

## ABORDAJE NEUROCOGNITIVO DEL ADULTO MAYOR: UN MODELO INTEGRADOR

[Iturry, Mónica](#)

Hospital de Agudos Dr. Abel Zubizarreta

[Leis, Adriana](#)

Sanatorio de la Trinidad Mitre

[Allegri, Ricardo](#)

FLENI

---

“...la longevidad representa un aspecto del potencial biológico, psicológico y conductual de la especie humana que se orienta ahora hacia su perfeccionamiento bajo muchas formas de ecología planetaria, programas de gobierno a nivel estatal y nacional que destacan la conservación de las salud y la potenciación para asumir mayor responsabilidad con respecto a sus vidas...” (Pelletier, 1986, pag. 5).

El avance científico nos ha brindado nuevas herramientas diagnósticas, oportunidades terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas, como desarrollos en las intervenciones quirúrgicas, para diversas patologías prevalentes a nivel mundial que reflejan un incremento sostenido en las últimas décadas sobre la expectativa de vida (Arizaga, 2011; Bagnati, Allegri, Kremer, & Taragano, 2010). La declinación de las facultades mentales relacionada con la edad constituye un factor de importancia para el individuo que lo padece y su entorno familiar y social. En los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo se comparte un creciente interés en común por el envejecimiento poblacional, en Latinoamérica la tasa de envejecimiento poblacional se ha incrementado en el último tiempo. En Argentina se registraron en el último censo 37.500.000 habitantes de los cuales 4.700.000 son mayores de 60 años; con un predominio de mujeres (62%) siendo la expectativa de vida en el país de 73.9 años. La prevalencia de demencia en general está estimada en 12.18% en sujetos mayores de 65 años (Larraya, Grasso, & Mari, 2004), y en un estudio piloto realizado en Cañuelas se encontró deterioro cognitivo en el 23% de los sujetos mayores de 60 años (Arizaga et al., 2005). Según estas cifras podemos inferir que hay en el país aproximadamente 1.000.000 de sujetos con deterioro cognitivo y 480.000

sujetos con demencia. Sin embargo, no existen en Argentina trabajos epidemiológicos completos con toda la información necesaria para la planificación de estrategias en Salud Pública, debido a que el primero sólo incluyó sujetos institucionalizados y el segundo fue sólo la fase piloto del proyecto general. Dicho estimado corresponde al cálculo de casos, y no a los casos diagnosticados cuyo número es sensiblemente menor y nos alerta sobre el problema del sub diagnóstico (Katz et al., 2011).

Comprender el paso de la vida y el aporte que podemos brindar desde intervenciones teórico prácticas, desde un modelo integrativo, es de un interés axial en este capítulo. Dar cuenta que es factible, modificable y ponerse a la altura de los múltiples desafíos que la vida impone al adulto mayor. Cambios en los estilos de vida generan modificaciones en la percepción del profesional que impactan en las intervenciones individuales y grupales. Sabemos del importante rol de las creencias y la actitud en la expectativa de vida. La búsqueda de la longevidad y mantener un estilo de vida saludable activo, es el desafío. Clave de este estilo saludable será mantener nuestras funciones cognitivas lo más preservadas posibles, mantener autonomía y postergar la dependencia. Es nuestro propósito brindar los aportes teórico - prácticos que avalan que esto es factible, e intentar preservar nuestra memoria, como pieza fundamental en este desafío.

Según la Comisión de Estándares en Evaluación Neuropsicológica de la Asociación de Neuropsicología de Argentina, la neuropsicología es "...aquella disciplina científica que estudia la relación entre las estructuras y el funcionamiento del sistema nervioso central y los procesos cognitivos – comportamentales..." (D. Burin, Drake, & Harris, 2007).

El fundamento de la actividad cerebral puede simplificarse diciendo que interviene en la adquisición de la información, en su elaboración y en determinar la conducta adaptativa al medio. La neuropsicología, como tantas otras ciencias, atraviesa una problemática basada en los problemas propios de la cultura y lengua de cada país; por lo cual la interpretación de resultados debe vislumbrarse bajo la luz de estas limitaciones. La selección de un test, con una baremización adecuada, conduce a la definición de un perfil cognitivo basado en las mejores evidencias posibles. Sin embargo, existen escasas baterías neuropsicológicas adaptadas a nuestro medio, validadas y disponibles para ser aplicadas en la clínica diaria (Burin, Ramenzoni, & Arizaga, 2003).

El término funciones cerebrales superiores se utiliza para definir aquellos procesos que incluyen el reconocimiento de las percepciones sensoriales (gnosias), la atención, la memoria, el aprendizaje, el lenguaje verbal y no verbal, el pensamiento, la organización de los actos motores y las conductas, entre otras.

Las neurociencias cognitivas aplicadas intentan dar sus aportes desde las diversas lecturas que surgen de los conocimientos aportados desde la biología, neurología del comportamiento, neuropsiquiatría, psicología cognitiva y neuropsicología, entre otros.

Este capítulo intenta dar una estructura de base para combinar acciones desde una perspectiva integral de la persona tomando en cuenta los procesos neurocognitivos, emocionales y

conductuales que subyacen a las redes y circuitos neuronales.

“...Deterioro cognitivo es un concepto utilizado para describir la pérdida o la alteración de las funciones mentales, tales como percepción, memoria, aprendizaje, orientación, lenguaje, atención, juicio, razonamiento abstracto, toma de decisiones, resolución de problemas y planificación. Si dicho deterioro en las funciones cognitivas es significativo con respecto al nivel previo de desempeño y genera impacto en la funcionalidad e independencia estamos en presencia de un síndrome demencial...” (Russo & Allegri, 2015, pag. 33).

Diferenciar los conceptos de olvido benigno y patológico se impone a la hora de evaluar y alcanzar un diagnóstico precoz, corrección de factores de riesgo modificables (alimentación, sedentarismo, retraimiento social, estilos de vida, etc.) y generar un plan terapéutico integral del paciente.

Es habitual la queja de olvidos en la senescencia y es menester poder diferenciar cómo se comporta aquel olvido. Existen dos clases de fallas de memoria en la adultez, el primer tipo corresponde al olvido de los detalles de una situación, generalmente poco importantes, como ser un nombre, una fecha o un lugar. La persona da cuenta de este olvido, le preocupa e intenta explicar lo sucedido, y si bien no es posible recordar estos detalles en una ocasión, si podrá ser recuperado con posterioridad. El segundo tipo corresponde a la imposibilidad de recordar hechos pasados, en este caso no solamente detalles poco importantes, sino, en ocasiones, el evento completo, que no puede ser recuperado. Algunos eventos que pertenecen a períodos de tiempo que, en general, no están disponibles para su recuperación, aún pueden ser evocados, aunque con frecuencia de forma distorsionada. Estos eventos suelen ser aquellos con fuerte carga emocional. Los sujetos con este tipo de deterioro de la memoria senescente no son conscientes de su defecto y es la familia la que consulta preocupada. Con frecuencia producen, al menos al principio, confusiones que generalmente están en consonancia con sus actividades premórbidas habituales. Se puede ver en esta descripción que el segundo tipo de disfunción de la memoria senescente tiene las características esenciales del síndrome amnésico, a saber, la pérdida de memorias recientes, la pérdida retrospectiva de memorias remotas, la desorientación y la confabulación (Kral, 1962).

Dar cuenta de estas diferencias es una de las tantas tareas en las que el psicólogo cognitivo tiene que estar informado y preparado con responsabilidad para poder interactuar desde sus intervenciones y construcción de tareas interdisciplinarias a favor de la calidad de vida del paciente y familia, dignificando el accionar profesional que afronta nuevos abordajes que llegan con la longevidad. El envejecimiento activo impone integrar nuevas concepciones teórico prácticas.

En los últimos años se ha investigado vastamente acerca de los factores protectores del sistema nervioso central. Entre ellos contamos con el mantenimiento de los hábitos de lectura e intereses intelectuales y culturales, reserva cognitiva, entrenamiento cognitivo, vida social activa, actividad física acorde a la edad, alimentación saludable, descanso adecuado, estabilidad emocional, etc.). El enriquecimiento ambiental sería pues una estrategia protectora frente al envejecimiento.

La reserva cognitiva es un término neuropsicológico que se refiere a la capacidad de tolerar los cambios en las estructuras cerebrales. La reserva cognitiva potencia la plasticidad y conectividad de las redes neuronales por lo que alguien que a lo largo de su vida ha ejercitado sus capacidades cognitivas ha ido adaptando su sistema nervioso a constantes cambios usando circuitos neuronales alternativos cuando algún circuito quedó dañado. Por ello, las personas con alta capacidad intelectual retardan una demencia neurodegenerativa, potenciando y usando vías neuronales alternativas cuando la vía principal ha resultado significativamente deteriorada (Montañez Ibañez, 2012). Stern fue el pionero en desarrollar este constructo y hace alusión a la observación repetida de que no parece haber una relación lineal y directa entre el grado de patología o daño cerebral y la manifestación clínica de aquel daño. Las diferencias individuales en la forma en que las personas procesan las tareas permiten que algunas se enfrenten mejor que otras con la patología cerebral. La reserva neuronal es la variabilidad entre individuos en relación a la eficiencia, capacidad o flexibilidad, de las redes cerebrales o paradigmas cognitivos que subyacen al desempeño de la tarea en el cerebro sano. Un individuo cuyas redes son más eficientes, tienen mayor capacidad o son más flexibles, podría ser más capaz de hacer frente a la interrupción impuesta por la patología cerebral.

Por otro lado, la compensación neuronal alude a la variabilidad entre individuos en la capacidad de compensar las funciones de las redes neuronales habitualmente utilizadas mediante el uso de estructuras cerebrales o redes que normalmente no utilizan los individuos con cerebro intacto. Esta compensación puede ayudar a mantener o mejorar el rendimiento (Stern, 2006, 2009).

### **Un posible modelo de intervención**

Presentamos a continuación un hipotético caso de consulta e intervención.

Se presenta una persona con quejas de memoria, para conocer su estado cognitivo actual. El médico tratante realiza una entrevista exhaustiva, examen cínico y solicita estudios complementarios como lo son la evaluación neurocognitiva, neuroimágenes y estudios de laboratorio para obtener un diagnóstico sindrómico y/o etiológico.

Dentro de estos estudios complementarios, la evaluación neuropsicológica tiene como objeto contribuir al diagnóstico y con ello implementar un adecuado plan de acción que involucre el tratamiento de rehabilitación y/o estimulación neurocognitiva y el asesoramiento a la familia acerca de la patología en todas sus dimensiones: cognición, emoción y conducta.

La evaluación neurocognitiva consta básicamente de tres instancias:

- Consulta neurocognitiva inicial: entrevista semiestructurada que incluye el examen cognitivo y conductual donde se abordará la importancia de solicitar exámenes que contribuyan al diagnóstico. Se recaban los datos sociodemográficos, motivo de consulta, fármacos que consume, antecedentes personales y familiares.

- Evaluación neurocognitiva: se aplica un protocolo de pruebas neurocognitivas estandarizadas y validadas en nuestro medio para abordar los diferentes dominios cognitivos: orientación temporo-espacial, memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas y visuoconstructivas. Pudiéndose agregar técnicas neurocognitivas más específicas para evaluar aspectos cognitivos que se alteran en síndromes no tan frecuentes o en estadios avanzados de la patología.

- Informe final: en base a la entrevista del médico tratante, la evaluación cognitiva y exámenes complementarios se elabora un informe que incluye un análisis neuropsicológico y neurológico desde lo sindrómico y etiológico con las sugerencias diagnósticas y terapéuticas.

Realizaremos un recorte de este proceso integral para focalizarnos en las intervenciones desde la interdisciplina y plasmar en este capítulo una modalidad de trabajo integral.

### **Los datos demográficos**

Nos darán información acerca de su fecha de nacimiento, edad, género, años de educación (señalar si la escolaridad ha sido realizada en ámbito rural o urbano), profesión actual (destacando si el paciente se encuentra activo laboralmente, jubilado, pensionado, desocupado, discapacidad. Establecer desde cuándo), nacionalidad, lateralidad y zurdaría familiar, estado civil del paciente y cuál es su contexto (modalidad de vínculo).

#### *Anamnesis*

Se interrogará sobre su sintomatología actual, cuál es el motivo por el cual solicita una evaluación neurocognitiva. Si es el paciente o su familiar/familiares quienes lo solicitan. En qué condiciones concurre a la evaluación. Aspectos a considerar: a) cognición, b) conducta o síntomas afectivos, c) síntomas neurológicos adicionales, d) impacto en actividades instrumentales como en el uso del teléfono (es importante actualmente saber si incorporo nuevas tecnologías y modalidad de uso), como viaja, si cocina, tareas del hogar, manejo de la medicación, manejo del dinero, etc. Su autonomía en las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, baño e higiene en general). Se deberá establecer la forma de comienzo de los síntomas (abrupto / lento), su duración y evolución (progresivo, fluctuante, escalonado). Edad de inicio, aparición precoz de síntomas y signos neurológicos focales (trastornos del movimiento, de la marcha, etc.)

#### *Antecedentes personales*

Es importante interrogar sobre evidencia clínica de factores de riesgo vascular (HTA, DBT, DLP, cardiológicos, tabaquismo), tiroideos, TEC, ACV, epilepsia, enfermedades reumatológicas, enfermedad de Parkinson, psiquiátricos, ingesta de alcohol u otros tóxicos, enfermedad sistémica, problemas uro ginecológicos, quirúrgicos, oftalmológicos, hipoacusia. A su vez es de importancia conocer si mantiene hábitos de lectura, modalidad de afrontamiento del estrés, conducta aeróbica conservada o disminuida. Medicación actual (describir lo inferido por el paciente y examen

neurológico (instancia medica).

### *Antecedentes familiares*

La presencia de antecedentes familiares patológicos. Y qué tipo de enfermedad neurológica, psiquiátrica o clínica presentan. No siempre se cuenta con esta información. Las familias se modificaron y no siempre llega el paciente con un familiar responsable o red de apoyo responsable.

### **Modelo de Mini Examen Cognitivo para ser aplicado en una entrevista inicial.**

Se inicia con la administración del MMSE (Mini Mental State Examination) (Allegri et al., 1999; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) adaptado en Buenos aires. Es un instrumento de 30 puntos que abarca orientación temporo espacial (10 pts.), fijación (3 pts.), atención (5 pts.), recuerdo diferido (3 pts.), lenguaje (8 pts.) y visuoconstrucción (1 pto.), y el SPMSQ (Short portable Mental State of Pfeiffer) (Pfeiffer, 1975). Este cuestionario indaga acerca de la orientación témporo espacial, atención, datos autobiográficos y de actualidad con un máximo de 10 puntos. Se amplía con test ejecutivos: se administra un test de secuenciación gráfica que consiste en la repetición del diseño de una guarda, el mismo evalúa la alternancia entre cuadrado y un rectángulo, y la copia de un loop gráfico.

Luego, se administra la versión abreviada del test de memoria de Buschke (Rojas, Serrano, & Allegri, 2008). Se administra de la siguiente manera: se le muestra a la persona cuatro palabras de cuatro categoría semánticas (pera, león, pie, mesa), se le brinda la categoría semántica (una de las palabras es una fruta, parte del cuerpo, un mueble y animal), y se le da la consigna que debe recordarlas. Seguido a ello se administra un distractor (pudiendo elegir la toma de un test de atención breve) que a su vez nos dará información muy relevante del funcionamiento atención y memoria de trabajo del paciente. Luego se le pide a la persona que recuerde las palabras que fueron mostradas. Estamos evaluando mediante esta modalidad el recuerdo diferido verbal del test. Si no recordara, se indicará una clave (a modo de ejemplo: una de las palabras es una fruta), de esta manera se evalúa si está presente o no el reconocimiento verbal.

Para evaluar el lenguaje se utiliza la versión abreviada del test de Vocabulario de Boston (Serrano et al., 2001). Consiste en una versión abreviada de 12 láminas del test de denominación de Boston adaptado a Buenos Aires. Se presentan doce láminas que serán presentadas individualmente por confrontación visual. El paciente tendrá que denominar las doce láminas correctamente. Si no logra responder correctamente por la presencia de anomias, parafasias o trastornos sensorceptivos, se darán claves. En un primer momento será una clave semántica (en relación a la categoría) y en un segundo momento, si no logro acceder a la palabra, se brinda una clave fonológica como otra de las opciones para intentar que denomine adecuadamente en relación al estímulo.

La visuoconstrucción, que es una habilidad precozmente alterada en los cuadros demenciales, se evalúa mediante el test del reloj al comando (Freedman et al., 1994). Las indicaciones son muy claras y sencillas, se le solicita la paciente dibuje un círculo grande, que luego coloque dentro del mismo los números de las horas que van en un reloj, y por último, que indique las cuatro menos veinte colocando las agujas en su proporción correcta. Esta prueba tiene una puntuación máxima de 7 puntos y un puntaje de corte de 5.

Una vez evaluadas las variables cognitivas se procede a identificar las variables emocionales que pudieran estar interfiriendo en el rendimiento neurocognitivo, para ello utilizamos el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). Es un cuestionario auto administrado que el paciente deberá leer y seleccionar la opción que más lo identifica. A mayor puntaje mayor afectación del estado de ánimo. Es muy importante saber aspectos del estado de ánimo del paciente en el momento de su evaluación neurocognitivo y señalar en el informe en qué contexto el mismo se encontraba.

Una buena entrevista debe contener información proveniente de un familiar o informante confiable. La entrevista al familiar es muy importante y se destaca por el rol significativo que el miembro de la familiar al cuidado de la persona con afectación en memoria pueda aportar.

Aplicados los test neurocognitivos, escalas para recabar información emocional y entrevista al familiar se completa la evaluación con la administración de algunas escalas para identificar la sintomatología conductual, sobrecarga del familiar y un cuestionario de fármaco-economía para ayudar a predecir su impacto a futuro y poder planificar los planes terapéuticos y sostenimiento en el tiempo de las enfermedades crónicas (Rojas, Bartoloni, Serrano, Dillon, & Allegri, 2010). El inventario neuropsiquiátrico de Cummings (NPI-Q) (Kaufers et al., 2000) es un cuestionario semiestructurado que el familiar deberá completar. Quedará cuantificada la manifestación sintomatológica presente del paciente teniendo información de la frecuencia, severidad y sobrecarga que el mismo presente. A mayor puntaje mayor compromiso neuropsiquiátrico. El cuestionario de Sobrecarga del Familiar, en este caso utilizamos el Zarit (Zarit & Zarit, 1983), consiste en una serie de preguntas acerca del impacto físico y psíquico en relación a la conducta del paciente a cargo. El puntaje total será el producto de la sumatoria de cada ítem del cuestionario reflejo directo cuantificado del nivel de sobrecarga. Mediante esta escala podremos cuantificar el nivel de estrés que está impactando en el cuidador. El estrés crónico, es decir, aquél que es constante y persiste por un largo período de tiempo, puede ser extenuante tanto en lo físico como en lo psicológico. A diferencia de otros estresores cotidianos que se pueden contrarrestar adoptando conductas saludables, el estrés crónico, si no se trata, puede tener consecuencias adversas para la salud, como ansiedad, insomnio, dolor muscular, hipertensión y debilitamiento del sistema inmunitario, entre otros. El estrés crónico puede ser el resultado de estresores cotidianos que no se atienden o no se manejan adecuadamente y que puede generar impacto en el estado de ánimo (Anderson & Anderson, 2003; Lopez Rosetti, 2013). Desde nuestro rol, como psicólogos cognitivos, podemos brindar herramientas cognitivas, afectivas y conductuales que impacten en positivo en el manejo dinámico de dichos estresores.

La entrevista con un informante confiable puede ser la clave para diferenciar si la queja refleja una presencia subjetiva de cuestionamiento por parte de una persona que considera desde su autopercepción que su rendimiento en atención, memoria, lenguaje, toma de decisiones no es el mismo con el paso del tiempo, o si la queja es validada por algún integrante del núcleo más cercano. A menudo, las personas que cursan alguna patología neurodegenerativa con frecuencia presentan anosognosia, que es el desconocimiento de la enfermedad, no hay percepción de sus déficits funcionales. Es fundamental poder evaluar qué tipo de olvido u otro síntoma o manifestación presenta la persona. En este punto, el contexto es relevante, ya que se podrá determinar si el mismo se despliega en contexto de estrés (agudo o crónico), dentro de un contexto de duelo, u otras variables psico afectivas, etc. La construcción de la realidad de esa familia se despliega desde la presencia del olvido.

Desde este lugar es por demás significativo el rol del psicólogo con formación cognitiva por la riqueza desde su mirada y escucha de los aportes del paciente y familiar. En presencia de cambios que necesitan ser evaluados a nivel neurocognitivo, poder aportar un perfil cognitivo brinda una posibilidad al paciente y a su familiar de saber qué tipo de olvido está presente y poder intervenir de manera responsable en el tratamiento si se indicara conjuntamente con los otros miembros del equipo interdisciplinario. El conviviente brindara aportes fundamentales ya que no toda patología degenerativa como el deterioro cognitivo leve ( Petersen et al., 2014; Petersen, Stevens, Ganguli, Tangalos, & Cummings, 2001; Petersen et al., 1999) o demencias, inician con los olvidos, sino que pueden presentarse como manifestaciones conductuales (Taragano et al., 2009) que el paciente no los presenta en la entrevista. Conocer el tipo de personalidad nos brinda las bases para poder construir a futuro estrategias cognitivas, afectivas y conductuales personalizadas más allá de las intervenciones globales de estimulación y/o rehabilitación neurocognitivas.

La adherencia del tratamiento estará sujeta en la medida que se construya el plan de trabajo y las intervenciones terapéuticas acordes a cada individuo.

Es frecuente escuchar que no se podrá mejorar la memoria del paciente si esta ocurre en el marco de una enfermedad neurodegenerativa. Contamos con evidencia científica controversial. Pero si es fundamental contar con instrumentos válidos, sensibles, con especificidad y recursos terapéuticos que colaboren a generar estados de bienestar para el paciente y familiar.

Desde la perspectiva neurocognitiva, una intervención no farmacológica podría ser un programa de rehabilitación o estimulación neurocognitiva. Dicho tratamiento de los trastornos cognitivos y de la conducta abarca diferentes estrategias terapéuticas no farmacológicas, con objetivos específicos, que puedan ser aplicadas en el tiempo, con cierta repetición, y que permitan el seguimiento y estimación de sus resultados. Un programa de rehabilitación o estimulación cognitiva se define como una estrategia terapéutica, fundamentada en la presencia de la neuroplasticidad cerebral y basada en la neuropsicología cognitiva y en las terapias de modificación de conducta, dirigida a favorecer la autonomía en sus actividades instrumentales y básicas de la vida diaria del paciente y mejorar su calidad de vida. Tanto la intervención individual como la modalidad de grupo tiene como objetivo principal la recuperación, mantenimiento o



compensación de las funciones mentales superiores como lenguaje, atención, funciones ejecutivas, memoria y otras. Un plan de tratamiento con objetivos a corto, mediano y largo plazo ofrece momentos de gran satisfacción, especialmente, al propio sujeto, y refuerza el grado de autoestima. A menudo, sorprenden a familiares y al equipo de salud la recuperación de habilidades que parecían perdidas. La rehabilitación cognitiva estaría destinada a pacientes con daño neurológico focal, y la estimulación cognitiva estaría enfocada principalmente a individuos que presentan una patología neurodegenerativa utilizando diversas técnicas y actividades que pueden implementarse para enlentecer el curso del deterioro cognitivo y facilitar estrategias compensatorias y sustitutivas para mejorar la calidad de vida en el proceso del envejecimiento.

Nuestro propósito es poder conocer estas afectaciones desde sus inicios, brindar información y sumarnos en la formación de futuros profesionales que interpreten desde un paradigma integrador temáticas que hacen a la declinación cognitiva, deterioro cognitivo y síndrome demencial presente con el aumento de la expectativa de vida.

El informe mundial sobre el Alzheimer 2015 llama epidemia silenciosa a esta afectación. La implementación de estrategias de abordajes terapéuticos en todos los niveles de atención asistencial. Poder implementar acciones desde los niveles de atención primaria es inspirador y un gran desafío que apasiona en el presente y en el futuro (Prince et al., 2015).

El Dr. Héctor Fernández Álvarez señala que "...el afán de integración es una motivación que podemos encontrar en cualquier campo de la cultura a través de los siglos. La forma en que evoluciona el conocimiento en el campo de la filosofía, la ciencia o el arte es invocar la presencia de tendencias, dialécticamente contrapuestas, orientadas respectivamente hacia la ruptura y hacia la integración..." (Fernandez Alvarez, 1992, pag. 13)

## Referencias

Allegri, R., Ollari, J., Mangone, C., Arizaga, R., De Pascale, A., Pellegrini, M., ... Grupo de trabajo de Neurología clínica de la SNA. (1999). El " MiniMental State Examination " en la Argentina : Instrucciones para su administración. *Revista Neurológica Argentina*, 24, 31–35.

Anderson, N. B., & Anderson, P. E. (2003). *Emotional longevity: What really determines how long you live*. New York: Viking.

Arizaga, Raul L, Gogorza, R. E., Allegri, R. F., Baumann, D., Morales, M. C., Harris, P., & Pallo, V. (2005). Deterioro cognitivo en mayores de 60 años en Cañuelas (Argentina) Resultados del Piloto del estudio CEIBO (Estudio epidemiológico poblacional de demencia). *Revista Neurológica Argentina*, 30, 83–90.

Arizaga, Raúl Luciano. (2011). *Deterioro cognitivo y demencias*. (1ª Ed). Buenos Aires: Editorial Polemos SA.

- Bagnati, P., Allegri, R., Kremer, J., & Taragano, F. (2010). *Enfermedad De Alzheimer Y Otras Demencias. Manual para la familia*. Buenos Aires: Polemos.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Burin, D., Drake, M., & Harris, P. (2007). *Evaluación neuropsicológica en adultos*. (1a ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Burin, D. I., Ramenzoni, V., & Arizaga, R. L. (2003). Evaluación neuropsicológica del envejecimiento: normas según edad y nivel educacional. *Revista Neurológica Argentina, 28*, 149–152.
- Fernandez Alvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Introducción* (p. 13). Buenos Aires: Paidós.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*(3), 189–198. [https://doi.org/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/0022-3956(75)90026-6) [pii]
- Freedman, M., Leach, L., Kaplan, E., Winocur, G., Shulman, K., & Delis, D. (1994). *Clock Drawing: A Neuropsychological Analysis*. Nueva York: Oxford University Press.
- Katz, M., Bartoloni, L., Melcom, C., Del Monaco, R., Mangone, C., Allegri, R., ... Grupo ReDeCar. (2011). *Primer Registro Centralizado De Patologías Cognitivas en Argentina (ReDeCar). Resultados del Estudio Piloto*. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.
- Kaufers, D. I., Cummings, J. L., Ketchel, P., Smith, V., MacMillan, A., Shelley, T., ... DeKosky, S. T. (2000). Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 12*(2), 233–239.
- Kral, V. A. (1962). Senescent forgetfulness: benign and malignant. *Canadian Medical Association Journal, 86*, 257–260. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14459267> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1848846>
- Larraya, F. ., Grasso, L., & Mari, G. (2004). Prevalencia de las demencias del tipo Alzheimer, demencias vasculares y otras demencias del DSM-IV y del ICD-10 en la República Argentina. *Revista Neurológica Argentina, 29*, 148–153.
- Lopez Rosetti, D. (2013). *Estres, Epidemia del Siglo XXI*. Buenos Aires: Lumen.
- Montañez Ibañez, A. (2012). Enfermedad de Alzheimer y Reserva cognitiva. *Publicaciones Didácticas, 32*, 20–22. Retrieved from [www.publicacionesdidacticas.com](http://www.publicacionesdidacticas.com)
- Pelletier, K. (1986). Agradecimiento. In Hispano Europea SA (Ed.), *Longevidad. Como alcanzar nuestro potencial biológico*. Barcelona: Delacorte Press/Seymour Lawrence/ Dell Publishing Co.,

Inc.

Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, *56*(3), 303–308. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1212/01.CON.0000429175.29601.97>

Petersen, R., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V., & Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *Journal of Internal Medicine*, *275*(3), 214–228. <https://doi.org/10.1111/joim.12190>

Petersen, R., Stevens, J., Ganguli, M., Tangalos, E., & Cummings, J. (2001). Practice parameter : Early detection of dementia : Mild cognitive impairment ( an evidence-based review ) : Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology DeKosky This information is current as of August 29 , 2006 The onl. *Neurology*, *56*, 1133–1142.

Pfeiffer, E. (1975). A Short Portable Mental Status Questionnaire for the Assessment of Organic Brain Deficit in Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, *23*(10), 433–441. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x>

Prince, A., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G., Wu, Y., & Prina, M. (2015). *Informe mundial sobre el Alzheimer 2015. Las consecuencias de la demencia. Análisis de prevalencia, incidencia, coste y tendencias*. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerreport2015-summary-spanish.pdf>

Rojas, G., Bartoloni, L., Serrano, C., Dillon, C., & Allegri, R. (2010). Características clínicas y económicas asociadas con los costes directos endemencia tipo Alzheimer, frontotemporal y vascular. *Neurología Argentina*, *2*(2), 79–85.

Rojas, G., Serrano, C. M., & Allegri, R. F. (2008). Versión argentina del memory impairment screen (MIS) y métodos de detección dn demencia: Análisis comparativo de curvas ROC. *Revista Neurológica Argentina*, *33*, 33–39.

Russo, M., & Allegri, R. (2015). Etiologías de los trastornos cognitivos en relación con los diferentes grupos etarios. Ignacio Demey y Carolina Feldberg (2015). *Manual de rehabilitación cognitiva. Un enfoque interdisciplinario desde las neurociencias*. Buenos Aires: Paidós.

Serrano, C., Allegri, R. F., Drake, M., Butman, J., Harris, P., Nagle, C., & Ranalli, C. (2001). Versión abreviada en español del test de denominación de Boston: su utilidad en el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*, *33*, 624–627.

Stern, Y. (2006). Cognitive reserve and Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, *20*(2), 69–74.

Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, *47*(10), 2015–2028. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004>

Taragano, F. E., Allegri, R. F., Krupitzki, H., Sarasola, D. R., Serrano, C. M., Loñ, L., & Lyketsos, C. G. (2009). Mild Behavioral Impairment and Risk of Dementia: A Prospective Cohort Study of 358 Patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(4), 584–592. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04181>

Zarit, S., & Zarit, J. (1983). *The Memory and Behavior Problems Checklist and the Burden Interview*. Pennsylvania: University Park.

---

**2da Edición - Agosto 2019**