



El proceso sociocultural del envejecimiento y Alzheimer: apuntes psicológicos **The socio-cultural aging process and Alzheimer: psychological notes**

Recibido: 28 de mayo de 2014; aceptado: 24 de octubre de 2014

José Ángel Vera Noriega^{1*}, *Claudia Karina Rodríguez Carvajal*^{2**}, *Francisco Justiano Velasco Areallanes*^{3***}

*Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C.; **Tecnoestata, S.C.; ***Facultad de Filosofía y Letras

Resumen

El documento presenta una propuesta reflexiva y polémica sobre la vejez; toma la enfermedad de Alzheimer como eje nodal del proceso analítico, pero aborda el problema desde los modelos sociales de envejecimiento, la manera en que es diseñado, difundido y asumido en un contexto global y dominado por lo inmediato, frugal, veloz, joven y de corta vida. Se trata acerca de la dinámica de estos modelos y los costos para la seguridad social y el equilibrio emocional de las personas de la tercera edad. Se discute sobre el concepto de ocio y uso del tiempo libre vinculado a las características socioeconómicas de las jubilaciones y de la vida amorosa y sexual asociada a la salud y a los tabúes y mitos relacionados con la edad. El Alzheimer pertenece a este contexto construido socialmente y como incapacidad deberá ser explicado desde una visión cultural.

Palabras clave: envejecimiento, enfermedad de Alzheimer, procesos psicológicos, conducta de planeación, contexto socio-cultural.

Abstract

This paper presents a thoughtful and controversial proposal about aging, assuming Alzheimer's disease as the nodal axis of the analytical process, approaching the problem from the perspectives of the social models of aging, the manner in which they are designed, spread and assumed in a global context dominated by the immediate, the frugal, the fast, the young and the short-lived. The dynamics of these models, the costs of social security and emotional balance of seniors are also deliberated in this paper. It discusses the concept of leisure linked to socio-economic and the retirement pension characteristics as well as love and sexual life associated with health taboos and myths on aging. The Alzheimer belongs to this socially constructed context and as impairment it will be explained from a cultural perspective.

Keywords: aging, Alzheimer's disease, psychological processes, planning behavior, socio-cultural context.

INTRODUCCIÓN

En este artículo se pretende colocar en el foco del debate el costo económico y social de el Alzheimer, no sólo en el microambiente familiar, sino en el entorno comunitario, en su capital social, en sus posibilidades de desarrollo local-territorial.

La idea actual supone que el problema social del Alzheimer se limita al cuidador y la familia, sin ser impactados los procesos organizacionales, democráticos,

institucionales, políticos y sociales. En este momento histórico en el cual el costo de la enfermedad en Estados Unidos de América rebasa los presupuestos nacionales de varios ministerios y se cuadruplicará en 5 años, va minando no sólo los factores cercanos en su contexto, sino también los distales que implican variables subyacentes como la capacidad productiva y organizacional de una región o territorio. En este intento se hace necesaria

¹ Doctor en Psicología Social. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. Líneas de investigación: estilos de crianza, evaluación de programas en educación y salud, etnopsicología y psicología transcultural. Correo electrónico: avera@ciad.mx

² Maestra en Desarrollo Regional. Consultora en Educación, Desarrollo Humano y Psicología Social. Tecnoestata, S.C. Institución de Desarrollo Científico y Tecnológico.

³ Doctorado en Ciencias de la Conducta. Facultad de Filosofía y Letras, Facultad de Ciencias Físico-Matemáticas. Líneas de investigación: modelos matemáticos en redes neurales, creatividad y libre albedrío.

una reflexión sobre la asunción de un modelo social de envejecimiento, estereotipos que promueven perfiles de comportamiento que impactan la salud y educación personal y colocan al individuo en un estado de inmanencia y sordidez a partir de los 60 años.

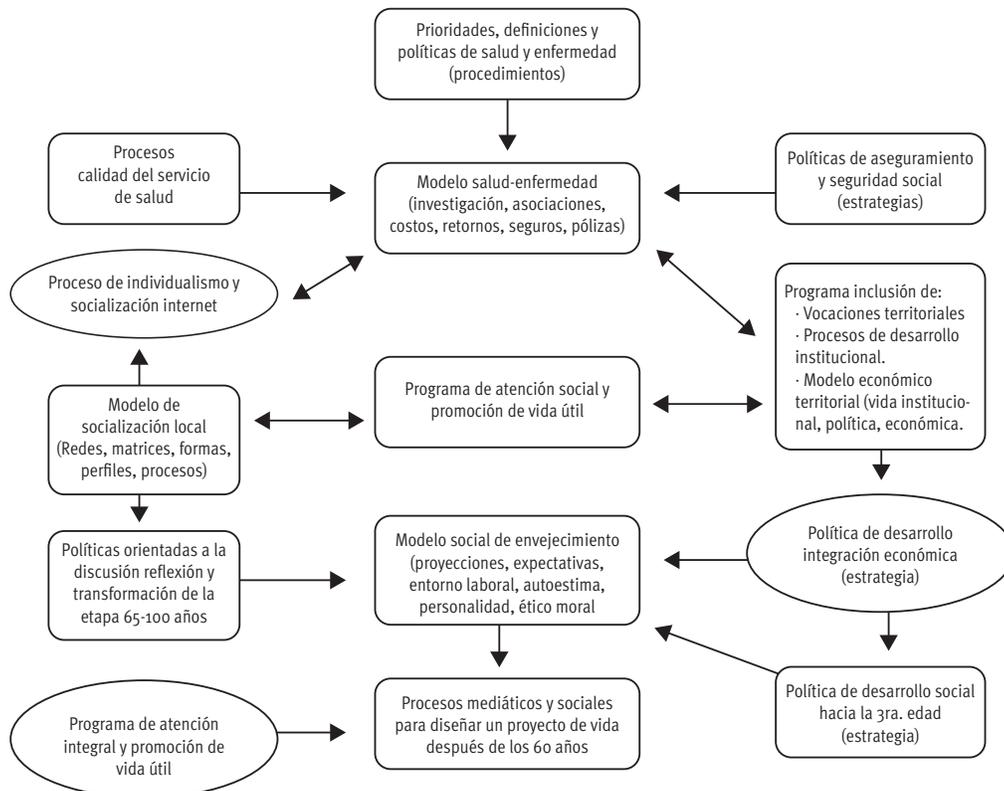
Al lado del modelo social de envejecimiento tenemos que incluir el modelo económico del territorio, su política pública para la equidad e igualdad respecto a la funcionalidad de las personas a través del proceso vital de tránsito, la efectivización de los apoyos infraestructurales, estructurales y funcionales para que las oportunidades de desplazamiento, reflexión y construcción personal de ideas sea promovido y estimulado por las instituciones del Estado, con un gobierno sensible a la inclusión de aquellos que son diferentes por sus habilidades, capacidades o creencias.

El debate se inicia cuando comparamos las características sociológicas del mal de Parkinson, Alzheimer, SIDA, influenza porcina y las necesidades colectivas de los grupos académicos e investigadores que estudian su etiología y los intereses de los seguros de vida y de gastos

médicos considerados en sus pólizas de protección sobre este tipo de enfermedades. El modelo médico salud-enfermedad visto como negocio y generador de riqueza, gasto social y calidad de atención depende en mucho de la definición de “salud” y “enfermedad”, que si bien parten de lo biológico, se consolidan, desarrollan y modulan en lo social, colectivo, comunitario e institucional.

En este entorno temático y analítico que se relaciona con el modelo social de envejecimiento y la expectativa de vida, la enfermedad de Alzheimer es una de sus expresiones, pero no puede ser evaluado su proceso evolutivo como problema social y patológico sin considerar el concepto “olvido” como principal para entender y estudiar una sociedad que tiene un miedo atroz y justificable al olvido, en un mundo donde el recuerdo es estimado, recompensado y reconocido socialmente permitiendo la inserción y pleno goce de los placeres de bienestar moderno, recuerdo que al menguar retira las credenciales de ciudadano y después de humanidad. El olvido es a la vejez lo que la ingenuidad a la niñez, en diferentes niveles se manifiesta en grupos sociales y personas, pero se

Figura 1. Esquema holístico de la enfermedad de Alzheimer desde un concepto de desarrollo humano



Fuente: elaboración propia.

trata de un fenómeno que se requiere estudiar y normar. “Olvidar es una virtud escondida. Olvidar es lo que nos hace tan inteligentes” (Shenk, 2009: 69).

El artículo está escrito siguiendo el modelo de la figura 1 como ensayo científico y pretende en sus cuatro secciones (modelo salud-enfermedad en la tercera edad, política social para la tercera edad, procesos mediáticos y sociales, programas de atención integral y promoción de vida útil) emprender una epopeya académica multidisciplinaria heurística que permita señalar en los subíndices a saber: política, procesos y programas. Al interior de cada uno de los subtítulos temáticos y en la interacción con los subíndices, se generan problemas de investigación indispensables en este momento para avanzar en el entendimiento y atendimiento del fenómeno del Alzheimer en su situación actual.

LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer (EA) es un padecimiento crónico-neurodegenerativo que fue caracterizado por primera vez en 1906 por el médico psiquiatra Alois Alzheimer (Thomas y Fenech, 2007). La EA comúnmente se asocia con la vejez; afecta severamente el comportamiento de las personas, incapacitándolas progresivamente. Los pacientes de la EA presentan un detrimento global en sus habilidades cognitivas y sociales. En general, el cuadro se manifiesta como: *a)* leve, con problemas de memoria para recordar eventos cotidianos y de corto plazo; *b)* moderado, manifestando problemas emocionales, fluidez en el lenguaje, descuido en el aseo personal, desinhibición sexual, confusión, desconocimiento de familiares, agresividad; y *c)* severo, con problemas para desempeñar habilidades básicas de autocuidado y aseo, dependencia total hacia otras personas, pérdida de movilidad, disminución dramática en sus funciones autónomas vitales, como la respiración, la digestión, el sistema inmune y el control cardiaco, y finalmente, el deterioro de las funciones básicas conduce al deceso (para más detalles y diferencias entre personas con y sin EA véase Leifer, 2009).

La presencia de EA se incrementa exponencialmente a medida que las personas envejecen; su incidencia a nivel mundial es de 4.1% en la población mayor de 60 años y entre 30% y 50% en personas sobre 80 años (Brookmeyer *et al.*, 2007; Alzheimer’s Disease International,

2012). Actualmente la EA es causal de demencia de por lo menos 30 millones de personas en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud estima que para el año 2050 habrá 200 millones de personas con Alzheimer en todo el mundo (Alzheimer’s Disease International, 2012).

Particularmente en México, la presencia de enfermedades neurodegenerativas como la EA se incrementará en las siguientes décadas a medida que la población envejezca. En el reporte del Consejo Nacional de Población (Conapo) (2006) sobre las principales causas de muerte en México, se describe que en los últimos 45 años (1960-2005) la población mexicana se ha caracterizado por tener mejores servicios de salud, una disminución de la mortalidad en general y una transición epidemiológica en los decesos. En décadas anteriores, a estos últimos 45 años, las muertes de los mexicanos se debían principalmente a complicaciones infecciosas y parasitarias. Actualmente, la población muere primordialmente por enfermedades crónico-degenerativas en etapas intermedias y tardías de la vida.

La esperanza de vida, de acuerdo con las previsiones del Conapo (2006), aumentará en 2030 a 76.6 años para hombres y 81.0 años para mujeres, mientras en 2050 aumentará a 79.9 años para hombre y 83.9 para mujeres. No obstante lo alentador de los datos en cuanto al descenso de la mortalidad infantil y el aumento en la esperanza de vida, es tema de preocupación el nuevo perfil demográfico y las causales de muerte que se asocian a la media y tercera edad. Esto se debe a que las enfermedades crónico-degenerativas conllevan una considerable inversión económica y social, misma que puede derivarse de los siguientes puntos críticos en las tendencias demográficas:

- 1) Los decesos a edades intermedias y tardías de la población se asocian con enfermedades crónico-degenerativas, v. gr. diabetes, algunos tipos de cáncer, mal de Parkinson y Alzheimer. Estas enfermedades se presentan con cuadros clínicos de evolución paulatina, los cuales generalmente desencadenan en deceso después de varios años de padecer la enfermedad. Esto implica un largo periodo de tratamientos y cuidados personales dedicados a cada paciente.
- 2) A partir de 2013, y de manera aguda en 2050, la población mexicana será constituida principalmente por personas de más de 65 años. El número de mexicanos jubilados o a punto de jubilarse excederá dos

o tres veces al número de mexicanos productivos o con plenas capacidades laborales. Esto implica que habrá más mexicanos con dependencia económica, la mayoría de ellos viviendo la tercera edad y con requerimientos especiales en cuanto a cuidados médicos y personales.

- 3) La vejez se asocia con el cese paulatino de las funciones fisiológicas y a la presentación de cuadros clínicos que conducen al final del ciclo de vida. Este hecho biológico ineludible se agravará para la población mexicana debido a la incidencia del sobrepeso y la obesidad —léase acerca de las implicaciones del síndrome metabólico en Pasinetti y Eberstein (2008). Los problemas alimentarios, sobrepeso y obesidad, son enfermedades comórbidas debido a que son los antecedentes o se presentan concatenados con la presencia de enfermedades degenerativas: la diabetes, las cardiovasculares, la hipertensión, el cáncer y el Alzheimer, por mencionar algunas. Este panorama es complicado para la conducción de políticas de salud pública porque la población mexicana, a nivel mundial, ocupa el primer lugar en obesidad infantil y en obesidad de población adulta (OMS/OPS, 2014).
- 4) La mayoría de ciudadanos mexicanos no cuenta, ni contará para el año 2050, con un sistema de ahorro para el retiro que cubra o subsane los gastos de una enfermedad prolongada. Esta condición agravará el gasto público y los costos recaerán en la población económicamente activa; los cuales para el año 2050, estarán en una proporción de 1 a 3 en relación a los mexicanos en condiciones dependientes.
- 5) Dado lo anterior, hay que agregar que la esperanza de vida después del diagnóstico de la EA es de 7 años en promedio (Molsa, Marttila y Rinne, 1986; 1995). Considerando esta información, el cuidado especializado con personal y medicamentos para un paciente con EA cuesta al mes aproximadamente 20 mil y 30 mil pesos (la estimación es sin considerar los servicios de urgencias u hospitalización derivados de los episodios crónicos de la enfermedad). Si un paciente vive 7 años, a un costo de 20 mil mensuales, el gasto familiar y gubernamental mínimo para atenderlo durante su enfermedad sería de 1 millón 680 mil pesos mexicanos de 2014. Por todo lo descrito anteriormente, el perfil de enve-

jecimiento en México es tema de reflexión por las repercusiones económicas y sociales que tendrá para el país y los familiares del paciente. Siguiendo las tendencias mundiales, y acordes con la tendencia de la población mexicana (Conapo, 2006) en México actualmente se estima que hay aproximadamente 850 mil casos de EA. Así también, podemos estimar que el gasto en atención pública y privada, a razón de 20 mil pesos mensuales por persona, genera gastos por un total de 17 mil millones de pesos mensuales, lo cual implica un gasto anual de 204 mil millones de pesos en toda la República mexicana. Cabe señalar que este derrame económico no considera gastos imprevistos y recurrencias a hospitales por causales como fracturas debido a caídas, neumonías, infecciones, isquemias y recaídas no explicables por conformarse de cuadros clínicos complejos relacionados con la tercera edad.

Desgraciadamente, la etiología de la EA hasta ahora no tiene una explicación consensada, ni tampoco se cuenta con un tratamiento efectivo. La génesis de la EA, como de la mayoría de las demencias, parece obedecer a múltiples factores que se agregan y desencadenan en degeneración neural progresiva (McDonald, Craig y Hong, 2010).

ECONOMÍA Y VEJEZ

Citando a Bunge, según Aristóteles, la característica humana más relevante, en relación con otras especies, es la capacidad y ejercicio de la racionalidad. Podemos estar dispuestos a perder casi todo, pero no la razón (Bunge, 2006). Las demencias generadas por el Alzheimer, el mal de Parkinson y los accidentes cerebrovasculares traen consecuencias devastadoras en el ámbito económico y emocional de los individuos y sociedades. El miedo a perder la razón no sólo recae en las personas que se acercan a la tercera edad, sino que también en los dirigentes que establecen las políticas sociales y de salud.

Recientemente los comentarios desafortunados de dos líderes mundiales acerca de la vejez llamaron la atención: Christine Lagarde, presidenta del Fondo Monetario Internacional, al referirse a los programas de pensiones, exclamó: “los ancianos viven demasiado, y eso es un riesgo para la economía global, hay que hacer algo ya” (La Jornada, 2012); por su parte, el ministro de economía de Japón, Taro Aso, hizo un llamado a los adultos mayores, y a los “entubados” que se encuentran en

coma en los hospitales, para solidarizarse, y les exhortó: “Apresúrense a morir” (Japan News, 2013). Las opiniones anteriores, aunque desafortunadas, dejan en evidencia que las economías mundiales dependen de la salud de las naciones y de la vida productiva de sus individuos.

Se calcula que la prevalencia anual de la EA es de aproximadamente 2.6-4.9 millones de personas en los Estados Unidos y en el Reino Unido, de 0.5 millones. Las tasas de prevalencia en estos países se duplican cada 5 años luego de los 65 años de edad, de manera tal que la enfermedad afecta aproximadamente a 3% de los individuos de 65-74 años y 25-50% de los mayores de 85 años.

En un estudio canadiense se encontró que 50% de los pacientes diagnosticados posee las formas moderada a grave de la EA y que los pacientes que tienen valores que llegan a 90% de discapacidad se encuentran internados en una institución de retiro, lo que prácticamente implica que las personas que se encuentran en ésta última cifra se consideran en etapa terminal. Por su parte, datos del Reino Unido indican que 1 de cada 8 pacientes se encuentra en la etapa terminal de esta enfermedad (Plasker y Lynseng, 2005).

El costo total anual por paciente desde que inicia la enfermedad se ha sido calculado en 28 mil dólares en Estados Unidos (costos de 1996), 53 mil dólares en Italia (costos de 1995), 17 mil dólares en Israel (costos de 1999), 10 mil dólares en Dinamarca (costos de 1997) y una cantidad similar en los Países Bajos. Estas condiciones de gasto en las enfermedades neurodegenerativas es una llamada de atención que nos advierte que la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia constituyen la crisis sanitaria y social individual más importante del siglo XXI; la Dra. Daisy Acosta, presidenta de la Asociación Mundial de Alzheimer, comenta que: “Tristemente, los gobiernos del mundo no están preparados para las perturbaciones sociales y económicas que esta enfermedad provocará”, asimismo, se advierte que los costos mundiales por demencia superarán 1% del PIB en 2010, lo cual equivale a 604.000 millones de dólares anuales (Wimo y Prince, 2010).

Los autores advierten que su cálculo del costo global del Alzheimer se basó en datos de 2003 e incluían algunas fuentes de información, en algunos momentos, difíciles de verificar y categorizar. Bajo tales condiciones, ofrecieron un cálculo numérico complementario, que sugería que las cifras del costo global podrían de hecho

ir desde un punto bajo de 129 mil millones a un punto alto de 159 mil millones (Medicina Geriátrica, 2005).

Las cifras anteriores, al considerar el costo del proceso de envejecimiento y enfermedad en una sociedad capitalista y neoliberal, conforman un escenario excluyente y estigmatizante para los adultos mayores, ya que se les considera como “ciudadanos de segunda o tercera clase”. El estatus de jubilación, y por ende, que implica dejar de ser productivos en una sociedad capitalista, se agrava cuando los adultos mayores enferman y quedan incapacitados, como es el caso de los pacientes con EA. El dato relevante es que no hay instituciones públicas, en ningún país por más avanzado que se le catalogue, que se haga cargo de los costos totales de los pacientes con EA. Generalmente la carga económica de esta enfermedad se cubre parcialmente con el monto total de las pensiones mensuales y complementa con los recursos que aporta la familia.

SOCIEDAD Y VEJEZ

Antes de todo, y sobre lo devastador que pueda parecer el tema de la vejez, hay que señalar que el envejecimiento es un proceso normal, un fenómeno biológicamente ineludible y esperado. Sin envejecimiento y muerte no habría evolución para ninguna especie (Cerejido y Aréchiga, 1999). El envejecimiento es la pérdida progresiva de las funciones fisiológicas que incrementan la probabilidad de muerte. La vida y la muerte, como la juventud y la vejez, están entrelazadas durante el transcurso del “ciclo de vida”.

La Organización Mundial de la Salud señala que la vejez es: un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida. En los últimos años de la vida estos cambios producen una limitación de adaptabilidad del organismo en relación con su medio. Los ritmos a los que esos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en los distintos individuos no son iguales, varían, se detienen o se aceleran por múltiples factores biológicos y ambientales.

Es importante señalar que el declive de las funciones biológicas toma lugar dentro de las células. Hay varios factores relacionados con los cambios fisicoquímicos y funcionales de las estos componentes que conllevan al envejecimiento, entre ellos están: la muerte celular pro-

gramada o apoptosis, muerte celular no programada relacionada con inflamación o toxicidad, errores genéticos, predisposición genética, radicales libres, contaminación ambiental, enfermedades, nivel de actividad física, estado y actividad mental, hábitos alimentarios, conductas de riesgo como son el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

La mayoría de investigadores del envejecimiento coinciden en que la vejez es la consecuencia inevitable de la vida misma; es decir, el envejecimiento, al final de cuentas, es la consecuencia de una vida activa. No obstante, que envejecer y morir es un mecanismo natural, los sentimientos de minusvalía, y los cambios en las emociones, pueden incluso presentarse en los adultos mayores antes de que se presente una enfermedad incapacitante como la EA; es común escuchar que la descripción de su condición dentro de la sociedad refiere que: “a mi edad no se pueden realizarse ciertas cosas” o “eso no está bien visto” o “los viejos tenemos que mantenernos al margen”. Las condiciones idiosincráticas acerca de la vejez seguramente variarán en cada país dependiendo de condiciones económicas individuales y sociales de sus ciudadanos, pero es común que la vejez en todos los países tenga un toque de pesimismo y de aislamiento social que los relega y estigmatiza de las sociedades productivas.

La edad y la jubilación son condiciones que marca de manera distintas a las personas según su género, para la mayoría de hombres mayores de 65 años la jubilación puede conducirles a una revaloración de su identidad, y dependiendo de sus recursos psicológicos de afrontamiento, puede desencadenarles a estados de ánimo adversos como la depresión; en cambio, las mujeres por sus actividades domésticas y de familia se perciben y se les percibe como que nunca estarán jubiladas. Los hombres construyen su identidad en el mundo laboral, se desarrollan en el ámbito público, opuesto al ámbito doméstico que es el espacio femenino permanente y social por excelencia. Para las mujeres, la vida misma está relacionada con la familia y con las actividades domésticas que le implican (visitas familiares, dirigir, administrar, cocinar, cuidado de nietos, lavar, planchar etc.). Por estas razones, atender el proceso de vejez en relación con el género cobra importancia.

Así también, es importante que desde las ciencias sociales se estudien las condiciones de riesgo en las que se encuentran los adultos mayores en relación con: *a)* salud física; *b)* relaciones sociales y familiares; *c)* situación

económica; y, *d)* sobre el proceso de afrontamiento de la vejez y la muerte. No obstante esta diversidad de condiciones que hacen a la vejez una condición poco esperada, es importante que de manera generaliza todos los países planteen políticas públicas para valorar e insertar a los adultos mayores en los sistemas de salud, deporte, recreación y trabajo (Regnier, 1981). Es importante revalorar la percepción que se tiene sobre la vejez en las sociedades, tal como antaño se acostumbraba respetar a los mayores en las tribus y clanes ancestrales. No excluirlos sólo por su edad, y evitar que ostenten poder social encumbrados en la sabiduría que pueden ofrecer (Goldberg, 2006) sobre sus derechos a disfrutar de la vida, algo como “saber filosófico” (Clayton, 1982; Sternberd, 1985).

MODELO SOCIAL DE ENVEJECIMIENTO Y PLAN DE VIDA

A los médicos les resulta muy cómodo que el Alzheimer comience siempre en el mismo lugar: en una estructura curvada, de unos cinco centímetros de largo, con una forma de vaina situada en los lóbulos temporales del cerebro llamada “hipocampo”. “Después, cuando avanza a la cercana amígdala, se ve afectado el control sobre las emociones primarias como el miedo, la ira y el deseo; pueden ocurrir explosiones de ansiedad totalmente desproporcionadas con los acontecimientos que las causan, o incluso pueden producirse sin que exista causa alguna” (Shenk, 2009: 124).

Si se les pregunta a los mayores de 60 años sobre las razones de su paciencia, prudencia y parsimonia, podremos oír una respuesta común, como antes mencionamos: “a mi edad no se pueden hacer ciertas cosas” o “eso no está bien visto” o “los viejos tenemos que mantenernos al margen”. Igualmente podemos ver que estas personas no son capaces de justificar sólidamente sus declaraciones y que muy pocas pueden corroborarlas con la experiencia; lo que ocurre es que se trata de opiniones muy influidas por las normas subjetivas y reglas de comportamiento culturales que incluyen una imagen negativa de la vejez en nuestra sociedad posmoderna.

Cuando la persona mayor se torna inactiva, la vida apenas es interesante y se transforma el autoconcepto del individuo. Todo ello hace muy importante que la conducta prosaludable y el equilibrio homeostático entre movimientos (impulsos) de vida y movimientos de

muerte, tienda hacia una desarticulación progresiva y favorezca la eclosión y evolución grave de enfermedades que constituyen, desde el punto de vista existencial, lo que podríamos considerar como un “plan de muerte” (Ruiz, 1992)-.

El estado del arte y la investigación evidencian el cercano vínculo entre los aspectos vivenciales y experienciales de los sujetos de edad y sus contextos comunitarios y locales, y, más concretamente, con su propia representación mental como mecanismos para la planeación a corto y largo plazo. Los resultados enfatizan la importancia entre la valoración que el mayor hace de su localidad y aspectos tales como la frecuencia de actividad motora realizada por él, la utilización de los transportes públicos y otros servicios comunitarios, la percepción de zonas de riesgo (de criminalidad), tráfico callejero, itinerario de los autobuses, composición étnica, la densidad de población, etc. (Regnier, 1981).

No sólo se enriquecen las personas mayores con las vivencias y experiencias en los saberes y la reflexión como derivados específicos de la inteligencia del mayor, que aportan en dos áreas de competencia enriquecedoras para la comunidad: el “saber práctico”, de las cosas de la vida cotidiana y otro tipo de saber que concierne más a cuestiones de enfoque y reflexión sobre la vida y que se puede llamar “saber filosófico” (Clayton, 1982; Sternberd, 1985).

La realización de actividades sociales en esta etapa como en las otras de la vida brinda la oportunidad para retomar, iniciar, completar, profundizar o descubrir intereses, necesidades, deseos. Puede convertirse en un nuevo motor y organizador de la vida cotidiana, ayudando a planear un envejecimiento normal.

En este punto se hace necesario investigar sobre el impacto de los procesos de socialización y la práctica del pensamiento dirigido y estratégico para la planeación sobre la calidad de vida de las personas con Alzheimer a la vez que las iniciativas públicas abren espacios y promueven escenarios de primera calidad para la promoción de una reforma en la manera de entender y construir el plan de vida después de los 60 años.

EL PAPEL DE LOS CUIDADORES Y LA RED DE APOYO EN EL PLAN DE VIDA

Hablar de muerte en la cultura occidental es definitiva-

mente un tabú social; cada vez más se observa cómo nos aferramos a la vida humana, hasta llegar al extremo de pensar que somos dueños de la vida de nuestros seres queridos como la de nuestros padres, hijos, pareja y abuelos.

Sin duda, el apego occidental que se caracteriza por obsesivo, pero que dentro de nuestra sociedad es aceptado como una comportamiento adecuado, se relaciona con esta actitud egoísta enmascarada por un supuesto amor incondicional hacia la persona a punto de morir que impide vivir con tranquilidad y paz. Sin embargo existe otro tipo de pérdida que la autora Boss (2001) ha denominado “decir adiós sin marcharse”, cuando la persona se encuentra físicamente presente y ausente psicológicamente, o sea la situación la de pacientes con algún trauma cerebral como la apoplejía y el Alzheimer; en estos casos, los familiares suelen no poder delimitar y definir su situación por la ambivalencia o la complejidad del padecimiento.

El cuidador informal, que en la mayoría de los casos suele ser algún familiar, se convierte en la persona de la que depende el paciente en su totalidad. Llega incluso a convertirse en víctima indirecta de la enfermedad ante la gran dependencia del enfermo y la sobrecarga en tareas de aseo, alimentación, movilidad y cuidados, situación que interfiere con su funcionamiento social, su estado anímico y su salud física al requerírsele en todo caso apoyo confiable y oportuno (González *et al.*, 2003). Por lo tanto, las intervenciones han de ser urgentes para este tipo de personas. Es inevitable que los cuidadores presenten emociones encontradas, como estrés, ira, culpa, ansiedad, amor, esperanzas y depresión, y esto a su vez puede dañar su salud mental y física.

Después de un tiempo prolongado, el cuidador principal puede acarrear las siguientes consecuencias: psicopatología, deterioro de la salud física, aumento de aislamiento social, empeoramiento de su situación económica y problemas legales cuando hay en litigio propiedades o capitales. Así también, la responsabilidad y carga que recae en el cuidador principal se hace presente en la percepción que tiene sobre el rumbo que ha tomado su vida; éste puede percibir que le falta tiempo libre e intimidad, que su vida social y salud se han deteriorado, sufrir cierta pérdida de control, deseos de delegar el cuidado a otros, vergüenza, enfado y tensión hacia el enfermo por concebir emociones opuestas entre una relación filial y “la carga” que implica cuidar a un

ser querido dependiente (González *et al.*, 2003; Molina, Lañez y Lañez, 2005).

En la actualidad, existen diversas intervenciones para reducir el estrés y la sobrecarga en los cuidadores informales: una de ellos es los denominados “servicios de respiro”, los cuales se dividen en tres tipos diferentes: centros de día, servicio de ayuda domiciliaria y retiro residencial. Estos servicios en países desarrollados se elaboraron con la finalidad de que el cuidador tenga tiempo libre para realizar sus propias actividades tanto laborales, personales y lúdicas; sin embargo, los servicios de respiro en donde se delega la responsabilidad de cuidar al paciente por unas horas no representan un alivio a largo plazo (Zarit, Gaugler y Jarrot, 1999). Otro tipo de intervenciones, a su vez, aluden al desarrollo de habilidades y control de emociones ante situaciones estresantes. En estos casos existen variaciones en el impacto de los cuidadores.

Boss (2007b) sugiere que las intervenciones entre cuidador y paciente sean desde el enfoque de la pérdida ambigua, es decir, intentando que los familiares empiecen a aceptar que existe una ambigüedad o inestabilidad en su familiar, para después de definida la situación por la que pasa la familia, se descubra la forma de solucionarlo. La teoría de Boss (2007) consta de dos elementos relacionados entre sí: 1) la ambigüedad de límites; y, 2) la pérdida ambigua. La pérdida ambigua es la situación estresante (Alzheimer), y la primera, ambigüedad de límites, es la percepción que se tiene acerca de la situación, que se comporta de acuerdo con lo que se percibe como estresante, dicho límite es considerado una variable continua tomando en cuenta que altos niveles perceptivos sobre la situación estresante indican un factor de riesgo que impacta negativamente al individuo y a la familia (Boss, 2007a).

Es fundamental continuar con los estudios que centran su atención en las características e impactos psicosociales sobre el cuidador y, a su vez, diseñar y evaluar programas educativos y de capacitación técnica que le permitan al cuidador mantener el equilibrio en sus actividades y la homeostasis de sus afectos y emociones.

En el plan de vida del adulto mayor intervienen tres tipos de actividades de la vida diaria: 1) actividades básicas de la vida diaria (ABVD), que se refieren a mantenimiento personal en términos de supervivencia física; 2) actividades instrumentales de la vida diaria, que aluden

al mantenimiento personal en términos de la supervivencia cultural y trabajo; y, 3) actividades de ocio y actividades sociales, que atañen a las actividades comunitarias y autoenriquecedoras (Horgas, Wilms y Baltes, 1998). Las actividades de la vida diaria son un elemento clave para medir la calidad de vida y el estatus funcional en los adultos mayores (Acosta, 2009) y se refieren a un conjunto de tareas cotidianas comunes que se necesitan para el autocuidado personal y una vida independiente (Wiener *et al.*, 1990). Existen diversos instrumentos para medir las actividades diarias, desarrollados originalmente para la valoración geriátrica general (Galasko *et al.*, 2005) y el deterioro funcional en los adultos mayores, definido como “el declive en la capacidad de ejecutar una o más de las actividades cotidianas” (Naik *et al.*, 2008).

Construir un plan de vida requiere no sólo de un excedente de tiempo y capital, sino de capacidades motoras y cognitivas suficientes para colocar las expectativas a la altura de las competencias, habilidades y conocimientos. No debemos olvidar que tales capacidades y competencias se establecen en la relación con el otro (Acosta, 2009).

PROCESOS PERSONALES Y SOCIALES EN LA ADOPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE VIDA

Los recuerdos solapados no sólo están escritos dentro de la biología de la memoria, sino que son la mismísima base de la memoria y de la identidad de la persona. El rastro de los nuevos recuerdos se asienta sobre un cimiento de viejos recuerdos, y los viejos recuerdos sólo pueden ser recordados en el contexto de una experiencia reciente. Imagina un cuadro que se ha ido creando a lo largo de toda la vida sobre un gigantesco lienzo. Cada nueva pincelada entra en contacto con las anteriores y únicamente puede ser observada en el contexto de esas pinceladas previas. Y, al mismo tiempo, también altera instantáneamente las anteriores pinceladas. Por este motivo, ninguna experiencia registrada puede separarse de todas las demás. Nos guste o no, el pasado siempre está modelado por el presente, y viceversa (Shenk, 2009: 65).

Además de los factores expuestos, la sexualidad es

un elemento importante en el plan de vida que puede verse disminuido durante la vejez debido al gran desconocimiento y la desinformación que existe sobre este proceso en general y la sexualidad en particular. Por ello, es imprescindible que, tanto los mayores como la sociedad en general, reciban la formación adecuada que les permita romper con los prejuicios y tabúes que giran en torno a este aspecto y les permita un pleno goce de la sexualidad en todas y cada una de las etapas de la vida, incluyendo la vejez (Masters y Johnson, 1966). A pesar de ser cierto que la disminución en la producción de estrógenos en el periodo posmenopáusico disminuye el trofismo vaginal y su secreción, se ha comprobado que mujeres mayores con una frecuente actividad sexual presentan una mucosa vaginal más gruesa y rigurosa que aquellas con vida sexual pobre; esto indica que la inactividad sexual contribuye a los cambios involutivos vaginales (Sarmientos, Pagola y Oramas, 1999).

La calidad de vida en la vejez, basada en las características particulares del adulto mayor de México donde pocos son pensionados y de estos una minoría encuentra en sus jubilaciones sustento económico, regidos entonces por la pobreza, con exclusión social, vulnerabilidad, con cuadros depresivos y además alguna enfermedad denominada “típicas de la edad” con polipatologías, con un grupo de amigos que cada vez se va reduciendo y una familia que no cuenta con las herramientas necesarias tanto económicas, como sociales y emocionales para brindarle apoyo al Adulto Mayor, convierten a la última etapa de la vida en sobrevivencia.

Resnikoff (2010) argumenta que mientras se vivan más años y no se pueda lograr una calidad de vida en estos, los planes de vida se verán opacados por el proceso salud-enfermedad que requerirán habilidades para la solución de problemas día a día, como amortiguar el dolor, proveer los medicamentos y alimentos. Esta condición transforma a la planeación a largo plazo en una efeméride convertida en necesidad inmediata.

Asimismo, la población mexicana no cuenta con una visión a futuro en busca de su bienestar, en conjunción con el deseo de los medios de crear necesidades consumistas en la población y la poca posibilidad de tener suficientes ingresos para pagar seguros de vida privados, dan como resultado el dejar en manos de gobierno el propio futuro, imposibilitando a las personas a crear un plan de vida de calidad.

Sin embargo, calidad tampoco es sinónimo de nivel socioeconómico, permitiendo entonces buscar la calidad de vida a pesar de la enfermedad y estatus social mediados por la percepción que el adulto tiene de sí mismo. En diferentes investigaciones se ha comprobado que el nivel funcional del anciano, su independencia, tener una fuerte red de apoyo social o un alto grado de religiosidad permiten al adulto tener una buena satisfacción personal (Carretero, Garcés y Ródenas, 2006).

MODELO DE SALUD-ENFERMEDAD: APOYOS ASISTENCIALES Y SANITARIOS EN EL DESARROLLO AUTÓNOMO

En décadas pasadas las causas de morbilidad eran consecuencia de las enfermedades infecciosas, en cambio, las enfermedades no transmisibles (ENT) se encontraban en índices inferiores de morbilidad. Sin embargo la industria, la disminución de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida en interacción con las intervenciones llevadas a cabo por los servicios asistenciales en contra de las enfermedades transmisibles han girado 360 grados las principales causas de muerte convertido en la actualidad a las enfermedades no transmisibles en las principales causas de mortalidad; al respecto se encontró que en 1985, por cada 10 muertes a causa de enfermedades transmisibles, había 15 muertes por enfermedades no trasmisible, estimando que para el 2015 por cada 10 muertes de enfermedades infecciosas habrá 70 muertes por las enfermedades no transmisibles (Bulatao, 1993).

En un principio los programas de intervención tenían un enfoque medico, pero al buscar satisfacer las necesidades públicas tomando en cuenta la definición de “salud” de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, ha permitido tener una amplia concepción de las intervenciones públicas convirtiéndola en más inclusivas, equitativas y pertinentes lo que les incorpora un valor agregado en eficiencia y eficacia.

Ahora bien, los programas preventivos no han podido reducir los impactos del Alzheimer provocando un gran gasto económico y emocional en las personas directamente afectadas. En México, la intervención no farmacológica más eficiente y pertinente ha sido la estimulación

cognitiva, la cual engloba todas aquellas actividades que se dirigen a mejorar el funcionamiento cognitivo en general (memoria, lenguaje, atención, concentración, razonamiento, abstracción, operaciones aritméticas y praxis) por medio de programas de estimulación. La estimulación cognitiva consiste en promover y mantener las capacidades de pensamiento existentes, con el objetivo de mejorar o mantener el funcionamiento neuropsicológico y disminuir la dependencia del enfermo. Dicha estimulación cognitiva trabaja con capacidades residuales (las que aún conservan) de la persona (y no las que ya ha perdido), logrando evitar la frustración del enfermo; sin embargo este tipo de intervenciones no han podido ser evaluadas a pesar de haber sido implementadas hace décadas, debido a un déficit metodológico y un limitado número de casos (Regence, 2010). En conjunción con la estimulación cognitiva se aconseja hábitos alimenticios adecuados, ejercicio físico, apoyo ortopédico como los bastones, platillas, anteojos, barandillas, adecuación del hogar evitando riesgos de fractura, así como una psicoeducación para que los cuidadores tengan las capacidades para afrontar la enfermedad de Alzheimer.

En México, los principales avances de intervenciones con cuidadores de pacientes con Alzheimer no han podido manejar las emociones de ira, amor, cansancio, depresión o ansiedad que presentan los cuidadores formales e informales.

Al respecto, en el Reino Unido se han empezando a instalar servicios públicos y privados domiciliarios y estancias de día que resultan eficaces para el cuidador y el paciente debido a que el cuidador tiene el apoyo que necesita y el paciente se encuentra en la calidez hogareña, siendo este tipo de intervenciones desde el hogar las que en la actualidad se han planteado como las más adecuadas; sin embargo, es indispensable seguir investigando debido a que no se ha medido el impacto de estos tipos de servicios en la población mexicana (Sandhu *et al.*, 2010).

MODELO SALUD-ENFERMEDAD: CONCEPTUALIZACIÓN INSTITUCIONAL DEL ALZHEIMER

El saber el diagnóstico es derecho del paciente, sin embargo, así como se tiene derecho a saber, se tiene derecho a decidir no saber cuál es su enfermedad, situación que

probablemente se solucionaría con un consentimiento informado, un documento en donde el paciente aprueba o desaprueba cualquier intervención, siempre y cuando sea una persona adulta, tenga la información suficiente y sea competente (Fonnegra, 2001), excluyendo a personas con déficit mentales, como los enfermos de Alzheimer. Desde otro ángulo, se presenta la problemática que el paciente desea que sus familiares no conozcan su enfermedad cuando son estos los que se responsabilizarán de su cuidado y sobrevivencia. Además, surgen otros debates sobre la relación médico-paciente: la incertidumbre del diagnóstico, la incapacidad de comprensión por el tipo de enfermedad o bien la negación por parte de los familiares (Lopera y Eugenia, 2008).

Las características particulares de la enfermedad también ponen en debate la muerte digna, y hasta dónde estar inmóvil, sin poder deglutir con probabilidades elevadas de asfixia y habiendo perdido las capacidades de razonar, decir, hablar, sonreír, todo esto indica la necesidad de una muerte digna. Se plantea la necesidad de analizar la prevalencia y las variables relacionadas a los homicidios en pacientes con Alzheimer seguido por el suicidio de los cuidadores; estos factores nos da una alerta. El problema neuropsíquico además de atentar contra los pacientes atenta contra las familias (Hernández *et al.*, 2006).

En la actualidad, los programas de desarrollo del Gobierno federal y estatal de México no han elaborado normas directas para la enfermedad de Alzheimer; hace menos de 3 años se elaboró la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos, pero todavía hay mucho que debatir. La ambigüedad de la enfermedad y los términos tan amplios como “dignidad humana”, definición del “ser humano”, “calidad de vida”, “muerte” y “felicidad” ponen de manifiesto la necesidad de convertir a la ciencia tanto social como básica en más humana, buscando normas y leyes que aseguren una vida de justicia, autonomía y desarrollo en pacientes de Alzheimer en nuestro país.

ALGUNAS RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

Dadas las condiciones genéticas y culturales adversas que enmarcan a la población mexicana, es importante que las instituciones de salud cambien sus políticas

asistenciales hospitalarias hacia un enfoque de prevención. Principalmente en cuestiones alimentarias y de actividad física hay muchas alternativas que considerar como preventivas.

En acuerdo con Jacobs (1999), si alguien cree que una enfermedad es prevenible, tenderá a adaptar su comportamiento en dirección hacia la prevención. Es necesario fomentar el hábito de prevención de enfermedades evitables; se deben realizar campañas informativas donde estén estipulados los riesgos de la EA y sus tipos de prevención de acuerdo con los riesgos y etiología. Es importante desarrollar planes de vejez, que consideren el aspecto social como relevantes en el desarrollo de los adultos mayores. Hay tres tipos de actividades que definen los planes de vida, estas son: *a)* mantenimiento personal en términos de cuidado físico, deporte y salud; *b)* actividades instrumentales de la vida diaria como son las actividades domésticas; y, *c)* culturales en términos del ocio, espacios de expresión artística y de relaciones sociales (Horgas, Wilms y Baltes, 1998). Las actividades de la vida diaria son un elemento clave para medir la calidad de vida y el estatus funcional en los adultos mayores (Acosta, 2009) y se refieren a un conjunto de tareas cotidianas comunes que se necesitan para el autocuidado personal y una vida independiente (Wiener *et al.*, 1990). Existen diversos instrumentos para medir las actividades diarias, los cuales han sido desarrollados originalmente para la valoración geriátrica general (Galasko *et al.*, 2005) y el deterioro cognitivo funcional (Naik *et al.*, 2008).

En México se tiene un déficit en asistencia social en todos los sectores, las políticas de asistencia social dirigidas a los adultos mayores son limitadas, no se ha podido atender de manera integral a la población de este sector, si bien existen instituciones que ofrecen algunos servicios como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud Pública (SSP). Estas instituciones dotan de medicamentos, ofrecen terapias ocupacionales, “gimnasia cerebral”, yoga, talleres de expresión, deporte, actividades culturales, descuentos en lugares recreativos y servicios básicos. No obstante, estos servicios han sido específicos para un grupo reducido de adultos que de

manera discrecional o por sus capacidades y afiliación reciben todos los servicios mencionados, dejando sin oportunidad a un gran grupo de adultos. De igual manera, estas políticas no han tenido el impacto deseado debido a que no se ha podido lograr el involucramiento e integración de toda la comunidad en los programas de prevención e intervención.

Generar una cultura hacia la vejez y la muerte

En la actualidad, los programas de desarrollo del Gobierno federal y estatales de la República mexicana no han elaborado normas directas para la enfermedad de Alzheimer; hace menos de 3 años se elaboró la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos, pero todavía hay mucho que debatir. Las características devastadoras de EA y las temáticas sociales tan amplias y debatibles son difíciles de poner a discusión, entre ellas están: dignidad humana, definición de la personalidad en pacientes con EA, calidad de vida, muerte y felicidad.

Es importante que se establezca una cultura positiva en el manejo de la vejez y la muerte. Para que ocurra una atención digna de los adultos mayores es necesario que se les considere como partes integrante del desarrollo nacional y cultural; al respecto, el concepto de “retorno de inversión” implica que ellos han contribuido al desarrollo del país y de sus familias; y que es un deber familiar y social retribuir dichos aportes. Este cambio de perspectiva hacia los adultos mayores implica que se les considere como individuos a los que se les debe retribuir y regresar la inversión con la que contribuyeron en el desarrollo de sus comunidades; es decir, los adultos mayores debe percibirseles como individuos sujetos a “retorno de inversión” y no como “gasto” o despilfarro social.

Por otro lado, se debe respetar la decisión de los adultos mayores y de los enfermos terminales cuando son atendidos en los hospitales; al respecto, se debe legislar y consolidar mecanismos que regulen situaciones relacionadas con la muerte asistida y los testamentos de vida (testamento vital).

Un caso de legislación excepcional sobre el morir y la muerte asistida es el caso de Suiza: en este país las personas que están desahuciadas o sufren una enfermedad no soportable pueden elegir en seguir con sus tratamientos o ser asistidos para morir. El caso es digno de mencionar porque cada vez más personas provenientes

de otros países viajan a Suiza para ser asistidos y fallecer; a este fenómeno se le ha llamado el “turismo suicida”. En México se debe prever éstas y otras posibilidades porque las condiciones para los adultos mayores en las próximas décadas no son alentadoras, y es posible que se den casos dramáticos de abandono social, familiar o suicidios desesperados ante una escasa o nula atención de la sociedad. Los testamentos de vida y vitales por otra parte son documentos en donde el paciente aprueba o desaprueba cualquier intervención hospitalaria que asuma que infringe dolor o malestar hacia él o su familia en una condición de desahucio. Los testamentos de vida los aprueban y firman las personas cuando gozan de plena autonomía y conciencia (Fonnegra, 2001).

Propuestas de investigación y aplicación de conocimiento sobre aspectos psicosociales de la enfermedad de Alzheimer

Por otra parte, es importante que se explore e investigue, con una lógica a la inversa, cuáles son las condiciones que hacen felices a los ancianos. En algunas investigaciones se ha comprobado que el nivel funcional del anciano y su independencia está relacionada con si tiene una fuerte red de apoyo social o un alto grado de religiosidad (Carretero, Garcés y Ródenas, 2006). Así también, se debe atender en ellos áreas que de desarrollo personal que por tabú o ignorancia se les niega a los adultos mayores, como es el caso del ejercicio de la sexualidad. Se cree frecuentemente que los adultos mayores no tienen derecho o no pueden ejercer una actividad sexual plena. Cabe aclarar que la sexualidad se experimenta a lo largo de todas las etapas de nuestra vida, por ello, es imprescindible que los adultos mayores, como la sociedad en general, reciban la formación adecuada que les permita romper con los prejuicios y tabúes que giran en torno a este aspecto y les permita un pleno goce de la vida.

Así pues, se debe perder miedo a la vejez, se le debe recibir con sabiduría y a sabiendas que es un proceso continuo biológico y social que tiene sentido para el reemplazo y mejora de la sociedad (Fernández, 2006).

Se requiere investigación que genere datos sobre la mejora en calidad de vida que hace posible la socialización, recreación, grupos de apoyo para el enfermo de Alzheimer sobre todo con diseño de caso único, cualitativo y experimental sin estadística que permita claridad

y precisión en nuestras aproximaciones particularmente de tipo longitudinal. En otro sentido, es urgente continuar con los estudios sobre la salud integral del cuidador de Alzheimer desde la perspectiva de la teoría de la pérdida ambigua, con el objeto de encontrar la secuencia y secuelas de impacto a través de las diferentes fases de la enfermedad y rediseñar a partir de los datos los servicios psiquiátricos hospitalarios. Lo anterior, con el objetivo de redefinir los sistemas terapéuticos actuales, permitiendo por una parte en los prestadores de servicios una postura predictiva sobre los avances y retrocesos de la enfermedad, y por otro lado, desarrollar tecnología apropiada para minimizar el impacto de las discapacidades y hacer más probable el ajuste social en el tiempo. La certeza en el diagnóstico y tratamiento es y será siempre una ventaja comparativa que disminuya el estrés y angustia de los familiares y amigos del paciente.

Es imprescindible llevar a cabo investigación sobre la calidad de los servicios de salud que ofrecen las instituciones que dista mucho de la calidad y la cantidad necesaria particularmente porque existe poca investigación y además los profesionales no la conocen y menos aun la utilizan como tecnología.

REFERENCIAS

- Acosta, Ch. (2009). Inventario sobre actividades instrumentales y avanzadas de la vida diaria en adultos mayores y su relación con la calidad de vida. En R. A. L. González-Celis (Coord.). *Instrumentos de evaluación en psicogerontología*. México: El Manual Moderno.
- Alzheimer's Disease International (2012). World Alzheimer Report 2012: Overcoming the stigma of dementia. Alzheimer's Disease International.
- Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua*. México: Gedisa.
- ____ (2007a). Ambiguous Loss Theory: Challenges for Scholars and Practitioners. *Family Relations*, 105-111
- ____ (2007b). Loss, trauma and Resilience: Therapeutic Work with Ambiguous Loss. *Cognitive Behavioral Therapy Book*, 3 (9), 251.
- Brookmeyer, R., Johnson, E., Ziegler-Graham, K y Arrighi, H. (2007). Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. *Alzheimer*

- Dement*, 3, 186-191.
- Bulatao, R. (1993). Mortality by cause. 1970 to 2015. En: J. Gribble y S. Preston (Eds.). *The epidemiological transition: policy planning and implications for developing countries* (pp 42-68). Washington: National Academy Press.
- Bunge, M. (2006). 100 Ideas. Madrid: Laetoli.
- Carretero, S, Garcés, J y Ródenas, F. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras dependientes*. España: Tirant Lo Blach.
- Cereijido, M., y Aréchiga, H. (1999). *El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas*. México: Siglo XXI.
- Clayton, V. (1982) Wisdom and intelligence: the nature and function of knowledge in the later years. *International Journal of Aging and Human Development*, 15, 315-321.
- Conapo (2006). *Proyecciones de la población de México 2005-2050*. Consejo Nacional de Población. D.F. México.
- Fernández, E. (2006) *Tiempo libre y nuevas responsabilidades en los adultos mayores. Propuestas*. Buenos Aires: Universidad de la Matanza.
- Fonnegra, I. (2001). *De cara a la muerte*. México: Andrés Bello.
- Galasko, D., Schmitt, F., Thomas, R., Jin, S., Bennett, D. y Ferris, S. (2005). Detailed assessment of activities of daily living in moderate to severe Alzheimer's disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11, 446-453.
- Goldberg, E. (2006). *La paradoja de la sabiduría*. Barcelona: Crítica
- González, M., Terán, M., Ponce, E. y Sánchez, L. (2003). Salud del cuidador y sus redes de apoyo en una Clínica de Medicina Familiar de la Ciudad de México. *Revista ArchMedFam* 5 (2), 47-52.
- Hernández, M; Miralles, G; Pérez J. y Leal, C. (2006). Homicidio-suicidio en el anciano: ¿por qué el cuidador mata a su pareja con enfermedades de Alzheimer y después se suicida?, *Psig biol*, 13 (1), pp. 30-4
- Horgas, A., Wilms, H. y Baltés, M. (1998). Daily life in very old age. Everyday activities as expression of successful aging. *The Gerontologist*, 38 (5), 556-567
- Japan News (2013). "Apresúrense a morir", dice ministro de economía japonés a los ancianos. *Yumeki Entertainment Network*. Recuperado de <http://www.yumeki.org/apresurense-a-morir-dice-ministro-japones-de-economia-a-los-ancianos/> consultado el 5 de noviembre de 2014
- Jacobs, L.A. (1999). *Health beliefs and intention to participate in cancer screening* (Tesis doctoral). Base de datos de ProQuest Dissertations and Theses (UMI No. 9953547).
- La atención mundial del Alzheimer conlleva un costo abrumador. Recuperado en Medicina Geriatrica.com.ar el día 22 de junio de 2005, desde <http://www.medicinageriatrica.com.ar/viewnews.php?id=EEEEApuVVyvKopclbO>
- La Jornada (2012). FMI: la longevidad como "riesgo". *La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2012/04/12/edito>.
- Leifer, B. (2009) Alzheimer's disease: Seeing the signs early. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 21 (11), 588-595.
- Lopera, A. y Eugenia, V. (2008). Dilemas en etapas leves de la enfermedad de Alzheimer. Decirle o no la verdad al paciente. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 8 (1), pp. 58-65
- Masters W., y Johnson V. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown.
- McDonald, R., Craig, L. y Hong, N. (2010). The etiology of age-related dementia is more complicated than we think. *Behavioural Brain Research*, 214, 3-11.
- Molina L. J., Lañez V. y Lañez V. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos del Alzheimer. *Psicología y Salud*, 15, 33-43.
- Molsa, P., Marttila, R., y Rinne, U. (1986). Survival and cause of death in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia. *Acta Neurol. Scand.* 74, 103-107.
- _____ (1995). Long-term survival and predictors of mortality in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia. *Acta Neurol. Scand.* 91, 159-164.
- Naik, A., Burnett, J., Pickens-Pace, S. y Dyer, C. (2008). Impairment in instrumental activities of daily

- living and the geriatric syndrome of self-neglect. *The Gerontologist*, 48 (3), 388-392.
- Organización Mundial de la Salud (1946). El contexto de la salud mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud.
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). (2014). Obesidad. Recuperado de http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&id=824, consultado el 5 de noviembre de 2014.
- Pasinetti, G., y Eberstein, J. (2008). Metabolic syndrome and the role of dietary lifestyles in Alzheimer's disease. *Journal of neurochemistry*, 106 (4), 1503-1514.
- Plasker, G., Lynseng, K. (2005) Memantina: Revisión Farmacoeconómica de su Utilización en la Enfermedad de Alzheimer Moderada a Grave. *Pharmacoeconomics*. 23 (2), 193-206.
- Regence. (2010). Cognitive Rehabilitation. En red: <http://blue.regence.com/trgmedpol/alliedHealth/ah20.html>
- Regnier, V. (1981) *The neighborhood environment and its impact on the older persons. Adaptability and aging*. Vol. 2. París: International Center for Social Gerontology.
- Resnikoff, D. (2010). Perspectiva actual del Alzheimer. Trabajo presentado en Día Mundial del Alzheimer "Es tiempo de Actuar" conferencia, Septiembre, Hermosillo
- Ruiz, C. (1992) Psicopatología de la vejez. En R. Rubio y E. Fernandez, (Dir.) *Lecturas de Gerontología Social*. Granada: I.C.E. de la Universidad de Granada.
- Sandhu, S; Miranda, C; Hoe, J; Challis, D y Orrell, M. (2010). Crisis Resolution/home treatment approaches to home support for older people with mental health problems: a systematic review. *Ageing and Dementia*. 25th International Conference of Alzheimer's Disease International. Grecia.
- Sarmientos, G., Pagola, J., y Oramas, L. (1999) La sexualidad en el adulto mayor. *Revista Sexología y Sociedad*. 5 (3), 29-32.
- Shenk, D. (2009) *El Alzheimer*. España: Espasa Calpe.
- Sternberd, R. (1985) Cognitive approaches so intelligence. En B. Wolman (Ed.) *Handbook of Human intelligence: Theories, measurements and applications* (pp 59-118). Nueva York. Wiley Interscience.
- Thomas, P. y Fenech, M. (2007). A review of genome mutation and Alzheimer's disease. *Mutagenesis*, 22 (1), 15-33.
- Wiener, J., Hanley, R., Clark, R. y Van Nostrand, J. (1990). Measuring the activities of daily living. Comparisons across national surveys. *Journal of Gerontology*, 45 (6), 229-237.
- Wimo, A., y Prince, M. (2010). Informe Mundial sobre Alzheimer 2010. Recuperado de <http://www.neomundo.com.ar/>.
- Zarit, S, Gaugler, J. y Jarrot, S. (1999). Useful services for families: Research Findings and directions. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 165.