye y envejece. Es decir, que si la construcción de un cuerpo es efecto del lenguaje, también lo será su deterioro.

Lo que causa al sujeto en su devenir deseante, no se desgasta. Podrá estar oculto, obturado pero sigue estando ahí, insistiendo, pulsando. Es por esto que la persistencia, la intensidad del deseo y la pasión no repararan en el paso de los años.

El devenir humano suele ser asincrónico, los cambios pueden seguir distintas direcciones. Algunas estructuras involucionan (las biológicas), otras en cambio pueden evolucionar como las psíquicas.

Un ejemplo ha sido el creador del psicoanálisis. Al aproximarse los 65 años de edad, (que cumpliría el 6 de Mayo de 1921) Sigmund Freud comprendió que había logrado realizar su antigua ambición desde los años que trabajaba en el Laboratorio de Fisiología del profesor Brucke: ser un investigador y un maestro antes que un médico en ejercicio de su profesión. En aquel momento tenía más disci-

pulos ansiosos de adiestramiento psicoanalítico que pacientes. Recibía tantas solicitudes de instrucción psicoanalítica que no le alcanzaban las horas de la jornada de trabajo para satisfacerlas. Sigmund ya había aceptado a diez aspirantes a psicoanálisis para el otoño, lo cual suponía un duro esfuerzo, pues continuaba dedicando las noches y los domingos a la redacción de sus libros y monografías.

Casi tres años después, y ante las consecuencias de su enfermedad, declara: “Aprendemos a vivir con dignidad. Para justificar todo esto por lo que estoy pasando, debería realizar precisamente mi mejor trabajo”.

No se permitía tomar ninguna medicación para aliviar sus dolores, porque temía que los medicamentos pudieran enturbiar su lucidez mental, cuando precisamente la necesitaba para su trabajo científico y para encontrar la expresión exacta en la obra que estaba redactando. Ahora raramente invitaba a sus amigos a comer, pero no se sentía por eso solo, pues le complacía la calidad de los escritos que estaban publicando hombres y mujeres jóvenes de su escuela que él había ayudado a formar.

Se había convertido en un *pater familia* en el verdadero sentido de la expresión; todos los días recibía una docena de cartas de diferentes países, de jóvenes que estudiaban, escribían y divulgaban sus trabajos. Casi todo ellos proyectaban el psicoanálisis a esferas con las que el fundador no había soñado.

En 1930, poco después de haberse publicado una de los textos más profundos, *El malestar en la cultura*, a Sigmund Freud le fue concedido el premio Goethe de Literatura. Envío a su hija Anna a Frankfurt para que agradeciera el honor recibido, pero no dejaba de ver la ironía del destino

* Lic. Mónica Straschnoy.

que le había negado un reconocimiento en Medicina y le otorgaba un premio en la esfera del arte. Muchos de sus críticos habían declarado que el psicoanálisis era más un arte, que una ciencia. Comenzaba el discurso de agradecimiento con estas palabras: “Toda la obra de mi vida estuvo orientada a un único fin. Observé las más sutiles perturbaciones de las funciones psíquicas, tanto en personas enfermas como en personas sanas, y quise inferir –o si se prefiere conjeturar– de tales señales, de qué manera está construido el aparato que sirve a estas funciones y qué fuerzas concurrentes y opuestas actúan en él. Lo que nosotros, yo, mis amigos y colaboradores, hemos podido aprender en este camino, nos parece significativo para la construcción de una ciencia psíquica que permita entender los procesos normales y los patológicos como partes del curso natural de las cosas”.

Afirmaba: *“los primeros años de la vida transcurren lentamente, como se mueve un tren cargado que acaba de arrancar. Los últimos años pasan con la velocidad vertiginosa de las estrellas fugaces”*.

Había todavía muchas cosas que Sigmund quería investigar, elaborar y publicar. Quería legar valiosos conocimientos a esa ciencia que había fundado: pero el tiempo pasaba tan rápidamente que a veces sentía que se le escapaba de entre las manos. Escribía todas las noches y todos los domingos después de haber visitado a su madre.

Continuaba atendiendo pacientes y redactando en su gran escritorio. Si ya no podía gozar –después de la conferencia del sábado por la noche– de la compañía de sus alumnos en algún café, o de un paseo a pie alrededor del río Rin, se veía en cambio ro-

deado por sus queridas obras de arte antiguas, que representaban diferentes civilizaciones y que siempre lo habían emocionado.

Freud escribió:

“Después de haber dado durante toda mi vida un rodeo que me llevó a través de las ciencias naturales, la medicina y la psicoterapia, mi interés volvió a orientarse hacia esos problemas culturales que me fascinaron siendo aún un joven incapaz de comprenderlos intelectualmente”. Sin duda alguna podemos concluir que “El deseo no envejece”.

3. El decrecimiento de las funciones biológicas no es paralelo al decrecimiento de las funciones cognitivas*

“Hacerse grande ha sido a lo largo de la Historia algo deseable. Mientras que hacerse viejo ha tenido connotaciones negativas”

El conocimiento sobre la vejez es una representación que tenemos de un aspecto de la realidad. Abordamos este tema en el recorrido de la experiencia, del trabajo cotidiano, sustentado desde la investigación. En la ciencia existe una decisiva dimensión emocional que sostiene, motiva y pone en marcha la creación cognitiva. A través de las hipótesis o conjeturas se plantea la posibilidad de dar una respuesta tentativa a problemas que la investigación motiva. La puesta a prueba una conjetura no está exenta de valores y posiciones subjetivas. Todo científico participa de la episteme de su época, parte de presuposiciones que determinan las hipótesis, en palabras de

Foucault. La investigación toma en cuenta el déficit y no el desarrollo y la evolución.

En los individuos de la especie humana la declinación senil es progresiva y anticipa el cese de toda actividad vital. La degradación de los órganos vitales se refleja en los componentes orgánicos, pero la vejez no es necesariamente incapacidad, mientras que otras etapas de la vida no están exentas de estas limitaciones. Si bien es cierto que el proceso de envejecimiento no está exento de problemas, la enfermedad no es exclusiva de la vejez, como no lo es la salud de la juventud.

En la vejez la elasticidad en los tejidos es menor, los ritmos biológicos se vuelven más lentos y las estructuras cognitivas también se van modificando, pero no disminuyen ni involucionan paralelamente con las funciones biológicas. Las capacidades ejercidas en el proceso evolutivo de etapas anteriores no declinan con el transcurso del tiempo, inclusive pueden aumentar si se proporcionan espacios y oportunidades para ejercitarlas.

La baza fundamental es la motivación entendida como deseo, como pulsión que tiende a todo organismo vivo a realizar su objetivo. Mantener o reforzar la autoestima y el gusto por enriquecer los propios conocimientos motivan a aprender.

Más que la edad son las condiciones subjetivas y los estímulos los que van a movilizar el potencial de los mayores.

Es común creer que con la vejez decrecen todas las capacidades cognitivas y se deterioran las funciones intelectuales. Sin embargo las investigaciones demostraron que en el área de lo intelectual, si el estado de salud es bueno, no hay deterioro.

* Lic. Adriana Rozanski.

Hoy sabemos que los genes son responsables de un porcentaje mínimo del desarrollo de los circuitos cerebrales, y que el funcionamiento restante depende de los conocimientos adquiridos y experiencia de vida.

Son nuestros mayores quienes en su pasado aportaron valores y conocimientos a nuestra cultura, y hoy pueden seguir haciéndolo con su tiempo, su saber y su experiencia.

Para finalizar este breve recorrido, no quiero dejar de mencionar a la Dra Rita Levi de Montalcini –premio Nobel de Medicina– quien, a sus noventa y nueve años, sigue aportando descubrimientos sobre el cerebro a la humanidad, demostrando que puede seguir funcionando perfectamente a edad avanzada.

Estas palabras van dedicadas a ella –prueba viviente de sus afirmaciones– y a todos los Adultos Mayores que en forma activa y participativa nos han enseñado en diferentes circunstancias su deseo por la vida...



Foto 5: La Lic. Jeanette Civik, invitada a un encuentro de Diálogo Intergeneracional para hablar –con los adolescentes– sobre sus proyectos solidarios.



Fotos 6 y 7: Lic. Mónica Strachsnoy, Lic Adriana Rozanski y Lic. Gabriela Vázquez junto a un grupo de adultos mayores en un encuentro de intercambio entre Udemm y el Programa UNITE (Universidad de la Tercera Edad-UNLZ).

4. Prevención en Geriatría. Mitos y Verdades *

Existen numerosos prejuicios negativos sobre las personas mayores. Muchos son compartidos por ellas mismas, los profesionales que le brindan atención y las otras generaciones.

Esto conlleva a considerar que lo que le está ocurriendo al anciano es “algo

normal de la edad”, y por otro lado el mismo anciano puede no interesarse en aprender nuevas tecnologías (ejemplo, Internet) porque “ya no tiene edad para eso”. Así, el mismo adulto mayor se convierte en víctima de clichés y estereotipos, que lo conducen a ser marginal y muchas veces discriminado, cuyo futuro solo es esperar el desenlace final.

La explosión demográfica de ancianos en el mundo debido a factores múltiples, principalmente al aumento

* Dr. Mario Fichman

de la expectativa de vida que se acerca cada vez más al “*Life Span*”, ha llevado a una inversión progresiva en la pirámide poblacional.

Estos cambios son el resultado de mejoras en el estilo de vida, en los parámetros de salud pública (programas de prevención), en la salubridad, alimentación y cuidado de la salud.

El proceso de asincronismo del envejecimiento conlleva a que el grupo de personas mayores sea un grupo heterogéneo, contrario al estereotipo de considerar al anciano perteneciente a un grupo homogéneo, con similares características o necesidades y con procesos de envejecimiento parecidos. Curiosamente, existe una enorme inconsistencia entre lo que se atribuye a personas mayores y lo que ellas mismas experimentan sobre su vejez. La tarea que nos compete en el futuro, es la de desbancar estereotipos y sustituirlos por visiones reales, basándonos en aportes científicos, para darles a nuestros ancianos el lugar que merecen –y deben– ocupar, en el contexto bio-psico-social y funcional.

5. Envejecimiento sano, declinar cognitivo y envejecimiento con deterioro I *

Nacer, crecer y morir son sucesos comunes a todos los seres vivos. Nuestro desarrollo como individuos involucra el cambio que iniciado al nacer, modela nuestras capacidades de forma constante. De este mismo se desprende el concepto de envejecimiento.

Resolver problemas, recordar experiencias pasadas, planificar un even-

to, aprender nueva información o establecer un juicio son ejemplos de una compleja trama de funciones cognitivas de las que nuestro cerebro es capaz. El envejecimiento no implica necesariamente la pérdida de estas habilidades, sino más bien un cambio en el patrón de su desempeño. La memoria, capacidad para retener las experiencias e información aprendidas, no se exceptúa del cambio expresado. Sin embargo, no debe equipararse “mayor edad” con “detrimento mnésico”. Si bien los patrones de funcionamiento mnésico se modifican con la edad, esto no equivale a decir que los mismos sean patológicos. En rango general y llegado este punto podría decirse que el anciano promedio posee una dificultad mayor (en comparación con el individuo más joven) para la evocación de la información codificada, sobre todo de aquella que involucra a la memoria de los eventos sucedidos en un plazo de mediano tiempo. Dentro de este grupo es esperable que el recuerdo se favorezca de la facilitación por claves (Petersen, 1992). Esto ha llevado a decir que “el individuo se olvida de cómo recordar”, asumiendo que su capacidad mnésica se encuentra conservada. La aparición de una sensación subjetiva que no siempre se condice con la aparición de un déficit (por pruebas cognitivas realizadas en este grupo) nunca debe llevarnos a subestimar este síntoma en la consulta. Entre los individuos de más de 70 años evaluados cognitivamente por quejas mnésicas, el 40% muestra un rendimiento alterado. Dentro de éstos, la mitad se asocia a síntomas de ansiedad o depresión y 20% presenta evidencias de alguna enfermedad orgánica. La mayoría de estos últimos casos cumplen con los criterios de demencia tipo Alzheimer.

El concepto de DCL se aplica a individuos que presentan un deterioro cognitivo que no llega a cumplir con los criterios de síndrome demencial, por carecer de una repercusión funcional que limite las actividades diarias del individuo. Puede sostenerse este diagnóstico si el paciente: presenta una queja mnésica corroborada por un informante, objetivada por pruebas específicas (que comparan su rendimiento con el de otros sujetos de la misma edad y nivel educativo); posee un funcionamiento cognitivo global normal; no muestra alteraciones en las actividades de la vida diaria y carece de un síndrome demencial (Petersen, 1995). La relevancia de este constructo radica en que el mismo implica un mayor riesgo de progresión a demencia: el 8 y 15% de los individuos con DCL progresa cada año a enfermedad de Alzheimer, mientras que en la población general el pasaje en esta edad es del 1 al 2% (Allegri, Laurent, Thomas-Anterion & Serrano, 2005).

Se han descrito factores de riesgo potencialmente asociados a la declinación cognitiva, los que incluyen depresión, sexo femenino, hipertensión, enfermedad cardíaca, diabetes, niveles elevados de colesterol-LDL, ataque isquémico transitorio, traumatismo encefalocraneano, exposición a toxinas, tabaquismo, alcoholismo, abuso de sustancias, bajo nivel educativo, pérdida de actividad intelectual, física y/o social y, respuesta excesiva al stress. (Shumaker et al 2003; 2004; Espeland et al 2004).

Respecto de los aspectos genéticos, el DCL es una entidad compleja, que puede considerarse también un constructo. No se han identificado los genes que estarían implicados en este proceso. De acuerdo a las diferentes patologías subyacentes a este cuadro

* Dr. Pablo Gonzalo Sanz

de deterioro podrían estar implicados distintos genes, por ejemplo de enfermedad de Alzheimer, Demencia Vascular, depresión y otros. La situación se complejiza además cuando se intenta establecer la interacción entre aspectos genéticos y ambientales. No obstante, hay algunos acuerdos en la identificación del deterioro cognitivo en pacientes jóvenes que tienen antecedentes familiares de enfermedad de Alzheimer u otras enfermedades neurodegenerativas.

Asumiendo el riesgo implícito en la generalización, los síndromes demenciales comparten ciertos rasgos que dificultan su diagnóstico. Los síntomas clínicos y sus correlatos anátomo-patológicos presentan un alto grado de heterogeneidad. En la mayoría de los casos carecemos de marcadores biológicos que permitan establecer un diagnóstico etiológico certero durante la vida del paciente. Esto implica que el diagnóstico se establezca por un procedimiento empírico que posee un grado importante de incertidumbre, que dependerá entre otras cosas de la experiencia del profesional y el tiempo de evolución de la enfermedad (Famulari, 2006). Un modelo propuesto para entender la prevalencia de demencia es asumir que la misma se duplica cada 5 años, comenzando con 1% a los 60 años de edad e incrementándose a 2% a los 65, 4% a los 70, 8% a los 75, 16% a los 80 y 32% a los 85 (White et al 1986). Dentro de estos casos, el diagnóstico clínico de enfermedad de Alzheimer cuenta para más del 90% de los síndromes demenciales en Estados Unidos (Lim et al 1999). Esta misma entidad afecta alrededor de 17 a 25 millones de personas en todo el mundo y las estimaciones de prevalencia en nuestro país oscilan entre un 2,2 al 7% de la población de más de

64 años. Esta puede coexistir con otra patología en el uno a dos tercios de los casos (Lim et al 1999). En este caso, las patologías concurrentes más comunes son la vascular (ataque cerebrovascular) y la enfermedad por cuerpos de Lewy.

La enfermedad de Alzheimer es una condición progresiva y degenerativa del sistema nervioso central que causa trastornos de la memoria, pensamiento y conducta. Los primeros síntomas de la enfermedad de Alzheimer son de naturaleza cognitiva. Afecta la memoria, nominación y orientación temporal. Aún así, existe una gran variabilidad en las alteraciones cognitivas iniciales y en la progresión de los síntomas. Esto depende también del entorno social y de la complejidad de tareas que el paciente realiza en el curso de sus actividades diarias habituales. Este cuadro involucra la pérdida de la independencia del paciente, tanto para actividades instrumentales (planificación, economía doméstica, actividades de ocio, etc.) como básicas (higiene, vestido, deambulación, etc.). Este patrón es inexorablemente progresivo y llega a dejar al paciente en un estado de completa dependencia. Otra esfera que se afecta en la enfermedad de Alzheimer y que complican aún más el cuidado de estos pacientes es la psico-conductual, siendo manifestaciones frecuentemente asociadas: depresión, delirio, alucinaciones, agresividad, agitación y otras.

La Academia Americana de Neurología a través de sus guías basadas en la evidencia, recomienda que el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer se establezca a partir de la presencia de criterios clínicos establecidos (Knopman et al 2001). Los criterios propuestos por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y de la

Comunicación, así como de la Asociación de Stroke, Enfermedad de Alzheimer y trastornos asociados (NINCDS-ADRDA) (McKhann et al 1984), generalmente utilizados en investigación, logran una alta especificidad pero escasa sensibilidad (49%) en el diagnóstico. Esta último se incrementa al 85% combinando los criterios de "probable" y "posible", pero a costa de un detrimento importante en su especificidad (Jobst et al 1998).

La Asociación Americana de Psiquiatría establece, en la cuarta edición de su manual diagnóstico y estadístico para trastornos mentales (DSM-IV), que para sostener este diagnóstico se requiere de una declinación en la memoria que se acompañe de al menos un dominio, como afasia, apraxia, agnosia o trastorno dis-ejecutivo (American Psychiatric Association 1994). Esta declinación debe ser gradual, progresiva y lo suficientemente severa, como para interferir con los niveles usuales del paciente, requeridos para cumplir con sus funciones laborales y/o sociales.

Cabe considerarse el hecho por el cual, siendo la pérdida neuronal y sináptica las causas que se consideran como subyacentes a los síntomas de la enfermedad, todavía no se conocen con exactitud los mecanismos implicados en la muerte celular prematura que en ella se observa. (Geldmacher, 2009). Dentro de los hallazgos microscópicos más frecuentes, aquellos que se consideran más relacionados con la magnitud de pérdida sináptica son las placas neuríticas y los ovillos neurofibrilares (Grabowski, Damasio, 1997).

Si bien existen investigaciones que relacionan la enfermedad de Alzheimer familiar con una mutación genética definida, más del 95% de los

casos no pueden ser asociados con la alteración de ningún gen específico. (Geldmacher, 2009). Las personas con un pariente de primer orden afecto, en ausencia de una historia familiar autosómica dominante, pueden presentar un incremento del riesgo relativo ajustado a la edad de 2 a 4 veces respecto al resto de las personas. Sin embargo, los antecedentes familiares no debería ser tomados como un indicador de riesgo extensible a la población general (Lindsay et al, 2002). Existe un gen –presente en el cromosoma 19–, que confiere un incremento en el riesgo para desarrollar Alzheimer esporádica o familiar de inicio tardío, pero no parecería ser una causa próxima de muerte neuronal ligado a la enfermedad en sí (Bertram et al 2007). Se han descrito también importantes alteraciones a nivel de distintos neurotransmisores en relación a la enfermedad de Alzheimer y la severidad de sus manifestaciones.

Se recalca el hecho de que en la actualidad carecemos de marcadores biológicos que sean indicadores patognómicos de esta enfermedad. El uso de técnicas o procedimientos diagnósticos –como las neuro-imágenes– tienden a ser complementarios, ayudando a excluir de la presunción clínica, aquellas otras entidades que puedan presentarse con un espectro semiológico similar.

6. Envejecimiento sano, declinar cognitivo y envejecimiento con deterioro II *

En la actualidad, uno de los temas de mayor importancia desde la Psicología

del Envejecimiento o Psicogerontología, es el deterioro cognitivo. El estudio de esta problemática es complejo. Su abordaje requiere la consideración de múltiples aspectos; entre ellos, de los factores que intervienen en la variación producida por las diferencias interindividuales. Existe una gran diversidad en la forma de envejecer, teniendo en cuenta que en cada persona se da de distinta forma la interacción de factores genéticos, ambientales, de salud y enfermedad a lo largo de la vida, así como las actividades desarrolladas, las características físicas y mentales, y la historia personal de cada uno.

Aunque no existe un momento cronológico específico igual para todas las personas, en el envejecimiento se producen cambios en el Sistema Nervioso Central que por lo general se correlaciona con un descenso parcial de las funciones cognitivas. Se pone en evidencia una menor eficacia del funcionamiento cognitivo, principalmente un enlentecimiento en tareas de mayor demanda atencional.

También se evidencian dificultades en el área de la memoria, y el debate es si con el envejecimiento se da necesariamente un deterioro de dicha función. El 70% de las personas mayores refieren quejas sobre su disminución, y manifiestan tener más dificultades con el recuerdo de nombres, números de teléfono, tareas por hacer, y otros eventos de la vida cotidiana. (Laurent, Allegri & Thomas-Anterion, 1997).

Estas dificultades se relacionan con el procesamiento de los distintos sistemas de memoria, cuyo funcionamiento, en algunos casos declina con el paso del tiempo. Dichos cambios negativos asociados a la edad, se dan especialmente en la memoria de trabajo (también llamada operativa) y la

memoria episódica. En la memoria de trabajo, se observa que las dificultades se dan especialmente en aquellas tareas que exigen mayor control atencional. En la memoria episódica, la disminución de su funcionamiento, se atribuye a dificultades en la codificación temporal de los ítems y el uso de asociaciones temporales que guíen su evocación (Wingfield & Kahana, 2002). Esta disminución se observa especialmente en el proceso de evocación libre o auto-iniciada, mejorando cuando se proporciona una facilitación del recuerdo, por ejemplo mediante claves (Davis & Mumford, 1984).

Con el aumento de la edad también suele aparecer un declive en las tareas de producción verbal, sobre todo si se trata de categorías semánticas. Algunos autores encontraron que en el envejecimiento normal se da una disminución en la producción de ejemplares de categorías semánticas (pruebas de fluidez verbal), con un patrón de déficit menos severo pero similar que en la Enfermedad de Alzheimer (Tomer & Levin, 1993; Peraita & Galeote, 1998; Galeote & Peraita, 1999). Sin embargo, en un estudio de normas de ejemplares de categorías semánticas, se encontró que los ancianos sanos presentaban mayor variabilidad léxica que sujetos jóvenes y que pacientes con Enfermedad de Alzheimer. Si bien en las pruebas de fluidez verbal la frecuencia de ocurrencias era mayor en los jóvenes, cuando se hizo un análisis por tipos de ejemplares, se encontró que en ésta los ancianos tenían una mejor actuación (Peraita, Galeote, Díaz & Moreno, 2001).

En la actualidad, algunas investigaciones ponen de relieve la existencia de tres aspectos del procesamiento cognitivo que pueden afectar al

* Lic. Lina Grasso.

funcionamiento de la memoria, y proponen que no necesariamente habría un daño de la memoria en sí misma. Estos son: la disminución o ausencia de los procesos de control inhibitorio, la disminución en la rapidez del procesamiento cognitivo de la información, y los recursos limitados en la capacidad para codificar y recuperar la información (Maylor, 2005).

La declinación cognitiva asociada al envejecimiento, es un concepto complementario, pero no idéntico, al deterioro cognitivo. Se consideran declives a aquellos cambios que suceden con mayor probabilidad durante el envejecimiento; mientras que llamamos deterioro cuando ocurre un cambio patológico (excedente del declive) generalmente producido por una determinada enfermedad (Fernández-Ballesteros, 2004).

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL), se considera un constructo intermedio entre el envejecimiento sano desde un punto de vista cognitivo y el patológico; y a veces, pero no siempre, como una antesala de las demencias. Es por ello un síndrome muy heterogéneo.

La presentación clínica del DCL, se plantea como una zona de transición entre el envejecimiento normal y la Enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia. Es decir, que esta entidad, se refiere a personas con déficits cognitivos mensurables y con alto riesgo de progresar a una demencia, pero que no completan los criterios para ese diagnóstico.

Este síndrome puede ser debido a distintas etiologías, y por eso debe ser considerado en el marco de una evaluación clínica más amplia (que la cognitiva). Si el deterioro cognitivo avanza a lo largo del tiempo, es probable que su etiología correspon-

da a la de Enfermedad de Alzheimer u otro síndrome demencial; no obstante puede suceder lo contrario y el deterioro puede permanecer estable o hasta revertirse. Estos factores enfatizan la importancia de la intervención temprana y el seguimiento de este grupo de pacientes.

El principal indicador de deterioro cognitivo son las fallas de la memoria; no obstante también pueden aparecer otros trastornos, que posiblemente estarán relacionados con la etiología del deterioro. Es decir, que si bien un síntoma inicial de la memoria puede evolucionar a un trastorno neurodegenerativo, también puede ser consecuencia de una afección correspondiente a otras causas (isquemias cerebrales, traumatismo de cráneo, problemas metabólicos), u otras patologías comórbidas como trastornos neuropsiquiátricos, o problemas cardiovasculares. Por lo tanto la evaluación de estos pacientes debe tomar en consideración el funcionamiento cognitivo (acorde a las normas de edad y nivel educativo), así como las actividades funcionales del paciente.

Los criterios de clasificación diagnóstica del DCL en primer lugar consideran que el paciente es "normal" hasta tanto no cumpla con los criterios de demencia. En segundo término, no debe haber una afectación de las actividades funcionales del paciente, o bien tendría que ser mínima. Los tests neuropsicológicos deben dar cuenta de declinación cognitiva en forma conjunta con la referencia de un informante así como del propio sujeto. Una vez que el especialista ha determinado que el paciente no presenta un funcionamiento cognitivo "normal", ni una demencia, se realiza esta evaluación de las actividades funcionales mediante el interrogatorio con el informante. Si hay declina-

ción cognitiva, el médico deber determinar hasta qué punto esta declinación es la causante de los trastornos mínimos en las actividades funcionales.

Hay tres subtipos de DCL:

1) DCL amnésico: se diagnostica cuando la única función alterada es la memoria. Se evalúa con tests neuropsicológicos. Por ejemplo para la evaluación de memoria episódica se pueden utilizar técnicas de aprendizaje de lista de palabras, o recuerdo de una historia. Si el rendimiento de la memoria está significativamente por debajo de lo que se espera para su edad y nivel educativo (más de 1,5 desvíos de la media), es necesario continuar otras funciones (lenguaje, funciones ejecutivas, visoespaciales).

2) DCL con alteración de múltiples dominios: cuando hay déficits leves en múltiples dominios cognitivos.

3) DCL con alteración de un solo dominio distinto de memoria (o no amnésico): cuando hay un déficit en un dominio aislado, como por ejemplo en habilidades visoespaciales.

Con respecto a la posibilidad de prevención de este tipo de trastornos, una de las preguntas recurrentes entre los factores desencadenantes de Enfermedad de Alzheimer, es si el nivel educativo, u otros factores demográficos y el estilo de vida, influyen o no en la posibilidad de padecer DCL y eventualmente la Enfermedad de Alzheimer. La respuesta a esta pregunta no es sencilla, pero se ha comprobado que éstos no son en sí mismos factores protectores, sino que es la mayor reserva cognitiva lo que permite que los síntomas de demencia retrasan notablemente su expresión.

La reserva cognitiva se refiere a un proceso normal utilizado por el cerebro sano durante la ejecución de tareas

intelectuales, y a la activación progresiva de redes neuronales en respuesta a diversas demandas. Inicialmente se utilizó este concepto para dar cuenta de la diferencia encontrada en el rendimiento entre pacientes con lesiones histopatológicas cerebrales de similar extensión. La reserva cognitiva, permitiría compensar con mayor éxito la patología por utilizar estructuras cerebrales o redes neuronales que no usan normalmente los cerebros sanos. El rendimiento de los individuos con mayor cantidad de años de educación por lo general está asociado con estimulación mental y crecimiento neuronal a lo largo de la vida. Pero además el bajo nivel educativo puede estar relacionado con factores que aumentan la probabilidad de padecer demencia (por ejemplo menor control de enfermedades infecciosas, mayor exposición a conductas de riesgo como drogas, tabaco, alcohol). Se han descrito también otros factores socio-ambientales como el lugar de residencia, y la calidad de las relaciones sociales (Rodríguez Álvarez & Sánchez Rodríguez, 2004).

El conocimiento de estos factores y su incidencia en el desarrollo de DCL, por su posible conversión a una demencia, han puesto de relieve la importancia en la detección y el diagnóstico del DCL tempranamente. Su identificación es crucial para instaurar un tratamiento farmacológico, para establecer una intervención psicológica cognitiva y socio-conductual, de manera de lentificar el proceso de deterioro y evitar pérdidas en la funcionalidad en la vida diaria, así como en la calidad de vida del paciente. Sin embargo no es este el único aspecto importante, ya que el conocimiento y la promoción de los factores asociados con los beneficios

cognitivos durante la vejez, podrían actuar como protectores en el proceso de envejecimiento normal. Su estimulación podría mejorar la salud psicofísica, aumentando y manteniendo la integridad neural.

7. Para seguir reflexionando...*

“Los seres humanos quieren vivir para siempre pero no quieren ser viejos. La vejez es algo que está mal visto, que tiene mala prensa. Las cosas que aparecen en la vejez son rechazadas, desconsideradas, colocadas en el margen. Se tiende a pensar que los viejos son los otros.”
(SALVAREZZA, 2004)

El intercambio interdisciplinario e intergeneracional durante las reuniones fue sumamente enriquecedor. Nos ayudó a desarmar prejuicios, a descubrir las diferencias entre las características o necesidades que se adjudican a la vejez —como señaló el **Dr. Mario Fichman**— y aquello que realmente experimenta cada adulto mayor en su singularidad.

Como afirmó la **Lic. Lina Grasso** en su disertación, la *declinación* cognitiva no implica *deterioro* cognitivo. Mientras el primer término hace referencia a los cambios que pueden presentarse con mayor probabilidad durante el envejecimiento, el segundo se asocia a un cambio patológico, generalmente producido por enfermedades como por ej. el Alzheimer. Por ello la importancia de detectar el DCL (Deterioro Cognitivo Leve), zona de transición entre el envejecimiento normal y la demencia. De este modo podremos intervenir tempranamente, revalorizando las capacidades

que se mantienen y —como han resalado tanto la **Lic. Adriana Rozanski** como la **Lic. Mónica Strachsnoy**— rescatando la motivación y el deseo, para lograr una vida saludable por más tiempo.

El proceso de envejecimiento de cada persona es único y su abordaje exige multiplicidad de miradas.

Todos —cada uno desde su disciplina— hemos coincidido en la necesidad imperiosa de tener en cuenta las *particularidades* del medio familiar, las circunstancias sociohistóricas, los factores biológicos, emocionales, resilientes... más allá de los elementos que aparecen *en general*.

De lo contrario se correría el riesgo de utilizar la teoría como un “Lecho de Procusto”, en el cual las personas que no coinciden con el molde, sufren estiramientos o mutilaciones para insertarse en la clasificación utilizada por el profesional en cuestión.

La activa participación que han tenido los adultos mayores en el curso que da nombre a este artículo, así como en los diferentes encuentros de diálogo intergeneracional, nos han demostrado la importancia de escucharlos comprometidamente —cualquiera sea nuestro rol— para acercarnos al “sentido” que le otorgan a sus palabras.

Es nuestro deseo que esta reflexión compartida nos sirva —como lúcida—mente sugiere Mario Strejilevich— “para no darle pastillas a quien no las necesita, ni consejos a quien no le sirven”...

8. Agradecimiento

* Un profundo agradecimiento al **Dr. Leopoldo Salvarezza**, por honrarnos con su intervención —desinteresada y entusiasta— en la apertura del curso: “Abordaje interdisciplinario del adulto

* Lic. Silvia Gabriela Vázquez



Foto 8: Asistentes y coordinadoras del curso "Abordaje interdisciplinario del adulto mayor" junto al destacado Dr. Leopoldo Salvarezza

mayor". Nuestra gratitud también hacia todos los jóvenes y adultos mayores –conocidos públicamente por su trayectoria o anónimos– que nos han acompañado con sus historias de vida y sus proyectos en cada encuentro de diálogo intergeneracional.

Bibliografía

- ALLEGRI, R. F.; LAURENT, B.; THOMAS-ANTERION, C. & SERRANO, C. M.; *La memoria en el envejecimiento, el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer*, Ediciones Polemos, Buenos Aires, 2005.
- American Psychiatric Association; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC. 1994
- BECK, Aaron; *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*, Paidós, Barcelona, 1992.

- BERTRAM, L., MCQUEEN, M. B., MULLIN, K., BLACKER, D., TANZI, R. E.; *Systematic meta-analyses of Alzheimer disease genetic association studies: the AlzGene database*, 2007.
- BLACKFORD, R. C.; LA RUE, A., *Criteria for diagnosing age-associated memory impairment: proposed improvement from the field*, *Developmental Neuropsychology*, 1989.
- BUCK, C.; *Después de Lalonde: La creación de la salud en Manual de la OMS*, 1996.
- DAVIS, P. E. & MUMFORD, S. J.; *Cued recall and the nature of the memory disorder in dementia*, *British Journal of Psychiatry*, 1984.
- ESPELAND, M. A., RAPP, S. R., SHUMAKER, S. A., et al; *Conjugated equine estrogens and global cognitive function in postmenopausal women: Women's Health Initiative Memory Study*, *JAMA*, 2004.
- FAMULARI, A., *Síndromes Demenciales: Un camino de fácil acceso*, Merz Pharmaceuticals, Buenos Aires, 2006.

- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; *La psicología de la vejez*, Encuentros Multidisciplinares, n° 16, Argentina, 2004.
- GALEOTE MORENO, M. A. & PERAITA ADRADOS, H.; *Memoria semántica y fluidez verbal en demencias*, *Revista Española de Neuropsicología*, 1999.
- GRABOWSKI, T. J. & DAMASIO, A. R.; *Definition, clinical features and neuroanatomical basis of dementia*, En: *The Neuropathology of dementia* Cambridge University Press, Cambridge, 1997.
- JARITONSKY, Yanny; *Cambios Moleculares producidos por la Palabra en el Sistema Nervioso Central*. En: *Dinámica- Revista de Psiquiatría Dinámica y Psicología Clínica - AAP - Año IV, Vol. II, n° 4*, Argentina, 1998/
- JIMÉNEZ SEGURA, Flor - ARGUEDAS NEGRINI, Irma; *Rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia en personas mayores entre los 65 y 75 años* en *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, Volumen 4, Número 2, Año 2004.
- JOBST, K. A., BARNETSON, L. P., SHEPSTONE, B. J.; *Accurate prediction of histologically confirmed Alzheimer's disease and the differential diagnosis of dementia: the use of NINCDS-ADRDA and DSM-III-R criteria, SPECT, X-ray CT, and Apo E4 in medial temporal lobe dementias*, *Oxford Project to Investigate Memory and Aging*, 1998.
- KNOPMAN, D. S., DEKOSKY, S. T., CUMMINGS, J. L., et al; *Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review)*, Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, 2001.

- LAURENT, B., ALLEGRI, R. F. & THOMAS-ANTERION, C.; *La memoria y el envejecimiento*, En Demencias: Enfoque multidisciplinario, Buenos Aires, Ediciones Sagitario, Buenos Aires, 1997.
- LIM, A., TSUANG, D., KUKULL, W., et al; *Clinico-neuropathological correlation of Alzheimer disease in a community-based case series*, J Am Geriatr Soc., 1999.
- LINDSAY, J., LAURIN, D., VERREAULT, R., et al; *Risk factors for Alzheimer's disease: a prospective analysis from the Canadian Study of Health and Aging*, Am J Epidemiology, 1984.
- MATUSEVICH, Daniel - SZULIK, Judith; *Síndrome de adaptación al geriátrico (S.A.G)*. En Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, vol. VIII, Argentina, 1997.
- MAYLOR, E. A., SCHLAGHECKEN, F., & WATSON, D. G.; *Aging and inhibitory processes in memory, attentional, and motor tasks*, En R. W. ENGLE, G. SEDEK, U. VON HECKER, & D. N. MCINTOSH (Eds.), *Cognitive limitations in aging and psychopathology*, New York, Cambridge University Press, 2005.
- MELILLO, Aldo - SUAREZ OJEDA, E. N; *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*, Paidós, Buenos Aires, 2002.
- MENDEZ, Marta; *Envejecimiento y vejez*, Revista de Psicogerontología, 1992.
- ODDONE, M. Julieta; *Tesis: Mercado laboral, empleo y desempleo de los trabajadores de mayor edad*, Filosofía y Letras, FFYL. Argentina, 2007.
- PERAITA, H. & GALEOTE, M. A. *Troubles de la catégorisation chez les patients Alzheimer. Résultats Préliminaires obtenus dans des tâches de production verbale, de définition et de classification*. En M. Touchon (Ed.) *Actualités 1998 sur la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés*, Ed. Solal, Marsella, 1998.
- PERAITA, H., GALEOTE, M., DÍAZ, C. & MORENO, F. J.; *Normas de producción de ejemplares de categorías semánticas: jóvenes, ancianos, y enfermos de Alzheimer*, Madrid, Estudios de la UNED, 2001.
- PETERSEN, R. C., SMITH, G. E., IVNIK, R. J., KOKMEN, E. & TANGALOS, E. G., *Memory function in very early Alzheimer's disease*, Neurology, 1994.
- PETERSEN, R. C.; *Mild Cognitive Impairment*, Oxford University Press, New York, 2003.
- RESTREPO, Helena - MÁLAGA, Hernán; *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable*, Ed. Médica Panamericana, 2001.
- RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, M.; SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, J. L.; *Reserva Cognitiva y demencia*, Anales de Psicología, 2004.
- STRACHSNOY, Mónica - ROZANSKI, Adriana; *El deseo no envejece*, Ed. Autor, Buenos Aires, 2007.
- TOMER, R. & LEVIN, B. E; *Differential effects of aging on two verbal fluency tasks*, Perceptual and motor skills, 1993.
- VÁZQUEZ, Silvia Gabriela; *Reorientación vocacional como estrategia de 'empowerment' en la tercera edad*. En "El Semejante", Año 8, N° 55, Buenos Aires, 2009.
- VÁZQUEZ, Silvia Gabriela; *El desafío de formar profesionales con vocación y compromiso social*, Portal de la Red Iberoamericana de universidades por la Responsabilidad Social Universitaria (www.redu-nirse.org), 2008.
- WINGFIELD, A. & KAHANA, M. J.; *The dynamics of memory retrieval in older adulthood*, Canadian Journal of Experimental Psychology, 2002.
- ZALVAREZZA, Leopoldo; *La vejez. Una mirada gerontológica actual*, Paidós, Buenos Aires, 1998.
- ZAREBSKI, Graciela; *Hacia un buen envejecer*, Ed. Emecé, Buenos Aires, 1999.