



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

TRABAJO FINAL DE GRADO

IDENTIDAD Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Estudiante: María Florencia Cuña 4.810.032-5

Tutor: Asist. Dr. Lisandro Vales

Revisor: Prof. Dr. Robert Pérez

Montevideo - Año 2021

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE ENVEJECIMIENTO.....	5
LAS DEMENCIAS.....	8
Definición y caracterización.....	8
Diagnóstico y Valoración clínica.....	9
Criterios Diagnósticos.....	9
DETERIORO COGNITIVO LEVE.....	11
Definición y Diagnóstico.....	11
Caracterización y Evolución histórica.....	12
LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.....	14
Caracterización.....	14
Sintomatología, Evaluación y Diagnóstico.....	17
Anosognosia en la Enfermedad de Alzheimer.....	19
Abordaje de la Enfermedad de Alzheimer desde una perspectiva multidisciplinaria...	22
IDENTIDAD, SELF y MEMORIA	24
Definición de Self desde distintas perspectivas.....	24
Memoria y Self.....	30
¿Y SI FALLA LA MEMORIA?: SELF Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.....	34
REFLEXIONES FINALES.....	36
AGRADECIMIENTOS.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

RESUMEN

La presente elaboración teórica se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR).

En el mismo, se pretende indagar y analizar cuestiones relacionadas al envejecimiento, las demencias y específicamente sobre la enfermedad de Alzheimer y el punto de vista de la identidad a través del concepto de *self*, desde un recorrido bibliográfico y de aportes teóricos, por diferentes autores, estudios y perspectivas.

También se explorará y analizará cómo el *self* de la persona con enfermedad de Alzheimer podría tener relación o influir de forma positiva en el tratamiento y la preservación de las funciones cognitivas conservadas, como también en el bienestar, el autoestima y la motivación del paciente. Para ello, se pretende también entender el proceso y encontrar herramientas para cómo poder ayudar a conservar el *self* que define a esa persona.

Por otro lado, también se reflexionará sobre una posible intervención multidimensional del paciente con Alzheimer, su familia y sus cuidadores; y el papel que juega la memoria tanto en la enfermedad de Alzheimer como la relación que tiene con el *self*.

INTRODUCCIÓN

La presente elaboración teórica se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR).

La propuesta de este trabajo es indagar sobre la enfermedad de Alzheimer, explorar desde un recorrido bibliográfico cómo lo vivencia la persona que la padece, que sucede desde el punto de vista de su identidad a través del concepto de *self* (sí mismo). También investigar qué saberes hay disponibles, pensar cómo contribuir y brindar aportes al conocimiento colectivo de la misma.

El interés por trabajar el *self* en la persona con enfermedad de Alzheimer nace por la curiosidad e inquietud de investigar qué va pasando con su sentir, con su vivencia, a medida que transita dicho padecer y cómo éste podría tener relación con la preservación de las funciones cognitivas conservadas, como también el bienestar, el autoestima y la motivación del paciente, tan importante para lo que son los procesos de tratamiento y posibilidades terapéuticas de las funciones mentales no afectadas en el transcurso de dicha enfermedad (Ansorena, 2010; Salazar, 2007).

Desde el rol de psicólogos se debe pensar en la persona como tal, con una enfermedad que invade su vida, y analizar las experiencias individuales en el contexto de las condiciones estructurales, sociales, materiales y simbólicas, en las cuales se encuentran inmersas. A su vez, pensar en cómo estas experiencias se generan, se desarrollan, se reproducen, se interpretan, y se reinterpretan continuamente (Martorell, 2007). Implica entonces, entender el proceso salud/enfermedad considerando a la enfermedad de Alzheimer como estructura social y como estructura de significado. En este sentido, es necesario (re-) construir y difundir una imagen del Alzheimer centrada en la persona, que permita su (re-) conocimiento e identificación cotidiana otorgándole un lugar particular en la sociedad (Op cit, 2007).

Se considera importante que haya una mejor conciencia y comprensión de esta enfermedad para reducir el estigma asociado a ella, ya que los bajos niveles de comprensión sobre la misma conducen a varios conceptos erróneos que resultan en la perpetuación del mismo, e impiden que las personas, aún reconociendo los síntomas, se abstengan de recibir la ayuda que ellos necesitan para seguir viviendo con una buena calidad de vida (Alzheimer's Disease International [ADI], 2012).

En este sentido, Crowe et al. (2020) en el contexto de la pandemia por Covid-19, aunque pensando también más allá de ella, indican que como sociedad deberíamos permitir que

nuestras personas mayores se integren y se reconozcan en la misma, como un grupo heterogéneo con los mismos derechos y libertades fundamentales que los demás individuos.

Este trabajo, plantea como desafío, entender el proceso y encontrar herramientas para cómo poder ayudar a conservar la identidad, el *self* que define a esa persona, y que este influya positivamente en el proceso de tratamiento. No se trata de administrar mejor lo enfermo, sino que se trata de ayudar al despliegue de ese sujeto que habita aún en ese ser enfermo (Berriel y Pérez, 2007), haciendo posible la emergencia del *self* de la persona a través de discursos y prácticas, desde nuestro rol, pero también incentivando a sus cuidadores (Martorell, 2007).

Lo que se intenta aquí, es brindar un recorrido sobre temas relacionados al Alzheimer, con el objetivo de inicialmente, conocer de forma breve algunos núcleos de temas y trabajos que se fueron realizando hasta la actualidad en relación a esta enfermedad, y cómo estos han evolucionado, a medida que se llega a nuevos saberes y conocimientos con los avances de las investigaciones y estudios, tanto de la neurociencia como de la tecnología. Si bien es una enfermedad que está en estudio hace muchos años, aún queda mucho camino por recorrer y poder saber más sobre ella.

Por último pero no menos importante, luego de haber realizado un cierto recorrido por la enfermedad, se procura indagar sobre qué implicancias se puede pensar que tiene a nivel personal, la conciencia de enfermedad, reflexionar sobre qué lugar ocupa la enfermedad en su *self*, y cómo la sociedad juega un rol importante en cómo la persona se ve a sí misma relacionado esto a los estigmas, mitos y creencias y desinformación que existe, no generando un buen impacto en la calidad de vida de la persona ni en su sentir.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

Considerando que el aumento de la cantidad existente de adultos mayores en las últimas décadas es un fenómeno global (Mascayano, Tapia y Gajardo, 2015), se vuelve relevante el incremento exponencial de la prevalencia e incidencia de las demencias en personas mayores de 65 años (World Health Organization/Alzheimer's Disease International, 2012; Garre-Olmo, 2018) siendo la edad, el factor de riesgo más importante para el desarrollo de muchas enfermedades neurodegenerativas (Climent y

Molinero, 2017), donde las demencias se han transformado en uno de los principales problemas de salud a nivel mundial (Slachevsky, 2016).

Como consecuencia de este progresivo envejecimiento poblacional así como el incremento de la esperanza de vida, el número de casos de demencia aumentará durante las próximas décadas, aunque es posible que en un futuro disminuya la carga de la misma sobre los sistemas de salud, mediante la implementación de estrategias de prevención primaria sobre los factores de riesgo de demencia conocidos (Garre-Olmo, 2018).

Mascayano, Tapia y Gajardo (2015) indican que se estimó que en el año 2010, habrían 35,6 millones de personas en el mundo con demencia y se proyecta que para el 2050 hayan 115,4 millones. Con este panorama, las enfermedades de la vejez y claramente las demencias, se vuelven un desafío para los sistemas de salud (Gutierrez y Guzman, 2017). Uruguay, cuenta con un 14% de su población con 65 o más años (Instituto Nacional de Estadística, 2018); es el país más envejecido de América del Sur, estudios internacionales estiman en 54.000 las personas con demencia en el país (ADI, 2013), lo que significa casi un 11% de las personas de 65 años o más (Pérez, 2018).

Es relevante mencionar que si bien las demencias no son trastornos exclusivos de la vejez, a partir de la edad de 60 años duplican cada cinco años su prevalencia, afectando al 8,5% de las personas mayores de esa edad (ADI, 2013). Las mismas se consideran dentro de los principales trastornos crónicos por el impacto y reducción que producen en los niveles de calidad de vida, funcionalidad y autonomía, transformándose en una de las principales causas de discapacidad y dependencia en las personas mayores (ADI, 2015; Mascayano, Tapia y Gajardo, 2015).

Por otro lado, cabe destacar también, que la enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia neurodegenerativa, principalmente en personas de 65 años o más, representando el 60-80% de todos los casos (Barrera et al., 2018; Garre-Olmo, 2018).

Otras demencias degenerativas frecuentes son la Demencia Vascular, la Demencia Fronto-temporal y la Demencia por Cuerpos Lewy; cada subtipo de demencia se caracteriza por un cuadro clínico con síntomas comunes que difieren en su etiología, edad, forma de presentación, curso clínico y trastornos asociados (Garre-Olmo, 2018).

Si bien la prevalencia de las demencias y el conocimiento sobre las mismas se ha incrementado de manera significativa, el porcentaje de casos sigue siendo alto (Slachevsky, 2016).

Un importante factor explicativo a este fenómeno, es la imagen social de la vejez, donde aún prevalece el mito de la misma como una etapa de la vida caracterizada por una pérdida significativa de las capacidades cognitivas, y una normalidad de esta, que

impide y limita la consulta médica y por tanto su diagnóstico (Slachevsky, 2016). Es así que existe una gran parte de las personas con demencias que no son diagnosticadas, entre otras razones, porque sus dificultades no son percibidas como tales por el entorno. Se requiere entonces redefinir el envejecimiento y los trastornos demenciales, que transforman los criterios sociales del envejecimiento normal y patológico (Slachevsky, 2016), donde los profesionales que trabajan con estos temas, cumplen un rol importante, mejorando el estudio, la atención, tanto del envejecimiento como de las demencias, intentando lograr así una definición más o menos consensuada para que más ancianos logren llegar a la consulta y a su apropiado diagnóstico, ya que no existe una claridad absoluta de los límites del envejecimiento normal y patológico (Op cit, 2016).

Otra de las barreras del diagnóstico, son el estigma asociado a las demencias, como plantea Slachevsky (2016):

Una mejor comprensión de los criterios sociales de normalidad y anormalidad en el envejecimiento, del significado social de las demencias en general y de los diferentes tipos de demencias, y cómo factores culturales, modifican los criterios de normalidad y el constructo de las demencias, que son esenciales para entender esa brecha y mejorar el acceso de las personas con demencias a atenciones socio-sanitarias más oportunas (p. 56).

Por otro lado, cabe mencionar, que a través de la acción colectiva continua de la comunidad internacional de demencia, se está acelerando la investigación sobre la misma, con el fin de mejorar la atención, aprender más sobre la salud del cerebro, y sobre cómo prevenir la demencia y mejorar la conciencia y comprensión de la misma (World Dementia Council, 2020). En este sentido, en la Cumbre sobre la Demencia que se realizó en Londres en el año 2013, los gobiernos se comprometieron a trabajar juntos para hacer avanzar la investigación, mejorar, cuidar, concientizar y prevenir la demencia, y a hacer sustanciales avances para 2025. Por este motivo, se creó un consejo, el Consejo Mundial de Demencia, con el objetivo de apoyar y desafiar a la comunidad internacional, para que cumpla con sus compromisos y desafíos con respecto a este tema.

LAS DEMENCIAS

-Evolución histórica de la conceptualización de demencia-

Durante siglos, el término demencia se usó con un sentido diferente al del concepto actual de la misma. Servía para designar todo tipo de enfermedades mentales, por lo cual se debe separar la historia del término demencia de la historia de la evolución del concepto demencia (Custodio, Montesinos y Alarcón, 2018; López Alvarez y Aguera-Ortiz, 2015). Si bien, además de haber sido usada para definir la pérdida de memoria, también lo fue para definir la pérdida de la razón. Es decir que fue y es utilizado en muchas ocasiones, como sinónimo de locura o delirio (Labos et al., 2008; Berriel y Perez, 2007).

Según Labos et al. (2008), a partir del 1700 empieza a usarse el término de demencia para designar a estados de disfunción cognitiva con una connotación médica más precisa. El concepto se fue construyendo y evolucionando y recién es a partir del siglo XIX, gracias a la elaboración del concepto de demencia y las descripciones clínicas de distintos autores, que el término demencia y el concepto de demencia confluyen, con el sentido que se le otorga en la literatura actual y que definitivamente, las demencias empiezan a considerarse como un síndrome bajo un marcado y claro paradigma cognitivo (Op cit., 2008; Custodio et al., 2018).

En 1906, Alois Alzheimer presentó el caso de Auguste D, paciente que presentó una demencia a los 51 años, publicando sus principales resultados recién un año después. Describió una nueva enfermedad que en principio se consideró una forma atípica de demencia presenil, con las lesiones neuropatológicas clásicas de la demencia degenerativa, placas seniles y ovillos neurofibrilares, sumado a síntomas psicóticos, trastornos del comportamiento, depresión y deterioro cognitivo. Esta enfermedad es denominada luego como enfermedad de Alzheimer por Emile Krapelin, en 1910 (Slachevsky, 2016; Custodio et al., 2018; López-Álvarez y Aguera-Ortiz, 2015).

-Definición y caracterización-

Las demencias pueden definirse como el deterioro adquirido y persistente de las capacidades cognitivas en un paciente alerta, que afecta la realización satisfactoria de las actividades de la vida diaria (instrumentales y básicas) (Barrera et al., 2018;) y las esferas sociales, familiares y laborales de los pacientes de manera significativa (Barrera et al., 2018). En su evolución, pueden agregarse alteraciones del comportamiento,

trastornos psiquiátricos y psicológicos, que complican la enfermedad y su cuidado (Pérez, 2018; Clasificación internacional de enfermedades CIE-10, 1994).

Este síndrome clínico tiene un comienzo insidioso y es causado por varias etiologías, por lo que va a tener distintas manifestaciones clínicas producidas por distintos procesos patológicos (Barrera et al., 2018; Garre-Olmo, 2018); evoluciona progresivamente en años, lo que implica una declinación cognitiva desde un nivel previo de más alto funcionamiento, manifestado por el deterioro o compromiso de varias funciones cognitivas, como lo son la memoria, atención, función ejecutiva, lenguaje, funciones visuo-espaciales, praxias, habilidades psicomotoras y conducta (Fontan, 2012).

-Diagnóstico y valoración clínica-

Para Barrera et al (2018) el correcto diagnóstico de las demencias debe realizarse mediante una evaluación neuropsicológica de las funciones neurocognitivas. “El abordaje clínico de las demencias debe hacer hincapié en el patrón de inicio, así como la evolución de la enfermedad, además la sospecha clínica debe ser enfocada en buscar una causa reversible o no reversible, para enfocar los estudios a la posible causa etiológica de la enfermedad” (Barrera et al., 2018, p 61). A su vez, debe incluir el examen de las funciones mentales y la exploración de múltiples dominios tales como estado de alerta, atención, memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales, funciones ejecutivas, aptitudes de comportamientos sociales, personalidad, juicio, entre otras (Op cit, 2018).

-Criterios diagnósticos-

Para uniformizar la práctica médica, clasificar enfermedades, sistematizar los estudios y facilitar el intercambio entre profesionales, ha aparecido la necesidad de establecer criterios diagnósticos para definir los síntomas que indicarían la presencia de un cuadro demencial (López-Alvarez y Agüera-Ortiz, 2015). El diagnóstico preciso de las demencias y su clasificación es complejo, ya que por un lado tienen múltiples diagnósticos, haciéndose necesario el establecimiento de criterios clínicos y paraclínicos; y por otro, los pacientes frecuentemente tienen más de una enfermedad que dificulta la clasificación de las demencias, teniendo muchas veces que diagnosticar al paciente como portador de demencia mixta, donde el mismo puede presentar cierto

grado de neurodegeneración, y tener un componente vascular que dificulte el diagnóstico preciso (Barrera et al., 2018).

Existen criterios específicos de los diferentes tipos de demencias (enfermedad de Alzheimer, demencia Frontotemporal, demencia por cuerpo de Lewy, demencia asociada a enfermedad de Parkinson, demencia vascular) (Slachevsky, 2016). Actualmente, se encuentra vigente el “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition” (DSM-5), el cual modificó sustancialmente sus criterios con respecto a la versión anterior, el DSM-4 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Si bien no hace referencia a los síntomas psicológicos y conductuales de demencia dentro de los criterios diagnósticos, y no incluye los estadios preclínicos, sí contempla un estadio patológico pre-demencia similar al deterioro cognitivo propuesto por Petersen e introduce el concepto de “trastorno neurocognitivo” (Petersen, Smith, Waring, Ivnik, Tangalos, Kokmen, et al, 1999). Este, el trastorno neurocognitivo, se divide en tres categorías: delirium, trastorno neurocognitivo menor para referirse al deterioro cognitivo leve y trastorno neurocognitivo mayor, para referirse a la demencia, diferenciados estos en función de la intensidad de los síntomas y su repercusión en la funcionalidad del paciente (Op cit, 2014). Tampoco incluye la posibilidades etiológicas “mixtas” lo que contradice con lo que realmente pasa, en el sentido de que la evidencia acumulada refleja una relativa escasez de casos de etiología “pura” (Custodio et al., 2018).

Para Custodio et al (2018), los criterios diagnósticos para el trastorno neurocognitivo mayor requieren la evidencia de un declive cognitivo sustancial en relación a un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos, referidos como preocupación o quejas del individuo, o de un tercero informado (cuidador); declive en el desempeño neuropsicológico; que interfieran con la independencia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; López-Alvarez y Agüera-Ortiz, 2015). Las personas requieren de la asistencia de terceros para desarrollar las actividades de la vida diaria. A mayor severidad del trastorno cognitivo, la pérdida de autonomía afecta actividades de menor complejidad y aumenta el requerimiento de apoyo (Slachevsky, 2016).

Los criterios NINCDS-ADRDA, los cuales fueron revisados en 2011, en trabajo en conjunto de grupos pertenecientes al National Institute of Aging estadounidense (NIA) y la Alzheimer's Association (AA), constituyen los criterios denominados NIA-AA, los cuales se ocupan del diagnóstico de la demencia en general de cualquier causa y de la enfermedad de Alzheimer (McKhann et al, 2011). Y por otro lado, Dubois et al (2007)

establecieron criterios para el diagnóstico exclusivo de la enfermedad de Alzheimer no aplicable para otro tipo de demencia (Op cit, 2015).

Uno de los principales avances de estos grupos ha sido la consideración de la enfermedad de Alzheimer como un proceso nosológico que posee una continuidad desde fases asintomáticas hasta el desarrollo de un cuadro demencial completamente caracterizado (Custodio et al., 2018). En este sentido, la neuropatología se genera años antes de los primeros síntomas clínicos, constituyendo la demencia el estadio final de la enfermedad, diferenciándose dos estadios clínicos en la enfermedad de Alzheimer, un primer estadio preclínico, asintomático, y un segundo sintomático, que abarca desde que aparecen las primeras quejas cognitivas hasta las fases más avanzadas de la demencia (López-Álvarez y Agüera-Ortiz, 2015). También es importante porque llama la atención acerca de la posibilidad de utilizar biomarcadores, que permitirían el diagnóstico en fases asintomáticas (Op cit, 2018), tal como la atrofia en el lóbulo temporal medial evidenciada por Resonancia Magnética (RM), la alteración de los biomarcadores en líquido cefalorraquídeo, alteraciones en pruebas de neuroimagen funcional con Tomografía por Emisión de Positrones (PET) o una mutación autosómica dominante en familiar de primer grado (Op cit., 2015).

DETERIORO COGNITIVO LEVE

-Definición y Diagnóstico-

Según Petersen et al (2014) el Deterioro Cognitivo Leve es una entidad clínica que comienza con quejas o preocupaciones cognitivas planteadas por el paciente o un informante, u observaciones hechas por el médico. Dichas preocupaciones reflejan un cambio en el desempeño de la persona de forma individual para la misma, presentando deterioro en una o más funciones cognitivas sin llegar a los criterios para una demencia. Se preserva la independencia funcional.

Estos autores también aluden a que el médico tratante debe centrarse en los tipos de cambios cognitivos que ha notado en el paciente, determinando por un lado si hay deterioro en la memoria o no. Si lo hay, se trataría de un deterioro de tipo amnésico, se tendría que determinar si este deterioro corresponde a un solo dominio cognitivo o a más de uno, siendo Deterioro Cognitivo Leve de dominio Único o Múltiple respectivamente. Si la memoria no está deteriorada y es otro el dominio afectado, se

debe determinar de la misma forma, si es de un solo dominio el deterioro o en más de uno, correspondiendo entonces a Deterioro Cognitivo Leve No Amnésico de dominio Único, o Múltiple. Siendo todos estos anteriormente mencionados subtipos del Deterioro Cognitivo Leve.

-Caracterización y evolución histórica-

En los últimos 30 años se ha constatado que no todos los pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL) progresan hacia demencia, y específicamente hacia demencia tipo Alzheimer, ya que en las primeras definiciones se pensaba el DCL como una condición previa a la enfermedad de Alzheimer; es por ello que el concepto y la definición han sido modificados en sucesivas ocasiones, puesto que algunos permanecen estables, otros retornan a su nivel previo de normalidad y un porcentaje puede desarrollar demencia no Alzheimer o bien demencia tipo Alzheimer (Gutiérrez y Guzmán, 2017; Labos et al., 2008).

Ciertos autores coinciden en afirmar que la demencia comienza a gestarse muchos años antes de que empiecen a manifestarse los síntomas de forma significativa; el 'cuándo', es una cuestión difícil de precisar, distinguir cuando los declives son propios de la edad o se está frente a una fase preclínica de lo que podría llegar a ser una demencia (Barrera et al., 2018). Si bien pareciera que hay como una cierta tendencia de "normalidad", de que en estas edades avanzadas los declives son naturales, sobre todos los de memoria, hay estudios epidemiológicos prospectivos de envejecimiento que advierten que estos no deberían considerarse como normales, y se tiene que prestarles atención, tenerlos en cuenta, ya que se podría estar ante un posible síntoma inicial de un deterioro (Fontán, 2012). El anciano cognitivamente sano permanece sano aún hasta edades muy avanzadas, distinguiéndose claramente de aquellos que declinan cognitivamente con relación a cambios patológicos cerebrales. Las personas que presentan un envejecimiento normal o fisiológico van a conservar la capacidad de cognición durante todos los años de su vida; esta capacidad es la que permite al ser humano desarrollar una vida sin dificultad, resolviendo problemas y situaciones, manteniendo un correcto aprendizaje y procesando correctamente la información del ambiente, recordarla y poder utilizarla posteriormente (Gutiérrez y Guzmán, 2017).

Por otro lado, los que sufran un envejecimiento anormal o patológico podrán verse afectados por diferentes grados de deterioro de las funciones mentales superiores (Op cit., 2017).

El término deterioro cognitivo leve fue introducido en 1988 por Reisberg y definido en 1991 por Flicker; en 1999, Petersen publica los criterios de la Clínica Mayo y lo define como un síndrome que cursa con un déficit cognitivo superior al esperado para la edad y el nivel cultural de la persona, sin que se vean alteradas las actividades de la vida diaria, no llegándose a cumplir los criterios de demencia (Gutiérrez y Guzmán, 2017). La memoria es el problema principal, aunque el resto de las funciones mentales superiores pueden estar preservadas (Op cit, 2017) .

En estas primeras definiciones se consideraba al DCL como una condición previa a la enfermedad de Alzheimer, como un problema degenerativo que antecede a la demencia (Gutiérrez y Guzmán, 2017; Petersen et al, 2014).

Posteriormente se determinó que no todas las formas de DCL evolucionan hacia la enfermedad de Alzheimer, por lo que se decidió revisar y ampliar el concepto (Op cit, 2014). Es así que en 2003 se organizó una conferencia internacional para llegar a un consenso sobre el constructo de DCL, donde se propuso una revisión de los criterios originales de la Clínica de Mayo, en los cuales se amplía el concepto de DCL a diferentes dominios cognitivos, y se modifica la condición de conservación de total independencia en las actividades de la vida diaria (AVD) (Op cit, 2017). En este sentido Petersen et al (2014), plantean que se presentan problemas muy leves en las actividades instrumentales de la vida diaria, mientras que las AVD básicas deben conservarse.

Partiendo de la base de la posible alteración de diferentes dominios cognitivos, en 2011, el Grupo Internacional de Trabajo, el National Institute on Aging y la Alzheimer's Association (NIA-AA) revaluaron los criterios de DCL dentro del espectro de la EA, los cuales concuerdan con los criterios originales de la Clínica de Mayo. Estos criterios refieren cambios en la cognición identificados por paciente o informador, deterioro en uno o más de los dominios cognitivos que superan lo esperado para la edad y el nivel educativo, mantenimiento del grado de independencia funcional en las actividades de la vida diaria, ausencia de demencia.

Finalmente la última edición, el DSM-5, propone una serie de cambios terminológicos en los que se incluye el Deterioro Cognitivo Leve como trastorno neurocognitivo menor, donde los criterios que concuerdan con los originales son el mantenimiento del grado

de independencia funcional en las actividades de la vida diaria y ausencia de demencia (Gutiérrez y Guzmán, 2017).

Lo importante de los pacientes que cursan DCL, es que tienen un riesgo mayor de desarrollar algún tipo de demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer (Climent y Molinero, 2017). Es así que algunos autores concuerdan en que este deterioro opera como una “ventana terapéutica “ (Lorenzo & Fontan, 2003 ; Labos et al., 2008; Barrera et al., 2018) donde se pueden intentar estrategias preventivas y dónde sería una oportunidad única para implementar intervenciones que pudieran prevenir la progresión hacia la enfermedad (Labos et al., 2008). Estudios epidemiológicos apoyan la existencia de factores de riesgo de deterioro cognitivo prevenibles como factores vasculares y factores relacionados con el estilo de vida (Op cit, 2017).

LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

-Caracterización-

Luego de haber realizado un marco teórico introductorio sobre el envejecimiento, las demencias y el deterioro cognitivo Leve, es el momento de hablar sobre la Enfermedad de Alzheimer, uno de los temas centrales de este trabajo. Como ya fue mencionado anteriormente, la misma corresponde a la causa más frecuente de demencia neurodegenerativa en personas de 65 años o más (Barrera et al., 2018; Garre-Olmo, 2018).

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por cambios neuropatológicos degenerativos progresivos, con un deterioro global asociado del funcionamiento cognitivo y la personalidad. La etiología exacta sigue siendo un misterio, el diagnóstico definitivo sólo puede hacerse después de la muerte y los tratamientos actuales sólo pueden retrasar la progresión de la enfermedad temporalmente (Albert et al., 2014).

El DSM 5 la denomina trastorno neurocognitivo debido a la Enfermedad de Alzheimer. Sus características diagnósticas son el inicio insidioso y la progresión gradual de los síntomas cognitivos y comportamentales, con alteraciones de la memoria y el aprendizaje siendo esta la presentación típica, la amnésica (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Se puede acompañar con déficits en la función ejecutiva y la capacidad visoconstructiva/perceptual motora y el lenguaje. La cognición social permanecería preservada hasta en etapas avanzadas de la enfermedad.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) manifiesta que el 80% de los individuos que padecen este trastorno, manifiestan síntomas conductuales y psicológicos, los cuales provocan tanto sufrimiento, o más, que las manifestaciones cognitivas y a menudo son el motivo por el que se busca atención clínica. También, en los niveles más leves de gravedad, puede aparecer depresión y apatía; en los niveles de gravedad moderada, son comunes los síntomas psicóticos, la irritabilidad, la agitación, la agresividad y la deambulación sin objetivo.

Cabe mencionar que en los últimos 20 años los investigadores en neurociencia han hecho grandes avances en el ámbito de la enfermedad de Alzheimer, con respecto a la etiología, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento (Albert et al., 2014). En este sentido, López-Álvarez y Agüera-Ortiz (2015) y Barrera et al (2018) mencionan como líneas preferentes de investigación de la neuropatología de la enfermedad de Alzheimer, el estudio del depósito de amiloide en las placas seniles (depósitos de amiloide extracelulares con daño axonal y neurítico asociado), la proteína Tau en los ovillos neurofibrilares (formaciones de proteína Tau hiperfosforiladas), las bases genéticas y ambientales involucradas, (los cuales hasta la fecha se han identificado 4 genes que se involucran en la fisiopatología de la enfermedad de Alzheimer); entre otras líneas de investigación. De estos genes involucrados, tres de ellos se asociarían con mayor riesgo de la presencia de la forma juvenil de Alzheimer que se presentaría entre los 20-40 años; y un cuarto gen, asociado a la forma tardía de la enfermedad de Alzheimer, la más común en su presentación (Barrera et al., 2018).

Otra línea de investigación es referente al estudio sobre biomarcadores de la enfermedad de Alzheimer. Con respecto a esto, López-Álvarez y Agüera-Ortiz (2015) indican que los mismos se detectan en momentos diferentes del proceso fisiopatológico de la enfermedad, así en un primer momento pueden encontrarse sólo biomarcadores de acúmulo de amiloide en el cerebro empleando tomografía por emisión de positrones (PET), y sucesivamente aparecer biomarcadores de disfunción sináptica (daño funcional) en PET en la región temporoparietal; disminuciones y disfunciones en esa área mostradas en la resonancia magnética (RM) funcional; y luego biomarcadores de pérdida neuronal (daño estructural), como la atrofia cerebral en el lóbulo temporal medial, y corteza paralímbica y temporoparietal, valorada mediante RM estructural.

Otro indicador de daño neural, aunque no específico de la enfermedad de Alzheimer, es el incremento de la proteína Tau en líquido cefalorraquídeo (López-Álvarez y Agüera-Ortiz, 2015).

Ante la sospecha de Alzheimer, el diagnóstico se realiza con evaluaciones de conducta y cognitivas, así como neuroimágenes de estar disponibles; en este sentido la evaluación neuropsicológica detallada es una herramienta capaz de revelar leves dificultades cognitivas hasta 8 años antes de que la persona cumpla con los criterios diagnósticos (Albert et al., 2014). En este sentido Clarens et al (2020), mencionan que varios estudios indican que las pruebas neuropsicológicas muestran la misma precisión predictiva en comparación con los biomarcadores de uso común como lo son la neuroimagen, marcadores genéticos y LCR (Líquido cefalorraquídeo). Algunas pruebas de memoria, como recuerdo de lista de palabras, podrían predecir la enfermedad de Alzheimer durante varios años antes de que las manifestaciones clínicas de la misma sean evidentes. Si bien las pruebas neuropsicológicas no son instrumentos perfectos, pueden ayudar a guiar la práctica clínica y respaldar la indicación de estudios adicionales.

Esto se asocia con el interés por el estudio en fases cada vez más precoces, donde se podría identificar signos y síntomas que pueden ser utilizados como marcadores predictivos, llevando a un diagnóstico más temprano de la enfermedad de Alzheimer, y facilitando así las intervenciones que podrían cambiar el rumbo de la misma (López-Álvarez y Agüera-Ortiz, 2015; Clarens et al., 2020). Las intervenciones tienen más oportunidad de beneficiar al paciente, si se encuentra en etapas tempranas, donde la pérdida sináptica y neuronal apenas ha iniciado (Barrera et al., 2018), siendo estos factores determinantes del deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer.

En un estudio realizado por Clarens et al (2020), mencionan que las baterías de evaluación neuropsicológicas, sobre todo las de memoria en este caso, como por ejemplo la Prueba de aprendizaje auditivo-verbal de Rey, pueden ayudar a predecir la fisiopatología subyacente de la enfermedad de Alzheimer y contribuyen a mejorar el diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve, por otro lado, convirtiéndolas en una herramienta más rentable y accesible en comparación con la neuroimagen, biomarcadores u otros estudios, que son de muy altos costos.

-Sintomatología, Evaluación y Diagnóstico-

Los síntomas iniciales que presenta la enfermedad de Alzheimer son la dificultad para recordar hechos recientemente aprendidos, inhabilidad para adquirir nueva información, problemas para encontrar palabras adecuadas, dificultades leves en las funciones ejecutivas (atención, planificación, flexibilidad y razonamiento abstracto),

trastornos en la memoria semántica (recordar el significado de las cosas y la interrelación entre los conceptos). Además puede aparecer apatía que persiste a lo largo de la enfermedad, cambios de humor y pérdida de confianza (Albert et al., 2014; Barrera et al., 2018). Estos síntomas de la fase inicial, van desde una simple, pero a veces recurrente pérdida de memoria, hasta una pérdida de memoria más constante y más pronunciada. Se manifiestan también problemas en el lenguaje que se caracterizan principalmente por una reducción del vocabulario y una disminución en la fluidez de las palabras. También aparece torpeza al realizar tareas motoras finas, tales como escribir, dibujar o vestirse, así como ciertas dificultades de coordinación, de planificación y también desorientación. Los síntomas empeoran con el tiempo, llevando al paciente a un deterioro global (Albert et al., 2014).

Además el autor expone que a medida que la enfermedad va avanzando, en su etapa moderada, los problemas del lenguaje son cada vez más evidentes debido a una inhabilidad para recordar el vocabulario, lo que produce frecuentes sustituciones de palabras erróneas, y las capacidades para leer y escribir van empeorando progresivamente. Se reduce la habilidad de la persona de realizar sus actividades rutinarias y empieza a dejar de reconocer a sus familiares y personas cercanas. La memoria a largo plazo, que hasta ese momento permanecía intacta se deteriora.

También indica que en esta etapa se vuelven más notorios los cambios en la conducta, donde las manifestaciones neuropsiquiátricas más comunes son las distracciones, el desvarío y episodios de confusión, así como la irritabilidad y la labilidad emocional, que incluyen llantos o risas inapropiadas, agresión no premeditada e incluso la resistencia a las personas a cargo de sus cuidados.

En la etapa avanzada, la enfermedad provoca deterioro de masa muscular, se pierde la movilidad, lo que lleva al enfermo a un estado de encamamiento e incapacidad de alimentarse por sí mismo; el lenguaje se torna severamente desorganizado llegando a perder completamente, aunque a pesar de ello, se conserva la capacidad de recibir y enviar señales emocionales. Los pacientes no podrán realizar ni las tareas más sencillas por sí mismos y requerirán constante supervisión, quedando así completamente dependientes. Es frecuente ver extrema apatía y agotamiento (Albert et al., 2014).

El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer es muy complejo, ya que por lo general suele confundirse con actitudes relacionadas con el proceso de envejecimiento o el estrés (Albert et al., 2014). En este sentido, la evaluación neuropsicológica cumple

un papel fundamental para el diagnóstico, que puede definirse como la aplicación de los métodos de la psicología cognitiva y experimental al análisis de los trastornos de las funciones cerebrales producidas por lesión o enfermedad cerebral, o por desarrollo anormal del cerebro (Comesaña y González, 2009).

La evaluación neuropsicológica tiene como objetivo principal caracterizar las fortalezas y debilidades en las funciones cognitivas, y explicar la conducta que presenta un paciente; este propósito general puede subdividirse en varios objetivos: contribuir con el diagnóstico; evaluar las consecuencias de una enfermedad ya diagnosticada; describir el funcionamiento cognitivo actual del paciente, determinando capacidades alteradas y aquellas conservadas; planificar un tratamiento de estimulación cognitiva; valorar los efectos de un tratamiento; objetivar cambios en el tiempo; brindar información para el cuidado y seguimiento de un paciente; y brindar información y asesoramiento a los familiares (Comesaña y González, 2009). También sirve para determinar su severidad, evaluar su progresión y valorar la eficacia de las drogas utilizadas en el tratamiento.

En este sentido, la evaluación neuropsicológica, resulta de suma importancia para evaluar la memoria, el proceso con mayor deterioro en el Alzheimer, distinguir entre patología y normalidad en el diagnóstico diferencial, los diferentes momentos evolutivos de la enfermedad, realizar un seguimiento de cuáles son los subsistemas más deteriorados, cómo afectan la vida diaria de los pacientes y de su familia, y, de este modo, orientar al equipo interdisciplinario tratante acerca de los pasos a seguir (Comesaña y González, 2009).

Estas autoras citadas anteriormente, también aluden a la importancia aunque siendo igualmente una más de las funciones a evaluar, de la evaluación de la memoria semántica y episódica, siendo ésta última la que codifica y almacena información acerca de las experiencias personales y sus relaciones espacio-temporales, y la memoria semántica la que guarda información acerca de hechos o conocimientos generales del mundo. Además manifiestan que la memoria episódica es el sistema de memoria que se deteriora más temprano y es más vulnerable que otros sistemas a la disfunción neuronal, lo que no sucede con la memoria semántica que es menos susceptible a la interferencia.

La memoria semántica es la memoria necesaria para el uso del lenguaje, es como una enciclopedia, o conocimiento mental organizado que posee una persona acerca de las palabras y otros símbolos verbales, de su significado y sus referentes, de

las relaciones entre ellos, y de las reglas, fórmulas y algoritmos para la manipulación de los mismos (Tulving, 1972). Incluye tanto los conocimientos aprendidos en la escuela, como el significado de las palabras, conocimiento acerca del funcionamiento de la sociedad. La memoria semántica se presenta deteriorada en menor medida, su daño es más lento y progresivo (Salvarezza, 1998).

En los estadios leves o moderados de la enfermedad de Alzheimer, el compromiso de la memoria a largo plazo, tanto la episódica y semántica, se hace más pronunciado y comienza a interferir significativamente en las actividades de la vida diaria, en especial, los síntomas que involucran a la memoria episódica, son los que generalmente detonan una consulta médica (Comesaña y González, 2009).

Los síntomas de imposibilidad de evocar eventos recientes, la desorientación témporo-espacial y la incapacidad de realizar nuevos aprendizajes, con el compromiso de la memoria visual y verbal, tanto semántica como episódica, van desarrollándose en cascada. Es muy común también que los pacientes con Alzheimer nieguen la existencia de sus dificultades, lo cual es una consecuencia de la falta de conciencia del déficit, esta condición lleva el nombre de Anosognosia, y es uno de los síntomas que acompañan la enfermedad desde las etapas iniciales (Ansorena, 2010).

-Anosognosia en la Enfermedad de Alzheimer-

Esta condición, la Anosognosia, está presente en pacientes con daño cerebral y enfermedades neurodegenerativas. La misma, tiene diferentes manifestaciones, y hay distintas postulaciones y teorías que plantean su funcionamiento. Por ejemplo Starkstein et al., 1996 (citado en Ansorena, 2010), sugiere que existe, por un lado, anosognosia cognitiva, en dominios como la memoria, orientación espacial y temporal, cálculo, razonamiento abstracto y praxis, y por otro, anosognosia conductual, que afecta a conductas como irritabilidad, egoísmo, conductas emocionales inapropiadas e inhibición instintiva.

El artículo Neuropsicoanálisis: el “nuevo paso” al diálogo fructífero entre el psicoanálisis y las neurociencias (Vales, 2020) se aborda esta condición, la anosognosia. Aunque el artículo estudia estos temas en el marco de las lesiones cerebrales adquiridas, desde una perspectiva neuropsicoanalítica, las cuestiones trabajadas podrían ser útiles para el trabajo de la anosognosia y la noción de *self* en la Enfermedad de Alzheimer.

Por un lado, Vales (2020) menciona las teorías motivacionales de la anosognosia; éstas, estarían relacionadas con los aspectos inconscientes del déficit, considerando a la anosognosia como un mecanismo o reacción psicológica defensiva, destinada a proteger al Yo de la posible angustia derivada de sufrir un deterioro grave o una enfermedad (Prigatano, 2010, citado en Vales, 2020)□.

Otra de las varias hipótesis que explican el funcionamiento de este fenómeno, de las teorías clásicas, una de ellas es la negación psicológica. Esta trataría de un mecanismo de defensa que atenúa el estrés potencial de las consecuencias de la enfermedad (Ansorena, 2010).

Vales (2020) también se refiere a la hipótesis de la defensa, la cual fue explicada tradicionalmente para la heminegligencia, la misma se basa en el hecho de que estos pacientes, se enfrentan claramente a un déficit neurológico profundamente aversivo que les cambia la vida, donde en lugar de emprender el difícil proceso de adaptación a este hecho no deseado, toman el camino de menor resistencia y reprimen las representaciones perceptivas y de memoria relevantes implicadas. En este sentido el autor manifiesta que estas representaciones están registradas implícitamente y el paciente mediante un mecanismo de negación, niega su existencia en la memoria declarativa, aclarando que la anosognosia no es una negación psicógena, sino que el daño cerebral que se observa en estos pacientes produce déficits cognitivos que son esenciales para la regulación normal de las emociones, causando que las mismas minen la cognición de la realidad (Op cit, 2020). Ahora bien, pensando en la enfermedad de Alzheimer, el daño neurodegenerativo que se produce, podría afectar de la misma forma esta regulación, pudiendo provocar anosognosia en estos pacientes.

Es crucial el análisis de la anosognosia para que el paciente sea consciente de sus limitaciones. Ello contribuye notablemente al mantenimiento de sus capacidades cognitivas, y resulta necesario implicar al paciente en su propio entrenamiento, dando más importancia a variables como la motivación, la funcionalidad, la autonomía o el desarrollo personal (Ansorena, 2010).

Por otro lado, Turnbull, Fotopoulou y Solms (2014), mencionan que la anosognosia podría estar vinculada a el *self* (sí mismo) del paciente, donde la autoconciencia estaría deteriorada, siendo ésta un aspecto del *self*.

“La autoconciencia puede definirse como la capacidad de percibirse objetivamente (percibir nuestro propio *self*), manteniendo al mismo tiempo un sentido de subjetividad, esta será una paradoja natural de la conciencia humana: por un lado, busca

la 'objetividad', es decir, la percepción de la situación y al mismo tiempo el sentido de una interpretación privada, subjetiva de una experiencia. La autoconciencia o la conciencia de las funciones cognitivas implica una interacción entre 'pensamientos' y 'sentimientos', siendo la más alta de todas las funciones neurocognitivas integradas" (Prigatano & Schacter, 1991).

Rogers et al. (1977) demostraron en un estudio que los adjetivos que eran procesados de forma personal eran mejor recordados que los que no. Por este tipo de evidencias se ha pensado que el procesamiento autorreferencial debe tener procesos y zonas únicas para el procesamiento. Según Ansorena (2010) durante la historia, se ha considerado que el desarrollo del *self* tiene una importancia especial en el ser humano. En consonancia con esto, un estudio realizado por varios autores sobre el efecto de la autorreferencia en personas sanas, y también con Alzheimer, proponen cuestionarios y pruebas, fue cómo pacientes sanos, otros con Alzheimer o Deterioro cognitivo leve, recordaban palabras relacionadas con su identidad, en aspectos negativos y positivos. Los participantes con enfermedad de Alzheimer, en lo que tuvo que ver con los aspectos positivos de la identidad, son mejor recordados, y para los negativos se activa como un mecanismo de autodefensa, el olvido, ya que lo negativo atentaría contra su *self*; proponen entonces, que la anosognosia es impulsada por esta forma de autodefensa, el olvido, cuando la información es negativa con respecto al *self* (Op cit, 2016). Con este estudio, los autores concluyen y proponen, la existencia de un efecto de positividad para la información relacionada con uno mismo, donde este mecanismo podría constituir un factor importante para la preservación de su autoestima y memoria relacionada con uno mismo, y así, intentar generar factores que permitan mantener una autoestima positiva contribuyendo al bienestar del paciente a través de recuerdos positivos relacionados con el mismo (Leblond et al., 2016).

En esta misma línea, resulta importante destacar que la conciencia de nuestra actuación es un componente crítico de la cognición normal que nos da la habilidad para reconocer nuestros límites y elegir nuestras actividades en consonancia; en la enfermedad de Alzheimer la anosognosia limita enormemente la intervención, ya que los enfermos no son conscientes de sus déficits, lo cual contribuye a que no se impliquen tanto en el entrenamiento para conservar sus capacidades cognitivas (Ansorena, 2010).

Hoy en día y con el avance de las ciencias de la salud, se ve más clara la necesidad de implicar al paciente en su propio entrenamiento, dando más importancia a variables como la motivación, la funcionalidad, la autonomía o el desarrollo personal como ya se mencionó anteriormente (Op cit., 2010). En este sentido, es fundamental

entonces que el anciano sea consciente de sus limitaciones, ya que ello contribuye notablemente al mantenimiento de sus capacidades cognitivas mediante intervenciones dedicadas a contribuir en la preservación de las mismas. Una forma podría ser a través de lo expresado anteriormente, contribuyendo a que los aspectos positivos de la identidad de la persona sean recordados por ella misma o ayudándola a ello.

-Abordaje de la Enfermedad de Alzheimer desde una perspectiva multidimensional-

Así mismo, resulta de suma importancia centrarse en la dimensión psicosocial y psicoafectiva de los pacientes, ya que puede constituir un factor relevante para la preservación del Yo la memoria en pacientes con enfermedad de Alzheimer (Ansorena, 2010). Pensar en la psicoterapia en estos pacientes, y tomando los aportes realizados por Vales (2020) en pacientes con lesiones cerebrales adquiridas y utilizándolos para pensar la Enfermedad de Alzheimer, se podría decir que en las primeras etapas de la misma, ésta podría facilitar y permitir la comprensión de los procesos de rehabilitación en los que el paciente vaya a transcurrir, trabajando las expectativas y ansiedades que se generen. Además, con el tratamiento psicoterapéutico, se intenta un mejoramiento de la autoconciencia y de los efectos que esta tiene en el paciente y en sus familiares, y también trabajar sobre la nueva experiencia subjetiva y reestructuración del *self*, dándole un nuevo sentido, y ayudándolo a disminuir su frustración, ansiedad, angustia y confusión, teniendo en cuenta las necesidades cotidianas y existenciales de su personalidad (Salas, 2008)□.

Berriel y Pérez (2007), en su libro *Alzheimer y psicoterapia*, proponen trabajar a la enfermedad de Alzheimer desde una perspectiva multidimensional de las demencias. En este sentido plantean analizar a la misma, buscando las condiciones de producción de estas patologías, en este caso la enfermedad de Alzheimer, en las dimensiones psicoafectivas, psicosociales y sociocultural, y donde los planos somático y cognitivo serían secundarias o consecuencias de las mismas. Esto es lo que ellos denominan modelo multidimensional de intervención psicológica, donde los diferentes planos se afectan mutuamente, en un colectivo determinado.

Es así que estos autores proponen la elaboración de un plan de abordaje psicoterapéutico integral, el cual debería ser implementado por un equipo interdisciplinario que trabaje desde un enfoque de complementariedad y potenciación.

Donde por un lado, este equipo tendría como objetivo realizar un análisis de la complejidad que el caso singular despliega, realizando por un lado un diagnóstico clínico-clasificador basado en criterios validados internacionalmente; y un diagnóstico clínico-situacional, donde se habilite a visualizar el impacto de la enfermedad en el grupo familiar y en la red social más cercana del paciente. Este diagnóstico, implica una visión global de la enfermedad en el grupo familiar y en la red, identificando las personas afectadas, así como los recursos de las mismas. En el mismo se debe realizar un análisis de la afección y recursos en cada una de las personas identificadas, tomando los cinco planos implicados en la patología desde el modelo multidimensional antes mencionado, identificando en el paciente y en cada persona de su red más próxima, aquellos aspectos que enferman y los que se mantienen sanos en cada uno de estos planos.

Así en el plano somático, se identificarán los déficit, y si existen repercusiones en este plano en las personas de la red; a nivel cognitivo, se tratará de identificar los déficit cognitivos del paciente, y visualizar si existe alguna repercusión en este plano en la red inmediata; en el plano psicoafectivo, se intentará conocer el impacto en la vida anímica y en los afectos de cada uno de los implicados, visualizar cómo cada uno va transitando la patología y de qué forma la misma impacta en el plano vincular y sobre determinadas estructuras de personalidad, e identificar los tipos de mecanismos defensivos que se ponen en juego, así como también los aspectos de salud mental implicados, y si hay presencia de síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia, en este caso en la enfermedad de Alzheimer.

En la dimensión psicosocial, es necesario identificar las ansiedades predominantes en el grupo familiar, el juego de depositaciones de las mismas, los elementos de transmisión generacional puestos en juego, los mensajes inconscientes en la comunicación (Berriel y Pérez, 2007); y por último pero no menos importante, el plano sociocultural/histórico, donde se analizará la construcción de sentido de la patología, tanto desde la perspectiva del grupo, como la significa “esa” familia, como desde la socio cultural, y cómo la significa “esa” red social, “esa” comunidad. También proponen analizar las fantasías construidas colectivamente respecto a la enfermedad, así como los miedos y los procesos identificatorios puestos en juego.

Siguiendo la línea de estos autores, los mismos proponen que en base a todo lo analizado en las diferentes dimensiones, se realice un plan de intervención para ese paciente y su familia o cuidadores principales, proponiendo para ello un dispositivo psicoterapéutico combinado que integre instancias de psicoterapia individual para el

paciente y el cuidador/es principales; y psicoterapia grupal con los pacientes, sus cuidadores principales y de sus familiares, contemplando aspectos de psicoeducación. Todos estos procesos producirían efectos positivos en los sujetos tratados, tanto en los aspectos cognitivos, afectivos, funcionales y psicosociales de los pacientes, como en los aspectos afectivos y de sobrecarga de los cuidadores.

Por otro lado, Vales (2020) también alude como un componente importante y necesario en las intervenciones en la enfermedad de Alzheimer, la intervención familiar. Indica que en enfermedades complejas que implican cambios y procesos largos, cambian y desorganizan la dinámica y funcionamiento de la familia. En este sentido, resulta importante ofrecer apoyo psicológico, ya que por lo general los familiares no poseen ni los conocimientos ni los recursos para afrontar los obstáculos y dificultades que suelen suceder cuando tienen que cuidar a su familiar, como indican muchos estudios sobre el cuidado de las personas con enfermedad de Alzheimer, es muy importante “cuidar al cuidador” (Op cit, 2020), como lo es también en otras enfermedades.

Por otro lado, y coincidiendo con el autor antes mencionado, los familiares podrían participar activamente en el plan de rehabilitación, siendo muy importante la psicoeducación y el poder generar su participación tratando que sus expectativas sean acordes a los procesos que se van transitando.

IDENTIDAD, SELF, Y MEMORIA

-Definición de Self desde distintas perspectivas-

Para pensar la definición *self*, existen varias teorías, autores, que estudian al mismo desde distintas perspectivas y tendencias, por lo cual se analizará algunas de ellas.

Para Hoffman (2014), la identidad, considerándola como una estructura temprana del *self*, ofrece una forma de autodefinición que responde a la pregunta “¿Quién soy yo?”. Ésta, aborda la cuestión de cómo y de qué manera, uno siente y se relaciona con madurez e individuación con otro, al tiempo que mantiene su singularidad, siendo la forma que uno expresa su individualidad y un modo de comprender la experiencia desde una subjetividad personal, única y constante. Esta autora sostiene que la identidad se desarrolla dentro del contexto de las influencias mutuas en la relación

madre-infante, es decir que es modelada por la naturaleza de las influencias libidinales tempranas de la madre, sobre el sentido del *self* del niño, representando un intento de ser para esa persona, en lugar de ser como ella (Hoffman, 2014).

En consonancia con este tema Kohut (1997 citado en Urizar, 2006) indica que el bebé nace al mundo como un ser completo, en un estado consolidado, únicamente en la patología el *self* se fragmenta y se manifiesta con expresiones disfóricas e impulsivas de ira y sexualidad, que se establecen como línea base en la teoría clásica del *self*.

Por otro lado, en algunos hallazgos de la investigación del desarrollo cognitivo que convergen además con hallazgos de la neurociencia, se plantea que el desarrollo normal es fragmentado, con sistemas no integrados y con procesos mentales que cursan en paralelo. Tronick y Weinberg (1997) y Stern (1998) (citados en Urizar, 2006) encuentran que el conocimiento relacional implícito, el único campo disponible para el infante y que permanece a lo largo de toda la vida, es particularmente vulnerable al fraccionamiento y a la falta de integración cuando hay relaciones insuficientemente empáticas.

Mitchell (2000 citado en Urizar, 2006) por su lado, se vuelca por la idea de los múltiples *selves*, como un inevitable rasgo del desarrollo normal. En esta línea, el autor Stern (2003) en su artículo “El *self* como una estructura relacional. Un diálogo con la teoría del *self* múltiple”, propone que el concepto de *self* como una estructura psicológica coherente y perdurable es un concepto cuestionado, y expone sobre la crítica postmoderna que existe hacia las teorías del *self* unificado.

Esta crítica sostiene que el *self* es múltiple, indicando que no es una entidad estática sino que fluctúa constantemente, existiendo una necesidad adaptativa de la ilusión de unidad y continuidad en el sentimiento que una persona tiene del *self*. En este sentido, la teoría del *self* unificado propone que aunque puede haber disyunturas dramáticas en la propia experiencia del mismo, existe un esfuerzo evolutivo hacia un *self* integrado que presta un sentimiento de unidad a la experiencia del *self* global. Ahora bien, el autor si bien reconoce estas dos divisiones, por un lado la teoría del *self* unificado y por otro la del *self* múltiple, propone un tercer modo de conceptualizar el *self*, basándose en teóricos postmodernos psicoanalíticos, que consideran retener, sin abandonar los modelos de la mente lineales, jerárquicos y esencialistas, e integrarlos en favor de un modelo de organización psicológica más descentralizado, abierto, dinámico, “horizontal”, en el que se entiende que la experiencia subjetiva está en

constante fluctuación entre los estados del *self* discontinuos basados en la historia relacional de una persona.

En este sentido, por un lado, la dimensión vertical, sería la que en mayor medida transmite las cualidades de unidad, cohesión, autenticidad, regulación del *self* y bienestar. Por otro, los teóricos del *self* múltiple, la dimensión horizontal, se focalizan principalmente en la experiencia de *self* como modelada por contextos relacionales concretos. Y la tercera dimensión, planteada por Stern (2003), es la de la relación del *self* consigo mismo, como relación intrapsíquica modelada por la experiencia relacional.

Este autor propone pensar en la estructura del *self* en un momento dado, como una estructura relacional, en la cual desarrollamos relaciones con nosotros mismos que reflejan nuestras historias intersubjetivas, es decir, que sólo en el momento presente uno se siente cohesivo o fragmentado, auténtico o no auténtico, vitalizado o agotado, con suficiente o insuficientemente regulación del *self*, con iniciativa propia o a merced de los otros, etc. También, indica que la cualidad global de la experiencia del *self* en un momento dado, es una función de la relación momentánea entre dos aspectos o categorías de la experiencia del *self*, (la experiencia subjetiva primaria de una persona o realidad interna y su experiencia organizada intersubjetivamente), y las disyunturas en esta relación intrapsíquica son las que establecen las condiciones para los “*selfs*” patológicamente disociados.

Cabe mencionar que éstas, están en constante fluctuación, respondiendo tanto a cambios en las circunstancias externas como a fantasías y procesos asociativos internos, y donde nuestra experiencia subjetiva primaria en un momento determinado, es modelada por toda nuestra historia vital hasta ese momento y es producto tanto de nuestras cualidades innatas como de nuestra experiencia, dado que estos dos factores se han fusionado en nuestras personalidades y subjetividades, tanto como las motivaciones y afectos centrales en ese momento; y por el contrario, la experiencia intersubjetivamente constituida va más allá de estos aspectos centrales de la experiencia y puede estar o no en armonía con ellos, donde en la patología, esta última niega, anula o aparta a la persona de la primera.

Para pensar esta cualidad momentánea de la experiencia tal como conceptualiza Stern (2003), nos refiere a la infancia, donde podemos pensarla como una serie de momentos intersubjetivos o secuencias de interacción, donde en cada una de estas interacciones el niño trae una experiencia subjetiva primaria que se encuentra con una

respuesta o iniciativa por parte del cuidador, y donde en el transcurso de cada secuencia interactiva, el estado interno del que el niño partía es transformado por esta interacción. Luego, mediante numerosas repeticiones de momentos similares, el infante conforma e internaliza las representaciones de esa secuencia de interacción transformacional, estructura que provee la base para la multiplicidad de la experiencia del *self*. Entonces resumiendo, lo que determina la cualidad momentánea de la experiencia es la relación entre lo que el niño aprende e internaliza de estas secuencias de interacción y los estados subjetivos originales que el niño traía a las interacciones en primer término.

Por otro lado, el autor también conceptualiza la identificación con la respuesta del otro al *self*. En este sentido, explica que muchas secuencias o estructuras de interacción internalizadas contienen información relativa a la respuesta del cuidador hacia el niño, incluyendo la percepción de aquél y sus respuestas afectivas, evaluadoras y procedimentales a la experiencia subjetiva primaria que el niño llevaba a los encuentros en los que se basaron las representaciones internalizadas.

Como parte del proceso de internalización, el infante o el niño se identifica automáticamente con las respuestas inferidas del cuidador a su experiencia subjetiva primaria, más concretamente, se identifica con las construcciones que hicieron de las respuestas de sus madres y estas identificaciones. Es decir, cuando las respuestas parentales son acordes con los estados de *self* primarios del niño, se convierten en organizadores centrales de la experiencia del *self* intersubjetivamente constituida. Y, con el tiempo y la repetición, estas identificaciones procedimentales primarias con las respuestas de los otros al *self* se vuelven organizadores cada vez más consolidados del *self* intersubjetivo, ayudan a regularlo, y llevan a un sentimiento progresivo de eficacia y realización del mismo. En los casos donde los padres “fallan” en reconocer la realidad psíquica de sus niños, las identificaciones que se forman, alienan al niño de esa realidad y anulan sus capacidades para relacionarse con el mundo externo sobre la base de una experiencia de *self* auténtica, como se explicará más adelante.

Por otro lado, el autor también indica que la identificación con la respuesta del otro al *self* no es la única base sobre la que construimos la relación con nosotros mismos, sino que se implican otros tipos de identificación, por ejemplo, un niño puede identificarse con el modo en que uno de los padres se trata a sí mismo, con el modo en que uno de los padres trata a otra persona, etc. Además de la identificación, otro determinante decisivo es la acomodación –adaptativa/defensiva y compensatoria- del niño a las contingencias intersubjetivas prevalentes donde un niño puede reprimir o negar sus afectos, necesidades o esfuerzos a causa de cómo sean respondidos.

En consonancia con lo expuesto anteriormente, Bareiro (2011) plantea que Winnicott habla de verdadero *self* y falso *self*, donde el falso funciona como máscara, resguardando al verdadero *self* de las cuestiones sociales. Este falso *self* se desarrolla en las etapas tempranas. Cuando la función de cuidado y sostén materno, y el ambiente, no se ocupa como debería, o cuando se expone al niño a situaciones de futilidad o abandono, para sobrevivir por sí mismo en un mundo que le es hostil, debe esconderse tras la máscara del falso *self*. En las primeras vivencias del infante, parte de las funciones de cuidado materno son propiciar un ambiente de adaptación/desadaptación lentamente a las necesidades del niño, anticipación de angustias consideradas en esta etapa como inconcebibles. Winnicott plantea que estas, ilustran a esta experiencia negativa de no ser, o más bien no encontrarse siendo. Es decir que el cuidado, no se restringe a las cuestiones biológicas y al sostén físico.

El autor designa este término, falso *self*, al conjunto de defensas que protegen al verdadero *self* cuando este no ha encontrado un ambiente lo suficientemente bueno, siendo su función proteger y ocultar al verdadero. La capacidad del falso *self* va desde aceptar y utilizar las convicciones sociales, funcionando como disfraz que transita por el mundo sin sentir constantemente el riesgo de ser, llamándolo falso *self* normal, o necesario, hasta reemplazar el verdadero sí mismo a riesgo de habitar el mundo de manera impersonal, el falso *self* patológico ligado a la enfermedad, provocado por la inflexibilidad de las defensas (Bareiro, 2011).

Por otro lado, el verdadero *self* equivaldría a que las condiciones de las etapas tempranas del cuidado y sostén estén cubiertos lo suficientes bien, donde el infante tiene la posibilidad de sentirse vivo, verdadero y real, y la cual se forma a través de la relación con otros, donde el niño experimenta la continuidad de existir, y la prolongación de experimentarse siendo (Op cit., 2011)

Winnicott construye su clínica en base a estas cuestiones, vinculadas al ser y existir, y a la búsqueda del verdadero *self*, dónde salud correspondería a la sensación de continuidad en la experiencia del ser, y la enfermedad haría alusión a la inautenticidad patológica, la futilidad de la existencia, entre otras (Op cit., 2011).

Para complejizar el análisis sobre el *self*, Gonzalez, Fernández y Fernández (2007) hablan de representación del *self* predominante, describiendo el complejo proceso la construcción de la identidad, que si bien hay conceptos que señalan como factor determinante del proceso el cúmulo de roles a lo largo de la vida, en donde cada experiencia nos sitúa en una posición que supone una representación de nosotros, y,

así, en una reiteración continuada, vamos solapando y sumando representaciones sucesivamente, cada una de ellas matizando la anterior y haciéndonos más y más complejos; estos autores, sin embargo plantean que no hay un proceso de construcción por acumulación sino más bien de elección de identidades entre un “menú” enormemente variado. Y donde podría decirse que la elección está determinada por el cúmulo de representaciones, pero no se trata de una mera sumatoria pasiva, sino que el sujeto tiene un papel activo en la construcción de su propia identidad.

Otro aporte que describen estos autores antes mencionados, es que no hay identidad sin otro, es decir, no es posible construir el sí mismo sin la presencia de los demás, espejo que nos devuelve una imagen propia que nos define y nos limita; en resumen la construcción de la identidad está indisolublemente ligada a la vinculación con el objeto, con los demás. Autores que han reflexionado sobre esto fueron por ejemplo Klein (1932), quien propone como básico en la construcción del *self*, el papel del objeto y por tanto el papel del vínculo en el desarrollo del individuo; Lacan (1994) con su concepto del estadio del espejo, resaltando la función constructora de la identidad del niño por parte de la mirada materna; y las propuestas de Bowlby (1969, 1973), quien también mencionaba al vínculo como constructor de identidades.

González, Fernández y Fernández (2007) también reflexionan sobre el encuentro psicoterapéutico como experiencia vincular y su papel en la construcción de una nueva identidad, en lo que expresan que unos meses de terapia pueden sin duda constituir un impacto emocional suficientemente significativo como para modelar en adelante la identidad del sujeto.

Señalan también, que la terapia facilita la adquisición por el paciente de una nueva identidad, dicho en términos más técnicos, el vínculo establecido en la terapia facilita a través de la repetición y el examen conjunto de emociones y vivencias, la modificación parcial de la representación interna del *self*, lográndose de modo explícito o implícito. Esta exploración continuada de las diferencias entre la representación del otro (y especialmente del terapeuta) en el paciente y la realidad del mismo, ayuda a la construcción de esa nueva identidad para el paciente, idealmente más acorde con sus deseos y necesidades.

-Memoria y Self-

Por otro lado, otra autora que trabaja la noción del sí mismo, es Salazar-Villanea (2007) ella habla sobre identidad, y la considera una estructura de representación, un sentimiento subjetivo del sí mismo y a la vez una forma de autopresentación de ese sí mismo, a otros y a sí. También indica que en la interacción, surge y se construye en el proceso de desarrollo a lo largo del ciclo vital, un proceso que conlleva la progresiva apropiación subjetiva de ese sí mismo en cada etapa de desarrollo.

Para esta autora, es la memoria la que posibilita la integración del pasado, del presente y del futuro a partir del sentimiento y experiencia de mismidad, de ser uno mismo en forma continua y coherente a pesar de los cambios internos y externos a lo largo de la vida. En esta línea, Salvarezza (1998), propone que la memoria es central en el conocimiento del pasado, la interpretación del presente y la predicción del futuro. Para este autor, la misma determina nuestra identidad, nuestra percepción e interacción con los demás, guía nuestro desempeño, moldea nuestra conducta y nuestra personalidad. Además está en la base de respuestas motoras fundamentales y hasta en actos intelectuales complejos.

Cabe mencionar, que la memoria no es una entidad unitaria sino una combinación de complejas funciones y subsistemas, el cual uno de los primeros modelos de organización de la memoria fue desarrollado por Tulving a comienzos de la década de los '70, el mismo propone la división en explícita e implícita, e introdujo una subdivisión de la memoria explícita, en episódica y semántica (Comesaña y González, 2009).

Entonces, la primera gran división de la memoria que puede realizarse, en función de la intervención o no de la conciencia, es entre la memoria explícita (o declarativa) y la memoria implícita (o no declarativa).

La memoria declarativa o explícita, es el recuerdo consciente e intencionado de experiencias previas, es el "saber algo", el "saber qué". Comprende las memorias que son comunicables, verbalizables, y almacena eventos únicos, hechos y datos, que sucedieron en un tiempo y espacio determinado, los mismos se adquieren mediante procesos de aprendizaje y son accesibles por procesos conscientes y voluntarios de recuperación de la información (Kolb, 2006; Salvarezza, 1998; Fontán, 2015; Comesaña y González, 2009). Los recuerdos se almacenan y organizan por códigos semánticos témporo-espaciales, y prácticamente todos van marcados por una nota afectiva. En esta memoria podemos diferenciar en memoria semántica y episódica.

La memoria episódica o también llamada memoria autobiográfica hace referencia al recuerdo ordenado de acontecimientos ocurridos en el pasado y

comprende la base de la individualidad (Fontán, 2015) ya que la misma permite recordar experiencias vitales personales pasadas (Kolb, 2006). Este sistema de memoria es el que se deteriora más temprano y es más vulnerable que otros sistemas a la disfunción neuronal, lo que no sucede con la memoria semántica que es menos susceptible a la interferencia (Comesaña y González, 2009).

Comprende al conocimiento de sí mismo y hechos ligados a contextos temporales y espaciales específicos, donde la persona no solo recuerda el hecho o la información, sino que también cuándo y dónde lo aprendió (Op cit, 1998). Para Fontán (2015), la memoria autobiográfica es un conjunto de episodios ordenados cronológicamente, espacial y afectivamente referenciados, que guardan una armonía histórica y espacial, hay un antes, un después y un dónde.

Damasio (2000) plantea que esta memoria es la base de un tipo de *self*, el *self* autobiográfico. Éste, se compone de instancias plurales de experiencia individual pasada y de futuros anticipados; experiencias que describen la identidad y la persona. También se compone de los aspectos invariables de la biografía de un individuo, que son los que forman la base de la memoria autobiográfica.

Esta memoria, crece acorde con la experiencia de la vida y puede ser remodelada parcialmente para reflejar nuevas experiencias. Estas experiencias o memorias, primeramente implícitas, pueden ser reactivadas en forma de patrón neural y tornadas explícitas cada vez que resulta necesario, siendo el resultado el *self* autobiográfico del que estamos conscientes.

En este sentido, el autor expresa que la consciencia depende de la construcción y despliegue interno de nuevos conocimientos relativos a una interacción entre organismo y objeto, es decir que cada "algo por conocer" gatilla, o activa su propio pulso de consciencia, a esto le llama "consciencia nuclear" o central. Donde el organismo, como unidad, está cartografiado en el cerebro en estructuras que regulan su vida y señalan sus estados internos, a esto el autor denomina "proto-self". Por otro lado, el objeto en cuestión, también se cartografía en mapas en el cerebro, en las estructuras sensoriales y motoras activadas por la interacción entre organismo y objeto, mapas que causan cambios en los mapas afines del organismo. Éstos, tanto el uno como el otro, se cartografían como patrones neurales en mapas de primer orden, patrones que pueden transformarse en imágenes.

Esta transformación en imágenes, es el proceso de re-representación en mapas de relación objeto-organismo, más específicamente del detalle de esta relación, mapas de segundo orden que son patrones neurales transitoriamente formados, los cuales pueden transformarse en imágenes.

A medida que las imágenes del objeto afectan el estado del organismo, otro nivel del cerebro crea una veloz narración no verbal de los eventos en curso en las diversas regiones del cerebro activadas por la interacción objeto-organismo. Este veloz relato no verbal de segundo orden narra una historia, la del organismo captado en el acto de representar su propio estado mudable conforme se dedica a representar otra cosa. En este proceso de relato no verbal de segundo orden que ocurre cada vez que un objeto modifica al proto-self, se involucra otro tipo de *self*, el *self* nuclear, que se reproduce una y otra vez con la misma forma esencial a lo largo de la vida, y se enriquece por la exhibición paralela de hechos memorizados e invariables, sucesos críticos de la autobiografía de cada persona. El *self* autobiográfico por su lado, se basa en registros permanentes pero disposicionales de experiencias del *self* nuclear (Op cit, 2000).

Este proceso, el de generar un relato no verbal de segundo orden, es la imagen sutil de saber, la sentida esencia de nuestra sensación de *self*. Éste se repite sin pausa para cada objeto que el cerebro representa, y no importa si el objeto está presente e interactúa con el organismo o si se evoca en la memoria de hechos pasados; tampoco importa la singularidad del objeto, en el sentido de que hay demasiados objetos puntuales o evocados, de los cuales puede haber varios en un mismo lapso (Damasio, 2000). Cuando cantidades mayores o menores de imágenes reconstruidas tornan explícitos los registros personales, éstos se convierten en el *self* autobiográfico, el cual es estable e invariable y su paisaje cambia de continuo como resultado de la experiencia.

La identidad y el ser persona, las dos nociones que de inmediato surgen en la mente cuando pensamos en la palabra *self*, requieren memoria autobiográfica y su actualización en el *self* autobiográfico. El reservorio de registros en la memoria autobiográfica contiene las memorias que constituyen la identidad, junto con las memorias que ayudan a definir nuestro ser persona. Es decir que las singulares interacciones que un organismo vivo en crecimiento mantiene en un entorno particular, desde el punto de vista físico, humano y cultural, labran continuamente al organismo, y se registra en la memoria autobiográfica, este sería el cimiento del *self* autobiográfico y del ser persona.

Por otro lado, tenemos otro tipo de memoria, la memoria semántica, la hace referencia al conocimiento general del mundo, también necesaria para el uso del lenguaje, así como también hechos, reglas, palabras y otros símbolos verbales, y su significado, referentes, relaciones entre ellos, reglas y algoritmos para la manipulación

de los símbolos, los conceptos y las relaciones; lectura, escritura, matemáticas, el conocimiento de hechos históricos y figuras históricas, etc, todo lo que no es autobiográficos (Kolb, 2006; Tulving, 1972). Esta memoria entonces incluye tanto los conocimientos aprendidos en la escuela, como el significado de las palabras, conocimiento acerca del funcionamiento de la sociedad, etc. Es compartible, no tiene una referencia temporal, aunque pudo haberla tenido, pero después la pierde para ser organizada por sus relaciones semánticas (Fontán, 2015).

Fontán (2015), menciona como memoria declarativa también, la memoria prospectiva, que hace referencia a la memoria “de agenda”, de las cosas que “van a pasar”. Esta memoria tiene dos componentes: “qué” es lo que va a suceder y “cuándo” va a suceder, y generalmente se asocia un “disparador” para hacer recordar una determinada tarea.

Por último, la memoria no declarativa o implícita es una forma de memoria inconsciente, no intencionada (Kolb, 2006). Es la memoria procedural o de procedimiento, “el saber cómo”, y hace referencia a las praxias y el aprendizaje motor, habilidades aprendidas, ya sean motoras, perceptivas o cognitivas, las cuales requieren ejercitación (Salvarezza, 1998; Fontán, 2015). Es la capacidad de realizar ciertas secuencias motoras determinadas a un fin, como por ejemplo, conducir un vehículo, tocar un instrumento, manejar una herramienta, etc. El conocimiento solo se adquiere a través del aprendizaje motor, de manera lenta e incremental, realizando todos los movimientos necesarios y luego se desarrolla de manera automática (Fontan, 2015). Esta memoria puede dividirse en memoria motora, de anticipación y condicionamiento clásico y la memoria emocional (Kolb, 2006).

¿Y SI FALLA LA MEMORIA?: SELF Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

En un estudio realizado por la investigadora costarricense Mónica Salazar (2007) se planteó una hipótesis: es posible que aún y cuando se pierda progresivamente la memoria, en sus estadios iniciales e intermedios pueda accederse aún a eventos pasados que conforman el núcleo de sus historias de vida e identidad existencial, los cuales no se destruyen fácilmente por el ensayo repetido de los mismos en la memoria, su intensidad afectiva, su elaborada codificación y porque están fuertemente consolidadas facilitando el recuerdo y que, como apunta Schacter (1996, citado en Salazar, 2007) probablemente no requiere de la articulación de tantas partes frontales y temporales mediales del cerebro, las cuales sí son cruciales para la creación y el acceso a recuerdos de experiencias recientes.

En este sentido, la memoria a largo plazo tendría una relación recíproca con el *self*, donde la memoria decide lo que el *self* es, ha sido y puede ser, y el *self* modula el acceso a la misma (Ansorena, 2010).

En consonancia con lo planteado anteriormente, varios autores indican la presencia de un gradiente temporal, característica que define las alteraciones de memoria en la enfermedad de Alzheimer, donde se preserva la memoria remota comparada con eventos recientes (Ansorena, 2010). En esta enfermedad, se da una pérdida de las capacidades en un sentido inverso a como se han adquirido, perdiéndose primero lo último que se adquirió (Berriel y Perez, 2007). Este fenómeno, fue señalado en los años sesenta por Julián de Ajuriaguerra y es retomado por Reisberg et al (1999), quien lo define como retrogénesis.

La “Retrogénesis se define como el proceso por el cual los mecanismos degenerativos invierten el orden de la adquisición en el desarrollo normal” (Álvarez, et al., 2013). Ajuriaguerra y Tissot fueron los primeros investigadores en adoptar un enfoque empírico para el estudio de la retrogénesis. Estos autores, en los años setenta, observaron que la disminución de las capacidades cognitivas en las demencias avanza en forma inversa al desarrollo de la inteligencia y a los estadios propuestos por Piaget (Silva, 2016). Según esta autora, se perderá en primera instancia lo último adquirido: las capacidades cognitivas (adquiridas en el periodo formal), o sea el pensamiento abstracto, el razonamiento lógico-matemático y la representación espacial y en etapas más avanzadas de la enfermedad, con mayor deterioro cognitivo, se comienza a perder las nociones de conservación de las propiedades de los objetos (operaciones concretas), y así sucesivamente continúa avanzando a la inversa del desarrollo adquirido (preoperatorio y por último sensoriomotor).

Estudios han sugerido que diferencias en este gradiente pueden tener relación con el patrón de neurodegeneración existente en la enfermedad de Alzheimer, en lo cual la pequeña pérdida inicial con relación al gradiente temporal se explica por el daño en áreas cerebrales temporales mediales, que suceden pronto en esta enfermedad, mientras que pérdidas más extensivas en el gradiente temporal se explican tras un amplio daño a la neocorteza, (donde estudios neuroanatómicos han sugerido se distribuye el almacén de la memoria semántica), una característica de estadios posteriores en la enfermedad (Ansorena, 2010).

En palabras de LeDeux (1996/1999, citado en Ansorena, 2010):

“La enfermedad empieza a atacar el cerebro por el lóbulo temporal, sobretodo el hipocampo, lo que explica por qué los olvidos son la primera señal de aviso. Sin embargo, la enfermedad acaba penetrando en el neocórtex, lo que sugiere por qué todos los aspectos viejos y nuevos de la memoria se ven afectados a medida que la enfermedad avanza, junto con una serie de otras funciones cognitivas que dependen de la corteza” (pp. 214 – 215).

Ansorena (2010), para referirse al autoconcepto utiliza el término “*self*” y lo relaciona con la memoria indicando que ésta es central para el desarrollo y el mantenimiento del sí mismo. Así pues, menciona por un lado que la continuidad es una de las características nucleares del *self* e indica que ésta sólo se rompe en casos patológicos.

En la enfermedad de Alzheimer, distintos estudios sugieren que existe un sentido preservado pero anticuado del *self*. Uno de estos estudios describe un caso en el que una paciente en la última etapa de la enfermedad de Alzheimer, era incapaz de reconocerse a sí misma en su pasado reciente, mientras que tenía un buen auto-reconocimiento cuando se veía en fotografías tomadas en su adultez temprana (Ansorena, 2010).

Este autor también propone que la pérdida de la memoria más reciente hace que los pacientes con esta enfermedad dependan más de su *self* remoto, presentando conductas y acciones que son consistentes con una memoria pasada, pero sin conciencia de la incongruencia temporal. Por lo que estos déficits mnésicos en los pacientes con enfermedad de Alzheimer resultan en un sentido de un *self* congelado en el tiempo, reflejando características que eran eficaces en la adultez temprana (Op cit, 2010).

REFLEXIONES FINALES

Ante el fenómeno global del progresivo envejecimiento poblacional, las enfermedades de la vejez y las demencias, aunque sin ser enfermedades exclusivas de

la vejez, se han transformado en uno de los principales problemas de salud a nivel mundial.

Se plantea como posibilidad futura, la implementación de estrategias de prevención primaria sobre los factores de riesgo para que disminuya la carga de la demencia sobre los sistemas de salud (Mascayano, Tapia y Gajardo, 2015; World Health Organization/Alzheimer's Disease International, 2012; Garre-Olmo, 2018; Slachevsky, 2016).

Barrera et al (2018) y Garre-Olmo (2018) concuerdan en afirmar que la enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia neurodegenerativa, principalmente en personas de 65 años o más. La misma está caracterizada por cambios neuropatológicos degenerativos progresivos sin etiología conocida, con un deterioro global asociado del funcionamiento cognitivo, comportamental, psicológico, con alteraciones en la personalidad, la memoria y el aprendizaje, pudiéndose acompañar también con déficits en la función ejecutiva y la capacidad visoconstructiva/perceptual motora y el lenguaje (Albert et al, 2014; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Por otro lado, también se expone sobre algunos autores que consideran a esta enfermedad como un proceso que posee una continuidad desde fases asintomáticas, donde la neuropatología se genera años antes de los primeros síntomas clínicos, hasta el desarrollo de un cuadro sintomático demencial (Custodio et al., 2018; López-Álvarez y Agüera-Ortiz, 2015). Autores tales como Clarens et al (2020) manifiestan la posibilidad de utilizar biomarcadores, los que permitirían el diagnóstico en fases asintomáticas como la Resonancia Magnética (RM), biomarcadores en líquido cefalorraquídeo, Tomografía por Emisión de Positrones (PET) o mutación genética.

También se hace referencia sobre la importancia de la evaluación neuropsicológica, para evaluar la memoria, para distinguir entre patología y normalidad en el diagnóstico diferencial, los diferentes momentos evolutivos de la enfermedad, realizar un seguimiento de cuáles son los subsistemas más deteriorados, cómo afectan la vida diaria de los pacientes y de su familia, y orientar al equipo interdisciplinario tratante (Comesaña y González, 2009).

Por otra parte, se plantea a la Anosognosia, es decir la falta de conciencia de enfermedad en la Enfermedad de Alzheimer, como crucial para que el paciente sea consciente de sus limitaciones (Turnbull, Fotopoulou y Solms, 2014). Se manifiesta en consonancia con esto que es necesario implicar al paciente en su propio entrenamiento,

y dar importancia a variables como la motivación, la funcionalidad, la autonomía o el desarrollo personal (Ansorena, 2010), factores que permiten mantener una autoestima positiva contribuyendo al bienestar del paciente, a través de recuerdos de aspectos positivos de la identidad del mismo (Leblond et al., 2016).

Refiriendo al tema específico de este trabajo final, la identidad en la Enfermedad de Alzheimer a través del *self*, primeramente se conceptualiza dichas cuestiones desde distintas perspectivas. Por lo que por un lado autores, como por ejemplo Hoffman (2014), consideran a la identidad, como una estructura temprana del *self*, siendo la forma que uno expresa su individualidad y un modo de comprender la experiencia desde una subjetividad personal, única y constante. En este sentido, Kohut (1997 citado en Urizar, 2006) se refiere al *self* como un estado consolidado, un ser completo, que únicamente se fragmenta en la patología. En lo mencionado anteriormente se estaría hablando de las teorías del *self* unificado, teorías que son cuestionadas y criticadas por otros autores.

Autores como Tronick y Weinberg (1997) y Stern (1998) (citados en Urizar (2006), mencionan que el desarrollo normal del *self* es fragmentado o múltiple, donde si en la infancia no hay relaciones suficientemente empáticas, el sujeto es particularmente vulnerable al fraccionamiento y falta de integración, cuestión que podría permanecer a lo largo de toda vida. Mitchell (2000 citado en Urizar, 2006) y Stern (2003) también se vuelcan por la idea de los múltiples *selfs*, como una parte del desarrollo normal. Esta teoría, la del *self* múltiple, sostiene que el *self* no es una entidad estática sino que fluctúa constantemente, existiendo a su vez, una necesidad adaptativa de la ilusión de unidad y continuidad. Stern (2003), también plantea una tercera forma de pensar al *self*, integrando ambas teorías y agregando otra conceptualización, la historia relacional de la persona.

Entonces, por un lado, las teorías de *self* unificado, la dimensión vertical, serían la que transmiten las cualidades de unidad, cohesión, autenticidad, regulación del *self* y bienestar. Por otro, las teorías del *self* múltiple, la dimensión horizontal, se centraría en la experiencia subjetiva la que está en constante fluctuación moldeada por contextos relacionales concretos. Y la tercera dimensión, planteada por Stern (2003), es la de la relación del *self* consigo mismo, como relación intrapsíquica modelada por la experiencia relacional.

Otro aporte importante de este autor es que propone pensar en la estructura del *self* en un momento dado, como una estructura relacional, en la cual desarrollamos

relaciones con nosotros mismos que reflejan nuestras historias intersubjetivas, es decir, que sólo en el momento presente uno se siente de determinada forma. Por ende no naceríamos con una cualidad estática como planteaban las teorías anteriores, sino que esos estados fluctúan, respondiendo a distintas circunstancias externas como procesos internos, y donde en un momento determinado, estas experiencias son modeladas por toda nuestra historia vital hasta ese momento y el producto tanto de nuestras cualidades innatas como de nuestra experiencia en general.

Con respecto al el abordaje de la Enfermedad de Alzheimer, se propone un enfoque multidimensional del paciente, un plan integral interdisciplinario, que incluya psicoterapia del paciente como de sus familiares y cuidadores (Berriel y Pérez, 2007). Estos autores, consideran que es necesario trabajar la enfermedad de Alzheimer en las dimensiones psicoafectivas, psicosociales y sociocultural, donde los planos somático y cognitivo serían secundarios o consecuencias de las mismas, es decir que se afectan mutuamente.

Con respecto a la psicoterapia en las primeras etapas de la enfermedad, ésta podría facilitar y permitir la comprensión de los procesos de rehabilitación, trabajando las expectativas y ansiedades que se generen (Vales, 2020). Además con la misma, se intenta un mejoramiento de la autoconciencia y de los efectos que esta tiene en el paciente y en sus familiares. También se podría trabajar sobre la nueva experiencia subjetiva y reestructuración del *self*, dándole un nuevo sentido, y ayudándolo a disminuir las emociones asociadas, como frustración, ansiedad, etc (Salas, 2008).

También se reflexiona sobre el papel del encuentro psicoterapéutico como experiencia vincular que puede, con su impacto emocional, cumplir un papel en la construcción de una nueva identidad del paciente. Esta, se facilita a través de la repetición y el examen conjunto de emociones y vivencias y la modificación parcial de la representación interna del *self*, lográndose de modo explícito o implícito, acorde con sus deseos y necesidades, donde lo que permitirá esta construcción y reconstrucción de la propia identidad, será exponer los vínculos en su realidad y contrastar esta nueva percepción con las representaciones mantenidas hasta el momento del *self* y de los objetos, es decir de los vínculos.

En este sentido, es importante poner en juego el papel activo del paciente en la construcción de su identidad a través de elecciones determinadas por el cúmulo de representaciones que cuenta (González, Fernández y Fernández, 2007). Es importante

mencionar el papel que juega el entorno y los otros en este proceso, ya que no es posible construir el sí mismo, la identidad, sin la presencia de los demás, espejo que nos devuelve una imagen propia que nos define y nos limita.

Por otro lado, a la pregunta planteada ¿y si falla la memoria?, sin necesidad de responder de forma cerrada, sino que de analizar y reflexionar al respecto, se puede decir que es posible que aún y cuando se pierda progresivamente la memoria, en los estadios iniciales e intermedios de la enfermedad de Alzheimer, pueda accederse aún a eventos pasados que conforman el núcleo de sus historias de vida e identidad existencial, los cuales no se destruyen fácilmente por el ensayo repetido de los mismos en la memoria, su intensidad afectiva, su elaborada codificación y porque están fuertemente consolidadas, facilitando el recuerdo (Salazar, 2007). Es decir que la memoria a largo plazo tendría una relación recíproca con el *self*, donde la memoria decide lo que el *self* es, ha sido y puede ser, y el *self* modula el acceso a la misma (Ansorena, 2010).

Se puede decir que la pérdida de la memoria más reciente hace que los pacientes con esta enfermedad dependan más de su *self* remoto, presentando conductas y acciones que son consistentes con una memoria pasada, pero sin conciencia de la incongruencia temporal. En este sentido, y pensando en una posible intervención psicoterapéutica, resultaría necesario abocarse a la preservación de esta memoria conservada relacionada con uno mismo y los aspectos positivos de la misma, ya que son un factor importante para contribuir al bienestar del paciente y la preservación de las funciones cognitivas conservadas (Ansorena, 2010; Leblond et al., 2016).

También se debería centrar en la cuestión de los recursos que cuenta el paciente y los cuales se pueden fomentar, para que el mismo se adapte a esta nueva reconstrucción de su identidad. Se puede decir que resultaría necesario centrarse en los factores protectores y los procesos adaptativos a esta nueva realidad, datos y prácticas que le sean útiles para pararse frente a ella y transitarla de la mejor manera, moviendolo del impacto que puede significar el diagnóstico de esta enfermedad, ayudarlo a correrlo de ese lugar o idea de “me diagnosticaron Alzheimer, se terminó mi vida”, y concentrarse en los procesos de rehabilitación dentro de lo posible, fomentando la preservación de los recursos conservados, los aspectos positivos de la identidad, la motivación y la autoestima del paciente.

AGRADECIMIENTOS

Finalizar este trabajo para mí, (y para todos los estudiantes que llegamos a esta etapa), significa finalizar una carrera, cerrar una etapa de nuestras vidas, una etapa tan compleja y trabajosa, pero tan linda en partes iguales.

Es muy importante para mí agradecer a los que estuvieron presentes en el proceso de realización de este trabajo final y en esta etapa en general.

Primero que nada agradecer a todos los lectores que hayan llegado hasta este punto, escribir este trabajo fue muy importante para mí y espero haberles aportado un poquito de conocimiento y aprendizaje a su persona, yo aprendí muchísimo en todo el proceso de realizarlo.

A mi tutor, Lisandro Vales, quien me ayudó desde el principio y me aportó conocimientos importantísimos para este trabajo, agradezco su tiempo y su amabilidad.

A mi familia, quienes hicieron todo esto posible, sin ellos no estaría donde estoy hoy, no existen palabras para agradecer todo lo que han hecho por mí y todo lo que me han apoyado y contenido en todo desde el día uno.

A mi psicóloga, de quien aprendo de ella en cada consulta, a quien admiro por su amabilidad, su calidez y su profesionalismo. Le agradezco su apoyo, su escucha y su presencia hasta en los momentos más difíciles.

A mis amigas incondicionales de siempre y mi novio, quienes han estado presentes bancandome la cabeza en todo el torbellino que ha sido este proceso, por sacarme una sonrisa, “darme” para adelante y brindarme esperanzas y buenas energías siempre que pudieron. Les agradezco infinitamente.

A cada profesor/a que hizo surgir y nutrir mi pasión por la Psicología.

Y a todos los que estuvieron presentes y me ayudaron de manera directa o indirecta, valoro a cada uno de ustedes también.

¡GRACIAS A TODOS DE CORAZÓN!

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ansorena, X. (2010). *Anosognosia, Memoria y Self en la Enfermedad de Alzheimer* (Tesis de maestría). Universidad de Salamanca. Salamanca, España. Recuperado de: <https://gredos.usal.es/handle/10366/83453>
- Albert, M. Martínez, R. Gutiérrez, A. Rodríguez, D. Pérez, G. (2014). *Patogenia y tratamientos actuales de la enfermedad de Alzheimer. Revista Cubana de Farmacia*. 48(2):508-518. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu>
- Álvarez, S.; Sola, S. de; Machado, M.; Sintas, E.; Bohm, P.; Sánchez, G.; Langohr, K.; Muñize, R. and Peña, J. (2013) “*The Comparison of Cognitive and Functional Performance in Children and Alzheimer’s Disease Supports the Retrogenesis Model*” En *Journal of Alzheimer’s Disease* 33 (2013) 191–203.
- Alzheimer’s Disease International (2012). *World Alzheimer Report 2012: Overcoming the stigma of dementia*. Recuperado de: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2012.pdf>

- Alzheimer's Disease International (2015). *World Alzheimer Report 2015. The global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. London: Alzheimer's Disease International. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/281555306_World_Alzheimer_Report_2015_The_Global_Impact_of_Dementia_An_Analysis_of_Prevalence_Incidence_Cost_and_Trends
- Alzheimer's Disease International (2013). *La demencia en América: el coste y la prevalencia del Alzheimer y otros tipos de demencia*. London: Alzheimer's Disease International. Recuperado de <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/dementia-in-the-americasSPANISH.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Cuarta edición. Washington: British Library.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Quinta edición. Madrid: Editorial Panamericana
- Bareiro, J. (2011). *La problemática de la subjetividad y la clínica en Winnicott: verdadero y falso self*. *Revista de Psicología y Ciencias Afines*, vol. 8, núm. 2, pp. 45-51. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483549017007>
- Barrera, F. E. Baldivieso, N. Maple, I. López, M. Murillo, L. (2018). *Diagnóstico Actual de la Enfermedad de Alzheimer*. *Revista de Medicina Clínica* Vol. 2, No. 2. Recuperado de: <https://medicinaclinica.org/index.php/rmc/article/view/58>
- Berriel, F. y Pérez, R. (2007). *Alzheimer y Psicoterapia. Clínica e investigación*. Montevideo: PsicoLibros
- Clarens, F. Crivelli, L. Calandri, I. Méndez, P. Martin, M. Russo, M. Campos, J. Surace, E. Vazquez, S. Sevlever, G. Allegri, R. (2020). *Neuropsychological profile of Alzheimer's disease based on amyloid biomarker findings results from a South American cohort*. *Applied Neuropsychology: Adult*. 1-6. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/341054262_Neuropsychological_profile_of_Alzheimer's_disease_based_on_amyloid_biomarker_findings_results_from_a_South_American_cohort/citation/download
- Climent, T. y Molinero, A. (2017). *La farmacia comunitaria en la detección del deterioro cognitivo leve. Signos de alerta. Deterioro cognitivo leve. Detección y manejo. Un reto de salud pública*. Vol. 52. Núm. S1 pp 49-53. Recuperado de:

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-resumen-la-farmacia-comunitaria-deteccion-del-S0211139X18300830>

Comesaña, A. y González, M. (2009). *Evaluación Neuropsicológica en la Enfermedad de Alzheimer: Memoria Episódica y Semántica*. Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology, vol. 3, núm. 2, pp. 199-223. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4396/439642484005.pdf>

Crowe, M., Berriel, F., Murray, C., & Laird, C. (2020). *Derechos de las Personas Mayores: Lecciones de la pandemia de COVID-19*. University of Dundee.

Custodio, N. Montesinos, R. y Alarcón, J. (2018). *Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia*. Revista de Neuropsiquiatría. Vol.81, n.4, pp.235-249. Recuperado de:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972018000400004

Dubois B, Feldman HH, Jacova C, DeKosky ST, BarbergerGateau P, Cummings J, et al. (2007) Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol*; 6: 734-46

Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/6222398_Research_criteria_for_the_diagnosis_of_Alzheimer's_disease_Revising_the_NINCDS-ADRDA_criteria

Fontan, L. (2015). *Semiología de la memoria*. Rev Tendencias en Medicina. I N° 46: 70-78. Recuperado de: http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes46/art_10.pdf

Garre-Olmo J. (2018). *Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Revista de Neurología; 66: 377-86. Recuperado de: <https://www.neurologia.com/articulo/2017519>

Fontan, L. (2012). *La Enfermedad de Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio*. Biomedicina. Vol. 7, N°. 1, 2012, págs. 34-43. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4374275>

González, M. Fernández, A y Fernández, E. (2007). *Identidad, relación y construcción del self en el encuentro psicoterapéutico*. Revista Asociación Española de

Neuropsicología. vol. XXVII, n.º 99, pp. 77-84. Recuperado de:
<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsig/v27n1/v27n1a06.pdf>

Gutiérrez, J. y Guzmán, G. (2017). *Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve*.
Revista Española de Geriátría y Gerontología. Vol. 52, n1, pp 3-6. Recuperado
de:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X18300726>

Hoffman, I. (2014). *Perturbación de la identidad en pacientes emocionalmente distantes*.
Revista internacional de psicoanálisis Aperturas. NÚMERO 047. Recuperado de:
<http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000849#contenido>

Kolb, B. Whishaw, B. (2006). *Neuropsicología humana* (5ª Edición). Editorial Médica
Panamericana: Madrid.

McKhann, G.M., Knopman, D.S., Chertkow, H., Hyman, B.T., Jack, C.R., Jr., Kawas,
C.H., Klunk, W.E., Koroshetz, W.J., Manly, J.J., Mayeux, R., Mohs, R.C., Morris, J.C.,
Rossor, M.N., Scheltens, P., Carrillo, M.C., Thies, B., Weintraub, S. and Phelps, C.H.
(2011). *The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations
from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on
diagnostic guidelines for Alzheimer's disease*. *Alzheimer's & Dementia*, 7: 263-269.
<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005>

Martorell, M. A. (2007). *Cuerpo e identidad en la experiencia de Alzheimer: Intentos por
recuperar la condición de persona*. 17(1), 17-21. Recuperado de
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-
12962008000100004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100004&lng=es&tlng=es)

Mascayano, F., Tapia T. y Gajardo J., (2015). *Estigma hacia la demencia: una revisión*.
Revista Chilena de Neuropsiquiatría. 53 (3): 187-195. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/3315/331542277006.pdf>

[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-
03902003000100002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902003000100002&lng=es&tlng=es)

Labos, E., Slachevsky, A., P., Fuentes, P., Manes, F. (Compiladores) (2008). *Tratado
de Neuropsicología Clínica*. Akadia Editorial

Leblond, M. Laisney, M. Lamidey, V. Egret, S. La Sayette, V. Pascale, G. Rauchs, G.
Desgranges, B. Eustache, F. (2016). *Self-reference effect on memory in healthy*

aging, mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: Influence of identity valence. Cortex. Vol. 74, Pp. 177-190,

<https://doi.org/10.1016/j.cortex.2015.10.017>.

López-Álvarez, J. y Agüera-Ortiz, L. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Rev Psicogeriatría* 5 (1): 3-14. Recuperado de: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0501/501_0003_0014.pdf

Lorenzo, J., & Fontán, L. (2003). *Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer: El concepto de deterioro cognitivo leve*. *Revista Médica del Uruguay*, 19(1), 4-13. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902003000100002&lng=es&tlng=es

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1994). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades*. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Meditor.

Pérez, R. (2018). *El tratamiento de las demencias en el sistema de salud de Uruguay*. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*, v. 8, n. 2, p. 139-169, Recuperado de:

<<https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/505>>F

Petersen, R. Caracciolo, B. Brayne, C. Gauthier, S. Jelic, V y Fratiglioni, L (2014). *Mild cognitive impairment: a concept in evolution*. *Journal of Internal Medicine*. 275(3):214-28. doi: 10.1111/joim.12190.

Salas, C. (2008). Elementos relacionales en la rehabilitación de sobrevivientes de lesión cerebral adquirida. *Gaceta de Psiquiatría Univesitaria*, 4(2), 214–220.

Salazar-Villanea, M. (2007). *Identidad personal y memoria en adultos mayores sin demencia y con enfermedad de Alzheimer*. *Revista Actualidades en Psicología*, Vol. 21, Núm. 108, pp. 1-37

Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/41146774> Identidad personal y memoria en adultos mayores sin demencia y con enfermedad de Alzheimer

- Salvarezza, L.(1998). *La Vejez. Una mirada gerontológica actual*. Bs As: Paidós
- Silva, K. (2016). *Alteraciones cognitivas en la vejez* (Tesis de maestría). Facultad de Psicología - Regional Norte (UDELAR). Salto
- Slachevsky (2016). en Guajardo, G. (Coord.). *Salud Mental y Personas Mayores: Reflexiones teórico-conceptuales para la investigación social de las demencias*. Santiago de Chile: FLACSO.
- Stern, S. (2003). *El self como una estructura relacional. Un diálogo con la teoría del self múltiple*. Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas. NÚMERO 013. Recuperado de: <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=227&a=El-self-como-una-estructura-relacional-Un-dialogo-con-la-teoria-del-self-multiple>
- Tulving, E. (1972). *Episodic and semantic memory*. En E. Tulving y W. Donaldson (Eds.), *Organization of memory* (pp. 381-403). New York: Academic Press. Recuperado de: <https://alicekim.ca/12.EpSem72.pdf>
- Turnbull, O. H., Fotopoulou, A., & Solms, M. (2014). Anosognosia as motivated unawareness: The “defence” hypothesis revisited. *Cortex; a Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior*, 61C, 18–29. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2014.10.008>
- Urizar, F. (2006). *La psicología del self de sistemas evolutivos* [Shane, E.]. Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas. NÚMERO 023. Recuperado de: <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000410>
- Vales, L. (2020). *Neuropsicoanálisis: El “nuevo paso”, diálogo fructífero entre el Psicoanálisis y las neurociencias*. Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology, Vol. 14 N° 1 112-128 DOI: 10.7714/CNPS/14.1.212
- World Dementia Council (2020). *Project overview: The dementia landscape project*. Recuperado de: https://worlddementiacouncil.org/sites/default/files/2020-12/DLP%20-%20Project%20overview_V7.pdf
- World Health Organization (2020). *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. (Versión: 09/2020).

